



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des
Berichts *QS-Verfahren Entlassmanagement*
Weiterentwicklung des Konzepts und der
Umsetzungsvorschläge zur Veröffentlichung

Vom 21. August 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. August 2025 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) *QS-Verfahren Entlassmanagement. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Abschlussbericht* gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 21. August 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Abschlussbericht

Ansprechpersonen Dr. Veronika Andorfer, Jonas Plange

Datum der Abgabe 13. Dezember 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Datum des Auftrags 6. Dezember 2023

Kurzfassung

Hintergrund

Durch die Trennung von ambulantem und stationärem Sektor können verschiedene Schnittstellenprobleme in der Patientenversorgung auftreten. Deren Reduktion sowie die Sicherstellung einer kontinuierlichen, bedarfsgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten sind zentrale Aufgaben des Entlassmanagements. Grundsätzlich haben laut § 39 Abs. 1a SGB V alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten Anspruch auf ein Entlassmanagement. Die Ausgestaltung und der strukturelle Rahmen zur Umsetzung des Entlassmanagements sind im Rahmenvertrag Entlassmanagement zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) (GKV-Spitzenverband et al. 2024) konkretisiert. Das Entlassmanagement umfasst Prozesse der Koordination und Organisation von Maßnahmen zum nahtlosen Übergang in die Anschlussversorgung, deren Komplexität je nach individuellen Versorgungsbedarfen der Patientinnen und Patienten variiert. Insbesondere Patientinnen und Patienten, die nach der Entlassung Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Erkrankung und/oder ihres Alltags benötigen, haben meist einen komplexen poststationären Versorgungsbedarf. Häufig liegt für diese Patientinnen und Patienten daher auch ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement vor.

Um die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten beim Übergang in die nachstationäre Versorgung zu verbessern, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG am 20. September 2018 mit der Entwicklung eines datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) zum Entlassmanagement beauftragt (G-BA 2018). Die drei Auftragsteile Konzeptstudie (Teil A; IQTIG (2019a)), Entwicklung von Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation/Sozialdaten (Teil B; IQTIG (2023b)) und Entwicklung von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teil C; IQTIG (2023a)) stellen die bisherigen Entwicklungen des IQTIG für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* dar.

Auftrag und projektspezifische Anforderungen

In der Beauftragung des G-BA vom 6. Dezember 2023 zur Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* soll das IQTIG u. a. das Aufwand-Nutzen-Verhältnis optimieren. Die Beauftragung umfasst folgende zentrale Inhalte:

1. **Überarbeitung der Fallauslösung** und Verzicht auf das Prognosemodell, sodass eine gezielte Stichprobe mithilfe der in den EDV-Systemen der Krankenhäuser fallbegleitend nutzbaren Daten möglich ist.
2. **Verzicht auf eine fallbezogene QS-Dokumentation** und Überführung der Qualitätsindikatoren in die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie Prüfung, inwiefern die fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation in die Patientenbefragung überführt werden können oder eine Erhebung mit Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich ist.
3. **Konzeption eines qualitativen Bewertungsverfahrens** und Prüfung der Umsetzbarkeit mit dem Ziel, Qualitätsverbesserungen beim Entlassmanagement zu erreichen, indem z. B. Defizite

in der Umsetzung des Entlassmanagements erkannt und behoben werden oder anhand von Best-Practice-Beispielen Verbesserungen implementiert werden.

4. Sicherstellung einer **qualitativen und einrichtungsübergreifenden Beurteilung aller erhobenen Qualitätsindikatoren**
5. Prüfung der **Einführung der Patientenbefragung vorab** und unabhängig vom überarbeiteten „Klassik-Teil“ der QS-Dokumentation

Hinsichtlich des beauftragten Konzepts für ein qualitatives Bewertungsverfahren entwickelt das IQTIG ein eigenständiges Instrument, das neben den Indikatoren der QS-Dokumentation und der Patientenbefragung eingesetzt werden soll und auf die Identifikation von Verbesserungspotenzialen und die Ableitung von Maßnahmen der Qualitätsförderung ausgerichtet ist. Die Notwendigkeit zur Konzeption als ein eigenständiges Instrument im QS-Verfahren *Entlassmanagement* ergibt sich daraus, dass für die Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens eine qualitative und einrichtungsübergreifende Beurteilung der Indikatorergebnisse nach Teil I § 17 DeQS-RL vorgesehen ist, wofür eigenständige Konzepte erarbeitet werden (Beauftragungsinhalt Nr. 4). Auch eine Abgrenzung zur Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung (G-BA 2024), mit der das IQTIG parallel zum Projektzeitraum beauftragt worden ist, ist notwendig: Aus Sicht des IQTIG ist es nicht sinnvoll, mit dem Konzept zum qualitativen Bewertungsverfahren parallel ein weiteres Instrument zur Bewertung von Auffälligkeiten in den Indikatorergebnissen zu entwickeln. Ferner ist es nicht zielführend, mit dem Instrument ein neues Verfahren zur qualitativen Beurteilung für den Versorgungsbereich des Entlassmanagements zu konzipieren, wenn zeitgleich Empfehlungen zur grundsätzlichen Neuausrichtung des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL erarbeitet werden. Um die Abgrenzung auch in der Benennung des neuen Instruments zu erreichen, wird im Folgenden von dem in der Beauftragung verwendeten Begriff „qualitatives Bewertungsverfahren“ abgewichen und die Bezeichnung „externes QS-Audit“ verwendet.¹

Methodisches Vorgehen

- Für die **Überarbeitung der Fallauslösung** wurde ausgehend von Beratungen in Expertenworkshops und in der Zusammenschau der Erkenntnisse aus einer orientierenden Literaturrecherche geprüft, welche Kriterien (z. B. Diagnosen und medizinische Maßnahmen/Prozeduren) herangezogen werden können, um die Zielpopulation von Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement abzubilden, und wie sich diese Kriterien anhand von Informationen aus dem jeweiligen Krankenhausinformationssystem (KIS) operationalisieren lassen. Entsprechend der Definition aus der ursprünglichen Entwicklung des QS-Verfahrens liegt ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement dann vor, wenn für die Patientinnen und Patienten zusätzlich zum Entlassbrief mindestens eine weiterführende Versorgungsleistung oder Maßnahme zur Sicherstellung einer lückenlosen bedarfsgerechten Nach- und Weiterversorgung im Rahmen der Entlassung verordnet und organisiert werden

¹ An den Begriffsbestimmungen der Bundesärztekammer (BÄK) orientiert (BÄK [2023]–a), stellt das vorliegende Konzept einen Hybrid aus einem klassischen Audit und einem Peer-Review-Verfahren dar, da es u. a. zum einen mehr auf eine Qualitätsförderung als auf Qualitätskontrolle fokussiert, zum anderen aber kein freiwilliges Verfahren ist. Zur sprachlichen und inhaltlichen Abgrenzung zu freiwilligen Peer-Review-basierten Verfahren wird für dieses neue Instrument der Begriff „externes QS-Audit“ verwendet.

muss (z. B. Heil- und Hilfsmittel oder Medikamente, Anschlussbehandlungen, medizinische Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflegeleistungen oder Haushaltshilfen) (IQTIG 2023a: Kapitel 8). Anschließend wurden die eingeschlossenen Kriterien in sechs Szenarien kombiniert und anhand der Routinedaten einer Krankenkasse, die bereits für die Entwicklung des Prognosemodells vom IQTIG verwendet wurden, um eine aussagekräftige Zielpopulation sowohl hinsichtlich der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement als auch hinsichtlich der vom QS-Verfahren betroffenen Leistungserbringer inkl. Verteilung der Fallzahlen zu erhalten.

- Die **Konzeption des externen QS-Audits** erfolgte in Anlehnung an bereits bestehende Konzepte nationaler und internationaler Peer-Review-basierter Verfahren, die anhand orientierender Recherchen identifiziert wurden. Im Anschluss wurden Kernelemente definiert, die das externe QS-Audit strukturieren und somit die Basis für die inhaltliche Ausgestaltung des neuen Instruments bilden. Um die Umsetzbarkeit des Konzepts in der Praxis und die inhaltliche Ausrichtung des externen QS-Audits zu prüfen, wurden sowohl die Landesarbeitsgemeinschaften als auch das Expertengremium, welches das IQTIG bereits in der Entwicklung der Qualitätsindikatoren einbezogen hatte, eingebunden. Zur Abschätzung der Stichprobengröße wurden ebenfalls die Routinedaten einer Krankenkasse herangezogen.
- Die **Überarbeitung der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren** und die Erarbeitung eines Konzepts zur **Sicherstellung einer qualitativen und einrichtungsübergreifenden Beurteilung** wurden unter Einbezug eines Expertengremiums durchgeführt.

Die zentralen Projektergebnisse wurden einem Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V mit schriftlichen Kurzstatements und einem zweitägigen Workshop unterzogen. Auf Hinweise und Anregungen antwortet das IQTIG in der dem Bericht beigelegten Würdigung der Stellungnahmen.

Ergebnisse und Empfehlungen

Ergebnisse zur Überarbeitung der Fallauslösung und Empfehlungen für den Regelbetrieb

Das IQTIG hat fünf Kriterien identifiziert, die geeignet sind, die heterogene Zielpopulation von Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement abzubilden. Die Kriterien können über die im Krankenhausinformationssystem vorhandenen, fallbegleitend nutzbaren Daten anhand von ICD-/OPS-Kodes operationalisiert werden. Zwei Kriterien stellen die Basis dar, mit der die Zielgruppe maßgeblich erfasst wird:

- **Pflegegrad:** Pflegebedürftigkeit Grad III, IV oder V sowie Antrag auf Ein- oder Höherstufung in einen Pflegegrad
- **hoher pflegerischer Aufwand:** Komplexbehandlungen (u. a. neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, palliativmedizinische Komplexbehandlungen), Dekubitus Stadium 3 und 4 sowie Diagnosen zu eingeschränkter Mobilität

Diese Kriterien sind sowohl diagnose-/prozeduren- als auch altersübergreifend, legen jedoch einen besonderen Schwerpunkt auf (dauerhaft) pflegebedürftige und ältere Patientinnen und Pati-

enten. Durch weitere drei Kriterien wird die Abbildung der Heterogenität der Zielpopulation insbesondere hinsichtlich somatischer und psychischer Erkrankungen sowie der Altersverteilung verbessert:

- **Transplantationen** (u. a. Herz, Stammzellen, Leber oder Niere)
- **Operationen** (u. a. große Operationen am Herzen, an viszerale Organen, am Nervensystem und an Gelenken/Bewegungsorganen)
- **psychische Erkrankungen** (u. a. Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauch, rezidivierende schwere Depression, chronische Schmerzstörung)

Diese vom IQTIG empfohlene Kombination der fünf Kriterien führt über eine ODER-Verknüpfung zu einer **geschätzten Gesamtfallzahl von etwa 2 Mio.** ausgelösten Fällen. Entlassungen von Kindern und Jugendlichen würden in diesem Szenario mit etwa 2 % der ausgelösten Fälle berücksichtigt werden. Für etwa 95 % der Krankenhäuser wird erwartet, dass sie mindestens zehn QS-pflichtige Fälle haben. Etwa 75 % der Krankenhäuser weisen eine Fallzahl von mindestens 200 Fällen auf, sodass für diese Einrichtungen jeweils eine auf 200 Fälle begrenzte Zufallsstichprobe von der Versendestelle *Patientenbefragung* gezogen wird. Etwa 380.000 Patientinnen und Patienten würden für die Teilnahme angeschrieben werden. Das empfohlene **Szenario** als Kombination der oben genannten Kriterien ermöglicht es, die Heterogenität der Zielpopulation vor dem Hintergrund der Querschnittsthematik des Entlassmanagements angemessen zu adressieren und stationäre Leistungserbringer umfassend in das QS-Verfahren einzubinden. Weiterhin sieht das IQTIG die Einschränkung auf **vollstationäre Krankenhausfälle** als vertretbar an.

Für die weiterentwickelte Fallauslösung empfiehlt das IQTIG, die eingeschlossenen Kriterien neben den ICD- und OPS-Kodes für erwachsene Patientinnen und Patienten zusätzlich anhand spezifischer Kodes für Kinder und Jugendliche gezielt zu operationalisieren. Auch wenn der Anteil von Kindern und Jugendlichen an stationären Entlassungen deutlich niedriger ausfällt und sich nicht alle zielgruppenspezifischen **Anforderungen für das Entlassmanagement von Kinder und Jugendlichen** über das generische Befragungsinstrument abdecken lassen, sollten die Entlassungen von Kindern und Jugendlichen nicht von vornherein aus dem QS-Verfahren *Entlassmanagement* ausgeschlossen werden. Im Verlauf der Erprobungsphase der Patientenbefragung empfiehlt das IQTIG zu prüfen, inwiefern weitere Kodes, die bereits im KIS hinterlegt sind, für eine Verbesserung der Fallauslösung von Kindern und Jugendlichen mit umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement herangezogen werden sollten. Zudem regt das IQTIG eine **separate Befragung** an, die gezielt auf die **Bedürfnisse von Eltern Früh- und Neugeborener** eingeht, die bspw. im Rahmen des QS-Verfahrens *Perinatalmedizin (QS PM)* angesiedelt ist.

Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation

Die Inhalte der ursprünglich fünf fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation wurden im Sinne übergreifender Prozessvorgaben in den bestehenden einrichtungsbezogenen Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ überführt bzw. in einem bestehenden Indikator der Patientenbefragung ergänzt (siehe folgende Abbildung). Auf eine **fallbezogene QS-Dokumentation kann im QS-Verfahren damit verzichtet** werden.

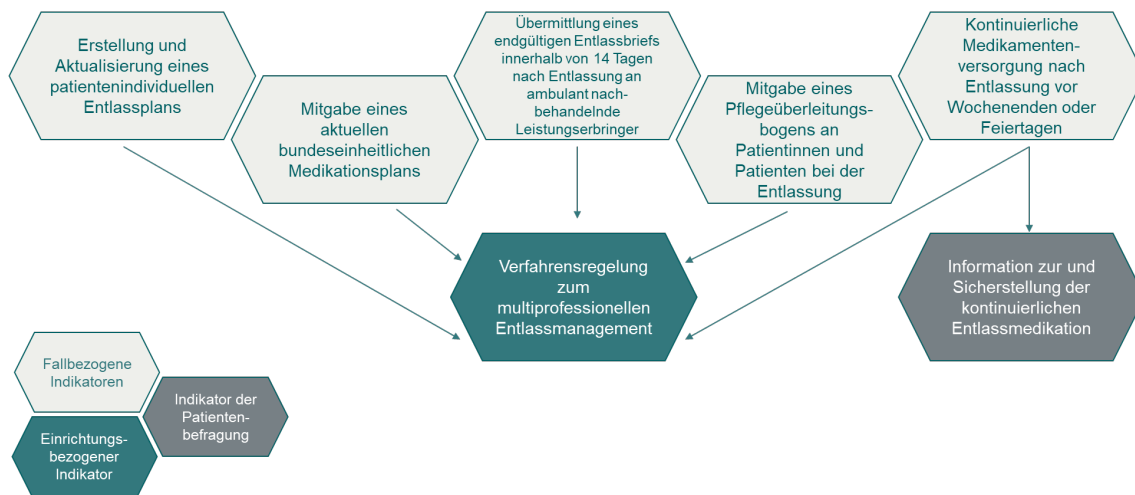


Abbildung: Ergebnis der Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation

Der bisher empfohlene einrichtungsbezogene Indikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ bleibt bestehen. Das QS-Verfahren umfasst damit **zwei einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren** und **12 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung**.

Konzept eines qualitativen Bewertungsverfahrens als externes QS-Audit

Es wurde ein Konzept für ein **neues eigenständiges Instrument, „externes QS-Audit“, zur Qualitätsförderung** entwickelt, das primär auf die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und die Ableitung von Optimierungsmaßnahmen fokussiert, aber auch die Möglichkeit bietet, Best-Practice-Beispiele zu erkennen und für die breite Versorgung verfügbar zu machen. Dazu wurden sowohl qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden als auch ein quantitativer Ansatz entwickelt, wobei jedoch keine prüfende Bewertung vorgesehen ist, sondern ein **offener Austausch** zu potenziellen Schwächen und Stärken in den Prozessen des Entlassmanagements ohne Sanktionierung befördert werden soll. Im externen QS-Audit sollen nicht, wie im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil I § 17 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), Maßnahmen getroffen werden, die die Grundlage für Vergütungsabschläge oder die Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit darstellen können, wie es z. B. bei Maßnahmen der Stufe 2 der Fall ist. Stattdessen soll als Ergebnis des externen QS-Audits ein **unmittelbarer Handlungsanschluss** mittels eines Maßnahmenplans im Sinne eines PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act-Zyklus) angestoßen werden. Hierzu ist ein eintägiger Vor-Ort-Besuch beim Leistungserbringer durch ein multiprofessionelles Expertenteam unter Begleitung einer Vertreterin oder eines Vertreters der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) vorgesehen. Für das externe QS-Audit wurden auf Grundlage des in den vorherigen Entwicklungen erarbeiteten Qualitätsmodells Inhalte definiert, die sich in **sieben thematische Gruppen** einteilen lassen. Diese Gruppen decken alle Phasen des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades von der **Aufnahme bis zur Nach-/ Weiterbehandlung** ab. Außerdem geben sie die Struktur des Leitfadens des externen QS-Audits vor, der sich aus einer **Prozess-** und einer **Dokumentenprüfung** zusammensetzt und eine **standardisierte Erfassung sowie eine fallübergreifende und einrichtungsbezogene Einschätzung des Entlassmanagements** ermöglicht. In der **Prozessprüfung**

wird geprüft, wie die Prozesse des Entlassmanagements auf Einrichtungsebene ausgestaltet sind. Die anschließende **Dokumentenprüfung** prüft die Umsetzung der Prozesse anhand der Behandlungs- und Entlassdokumentation einer vor Ort gezogenen zufälligen Stichprobe von zehn Entlassfällen.

Für das externe QS-Audit wurde eine **Bewertungssystematik** entwickelt, die es ermöglicht, zu einer übergreifenden Bewertung (aus Prozess- und Dokumentenprüfung) auf Ebene der thematischen Gruppen zu kommen und identifizierte **Stärken und Schwächen systematisch zu erkennen** sowie für die Ergebnisdiskussion in der Nachbesprechung sinnvoll zu priorisieren.

Die **Nachbesprechung** schließt sich an die Prozess- und Dokumentenprüfung an und zielt auf eine **offene Diskussion von Stärken** (inkl. Herausarbeitung von Best-Practice-Beispielen) und **Schwächen** mitsamt der Erörterung möglicher Ursachen zwischen dem Leistungserbringer und dem Expertenteam ab, woraus ein **konkreter Handlungsanschluss durch die Formulierung eines Maßnahmenplans** und somit ein unmittelbarer Anstoß zur Qualitätsförderung folgt. Mit der Verpflichtung, einen solchen Plan aufzustellen und umzusetzen, kann das externe QS-Audit einen Handlungsanschluss unmittelbarer sicherstellen als die etablierten Instrumente der DeQS-RL, die immer ein längeres Prozedere zur Maßnahmenvereinbarung benötigen. Neben dem schriftlichen Ergebnisbericht, den die Leistungserbringer in einer vorläufigen Fassung innerhalb von einer Woche und schließlich in der finalen Ausfertigung innerhalb von zehn Wochen nach dem Vor-Ort Besuch erhalten, lassen sich **die Ergebnisse des externen QS-Audits in das vorhandene Berichts- und Rückmeldewesen nach DeQS-RL integrieren**. Im Folgejahr des externen QS-Audits soll die Umsetzung der Maßnahmen durch die Landesarbeitsgemeinschaften abgefragt und zurückgemeldet werden.

Das IQTIG empfiehlt, das externe QS-Audit bei einer **zufälligen Auswahl von Krankenhausstandorten auf Basis der QS-Pflicht** in den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens aus dem Vorjahr durchzuführen. Hierbei sollen keine Standorte einbezogen werden, bei denen eine rechnerische oder qualitative Auffälligkeit in den Indikatorergebnissen des QS-Verfahrens vorliegt. Dadurch wird eine Umsetzbarkeit des externen QS-Audits über das gesamte Erfassungsjahr möglich, und es kann erstmalig mit dem externen QS-Audit eine **direkte Qualitätsförderung für alle Einrichtungen auch außerhalb des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL** bewirkt werden. Das IQTIG sieht eine jährliche **Stichprobengröße von mindestens 10 % der Standorte** als notwendig an, sodass in einem Zeitraum von zehn Jahren im Regelfall alle Standorte einbezogen werden können und sich die Qualität des Entlassmanagements durch das externe QS-Audit damit bundesweit verbessern lässt. Schätzungsweise werden somit bundesweit 180 Krankenhausstandorte pro Erfassungsjahr in das externe QS-Audit einbezogen.

Die Ergebnisse des externen QS-Audits lassen sich aggregiert auf Bundesebene veröffentlichen. Durch das empfohlene Stichprobenkonzept des externen QS-Audits sind **valide Aussagen zum bundesweiten Versorgungsgeschehen im Entlassmanagement** möglich, die sich nicht nur auf die Standorte mit rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen beziehen, sodass Erkenntnisse für die Gesamtversorgung des Entlassmanagements gewonnen werden können. Für das externe QS-Audit empfiehlt das IQTIG eine **Veröffentlichung der Teilnahme sowie der Erfüllung bzw. Nicht-**

Erfüllung der grundlegenden Voraussetzungen für den vollständigen Durchlauf des externen QS-Audits in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Folglich ist es möglich, die Kooperation des Leistungserbringers sowie den Erfolg des Handlungsanschlusses transparent darzustellen. Aufgrund der Konzeption des Instruments mit dem primären Ziel, eine Qualitätsförderung beim Leistungserbringer anzustoßen, sind die quantitativen Bewertungen für die Ableitung von Optimierungsmaßnahmen gut geeignet. Im Hinblick auf einen Vergleich einzelner Krankenhausstandorte sind sie jedoch aufgrund von fehlenden Mindestanforderungen für die krankenhausindividuellen Prozesse des Entlassmanagements und einer kleinen, nicht-repräsentativen Fallstichprobe in der Dokumentenprüfung nur eingeschränkt belastbar. Demnach empfiehlt das IQTIG gegenwärtig, auf die leistungserbringerbezogene Veröffentlichung eines abschließenden Qualitätsurteils sowie der einzelnen quantitativen Ergebnisse in den strukturierten Qualitätsberichten zu verzichten, sodass der auf die Qualitätsförderung ausgerichtete Charakter des externen QS-Audits gewahrt bleibt. Das IQTIG hält es jedoch für notwendig, die Validität der Bewertungen in einer Machbarkeitsprüfung nochmals eingehend empirisch zu überprüfen, sodass daraus eine andere Einschätzung zur Belastbarkeit der Ergebnisse und leistungserbringerbezogenen Veröffentlichung eines abschließenden Qualitätsurteils resultieren kann.

Für die Einführung des externen QS-Audits in einen Regelbetrieb ist ein Ressourcenaufbau aufseiten der Landesarbeitsgemeinschaften notwendig. Weiterhin muss für eine aufwandsarme Durchführung der Dokumentenprüfung beim Leistungserbringer eine einheitliche Rechtsgrundlage zum Einsichtsrecht in die Behandlungs- und Entlassdokumentation für alle relevanten Professionen der Expertenteams geschaffen oder eine vollautomatisierte Anonymisierung einer digitalen Patientenakte ermöglicht werden. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Beurteilung (G-BA 2024) kann überlegt werden, inwieweit das Konzept des externen QS-Audits bzw. Teile davon bei Standorten mit auffälligen Indikatorergebnissen für eine qualitative Beurteilung und die Neuausrichtung des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL genutzt werden können. Für die weitere Entwicklung des externen QS-Audits empfiehlt das IQTIG in der Folge, die **Entwicklung eines Schulungskonzepts** und eine **Machbarkeitsprüfung** zu beauftragen.

Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen aus der Patientenbefragung und aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Stellungnahmeverfahren

Für eine **einheitliche und einrichtungsübergreifende Bewertung der Indikatorergebnisse** im Stellungnahmeverfahren gemäß Teil I § 17 DeQS-RL empfiehlt das IQTIG sowohl für die Indikatoren der Patientenbefragung als auch für die einrichtungsbezogenen Indikatoren jeweils ein **dreistufiges Vorgehen**. Für beide Instrumente startet das Stellungnahmeverfahren mit der Ergebnisanalyse. Für die Patientenbefragung schließt sich eine Praxisanalyse an, die in einer Maßnahmenvereinbarung mündet. Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ist vor der Maßnahmenvereinbarung eine qualitative Bewertung des Ergebnisses vorgesehen. Die folgenden beiden Tabellen geben jeweils eine Übersicht des dreistufigen Vorgehens für den Umgang mit Indikatorergebnissen der Patientenbefragung und für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation.

Tabelle: Übersicht des dreistufigen Vorgehens für den Umgang mit Indikatorergebnissen der Patientenbefragung im Stellungnahmeverfahren

Schritt 1: Ergebnisanalyse	Schritt 2: Praxisanalyse		Schritt 3: Maßnahmenvereinbarung
Interpretieren der Indikatorergebnisse unter Zuhilfenahme der Antwortverteilungen der zugehörigen Items	Erkennen der für das Indikatorergebnis verantwortlichen Strukturen und Prozesse des Krankenhauses	Identifizieren möglicher Schwachstellen in der Versorgungspraxis des Krankenhauses	Ableiten und Initiieren von Verbesserungsmaßnahmen

Tabelle: Übersicht des dreistufigen Vorgehens für den Umgang mit Indikatorergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Stellungnahmeverfahren

Schritt 1: Ergebnisanalyse	Schritt 2 Qualitative Bewertung	Schritt 3: Maßnahmenvereinbarung	
Prüfung der Indikatorergebnisse unter Zuhilfenahme der Antworten der zugehörigen Datfelder	Prüfung auf eine qualitative Auffälligkeit des Indikatorergebnisses auf Grundlage der Stellungnahme	Erkennen der für das Qualitätsdefizit verantwortlichen Strukturen und Prozesse des Krankenhauses	Ableiten und Initiieren von Verbesserungsmaßnahmen

Durch eine gezielte Beschreibung des Vorgehens in den einzelnen Schritten, die Formulierung von indikatorspezifischen Leitfragen und die Beschreibung möglicher Maßnahmen können aus Sicht des IQTIG Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine in den jeweiligen Instrumenten **einheitliche Durchführung des Stellungnahmeverfahrens** nach aktuellem Stand von Teil I § 17 DeQS-RL über die Landesarbeitsgemeinschaften hinweg ermöglichen.

Zur **Unterstützung der Ursachenanalyse bei auffälligen Indikatorergebnissen der Patientenbefragung** empfiehlt das IQTIG, die **aufnehmende und die entlassende Fachabteilung** als behandlungsspezifische Informationen zusammen mit den Adressdaten der Patientinnen und Patienten an die Versendestelle *Patientenbefragung* zu übermitteln. Eine aggregierte Darstellung nur für die Fälle eines Leistungserbringers, die für die Patientenbefragung ausgewählt wurden, ermöglicht unter Maßgabe der Datensparsamkeit eine Übersicht der betroffenen Fachabteilungen eines Leistungserbringers. Auf diese Weise können die Leistungserbringer gezielt Qualitätsverbesserungen in ihren unterschiedlichen Fachabteilungen umsetzen.

Empfehlungen zum Start der Patientenbefragung und der einrichtungsbezogenen Indikatoren

Das IQTIG empfiehlt, die **Patientenbefragung Entlassmanagement gemeinsam mit den beiden einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren** zu starten. Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation kann dafür auf eine Machbarkeitsprüfung verzichtet werden. Trotz eines erwartbar geringen Anteils von ausgelösten Entlassfällen bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt das IQTIG den **Einsatz beider Fragebogenversionen** („Erwachsene“ und „Eltern/Sorgeberechtigte“) für den Regelbetrieb. Entsprechend der ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung empfiehlt das IQTIG aus fachlich-methodischen Gründen eine **monatliche Datenübermittlung**, um die Befragung der Patientinnen und Patienten zeitnah nach der Entlassung durchführen zu können.

Das IQTIG empfiehlt für einen **aufwandsarmen und zeitnahen Start** der Patientenbefragung in den Regelbetrieb für die Fallauslösung **keine Berücksichtigung des Einwilligungsstatus** der Patientinnen und Patienten ins Entlassmanagement. Um diese Variante umzusetzen, ist nach Einschätzung des IQTIG ein Beschluss durch den G-BA notwendig, aus dem hervorgeht, dass eine Durchführung der Patientenbefragung Entlassmanagement gemäß § 299 Abs. 1 und Abs. 4 SGB V erfolgen soll. Zudem empfiehlt das IQTIG zu prüfen, inwiefern für alle Einrichtungen gleichermaßen perspektivisch eine Verpflichtung für eine einheitlich strukturierte und zum Zeitpunkt der Entlassung der Patientinnen und Patienten vorliegende Information geschaffen werden kann.

Fazit und Ausblick

Gemäß der Beauftragung des G-BA wurden das Konzept und die Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* so weiterentwickelt, dass die Versorgungsqualität im Bereich des Entlassmanagements in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis abgebildet werden kann. Die einrichtungsbezogenen Indikatoren und die Indikatoren der Patientenbefragung ermöglichen es, zentrale Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu erfassen. Sie können nach Einschätzung des IQTIG gemeinsam umgesetzt werden. Außerdem ist es gelungen, mit dem externen QS-Audit ein Konzept für ein neues Instrument zur breiten Qualitätsförderung sowie Vorschläge zum Umgang mit Indikatorergebnissen im Stellungnahmeverfahren zu entwickeln.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	17
Abbildungsverzeichnis	19
Abkürzungsverzeichnis	20
Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen	22
1 Einleitung	23
1.1 Hintergrund	23
1.2 Auftrag und Auftragsverständnis	24
1.3 Projektspezifische Anforderungen an die Konzeption eines qualitativen Bewertungsverfahrens.....	27
2 Methodisches Vorgehen	29
2.1 Weiterentwicklung der Fallauslösung.....	29
2.1.1 Orientierende Literaturrecherche	30
2.1.2 Externe Beteiligung	30
2.1.3 Analyse anonymisierter Routinedaten.....	31
2.2 Externes QS-Audit	32
2.2.1 Orientierende Literaturrecherchen	32
2.2.2 Externe Beteiligung	33
2.2.3 Analyse anonymisierter Routinedaten.....	35
2.3 Überarbeitung der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren und Sicherstellung einer qualitativen und einrichtungsübergreifenden Beurteilung	36
2.4 Beteiligungsverfahren als Workshop	36
Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen	38
3 Weiterentwicklung der Fallauslösung.....	39
3.1 Herausforderungen bei der Erarbeitung der Kriterien	39
3.2 Eingeschlossene Kriterien.....	40
3.2.1 Pflegegrad.....	41
3.2.2 Hoher pflegerischer Aufwand (Komplexbehandlungen, Dekubitus)	43
3.2.3 Transplantationen	46
3.2.4 Operationen	47
3.2.5 Tumorerkrankungen.....	48

3.2.6	Erkrankungen im Perinatalalter	49
3.2.7	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	50
3.2.8	Chronische Krankheiten.....	51
3.2.9	Psychische Erkrankungen	53
3.3	Ausgeschlossene Kriterien	55
3.3.1	Alter	55
3.3.2	Kognitive Funktionseinschränkungen (inkl. Demenz).....	55
3.3.3	Fachabteilung	56
3.3.4	Weitere Kriterien	56
3.4	Analyse der Routinedaten	57
3.4.1	Übersicht der analysierten Kriterien.....	59
3.4.2	Mögliche Szenarien für die Fallauslösung im Regelbetrieb	61
3.4.3	Nicht berücksichtigte Kriterien	68
3.5	Empfehlungen zur Fallauslösung und zur Festlegung der Stichprobengröße	69
4	Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation	72
4.1	Inhaltliche Überprüfung zur Überführung in die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und Prüfung der Erhebung durch die Patientenbefragung	72
4.1.1	Vorgehen zur Prüfung der Überführung	72
4.1.2	Prüfung des Qualitätsindikators „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans“	74
4.1.3	Prüfung des Qualitätsindikators „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“	75
4.1.4	Prüfung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“	77
4.1.5	Prüfung des Qualitätsindikators „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“	79
4.1.6	Prüfung des Qualitätsindikators „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“	80
4.1.7	Zusammenfassung der Ergebnisse der Überführung	82
4.2	Überarbeitung der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“	85
4.2.1	Vorgehen zur Überarbeitung der Operationalisierung	85

4.2.2	Vorstellung des einrichtungsbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 1.1)	85
4.2.3	Überarbeitung der Operationalisierung	86
4.2.4	Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren	91
4.2.5	Vorstellung des einrichtungsbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 2.0)	91
4.3	Überarbeitung der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“	92
4.3.1	Vorgehen zur Überarbeitung der Operationalisierung	92
4.3.2	Vorstellung des einrichtungsbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 1.1)	92
4.3.3	Überarbeitung der Operationalisierung	93
4.3.4	Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren	94
4.3.5	Vorstellung des einrichtungsbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 2.0)	94
4.4	Empfohlenes Qualitätsindikatorensset	95
4.4.1	Qualitätsindikatorensset 2.0 der QS-Dokumentation	96
4.4.2	Qualitätsindikatorensset 2.0 der Patientenbefragung	97
4.4.3	Gesamtschau aller Qualitätsindikatoren nach Weiterentwicklung	98
5	Externes QS-Audit	101
5.1	Elemente des externen QS-Audits	102
5.2	Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit	104
5.2.1	Vorgehen zur Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit	104
5.2.2	Ergebnisse der Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit	109
5.3	Operationalisierung der Elemente des externen QS-Audits	129
5.3.1	Element der Dokumenten- und Prozessprüfung	129
5.3.2	Bewertungssystematik	138
5.3.3	Element der Nachbesprechung	142
5.4	Entwicklung eines Stichprobenkonzepts	147
5.4.1	Stichprobenziehung auf Standortebeine	147
5.4.2	Stichprobenziehung auf Fallebene	155
5.5	Rückmelde- und Berichtswesen (aggregierte Veröffentlichung)	157

5.5.1	Ergebnisbericht externes QS-Audit	157
5.5.2	Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer	157
5.5.3	Bundesauswertung.....	158
5.5.4	Bundesqualitätsbericht	159
5.5.5	Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren.....	164
5.6	Leistungserbringerbezogene Veröffentlichung.....	164
5.6.1	Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren.....	165
5.7	Ablauf des externen QS-Audits.....	165
5.7.1	Im Vorfeld des Vor-Ort-Besuches.....	166
5.7.2	Am Tag des Vor-Ort-Besuches.....	167
5.7.3	Im Nachgang des Vor-Ort-Besuches	170
5.7.4	Zusammenfassung der Aufwände.....	173
5.7.5	Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren.....	173
5.8	Rahmenbedingungen und notwendige Schritte bis zum Regelbetrieb	174
5.8.1	Zusammensetzung der Expertenteams.....	174
5.8.2	Regelung zum Einsichtsrecht.....	175
5.8.3	Ressourcenaufbau bei den Landesarbeitsgemeinschaften.....	176
5.8.4	Folgebeauftragung zur weiteren Umsetzung.....	176
5.8.5	Weiterführende Nutzung des Konzepts zur Weiterentwicklung der qualitativen Beurteilung nach Teil I § 17 DeQS-RL	177
5.8.6	Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren.....	177
6	Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen im QS-Verfahren <i>Entlassmanagement</i> im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL	178
6.1	Indikatorergebnisse der Patientenbefragung.....	178
6.1.1	Zielsetzung und Vorgehensweise	178
6.1.2	Gestuftes Vorgehen zur Analyse der Versorgungspraxis auf Basis der Indikatorergebnisse der Patientenbefragung	179
6.1.3	Schritt 1: Ergebnisanalyse.....	182
6.1.4	Schritt 2: Praxisanalyse	186
6.1.5	Schritt 3: Maßnahmenvereinbarung	189
6.1.6	Zusammenfassung des Konzepts zum Umgang mit Indikatorergebnissen der Patientenbefragung für das QS-Verfahren <i>Entlassmanagement</i> im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL	192

6.2	Indikatorergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	195
6.2.1	Zielsetzung und Vorgehensweise	195
6.2.2	Gestuftes Vorgehen für das Stellungnahmeverfahren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	195
6.2.3	Schritt 1: Ergebnisanalyse	198
6.2.4	Schritt 2: Qualitative Bewertung	200
6.2.5	Schritt 3: Maßnahmenvereinbarung	205
6.2.6	Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren	207
6.2.7	Zusammenfassung des Konzepts zum Umgang mit Indikatorergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das QS-Verfahren <i>Entlassmanagement</i> im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL	207
7	Empfehlungen für den Start der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation	210
7.1	Empfehlung für den Start der Patientenbefragung	210
7.1.1	Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Patientenbefragung Entlassmanagement	210
7.1.2	Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb	212
7.2	Empfehlung für den Start der QS-Dokumentation	220
7.2.1	Verzicht auf eine Machbarkeitsprüfung	220
7.2.2	Aktualisierung des Umsetzungs- und Auswertungskonzepts	221
7.2.3	Schritte bis zum Regelbetrieb	225
7.3	Möglicher zeitlicher Rahmen für einen Start der Patientenbefragung und der QS- Dokumentation des QS-Verfahrens	226
	Teil III: Fazit und Ausblick	228
8	Fazit und Ausblick	229
	Teil IV: Literatur	232
	Impressum	244

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Auftragsteile des G-BA zur Entwicklung des QS-Verfahrens	
Entlassmanagement und Berichte des IQTIG	24
Tabelle 2: Übersicht der analysierten Routinedaten in Bezug auf die eingeschlossenen	
Kriterien.....	59
Tabelle 3: Übersicht der Szenarien für die Fallauslösung im Regelbetrieb.....	63
Tabelle 4: Ergebnisse der Prüfung zur Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren	
der QS-Dokumentation.....	83
Tabelle 5: Datenfelder zum Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen	
Entlassmanagement" im Indikatorenset der QS-Dokumentation 1.1 vs. 2.0.....	88
Tabelle 6: Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen	
Entlassmanagement" (Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation).....	91
Tabelle 7: Datenfelder zum Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement	
beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung "	
im Indikatorenset der QS-Dokumentation 1.1 vs. 2.0	93
Tabelle 8: Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen	
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung "(Indikatorenset	
2.0 der QS-Dokumentation)	95
Tabelle 9: Qualitätsindikatoren des Indikatorensets 2.0 der QS-Dokumentation für das QS-	
Verfahren Entlassmanagement	96
Tabelle 10: Zuordnung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität für	
die dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren und für die Qualitätsindikatoren der	
Patientenbefragung (Mehrfachzuordnungen der Qualitätsindikatoren zu den	
Qualitätsdimensionen sind möglich)	99
Tabelle 11: Übersicht der Qualitätsmerkmale, die alle für das externe QS-Audit relevanten	
Eignungskriterien erfüllen (Prüfschritt 1).....	110
Tabelle 12: Prüfung der Qualitätsmerkmale, die alle für das externe QS-Audit relevanten	
Eignungskriterien des Qualitätsziels bis auf das Verbesserungspotenzial erfüllt haben	
(Prüfschritt 2).....	114
Tabelle 13: Übersicht der abgeleiteten Qualitätsmerkmale für das externe QS-Audit	126
Tabelle 14: Ableitung der thematischen Gruppen zur Überprüfung im externen QS-Audit	130
Tabelle 15: Ablauf, Inhalte und Verantwortlichkeiten der Nachbesprechung im externen QS-	
Audit.....	145
Tabelle 16: Abschätzung zur Anzahl einzubeziehender Standorte im externen QS-Audit für ein	
Erfassungsjahr	154
Tabelle 17: Rückmelde- und Berichtswesen (aggregierte Veröffentlichung) für das externe	
QS-Audit	162
Tabelle 18: Phasen, Schwerpunkte und Zeiten am Tag des Vor-Ort-Besuches.....	170
Tabelle 19: Übersicht der einzelnen Schritte zur Analyse der Versorgungspraxis für	
Indikatoren der Patientenbefragung im Stellungnahmeverfahren.....	193

Tabelle 20: Übersicht der einzelnen Schritte zum Umgang mit den Indikatorergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Stellungnahmeverfahren	208
Tabelle 21: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation.....	222
Tabelle 22: Übersicht der notwendigen Vorbereitungen für den Start der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation des QS-Verfahrens	226

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der Entwicklungsschritte zur Weiterentwicklung der Fallauslösung	29
Abbildung 2: Altersverteilung der Entlassfälle für Szenario 1.....	65
Abbildung 3: Altersverteilung der Entlassfälle für das Szenario 6.....	67
Abbildung 4: Darstellung der Anzahl der eingeschlossenen Krankenhäuser pro Szenario in Abhängigkeit von der Anzahl der ausgelösten Fälle	70
Abbildung 5: Qualitätsmodell Entlassmanagement nach Weiterentwicklung	98
Abbildung 6: Durch das externe QS-Audit adressierte Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells ..	129
Abbildung 7: Zeitliche Abfolge der Stichprobenziehung der Standorte im externen QS-Audit ...	155
Abbildung 8: Zeitliche Abfolge Berichts- und Rückmeldewesen im externen QS-Audit.....	161
Abbildung 9: Ablauf des externen QS-Audits	172
Abbildung 10: Übersicht zum gestuften Vorgehen für die Analyse der Versorgungspraxis auf Basis der Indikatorergebnisse der Patientenbefragung	179
Abbildung 11: Übersicht zum Ablauf des Stellungnahmeverfahrens der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.....	196
Abbildung 12: Datenfluss für stationäre Leistungserbringer zur Durchführung der Patientenbefragung	216
Abbildung 13: Schema der Zeitpunkte für Datenübermittlung und Fragebogenversand.....	217
Abbildung 14: Datenfluss der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus.....	223

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AM-RL	Arzneimittel-Richtlinie
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AÜG	Arbeitnehmerüberlassungsgesetz
BÄK	Bundesärztekammer
BQB	Bundesqualitätsbericht
BuAw	Bundesauswertung
CSV	Comma-separated values
DAS	Datenannahmestelle
DAS LAG	Datenannahmestelle(n) der Landesarbeitsgemeinschaft
DAS LKG	Datenannahmestelle(n) der Landeskrankenhausgesellschaft
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DRG	Diagnosis Related Groups
eBEM	erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
HeiM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HilfsM-RL	Hilfsmittel-Richtlinie
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health)
IKNR	Institutionskennzeichennummer (IK-Nummer)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KiHe-RL	Richtlinie zur Kinderherzchirurgie
KIM	Kommunikation im Medizinwesen

Abkürzung	Erläuterung
KIS	Krankenhausinformationssystem
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft(en)
LE	Leistungserbringer
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft(en)
MD-Bund	Medizinischer Dienst
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
Qb-R	Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QI	Qualitätsindikatoren
QS	Qualitätssicherung
QS PCI	Qualitätssicherungsverfahren <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronar-angiographie</i>
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SOP	Standardvorgehensweise (Standard Operating Procedure)
VPB	Versendestelle Patientenbefragung

Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine Trennung des stationären und des ambulanten Sektors gekennzeichnet. Durch diese sektorale Trennung können verschiedene Schnittstellenprobleme entstehen, die eine lückenlose und sektorenübergreifende Versorgung von Patientinnen und Patienten behindern und die Wahrscheinlichkeit von Versorgungsbrüchen erhöhen (SVR Gesundheit 2018). Zentrale Aufgabe des Entlassmanagements ist es, eine kontinuierliche, bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor sicherzustellen (SVR Gesundheit 2018, Khan 2018).

Grundsätzlich haben alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten nach § 39 Abs. 1a SGB V einen Anspruch auf ein Entlassmanagement während der Krankenhausversorgung. Die Ausgestaltung und der strukturelle Rahmen zur Umsetzung des Entlassmanagements sind im Rahmenvertrag Entlassmanagement zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) mit der aktuell vorliegenden 12. Änderungsvereinbarung (GKV-Spitzenverband et al. 2024) konkretisiert. Verschiedene Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) enthalten einschlägige Regelungen zum Entlassmanagement, z. B. zur Verordnung von Medikamenten (AM-RL)², Heil- (HeilM-RL)³ und Hilfsmitteln (HilfsM-RL)⁴ durch die Krankenhäuser, aber auch zur herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen (KiHe-RL)⁵.

Um die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten beim Übergang in die nachstationäre Versorgung zu verbessern, hat der G-BA das IQTIG mit der Entwicklung eines datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) zum Entlassmanagement beauftragt (G-BA 2018). Die drei Auftragsteile Konzeptstudie, Entwicklung von Qualitätsindikatoren (QI) der QS-Dokumentation/Sozialdaten und Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung stellen damit die bisherigen Entwicklungen des IQTIG für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* dar (Tabelle 1).

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009, zuletzt geändert am 19. September 2024, in Kraft getreten am 9. November 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/3/> (abgerufen am: 27.11.2024).

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 19. Mai 2011, zuletzt geändert am 16. Mai 2024, in Kraft getreten am 1. Oktober 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> (abgerufen am: 27.11.2024).

⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012, zuletzt geändert am 18. März 2021, in Kraft getreten am 1. April 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/13/> (abgerufen am: 27.11.2024).

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V. In der Fassung vom 18. Februar 2010, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 1. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/71/> (abgerufen am: 27.11.2024).

Tabelle 1: Übersicht der Auftragsteile des G-BA zur Entwicklung des QS-Verfahrens Entlassmanagement und Berichte des IQTIG

Auftragsteil	Zentrale Beauftragungsinhalte	Berichte des IQTIG
Teil A Konzeptstudie	- Erstellung eines Qualitätsmodells zur Identifikation von Qualitätspotenzialen und Versorgungszielen als inhaltliche Grundlage für die Teilaufträge B und C - Weiterentwicklung des Prognosemodells aus der Konzeptskizze des AQUA-Instituts (AQUA 2015) zur Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement als Zielgruppe des QS-Verfahrens	Berichtsabgabe: 18. Oktober 2019
Teil B QI-Neuentwicklung	- Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die im Qualitätsmodell identifizierten Qualitätsaspekte für die definierte Zielgruppe (Prognosemodell) - Erarbeitung notwendiger Vorgaben für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer/Sozialdaten bei den Krankenkassen	Berichtsabgabe: 15. Februar 2023
Teil C Patientenbefragung	- Entwicklung und Validierung der einzusetzenden Befragungsinstrumente zur Abbildung der Patientenperspektive - Festlegung der QS-Auslösung und Fragebogenlogistik ausgehend vom Prognosemodell - Entwicklung eines Datenflussmodells und eines Auswertungskonzepts	Berichtsabgabe: 31. Oktober 2022 mit einer Aktualisierung zum Prognosemodell in der Fassung vom 28. April 2023

1.2 Auftrag und Auftragsverständnis

Am 6. Dezember 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG mit der Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* (G-BA 2023). Ziel dieser Beauftragung ist es, das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement* hinsichtlich des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses gemäß dem Beschluss des G-BA über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (G-BA 2022) noch vor Einführung in den Regelbetrieb zu verbessern, sodass die Funktionalität und Praktikabilität des QS-Verfahrens von Beginn an gesichert ist. Ausgangspunkt der Weiterentwicklung sind die bisherigen Entwicklungsergebnisse und Empfehlungen des IQTIG. Die aktuelle Beauftragung des G-BA beinhaltet folgende Auftragsbestandteile und damit einhergehende Präzisierungen im Sinne eines Auftragsverständnisses durch das IQTIG:

- **Überarbeitung der Fallauslösung** und Verzicht auf das Prognosemodell in der Einführungsphase des QS-Verfahrens, sodass eine gezielte Stichprobe mithilfe der in den Systemen der Elektronischen Datenverarbeitung (EDV-Systemen) der Krankenhäuser fallbegleitend nutzbaren Daten möglich ist. Unter diesen Daten versteht das IQTIG Angaben, die insbesondere aufgrund von § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) im Krankenhausinformationssystem (KIS) dokumentiert werden. Zudem ist keine nachgelagerte Zufallsauswahl in den Krankenhäusern anhand der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) vorgesehen. Die Einrichtungen wissen damit bereits vor Start des QS-Verfahrens, welche Entlassfälle eingeschlossen sind. Folgende Anforderungen sollen gemäß Beauftragung berücksichtigt werden:
 - Prüfung, ob die Fallauslösung auf Patientinnen und Patienten aus relevanten Fachabteilungen (z. B. Innere Medizin, Geriatrie, Gynäkologie, Urologie, Pädiatrie, ausgewählte chirurgische Fachabteilungen und Psychiatrie) eingeschränkt werden soll, um ein ausgewogenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu erzielen
 - Erarbeitung von Prädiktoren (oder deren Kombination) für eine Zielgruppe mit einem erwartbar erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement (z. B. Diagnosen/Eingriffe, Pflegegrad, Altersgruppen oder Erkrankungen). Entsprechend der ursprünglichen Entwicklung zum QS-Verfahren *Entlassmanagement* führt das IQTIG die damals festgelegte Definition für einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement fort, sodass für solche Patientinnen und Patienten zusätzlich zum Entlassbrief mindestens eine weiterführende Versorgungsleistung oder Maßnahme zur Sicherstellung einer lückenlosen bedarfsgerechten Nach- und Weiterversorgung im Rahmen der Entlassung verordnet und organisiert werden muss (z. B. verordnete Heil- und Hilfsmittel oder Medikamente, Anschlussbehandlungen, medizinische Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflegeleistungen oder Haushaltshilfen) (IQTIG 2023a: Kapitel 8).
 - Abschätzung einer repräsentativen, Ressourcen schonenden Gesamtstichprobe und Begründung der Empfehlungen zur Festlegung der Stichprobengröße; dies bezieht sich aus Sicht des IQTIG sowohl auf die im QS-Verfahren eingeschlossenen Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement als auch auf die vom QS-Verfahren betroffenen Leistungserbringer. Da über die gesetzliche Normierung des Entlassmanagements alle stationären Einrichtungen ein Entlassmanagement durchführen müssen, geht das IQTIG davon aus, dass prinzipiell möglichst viele stationären Leistungserbringer ins QS-Verfahren eingeschlossen werden sollten.
 - Verwendung der anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse aus der bisherigen Entwicklung zur Prüfung der QS-Fallauslösung
- **Verzicht auf eine fallbezogene QS-Dokumentation** und Überführung der Qualitätsindikatoren in die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie Prüfung, inwiefern die fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation in die Patientenbefragung überführt werden können oder eine Erhebung mit Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich ist. Für das IQTIG schließt die Überführung der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation eine vorherige Überprüfung ein, inwieweit im Rahmen der einrichtungsbezogenen Dokumentation zu den Inhalten der fallbezogenen Indikatoren valide und vollständige Daten zu erwarten sind (IQTIG 2022e:

Kapitel 6). In der vorherigen Entwicklung hat das IQTIG zudem bereits dargelegt, dass eine Operationalisierung von Qualitätsmerkmalen mittels der Sozialdaten bei den Krankenkassen für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* nicht möglich ist (IQTIG 2023b: Kapitel 7). Eine Überführung in die Patientenbefragung ist aus Sicht des IQTIG nur insofern möglich, als aufgrund der knappen Projektlaufzeit keine neuen Items entwickelt und validiert werden können. Es können lediglich bereits validierte Items aus anderen Patientenbefragungen gezielt in die Fragebögen aufgenommen werden und die entsprechenden Qualitätsmerkmale ergänzt werden.

- **Konzeption eines qualitativen Bewertungsverfahrens** und Prüfung der Umsetzbarkeit in Zusammenarbeit mit den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) und einem Expertengremium. Ziel des Bewertungsverfahrens soll es sein, Qualitätsverbesserungen beim Entlassmanagement zu erreichen, indem z. B. Defizite in der Umsetzung des Entlassmanagements erkannt und behoben werden oder anhand von Best-Practice-Beispielen Verbesserungen implementiert werden. Gemäß Beauftragung sind die nachfolgenden Anforderungen zu berücksichtigen.
 - Nutzung und Analyse der Behandlungs- und Entlassdokumentation im Krankenhaus
 - Ermöglichen einer fallübergreifenden, einrichtungsbezogenen Ursachenanalyse und Bewertung
 - Erarbeitung differenzierter Überlegungen zu verschiedenen Stichproben von Leistungserbringern, z. B. für Leistungserbringer, die durch die anderen Erfassungsinstrumente im QS-Verfahren *Entlassmanagement* auffällig geworden sind
 - Entwicklung eines Leitfadens, der die relevanten Aspekte des Entlassmanagements, z. B. die Zusammensetzung des und die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team, die Anwendung eines geeigneten Assessmentbogens, die Erstellung eines Entlassplans, die zeitnahe Versendung eines Entlassbriefs, die Prüfung der Erforderlichkeit von verordnungs- bzw. veranlassungsfähigen Leistungen sowie das Kontaktieren der notwendigen Leistungserbringer in der Weiterversorgung, berücksichtigt und anhand dessen die Umsetzung des Entlassmanagements von den Landesarbeitsgemeinschaften strukturiert erhoben werden kann
 - Möglichkeit zur Veröffentlichung der Ergebnisse des qualitativen Bewertungsverfahrens soll gegeben sein

Das Verständnis des IQTIG und projektspezifische Anforderungen zu diesem Auftragsgegenstand sind im nachfolgenden Abschnitt dargelegt (siehe Abschnitt 1.3).

- Die beauftragte **Sicherstellung einer qualitativen und einrichtungsübergreifenden Beurteilung aller erhobenen Qualitätsindikatoren** fokussiert dem Verständnis des IQTIG nach Konzepte für die Nutzung von einheitlichen Kriterien zum Umgang mit den Indikatorergebnissen im Stellungnahmeverfahren, wie es aktuell in Teil I § 17 Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)⁶ dargestellt ist. Eine Abstimmung mit der vom G-BA am 6. März 2024 beauftragten Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen

⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 18. Juli 2024, in Kraft getreten am 1. September 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 27.11.2024).

Beurteilung (G-BA 2024) erfolgt innerhalb der Projektlaufzeit zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*.

- Prüfung der **Einführung der Patientenbefragung vorab** und unabhängig vom überarbeiteten „Klassik-Teil“ der QS-Dokumentation mit dem Verständnis des IQTIG, dass prinzipiell beide vom IQTIG bereits entwickelten und validierten Fragebogenversionen (Fragebogen „Erwachsene“ und Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“) zum Einsatz kommen sollen und die überarbeitete Fallauslösung eingesetzt wird.

1.3 Projektspezifische Anforderungen an die Konzeption eines qualitativen Bewertungsverfahrens

Mit der Beauftragung des G-BA, ein Konzept für ein qualitatives Bewertungsverfahren zu entwickeln, soll im Verständnis des IQTIG ein Konzept für ein neues Instrument im QS-Verfahren *Entlassmanagement* entwickelt werden, das auf die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und die Ableitung von Maßnahmen der Qualitätsförderung ausgerichtet ist; das Instrument soll neben der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und der Patientenbefragung bestehen. Die Zielsetzungen des neuen Instruments werden einführend unter Kapitel 5 ausführlich dargelegt. Die Notwendigkeit zur Konzeption des externen QS-Audits als eigenständiges Instrument im QS-Verfahren *Entlassmanagement* und die sich daraus ergebenden Anforderungen sind nachfolgend dargestellt:

- Das neue Instrument muss aus Sicht des IQTIG eindeutig von der qualitativen und einrichtungsübergreifenden Beurteilung der Indikatorergebnisse nach Teil I § 17 DeQS-RL abgegrenzt sein, die durch die vorliegende Beauftragung ebenfalls für die Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* vorgesehen ist. Aus Sicht des IQTIG ist es daher nicht sinnvoll, mit dem Konzept zum qualitativen Bewertungsverfahren parallel ein weiteres Instrument zur Beurteilung von Auffälligkeiten in den Indikatorergebnissen zu entwickeln. Das in dieser Beauftragung entwickelte Konzept zum qualitativen Bewertungsverfahren ist demnach als eigenständiges Instrument zu verstehen, auch abgegrenzt von der Beauftragung zur Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung, mit der das IQTIG parallel zum Projektzeitraum zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* beauftragt worden ist (G-BA 2024). Um diese Abgrenzung auch in der Benennung des neuen Instruments zu erreichen, wird im Folgenden von dem in der Beauftragung verwendeten Begriff „qualitatives Bewertungsverfahren“ abgewichen. Das IQTIG versteht unter dem Beauftragungsgegenstand ein Instrument, das zwar auch einen quantitativen Ansatz für Ergebnisbewertungen (Zuordnung eines vorgegebenen Wertes zur untersuchten Versorgungsleistung) ermöglichen soll, vor allem aber qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden (z. B. Interviews, Beobachtungen) nutzt. Da die Beurteilung durch Expertinnen und Experten charakteristisch für Verfahren mit qualitativen Elementen ist (Grüning 2022, Shaw 2000), ist es aus Sicht des IQTIG sinnvoll, sich für die Konzeptionierung des Instruments an Peer-Review-basierten Verfahren zu orientieren. Die Bundesärztekammer (BÄK) nimmt eine Abgrenzung von Peer-Review-Verfahren zu anderen Verfahren wie Audits oder Zertifizierungen vor (BÄK [2023]-a). An diesen Begriffsbe-

stimmungen orientiert, stellt das vorliegende Konzept einen Hybrid aus einem klassischen Audit und einem Peer-Review-Verfahren dar, da es u. a. zum einen mehr auf eine Qualitätsförderung als auf Qualitätskontrolle fokussiert, zum anderen aber kein freiwilliges Verfahren ist. Zur sprachlichen und inhaltlichen Abgrenzung zu freiwilligen Peer-Review-basierten Verfahren wird für dieses neue Instrument der Begriff „externes QS-Audit“ verwendet.

- Hinsichtlich der Stichprobenziehung ist aus Sicht des IQTIG, neben der in der Beauftragung beispielhaft angeführten anlassbezogenen Stichprobe auf Grundlage von Auffälligkeiten in den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens, auch die Möglichkeit einer zufälligen Stichprobe zu prüfen. Auch für die Überprüfung der Behandlungs- und Entlassdokumentationen am Krankenhaus muss ein Stichprobenkonzept auf Fallebene entwickelt werden.
- Vor dem Hintergrund eines Stichprobenverfahrens und potenzieller Ergebnisbewertungen im externen QS-Audit müssen die Möglichkeiten für eine Veröffentlichung der Ergebnisse geprüft werden.
- Zur standardisierten Erfassung der Umsetzung des Entlassmanagements wird gemäß Beauftragung ein Leitfaden entwickelt, der sich inhaltlich an den Anforderungen des Rahmenvertrags Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024) und dem im Abschlussbericht zur Neuentwicklung der Qualitätsindikatoren formulierten Qualitätsmodell orientiert (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Es findet keine erneute Themenerschließung oder Suche nach Verbesserungspotenzialen statt.

Da in diesem Auftragsgegenstand ausschließlich ein Konzept entwickelt werden soll, wird noch keine Prüfung auf Machbarkeit erfolgen (inkl. Umsetzung der Stichprobenziehung). Ebenso wird keine Ausarbeitung eines Schulungskonzepts zur Anleitung der Durchführung des externen QS-Audits vorgenommen.

2 Methodisches Vorgehen

Zur der Bearbeitung der Gegenstände der Beauftragung kamen methodische Elemente wie orientierende Literaturrecherche, die Analyse von quantitativen Daten oder auch die Expertenbeteiligung zum Einsatz. Im Folgenden wird das methodische Vorgehen zur Bearbeitung der Weiterentwicklung der Fallauslösung (Abschnitt 2.1), des externen QS-Audits (Abschnitt 2.2) sowie zur Überarbeitung der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren und Sicherstellung einer qualitativen und einrichtungsübergreifenden Beurteilung (Abschnitt 2.3) dargestellt. Abschließend wird das Vorgehen des Beteiligungsverfahrens gemäß § 137a SGB V beschrieben, das sich auf alle Auftragsgegenstände bezieht (Abschnitt 2.4).

2.1 Weiterentwicklung der Fallauslösung

Auf Basis von Beratungen in Expertenworkshops und in der Zusammenschau der Erkenntnisse aus einer orientierenden Literaturrecherche hat das IQTIG geprüft, welche Kriterien zur Weiterentwicklung der Fallauslösung zur Identifikation einer Zielpopulation von Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement herangezogen werden und wie diese operationalisiert werden können. Anschließend wurden diese Kriterien anhand Routinedaten hinsichtlich der Gesamtfallzahl und einer Abschätzung zur Verteilung der Fallzahlen über die Krankenhäuser analysiert. Die Kriterien zur Fallauslösung wurden nach jedem Entwicklungsschritt iterativ angepasst und weiterentwickelt. Die einzelnen Entwicklungsschritte werden in den folgenden Abschnitten detailliert erläutert. Eine Übersicht kann Abbildung 1 entnommen werden.

Nachdem durch die orientierende Recherche und die Beratungen in den Expertenworkshops Kriterien extrahiert wurden, die die Zielpopulation abbilden sollen, erfolgte eine Konkretisierung anhand folgender Prüfschritte:

- Kriterium ist im KIS vor allem über § 21 KHEntgG abbildbar
- Kriterium ist von anderen Kriterien abgrenzbar
- Kriterium wurde in einschlägigen Publikationen oder/und von Expertinnen und Experten als maßgeblich zur Definition der Zielgruppe angesehen

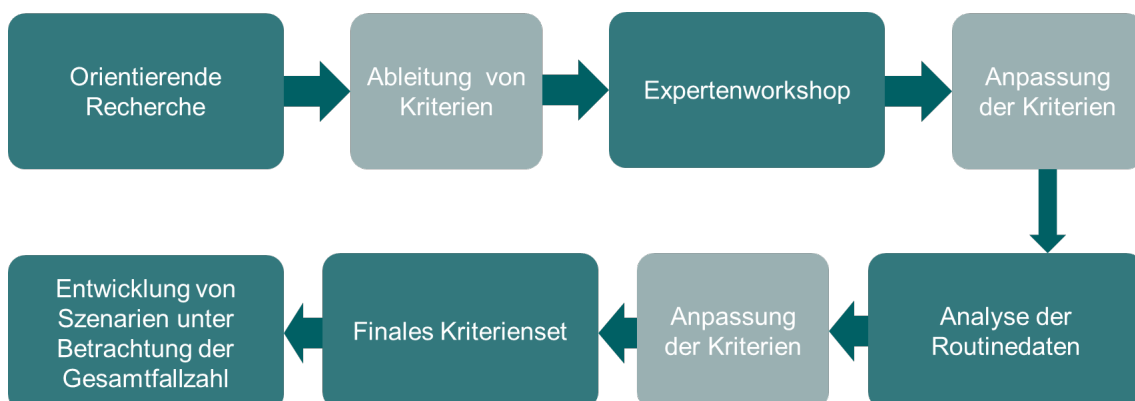


Abbildung 1: Übersicht der Entwicklungsschritte zur Weiterentwicklung der Fallauslösung

2.1.1 Orientierende Literaturrecherche

Das Ziel der Literaturrecherche für die Weiterentwicklung der Fallauslösung bestand darin, Erkenntnisse darüber zu erlangen, anhand welcher Merkmale sich Patientengruppen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement beschreiben lassen. Die Ergebnisse bildeten die Grundlage zur Identifikation von Kriterien, die es ermöglichen sollen, die Zielgruppe des QS-Verfahrens inhaltlich möglichst genau abzubilden.

Bei der Suche nach Kriterien, die einen Hinweis darauf geben, welche Patientinnen und Patienten einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen, wurden relevante Studien, Expertenstandards und Leitlinien sowie einschlägige Handbücher herangezogen. In elektronischen Datenbanken „PubMed“ und „Google Scholar“ wurden Variationen relevanter Suchbegriffe zur Identifikation relevanter Literatur genutzt.⁷ Die berücksichtigten Publikationen wurden anhand ihrer Relevanz für das Thema ausgewählt. Zudem wurden gezielt die Richtlinien des G-BA, in denen ein komplexer Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten adressiert wird, herangezogen. Außerdem wurden die Vorarbeiten des IQTIG aus der initialen Entwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* berücksichtigt (IQTIG 2019a, IQTIG 2023a).

2.1.2 Externe Beteiligung

Zur weiteren Eingrenzung der Kriterien für die Fallauslösung fanden zwei Expertenworkshops statt. Ziel war es, die Kriterien weiter zu konkretisieren und offene Fragen zu klären. Für die Workshops wurden gezielt Expertinnen und Experten, die das IQTIG bereits in Expertengremien aus vorherigen Entwicklungen zum Thema Entlassmanagement unterstützt haben, angefragt. Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde auf eine ausgewogene heterogene Zusammenstellung der Expertise in den Workshops geachtet. Dabei wurde sichergestellt, dass aus allen relevanten Bereichen Expertinnen und Experten vertreten sind (Entlassmanagement/Sozialdienst/Pflege, Wissenschaft, medizinische Expertise aus diversen unterschiedlichen Fachabteilungen wie Kardiologie, Orthopädie, Psychiatrie, Pädiatrie). Insgesamt wurden zehn externe Expertinnen und Experten einbezogen.

Die Expertenworkshops erfolgten an zwei Terminen. Dies bot die Möglichkeit, die Erkenntnisse aus dem ersten Workshop in die Weiterentwicklung mit einfließen zu lassen und diese dann in einem zweiten Treffen zu besprechen. Die Expertinnen und Experten erhielten vor den jeweiligen Workshops einen Kurzbericht, der die Entwicklungen zu der Weiterentwicklung der Fallauslösung zusammenfasste, zentrale Themen und Fragestellungen für die Diskussion darstellte und Vorschläge zur Konkretisierung der Kriterien anhand von Codes der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) sowie Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS) enthielt.

⁷ Als Suchbegriffe wurden bspw. Begriffe verwendet, die Prädiktoren für eine Wiederaufnahme erfassen sollen: „discharge planning“, „discharge management“, „hospital discharge“, „aftercare“, „patient discharge“, „patient characteristics“, „hospital readmission“, „readmission risk factors“, „readmission predictors“, „Entlassmanagement“. Die genannten Begriffe wurden auch in Kombination mit „child“, „children“, „pediatrics“ und „adolescents“ sowie verwandten Termini genutzt.

Der erste Workshop fand am 22. März 2024 digital als Videokonferenz statt. Das zweite Treffen fand am 12. April 2024 vor Ort im IQTIG statt.

2.1.3 Analyse anonymisierter Routinedaten

Die Analyse der Routinedaten erfolgte in zwei Schritten. Im ersten Schritt wurden Berechnungen auf Grundlage der inhaltlich besonders relevant erachteten Kriterien ausgeführt. Hierbei wurden die Kriterien einzeln betrachtet. Im zweiten Schritt wurden Berechnungen mit der Kombination von Kriterien angefertigt. Das Ziel war es, über die Kombination von Kriterien Szenarien zu identifizieren, die die Zielgruppe inhaltlich angemessen erfassen und deren Heterogenität abbilden, sodass die Anzahl der ausgelösten Fälle überschaubar bleibt und trotzdem möglichst viele Leistungserbringer im Verfahren eingeschlossen sind.

Als Datengrundlage nutzte das IQTIG Routinedaten, die bereits zur Entwicklung des Prognosemodells herangezogen wurden (IQTIG 2023a: Abschnitt 8.2.1). Diese Routinedaten beinhalten die von einer Krankenkasse erfassten Daten zu einer Stichprobe von 1.980.168 gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit einem stationären Aufenthalt in den Jahren 2016 oder 2017. Für jede Patientin und jeden Patienten in der Stichprobe enthalten diese Routinedaten u. a. Stammdaten wie Alter und Geschlecht, Angaben zu den stationären Aufenthalten, z. B. Diagnosen und durchgeführte Prozeduren, sowie weitere Informationen zu sämtlichen Verordnungen und abgerechneten Behandlungen dieser Patientinnen und Patienten im gesamten Zeitraum von einschließlich 2015 bis 2018. Das heißt, für einen konkreten stationären Aufenthalt 2016 oder 2017 enthalten die Daten mindestens das gesamte Behandlungs- und Verordnungsgeschehen der entsprechenden Patientin oder des Patienten für den Zeitraum von einem Jahr vor bis zu einem Jahr nach dem Aufenthalt. Bei sich zeitlich überlappenden oder unmittelbar aufeinanderfolgenden Aufenthalten einer Patientin bzw. eines Patienten beim selben Leistungserbringer (bei Entlassung und Aufnahme am selben Tag) wurden diese als ein einzelner zusammenhängender Aufenthalt und somit als ein Entlassfall betrachtet.

Für die Analyse der Kriterien und deren Kombination zu Szenarien wurde die Grundgesamtheit der Entlassfälle definiert als alle Entlassungen aus vollstationären Aufenthalten mit Datum der Entlassung im Jahr 2017. Aus dieser Grundgesamtheit an Entlassfällen ($n = 1.906.546$) wurden aus Gründen der Datenvalidität und Vollständigkeit bzw. aus inhaltlichen Gründen einzelne Entlassfälle aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. In Bezug auf Datenvalidität betrifft dies folgende Entlassfälle:

- Patientinnen und Patienten mit uneindeutiger Angabe zum Geburtsjahr
- Patientinnen und Patienten mit Todesjahr ungleich dem Endjahr des Versicherungszeitraums
- Patientinnen und Patienten mit Versichertendauer von weniger als 365 Tagen im Jahr 2017 oder weniger als 90 Tagen in den Jahren 2016 oder 2018 (trifft nicht zu, falls die verkürzte Versichertendauer durch Tod oder geringes Alter verursacht ist)

Mit Blick auf die Zielsetzung des beauftragten QS-Verfahrens wurden nachfolgende Entlassfälle aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen, da bei diesen kein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement anzunehmen ist:

- Entlassungen von gesunden Neugeborenen
- Versterben der Patientin / des Patienten
- Entlassungen aus Aufhalten mit einer Verweildauer von weniger als zwei Tagen

Insgesamt besteht die so definierte Grundgesamtheit aus 1.633.359 Entlassfällen im Jahr 2017, die somit ca. 10 % von allen gesetzlich versicherten Entlassfällen des Jahres 2017 umfasst (GBE-Bund 2024b). Außerdem kann eine Patientin oder ein Patient mit mehreren Aufenthalten auch mehrfach in der Grundgesamtheit der Entlassfälle vorkommen. Die verwendeten Routinedaten der Krankenkasse enthalten Entlassfälle von 1.720 verschiedenen Krankenhäusern. Bundesweit existierten 2017 laut Statistischem Bundesamt 1.942 Krankenhäuser (GBE-Bund 2024a). Dass einzelne Krankenhäuser nicht in den Daten enthalten sind, ist vermutlich auf die Unvollständigkeit der Datenstichprobe zurückzuführen. Sollten insbesondere kleine Krankenhäuser nicht im Datensatz enthalten sein, kann dies dazu führen, dass der Anteil von Krankenhäusern mit einer geringen Anzahl von Entlassfällen unterschätzt wird.

2.2 Externes QS-Audit

Da in der externen Qualitätssicherung bisher keine etablierte Methodik für die Entwicklung eines externen QS-Audits vorliegt, soll die Entwicklung des neuen Instruments dementsprechend in Anlehnung an bereits bestehende Konzepte nationaler und internationaler Peer-Review-basierter Verfahren erfolgen, um bereits bewährte Teilaspekte dieser Konzepte synergetisch für das neue Instrument zu nutzen, wozu orientierende Recherchen durchgeführt worden sind (siehe Abschnitt 2.2.1). Zur Prüfung der Umsetzbarkeit des Konzepts und der inhaltlichen Ausrichtung wurden die Landesarbeitsgemeinschaften sowie ein Expertengremium einbezogen (siehe Abschnitt 2.2.2) sowie zur Abschätzung der Stichprobengröße des externen QS-Audits Routinedaten analysiert (siehe Abschnitt 2.2.3).

2.2.1 Orientierende Literaturrecherchen

Im ersten Quartal 2024 wurde eine orientierende Recherche ausgehend von der Website der BÄK (BÄK [2023]-b) auf nationaler Ebene durchgeführt. Weiterhin wurde auf eine orientierende Recherche zu internationalen Beispielen für Peer-Review-basierte Verfahren zurückgegriffen, die bereits im zweiten Halbjahr 2022 im Rahmen eines internen Projektes im IQTIG durchgeführt worden ist. Ausgehend von den Ergebnissen der Literaturrecherche (siehe Abschnitt 5.1) wurden Kernelemente definiert, die das externe QS-Audit strukturieren und somit die Basis für die inhaltliche Ausgestaltung des neuen Instruments bildeten. Zusätzlich erfolgte im ersten Quartal 2024, neben der orientierenden Recherche nach Peer-Review-basierten Verfahren, eine Recherche in den jeweiligen Rechtsvorschriften der Bundesländer zu den Regelungen zum Einsichtsrecht in die Behandlungs- und Entlassdokumentation. Das Ergebnis ist in Abschnitt 5.8.2 dargestellt.

2.2.2 Externe Beteiligung

Einbezug der Landesarbeitsgemeinschaften

Das externe QS-Audit soll als Teil des länderbezogenen QS-Verfahrens *Entlassmanagement* durch die Landesarbeitsgemeinschaften umgesetzt werden. Die Konzeptionierung und Überprüfung der Umsetzbarkeit des externen QS-Audits sollen gemäß Beauftragung auch in Zusammenarbeit mit den Landesarbeitsgemeinschaften erfolgen (G-BA 2023). Hierzu wurden u. a. alle Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften zu einem Online-Treffen am 4. Juli 2024 eingeladen. Ziel des Treffens war es, den ersten Entwurf des Konzepts den Landesarbeitsgemeinschaften vorzustellen und insbesondere hinsichtlich der Umsetzbarkeit auf Länderebene zu beraten. Die Geschäftsstellen wurden vorab schriftlich mittels eines Kurzberichts über das Konzept zum externen QS-Audit informiert. Das Konzept wurde dabei hinsichtlich folgender Fragestellungen betrachtet:

- **Zeitliche Überschneidung der Instrumente:** *In welchem Umfang ziehen sich vereinbarte Maßnahmen aus dem Stimmnahmeverfahren in das darauffolgende Jahr?*
- **Besetzung und Organisation der Expertenteams:** *Ist die Bildung von Expertenteams aus den Fachkommissionen gemäß den empfohlenen Anforderungen umsetzbar? Ist das Vorgehen zum Umgang mit persönlichen Befangenheiten des Stimmnahmeverfahrens auch für das externe QS-Audit übertragbar?*
- **Aufgaben und Aufwand für die Geschäftsstellen:** *Ist der Umfang der Aufgaben während der Nachbesprechung (Moderation und Protokollierung) für eine LAG-Vertreterin bzw. einen LAG-Vertreter zu bewältigen? Ist das empfohlene Vorgehen zur Übermittlung der Ergebnisse für die Landesarbeitsgemeinschaften organisatorisch durchführbar und praktikabel? Welcher Aufwand kann für die Geschäftsstellen zur Durchführung des externen QS-Audits angenommen werden?*

An dem Treffen haben Vertreterinnen und Vertreter von 13 der insgesamt vorhandenen 16 Geschäftsstellen teilgenommen. Die Anmerkungen aus dem Treffen und die Empfehlungen des IQTIG dazu sind im Anhang E.2 dargestellt. Änderungen, die aus der Beteiligung der Landesarbeitsgemeinschaften erwachsen sind, sind im Konzept in den einzelnen Abschnitten des Kapitels 5 eingearbeitet und abschließend jeweils kurz zusammengefasst.

Neben dem Online-Treffen wurden die Geschäftsstellen sowohl vor (12.2.-11.3.2024) als auch nach dem Treffen (26.7.-5.8.2024), mittels zweier Online-Befragungen zu grundlegenden Rahmenbedingungen zum Einsichtsrecht in die Behandlungs- und Entlassdokumentation sowie zur ihren Ressourcen zur Umsetzbarkeit des externen QS-Audits befragt. In der ersten Abfrage zu Projektbeginn wurden die Landesarbeitsgemeinschaften dazu befragt, ob in den jeweiligen Bundesländern die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesgeschäftsstellen sowie die Mitglieder der Fachkommissionen beim Leistungserbringer vor Ort Einsicht in die vollständige und nicht anonymisierte Primärdokumentation haben. Eine Zusammenfassung des Ergebnisses ist im Abschnitt 5.8.2 dargestellt. Weiterhin wurden für die Stichprobenentwicklung in der ersten Abfrage die Ressourcen bei den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften abgefragt: Dazu wurden zwei verschiedene Zeiträume für die Durchführung des externen QS-Audits vorgeschlagen. Für eine anlassbezogene Stichprobe wurde äquivalent zum Stimmnahmeverfahren gemäß Teil I § 17

DeQS-RL angenommen, dass das externe QS-Audit bei einer Stichprobe von Leistungserbringern, die im Rahmen der anderen QS-Instrumente (Patientenbefragung und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) auffällig geworden sind, im Zeitraum vom 1. Juni bis zum 31. Oktober im Folgejahr des Erfassungsjahrs durchgeführt werden kann. Bei einer Zufallsstichprobe von Leistungserbringern, d. h. ohne vorangegangene Auffälligkeit in anderen QS-Instrumenten, würde für das externe QS-Audit dagegen das gesamte Erfassungsjahr vom 1. Januar bis zum 31. Dezember zur Durchführung zur Verfügung stehen. Zu beiden Zeiträumen wurde abgefragt, wie viele Leistungserbringer die jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften in das neue Instrument einbeziehen könnten und ob sie Anmerkungen zur Stichprobenziehung für den jeweiligen Zeitraum haben.⁸ Im Anschluss an das Treffen mit den Landesarbeitsgemeinschaften, bei dem die LAG-Vertreterinnen und -Vertreter einen tieferen Einblick in das entwickelte Konzept des externen QS-Audits bekommen haben und den Aufwand für das externe QS-Audit besser einschätzen konnten, wurde diese Online-Befragung wiederholt, wobei nur noch eine Einschätzung bezogen auf das gesamte Erfassungsjahr eingeholt worden ist. Grundlage für die Abfrage war die Aufwandsabschätzung, die unter Abschnitt 5.7.4 dargestellt ist. An den Abfragen haben 15 von 16 bzw. 12 von 16 Landesarbeitsgemeinschaften teilgenommen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Abfragen ist in Abschnitt 5.4.1 dargestellt.

Einbezug eines Expertengremiums

Zusätzlich wurde ein Expertengremium in die Entwicklung des externen QS-Audits einbezogen. Ziel des Einbezugs von Expertinnen und Experten war es, die inhaltliche Ausrichtung des externen QS-Audits mit den Expertinnen und Experten zu beraten und Hinweise aus der Praxis des Entlassmanagements zur Operationalisierung der zu überprüfenden Inhalte im externen QS-Audit in die Entwicklung des Konzepts einfließen zu lassen. Es wurde kein neuer öffentlicher Registrierungsaufruf für Expertinnen und Experten durchgeführt, sondern auf die Expertinnen und Experten, die bereits während der Neuentwicklung der Qualitätsindikatoren in Teil B der vorherigen Beauftragung mitgewirkt haben, zurückgegriffen. So konnte bereits bestehendes Vorwissen aus der Mitarbeit im Entwicklungsprozess des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* für die Weiterentwicklung sinnvoll genutzt werden. Die Zusammensetzung des Expertengremiums entspricht somit dem Stand der Entwicklung der Qualitätsindikatoren aus Teil B und ist im zugehörigen Abschlussbericht ausführlich dargestellt (IQTIG 2023b: Kapitel 2). Die Einbindung der Expertinnen und Experten fand am 5. September 2024 im Rahmen einer Hybrid-Veranstaltung statt.

Die Expertinnen und Experten wurden vorab schriftlich mittels eines Kurzberichts über das Konzept zum externen QS-Audit informiert. Während des Treffens mit dem Expertengremium lag der Fokus vor allem darauf, externe Expertise zu den definierten Qualitätsanforderungen und der entsprechenden Operationalisierung einzuholen. Folgende Fragestellungen wurden diskutiert:

⁸ Um bereits zu Beginn des Projektes eine Einschätzung der Landesarbeitsgemeinschaften auf einer einheitlichen Basis zu ermöglichen, wurden für den Einbezug eines Leistungserbringers ein Tag für den Vor-Ort-Besuch, ein halber Tag für die Vor- und Nachbereitung durch eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter der LAG-Geschäftsstelle sowie die Anreise einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters der LAG-Geschäftsstelle zum Vor-Ort-Besuch beim Leistungserbringer am Vortag als Aufwände angenommen.

- **Besetzung und Organisation der Expertenteams:** Ist die Zusammensetzung der Expertenteams für die Durchführung eines externen QS-Audits hinreichend? Ist der Verzicht auf die Eingrenzung auf Fachgebiete zielführend?
- **Ableitung der thematischen Gruppen:** Werden die relevantesten Elemente des Entlassmanagements durch die thematischen Gruppen ausreichend abgebildet? Sollten bestimmte Gruppen ergänzt/gestrichen werden?
- **Prozess- und Dokumentenprüfung:** Ist die Formulierung von Leitfragen für die Prozessprüfung zielführend? Ist anzunehmen, dass Aktualisierungen oder Änderungen von Informationen in der Behandlungs- und Entlassdokumentation regelhaft dokumentiert und bei der Dokumentenprüfung nachvollzogen werden können? Welcher Zeitrahmen ist für die Kontaktaufnahme zu weiterbehandelnden Leistungserbringern zu fordern?
- **Gesamtbetrachtung externes QS-Audit:** Sind die einzelnen Elemente in den eingeschätzten Zeiträumen umsetzbar? Ist das vorgestellte Konzept an einem Tag durchführbar? Ist der kalkulierte Gesamtaufwand pro Expertin/Experte für ein externes QS-Audit realistisch?

Insgesamt haben 18 Expertinnen und Experten (inklusive einer Patientenvertreterin und eines Patientenvertreters beim G-BA) an der Veranstaltung teilgenommen. Zusätzlich konnten zwei Vertreterinnen bzw. Vertreter zweier Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften an der Sitzung teilnehmen, um auch im weiteren Verlauf der Konzepterstellung die durchführenden Stellen zu beteiligen. Eine Übersicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kann Anhang E.1 entnommen werden. Die Anmerkungen aus dem Treffen und die Empfehlungen des IQTIG dazu sind im Anhang E.2 dargestellt. Änderungen, die aus der Beteiligung des Expertengremiums erwachsen sind, sind im Konzept in den einzelnen Abschnitten des Kapitels 5 eingearbeitet und abschließend jeweils kurz zusammengefasst.

2.2.3 Analyse anonymisierter Routinedaten

Gemäß der Beauftragung sollen differenzierte Überlegungen für verschiedene Stichproben von Leistungserbringern, die in das externe QS-Audit einbezogen werden sollen, erarbeitet werden (G-BA 2023). Um eine Abschätzung zu ermöglichen, wie viele Standorte auf Bundeslandebene nach dem entwickelten Vorgehen (siehe Abschnitt 5.4.1) in einem Erfassungsjahr in das externe QS-Audit einzubeziehen sind, wurde auch hierfür auf die anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse zurückgegriffen (siehe Abschnitt 2.1.3). Die von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten anonymisierten Routinedaten beinhalten nur Angaben zu den Krankenhäusern (die jeweils anhand der Institutionskennzeichennummer [IKNR] unterschieden werden), das externe QS-Audit wird jedoch auf Ebene von Krankenhausstandorten durchgeführt. Um dennoch eine Abschätzung zu ermöglichen, wie viele Standorte auf Bundeslandebene in einem Erfassungsjahr in das externe QS-Audit einzubeziehen sind, wurde im Juni 2024 ein Auszug aus dem bundesweiten Verzeichnis der Standorte gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zu den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen gezogen. Der Auszug wurde auf Duplikate geprüft, Standorte von Tageskliniken sowie Ambulanzen wurden ausgeschlossen. Die Ergebnisse der Analyse sind unter Abschnitt 5.4.1.2 dargestellt.

2.3 Überarbeitung der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren und Sicherstellung einer qualitativen und einrichtungsübergreifenden Beurteilung

In der Sitzung des Expertengremiums am 5. September 2024 wurde das im Rahmen dieser Beauftragung aktualisierte Indikatorenset der QS-Dokumentation (Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation) vorgestellt. Ziel des Einbezugs war es an dieser Stelle, die Expertise der Expertinnen und Experten, die in der Entwicklung der Qualitätsindikatoren beteiligt waren, auch in die Überarbeitung der Indikatoren miteinzubeziehen und sie über die Weiterentwicklung der Sets zu informieren. Dadurch, dass die Grundlage für den Auftragsgegenstand die zuvor mit dem Expertengremium entwickelten Qualitätsindikatoren sind und die Beauftragung einschränkende Vorgaben zu den zu verwendenden Erfassungsinstrumenten macht (G-BA 2023), lag der Fokus der Beteiligung der Expertinnen und Experten auf der veränderten Operationalisierung der Qualitätsindikatoren. Über die Vorstellung des Indikatorensets 2.0 der QS-Dokumentation hinaus wurde das entwickelte Konzept zum Umgang mit den einrichtungsbezogenen Indikatoren im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL den Expertinnen und Experten vorgestellt. Der Einbezug des Expertengremiums erfolgte hinsichtlich der Integration von praktischen Erfahrungen zur Entwicklung von Kriterien, die eine qualitative Bewertung des Indikatorergebnisses im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens verhindern können. Die Anmerkungen der Expertinnen und Experten und die Empfehlungen des IQTIG dazu sind im Anhang E.2 dargestellt. Eine Zusammenfassung der daraus resultierenden Änderungen ist in den jeweiligen Abschnitten von Kapitel 3 und in Abschnitt 6.2 dargestellt.

2.4 Beteiligungsverfahren als Workshop

Zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgabe zur Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V wurde am 7. und 8. November 2024 ein Beteiligungsworkshop durchgeführt. Dieser fand in Präsenz am IQTIG statt. Im Rahmen dessen wurden die gemäß § 137a Abs. 7 SGB V berechtigten Organisationen und Institutionen sowie weitere zur Teilnahme am Beteiligungsverfahren gebeten (siehe Würdigung der Stellungnahmen).

Im Vorfeld des Beteiligungsworkshops wurden Beratungsunterlagen mit einer Übersicht der Weiterentwicklungen zu allen Auftragsgegenständen der Beauftragung den stellungnahmeberechtigten Organisationen übermittelt und diese wurde darum gebeten, eine kurze und prägnante Stellungnahme (max. 1.800 Wörter) mit den wichtigsten inhaltlichen Hinweisen bzw. Anregungen zu übermitteln. Der Zeitraum zur Einsendung der schriftlichen Stellungnahmen lag vom 16. Oktober bis zum 4. November 2024. Die Stellungnahmen wurden anschließend für den Beteiligungsworkshop gesichtet und zur Diskussion aufbereitet. Ziel war es, eine möglichst umfassende Beurteilung der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Entwicklungsergebnisse einzuholen, um so die Sachkenntnis der zu Beteiligten in die fachliche Entwicklungsarbeit einbinden zu können. Um an dem Beteiligungsverfahren teilnehmen zu können, musste im Vorhinein eine Vertraulichkeitsklärung ausgefüllt und dem IQTIG übermittelt werden.

Insgesamt haben 14 Organisationen die Möglichkeit zur Beteiligung wahrgenommen; es wurden 12 Stellungnahmen eingereicht. Die Hinweise aus den Statements und den Beratungen im Beteiligungsworkshop werden in der dem vorliegenden Abschlussbericht beigefügten Würdigung der Stellungnahmen dargestellt. Zudem sind Anpassungen an den Weiterentwicklungsergebnissen, die das IQTIG nach dem Beteiligungsworkshop vorgenommen hat, im Bericht entsprechend vermerkt.

Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

3 Weiterentwicklung der Fallauslösung

In Deutschland im Jahr 2022 etwa 14 Millionen Entlassungen von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten aus einem stationären Krankenhausaufenthalt (GBE-Bund 2024b), die entsprechend § 39 Abs. 1a SGB V grundsätzlich alle einen Anspruch auf ein Entlassmanagement während der Krankenhausversorgung haben. Der regelhafte Einbezug aller Patientinnen und Patienten, die aus einer stationären Krankenhausbehandlung entlassen wurden, ist in dieser Größenordnung für ein QS-Verfahren allerdings nicht praktikabel. Mit dem Ziel der Datensparsamkeit und der Reduktion des Befragungsaufwands seitens der befragten Patientinnen und Patienten, aber auch vor dem Hintergrund des Dokumentationsaufwands bei den Leistungserbringern ist eine Definition einer Zielpopulation notwendig, die nur einen Teil der Gesamtheit aller Entlassungen von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten beinhaltet und damit zu einer zielgerichteten Reduktion der für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* relevanten Entlassungen führt.

Laut § 3 Abs. 2 des Rahmenvertrags Entlassmanagement ist es insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement zu treffen, bspw. bei neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen der Mobilität und Selbstversorgung (GKV-Spitzenverband et al. 2024). Ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement liegt gemäß der Definition des IQTIG dann vor, wenn für die Patientinnen und Patienten zusätzlich zum Entlassbrief mindestens eine weiterführende Versorgungsleistung oder Maßnahme zur Sicherstellung einer lückenlosen bedarfsgerechten Nach- und Weiterversorgung im Rahmen der Entlassung verordnet und organisiert werden muss (z. B. verordnete Heil- und Hilfsmittel oder Medikamente, Anschlussbehandlungen, medizinische Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflegeleistungen oder Haushaltshilfen) (IQTIG 2023a: Kapitel 8). Zur Identifikation dieser Zielgruppe für die Fallauslösung hat das IQTIG entsprechend den Beauftragungen des G-BA (2018) ein Prognosemodell mit nachgelagerter Zufallsstichprobe anhand der eGK-Versichertennummer entwickelt (IQTIG 2023b: Kapitel 4). Die Identifikation der Zielpopulation unterlag damit einer Prognose, die erst mit der Entlassung der Patientinnen und Patienten zur Festlegung der QS-pflichtigen Fälle führt. Für den Start des QS-Verfahrens sieht die aktuelle Beauftragung des G-BA die Weiterentwicklung einer Überarbeitung der Fallauslösung ohne Prognosemodell vor. Zudem ist bei einer Fallauslösung anhand fester, vorab definierter Kriterien für die Leistungserbringer auch vorab ersichtlich, welche Entlassungen Teil des QS-Verfahrens sein werden.

3.1 Herausforderungen bei der Erarbeitung der Kriterien

Die Herausforderung bei der Weiterentwicklung der Fallauslösung besteht darin, Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement zu identifizieren, ohne jedoch die Komplexität und Individualität hinsichtlich der Erkrankung, Versorgung, sozialen Anbindung und Lebenssituation auf Ebene einzelner Patientinnen und Patienten (z. B. Alleinleben, Leben in einer ländlichen Umgebung, Kontakt zu Verwandten) berücksichtigen zu können. Die

Erfassung der patientenindividuellen Lebensumstände wird als wichtiges Element des Assessments zur Feststellung eines patientenindividuellen Bedarfs für die Nach- und Weiterversorgung angesehen (DNQP 2019, Wingenfeld 2020). Da diese Bereiche teilweise nicht abrechnungsrelevant sind, geht das IQTIG davon aus, dass diese Angaben nicht einheitlich in den KIS hinterlegt sind und somit nicht für eine automatisierte Fallauslösung herangezogen werden können. Somit sind nach Einschätzung des IQTIG nur Diagnosen und medizinische Maßnahmen/Prozeduren als Kriterien für eine Fallauslösung heranzuziehen, die inhaltlich einen umfassenden Bedarf der Patientinnen und Patienten für ein Entlassmanagement nahelegen und deren ICD- bzw. OPS-Kodes abrechnungsrelevant sind. Zur Weiterentwicklung der Fallauslösung wurde der Schwerpunkt daher auf Kriterien gelegt, die die Zielgruppe maßgeblich definieren. Dadurch kann es jedoch im Einzelfall vorkommen, dass eine Patientin oder ein Patient mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement anhand der Kriterien nicht identifiziert wird. Eine Person wird bspw. mit einem umfassenden Bedarf für eine Weiterversorgung entlassen, sie weist aber keine zur Operationalisierung der Zielgruppe genutzten ICD- oder OPS-Kode auf. Ebenso ist es möglich, dass eine Patientin oder ein Patient mindestens ein Kriterium erfüllt, aber dennoch kein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement vorliegt; z. B. wenn die Person ein ausgebautes soziales Netzwerk aufweist oder in belastbare (ambulante) Versorgungsstrukturen eingebettet ist, so dass ein umfassendes Entlassmanagement nicht erforderlich ist.

Durch die Vorgabe, dass die Fallauslösung auf Daten des KIS gestützt werden muss, lassen sich die Kriterien nur auf Basis abrechnungsrelevanter Angaben definieren. Dies hat zur Folge, dass es Konstellationen geben kann, bei denen für die Patientinnen und Patienten im Krankenhaus kein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement erkannt wurde (d. h., dass nicht mit einem entsprechenden Code dokumentiert wurde), und die damit für das QS-Verfahren nicht aufgegriffen werden können. Zum Beispiel würde eine Patientin, die einen Pflegegrad III aufweist, nicht erfasst werden, wenn das Krankenhaus den entsprechenden OPS-Kode im KIS nicht hinterlegt hat. Weitere Kriterien, die aus inhaltlichen Gründen nicht berücksichtigt werden konnten, sind in Abschnitt 3.3 und im Anhang A.3 dargestellt.

3.2 Eingeschlossene Kriterien

Die folgenden Kriterien gelten prinzipiell sowohl für Erwachsene als auch für Kinder/Jugendliche. Für die zweite Personengruppe wurde jedoch noch ein Kriterium (Erkrankungen im Perinatalalter) sowie einzelne ICD-/OPS-Kodes gezielt ergänzt, um Kinder und Jugendliche mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement angemessen zu berücksichtigen. Alle eingeschlossenen Kriterien sind gleichermaßen relevant; weder aus der Literatur noch aus den Expertenworkshops ergaben sich Hinweise darauf, dass einzelne Kriterien priorisiert werden sollen. Somit reicht es für die Fallauslösung aus, wenn *ein* Kriterium erfüllt ist. Insgesamt wurden neun Kriterien eingeschlossen, von denen zwei die Basis bilden. Diese beiden Kriterien sind diagnose- und prozedurenübergreifend. Durch Hinzunahme von weiteren Kriterien können diese ergänzt werden:

- Basiskriterien
 - Pflegegrad
 - hoher pflegerischer Aufwand
- Erweiterung der Kriterien
 - Operationen
 - Tumorerkrankungen
 - Transplantationen
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - psychische Erkrankungen
 - chronische Erkrankungen
 - Erkrankungen im Perinatalalter

Die Basiskriterien Pflegegrad und hohem pflegerischen Aufwand stellt den Grundstock für die Erfassung von Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement dar. Die Basiskriterien sind sowohl diagnose-/ prozeduren- und behandlungs- als auch altersübergreifend, legt jedoch einen besonderen Schwerpunkt auf ältere Patientinnen und Patienten. Die Erweiterung der Kriterien rückt spezifische Diagnosen und/oder medizinische Maßnahmen/Prozeduren (teilweise separat für Erwachsene und Kinder/Jugendliche) in den Fokus. Außerdem werden durch die Erweiterung der Kriterien zusätzlich sechs bzw. für Kinder und Jugendliche sieben Kriterien eingeführt, um Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die durch die Basiskriterien nicht erfasst wurden. Mit der Erweiterung der Kriterien kann somit eine größere Vielfalt in Bezug auf Alter, Diagnosen und medizinische Maßnahmen/Prozeduren der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden. Die folgenden Abschnitte gehen anhand der Hinweise aus der Literaturrecherche und der Expertinnen und Experten detailliert auf die Kriterien ein und geben einen Kurzüberblick zur Eingrenzung und Operationalisierung des Kriteriums. Eine ausführliche Übersicht der für die einzelnen Kriterien zur Operationalisierung verwendeten ICD- oder OPS-Kodes findet sich in Anhang A.1.

3.2.1 Pflegegrad

Hinweise aus der Literatur

Knapp 5 Millionen Menschen der deutschen Bevölkerung weisen einen Pflegegrad auf (Destatis 2024). Mit zunehmendem Pflegegrad (Pflegegrade I bis V) geht eine stärkere kognitive und/oder körperliche Beeinträchtigung einher. Einige der durch die orientierenden Recherche extrahierten Studien deuten darauf hin, dass sowohl körperliche als auch kognitive Beeinträchtigungen zu einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement führen können (Barnett et al. 2015, Pederson et al. 2016). Diese Ergebnisse werden auch durch den Expertenstandard (DNQP 2019) und das Handbuch Entlassmanagement (Wingenfeld 2020) gestützt, welche die Pflegebedürftigkeit und Einschränkungen in der Selbstwahrnehmung als Faktoren für ein initiales Assessment nennen.

Der Pflegebericht 2011 des Medizinischen Dienstes zeigt, welche Erkrankungen bei den Antragsstellerinnen und Antragsstellern der Pflegestufen häufig genannt wurden (Brucker und Seidel [2013]). Die Diagnosen, die zur Einstufung in Pflegestufen führen, zeigen bei Pflegestufen II und III eine hohe Übereinstimmung zwischen Frauen und Männern. Bei Männern ist Krebs in diesen Pflegestufen die häufigste Diagnose, gefolgt von Kreislauferkrankungen sowie psychischen und Verhaltensstörungen. Bei Frauen stehen in Pflegestufe II psychische und Verhaltensstörungen sowie Kreislauferkrankungen gleichauf an erster Stelle. In Pflegestufe III sind die Diagnosen Krebs und Kreislauferkrankungen nahezu gleich häufig vertreten (Brucker und Seidel [2013]).

Wenngleich der Pflegebedürftigkeitsbegriff 2017 überarbeitet wurde und der Fokus von körperlichen Einschränkungen hin zum vorhandenen Grad an Selbstständigkeit, bei dem auch kognitive und psychische Einschränkungen zum Tragen kommen, verschoben wurde, kann davon ausgegangen werden, dass es hohe Überschneidungen von Diagnosen und Pflegegraden gibt (z. B. Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Erkrankungen (MD Bund 2024)). Dem IQTIG wurden Daten des MD-Bund zur Verfügung gestellt, in denen die ICD-Diagnosen für alle Begutachtungen auf Pflegebedürftigkeit für das Jahr 2023 dargestellt sind; die Daten sind tabellarisch in Anhang A.2 dargestellt. Diese Daten bieten erste Anhaltspunkte zur Fallzahl pflegebedürftiger Krankenhauspatientinnen und -patienten, wenngleich eine exakte Quantifizierung nicht möglich ist, da lediglich allgemeine Zahlen zu Pflegegraden und nicht explizit zu Krankenhausfällen verfügbar sind.

Hinweise aus den Expertenworkshops

Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass insbesondere eine Erhöhung des Pflegegrads oder eine Neueinstufung auf einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement hindeuten kann. Gerade bei Patientinnen und Patienten, die in einer stationären Einrichtung wohnen, sei eine Informationsweitergabe zwischen den Sektoren wichtig. Weiterhin sei bei Patientinnen und Patienten ab Pflegegrad III, vereinzelt auch ab Pflegegrad II, ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement zu erwarten. Auch kognitiv eingeschränkte Personen weisen einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement auf. Zu beachten sei allerdings, dass diese Personen eher einen Pflegegrad 0 oder I aufweisen und diese somit nicht erfasst werden.

Eingrenzung und Operationalisierung

Zur Identifikation der Patientinnen und Patienten, die einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen, soll für dieses Kriterium die Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad III genutzt werden. Mit entsprechenden OPS-Kodes kann sowohl ein bestehender Pflegegrad, eine Höherstufung des Pflegegrads als auch ein Erstantrag des Pflegegrads angegeben werden. Der Kode zum erfolgten Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad deckt die Fälle ab, die Pflege benötigen, aber noch keinen Pflegegrad aufweisen.

Zur Operationalisierung werden folgende OPS-Kodes herangezogen:

- 9-984.8 Pflegebedürftig nach Pflegegrad III
- 9-984.9 Pflegebedürftig nach Pflegegrad IV
- 9-984.a Pflegebedürftig nach Pflegegrad V
- 9-984.b Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

Die erwarteten Fallzahlen bei Personen mit Pflegegrad II können im Vergleich zu den Fallzahlen der Pflegegrade III, IV und V deutlich höher ausfallen. So beträgt die Anzahl der pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad II laut dem BARMER Pflegereport 2023 etwa 2,0 Mio., für Pflegegrad III 1,4 Mio. und für die Pflegegrade IV und V zusammen 900.000 (Rothgang und Müller [2023]: 203 – 204). Pflegebedürftige mit den Graden III, IV und V haben zudem eine höhere Wahrscheinlichkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt in Pflegeeinrichtungen versorgt zu werden, während Personen mit Pflegegrad II tendenziell häufiger in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben (Rothgang und Müller [2023]: S. 162). Hinzu kommt, dass die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt für Patientinnen und Patienten mit den Pflegegraden III, IV und V um bis zu 1,15 Prozentpunkte über jener von Patientinnen und Patienten mit dem Pflegegrad II liegt (Rothgang und Müller [2023]: 139). Die vom IQTIG empfohlenen Pflegegrade III, IV, und V weisen somit nach Einschätzung des IQTIG auf einen umfassenderen Bedarf für ein Entlassmanagement hin. Aus den Daten des MD-Bund (MD Bund 2024) geht hervor, dass etwa 200.000 von knapp 900.000 Begutachtungen für den Pflegegrad II Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes aufwiesen (ICD M00-M99). Für diese Diagnosen hat das IQTIG insgesamt keinen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement festgestellt. Allerdings beinhalten etwa 135.000 Begutachtungen von Patientinnen und Patienten psychische Erkrankungen. Diese werden bereits vom IQTIG durch ein separates Kriterium erfasst. Somit werden zum einen mit Pflegegrad II voraussichtlich nicht spezifisch genug Personen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement erfasst, zum anderen werden durch andere Kriterien wie bspw. psychische Erkrankungen und Komplexbehandlungen bereits Personen erfasst, die ggf. auch einen Pflegegrad II haben. Pflegegrad II soll daher nach Einschätzung des IQTIG nicht für die Weiterentwicklung der Fallauslösung herangezogen werden.

3.2.2 Hoher pflegerischer Aufwand (Komplexbehandlungen, Dekubitus)

Hinweise aus der Literatur

In den berücksichtigten Publikationen finden sich Hinweise, dass Komplikationen während der Krankenhausbehandlung dazu führen können, dass Patientinnen und Patienten nach einer Entlassung wieder aufgenommen werden müssen (Zhou et al. 2019, D'Souza et al. 2023, D'Souza et al. 2021). Komplikationen gehen oft mit einem hohen pflegerischen Aufwand einher (siehe Hinweise der Expertinnen und Experten unten). Daher ist gerade für diese Patientinnen und Patienten ein gutes Entlassmanagement essentiell, um bspw. die Wiederaufnahmerate gering zu halten.

Sofern sie nicht bereits bei Aufnahme im Krankenhaus vorliegen, können Dekubitalulcera ebenso eine Komplikation darstellen. Die Versorgung von Dekubitalulcera kann dazu führen, dass ein

Krankenhausaufenthalt länger andauert als eigentlich geplant (Colognesi et al. 2021, Po et al. 2023).

Hinweise aus den Expertenworkshops

In den Expertenworkshops wurde der Hinweis gegeben, dass es gerade bei Komplikationen, die so schwer sind, dass sie auf einer Intensivstation behandelt werden müssen, zu einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement bei den Patientinnen und Patienten kommen kann. Daher wurde im Zuge der Diskussion der Fokus weg von Komplikationen hin zu einem hohen pflegerischen Aufwand verschoben. Der hohe pflegerische Aufwand kann unter anderem daran gemessen werden, ob eine längere intensivmedizinische Betreuung erforderlich war.

Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass (intensivmedizinische) Komplexbehandlungen zur Operationalisierung genutzt werden könnten. Zu beachten sei, dass die Dauer des Aufenthaltes auf einer Intensivstation über 30 Tage betragen solle; erst dann sei ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement zu erwarten. Weiterhin erläuterten die Expertinnen und Experten, dass besonders Patientinnen und Patienten mit einem bestehenden oder neu aufgetretenen Dekubitus einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen, da dieser in der Regel ambulant weiter versorgt werden müsse. Zu beachten sei dabei der Grad des Dekubitus; ein höherer Grad des Dekubitus gehe mit einem höheren pflegerischen Aufwand einher.

Außerdem gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, dass Sepsis-Erkrankungen nicht als Kriterium für einen umfassenden Bedarf eines Entlassmanagements bei Erwachsenen geeignet seien. Grund hierfür sei zum einen, dass die Sepsis zwar initial bei einer Krankenhausbehandlung einen hohen pflegerischen Aufwand verursache, dieser sei jedoch für die Vorbereitung der Entlassung nicht mehr primär relevant. Zum anderen seien andere Kriterien, insbesondere Komplexbehandlungen besser geeignet um einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement zu erfassen. Weiterhin gelte es laut Expertinnen und Experten zu beachten, dass die Sepsis von den Leistungserbringern uneinheitlich codiert werde. Teilweise werden bereits unspezifische Symptome wie Fieber als Grundlage für eine Kodierung herangezogen. Dies kann dazu führen, dass Patientinnen und Patienten mit vergleichsweise geringem Versorgungsbedarf in die Stichprobe eingeschlossen würden.

Bei Kindern führen laut den Expertinnen und Experten neben den bereits für Erwachsene genannten Faktoren oft spezifische Erkrankungen wie Spina Bifida und Epilepsie zu einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement. Gerade bei (kleinen) Kindern könne eine Sepsis zu schwerwiegenden Komplikationen führen, z. B. der Amputation von Gliedmaßen, dies drückt einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aus.

Eingrenzung und Operationalisierung

Ein umfassender pflegerischer Aufwand wird durch einzelne Komplexbehandlungen, die einen hohen Aufwand verursachen, erfasst. Dabei werden nur diejenigen OPS-Kodes der intensivmedizinischen Komplexbehandlungen verwendet, die verdeutlichen, dass der Aufenthalt auf der Intensivstation mindestens 30 Tage andauerte. Außerdem werden weitere Komplexbehandlungen, die

einen umfassenden pflegerischen Aufwand vermuten lassen sowie Dekubitalulcera herangezogen.

Die Kodierung von Komplexbehandlungen setzt in der Regel spezifische Strukturmerkmale in den Einrichtungen voraus. Erfüllt ein Leistungserbringer diese nicht, ist eine Kodierung von Komplexbehandlung nicht möglich. Ein Beispiel hierfür ist die Abrechnung intensivmedizinischer Komplexbehandlungen, bei der täglich physiotherapeutische Leistungen verfügbar sein müssen. Ist die Physiotherapie an Wochenenden im Krankenhaus nicht gewährleistet, kann der entsprechende Code nicht abgerechnet werden, selbst wenn alle anderen Struktur- und Mindestmerkmale erfüllt sind. Dadurch werden bestimmte Leistungserbringer von der Nutzung dieser Codes und in der Folge Patientinnen und Patienten, die einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement haben, ausgeschlossen.

Zur Operationalisierung werden folgende ICD- und OPS-Kodes herangezogen:

- 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)⁹
- 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
- 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)⁹
- 8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst
- 8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
- 8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
- 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung
- L89.2 Dekubitus, Stadium 3
- L89.3 Dekubitus, Stadium 4

Neben intensivmedizinischen und neurologischen Komplexbehandlungen werden auch palliativmedizinische Komplexbehandlungen zur Operationalisierung herangezogen, da diese besonders vulnerable Patientengruppe nach Entlassung fortbestehende Versorgungsbedarfe hat, die durch das Entlassmanagement adressiert werden. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Kode: 8.550) sollte nach Einschätzung des IQTIG nicht für die Operationalisierung verwendet werden, obwohl auch bei diesen Patientinnen und Patienten ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement sehr wahrscheinlich ist. Diese Entscheidung basiert auf der Analyse der Routinedaten, auf die im Abschnitt 3.4.2 im Szenario 1 näher eingegangen wird.

Für Kinder und Jugendliche werden zusätzlich die Komplexbehandlungen im Kindesalter, Komplexbehandlungen zu schwerwiegenden Erkrankungen und Sepsis herangezogen. Das vom IQTIG entwickelte QS-Verfahren *Sepsis* schließt nur auf erwachsene Patientinnen und Patienten ein, daher kann der hierfür vom IQTIG empfohlene QS-Filter nicht auf Kinder und Jugendliche angewendet werden. Die Sepsis-Kriterien für Kinder werden in der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF-Leitlinie) 024-025 Sepsis (Bosk et

⁹ Zur Operationalisierung wird nur ein Teil der Codes der untergeordneten Subkategorie verwendet. Eine ausführliche Aufschlüsselung aller verwendeten Codes findet sich im Anhang A.1.

al. 2015) bei Kindern jenseits der Neonatalperiode aktuell überarbeitet. Die Neufassung der Leitlinie soll gegen Ende des Jahres 2024 erscheinen. Da die aktuelle Version aus dem Jahr 2015 stammt, sieht das IQTIG davon ab, die dort aufgeführten Codes zur Identifikation von Sepsis heranzuziehen. Das IQTIG empfiehlt, nur die Primärkodes¹⁰ für Sepsis zu verwenden. Nach Veröffentlichung der Neufassung der Leitlinie kann geprüft werden, inwieweit eine Anpassung der Codes notwendig ist.

- 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)¹¹
- 8-972 Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie
- 8-973 Komplexbehandlung bei Spina bifida
- A02.1 Salmonellensepsis
- A32.7 Listeriensepsis
- A39.1 Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
- A39.2 Akute Meningokokkensepsis
- A40 Streptokokkensepsis
- A41 Sonstige Sepsis
- B37.7 Candida-Sepsis
- P36 Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen
- R57.2 Septischer Schock

3.2.3 Transplantationen

Hinweise aus der Literatur

Knapp 3.000 Organtransplantationen werden jährlich in Deutschland durchgeführt (DSO 2024). In der Weiterversorgung von organtransplantierten Personen spielen besonders die Rehabilitationsmaßnahmen eine zentrale Rolle (Schilling et al. 2019). Im Handbuch Entlassmanagement werden Transplantationen als Operationen hervorgehoben, bei denen Patientinnen und Patienten eine poststationäre andauernde Belastung haben und somit ein initiales Assessment notwendig ist (Wingenfeld 2020: 28 f.).

Hinweise aus den Expertenworkshops

Die Expertinnen und Experten erläuterten, dass Transplantationen zur Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für Entlassmanagement geeignet seien.

Eingrenzung und Operationalisierung

Folgende Organe bzw. Zellen sind eingeschlossen: Herz, Stammzellen, Pankreas, Lunge, Leber oder Niere.

¹⁰ Die Operationalisierung orientiert sich am QS-Filter des vom IQTIG entwickelten QS-Verfahrens Sepsis (IQTIG 2022a).

¹¹ Zur Operationalisierung wird nur ein Teil der Codes der untergeordneten Subkategorie verwendet. Eine ausführliche Aufschlüsselung aller verwendeten Codes findet sich in Anhang A.1.

Zur Operationalisierung werden folgende OPS-Kodes herangezogen:

- 5-375 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation
- 5-411 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark
- 5-528 Transplantation von Pankreas(gewebe)
- 5-335 Lungentransplantation
- 5-504 Lebertransplantation
- 5-555 Nierentransplantation

3.2.4 Operationen

Hinweise aus der Literatur

Sowohl im Handbuch Entlassmanagement (Wingenfeld 2020) als auch im Pflegestandard Entlassmanagement (DNQP 2019) werden Operationen im Zusammenhang mit einem Risiko für einen hohen ambulanten, nachstationären Versorgungsbedarf genannt. Dabei wird der Fokus auf vaskuläre Operationen, Stent-Operationen sowie Hüft- und Knieoperationen gelegt. Dies wird durch das Programm zur Reduzierung der Wiederaufnahmequote des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) gestützt (CMS 2023). Aufgrund dieser Erkenntnisse sollen u. a. für Herzoperationen sowie Knie- und Hüftoperationen die Wiederaufnahmeraten überprüft und reduziert werden.

Hinweise aus den Expertenworkshops

Im Expertenworkshop wurden konkrete Operationen diskutiert, die zu einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement führen können. Darunter waren Herzoperationen, Gelenkoperationen (ohne arthroskopische Gelenkoperationen), neurochirurgische Operationen und Operationen am Verdauungstrakt. Bei Operationen am Verdauungstrakt seien diejenigen Fälle relevant, die bspw. ein Stoma nach dem Eingriff benötigen. Die Expertinnen und Experten gaben allerdings den Hinweis, dass bei diesen Patientinnen und Patienten, die sich damit einer großen Operation am Verdauungstrakt unterziehen mussten, in der Regel auch eine Tumorerkrankung oder eine chronische Erkrankung vorliege. Außerdem weisen Patientinnen und Patienten, die ein Stoma benötigen, in der Regel auch einen Pflegegrad auf. Daher sei diese Patientengruppe bereits gut über die anderen Kriterien abgedeckt. Für Kinder im Alter von unter einem Jahr seien Operationen am Verdauungstrakt von hoher Relevanz.

Eingrenzung und Operationalisierung

Zur Eingrenzung des Kriteriums liegt der Fokus auf einzelnen Operationen; inbegriffen sind ausgewählte Operationen am Herzen, am Nervensystem und Gelenken/Bewegungsorganen. Für Kinder im Alter von unter einem Jahr sind Operationen an viszerale Organen (Verdauungstrakt) von hoher Relevanz.

Zur Operationalisierung werden folgende OPS-Kodes herangezogen:

- 5-35 Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße
- 5-36 Operationen an den Koronargefäßen
- 5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz

- 5-83 Operationen an der Wirbelsäule¹²
- 5-86 Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und Operationen an den Bewegungsorganen
- 5-01 bis 5-05 Neurochirurgische Operationen
- 5-42 bis 5-54 Operationen am Verdauungstrakt (für Kinder <1 Jahr)

3.2.5 Tumorerkrankungen

Hinweise aus der Literatur

Tumorerkrankungen werden im Handbuch Entlassmanagement (Wingenfeld 2020) und im Expertenstandard (DNQP 2019) als Kriterium für ein initiales Assessment gesehen, da hohe Anforderungen an die Nach- und Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten bestehen.

Hinweise aus den Expertenworkshops

Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass nur Patientinnen und Patienten, bei denen es sich um die Erstdiagnose einer Tumorerkrankung handle, einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen. Dabei müsse allerdings auch berücksichtigt werden, dass viele Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Primärdiagnose nach Hause entlassen werden, da die eigentliche Behandlung mit Chemo- oder Strahlentherapie erst zu einem späteren Zeitpunkt beginne. Daher empfahlen die Expertinnen und Experten für eine zielgerichtete Identifikation der Patientinnen und Patienten eine Kombination von Tumordiagnose und Verweildauer oder Strahlen-/Chemotherapie bzw. Tumoroperation als ein Kriterium vorzusehen. Tumorerkrankte, die schon längere Zeit mit dieser Diagnose lebten, würden nach Einschätzung der Expertinnen und Experten häufig ein gutes ambulantes Netzwerk zur Weiterversorgung aufweisen. Daher geben die Expertinnen und Experten die Empfehlung, nur Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen, deren Diagnose weniger als fünf Jahre zurückliege. Bei einer Diagnose, die mehr als fünf Jahre zurückliege, seien die Patientin / der Patient in der Regel tumorfrei. Für Kinder und Jugendliche sei zu beachten, dass einige Patientinnen und Patienten im Krankenhaus einen Zugang für die Chemo- oder Schmerztherapie erhalten. Dieser wird trotz Entlassung offengehalten, um hierüber zu einem späteren Zeitpunkt die Therapie durchführen zu können. Dadurch entsteht bereits vor Therapiebeginn ein hoher Versorgungsbedarf, da der Zugang regelmäßig versorgt werden müsse.

Eingrenzung und Operationalisierung

Bei diesem Kriterium muss eine Kombination aus Diagnose und medizinischer Maßnahme/Prozedur vorliegen. Allein das Vorliegen einer Tumorerkrankung reicht zur Identifikation der Zielgruppe nicht aus. Sofern eine Strahlen- oder Chemotherapie gemeinsam mit einer Tumordiagnose vorliegt, sieht das IQTIG einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement gegeben.

¹² Zur Operationalisierung wird nur ein Teil der Codes der untergeordneten Subkategorie verwendet. Eine ausführliche Aufschlüsselung aller verwendeten Codes findet sich im Anhang A.1.

Ebenso besteht bei einer durchgeführten Operation zur Entfernung eines Tumors ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement.

Zur Operationalisierung werden folgende ICD- und OPS-Kodes herangezogen:

- C00 bis C97 Bösartige Neubildungen
- D37 bis D48 Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens
- 8-52 Strahlentherapie
- 8-53 Nuklearmedizinische Therapie
- 8-54 Chemotherapie
- 8-98 Sonstige Multimodale Komplexbehandlungen¹³
- 5 Operationen¹³
- 5-399.5 Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverteilsystemen (z. B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) (Kinder und Jugendliche)

3.2.6 Erkrankungen im Perinatalalter

Hinweise aus der Literatur

Erkrankungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, betreffen Kinder in den ersten Lebenswochen. Gerade bei dieser Patientengruppe gilt es zur Vorbereitung der Entlassung Fragen zur Notwendigkeit für eine sozialmedizinische Nachsorge oder zum Heimmonitoring zu klären (Poets et al. 2019). Auch im Handbuch Entlassmanagement (Wingenfeld 2020) und im Expertenstandard (DNQP 2019) wird ein geringes Alter und Geburtsgewicht sowie die Situation der Eltern als Kriterium für ein initiales Assessment herangezogen.

Der G-BA hat bereits in seiner Richtlinie für Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)¹⁴ einen komplexen Versorgungsbedarf bei Kindern mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm festgestellt und die Bedeutung eines Entlassmanagements hervorgehoben.

Hinweise aus den Expertenworkshops

Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass gerade bei Frühgeborenen durch ihr geringes Geburtsgewicht in der Regel ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement vorhanden sei. Neben einem geringen Geburtsgewicht kann auch ein Sauerstoffmangel während der Geburt zu einem umfassenden Bedarf in der Nach- und Weiterversorgung führen. Ein weiterer Fokus solle auch auf Neugeborenen liegen, deren Mutter während der Schwangerschaft drogenabhängig war. Neben der Behandlung von Entzugssymptomen beim Neugeborenen sei hier die Begutachtung des sozialen Umfelds wichtig, was einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement nach sich ziehe.

¹³ Zur Operationalisierung wird nur ein Teil der Codes der untergeordneten Subkategorie verwendet. Eine ausführliche Aufschlüsselung aller verwendeten Codes findet sich im Anhang A.1.

¹⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen. In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 16. Mai 2024, in Kraft getreten am 26. Juli 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/> (abgerufen am: 27.11.2024).

Eingrenzung und Operationalisierung

Zur Eingrenzung der Zielpopulation wird das Geburtsgewicht der Neugeborenen herangezogen. Weiterhin werden die im Expertenworkshop genannten Erkrankungen zur Identifikation der Zielgruppe verwendet und folgende ICD-Kodes zur Operationalisierung herangezogen:

- P07.0 Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht¹⁵
- P07.1 Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht¹⁵
- P07.2 Neugeborenes mit extremer Unreife
- P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt
- P91.6 Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen
- P91.7 Erworbenes Hydrozephalus beim Neugeborenen
- P96.1 Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter

3.2.7 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hinweise aus der Literatur

Herzerkrankungen werden sowohl im Expertenstandard (DNQP 2019), im Handbuch Entlassmanagement (Wingenfeld 2020) als auch in verschiedenen Studien als Kriterium für einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement genannt (Mennuni et al. 2017, Ziebarth und Campbell 2016, Lavoie-Gagne et al. 2021). Außerdem können sie ein Risikofaktor für die Wiederaufnahme in ein Krankenhaus darstellen (Pedersen et al. 2017). Neben den im Laufe des Lebens erworbenen Herzerkrankungen können Herzerkrankungen auch angeboren sein. Im G-BA-Innovationsfondsprojekt „OptAHF – Versorgungsoptimierung bei Kindern und Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern“ werden verschiedene Möglichkeiten zur Optimierung der Versorgung für diese Patientengruppe dargestellt; dabei wird auf die strukturierte Nachsorge eingegangen (Diller et al. [2023]). Der G-BA empfiehlt bereits in der Richtlinie für Kinderherzchirurgie (KiHe-RL)¹⁶ zu prüfen, ob ein komplexer Versorgungsbedarf für Kinder mit angeborenen oder erworbenen Herzkrankheiten vorliegt und – angepasst an die Situation/Gegebenheiten –, eine strukturierte Überleitung einzuleiten.

Hinweise aus den Expertenworkshops

Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass besonders spezifische Herzerkrankungen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement einhergehen können. Die Weiterentwicklung der Fallauslösung solle sich daher auf einige wenige Erkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz, komplexe Herzfehler) fokussieren. Weiterhin würden Patientinnen und Patienten, die sich einer Herz-Operation unterzogen haben, einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement

¹⁵ Zur Operationalisierung wird nur ein Teil der Codes der untergeordneten Subkategorie verwendet. Eine ausführliche Aufschlüsselung aller verwendeten Codes findet sich im Anhang A.1.

¹⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (KiHe-RL). In der Fassung vom 18. Februar 2020, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 1 Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/71/> (abgerufen am 27.11.2024)

aufweisen, diese sollten allerdings dem Kriterium „Operationen“ zugeordnet werden. Bei Kindern und Jugendlichen seien laut Expertenberatung die angeborenen komplexen Herzfehler von Bedeutung. Es wurde der Hinweis gegeben, dass Herzoperationen bei Neugeborenen in der Regel erst ab einem bestimmten Gewicht durchgeführt werden können.

Eingrenzung und Operationalisierung

In Abstimmung mit den Expertinnen und Experten wurden diejenigen Herzerkrankungen herangezogen, die durch die Schwere der Erkrankung auf einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement schließen lassen. Außerdem werden zur Erfassung dieses Kriteriums intrazerebrale Blutungen und Paresen/Plegien genutzt.

Zur Operationalisierung werden folgende ICD-Kodes herangezogen:

- I21 Akuter Myokardinfarkt
- I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung
- I50 Herzinsuffizienz¹⁷
- I63 Hirninfarkt
- I61 Intrazerebrale Blutung
- G80 bis G83 Lähmungen

Für Kinder und Jugendliche empfiehlt das IQTIG, zusätzlich komplexe Herzerkrankungen zur Konkretisierung dieses Kriteriums mitaufzunehmen. Die Operationalisierung orientiert sich an den Vorgaben zur Operationalisierung aus dem oben genannten Innovationsfondprojekt „OptAHF – Versorgungsoptimierung bei Kindern und Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern“ und nutzt die dort aufgeführten Diagnosen (Diller et al. [2023]: 19 f.). Zur Zuordnung der Diagnose zum ICD-Kode wurde die von Lammers et al. (2021) verwendete Übersicht genutzt. Zusätzlich werden Blutungen in der Perinatalperiode zur Erfassung des Kriteriums genutzt.

Zur Operationalisierung werden folgende ICD-Kodes herangezogen:

- Q20 bis Q28 Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems (die einen komplexen Herzfehler darstellen)¹⁷
- P52.2 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Fetus und Neugeborenen

3.2.8 Chronische Krankheiten

Hinweise aus der Literatur

Knapp 40 % der Erwachsenen in Deutschland haben mindestens eine chronische Krankheit. Frauen (43 %) sind häufiger betroffen als Männer (38 %), und ältere Menschen leiden öfter an chronischen Krankheiten als jüngere (Habermann-Horstmeier et al. 2021). Im Expertenstandard wird das Vorliegen von mehreren chronischen Erkrankungen als Risikofaktor für einen poststationären Versorgungsbedarf gesehen und soll daher ein initiales Assessment initiieren (DNQP 2019). Wei-

¹⁷ Zur Operationalisierung wird nur ein Teil der Codes der untergeordneten Subkategorie verwendet. Eine ausführliche Aufschlüsselung aller verwendeten Codes findet sich im Anhang A.1.

tere Studien deuten ebenfalls darauf hin, dass chronische Krankheiten bei Patientinnen und Patienten zu einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement führen können, da sowohl die Wiederaufnahmerate bei diesen Personen erhöht ist als auch die Dauer des Krankenhausaufenthaltes verlängert ist (Hogan et al. 2021, Zhou et al. 2019, Berry et al. 2018).

Hinweise aus den Expertenworkshops

Für Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten wurde von den Expertinnen und Experten nicht in jedem Fall ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement angenommen. Vielmehr sei hier die ambulante Anbindung und Schwere der Erkrankung von hoher Relevanz. Personen, die eine Erstdiagnose einer chronischen Erkrankung erhalten, besitzen nach Einschätzung der Expertinnen und Experten im Unterschied zu bereits länger erkrankten Personen häufig noch kein belastbares Versorgungsnetz. Weiterhin gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, dass das Vorliegen einer schweren chronischen Erkrankung als maßgebliches Kriterium zur Identifikation der Zielpopulation einzuschätzen sei.

Für Kinder und Jugendliche wurde der Hinweis gegeben, dass gerade die Patientengruppe mit Mangelernährung einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement haben könnte. Diese sei zwar nicht per se eine chronische Krankheit, habe aber relevante Auswirkungen auf die Anforderungen der Nach- und Weiterversorgung. Außerdem wurden weitere Erkrankungen genannt, die bei Kindern und Jugendlichen zu einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement führen können, wie bspw. ein Kurzdarmsyndrom oder spezifische Erkrankungen der Lunge und Muskeln.

Eingrenzung und Operationalisierung

Die Identifikation der Erstmanifestation einer chronischen Erkrankung ist jedoch anhand der ICD-Kodes nicht möglich. Sofern durch die ICD-Kodes möglich, werden diejenigen chronischen Erkrankungen herangezogen, deren Ausprägung besonders schwer ist. Chronische Erkrankungen des Herzens oder chronische psychische Erkrankungen wurden den jeweiligen anderen Kriterien (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen) zugeordnet und werden daher an dieser Stelle nicht aufgeführt.

Zur Operationalisierung werden folgende ICD-Kodes verwendet:

- G12 Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome
- G20 Primäres Parkinson-Syndrom¹⁸
- G35 Multiple Sklerose¹⁸
- G93.3 Chronisches Fatigue-Syndrom
- J43 Emphyse
- J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit¹⁸

¹⁸ Zur Operationalisierung wird nur ein Teil der Codes der untergeordneten Subkategorie verwendet. Eine ausführliche Aufschlüsselung aller verwendeten Codes findet sich im Anhang A.1.

Für Kinder und Jugendliche sollen neben den oben dargestellten chronischen Krankheiten zusätzlich Erkrankungen, die eine Mangelernährung nach sich ziehen, herangezogen werden. Zur Operationalisierung werden entsprechende ICD-Kodes genutzt:

- P27 Chronische Atemwegskrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode
- E84.0 Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen
- K91.2 Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
- E40 bis E46 Mangelernährung

Weitere Erkrankungen, die bei Kindern und Jugendlichen laut Hinweisen aus dem Beteiligungsworkshop zu einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement führen können sind u. a. Diabetes, Asthma und Rheuma. Bei diesen Erkrankungen ist allerdings die Erstmanifestation für den Entlassbedarf entscheidend. Mit der derzeitigen ICD-Klassifikation ist es nicht möglich diese zu erfassen, daher werden sie nicht zur Fallauslösung herangezogen.

3.2.9 Psychische Erkrankungen

Hinweise aus der Literatur

Die Anzahl an Personen, die primär wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandelt werden, ist im Vergleich zu Personen, die wegen somatischer Erkrankungen behandelt werden, gering (Destatis 2023). Nichtsdestotrotz werden psychische Erkrankungen als Kriterium für einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement sowohl im Expertenstandard (DNQP 2019), im Handbuch Entlassmanagement (Wingenfeld 2020) als auch in Studien genannt (Kansagara et al. 2011, Barnett et al. 2015, Pickens et al. 2017). In den Studien wird hauptsächlich Bezug auf den Bedarf für ein Entlassmanagement bei Kindern und Jugendlichen genommen, wobei vor allem affektive Störungen, Störungen aufgrund von Substanzkonsum oder abhängigen Verhaltensweisen und Suizidabsichten genannt werden (Berry et al. 2018, Madden et al. 2020, Edgcomb et al. 2020). Gerade diese Patientengruppe kann einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen, wenn z. B. eine ambulante Weiterbehandlung und/oder die Verschreibung von Medikamenten nötig sind und ein gesteigertes Risiko der Wiederaufnahme besteht (Boege et al. 2021). Der G-BA empfiehlt in seiner Richtlinie für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche (KJ-KSVPsych-RL)¹⁹ das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) zur Einstufung der Schwere einer psychischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen zu verwenden. Neben der psychischen Erkrankung sollen dabei auch psychosoziale Umstände und soziale Beeinträchtigung Berücksichtigung finden.

¹⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KJ-KSVPsych-RL). In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 16. Mai 2024, in Kraft getreten am 26. Juli 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/146/> (abgerufen am 27.11.2024)

Hinweise aus den Expertenworkshops

Auch in den Expertenworkshops wurde das Kriterium psychische Erkrankungen als relevant erachtet. Die Expertinnen und Experten erläuterten jedoch, dass nicht alle psychischen Erkrankungen per se bei Patientinnen und Patienten einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement nach sich ziehen würden. Vielmehr sei die Schwere und Chronizität der Erkrankung entscheidend. Dementsprechend wurde eine Fokussierung auf relevante ICD-Kodes vorgeschlagen. Zudem könne eine Autismus-Spektrums-Störung einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement bei Kindern und Jugendlichen auslösen. Bei Kindern und Jugendlichen sei es jedoch schwer, einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement allein auf Basis von ICD-Kodes abzuleiten. Entscheidend seien hier weitere Kriterien wie bspw. die körperliche Symptomatik, die psychosozialen Umstände oder das Intelligenzniveau des Kindes, welche mit dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes und Jugendalters erfasst werden können.

Eingrenzung und Operationalisierung

Ausgehend von den Hinweisen der Expertinnen und Experten und Anregungen aus dem Beteiligungsworkshop werden schwere und chronische psychische Erkrankungen wie Schizophrenie, Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung (Jacobi et al. 2021, DGPPN 2022, DGPPN [2019])²⁰, aber auch Schmerzstörungen, herangezogen. Weiterhin wurden psychische Erkrankungen, die auf multiplen Substanzgebrauch zurückzuführen sind, als geeignet zur Identifikation der Zielgruppe eingeschätzt.

Zur Operationalisierung werden folgende ICD-Kodes verwendet:

- F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom
- F31 Bipolare affektive Störung²¹
- F32 Depressive Episode²¹
- F33 rezidivierende depressive Störung²¹
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- F20 Schizophrenie
- F25 schizoaffektive Störung
- F60.31 emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ

Bei Kinder und Jugendlichen wird empfohlen, neben der Diagnose weitere Faktoren zur Einstufung der Schwere und Chronizität der Erkrankung bspw. über das Multiaxiale Klassifikationsschema heranzuziehen. Die weiteren Faktoren sind allerdings nach Einschätzung des IQTIG nicht

²⁰ Die AWMF-Leitlinie (DGPPN [2019]) befindet sich aktuell in der Überarbeitung. Die aktuelle Version stammt von 2018, daher sieht das IQTIG davon ab, Empfehlungen daraus zu zitieren und nutzt die Leitlinie nur als Hintergrund zur Beschreibung der Zielgruppe.

²¹ Zur Operationalisierung wird nur ein Teil der Kodes der untergeordneten Subkategorie verwendet. Eine ausführliche Aufschlüsselung aller verwendeten Kodes findet sich im Anhang A.1.

ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand mit den im KIS vorhandenen Daten der Krankenhäuser erfassbar. Daher kann das IQTIG zum jetzigen Zeitpunkt für psychische Erkrankungen keine Diagnosen aufführen, die speziell bei Kindern und Jugendlichen zu einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement führen. Ausgenommen davon sind die oben aufgeführten Diagnosen für erwachsene Patientinnen und Patienten, da diese nach Einschätzung des IQTIG und der Expertinnen und Experten per se auf eine schwere oder chronische Erkrankung hinweisen und somit auch für Kinder und Jugendliche relevant sind.

3.3 Ausgeschlossene Kriterien

Nach der Aufbereitung der Ergebnisse der orientierenden Literaturrecherche und der Hinweise der Expertinnen und Experten wurden insgesamt 43 Kriterien der ursprünglich in Erwägung gezogenen Kriterien für die Weiterentwicklung der Fallauslösung ausgeschlossen. Eine Übersicht der ausgeschlossenen Kriterien ist Anhang A.3 zu entnehmen. Im Folgenden wird auf die Gründe für den Ausschluss der Kriterien, die explizit in der Beauftragung genannt wurden bzw. deren Abschlussbegründung besonders relevant erscheint, eingegangen.

3.3.1 Alter

Bezüglich des Alters der Patientinnen und Patienten lässt sich aus den berücksichtigten Publikationen ableiten, dass ein höheres Alter häufig mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement und einem höheren Risiko der Wiederaufnahme einhergeht (Karhade et al. 2018, Lavoie-Gagne et al. 2021, Lu et al. 2022, Belay et al. 2022, Sconza et al. 2019, Cunic et al. 2014, Bell et al. 2017, Bernatz et al. 2015, Pederson et al. 2016, Po et al. 2023). Dies deckt sich mit dem Handbuch Entlassmanagement (Wingenfeld 2020); demnach ist ein initiales Assessment zur Abschätzung des Bedarfs für ein Entlassmanagement ab einem Alter von über 65 Jahren erforderlich. Dennoch lässt sich nach Einschätzung des IQTIG unter Berücksichtigung der Experteneinschätzungen daraus nicht zwangsläufig ableiten, dass alle Patientinnen und Patienten ab dieser Altersgrenze einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen. Zudem wäre es nach Einschätzung des IQTIG von Nachteil, Patientinnen und Patienten unter 65 Jahren durch ein festes Alterskriterium gänzlich aus dem QS-Verfahren *Entlassmanagement* auszuschließen. Das Kriterium Alter wird separat für die Zielpopulation der entlassenen Kinder und Jugendlichen und der dazugehörigen Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ betrachtet. Für Kinder und Jugendliche werden neben der Codes für Erwachsene zusätzliche Codes zur Operationalisierung herangezogen (siehe Abschnitt 3.2).

3.3.2 Kognitive Funktionseinschränkungen (inkl. Demenz)

Im Zusammenhang mit dem Alter können kognitive Funktionseinschränkungen stehen (Bickel et al. 2018), die einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement nach sich ziehen können (Barnett et al. 2015, Pederson et al. 2016). Auch im Expertenstandard und im Handbuch Entlassmanagement wird eine kognitive Beeinträchtigung als Hinweis für die Notwendigkeit eines initialen Assessments angesehen (Wingenfeld 2020, DNQP 2019). Schumacher-Schönert et al. (2021) haben in ihrem Scoping Review Studien zusammengefasst, die verdeutlichen, dass Entlassungen

von ältere Patientinnen und Patienten mit kognitiven Funktionseinschränkungen problematisch sein können, da Versorgungslücken durch unzureichende Planung und fehlende Nachsorge entstehen können. Diese erhöhen das Risiko für Wiederaufnahmen, vorzeitige Verlegung in eine Pflegeeinrichtung und Mortalität. Eine bedarfsgerechte Organisation der Überleitung sei daher essenziell, um die Rückkehr in die Häuslichkeit zu erleichtern.

Nach Einschätzungen der Expertinnen und Experten sind kognitive Funktionseinschränkungen wie bspw. Demenz-Erkrankungen für die Fallauslösung nur bedingt geeignet. Die Expertinnen und Experten gaben zu bedenken, dass Demenz in der Versorgungspraxis uneinheitlich diagnostiziert werde, was wiederum dazu führen könne, dass die Kodierung zwischen den Leistungserbringern uneinheitlich sei. Weiterhin würden nach Einschätzung der Expertinnen und Experten über den Pflegegrad bereits Patientinnen und Patienten erfasst, die an einer Demenz erkrankt sein können. Kognitive Funktionseinschränkungen können auch über den Barthel-Index (ICD-Kode U 51), die Senilität (ICD-Kode R 54) oder ähnliche Instrumente zur Erfassung und Bewertung von Einschränkungen der Selbstständigkeit von Patientinnen und Patienten betrachtet werden. Das IQTIG empfiehlt, diese nicht zur Fallauslösung zu nutzen, da laut Experteneinschätzungen die Kodierung des dahinterliegenden ICD-Kodes in der stationären Versorgungspraxis nicht einheitlich erfolge.

3.3.3 Fachabteilung

In der orientierenden Literaturrecherche hat das IQTIG festgestellt, dass in den Publikationen zwar einzelne Erkrankungen und Eingriffe in Bezug auf das Entlassmanagement von Fachabteilungen untersucht wurden, jedoch wenige Hinweise für die gezielte Fokussierung einzelner Fachabteilungen zur Eingrenzung der Zielpopulation zu finden sind. Weiterhin gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, dass eine Patientin bzw. ein Patient während eines Krankenhausaufenthaltes in mehreren Fachabteilungen behandelt werden könne und daher eine eindeutige Zuordnung nicht möglich sei. Das IQTIG kommt zu dem Schluss, dass eine Eingrenzung auf eine einzelne Fachabteilung zur Weiterentwicklung der Fallauslösung nicht geeignet ist, um Patientinnen und Patienten der Zielpopulation zu identifizieren.

3.3.4 Weitere Kriterien

Eine wesentliche Voraussetzung für die Aufnahme eines Kriteriums sowie der dazugehörigen ICD- und OPS-Kodes ist deren Abbildbarkeit über das KIS; insbesondere als Angabe gemäß § 21 KHEntgG. Im Austausch mit Expertinnen und Experten wurde diesbezüglich die Problematik der fehlenden Dokumentation bei nicht abrechnungsrelevanten Kodes und die heterogene Dokumentation zwischen den Leistungserbringer thematisiert. Das IQTIG geht davon aus, dass für folgende ICD-Kodes keine flächendeckende Dokumentation bei der Mehrzahl der Leistungserbringer erfolgt, sodass sie sich nicht zur Erfassung für die Fallauslösung eignen:

- Kodes der Kategorie Z: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, z. B.

- Z 99.0: Abhängigkeit (langzeitig) vom Aspirator
- Z99.1: Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator
- Z 48: Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Wundversorgung)
- Z55–Z65: Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer und psychosozialer Umstände
- Z 59: Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage
- Z60: Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung

Die **Länge des Krankenhausaufenthaltes bzw. die Verweildauer im Krankenhaus** wird in einigen Studien als Risikofaktor für eine Wiederaufnahme gewertet (Zhou et al. 2020, Glans et al. 2020, Madden et al. 2020, Bell et al. 2017, Bernatz et al. 2015). Ein sehr kurzer Krankenhausaufenthalt kann allerdings auch dazu führen, dass es zu Komplikationen kommt (Kazaure et al. 2012). Laut Einschätzungen der Expertinnen und Experten sollte die Länge des Krankenhausaufenthaltes nicht zur Erfassung des umfassenden Bedarfs für ein Entlassmanagement herangezogen werden. Die Länge sei von diversen Faktoren wie z. B. von der Verfügbarkeit von Pflegeheim-/Hospizplätzen abhängig und nicht ausschließlich auf Patientenfaktoren zurückführbar.

In zahlreichen Studien wird **Komorbidität** als Einflussfaktor für die Wiederaufnahme in ein Krankenhaus angegeben (D'Souza et al. 2021, D'Souza et al. 2023, Madden et al. 2020, Ziebarth und Campbell 2016, Hogan et al. 2021, Bell et al. 2017, Kansagara et al. 2011, Zhou et al. 2019, Glans et al. 2020). Im Expertenstandard Entlassmanagement wird ebenfalls die Komorbidität von chronischen Erkrankungen als Kriterium gesehen, dass bei Patientinnen und Patienten ein initiales Assessment erfordert (DNQP 2019). Dieses Kriterium sollte laut Einschätzung der Expertinnen und Experten ausgeschlossen werden, da zum einen nicht zwangsläufig ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement vorhanden sei, wenn eine Person an mehreren Erkrankungen leide. Zum anderen könne auch das Gegenteil der Fall sein: es genüge teilweise schon, dass eine Person an einer einzigen Erkrankung leide, um einen hohen Bedarf an Entlassmanagement zu haben.

3.4 Analyse der Routinedaten

Die Analyse der Routinedaten erfolgte in zwei Schritten. Im ersten Schritt wurden die eingeschlossenen Kriterien einzeln betrachtet (siehe Abschnitt 3.4.1). Im zweiten Schritt wurden Berechnungen mit der Kombination von Kriterien angefertigt (siehe Abschnitt 3.4.2). Das Ziel war es, über die Kombination von Kriterien Szenarien zu identifizieren, die die Zielgruppe sowohl hinsichtlich der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten als auch hinsichtlich der vom QS-Verfahren betroffenen Leistungserbringer angemessen erfassen und dabei einen überschaubaren Aufwand für die Leistungserbringer sicherstellen, insbesondere für die Datenübermittlung an die Versendestelle. Die Analyse der Routinedaten erfolgte daher insbesondere hinsichtlich

- der durch die Kriterien identifizierten Fälle und deren Verteilung über die Krankenhäuser,
- der durch die Kriterien identifizierten Fälle unter den Kindern/Jugendlichen,
- der Überschneidung der Kriterien sowie
- der Altersverteilung der durch die Kriterien identifizierten Fälle.

Um weitere Hinweise zu erhalten, wie treffend Patientinnen und Patienten, die einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen, durch die Kriterien erfasst werden, wurde die

Passung zwischen den erarbeiteten Kriterien und dem entwickelten Zielkriterium des Prognosemodells „erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement“ (eBEM) ermittelt. Dabei kann eine hohe Überschneidung als ein Hinweis auf eine übereinstimmende Identifikation der relevanten Zielpopulation gewertet werden.

Limitationen der Datengrundlage

In den folgenden Abschnitten werden unter anderem Aussagen darüber getroffen, mit welcher Anzahl an Fällen und mit welchem Anteil an Krankenhäusern im Regelbetrieb für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* zu rechnen sein wird. Diese Angaben sind mit Unsicherheit verbunden, die mehrere Gründe hat:

- Die Ergebnisse basieren auf einer Datenstichprobe von nur einer gesetzlichen Krankenkasse. Aufgrund regionaler Unterschiede in der Fallverteilung zwischen den Krankenkassen können keine abschließenden Aussagen über die Verteilung der Fälle über alle Leistungserbringer getroffen werden. Es kann daher sein, dass einzelne ICD- und OPS-Kodes zwar in der jeweiligen Version von 2016 vorhanden waren, aber in den vorliegenden Daten dennoch keine entsprechenden Diagnosen und/oder Leistungen enthalten sind.
- Die Daten enthalten Informationen aus den Jahren 2016/2017. Daher konnten für die Analysen nur ICD- und OPS-Kodes verwendet werden, die zum damaligen Zeitpunkt vorhanden waren. Es kann daher für die Schätzung der Fallzahlen ggf. zu Abweichungen zwischen der vom IQTIG empfohlenen Operationalisierung und den tatsächlich verwendeten Codes für die Datenanalyse kommen. Entsprechende Codes sind im Anhang A.1 mit einer Fußnote gekennzeichnet.
- Die Daten sind nur auf Ebene von Krankenhäusern auswertbar, nicht aber auf Ebene von einzelnen Standorten eines Leistungserbringers. Damit wird die Anzahl an Leistungserbringern für den Regelbetrieb tendenziell unterschätzt.
- Die Daten beinhalten Entlassfälle von 1.720 verschiedenen Krankenhäusern. Bundesweit existierten 2017 laut Statistischem Bundesamt 1.942 Krankenhäuser (GBE-Bund 2024a). Dass einzelne Krankenhäuser nicht in den Daten enthalten sind, ist vermutlich auf die Unvollständigkeit der Datenstichprobe zurückzuführen.

Für die Analyse und Interpretation der Daten ist weiterhin zu beachten, dass sich die berechnete Anzahl der Entlassfälle immer auf die in die Analyse einbezogenen Fälle, d. h. 1,63 Mio. Entlassfälle, bezieht. Sofern Aussagen über die geschätzte Anzahl an Entlassfällen im Regelbetrieb gemacht werden, wurde die Anzahl an Entlassfällen mit dem Faktor 10 bzw. der Anteil mit 16 Mio. multipliziert, da in ganz Deutschland im Jahr 2017 etwa 16 Mio. Entlassfälle erfasst wurden (vgl. Abschnitt 2.1.3).

Verteilung der Fallpopulation auf die Leistungserbringer

Um einen Eindruck davon zu gewinnen, wie sich die Fallpopulation im QS-Verfahren *Entlassmanagement* auf die verschiedenen Krankenhäuser verteilt, wurde auf Basis der verfügbaren Grundgesamtheit der Routinedaten bei der Krankenkasse die entsprechende Fallzahl pro Krankenhaus berechnet und eine Hochrechnung der geschätzten Fallzahl der ausgelösten Fälle im Regelbetrieb angefertigt. Unter anderem wurde untersucht, inwieweit einzelne Krankenhäuser eine Fallzahl

von 200 ausgelösten Entlassfällen erreichen und wie viele Krankenhäuser ggf. unter zehn Fällen aufweisen würden. Entsprechend den Empfehlungen des IQTIG aus der Entwicklung der Patientenbefragung Entlassmanagement soll bei Krankenhäusern mit 200 oder mehr ausgelösten Fällen pro Erfassungsjahr eine Zufallsstichprobe durch die Versendestelle Patientenbefragung gezogen werden (IQTIG 2023a: Abschnitt 12.3).

Die verfügbaren Daten beinhalten dabei nur Angaben zu den Krankenhäusern, die jeweils anhand der Institutionskennzeichennummer (IKNR) unterschieden werden, jedoch nicht zu den weiter zu differenzierenden Krankenhausstandorten, die für eine QS-Auswertung herangezogen würden. Der hier dargestellten Analyse liegt somit eine etwas gröbere Auswertungsebene zugrunde, als für den Regelbetrieb anhand der Krankenhausstandorte gemäß § 293 Absatz 6 SGB V anzunehmen ist. Im Regelbetrieb wird die Anzahl aller potenziell relevante Krankenhausstandorte etwa 2.400²² betragen.

3.4.1 Übersicht der analysierten Kriterien

Im ersten Analyseschritt wurden die Fallzahlen, der Anteil der eingeschlossenen Fälle zur Gesamtzahl an Entlassfällen, die geschätzte Anzahl der Fälle im Regelbetrieb und die Übereinstimmung des jeweiligen Kriteriums mit dem Prognosemodell analysiert. Eine Übersicht kann Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Übersicht der analysierten Routinedaten in Bezug auf die eingeschlossenen Kriterien²³

Kriterium	Anzahl der eingeschlossenen Fälle	Anteil der eingeschlossenen Fälle zur Gesamtanzahl an Entlassfällen	Geschätzte Anzahl der Fälle im Regelbetrieb	Übereinstimmung mit Prognosemodell (Anteil an eBEM*)
Pflegegrad	2.216	0,14 %	21.707	98,8 %
Hoher pflegerischer Aufwand	12.614	0,77 %	123.564	96,0 %
Transplantationen	339	0,02 %	3.321	98,2 %
Operationen	139.505	8,54 %	1.366.558	86,4 %
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	197.472	12,09 %	1.934.389	82,9 %
Chronische Krankheiten	50.006	3,06 %	489.847	80,5 %

²² Gemäß bundesweitem Verzeichnis von Standorten nach § 293 Absatz 6 SGB V der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen.

²³ Durch Anpassungen der ICD- und OPS-Kodes (z. B. Hinzufügen von ICD-Kodes für Schizophrenie oder OPS-Kodes für palliativmedizinische Komplexbehandlungen) für die finale Schätzung der Fallzahlen kommt es zur Abweichungen der Fallzahlen im Vergleich zu den Beratungsunterlagen.

Kriterium	Anzahl der eingeschlossenen Fälle	Anteil der eingeschlossenen Fälle zur Gesamtanzahl an Entlassfällen	Geschätzte Anzahl der Fälle im Regelbetrieb	Übereinstimmung mit Prognosemodell (Anteil an eBEM*)
Psychische Erkrankungen	49.516	3,03 %	485.047	57,4 %
Tumorerkrankungen	427.974	26,20 %	4.192.332	55,3 %
Erkrankungen im Perinatalalter	136	<0,01	1.332	45,6 %

* eBEM = erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement als Zielvariable des Prognosemodells (IQTIG 2023a: Abschnitt 8.2.2)

Die Basiskriterien weisen eine hohe Übereinstimmung mit dem Prognosemodell auf (Pflegegrad: 98,8 % und hoher pflegerischer Aufwand während des Krankenhausaufenthaltes: 96,0 %); dies ist als zusätzlicher Hinweis für eine gute Passung der beiden Kriterien für die Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement zu werten. Diese beiden Kriterien würden etwa 0,90 % (144.000 Entlassfälle) im Regelbetrieb erfassen.

Betrachtet man Erweiterung der Kriterien, so weist das Kriterium Transplantationen die höchste Übereinstimmung mit dem Prognosemodell auf (98,2 %). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass das Kriterium gut geeignet ist, um Personen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement zu erfassen und lediglich ein kleiner Anteil an Personen erfasst wird, bei denen das Prognosemodell einen eher geringen Bedarf für ein Entlassmanagement angenommen hatte. Die geringsten Übereinstimmungen sind bei Tumorerkrankungen und Erkrankungen im Perinatalalter zu erkennen (55,3 % und 45,6 %). Das Kriterium Tumorerkrankungen würde mit 26,2 % bzw. 4,19 Mio. Fällen den größten Anteil der Entlassfälle im Regelbetrieb ausmachen.

Stichprobe der Kinder und Jugendlichen

Die Beauftragung enthält keine Eingrenzung hinsichtlich des Alters der Patientinnen und Patienten. Damit sieht das IQTIG entsprechend der ursprünglichen Entwicklung des QS-Verfahrens auch für die Weiterentwicklung der Fallauslösung sowohl Kriterien für einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement von erwachsene Patientinnen und Patienten als auch von Kindern/Jugendlichen vor. Kinder und Jugendliche machen in den betrachteten Routinedaten einen Anteil von 3,5 % der Entlassfälle aus. Auch für diese Altersgruppe wurden die Fallzahlen, der Anteil der eingeschlossenen Fälle, die geschätzte Anzahl der Fälle im Regelbetrieb und die Übereinstimmung des jeweiligen Kriteriums mit dem Prognosemodell analysiert. Die Übereinstimmungen der Kriterien mit dem Prognosemodell sind im Vergleich zu den Erwachsenen geringer. Lediglich die Kriterien Pflegegrad und Transplantation weisen eine hohe Übereinstimmung mit dem Prognosemodell auf (80,0 % und 95,8 %). Die vom Prognosemodell identifizierten Fälle mit umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement waren bei Kindern und Jugendlichen anteilig geringer. Außerdem sind Kinder und Jugendliche im Vergleich zu den Erwachsenen in den ausgelösten Fällen zu

einem geringeren Anteil repräsentiert; sie machen einen Anteil von 1,69 % der über die Kriterien eingeschlossenen Fälle aus. Eine Übersicht der Analysen kann Anhang A.5 entnommen werden.

Im Zuge des Beteiligungsworkshops wurde angeregt, Entlassungen von Kindern und Jugendlichen im Verfahren noch umfassender einzubinden; insbesondere seien Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen wie Epilepsie, Asthma und Diabetes Typ I (mit Erstmanifestation) zu betrachten. Zur Erfassung eines umfassenden Bedarfs für ein Entlassmanagement von Kindern und Jugendlichen sind entsprechend der Hinweise der Expertinnen und Experten in den Workshop-Diskussionen auch Kontextfaktoren zu berücksichtigen, die über die rein medizinische Diagnostik hinausgehen (vgl. Abschnitt 3.2.9). Eine Möglichkeit, diese Faktoren systematisch zu erfassen, bietet die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO [2024]). Die ICF ermöglicht eine umfassende Betrachtung der funktionalen, sozialen und umweltbezogenen Einflüsse auf den individuellen Versorgungsbedarf. Allerdings geht das IQTIG davon aus, dass die Anwendung der ICF nicht von allen Leistungserbringern einheitlich im KIS dokumentiert wird und eine Verwendung für die Fallauslösung daher nicht zu empfehlen ist. Zudem lässt sich anhand der im KIS verfügbaren Angaben nicht die Erstmanifestation einer (chronischen) Erkrankung erkennen.

3.4.2 Mögliche Szenarien für die Fallauslösung im Regelbetrieb

Die Nutzung aller Kriterien für die Fallauslösung ist in Anbetracht der hohen erwarteten Fallzahl von etwa 7,41 Mio.²⁴ ohne nachgelagerte Ziehung einer Zufallsstichprobe mit eGK-Versichertennummern nicht empfehlenswert. Daher schlägt das IQTIG im Folgenden mögliche Szenarien für die Kombination einzelner Kriterien vor. Ziel der Darstellung der Szenarien ist es, dasjenige Szenario zu ermitteln, welches eine breite inhaltliche Ausrichtung unter Betrachtung der Anzahl der ausgelösten Fälle als auch der Verteilung der Fallzahl über die Leistungserbringer hinweg ausgewogen berücksichtigt. Daher wird die Verteilung der Fallzahlen im Regelbetrieb über die Krankenhäuser anhand der Anteile von Krankenhäusern mit hochgerechnet mindestens zehn sowie mindestens 200 Fällen dargestellt. Der Fokus lag auf diesen Größen, da eine Anzahl von zehn erwarteten Fällen im Regelbetrieb bedeutet, dass ein Krankenhaus mindestens einen QS-pflichtigen Fall in den Routinedaten aufweist.²⁵ Bei einer Stichprobengröße von 200 Fällen ist eine ausreichende statistische Sicherheit für die Berechnung der Qualitätsindikatoren gewährleistet, sodass zum Zweck der Datensparsamkeit ab dieser Fallzahl pro Leistungserbringer eine Stichprobe bei der Versendestelle gezogen wird. Zudem wird eine Einschätzung hinsichtlich der erwartbaren Gesamtfallzahl für den Regelbetrieb gegeben. Die Überschneidung der Kriterien, das heißt der Anteil an Fällen, bei dem durch mehr als ein Kriterium ein Fall auslösen würde, wurde bei der Analyse der Szenarien berücksichtigt, indem die einzelnen Kriterien bzw. die zur Operationalisierung genutzten ICD- und OPS-Kodes mit einer „ODER“-Verknüpfung verbunden wurden. Es ist daher ausgeschlossen, dass Fälle in einem Szenario doppelt gezählt werden. Für die Szenarien

²⁴ Die Fallzahl wurde aus der Summe der geschätzten ausgelösten Fälle aller Kriterien abzüglich der Überschneidung der Kriterien ermittelt.

²⁵ In den Routinedaten der Krankenkasse ist nur dokumentiert, ob ein Krankenhaus mindestens einen Fall hat. Im Regelbetrieb ist daher davon auszugehen, dass diese Krankenhäuser 0 bis 10 QS-pflichtige Fälle aufweisen.

wurden sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche berücksichtigt. Eine Übersicht der Szenarien ist Tabelle 3 und die Fallzahlverteilung ist Abbildung 2 sowie Anhang A.4 zu entnehmen. Kriterien, die nach Auswertung der Analyse ausgeschlossen wurden und nicht Teil der Szenarien sind, werden im Abschnitt 3.4.3 aufgeführt.

Tabelle 3: Übersicht der Szenarien für die Fallauslösung im Regelbetrieb²⁶

	Szenario 1		Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4	Szenario 5	Szenario 6
	Szenario 1a	Szenario 1b					
Enthaltene Kriterien	▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand	▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen	▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen ▪ Chronische Erkrankungen	▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen ▪ Operationen	▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen ▪ Psychische Erkrankungen	▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen ▪ Chronische Erkrankungen ▪ Psychische Erkrankungen	▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen ▪ Operationen ▪ Psychische Erkrankungen
Geschätzte Anzahl an ausgelösten Fällen im Regelbetrieb	147.000	150.000	640.000	1.531.000	641.000	1.115.000	2.002.000
Anteil an Krankenhäusern mit hochgerechnet mindestens 10 QS-pflichtigen Fällen ²⁷	74,0 %	74,0 %	86,7 %	83,8 %	91,1 %	93,8 %	94,9 %

²⁶ Durch Anpassungen der ICD- und OPS-Kodes (z. B. Hinzufügen von ICD-Kodes für Schizophrenie oder OPS-Kodes für palliativmedizinische Komplexbehandlungen) kommt es zu Abweichungen der Fallzahlen im Vergleich zu den Beratungsunterlagen.

²⁷ Da insbesondere einzelne kleine Krankenhäuser nicht in den Daten enthalten sind (etwa 200), wird der Anteil unterschätzt.

	Szenario 1		Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4	Szenario 5	Szenario 6
	Szenario 1a	Szenario 1b					
Anteil der Krankhäuser mit hochgerechnet mindestens 200 QS-pflichtigen Fällen	12,5 %	12,7 %	47,7 %	62,1 %	49,2 %	67,2 %	75,1 %

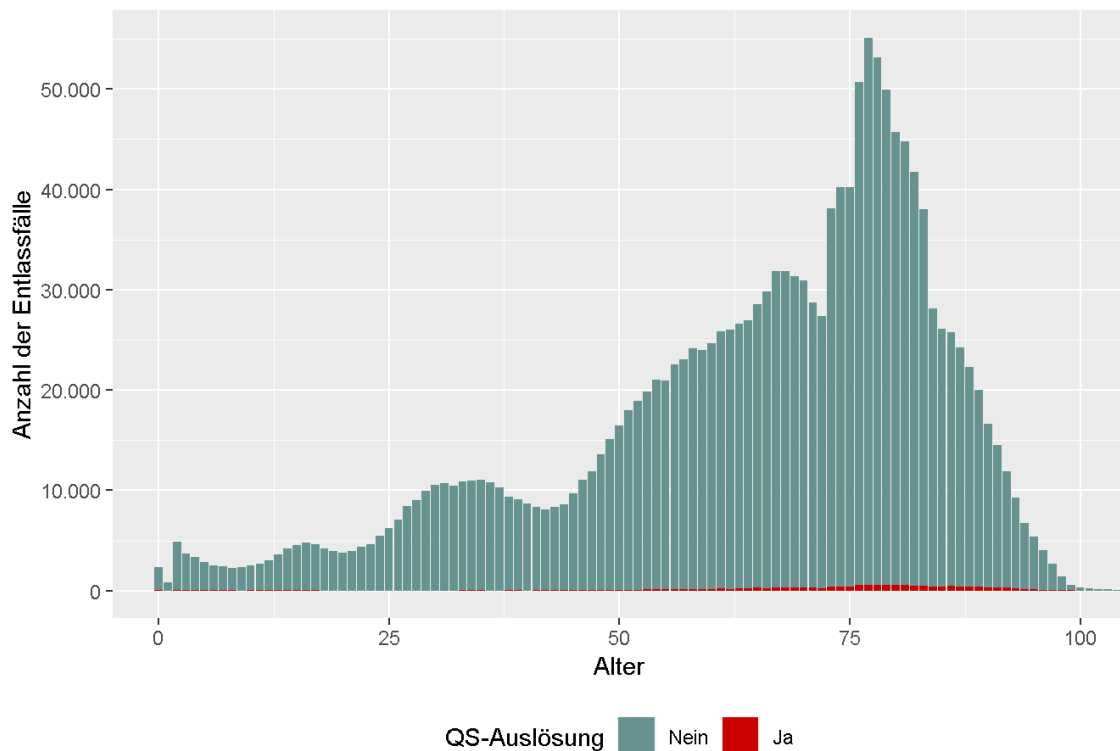
Szenario 1: Basiskriterien (inklusive Transplantationen)

Abbildung 2: Altersverteilung der Entlassfälle für Szenario 1

Mit den Basiskriterien können anhand des Pflegegrads und des hohen pflegerischen Aufwands alters- und diagnoseübergreifend sowohl Patientinnen und Patienten mit somatischen als auch psychischen Erkrankungen erfasst werden. Durch Hinzunahme des Kriteriums Transplantationen kann noch eine kleine Patientengruppe mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement zusätzlich erfasst werden. Der Schwerpunkt liegt nach Einschätzung des IQTIG allerdings hauptsächlich auf älteren Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen. Dies zeigt sich sowohl im Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten von 72,9 Jahren als auch im Anteil von über 50 % von Erkrankungen mit Dekubitusulcera ab Grad 3, die in diesem Szenario berücksichtigt werden. Kinder und Jugendliche sind in diesem Szenario im Vergleich zu allen eingeschlossenen Fällen in einem geringeren Umfang enthalten (vgl. Abbildung 2). Die Anzahl der QS-Fälle würde im Regelbetrieb bei etwa 150.000 liegen. Die Fallzahlen verteilen sich bei diesem Szenario über einen geringen Anteil der Leistungserbringer. Es ist davon auszugehen, dass etwa ein Viertel der Krankenhäuser 0 bis 10 QS-pflichtige Fälle aufweisen würde. Der Anteil der Krankenhäuser, die im Regelbetrieb mindestens 200 QS-pflichtige Fälle aufweisen, liegt bei 12,7 %. Wie bereits im Abschnitt 3.2.2 erläutert, wurden zwar palliativmedizinische und Komplexbehandlungen berücksichtigt, jedoch nicht frührehabilitative Komplexbehandlung für die Operationalisierung des Kriteriums. Insgesamt würden mit Berücksichtigung des OPS-Kodes zur frührehabilitativen Komplexbehandlung im Regelbetrieb entsprechend der Analyse der Routinedaten etwa 450.000

Fälle mehr ausgelöst werden. Zudem würde sich der Fokus auf hochaltrige Patientinnen und Patienten verschieben, da das Durchschnittsalter durch Hinzufügen des OPS-Kodes auf 80,2 Jahre steigen würde; der Anteil der vom QS-Verfahren betroffenen Leistungserbringer bleibt jedoch in etwa gleich. Eine weitere Analyse der Routinedaten zeigt zudem, dass die OPS-Kodes der zur Operationalisierung vorgeschlagenen palliativmedizinischen Komplexbehandlungen etwa 35.000 Fälle im Regelbetrieb auslösen würden. Das IQTIG empfiehlt, in der Erprobungsphase zu prüfen, inwiefern für die Fokussierung auf Patientinnen und Patienten mit palliativmedizinischen Behandlungen alle für die Operationalisierung vorgeschlagenen OPS-Kodes für die Fallauslösung heranzuziehen sind. Sofern keine Steigerung der erfassten Leistungserbringer vorhanden ist, könnte über eine gezielte Streichung dieser OPS-Kodes Szenario 1 auf etwa 120.000 Fälle reduziert werden.

Szenario 2: Basiskriterien (inklusive Transplantationen) + chronische Krankheiten

Durch die Hinzunahme des Kriteriums chronische Krankheiten werden insbesondere Patientinnen und Patienten mit neurologischen oder pulmonalen Erkrankungen eingeschlossen; diese Diagnosegruppen machen einen Anteil von etwa 55 % der Erkrankungen aus, die in diesem Szenario berücksichtigt werden. Die Anzahl der QS-Fälle würde im Regelbetrieb bei etwa 640.000 liegen. Der Anteil der Krankenhäuser, die mindestens 200 QS-pflichtige Entlassfälle im Regelbetrieb aufweisen würden, steigt im Vergleich zu Szenario 1 um 35 %, auf 47,7 %. Bezogen auf die im Regelbetrieb eingeschlossenen Krankenhäuser lässt sich annehmen, dass etwa 13 % der Krankenhäuser unter zehn QS-pflichtige Entlassfälle aufweisen würden.

Szenario 3: Basiskriterien (inklusive Transplantationen) + Operationen

In Szenario 3 würde statt chronischer Krankheiten das Kriterium Operationen zur Fallauslösung herangezogen werden. Dies hat den Vorteil, dass die Zielgruppe heterogener wird, da auch jüngere Personen und solche mit verschiedenen Erkrankungen und Operationen, die viel Nachsorge erfordern, eingeschlossen werden können. Die Anzahl der QS-Fälle würde im Regelbetrieb bei etwa 1,5 Mio. liegen. Der Anteil der Krankenhäuser, die mindestens 200 QS-pflichtige Entlassfälle aufweisen würden, liegt bei 62,1 %. Das bedeutet, dass etwa bei 62,1 % der Krankenhäuser eine Stichprobenziehung erfolgen wird. Etwa 16,2 % der Krankenhäuser weisen im Regelbetrieb unter zehn QS-pflichtige Fälle auf.

Szenario 4: Basiskriterien (inklusive Transplantationen) + psychische Erkrankungen

Durch das Szenario 4 können Personen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen, über das Kriterium Pflegegrad hinaus adressiert werden. Somit wären explizit Krankenhäuser im QS-Verfahren enthalten, die primär nur psychisch erkrankte Personen behandeln. Im Vergleich zu Szenario 3 sind in Szenario 4 mit insgesamt 641.000 Fällen damit deutlich weniger Fälle – nämlich etwa 900.000 weniger – für den Regelbetrieb zu erwarten. Der Anteil der Krankenhäuser, die mindestens 200 QS-pflichtige Entlassfälle aufweisen würden, liegt bei 49,2 %. Der Anteil der Leistungserbringer, die im Regelbetrieb unter zehn QS-pflichtige Fälle aufweisen, liegt bei 8,9 %.

Szenario 5: Basiskriterien (inklusive Transplantationen) + chronische Krankheiten + psychische Erkrankungen

Szenario 5 kombiniert die chronischen Erkrankungen und die psychischen Erkrankungen, wodurch ein breiteres Feld an somatisch und psychisch erkrankten Personen erfasst wird. Die Fallzahl würde auf 1,1 Mio. steigen, sodass im Vergleich zu Szenario 2 etwa 500.000 Fälle zusätzlich erfasst werden. Der Anteil der Krankenhäuser, die mindestens 200 QS-pflichtige Entlassfälle im Regelbetrieb aufweisen würden, liegt bei 67,2 %. Der Anteil der Leistungserbringer, die im Regelbetrieb weniger als zehn QS-pflichtige Fälle aufweisen, liegt bei 6,2 %. Im Vergleich zu Szenario 2 steigt der Anteil der Krankenhäuser, die zusätzlich erfasst werden, um 7 %.

Szenario 6: Basiskriterien (inklusive Transplantationen) + Operationen + psychische Erkrankungen

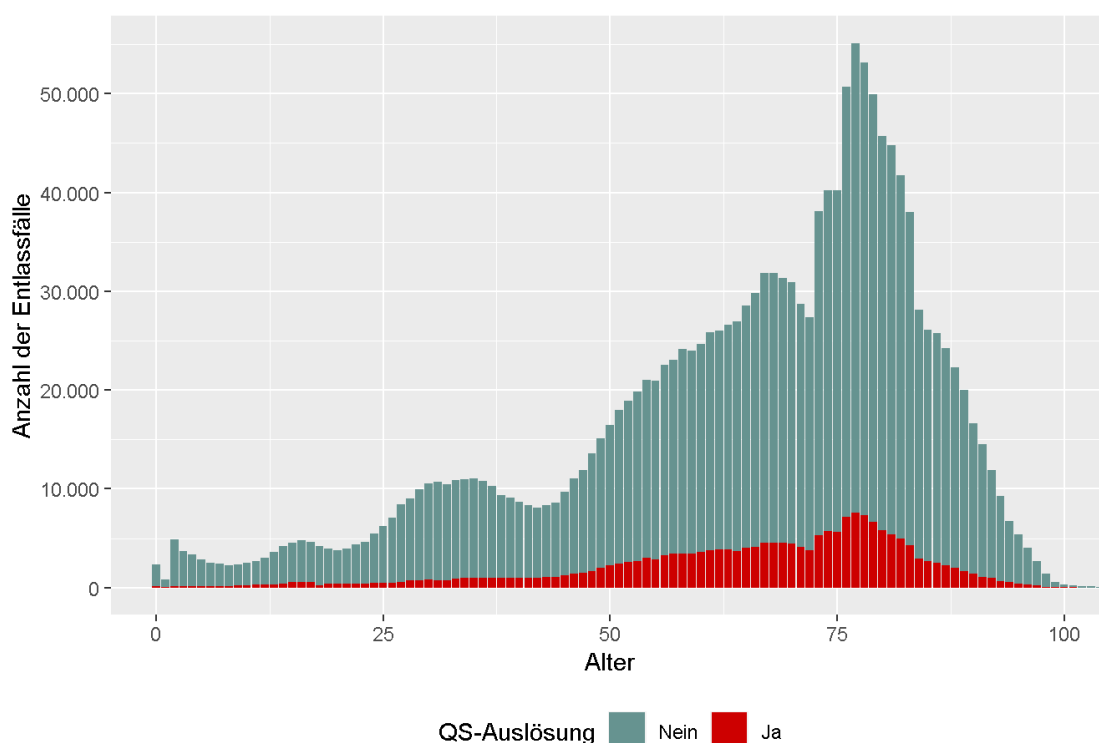


Abbildung 3: Altersverteilung der Entlassfälle für das Szenario 6

Durch Szenario 6 wird eine heterogene Zielgruppe erfasst, da zusätzlich zum Basisszenario sowohl Operationen von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen somatischen Erkrankungen als auch psychische Erkrankungen für die Fallauslösung verwendet werden. Dies spiegelt sich sowohl in der Altersverteilung als auch im Durchschnittsalter von 65,2 Jahren wieder (vgl. Abbildung 3). Im Vergleich zu Szenario 3 bietet Szenario 6 somit eine umfassendere Abdeckung und erfasst eine größere Vielfalt an Patientengruppen mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement. Die Gesamtfallzahl würde auf etwa 2 Mio. Fälle steigen; es würden etwa 500.000 Fälle zusätzlich im Vergleich zu Szenario 3 erfasst werden. Der Anteil der Krankenhäuser, die mindestens 200 QS-pflichtige Entlassfälle im Regelbetrieb aufweisen würden, liegt mit 75,1 % etwa 8 %

über dem vorherigen Szenario 5. Das heißt, dass bei einem Großteil der Krankenhäuser eine Stichprobenziehung durch die Versendestelle Patientenbefragung erfolgen würde. Der Anteil der Leistungserbringer, die im Regelbetrieb weniger als zehn QS-pflichtige Fälle aufweisen, ist mit 5,1 % vergleichbar mit dem Anteil in Szenario 5.

3.4.3 Nicht berücksichtigte Kriterien

Bei den im vorherigen Abschnitt beschriebenen Szenarien bleiben drei Kriterien unberücksichtigt: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen und Erkrankungen im Perinatalalter. Diese Kriterien werden aus folgenden Gründen nicht für die Szenarien herangezogen:

- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** Patientinnen und Patienten, die mit dem Kriterium Herz-Kreislauf-Erkrankung erfasst worden wären, sind teilweise auch in anderen Kriterien wie bspw. dem Pflegegrad oder Operationen enthalten. Die inhaltliche Überschneidung zu den Kriterien Pflegegrad oder Operationen ist in Anbetracht der erwartbar hohen Anzahl an ausgelösten Fällen im Regelbetrieb für das Kriterium Herz-Kreislauf-Erkrankungen (1,9 Mio.) nach Einschätzung des IQTIG nicht geeignet, um eine Fallauslösung mit umzusetzen.
- **Tumorerkrankungen:** Das Kriterium Tumorerkrankungen weist den größten Anteil an Entlassfällen auf, sodass für den Regelbetrieb eine hohe Anzahl an QS-pflichtigen Fällen erwartet wird (4,19 Mio.). Gleichzeitig ist die Übereinstimmung mit dem Prognosemodell mit 55,3 % vergleichsweise gering, was einen Hinweis darauf gibt, dass mit der jetzigen Operationalisierung des Kriteriums viele Fälle ausgelöst werden, die eher einen geringen Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen.
- **Erkrankungen im Perinatalalter:** Das Kriterium Erkrankungen im Perinatalalter bezieht sich primär auf Neugeborene. Es ist möglich, dass Kinder, die in der Neonatologie behandelt wurden, zum Zeitpunkt der Entlassung noch keine eigene eGK-Versichertennummer²⁸ besitzen und die Krankenhausbehandlung über die Mutter abgerechnet wird. Die Entlassung von Neugeborenen mit einer P-Diagnose²⁹ stellt eine besondere Belastung für Eltern dar. Ein gutes, strukturiertes Entlassmanagement kann eine entscheidende Unterstützung bieten, um Eltern bei der Versorgung ihres Kindes besser zu begleiten. An das Entlassmanagement von Neugeborenen mit erheblichen kognitiven und/oder körperlichen Einschränkungen werden allerdings weitergehende Anforderungen gestellt, die mit dem notwendigerweise generischeren Fragebogen für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* nicht ausreichend abgedeckt sind. Daher regt das IQTIG die Entwicklung einer separaten Befragung an, der gezielt auf die Bedürfnisse von Eltern Früh- und Neugeborener eingeht. Im QS-Verfahren *Perinatalmedizin (QS PM)* erfolgt im Bereich der Neonatologie die Erfassung der Versorgungsqualität für Hochrisikogruppen von u. a. sehr kleinen Frühgeborenen (Auswertungsmodul PM-NEO). Es kann geprüft werden, inwieweit die datengestützte Dokumentation bspw. mit einer Befragung der Eltern um

²⁸ Neugeborene, deren Krankenhausaufenthalt acht Wochen oder länger ist, besitzen in der Regel eine eigene eGK-Versichertennummer. Neugeborene, die in einer Geburtsklinik zur Welt kommen oder die frühzeitig versterben, weisen in der Regel keine eigene eGK-Versichertennummer auf.

²⁹ P-Diagnosen beziehen sich auf Erkrankungen und Zustände im Perinatalzeitraum, der die Zeit von der 22. Schwangerschaftswoche bis sieben Tage nach der Geburt umfasst.

Aspekte des Entlassmanagements erweitert werden kann. Vor dem Hintergrund der aufgeführten Schwierigkeiten und der zusätzlich geringen Fallzahl von 1.300 ausgelösten Fällen empfiehlt das IQTIG, dieses Kriterium nicht zur Fallauslösung heranzuziehen.

3.5 Empfehlungen zur Fallauslösung und zur Festlegung der Stichprobengröße

Um eine Empfehlung geben zu können, nahm das IQTIG sowohl die inhaltliche Argumente für die Kriterien (vgl. Abschnitt 3.2) und Szenarien (vgl. Abschnitt 3.4.2) als auch die Anzahl der Fälle innerhalb der Szenarien (vgl. Abschnitt 3.4.2) und die Anzahl der eingeschlossenen Krankenhäuser (Abbildung 4) in den Blick. Ziel ist es, eine repräsentative Stichprobe zu definieren, die bezogen auf die eingeschlossenen Patientinnen und Patienten, den Einbezug der Leistungserbringer insbesondere hinsichtlich der Verteilung der Fallzahlen und der Größe der Gesamtstichprobe angemessen ist. Dabei soll das Gebot der Datensparsamkeit und die Ressourcen der Versendestelle berücksichtigt werden. Nach Einschätzung des IQTIG ist für den Start des QS-Verfahrens die Einschränkung auf vollstationäre Krankenhaufälle vertretbar. Die Szenarien 2 bis 5 wurden von der weiteren Entwicklung ausgeschlossen. Bei diesen Szenarien kann mit Blick auf die Repräsentativität und die Verteilung der Fälle über das Krankenhaus nach Einschätzung des IQTIG das oben genannte Ziel nicht erreicht werden.

Für die Umsetzung der weiterentwickelten Fallauslösung im Regelbetrieb sind nach Einschätzung des IQTIG Szenario 1 (Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand und Transplantationen) und Szenario 6 (Szenario 1 und Operationen und psychische Erkrankungen) insbesondere hinsichtlich der Stichprobengröße und der inhaltlichen Fokussierung der Zielpopulation abzuwägen. Eine Übersicht der Fallzahlverteilung für Szenario 1 und 6 findet sich in Anhang A.4.

Das IQTIG empfiehlt für die Weiterentwicklung der Fallauslösung die Umsetzung von Szenario 6, da dieses Szenario die Möglichkeit bietet, Entlassmanagement als Querschnittsthematik mit Blick auf die Repräsentativität der Gesamtstichprobe und der Verteilung der Fälle über die Krankenhäuser abzubilden. Szenario 6 ermöglicht eine heterogene Zielgruppe von Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement sowohl hinsichtlich somatischer und psychischer Erkrankungen als auch mit Blick auf die Altersverteilung im QS-Verfahren zu fokussieren; Entlassungen von Kindern und Jugendlichen würden in Szenario 6 mit etwa 2,32 % ausgelöster Fälle von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. Hierbei gilt es zu beachten, dass in den Routinedaten insgesamt 3,52 % der Entlassfälle auf Kinder und Jugendliche entfallen (vgl. Stichprobe der Kinder und Jugendlichen).

Szenario 1 enthält demgegenüber mit etwa 3,37 % einen höheren Anteil ausgelöster Entlassfälle von Kindern und Jugendlichen; wie in Abschnitt 3.4.1 beschrieben, ist die inhaltliche Fokussierung auf einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der zu berücksichtigenden Kontextfaktoren insbesondere bei psychischen Erkrankungen nur mit Einschränkungen möglich. Das IQTIG empfiehlt daher im Zuge der Erprobung der Patienten-

befragung zu prüfen, inwiefern weitere ICD-Kodes zur Fallauslösung für Entlassungen von Kindern und Jugendlichen mit umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement erforderlich sind, um die inhaltliche Fokussierung zu optimieren.

Im Vergleich zu Szenario 1 werden mit Szenario 6 nicht nur Fälle erfasst, die eine (dauerhafte) Pflegegebedürftigkeit aufweisen. Damit kann eine größere Bandbreite an Patientengruppen und Krankenhäusern über die Fallauslösung in das QS-Verfahren eingeschlossen werden (siehe Abbildung 4).

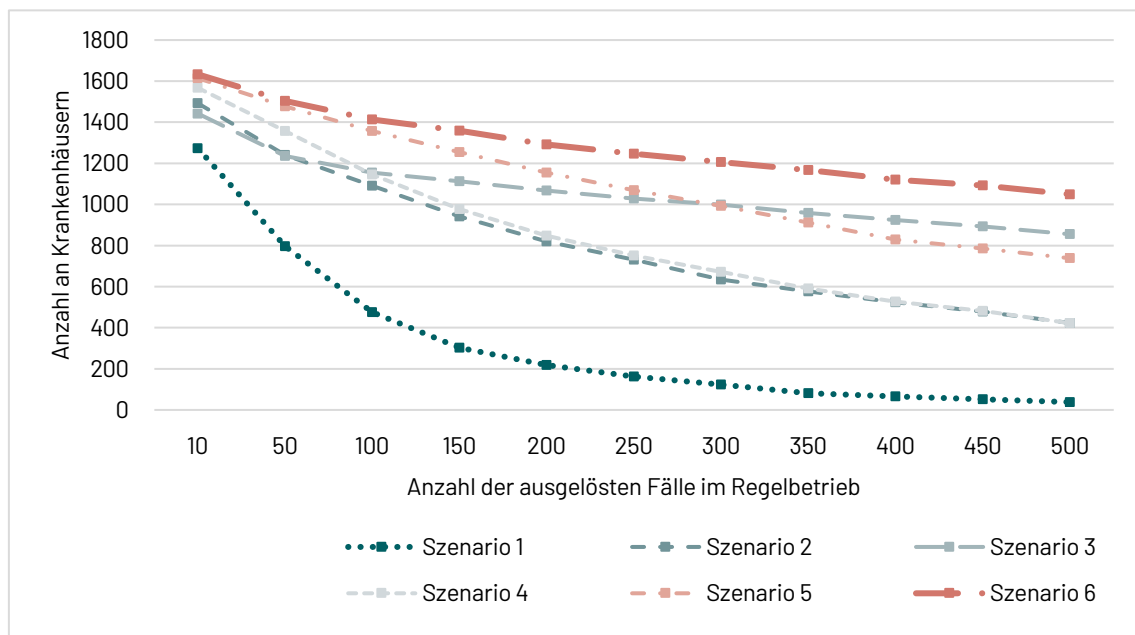


Abbildung 4: Darstellung der Anzahl der eingeschlossenen Krankenhäuser pro Szenario in Abhängigkeit von der Anzahl der ausgelösten Fälle

Im Vergleich zu der bereits im Regelbetrieb laufenden Patientenbefragung im QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*, im Folgenden Patientenbefragung PCI, für die im Erfassungsjahr 2023 etwa 730.000 Fälle an die Versendestelle von knapp 1.000 stationären Leistungserbringern übermittelt worden sind, erweist sich Szenario 6 mit etwa 2 Mio. Fällen in Anbetracht des deutlich erweiterten inhaltlichen Fokus als vertretbar. Anforderungen an eine möglichst automatisierte Übermittlung der Patientendaten vom Leistungserbringer an die Versendestelle werden in Abschnitt 7.1 dargelegt. Entsprechend den Empfehlungen aus der Entwicklung der Patientenbefragung Entlassmanagement ist eine monatliche Übermittlung der Adressdaten an die Versendestelle Patientenbefragung vorgesehen (IQTIG 2023a: Abschnitt 12.1.3.2).

Ausgehend von 2.400 Krankenhausstandorten im Jahr 2023³⁰ würden gemäß Szenario 6 94,9 % Krankenhäuser erfasst werden, also etwa 2.280 stationäre Leistungserbringer. Hierbei gilt es, die Kapazitäten der Versendestelle zu prüfen und ggf. anzupassen. Bei der Versendestelle wird für

³⁰ Anzahl gemäß bundesweitem Verzeichnis von Standorten nach § 293 Absatz 6 SGB V der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen; siehe Abschnitt 3.4.

Leistungserbringer, die über 200 QS-pflichtige Entlassfälle aufweisen, eine Stichprobe gezogen. Entsprechend den Empfehlungen zur Stichprobenziehung, welche im Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung Entlassmanagement dargestellt sind (IQTIG 2023a: Abschnitt 12.3.1), gilt es, für die Patientenbefragung Entlassmanagement zu beachten, dass nicht alle befragten Patientinnen und Patienten in jedem Qualitätsindikator der Patientenbefragung berücksichtigt werden – z. B., wenn ein Qualitätsindikator die Umsetzung spezifischer Weiterversorgungsmaßnahmen prüft, die jedoch nicht für alle Fälle erforderlich sind (z. B. die Information und Aufklärung zur Entlassmedikation). Über eine explizite Einschränkung der Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators oder implizit über Filterfragen bzw. die Antwortoption „Brauchte ich nicht“ oder „Trifft auf mich nicht zu“ kann die relevante Fallzahl, je nach Qualitätsziel des Indikators, im Vergleich zur Gesamtzahl an befragten Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zusätzlich reduziert werden. Nach Einschätzung des IQTIG ist es daher zum Start der Patientenbefragung Entlassmanagement zielführend, die Empfehlungen zum festgelegten Schwellenwert für die Stichprobenziehung beizubehalten.

Um eine Abschätzung geben zu können, wie viele Patientinnen und Patienten von den etwa 2 Mio. ausgelösten Fällen in Szenario 6 für die Befragung angeschrieben werden, wird entsprechend Szenario 6 angenommen, dass 19,8 % der Einrichtungen mit Vollerhebung und 75,1 % der Einrichtungen mit Stichprobenziehung am QS-Verfahren teilnehmen. Daraus ergibt sich unter Berücksichtigung der Einschränkungen der verwendeten Routinedaten, dass etwa 380.000 Patientinnen und Patienten eingeladen werden, einen Fragebogen zum Entlassmanagement auszufüllen.

4 Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation

4.1 Inhaltliche Überprüfung zur Überführung in die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und Prüfung der Erhebung durch die Patientenbefragung

4.1.1 Vorgehen zur Prüfung der Überführung

In der Konzeptstudie wurde bereits auf Ebene der Qualitätsaspekte eine Einschätzung gegeben, mit welchen Erfassungsinstrumenten eine Abbildung möglich ist und welche dieser Instrumente am besten geeignet sind, um die jeweiligen Qualitätsanforderungen zu erfassen. Daraus ergab sich, ob die Qualitätsaspekte den Datenquellen der QS-Dokumentation, den Sozialdaten bei den Krankenkassen oder der Patientenbefragung zugeordnet werden. Einige Qualitätsaspekte sind allen drei Datenquellen zugeordnet worden (IQTIG 2019a: Kapitel 5).

Im darauffolgenden Abschlussbericht zur Qualitätsindikatorenentwicklung wurde anschließend bei den Qualitätsaspekten, die der QS-Dokumentation oder den Sozialdaten bei den Krankenkassen zugeordnet wurden, eine erneute Prüfung des Erfassungsinstruments auf Qualitätsmerkmalebene und auf Indikatorebene vorgenommen (IQTIG 2023b: Kapitel 5).

Die geschilderte Vorgehensweise sorgt durch die Abwägung des Erfassungsinstruments auf Qualitätsaspektsebene sowie durch die Überprüfung der Einschätzung auf Qualitätsmerkmals- und Indikatorebene dafür, dass die Qualitätsindikatoren mit dem Instrument erhoben werden, mit dem die Qualitätsanforderungen am besten zu erfassen sind. Die Überführung der Qualitätsanforderungen der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation in ein anderes Instrument führt demnach zwangsläufig zu einer geringeren Güte bei der Erhebung der Qualitätsanforderung. Wie im Auftragsverständnis (siehe Abschnitt 1.2) bereits beschrieben, erfolgt im Zuge dieser Beauftragung keine erneute Prüfung, ob eine Erhebung der Qualitätsanforderungen der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation mittels Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich ist, da dies bereits in der bisherigen Entwicklung des QS-Verfahrens durchgeführt worden ist.

Im Abschlussbericht zur Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2023b: Kapitel 6) wurden fünf Indikatoren empfohlen, die die Prozessqualität adressieren und fallbezogen erfasst werden sollten:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans
- Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
- Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
- Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer
- Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung

Für die Überführung der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation wurde für diese Qualitätsindikatoren ausgehend vom Qualitätsaspekt, dem der jeweilige Indikator zugeordnet ist, geprüft, welche weiteren Erfassungsinstrumente neben der fallbezogenen QS-Dokumentation in der Konzeptstudie als geeignet eingeschätzt wurden (IQTIG 2019a: Kapitel 5). Es wurde sich bewusst dafür entschieden, auf die Einschätzung auf Qualitätsaspektsebene zurückzugreifen, da in diesem Entwicklungsschritt eine Abwägung zwischen allen potenziellen verfügbaren Erfassungsinstrument erfolgt ist. In der Qualitätsindikatorenentwicklung blieb die Einschätzung für die Qualitätsaspekte, die der fallbezogenen QS-Dokumentation zugeordnet wurden, bestehen (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Im Rahmen dieser Beauftragung war es wesentlich zu prüfen, ob Anforderungen der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation bereits im Zuge der Einschätzung auf Ebene der Qualitätsaspekte auch zu anderen Erfassungsinstrumenten zugeordnet wurden, um potenzielle inhaltliche Anknüpfungspunkte zur Überführung zu identifizieren. Anschließend wurde geprüft, ob die Qualitätsanforderungen der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation bereits in einer ähnlichen Form in den Indikatoren der Patientenbefragung oder den einrichtungsbezogenen Indikatoren erfasst werden. Aus diesen beiden Schritten wurde eine Gesamtübersicht erstellt, anhand derer die Möglichkeiten zur Integration der Qualitätsanforderungen der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation in die bestehenden einrichtungsbezogenen Indikatoren oder in die Patientenbefragung abgeleitet wurden. Für die Überführung in die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wurde sich bewusst auf die bereits bestehenden einrichtungsbezogenen Indikatoren beschränkt, um – gemäß Ziel der Beauftragung (G-BA 2023) – den Aufwand für die Leistungserbringer zu reduzieren. Demnach findet keine direkte Überführung der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation in eigenständige einrichtungsbezogene Indikatoren statt, sondern eine vollständige neue Operationalisierung der Qualitätsmerkmale mittels Integration in die bestehenden einrichtungsbezogenen Indikatoren. Eine Überprüfung des Indikators „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“, der perspektivisch bei einer flächendeckend etablierten Telematikinfrastruktur der beteiligten Leistungserbringer in den Regelbetrieb aufgenommen werden sollte (IQTIG 2023b: Kapitel 5), wurde in der Überführung nicht vorgenommen. Grund dafür ist, dass nicht zu erwarten ist, dass sich relevante Veränderungen an dem Ausbau der benötigten Telematikinfrastruktur seit der Qualitätsindikatorenentwicklung ergeben haben. Im Folgenden wird die inhaltliche Überprüfung zur Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation für jeden Indikator ausführlich erläutert. Unter Abschnitt 4.1.7 sind die zentralen Ergebnisse der Überführung dargestellt.

4.1.2 Prüfung des Qualitätsindikators „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans“

Vorstellung des fallbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 1.1)

Der Qualitätsindikator sollte messen, ob für Patientinnen und Patienten ein individueller Entlassplan im multiprofessionellen Team erstellt wurde. Ziel war es, dass bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten ein patientenindividueller Entlassplan im multiprofessionellen Team erstellt werden sollte (IQTIG 2023c).

Im Rahmen der Operationalisierung wurden, angelehnt an den Rahmenvertrag Entlassmanagement und den Expertenstandard Entlassungsmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024, DNQP 2019), Mindestinhalte für die Erstellung des Entlassplans definiert. Der Entlassplan soll hierbei als ein eigenständiges Dokument in der Patientenakte vorhanden sein und folgende Inhalte umfassen:

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

Anknüpfungspunkte zur Überführung des Qualitätsindikators

Der Qualitätsindikator war dem Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ zugeordnet. In der Konzeptstudie wurden für diesen Qualitätsaspekt sowohl die fallbezogene Dokumentation als auch die Patientenbefragung als geeignetes Erfassungsinstrument eingeschätzt (IQTIG 2019a: Kapitel 5). In dieser Einschätzung wurde festgehalten, dass mit der fallbezogenen Dokumentation vor allem die Erstellung eines Entlassplans fallbezogen erfasst werden könne. Mit der Patientenbefragung dagegen könne unter anderem abgebildet werden, inwieweit der Entlassplan mit den Patientinnen und Patienten besprochen wurde. Die einrichtungsbezogene Dokumentation wurde für die Abbildung des Qualitätsaspekts nicht ausgeschlossen, ließ allerdings im Vergleich mit den beiden anderen Instrumenten keine relevanten Zusatzinformationen erwarten.

Im Rahmen der Überprüfung dieses Indikators lassen sich inhaltliche Anknüpfungspunkte zum einrichtungsbezogenen Indikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ feststellen. Dort wird bereits in einem Datenfeld erfasst, ob in der Verfahrensregelung die Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte festgelegt ist.

Folgende drei Qualitätsindikatoren (QI) der Patientenbefragung erfassen Inhalte zum Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ aus Patientensicht:

- QI 45xx00: Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus
- QI 45xx01: Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung
- QI 45xx02: Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus

In diesen Indikatoren wird bspw. die Information und Beratung der Patientin bzw. des Patienten zum Entlasstermin und der Versorgungssituation nach Entlassung erfasst. Eine konkrete Abfrage zur Erstellung eines Entlassplans ist in der Form allerdings begründet nicht in der Patientenbefragung enthalten (IQTIG 2023a: Abschnitt 11.2).

Ergebnisse der Prüfung zur Überführung des Qualitätsindikators

Auch im Rahmen dieser Überprüfung wird die Abfrage zur Erstellung eines Entlassplans über die Patientenbefragung nicht als sinnvoll eingeschätzt, da von Patientinnen und Patienten nicht beantwortet werden kann, ob ein Entlassplan als eigenständiges Dokument in der Patientenakte vorlag. Da jedoch bereits inhaltliche Anknüpfungspunkte in dem einrichtungsbezogenen Indikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ vorliegen, ist dieser Qualitätsindikator zur Überführung des fallbezogenen Indikators „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans“ der QS-Dokumentation geeignet. Die Abfrage, ob in der Verfahrensregelung festgehalten ist, dass die Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement im Entlassplan als zentrales Dokument in der Patientenakte erfolgen muss, wird durch die Mindestinhalte des fallbezogenen Qualitätsindikators „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans“ der QS-Dokumentation ergänzt. Damit kann zwar nicht auf Fallebene geprüft werden, ob die Mindestinhalte des Entlassplans bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten eingehalten werden, jedoch kann durch die Festschreibung der Mindestinhalte in einer Verfahrensregelung zumindest die Grundlage für den Prozess verankert werden.

4.1.3 Prüfung des Qualitätsindikators „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Vorstellung des fallbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 1.1)

Dieser Qualitätsindikator sollte erfassen, ob Patientinnen und Patienten, die eine medikamentöse Therapie mit drei oder mehr verordneten Arzneimitteln erhalten, bei Entlassung ein Medikationsplan (entsprechend den Vorgaben nach § 31a SGB V) mitgegeben wurde (IQTIG 2023c). Das Ziel des Indikators war es, dass für möglichst viele Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation entlassen werden, ein bundeseinheitlicher Medikationsplan ausgestellt und bei Entlassung mitgegeben wird. Patientinnen und Patienten, die mit mindestens drei gleichzeitig verordneten Arzneimitteln entlassen werden, haben gesetzlichen Anspruch auf die Ausstellung eines Medikationsplans in Papier- und elektronischer Form. Die Vereinbarung gemäß § 31a Absatz 4 Satz 1 SGB V sieht für den Inhalt des Medikationsplans mindestens folgende Daten vor, die im Krankenhausinformationssystem vorhanden sein müssen:

- Medikamente, die von der erstellenden Ärztin bzw. dem erstellenden Arzt im Rahmen des Entlassmanagements auf einem Rezept verordnet werden oder als Medikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus empfohlen werden.
- Medikamente, die von anderen Ärztinnen bzw. Ärzten verordnet wurden. Diese müssen durch die erstellende Ärztin bzw. den erstellenden Arzt durch Auswahl aus einer Arzneimitteldatenbank oder durch manuelle Eingabe von Freitext erfasst werden können, sowie ggf. aus geeigneten elektronischen Quellen eingelesen werden können.
- Medikamente der Selbstmedikation. Diese müssen ebenfalls wie unter Punkt 2 beschrieben erfasst werden können.

Anknüpfungspunkte zur Überführung des Qualitätsindikators

Der Indikator wurde auf Grundlage des Qualitätsaspekts „Medikamentenmanagement“ entwickelt. In der Konzeptstudie wurde die fallbezogene QS-Dokumentation als geeignete Datenquelle eingeschätzt, da so erfasst werden kann, ob für die Patientinnen und Patienten ein Medikationsplan erstellt, aktualisiert bzw. vervollständigt wurde und ob den Patientinnen und Patienten Medikamente mitgegeben wurden (IQTIG 2019a: Kapitel 5). Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wurde für die Abbildung des Qualitätsaspekts nicht ausgeschlossen, sie ließ allerdings im Vergleich zur fallbezogenen QS-Dokumentation keine relevanten Zusatzinformationen erwarten. Die Patientenbefragung wurde nicht als geeignetes Erfassungsinstrument bewertet, weil Patientinnen und Patienten den fachlichen und organisatorischen Umgang mit Arzneimittelverordnungen und der Erstellung von Medikationsplänen nicht beurteilen können.

Im Abgleich mit Indikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation und der Patientenbefragung können für die Überführung Anknüpfungspunkte zum einrichtungsbezogenen Strukturindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ ausgemacht werden. Die Anforderungen des Indikators sind u. a., dass relevante Teilprozesse entsprechend dem Rahmenvertrag Entlassmanagement sowie deren Abläufe von der Aufnahme bis zum Entlasstag in der Verfahrensregelung zum Entlassmanagement im Krankenhaus geregelt sein müssen. Gemäß § 9 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement ist der Medikationsplan (bei Erforderlichkeit einer Medikation) Bestandteil des Entlassbriefs und muss entsprechend § 7 Abs. 3 bei Entlassung an die Patientin oder den Patienten ausgehändigt werden.

Ergebnisse der Prüfung zur Überführung des Qualitätsindikators

Eine Integration der Abfrage zur Mitgabe eines Medikationsplans ist über die Patientenbefragung nach Einschätzung des IQTIG nicht zielführend. Wie in der Konzeptstudie bereits dargelegt, können Patientinnen und Patienten nicht umfassend einschätzen, ob die Erstellung von Medikationsplänen entsprechend den Vorgaben nach § 31a SGB V notwendig war (IQTIG 2019a: Kapitel 5).

Bezogen auf die Integration in die einrichtungsbezogene Dokumentation ist der Indikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ geeignet. Die abgefragten Teilprozesse des Qualitätsindikators „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ werden um die Qualitätsanforderungen zur Mitgabe eines Medikationsplans ergänzt. Dennoch muss beachtet werden, dass die Integration in den Einrichtungsbezug in dieser Form

nur die Anforderung an die Verfahrensregelung in den Krankenhäusern regelt, die Einhaltung des Prozesses selbst aber auf Fallebene nicht mehr überprüfbar ist.

4.1.4 Prüfung des Qualitätsindikators „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“

Vorstellung des fallbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 1.1)

Mit diesem Indikator sollte erfasst werden, ob Patientinnen und Patienten, die vor Wochenenden oder Feiertagen entlassen werden, bei Bedarf Medikamente oder Verordnungen zur Überbrückung bis zum nächsten Werktag erhalten haben. Ziel des Indikators ist die Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung über Wochenenden oder Feiertage bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten.

Die Anforderungen des Indikators orientieren sich an den Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie (§ 8 Abs. 3a Satz 1 AM-RL) zur Sicherstellung einer durchgehenden Arzneimittelversorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus, auf die der Rahmenvertrag Entlassmanagement Bezug nimmt (IQTIG 2023c, GKV-Spitzenverband et al. 2024). Auch der Expertenstandard Entlassmanagement und der österreichische Qualitätsstandard stützen diese Vorgabe für eine sichere Entlassung (DNQP 2019, BMSGPK 2024b). Die AM-RL sieht im Einzelnen vor, dass eine Verordnung von Arzneimitteln des kleinsten Packungsgrößenkennzeichens oder eine Mitgabe von Arzneimitteln erfolgen kann, sofern dies für die unmittelbar nach Entlassung erforderliche Versorgung oder für die Beendigung einer medikamentösen Therapie notwendig ist (§ 4 Abs. 3; § 8 Abs. 3a AM-RL) (GKV-Spitzenverband et al. 2024).

Anknüpfungspunkte zur Überführung des Qualitätsindikators

Der Indikator wurde in der Qualitätsindikatorenentwicklung aus dem Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“ heraus entwickelt. In der Konzeptstudie wurde für diesen Qualitätsaspekt die fallbezogene QS-Dokumentation als zielführend bewertet. Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wurde für die Abbildung des Qualitätsaspekts nicht ausgeschlossen, jedoch ließ sie im Vergleich zur fallbezogenen QS-Dokumentation keine relevanten Zusatzinformationen erwarten. Die Patientenbefragung wurde nicht als geeignetes Erfassungsinstrument bewertet, weil Patientinnen und Patienten den fachlichen und organisatorischen Umgang mit Arzneimittelverordnungen nicht beurteilen können.

Im Abgleich dieses Indikators mit Indikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie der Patientenbefragung konnten inhaltliche Anknüpfungspunkte beim einrichtungsbezogenen Indikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ identifiziert werden. Dieser sieht vor, dass die relevanten Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement in der Verfahrensregelung festgeschrieben sein sollen (IQTIG 2023c). Als ein Teilprozess laut § 4 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement gilt die Entlassung und Mitgabe von Entlassdokumenten, worunter auch die Mitgabe u. a. von Verordnungen von Arz-

neimitteln, Verbandmitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln, sofern für die unmittelbar folgende Versorgung der Patientin oder des Patienten notwendig, zählt. Die Mitgabe von Arzneimittelverordnungen muss sich an der AM-RL orientieren. Danach gilt auch, dass eine durchgehende Versorgung der Versicherten bzw. des Versicherten mit Arzneimitteln nach dem Krankenhausaufenthalt sichergestellt werden muss (§ 8 Abs. 3a Satz 1 AM-RL).

Die Patientenbefragung enthält keine Indikatoren, die den Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“ adressieren. Jedoch wird der Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Medikation“ durch den Indikator 45xx04: „Information und Aufklärung zur Entlassmedikation“ adressiert (IQTIG 2023a: Kapitel 11). Dieser erfasst, ob Patientinnen und Patienten zur Notwendigkeit der Entlassmedikation sowie zur Einnahme und möglichen Wechselwirkungen informiert worden sind. In der Patientenbefragung PCI ist der Indikator „Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI“ enthalten. Der Indikator erfasst, ob Patientinnen und Patienten vor Entlassung am Wochenende oder Feiertagen Medikamente oder ein Rezept erhalten haben (IQTIG 2018: Kapitel 13). Ausgehend von einer ähnlichen inhaltlichen Ausrichtung der beiden Indikatoren wird geprüft, inwiefern sich die zugehörigen Items aus der Patientenbefragung PCI für die Patientenbefragung Entlassmanagement eignen.

Ergebnisse der Prüfung zur Überführung des Qualitätsindikators

Die Überführung des fallbezogenen Indikators der QS-Dokumentation zur kontinuierlichen Medikamentenversorgung in die Patientenbefragung Entlassmanagement kann durch die Übertragung des Qualitätsindikators „Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI“ aus der Patientenbefragung PCI erfolgen (IQTIG 2018: Kapitel 13). Hierfür wird dem bestehenden Indikator 43xx04 neben den Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Medikation“ auch der Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“, der zuvor über die QS-Dokumentation abgebildet wurde, zugeordnet. Dieser enthält das Qualitätsmerkmal „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung“, welches in der Patientenbefragung PCI im inhaltlich äquivalenten Qualitätsmerkmal „Mitgabe der Entlassmedikation“ durch drei Items operationalisiert wurde. Diese drei validierten Items aus der Patientenbefragung PCI wurden in die beiden Fragebögen der Patientenbefragung Entlassmanagement integriert. Eine entsprechende sprachliche Anpassung der Items war nur für die Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ notwendig. Der aktualisierte Qualitätsindikator enthält damit vier Qualitätsmerkmale und wird im Titel entsprechend umbenannt in „Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation“. Das aktualisierte Indikatorenset der Patientenbefragung (Indikatorenset 2.0) und die angepassten Fragebögen sind dem vorliegenden Bericht beigelegt.

Die Qualitätsanforderungen des fallbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation werden insofern in die Vorgaben des Indikators „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ integriert, als die relevanten Teilprozesse des Entlassmanagements weiter ausdifferenziert werden. Durch die Überführung der Qualitätsanforderung in den einrichtungsbezogenen Indikator und in die Patientenbefragung sind eine Verankerung von Standards in der

Verfahrensregelung auf Ebene der Leistungserbringer sowie eine Abfrage zur Umsetzung des Prozesses aus Patientenperspektive sichergestellt.

4.1.5 Prüfung des Qualitätsindikators „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“

Vorstellung des fallbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 1.1)

Mit dem Qualitätsindikator sollte erfasst werden, ob bei Patientinnen und Patienten ein endgültiger Entlassbrief innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer übermittelt wurde. Ziel des Indikators war es, dass die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten in diesem Zeitraum stattfindet (IQTIG 2023c).

Der Indikator gab vor, dass der endgültige Entlassbrief alle Inhalte gemäß § 9 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024) enthalten und durch die Klinikleitung bzw. Chefarzt oder Chefarztin oder deren Stellvertretung unterzeichnet sein muss. Dieser Entlassbrief soll an die nachbehandelnde Hausärztin oder den nachbehandelnden Hausarzt und/oder die nachbehandelnde Fachärztin oder den nachbehandelnden Facharzt und/oder die nachbehandelnde Psychotherapeutin oder den nachbehandelnden Psychotherapeuten innerhalb von 14 Tagen übermittelt werden.

Anknüpfungspunkte zur Überführung des Qualitätsindikators

Der Qualitätsindikator war dem Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“ zugeordnet. In der Konzeptstudie wurden für diesen Qualitätsaspekt sowohl die fallbezogene Dokumentation als auch die Patientenbefragung als geeignete Erfassungsinstrumente eingeschätzt (IQTIG 2019a: Kapitel 5). In dieser Einschätzung wurde festgehalten, dass mit der fallbezogenen Dokumentation erfasst werden könne, ob zum Zeitpunkt der Entlassung alle notwendigen Entlassdokumente, z. B. der Entlassbrief, vollständig vorlagen und den Patientinnen und Patienten ausgehändigt bzw. den nachsorgenden Leistungserbringern übermittelt wurden. Mit der Patientenbefragung könne abgebildet werden, inwieweit die Entlassdokumente den Patientinnen und Patienten mitgegeben wurden. Die einrichtungsbezogene Dokumentation wurde für die Abbildung des Qualitätsaspekts nicht ausgeschlossen, ließ allerdings im Vergleich mit den beiden anderen Instrumenten keine relevanten Zusatzinformationen erwarten.

Im einrichtungsbezogenen Indikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ besteht die Anforderung, dass relevante Teilprozesse entsprechend dem Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024) sowie deren Abläufe von der Aufnahme bis zum Entlasstag in der Verfahrensregelung zum Entlassmanagement im Krankenhaus geregelt sein müssen. Gemäß § 9 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024) ist der Entlassbrief zwingender Bestandteil des Entlassmanagements, in dem nach § 9 Abs. 3 alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin bzw.

des Patienten benötigten Informationen enthalten sein müssen. Der Rahmenvertrag regelt in § 9 Abs. 2 weiterhin, dass, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefs nicht möglich ist, ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden muss (GKV-Spitzenverband et al. 2024).

Auch in der Patientenbefragung wird im Qualitätsindikator „45xx08: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten“ erfragt, ob die Patienten bzw. der Patient spätestens am Tag der Entlassung einen Entlassbrief, entweder in vorläufiger Kurzform oder in ausführlicher Version, erhalten hat (IQTIG 2022b, IQTIG 2022c).

Ergebnisse der Prüfung zur Überführung des Qualitätsindikators

Die Patientenbefragung enthält mit dem Indikator „45xx08: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten“ bereits eine Abfrage zum Entlassbrief, allerdings kann von Patientinnen und Patienten nicht beurteilt werden, ob der endgültige Entlassbrief, falls zum Zeitpunkt der Entlassung nur ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt worden ist, in der vorgesehenen Zeit von 14 Tagen an den nachbehandelnden Leistungserbringer übersandt worden ist. Die Überführung der Qualitätsanforderung des fallbezogenen Indikators der QS-Dokumentation in die Patientenbefragung ist somit nicht möglich. Bezogen auf die Integration in die einrichtungsbezogene Dokumentation ist eine Überführung möglich. Entsprechend wird die Qualitätsanforderung explizit bei den relevanten Teilprozessen des Indikators zur „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ aufgenommen. Dennoch muss beachtet werden, dass die Integration in den Einrichtungsbezug in dieser Form nur die Anforderung an die Verfahrensregelung in den Krankenhäusern regelt, die Einhaltung des Prozesses selbst aber auf Fallebene nicht mehr überprüfbar ist.

4.1.6 Prüfung des Qualitätsindikators „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“

Vorstellung des fallbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 1.1)

Der Qualitätsindikator sollte die Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten, die nach dem Krankenhausaufenthalt in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, erfassen. Der Qualitätsindikator hatte zum Ziel, dass bei möglichst vielen dieser Patientinnen und Patienten ein Pflegeüberleitungsbogen im Rahmen des Entlassmanagements mitgegeben wurde (IQTIG 2023c).

Im Indikator wurde eine ambulante pflegerische Versorgung durch die Versorgung durch ambulante Pflegedienste mit Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, einschließlich ambulanter intensivpflegerischer Versorgung, oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V einbezogen. Eine stationäre pflegerische Versorgung liegt gemäß Indikator bei Entlassung in eine stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung, einschließlich Übergangspflege gemäß § 39e SGB V, oder in ein Hospiz vor.

Anknüpfungspunkte zur Überführung des Qualitätsindikators

Der Qualitätsindikator war dem Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“ zugeordnet. In der Konzeptstudie wurden für diesen Qualitätsaspekt sowohl die fallbezogene QS-Dokumentation als auch die Patientenbefragung als geeignete Erfassungsinstrumente eingeschätzt (IQTIG 2019a: Kapitel 5). In dieser Einschätzung wurde festgehalten, dass mit der fallbezogenen Dokumentation erfasst werden könne, ob zum Zeitpunkt der Entlassung alle notwendigen Entlassdokumente, z. B. der Pflegeüberleitungsbogen, vollständig vorlagen und den Patientinnen und Patienten ausgehändigt wurden. Mit der Patientenbefragung könne ebenfalls abgebildet werden, inwieweit die Entlassdokumente, insbesondere der Entlassbrief, den Patientinnen und Patienten mitgegeben wurden. Die einrichtungsbezogene Dokumentation wurde für die Abbildung des Qualitätsaspekts nicht ausgeschlossen, ließ allerdings im Vergleich mit den beiden anderen Instrumenten keine relevanten Zusatzinformationen erwarten (IQTIG 2019a: Kapitel 5).

Im Abgleich mit Indikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation können für die Überführung Anknüpfungspunkte zum einrichtungsbezogenen Indikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ ausgemacht werden. Die Anforderungen des Indikators sind u. a., dass relevante Teilprozesse entsprechend dem Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024) sowie deren Abläufe von der Aufnahme bis zum Entlassstag in der Verfahrensregelung zum Entlassmanagement im Krankenhaus geregelt sein müssen. Gemäß § 3 Abs. 7 Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024) sollen mit Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer die erforderlichen Informationen zur pflegerischen Versorgung der Patientinnen und Patienten erhalten.

Die Patientenbefragung enthält keinen separaten Qualitätsindikator zur Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens. Der kognitive Pretest zur Entwicklung der Patientenbefragung zeigte, dass die Items zum Qualitätsmerkmal „Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung“ (Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“) nicht trennscharf zur Übergabe des Entlassbriefs/Arztbriefs beantwortet werden konnten. Zudem erfolgt die Übergabe des Pflegeüberleitungsbogens nicht zwangsläufig an die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige, sondern kann auch direkt von der stationären Pflege im Krankenhaus an die Pflege in der Pflegeeinrichtung weitergegeben werden. Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige haben in diesem Falle keine Kenntnis von diesem Vorgang (IQTIG 2023a: Abschnitt 10.3.3).

Ergebnisse der Prüfung zur Überführung des Qualitätsindikators

Von einer Überführung des Qualitätsindikators in die Patientenbefragung wird aus oben genannten Gründen abgeraten. Bezogen auf die Integration in die einrichtungsbezogene Dokumentation wird die Qualitätsanforderung des fallbezogenen Indikators der QS-Dokumentation explizit bei den relevanten Teilprozessen des Indikators zur „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ aufgenommen. Dennoch muss beachtet werden, dass die Integration in den

Einrichtungsbezug in dieser Form nur die Anforderung an die Verfahrensregelung in den Krankenhäusern regelt, die Einhaltung des Prozesses selbst aber auf Fallebene nicht mehr überprüfbar ist.

4.1.7 Zusammenfassung der Ergebnisse der Überführung

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse der Prüfung zur Überführung der Inhalte der fünf fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 4: Ergebnisse der Prüfung zur Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation

Fallbezogener Indikator (Indikatorenset 1.1)	Patientenbefragung	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	Ziel-Indikator	Inhaltliche Überführung
Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans	x	✓	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement	Mindestinhalte eines Entlassplans müssen in der Verfahrensregelung festgelegt sein
Mitgabe eines bundeseinheitlichen Medikationsplans	x	✓	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement	Mitgabe eines bundeseinheitlichen Medikationsplans an Patientinnen und Patienten sowie die erforderlichen Inhalte des Medikationsplans müssen in der Verfahrensregelung festgelegt sein
Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen	✓	✓	QS-Dokumentation: Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement Patientenbefragung Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation	Kontinuierliche Medikamentenversorgung durch Verordnung oder Mitgabe von Arzneimitteln muss in der Verfahrensregelung festgelegt sein Kontinuierliche Medikamentenversorgung wird in der Patientenbefragung mithilfe von 3 Items (2 inhaltliche Items, eine Filterfrage) erfasst
Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer	x	✓	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement	Mitgabe eines endgültigen bzw. vorläufigen Entlassbriefs an Patientinnen und Patienten und Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an ambulant nachsorgende Leistungserbringer sowie Übermittlungszeitraum müssen in der Verfahrensregelung festgelegt sein

Fallbezogener Indikator (Indikatorenset 1.1)	Patientenbefragung	Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	Ziel-Indikator	Inhaltliche Überführung
Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	✘	✓	Verfahrensregelung zum multi-professionellen Entlassmanagement	Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten mit pflegerischem Versorgungsbedarf sowie Übermittlung an weiterversorgende pflegerische Leistungserbringer müssen in der Verfahrensregelung festgelegt sein

4.2 Überarbeitung der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

4.2.1 Vorgehen zur Überarbeitung der Operationalisierung

Nachdem Anknüpfungspunkte zur Überführung der Inhalte der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation herausgearbeitet wurden und ein Ziel-Indikator identifiziert wurde, wurde im nächsten Schritt die Operationalisierung des Ziel-Indikators angepasst. Dabei wurden die Eignungskriterien des Messverfahrens Objektivität, Reliabilität, Datenqualität, Validität und Praktikabilität für das empfohlene überarbeitete Indikatorenset berücksichtigt (IQTIG 2022e: Kapitel 13). Die Überführung der Inhalte erforderte die Formulierung neuer und die Überarbeitung bestehender Datenfelder, wodurch auch die Reihenfolge und Logik der Abfragen des Ziel-Indikators in einer Zusammenschau überprüft werden mussten. Ebenso wurden Ausfüllhinweise ergänzt, der Zähler und die entsprechende Rechenregel angepasst sowie die Rationale des Ziel-Indikators um die integrierten Inhalte erweitert. Die Überarbeitung erfolgte entsprechend den Vorgaben der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren (IQTIG 2022e: Kapitel 6).³¹

Das IQTIG empfiehlt, für die verbleibenden zwei Indikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation keine Machbarkeitsprüfung vorzusehen (siehe Abschnitt 7.2.1). Die Notwendigkeit für Präzisierungen in den Datenfeldern oder der Operationalisierung des Indikators wird dennoch geprüft, indem auf Erkenntnisse aus Machbarkeitsprüfungen anderer Versorgungsbereiche (IQTIG 2023d, IQTIG 2022d) bezüglich Indikatoren mit demselben Schwerpunkt (Arbeitsanweisung) zurückgegriffen wird.

Abschließend wurde der überarbeitete Qualitätsindikator mit Expertinnen und Experten diskutiert und unter Einbezug weiterer Fachexpertise der nach § 137a Abs. 7 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen (siehe Abschnitt 2.3) in einem Beteiligungsworkshop finalisiert. In diesen finalen Schritten wurde auch der vom IQTIG empfohlene Referenzbereich des überarbeiteten einrichtungsbezogenen Indikators erneut beraten. Im Abschnitt 4.2.3 werden die Ergebnisse der Überarbeitung der Operationalisierung erläutert.

4.2.2 Vorstellung des einrichtungsbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 1.1)

Der Strukturindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ erfasste, ob die Krankenhausstandorte über eine schriftliche und klinikweit autorisierte Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen. Ziel war es, dass alle Krankenhäuser über eine schriftliche Verfahrensregelung zu einem multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen. Dabei musste die Verfahrensregelung allen Mitarbeiterinnen und

³¹ Im Rahmen dieses Abschlussberichtes erfolgt der Bezug auf die zum Auftragszeitpunkt gültigen „Methodischen Grundlagen 2.0“.

Mitarbeitern jederzeit aufwandsarm zugänglich sein. Der Indikator gab vor, dass mindestens die folgenden Inhalte in einer solchen Verfahrensregelung enthalten sein müssen:

- relevante Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag, u. a.
 - Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)
 - differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)
- Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement Beteiligten (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gem. § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) für die einzelnen Teilprozesse gemäß Rahmenvertrag
- Abläufe der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag
- Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte
- krankenhausinterne Evaluation im multiprofessionellen Team
 - Vorgaben zu Frequenz und Fallauswahl

Für den Qualitätsindikator wurde die Erfüllung aller Teilanforderungen vorgeschlagen (IQTIG 2023b: Kapitel 5).

4.2.3 Überarbeitung der Operationalisierung

Die oben genannten „relevanten Teilprozesse des Entlassmanagements“ wurden durch die Inhalte der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation weiter ausdifferenziert. Diese werden nun durch neu integrierte Datenfelder explizit abgefragt. Infolge der Überführung der Inhalte war es notwendig, die Formulierung im Zähler „relevante Teilprozesse des Entlassmanagements, u. a.“ durch „Teilprozesse des Entlassmanagements, mindestens“ zu ersetzen, um zu verdeutlichen, dass es sich bei den zu regelnden Teilprozessen um Mindestanforderungen an die Verfahrensregelung handelt. Folgende Teilprozesse des Entlassmanagements sind nach Überarbeitung des Indikators in der Verfahrensregelung mindestens festzulegen:

- Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)
- differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)
- Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte
- Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans an Patientinnen und Patienten bei Entlassung
- Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung
- Mitgabe und Übermittlung des Entlassbriefs

- Zielwert zur Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung
- Mitgabe und Übermittlung eines Pflegeüberleitungsbogens bei Entlassung in eine pflegerische Anschlussversorgung

Die Qualitätsanforderungen der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“ sowie „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“ wurden in der Überführung weiter ausdifferenziert. Bezogen auf den Entlassbrief, muss in der Verfahrensregelung das Vorgehen nicht nur zur Mitgabe und Übermittlung des *endgültigen* Entlassbriefs, sondern gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement § 9 Abs. 1 auch zur Mitgabe eines *vorläufigen* Entlassbriefs (GKV-Spitzenverband et al. 2024) festgelegt sein. In der Überführung des fallbezogenen Indikators der QS-Dokumentation zur Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens wurde festgelegt, dass die Verfahrensregelung auch das Vorgehen zur Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer, als Alternative zur Mitgabe an die Patientinnen und Patienten, regeln soll. Gemäß Rahmenvertrag sollen mit Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer die erforderlichen Informationen zur pflegerischen Versorgung erhalten (§ 3 Abs. 7) (GKV-Spitzenverband et al. 2024). Da die Informationen zur pflegerischen Versorgung möglichst unverzüglich nach Entlassung bei den weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringern vorliegen sollten, muss eine Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens spätestens zum Zeitpunkt der Entlassung erfolgen. So kann laut Expertengremium aus der Indikatorenentwicklung sichergestellt werden, dass beim Übergang vom Krankenhaus in die pflegerische Anschlussversorgung die Versorgungskontinuität gewahrt werden kann (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Die beschriebenen Anpassungen bewirken aufgrund der einrichtungsbezogenen Abfrage (einmal jährlich) jedoch keinen erheblichen Mehraufwand für die Leistungserbringer. Weiterhin war eine Ausdifferenzierung angemessen, um den Leistungserbringern für die Teilprozesse der Verfahrensregelung umfassende Vorgaben an die Hand zu geben. Somit sorgt die Überführung der Inhalte der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation dafür, dass die Krankenhäuser eine Verfahrensregelung etablieren müssen, die den gesamten Prozess des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades (IQTIG 2019a: Kapitel 2) von der Aufnahme bis zur Entlassung adressiert.

An den weiteren Anforderungen an eine Verfahrensregelung (z. B. die Festlegung der Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement Beteiligten) wurden im Zuge der Überführung der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation keine inhaltlichen Veränderungen vorgenommen. Da schließlich weitere Datenfelder in den Indikator integriert wurden, musste auch die Reihenfolge der bestehenden Datenfelder überprüft und angepasst werden. Dabei konnte ein Datenfeld, das zuvor zur Filterführung eingesetzt war, aus dem Indikator eingespart werden.

Aufgrund der Erfahrung aus durchgeführten Machbarkeitsprüfungen zu Indikatoren, die das Vorliegen einer Verfahrensregelung adressieren, wurden weiterhin die folgenden Präzisierungen an der Operationalisierung durchgeführt:

- Verfahrensregelung muss das gesamte Erfassungsjahr Gültigkeit besitzen
- Verfahrensregelung muss durch die Geschäftsführung/den Vorstand autorisiert sein
- Nur die am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen Zugriff auf die Verfahrensregelung in ausgehändigter oder digitaler Form haben

Übergreifend wurden die Datenfelder auf die Zeitform des Präteritums umgestellt, da die Abfrage zur einrichtungsbezogenen Qualitätssicherung sich auf das ganze Erfassungsjahr bezieht und die Dokumentation demnach zum Ende des Erfassungsjahres erfolgen muss.

Auch nach der Überführung der Qualitätsanforderung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation wird weiterhin die Erfüllung aller Teilanforderungen für den Qualitätsindikator vorgeschlagen. Im Sinne des Qualitätsziels, dass die Verfahrensregelung die strukturellen Anforderungen an das Entlassmanagement sicherstellen soll, wäre es nicht sinnvoll, nur einzelne der grundlegenden Bestandteile als obligat zu fordern. Dabei ist die Erstellung einer schriftlichen Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement für alle Krankenhäuser niedrigschwellig umsetzbar. Ein Toleranzbereich erscheint daher weiterhin nicht angemessen. Tabelle 5 gibt eine Übersicht der überarbeiteten Datenfelder des Indikators.

Tabelle 5: Datenfelder zum Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ im Indikatorenset der QS-Dokumentation 1.1 vs. 2.0

Indikatorenset 1.1		Indikatorenset 2.0	
Lag in Ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine schriftliche Verfahrensregelung zum Entlassmanagement vor?	0 = nein 1 = ja	Lag in Ihrem Krankenhaus eine im gesamten Erfassungsjahr gültige, schriftliche Verfahrensregelung zum Entlassmanagement vor?	0 = nein 1 = ja
Ist die Verfahrensregelung klinikweit autorisiert?	0 = nein 1 = ja	War die Verfahrensregelung durch die Geschäftsführung / den Vorstand klinikweit autorisiert?	0 = nein 1 = ja
Ist die Verfahrensregelung jederzeit aufwandsarm allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. im Dokumentenmanagementsystem]	0 = nein 1 = ja	War die Verfahrensregelung im gesamten Erfassungsjahr allen am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgehändig oder digital zugänglich? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. im Dokumentenmanagementsystem]	0 = nein 1 = ja
Sind in der Verfahrensregelung die relevanten Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag festgelegt? [Ergänzende Bezeichnung: z. B.: kriteriengeleitete Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)]	0 = nein 1 = ja		

Indikatorenset 1.1		Indikatorenset 2.0	
differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)]			
		War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass eine kriteriengeleitete Ersteinschätzung durchgeführt werden muss? [Ergänzende Bezeichnung: auch initiales Assessment genannt]	0 = nein 1 = ja
		War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass eine differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs durchgeführt werden muss? [Ergänzende Bezeichnung: auch differenziertes Assessment genannt]	0 = nein 1 = ja
		War in der Verfahrensregelung die Mitgabe eines bundeseinheitlichen Medikationsplans festgelegt?	0 = nein 1 = ja
		Waren in der Verfahrensregelung Maßnahmen zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung festgelegt?	0 = nein 1 = ja
		War in der Verfahrensregelung das Vorgehen zur Mitgabe und Übermittlung des Entlassbriefes festgelegt?	0 = nein 1 = ja
		War in der Verfahrensregelung ein Zeitraum für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefes festgelegt?	0 = nein 1 = ja
		Vorgegebener Zeitraum für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefes	XXX Tage
		War in der Verfahrensregelung das Vorgehen zur Mitgabe und Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens festgelegt?	0 = nein 1 = ja
Sind in der Verfahrensregelung Abläufe für die einzelnen Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag festgelegt? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. in Form eines Ablaufplans]	0 = nein 1 = ja	Waren in der Verfahrensregelung Abläufe für die einzelnen Teilprozesse vom Aufnahme- bis zum Entlassungstag festgelegt? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. in Form eines Ablaufplans]	0 = nein 1 = ja

Indikatorenset 1.1		Indikatorenset 2.0	
Sind in der Verfahrensregelung für die einzelnen Teilprozesse die Verantwortlichkeiten für die am Entlassmanagement Beteiligten festgelegt?	0 = nein 1 = ja		
Sind die Verantwortlichkeiten für das ärztliche Personal festgelegt?	0 = nein 1 = ja	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für das ärztliche Personal für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja
Sind die Verantwortlichkeiten für die Pflegekräfte festgelegt?	0 = nein 1 = ja	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für die Pflegekräfte für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja
Sind die Verantwortlichkeiten für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit festgelegt?	0 = nein 1 = ja	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja
Sind die Verantwortlichkeiten für andere für die soziale Betreuung und Beratung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter festgelegt?	0 = nein 1 = ja	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für andere für die soziale Betreuung und Beratung zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja
Ist in der Verfahrensregelung festgelegt, dass die Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte zu erfolgen hat?	0 = nein 1 = ja	War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass die Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement für jede Patientin und jeden Patienten individuell in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) zu erfolgen hat? [Ergänzende Bezeichnung: Ein Entlassplan ist ein eigenständiges Dokument, in dem sämtliche Informationen, Aktivitäten und Ergebnisse des Entlassmanagements erfasst werden]	0 = nein 1 = ja
Enthält die Verfahrensregelung konkrete Vorgaben für eine interne Evaluation des Entlassmanagements im multiprofessionellen Team? [Ergänzende Bezeichnung: Unter konkreten Vorgaben zählen Frequenz bzw. Fallauswahl für die Evaluation.]	0 = nein 1 = ja	Enthielt die Verfahrensregelung konkrete Vorgaben für eine interne Evaluation des Entlassmanagements im multiprofessionellen Team? [Ergänzende Bezeichnung: Unter konkreten Vorgaben zählen Frequenz bzw. Fallauswahl für die Evaluation.]	0 = nein 1 = ja

4.2.4 Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren

Auf Grundlage der Rückmeldungen im Beteiligungsverfahren (siehe Würdigung der Stellungnahmen) wurde die Notwendigkeit zur Festlegung des Vorgehens zur Mitgabe und Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens bei weiterer pflegerischer Versorgung in einer Übergangspflege in der Verfahrensregelung herausgenommen.

4.2.5 Vorstellung des einrichtungsbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 2.0)

Mit dem Qualitätsindikator soll erfasst werden, ob eine Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement in den Krankenhäusern vorhanden ist. Ziel des Indikators ist es, dass alle Krankenhäuser über eine schriftliche Verfahrensregelung zu einem multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen. Der Qualitätsindikator wird über das Erfassungsinstrument der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben, worüber die Abbildung des Zählers und Nenners erfolgt. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Datenfelder zur Berechnung des Zählers des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 2.0 detailliert aufgelistet (siehe Indikatorenset der QS-Dokumentation 2.0). Für den Qualitätsindikator wird die Erfüllung aller Teilanforderungen ohne Toleranzbereich vorgeschlagen. Der operationalisierte Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ nach Überführung ist Tabelle 6 zu entnehmen.

Tabelle 6: Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ (Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation)

Bezeichnung	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
Qualitätsziel	Alle Krankenhäuser sollen über eine schriftliche Verfahrensregelung zu einem multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen.
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	Krankenhausstandorte mit einer schriftlichen, durch die Geschäftsführung / den Vorstand klinikweit autorisierten Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement, in der sowohl die Verantwortlichkeiten als auch die Abläufe festgelegt sind und auf die von allen am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im gesamten Erfassungsjahr und aufwandsarm zugegriffen werden kann. In der Verfahrensregelung müssen konkret festgelegt sein: ■ Teilprozesse des Entlassmanagements, mindestens: ▫ Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment) ▫ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment) ▫ Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte ▫ Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans an Patientinnen und Patienten bei Entlassung ▫ Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung

	▫ Mitgabe und Übermittlung des Entlassbriefs – Zielwert zur Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung ▫ Mitgabe und Übermittlung eines Pflegeüberleitungsbogens bei Entlassung in eine pflegerische Anschlussversorgung ▪ Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement Beteiligten (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gem. § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) für die einzelnen Teilprozesse gemäß Rahmenvertrag ▪ Abläufe der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag ▪ krankenhausinterne Evaluation im multiprofessionellen Team ▫ Vorgaben zu Frequenz und Fallauswahl
Nenner	nicht anwendbar (Indikator wird nicht als Rate berechnet)

4.3 Überarbeitung der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“

4.3.1 Vorgehen zur Überarbeitung der Operationalisierung

Im Unterschied zum Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ wurden keine Inhalte der zuvor fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation des Indikatorensets 1.1 der QS-Dokumentation in den Indikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ überführt.

Äquivalent zum Vorgehen der Überarbeitung der Operationalisierung des Indikators „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ wird auch für diesen Indikator geprüft, ob auf Grundlage der Erkenntnisse aus Machbarkeitsprüfungen anderer Versorgungsbereiche (IQTIG 2023d, IQTIG 2022d) bezüglich Indikatoren mit demselben Schwerpunkt (Schulungen) Präzisierungen in den Datenfeldern oder der Operationalisierung notwendig sind.

Abschließend wurde der überarbeitete Qualitätsindikator mit Expertinnen und Experten diskutiert und unter Einbezug weiterer Fachexpertise der nach § 137a Abs. 7 SGB V stellungnahmeberechtigten Organisationen (siehe Kapitel 2) in einem Beteiligungsworkshop finalisiert. In diesen finalen Schritten wurde auch der vom IQTIG empfohlene Referenzbereich des überarbeiteten einrichtungsbezogenen Indikators erneut beraten. Im Abschnitt 4.3.3 werden die Ergebnisse der Überarbeitung der Operationalisierung erläutert.

4.3.2 Vorstellung des einrichtungsbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 1.1)

Der Strukturindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ überprüfte, ob die Krankenhausstandorte

im Erfassungsjahr und bis einschließlich 31. Januar des Folgejahres die im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind, zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement geschult haben. Krankenhäuser, die statistisch signifikant weniger als 95 % (empfohlener Referenzbereich) dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschult haben oder diese Schulungen nicht dokumentiert haben, sollten rechnerisch auffällig werden. Ziel war die Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement (IQTIG 2023b: Kapitel 5).

4.3.3 Überarbeitung der Operationalisierung

Auf Grundlage der Erfahrungen aus durchgeführten Machbarkeitsprüfungen wurden die Kriterien für den Einbezug von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in die Schulungen weiter präzisiert. Demnach müssen nur neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gezählt werden, die am Ende des Erfassungsjahres noch am Krankenhausstandort beschäftigt sind. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der Leistungserbringer nur die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schulen kann, die in einem ausreichenden Ausmaß im Erfassungsjahr arbeitsfähig waren: Das IQTIG geht dabei davon aus, dass neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im ersten Jahr der Anstellung längerfristig nicht arbeitsfähig waren, nicht über das Jahr hinaus beim Leistungserbringer beschäftigt bleiben. Weitere, vereinzelte Abwesenheiten neuer Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, die z. B. durch Mutterschutz entstehen können, können durch den Referenzbereich abgefangen werden. Übergreifend wurden die Datenfelder auf die Zeitform des Präteritums umgestellt, da die Abfrage zur einrichtungsbezogenen Qualitätssicherung sich auf das ganze Erfassungsjahr bezieht und die Dokumentation demnach zum Ende des Erfassungsjahres erfolgen muss. Tabelle 7 gibt eine Übersicht der überarbeiteten Datenfelder des Indikators.

Tabelle 7: Datenfelder zum Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ im Indikatorenset der QS-Dokumentation 1.1 vs. 2.0

Indikatorenset 1.1		Indikatorenset 2.0	
Anzahl der im Erfassungsjahr neu beschäftigten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind. [Ergänzende Bezeichnung: Hierzu zählen 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]	---- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig) Gültige Angabe: ≥ 0	Anzahl der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren. [Ergänzende Bezeichnung: Hierzu zählen 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]	---- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig) Gültige Angabe: ≥ 0

Indikatorenset 1.1		Indikatorenset 2.0	
Anzahl der neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind, wurde nicht dokumentiert.	1 = ja	Anzahl der neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren, wurde nicht dokumentiert.	1 = ja
Wie viele von den im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind, haben im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?	----- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig) Gültige Angabe: ≥ 0	Wie viele von den im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren, haben im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?	----- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig) Gültige Angabe: ≥ 0
Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement wurde nicht dokumentiert.	1 = ja	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen haben, wurde nicht dokumentiert.	1 = ja

4.3.4 Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren

Auf Grundlage der Rückmeldungen im Expertengremium (siehe Anhang E.2.1.2) wurde der Qualitätsindikator so präzisiert, dass er ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfasst, die am Ende des Erfassungsjahres noch am Krankenhausstandort beschäftigt waren.

4.3.5 Vorstellung des einrichtungsbezogenen Qualitätsindikators der QS-Dokumentation (Indikatorenset 2.0)

Mit dem Qualitätsindikator soll erfasst werden, ob die neu eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement geschult worden sind. Ziel des Indikators ist die Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement. Der Qualitätsindikator wird über das Erfassungsinstrument der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erhoben, worüber die Abbildung des Zählers und Nenners erfolgt. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Datenfelder zur Berechnung des Zählers des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset 2.0 detailliert aufgelistet (siehe Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation). Der Referenzbereich des Indikators liegt bei $\geq 95\%$. Demzufolge wer-

den die Krankenhäuser rechnerisch auffällig, die im Erfassungsjahr und bis einschließlich 31. Januar des Folgejahres statistisch signifikant weniger als 95 % der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens sechs Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren, zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement geschult haben. Krankenhäuser, die dies nicht dokumentiert haben, werden ebenfalls rechnerisch auffällig. Der operationalisierte Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ nach Überführung ist Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8: Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ (Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation)

Bezeichnung	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung
Qualitätsziel	Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement.
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	Im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten (Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz [AÜG] überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer), die am Entlassmanagement beteiligt sind (ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter), die am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren und bis zum 31. Januar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen haben.
Nenner	Im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten (Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz [AÜG] überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer), die am Entlassmanagement beteiligt sind (ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und die am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren.

4.4 Empfohlenes Qualitätsindikatorensset

Nachfolgend werden die überarbeiteten Qualitätsindikatorenssets 2.0 der QS-Dokumentation sowie der Patientenbefragung vorgestellt und vor dem Hintergrund der Zuordnung zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität sowie zur Einschätzung der Eignungskriterien des Messverfahrens bewertet (IQTIG 2022e: Kapitel 1 und 13). Da sich durch die Überarbeitung auch Änderungen an dem zugrunde liegenden Qualitätsmodell (IQTIG 2019a: Kapitel 4) ergeben,

wird in Abschnitt 4.4.3 zudem erläutert, welche Qualitätsaspekte durch das QS-Verfahren weiterhin adressiert werden (siehe Abbildung 5). Nach der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*, in der gemäß Beauftragung (G-BA 2023) die Inhalte der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation in einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren sowie ein Indikator in die Patientenbefragung überführt worden sind, werden für die QS-Dokumentation insgesamt zwei, für die Patientenbefragung insgesamt zwölf Qualitätsindikatoren empfohlen.

4.4.1 Qualitätsindikatorensatz 2.0 der QS-Dokumentation

Die beiden Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation, die einrichtungsbezogen erhoben werden sollen, beziehen sich auf die Strukturqualität (Tabelle 9).

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren des Indikatorensatzes 2.0 der QS-Dokumentation für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Qualitätsindikator	Indikatortyp	Erfassungsinstrument
Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement	Strukturindikator	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung	Strukturindikator	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Beide Qualitätsindikatoren des vorliegenden Sets 2.0 wurden in der Qualitätsindikatorenentwicklung mit ihren zugrunde liegenden Qualitätsmerkmalen hinsichtlich der Eignungskriterien des Qualitätsziels geprüft (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Eine erneute Prüfung nach der Überführung der Qualitätsanforderungen der zuvor empfohlenen fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation ist nicht erforderlich, da die Qualitätsmerkmale der überführten Indikatoren lediglich in das Qualitätsmerkmal des überarbeiteten Indikators integriert wurden. Auch die Zuordnung beider Indikatoren zur Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ der Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen des Entlassmanagements bleibt bestehen. Der überarbeitete Indikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ kann durch die in ihn als Teilprozesse überführten Inhalte die adressierten Qualitätsdimensionen der zuvor fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation „Patientensicherheit“, „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“, „Angemessenheit“ und „Koordination und Kontinuität“ nur indirekt abdecken. Die Teilprozesse bilden die jeweiligen Qualitätsdimensionen nur auf struktureller Ebene ab und überprüfen nicht mehr auf Fallebene, ob die Prozesse eingehalten werden (IQTIG 2022e: Kapitel 1). Die Überführung der Inhalte der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation in den einrichtungsbezogenen Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ führen nicht zu einer Änderung der Zuordnung des Qualitätsindikators zum Qualitätsaspekt. Beide einrichtungsbezogenen Indikatoren sind dem Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“ zugeordnet. Die Qualitätsaspekte „Entlassplanung“, „Medikamentenmanagement“ und „Entlassdokumente“, aus denen zuvor die fallbezogenen

Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation hervorgegangen sind, können nach der Überführung der Inhalte der Indikatoren in den Einrichtungsbezug nicht mehr direkt durch die QS-Dokumentation abgedeckt werden. Im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung wurde mit dem Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ ein weiterer fallbezogener Qualitätsindikator der QS-Dokumentation entwickelt, der perspektivisch für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens vorgesehen werden soll (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Aus den unter Abschnitt 4.1.1 genannten Gründen erfolgte in dieser Beauftragung keine Prüfung auf eine mögliche Überführung in die einrichtungsbezogene Dokumentation.

Bei der Überführung der Inhalte der fallbezogenen Qualitätsindikatoren in den einrichtungsbezogenen Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ wurden auch die Eignungskriterien des Messverfahrens erneut berücksichtigt (IQTIG 2022e: Kapitel 13). Da im Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation ausschließlich einrichtungsbezogene Qualitätsindikatoren bestehen bleiben, die entweder Strukturanforderungen oder Schulungsquoten erfassen, ist auch durch die erneute Überarbeitung und die exakten Definitionen der Datenfelder eine hohe Objektivität erwartbar. Eine stichprobenartige Überprüfung der Originaldokumente (Verfahrensregelung, Dokumentation der Schulungsquote) ist im Rahmen einer Datenvalidierung hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit zur Sicherstellung einer hohen Datenqualität ratsam. Entsprechend dem Ziel der Beauftragung (G-BA 2023) ist eine deutliche Reduktion des Aufwandes für die Leistungserbringer erreicht worden, da die verbleibenden zwei Qualitätsindikatoren nur einmal jährlich bei den Krankenhäusern zu dokumentieren sind. Die Praktikabilität wird demnach als hoch eingeschätzt und kann zukünftig durch eine automatische Ausleitung der Informationen für die administrativen Datenfelder weiter minimiert werden.

Nach Einschätzung des IQTIG können mit dem vorliegenden Qualitätsindikatorensatz (siehe Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation) durch das Zusammenspiel der beiden einrichtungsbezogenen Indikatoren die Voraussetzungen für ein funktionierendes Entlassmanagement auf struktureller Ebene erhoben werden. Der Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ fragt wesentliche Strukturbestandteile ab, die in der Verfahrensregelung geregelt sein müssen. Der Indikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ erfasst, ob diese interne Verfahrensregelung den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch vermittelt wurde. Durch den Wegfall der fallbezogenen Qualitätsindikatoren kann allerdings die Prozessqualität auf Basis der QS-Dokumentation nicht mehr adressiert werden.

4.4.2 Qualitätsindikatorensatz 2.0 der Patientenbefragung

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung bleiben weitestgehend unverändert. Lediglich beim Qualitätsindikator „Information und Aufklärung zur Entlassmedikation“ gab es Anpassungen. Dem Qualitätsindikator wurden die beiden Qualitätsaspekte „Information und Aufklärung zur Entlassmedikation“ mit drei Qualitätsmerkmalen und der Qualitätsaspekt „Medikamentenma-

nagement“ mit einem Qualitätsmerkmal zugeordnet. Durch diese Erweiterung wurde der Indikator auch sprachlich angepasst in „Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation“. Der erweiterte Qualitätsindikator deckt neben der Qualitätsdimension „Wirksamkeit“ auch die Qualitätsdimension „Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit“ ab. Einen Überblick zu allen Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung kann dem Indikatorenset 2.0 der Patientenbefragung entnommen werden.

4.4.3 Gesamtschau aller Qualitätsindikatoren nach Weiterentwicklung

Der Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“ des in der Konzeptstudie entwickelten Qualitätsmodells (IQTIG 2019a: Kapitel 4) wird nach der Überführung der Inhalte der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation in die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation nun durch die Patientenbefragung abgedeckt. Die verbleibenden Aspekte, deren zugehörige Qualitätsindikatoren in die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation überführt wurden und somit durch diese nur indirekt adressiert werden, werden weiterhin von der Patientenbefragung abgedeckt (siehe Abbildung 5).

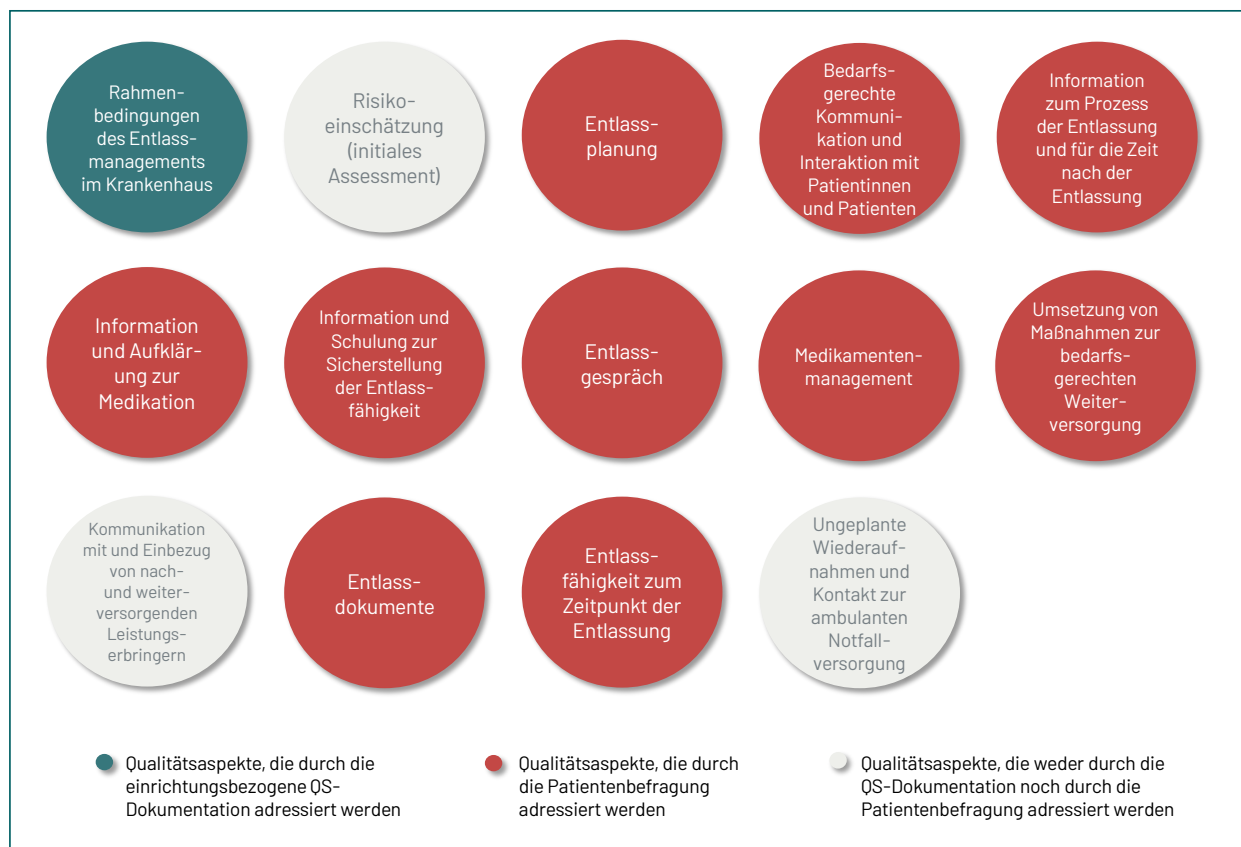


Abbildung 5: Qualitätsmodell Entlassmanagement nach Weiterentwicklung

In der Gesamtschau der weiterentwickelten dokumentationsbasierten Indikatoren und der Indikatoren der Patientenbefragung wird deutlich, dass nach der Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation weiterhin alle Qualitätsdimensionen adressiert werden (Tabelle 10). Somit ist eine umfassende Messung und Abbildung der Versorgungsqualität für

das Entlassmanagement in Bezug auf die Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität (IQTIG 2022e: Kapitel 1) möglich, wobei der Großteil der Qualitätsdimensionen ausschließlich durch die Indikatoren der Patientenbefragung adressiert wird. Durch die beiden Erfassungsinstrumente können mit dem QS-Verfahren weiterhin wesentliche Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements im Krankenhaus adressiert werden, anhand derer die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung erfasst und – auf dieser Grundlage – notwendige Maßnahmen zur Verbesserung initiiert werden können.

Tabelle 10: Zuordnung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität für die dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren und für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Mehrfachzuordnungen der Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsdimensionen sind möglich)

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung
Wirksamkeit	▪ Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement ▪ Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung	▪ Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation ▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung ▪ Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten ▪ Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten
Patientensicherheit	-	▪ Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation ▪ Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten ▪ Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten
Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen/Patienten	-	▪ Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus ▪ Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung ▪ Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus ▪ Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung ▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung ▪ Entlassgespräch ▪ Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung
Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	-	▪ Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation

Qualitätsdimen- sion des Rah- menkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Ba- sis der QS-Dokumentation	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung
Angemessenheit	-	▪ Beratung durch den Sozialdienst im Kranken- haus
Koordination und Kontinuität	-	▪ Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung ▪ Information zur medizinischen und pflegeri- schen Weiterversorgung nach Entlassung ▪ Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittel- baren Weiterversorgung ▪ Übergabe des Entlassbriefs an die Patientin- nen und Patienten

5 Externes QS-Audit

Gemäß dem Verständnis des IQTIG und den projektspezifischen Anforderungen zu diesem Auftragsgegenstand (siehe Abschnitt 1.3) wurde ein Konzept für ein neues Instrument im QS-Verfahren *Entlassmanagement* entwickelt, das vor allem auf die Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und die Ableitung von Maßnahmen der Qualitätsförderung fokussiert, aber auch die Möglichkeit bietet, Best-Practice-Beispiele zu erkennen und für die breite Versorgung verfügbar zu machen. Für dieses neue Instrument, das externe QS-Audit, sind sowohl notwendige qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden als auch ein quantitativer Ansatz entwickelt worden. Letzterer dient neben einer übergreifenden Bewertung der einzelnen Prozesse des Entlassmanagements vor allem dazu, zu einer systematischen Identifikation von Stärken und Schwächen der Prozesse beim Leistungserbringer zu gelangen. Da das primäre Ziel allerdings nicht eine prüfende Bewertung, sondern die Qualitätsförderung ist, wurde das externe QS-Audit als sanktionsfreies Instrument entwickelt. Entsprechend ist es nicht dazu geeignet, Vergütungsabschläge oder eine Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit zu bewirken, wie es z. B. bei Maßnahmen der Stufe 2 gemäß Teil I § 17 DeQS-RL der Fall ist, sondern dient dazu, Maßnahmen im Sinne eines PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act-Zyklus) anzustoßen. Dazu sollen im externen QS-Audit direkt in einem Vor-Ort-Besuch Ziele und Vorschläge für Optimierungsmaßnahmen erarbeitet werden, die einen unverzüglichen Handlungsanschluss beim Leistungserbringer ermöglichen. Auf einen Beschluss von Maßnahmen wie im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil I § 17 DeQS-RL, die erst in einem längeren Prozedere durch die jeweilige gesamte Fachkommission des zukünftigen QS-Verfahrens zu beschließen und anschließend durch das jeweilige Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft zu genehmigen sind, kann somit verzichtet werden.

Da im QS-Verfahren *Entlassmanagement* auch eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation sowie eine Patientenbefragung inklusive nachgelagertem Stellungnahmeverfahren vorgesehen sind und auftragsgemäß eigene Konzepte für die qualitative Beurteilung entwickelt wurden (siehe Kapitel 6), wurde das externe QS-Audit als eigenständiges und ergänzendes Instrument entwickelt, das keine Bewertung nach Teil I § 17 DeQS-RL vorsieht. Dennoch können das nachfolgend dargestellte Konzept des externen QS-Audits bzw. Teile davon möglicherweise auch für die qualitative Beurteilung und Neuausrichtung des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil I § 17 DeQS-RL (G-BA 2024) genutzt werden (siehe Abschnitt 5.8.4).

Gemäß Beauftragung (G-BA 2023) soll für das externe QS-Audit ein Leitfaden entwickelt werden, anhand dessen die Landesarbeitsgemeinschaften die Umsetzung des Entlassmanagements bei den Leistungserbringern strukturiert erheben können. Im Folgenden werden die Entwicklungsschritte des externen QS-Audits beschrieben und die Ergebnisse sowie Empfehlungen des IQTIG für die Ausgestaltung und Anwendung des neuen Instruments erläutert. Notwendige Entwicklungsschritte waren zunächst die Recherche nach bestehenden Peer-Review-basierten Verfahren zur Orientierung der Konzeptionierung (siehe Abschnitt 5.1), die Ableitung und Operationalisierung von konkreten Qualitätsanforderungen (siehe Abschnitte 5.2 und 5.3) inklusive der

Entwicklung einer Bewertungssystematik (siehe Abschnitt 5.3.2), die Ausgestaltung der Nachbesprechung zur Ableitung von Handlungsanschlüssen aus den Ergebnissen des externen QS-Audits (siehe Abschnitt 5.3.3), die Entwicklung eines Stichprobenkonzepts (siehe Abschnitt 5.4) und des Berichts- und Rückmeldewesens (aggregierte Veröffentlichung) (siehe Abschnitt 5.5) sowie das Vorgehen zur leistungserbringerbezogenen Veröffentlichung (siehe Abschnitt 5.6). Zusammenfassend werden in Abschnitt 5.7 der Ablauf für die Durchführung des externen QS-Audits bei einem Leistungserbringer sowie eine Abschätzung der Aufwände dargestellt. Abschließend werden bestehende Rahmenbedingungen und notwendige Schritte zur Umsetzung des Konzepts in einem Regelbetrieb beschrieben (siehe Abschnitt 5.8).

5.1 Elemente des externen QS-Audits

Die Ergebnisse der zwei durchgeführten orientierenden Recherchen (siehe Abschnitt 2.2.1) werden nachfolgend dargestellt sowie die Kernelemente der recherchierten Konzepte aufgeführt. Dabei wird auch beschrieben, welche bereits bewährten Teilaspekte aus diesen Konzepten synergistisch für das neue Instrument genutzt werden können und welche im Rahmen des externen QS-Audits für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* nicht geeignet sind.

Ergebnisse der orientierenden Recherchen zu Peer-Review-basierten Konzepten

Im Rahmen der orientierenden Recherchen wurden insgesamt sieben nationale und internationale Peer-Review-basierte Konzepte gefunden. Mit den Peer-Review-Verfahren der Initiative Qualitätsmedizin (IQM [kein Datum]) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI 2024) wurden zwei bundesweite Verfahren und mit dem Leitfaden zum ärztlichen Peer Review der BÄK (2014) sowie den Empfehlungen der KBV, Dezernat 7 (2017) zu Peer-Review-Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung zwei methodische Grundsatzpapiere zur Ausgestaltung von Peer-Review-Verfahren berücksichtigt. Als internationale Beispiele für Peer-Review-basierte Verfahren konnten die Verfahren der Care Quality Commission (CQC 2022) aus Großbritannien, der Joint Commission (2024) aus den USA sowie des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK 2024a) aus Österreich recherchiert werden.

Zusätzlich zu den Ergebnissen der orientierenden Recherche wurde auch das aus der externen Qualitätssicherung bekannte Konzept der externen Begutachtung aus dem Abschlussbericht des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut) zur Arthroskopie am Kniegelenk (AQUA 2014) berücksichtigt. Darüber hinaus wurde das Peer-Review-Verfahren der deutschen Rentenversicherung (DRV) (DRV Bund [2024]) als bekanntes Instrument aus der Rehabilitations-Qualitätssicherung beachtet.

Kernelemente bestehender Peer-Review-basierter Konzepte und Übertragung auf das externe QS-Audit

Die im Rahmen der Recherche identifizierten nationalen und internationalen Peer-Review-basierten Konzepte wurden hinsichtlich ihrer Zielsetzung und Kernelemente analysiert und dienten somit zur Orientierung bei der Konzeptionierung des externen QS-Audits. Peer-Review-basierte

Verfahren der Qualitätsbestimmung orientieren sich grundlegend an dem Ansatz, die Versorgungsleistung durch Fachkolleginnen und Fachkollegen anhand qualitativer Methoden der Datenerhebung, wie Interviews und Beobachtungen (z. B. im Rahmen einer Begehung), beurteilen zu lassen (Shaw 2000, Bion und Alderman 2022). Dazu können ebenfalls Dokumentenanalysen (z. B. Reviews von Patientenakten), quantitative Daten (Kennzahl- / Indikatorergebnisse) oder Ergebnisse aus Patientenbefragungen hinzugezogen werden (Shaw 2000). Diese Grundannahmen lassen sich ebenfalls in den recherchierten Peer-Review-basierten Konzepten wiederfinden. Trotz thematisch unterschiedlicher Ausrichtung (z. B. Fokus auf die intensivmedizinische Versorgung im Konzept der DIVI (DIVI 2024)) verfolgen alle recherchierten Verfahren das Ziel, eine Qualitätssicherung und nachhaltige Qualitätsförderung für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten durch einen kollegialen, multiprofessionellen und interdisziplinären Austausch zu erreichen. Das zentrale Element stellt dabei der kollegiale Dialog dar, durch den eine offene Fehler- und Lernkultur entwickelt werden soll (IQM [kein Datum], BÄK 2014, BMSGPK 2024a, KBV, Dezernat 7 2017, AQUA 2014, CQC 2022, DIVI 2024). Der Ablauf eines Peer-Reviews wird in der Regel anhand der folgenden Elemente strukturiert, die sich in den recherchierten Verfahren in identischer oder ähnlicher Weise wiederfinden (AQUA 2014, IQM [kein Datum], BÄK 2014, BMSGPK 2024a, CQC 2022, KBV, Dezernat 7 2017, DRV Bund [2024], DIVI 2024):

- Selbsteinschätzung, z. B. der Behandlungs- und Entlassdokumentation, durch den Leistungserbringer anhand vorgegebener Kriterien (Fragebogen)
- Vor-Ort-Besuch und Begehung der Einrichtung
- Fremdeinschätzung, z. B. der Behandlungs- und Entlassdokumentation, durch die Peers anhand derselben vorgegebenen Kriterien (Fragebogen)
- kollegialer Dialog zwischen Peers und Leistungserbringer zur Diskussion von identifizierten Verbesserungspotenzialen aus der Selbst- und Fremdeinschätzung und gemeinsame Erarbeitung von Qualitätszielen und entsprechenden Maßnahmen
- Abschlussgespräch zwischen Peer-Team, Geschäftsführung und ärztlicher Direktion
- Nachbereitung des Besuchs durch das Peer-Team und Verarbeitung der Ergebnisse in einem Peer-Review-Bericht

Neben den genannten Elementen werden in einzelnen Peer-Review-basierten Verfahren zusätzlich Daten zur Strukturqualität, z. B. zur Personalbesetzung, zu Räumlichkeiten und Verantwortlichkeiten, einbezogen (DIVI 2024) oder auf die Zertifizierung von Gesundheitsorganisationen für ein Qualitätssiegel (Joint Commission 2024) fokussiert. Außerdem findet das Peer-Review bei der Mehrheit der recherchierten Konzepte im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs durch Fachkolleginnen und -kollegen beim Leistungserbringer statt. Die Recherche ermittelte jedoch auch ein Konzept, bei dem Fallakten von Fachexpertinnen und -experten ausschließlich durch eine Fernprüfung analysiert werden und auf eine Begehung sowie ein kollegiales Gespräch verzichtet wird (DRV Bund [2024]). Das externe QS-Audit zielt gemäß Auftragsverständnis auf die Erfassung der Prozessqualität, Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und Best-Practice-Beispielen sowie die Erarbeitung von Optimierungsmaßnahmen des Entlassmanagements ab. Der Einbezug von Daten zur Strukturqualität im externen QS-Audit ist gemäß Beauftragung nicht vorgesehen und

würde darüber hinaus zu einer Doppelerhebung führen, da diese Daten bereits durch die Qualitätsindikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erfasst werden (siehe Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation). Weiterhin soll das externe QS-Audit über eine reine Prüfung von Dokumentationen (DRV Bund [2024]) hinausgehen und die systemischen Probleme in den Prozessen des Entlassmanagements bei den Leistungserbringern fokussieren. Dafür und für die Ableitung konkreter Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ist der multidisziplinäre Austausch mit externen Expertinnen und Experten der Fachkommissionen im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs sinnvoll. Ebenso kann der Aufwand für die Leistungserbringer bei der Bereitstellung der Behandlungs- und Entlassdokumentation bei einem Vor-Ort-Besuch minimiert werden, da keine Duplikaterstellung, Anonymisierung und Versendung der jeweiligen Unterlagen notwendig ist. Die Voraussetzungen dafür werden unter Abschnitt 5.3.1.1 ausführlich beschrieben.

Die Mehrheit der recherchierten Verfahren setzt eine freiwillige Teilnahme der Leistungserbringer am Peer-Review voraus. Verpflichtende Peer-Reviews werden häufig durch bestimmte Aufgrieffkriterien ausgelöst. Im Beispiel der Konzeptstudie zur Arthroskopie am Kniegelenk wurde die externe Begutachtung ausgelöst, sofern ein auffälliger Index aus den Ergebnissen verschiedener Qualitätsindikatoren der dokumentationsbasierten Qualitätssicherung vorlag. Ähnlich erfolgt die Auslösung für ein Peer-Review bei Gesundheitsorganisationen in Österreich, wo auffällige Ergebnisse in Schwerpunktindikatoren vorgelegen haben müssen (Austrian Inpatient Quality Indicators) (BMSGPK 2024a). In welcher Form ein Einbezug von Leistungserbringern in das externe QS-Audit empfohlen wird, wird im Abschnitt 5.4.1 ausgeführt.

Die oben aufgelisteten Elemente von Peer-Review-basierten Verfahren, die aus der Recherche hervorgehen, sind, mit Ausnahme der vorgelagerten Selbsteinschätzung des Leistungserbringers, auch für die Konzeptionierung des externen QS-Audits zum Entlassmanagement geeignet und bilden im Folgenden den Rahmen für die Ausgestaltung. Da die Teilnahme am externen QS-Audit nicht auf Freiwilligkeit beruht, soll der Aufwand für die Vorbereitung für die Leistungserbringer, aber auch für die Expertinnen und Experten reduziert werden. Eine Selbsteinschätzung wird für das externe QS-Audit entsprechend nicht vorgesehen, die Erarbeitung eines systematischen Überblicks über die zentralen Prozesse des Entlassmanagements und die Ableitung von Stärken und Schwächen sowie Zielen und Optimierungsmaßnahmen sollen im Austausch zwischen dem Expertenteam und dem Leistungserbringer erfolgen. Der Leistungserbringer erhält dennoch die Möglichkeit, sich über den Ablauf und die zentralen Prüfinhalte des externen QS-Audits zu informieren und sich vorzubereiten, indem Informationsmaterialien vorab versendet werden (siehe Abschnitt 5.7).

5.2 Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit

5.2.1 Vorgehen zur Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit

Um im externen QS-Audit die Umsetzung des Entlassmanagements mithilfe eines Leitfadens standardisiert zu erfassen, müssen in einem ersten Schritt konkrete Qualitätsanforderungen definiert werden, deren Erfüllung im externen QS-Audit geprüft werden soll. Dadurch sollen sowohl

Stärken als auch Schwächen in der Umsetzung des Entlassmanagements beim Leistungserbringer identifiziert und folglich Maßnahmen zur Qualitätsförderung abgeleitet werden. Wie im Auftragsverständnis bereits aufgeführt, erfolgt aufgrund der kurzen Projektlaufzeit im Rahmen dieser Beauftragung keine neue Themenerschließung, sodass auf das bestehende Qualitätsmodell mit den Qualitätsmerkmalen zur Ableitung der zu prüfenden Inhalte für das externe QS-Audit zurückgegriffen wird.

Beauftragte zu prüfende Inhalte

Die Beauftragung (G-BA 2023) gibt vor, dass relevante Inhalte des Entlassmanagements durch das externe QS-Audit adressiert werden sollen. Folgende Inhalte werden als Beispiele vorgegeben:

- Zusammensetzung des und die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team
- Anwendung eines geeigneten Assessmentbogens
- Erstellung eines Entlassplans
- zeitnahe Versendung eines Entlassbriefs
- Prüfung der Erforderlichkeit von verordnungs- bzw. veranlassungsfähigen Leistungen
- Kontaktieren der notwendigen Leistungserbringer in der Weiterversorgung (inklusive Pflege)

Die aufgeführten Inhalte umfassen alle Phasen des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades (Aufnahme, Behandlung, Entlassung, Nach-/Weiterbehandlung). Die Beauftragung strebt somit für das externe QS-Audit an, den gesamten Entlassmanagementprozess abzubilden. Bei der Ableitung der Qualitätsanforderungen wird dementsprechend geprüft, ob die beauftragten Inhalte durch die bestehenden Qualitätsmerkmale abgedeckt werden können, welche Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells (IQTIG 2023b: Kapitel 5) dadurch adressiert werden und welche Phasen des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades (IQTIG 2019a: Kapitel 2) abgedeckt werden.

Prüfung auf Überschneidungsfreiheit der Instrumente

Für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* bestehen bereits zwei Erfassungsinstrumente (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und Patientenbefragung) mit Qualitätsindikatoren, die im Rahmen dieser Beauftragung überarbeitet wurden (siehe Kapitel 3). Das externe QS-Audit ist unabhängig von der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und der Patientenbefragung sowie dem für deren Indikatoren durchzuführenden Stellungnahmeverfahren (Teil I § 17 DeQS-RL) als eigenständiges Instrument zur Qualitätsförderung zu verstehen, das keine Qualitätsindikatoren beinhaltet, sondern auf eine integrative, qualitative Betrachtung der Stärken und Schwächen und die unmittelbare Ableitung von Optimierungsmaßnahmen in einem gemeinsamen Abschlussgespräch mit den Leistungserbringern fokussiert. Die Qualitätsmerkmale des Qualitätsmodells wurden bereits in der Konzeptstudie sowie der Qualitätsindikatorenentwicklung dahingehend geprüft, welches Erfassungsinstrument am besten geeignet ist, um die jeweiligen Qualitätsanforderungen zu erheben. Somit werden bspw. Merkmale zur Information und Kommunikation von bzw. mit Patientinnen und Patienten in der Patientenbefragung erhoben, da hier die

Patientensicht wesentlich ist, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Eine zusätzliche Erhebung dieser Qualitätsanforderungen durch das neue Instrument des externen QS-Audits ist somit aus Sicht des IQTIG nicht sinnvoll. Mit der Überführung der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation in den Einrichtungsbezug (siehe Abschnitt 4.1.7) können einige Qualitätsmerkmale nur noch auf struktureller, nicht aber auf Ebene der Prozesse erhoben werden. Für diese Merkmale (z. B. Erstellung eines Medikationsplans) stellt das externe QS-Audit ein sinnvolles Erfassungsinstrument dar, um die Umsetzung der entsprechenden Prozesse einzuschätzen. Für die Definition der zu prüfenden Inhalte im externen QS-Audit wird folglich erneut auf Ebene der Qualitätsmerkmale beurteilt, inwieweit und auf welcher Auswertungsebene die dahinter liegenden Qualitätsanforderungen bereits von der aktualisierten einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation oder der Patientenbefragung adressiert werden. Eine Doppelerhebung und -bewertung der Qualitätsanforderungen durch die verschiedenen Erfassungsinstrumente des QS-Verfahrens wird somit vermieden, sodass auch der Gesamtaufwand für das externe QS-Audit möglichst gering gehalten wird.

Bewertung der Eignungskriterien

Für die Betrachtung der Qualität des Entlassmanagements wurden für das QS-Verfahren bereits in der Entwicklung, ausgehend von den in das Qualitätsmodell aufgenommenen Qualitätsaspekten,³² konkrete Merkmale identifiziert, die wichtige Facetten des jeweiligen Aspekts darstellen und die mit konkreten Anforderungen an die Versorgungspraxis verknüpft sind. Gemäß den zum Auftragszeitpunkt gültigen „Methodischen Grundlagen V2.0“ (IQTIG 2022e: Kapitel 13) müssen die durch die externe Qualitätssicherung zu adressierenden Qualitätsmerkmale folgende Eignungskriterien des Qualitätsziels erfüllen:

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
- Potenzial zur Verbesserung
- Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss

Diese Eignungskriterien wurden für die Qualitätsmerkmale des Entlassmanagements bereits in der Entwicklung der Qualitätsindikatoren, unter anderem unter Einbezug eines Expertengremiums, geprüft. Da dies vor dem Hintergrund eines anderen Erfassungsinstruments erfolgt ist und manche Eignungskriterien im Kontext ihrer Verwendung (z. B. bezogen auf Messinstrument, Datengrundlage und betrachtete Population) beurteilt werden müssen (IQTIG 2022e: Kapitel 13), erfolgt im Rahmen dieser Beauftragung eine Prüfung, ob sich eine veränderte Einschätzung der oben aufgeführten Eignungskriterien für das neue Instrument ergibt. Auch die Eignungskriterien des Messverfahrens, d. h. Objektivität, Datenqualität, Reliabilität, Validität und Praktikabilität (IQTIG 2022e: Kapitel 13), sind für die Entwicklung des externen QS-Audits relevant und bei der Operationalisierung der Qualitätsanforderungen für den Leitfaden zu berücksichtigen. Eine erste

³² Themen der Versorgungspraxis, anhand derer sich die Qualität der Gesundheitsversorgung in einen bestimmten Bereich beschreiben lässt (IQTIG 2022e: Kapitel 6).

Einschätzung der Güte dieser Eignungskriterien muss im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung erfolgen.

Für die Eignungskriterien „**Bedeutung für die Patientinnen und Patienten**“ und „**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal**“ ergibt sich durch das geänderte Erfassungsinstrument keine andere Einschätzung. Die Qualitätsziele müssen auch im Rahmen eines externen QS-Audits patientenrelevant sein, sodass auf eine erneute Überprüfung dieser Eignungskriterien auf Ebene der einzelnen Merkmale verzichtet werden kann.

In der Entwicklung der Qualitätsindikatoren wurde weiterhin unter Einbezug eines Expertengremiums geprüft, inwieweit die abgeleiteten Qualitätsmerkmale von den Leistungserbringern so weit beeinflussbar sind, dass diesen die Verantwortung dafür zugeschrieben werden kann („**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer**“). Da die Beeinflussbarkeit u. a. davon abhängt, welche Leistungserbringer an der Versorgung beteiligt sind und von dem Instrument adressiert werden sollen, war eine erneute Prüfung erforderlich: Alle Qualitätsmerkmale aus der Qualitätsindikatorenentwicklung wurden vor dem Hintergrund eines stationären QS-Verfahrens abgeleitet, sodass eine anteilmäßige Beeinflussbarkeit für jedes Merkmal gegeben ist. Für einige Merkmale, vor allem zum Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“, liegt allerdings in der Regel die Verantwortung für den Prozess nicht ausschließlich beim stationären Leistungserbringer, sondern auch bei den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern, sodass in der Qualitätsindikatorenentwicklung die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals allein durch den stationären Leistungserbringer als nicht gegeben eingeschätzt wurde. Der Vorteil des externen QS-Audits ist an dieser Stelle, dass die Expertinnen und Experten die Beeinflussbarkeit vor der Hintergrund der Gegebenheiten im Einzelfall prüfen können, und zwar durch die Prüfung der Behandlungs- und Entlassdokumentation (in der potenziell alle Informationen zu einem Einzelfall vorliegen) oder durch eine Darstellung des Prozesses durch die Zuständigen des Entlassmanagements vor Ort. Es kann somit beurteilt werden, inwieweit der Leistungserbringer innerhalb seiner Möglichkeiten handelt und diese ausschöpft. Hinzu kommt, dass im Rahmen eines externen QS-Audits keine Bewertung vorgenommen wird, an die sich eine Vereinbarung von sanktionsbewährten Maßnahmen anschließt, sondern auf eine unmittelbare Qualitätsförderung fokussiert wird. Das Eignungskriterium der Beeinflussbarkeit muss demnach für das externe QS-Audit nicht mehr auf Ebene der einzelnen Merkmale spezifisch nachgeprüft werden.

Neben der Bedeutung für die Patientinnen und Patienten und der Beeinflussbarkeit werden die Qualitätsmerkmale in der Qualitätsindikatorenentwicklung unter Einbezug eines Expertengremiums auch hinsichtlich ihres „**Potenzials zur Verbesserung**“ bewertet. Insbesondere vor dem Hintergrund des Eckpunktebeschlusses des G-BA vom April 2022, der eine Fokussierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bzw. -verfahren auf Versorgungsbereiche mit relevanten Qualitätsdefiziten vorsieht, spielt dieses Kriterium eine bedeutende Rolle (G-BA 2022). Das IQTIG vermeidet die Entwicklung von Indikatoren, deren Nutzen begrenzt ist oder wenn das Versorgungsziel bereits erreicht wurde (IQTIG 2022e: Kapitel 13). Für das externe QS-Audit sollen keine Indikatoren entwickelt werden, die sich auf die Erreichung eines bestimmten Versorgungsziels

fokussieren, vielmehr soll eine integrative qualitative Betrachtung der Versorgungsqualität des Entlassmanagement vorgenommen werden. Dass der Versorgungsbereich des Entlassmanagements mit den abgeleiteten Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells ein übergreifendes Verbesserungspotenzial aufweist, wurde bereits in der Konzeptstudie nachgewiesen (IQTIG 2019a: Kapitel 4). Um eine integrative qualitative Betrachtung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers vornehmen zu können, muss diese umfassend ausgelegt sein und in jedem Falle die Qualitätsmerkmale mit einem Verbesserungspotenzial miteinschließen, sofern diese nicht durch andere QS-Instrumente (Qualitätsindikatoren) überprüft werden. Der Einbezug weiterer Merkmale im Rahmen des externen QS-Audits bedeutet nicht zwangsläufig einen Mehraufwand für den Leistungserbringer, da viele der zu prüfenden Inhalte direkt aus der vor Ort zur Verfügung gestellten Behandlungs- und Entlassdokumentation entnommen werden können. Im externen QS-Audit fällt weiterhin nur für diejenigen Leistungserbringer, die Teil der Stichprobe sind, ein Aufwand für die Mitarbeit beim Vor-Ort-Besuch an. Anders als bei den QS-Verfahren mittels Indikatoren profitieren die Leistungserbringer im externen QS-Audit immer unmittelbar von der Möglichkeit zur Qualitätsförderung durch den Vor-Ort-Besuch. Bei den indikatorbasierten Instrumenten hängt dies davon ab, ob nach Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens, das durch eine rechnerische Auffälligkeit in den Ergebnissen der Indikatoren ausgelöst wird, Maßnahmen zur Qualitätsförderung festgelegt worden sind. Weiterhin verfolgt das externe QS-Audit auch das Ziel, die Stärken eines Leistungserbringers hervorzuheben und nicht ausschließlich auf die Schwächen zu fokussieren, wie es in den indikatorbasierten QS-Verfahren mit ihrem Blick auf rechnerische Auffälligkeiten der Fall ist. In der Entwicklung des externen QS-Audits muss dementsprechend auf Ebene der einzelnen Merkmale abgewogen werden, ob die Aufnahme von Qualitätsanforderungen von Merkmalen, für die im Verlauf der Qualitätsindikatorenentwicklung kein Verbesserungspotenzial nachgewiesen werden konnte, für die integrative qualitative Betrachtung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers dennoch sinnvoll ist. Damit soll die in der Beauftragung (G-BA 2023) verankerte umfassende Abdeckung aller Phasen des Entlassmanagements erreicht werden.

Die Qualitätsmerkmale wurden hinsichtlich der Eignungskriterien gemäß den „Methodischen Grundlagen V 1.1“ geprüft, die zum Zeitpunkt der Beauftragung zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren (Teil B) gültig waren (IQTIG 2019b). Mit den zum Auftragszeitpunkt der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens geltenden „Methodischen Grundlagen V 2.0“ ist das Eignungskriterium **„Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss“** ergänzt worden (IQTIG 2022e). Da für die Qualitätsmerkmale eine anteilmäßige Beeinflussbarkeit des Leistungserbringers als gegeben eingeschätzt wird, wird auf Grundlage des Instruments des externen QS-Audits auch die Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss als gegeben angesehen. Das Ergebnis des externen QS-Audits wird dem Leistungserbringer am gleichen Tag zurückgespiegelt, und Maßnahmen zur Qualitätsförderung werden zusammen mit den Expertinnen und Experten der Fachkommission abgeleitet. Die identifizierten Schwächen und auszubauenden Stärken des Entlassmanagements sind somit zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant. Auf eine Prüfung dieses Eignungskriteriums auf Ebene der einzelnen Merkmale wird somit in dieser Beauftragung verzichtet.

Prüfschritte zur Ableitung der Inhalte

Gemäß den zuvor ausgeführten methodischen Überlegungen ergeben sich für die Ableitung der Inhalte folgende Prüfschritte:

1. Qualitätsmerkmale, die alle für das externe QS-Audit relevanten Eignungskriterien³³ des Qualitätsziels erfüllen
2. Qualitätsmerkmale, die alle für das externe QS-Audit relevanten Eignungskriterien des Qualitätsziels bis auf das Verbesserungspotenzial erfüllen

Nach dem ersten Prüfschritt wird dargestellt, welche Phasen des Entlassmanagements und welche Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells mit den abgeleiteten Merkmalen adressiert werden und ob die in der Beauftragung aufgeführten Inhalte damit abgedeckt werden. Abhängig davon wird in einer Gesamtschau entschieden, ob Qualitätsmerkmale aus dem nächsten Schritt ergänzt werden müssen. In diesem Schritt wird für jedes Qualitätsmerkmal, das in der Qualitätsindikatorenentwicklung das Eignungskriterium zum „Potenzial zur Verbesserung“ nicht erfüllen konnte, abgewogen, ob es dennoch für eine integrative qualitative Betrachtung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers sinnvoll ist. Um die Erfassungsinstrumente disjunkt zu halten, werden diejenigen Qualitätsmerkmale ausgeschlossen, deren Qualitätsanforderungen bereits durch die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation oder die Patientenbefragung adressiert werden. Die Ergebnisse werden entsprechend diesen Prüfschritten nachfolgend dargestellt.

5.2.2 Ergebnisse der Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit entlang der in Abschnitt 5.2.1 genannten methodischen Prüfschritte dargestellt. Alle Qualitätsmerkmale, die die Basis für die jeweiligen Prüfschritte bilden, sind in einer Gesamtübersicht in Anhang C.1 ersichtlich. Die Inhalte, die schließlich für das externe QS-Audit identifiziert und in die Operationalisierung (siehe Abschnitt 5.3) übergeleitet wurden, sind in Tabelle 13 dargestellt.

5.2.2.1 Prüfschritt 1: Prüfung der Qualitätsmerkmale, die alle für das externe QS-Audit relevanten Eignungskriterien des Qualitätsziels erfüllt haben

Diesem Prüfschritt liegen 19 Qualitätsmerkmale zugrunde, die gemäß der in Abschnitt 5.2.1 dargestellten Erläuterung alle für das Instrument des externen QS-Audits relevanten Eignungskriterien des Qualitätsziels erfüllt haben. In Tabelle 11 sind die Qualitätsmerkmale für den ersten Prüfschritt dargestellt, für sechs Merkmale (in der Tabelle ausgegraut) erfolgte keine Prüfung, da die Qualitätsanforderungen, die diesen Qualitätsmerkmalen zugrunde liegen, bereits die Grundlage für Indikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation oder der Patientenbefragung bilden.

³³ Die Eignungskriterien „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“ und „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ sind auch für das externe QS-Audit relevant. Die „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ kann im Einzelfall durch die Expertinnen und Experten vor Ort bewertet werden. Eine anteilmäßige Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer besteht für alle Qualitätsmerkmale, sodass die Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss gegeben ist.

Tabelle 11: Übersicht der Qualitätsmerkmale, die alle für das externe QS-Audit relevanten Eignungskriterien erfüllen (Prüfschritt 1)

Qualitätsmerkmal	Qualitätsaspekt	adressierte Phase des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades			
		Aufnahme	Behandlung	Entlassung	Nach-/Weiterbehandlung
Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements	x	x	x	x
Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements	x	x	x	x
Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements				x
Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	Entlassplanung		x		
Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	Entlassplanung		x		
Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen	Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit		x		
Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	Medikamentenmanagement			x	
Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	Medikamentenmanagement			x	
Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgendem Leistungserbringer über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen	Medikamentenmanagement		x		
Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung	Medikamentenmanagement			x	

Qualitätsmerkmal	Qualitätsaspekt	adressierte Phase des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades			
		Aufnahme	Behandlung	Entlassung	Nach-/Weiterbehandlung
Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung	Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern				x
Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	Entlassdokumente			x	
Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	Entlassdokumente			x	
Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	Entlassdokumente			x	
Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung				x

Ausgegraute Qualitätsmerkmale wurden nicht überprüft, da sie die Grundlage für Indikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation oder Patientenbefragung darstellen.

5.2.2.2 Prüfschritt 1: Ergebnisse

Die übrigen 13 Qualitätsmerkmale sind den Qualitätsaspekten „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements“, „Entlassplanung“, „Medikamentenmanagement“, „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“, „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“, „Entlassdokumente“ und „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ zuzuordnen. Im Hinblick auf den Versorgungsprozess des Entlassmanagements adressieren die Qualitätsmerkmale die Phasen Behandlung, Entlassung und Nach- bzw. Weiterversorgung. Somit wird die Phase der Aufnahme durch die Qualitätsmerkmale, die alle Eignungskriterien erfüllen und nicht bereits durch die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation oder die Patientenbefragung abgedeckt werden, nicht adressiert.

Das Qualitätsmerkmal „Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung“ ist in der Qualitätsindikatorenentwicklung zu einem Qualitätsindikator operationalisiert worden (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Demnach liegt das Merkmal dem Indikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ zugrunde, für dessen Erfüllung eine flächendeckende Etablierung der Kommunikation im Medizinwesen (KIM) durch eine entsprechende Telematikinfrastruktur notwendig ist. Wie bereits in Abschnitt 4.1.1 erläutert, ist dieser Ausbau gegenwärtig noch nicht in der Versorgungslandschaft vorhanden, weshalb der Indikator in die Überführung der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation nicht eingeschlossen wurde. Auch im externen QS-Audit kann keine Überprüfung des Merkmals stattfinden, solange die nötige Infrastruktur zur elektronischen Übermittlung von Informationen nicht gegeben ist. Daher wird das Merkmal in diesem Prüfschritt trotz der Erfüllung aller Eignungskriterien nicht als Inhalt für das externe QS-Audit definiert.

Zum Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“ wurde unter anderem das Merkmal zum „Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen“ in der Qualitätsindikatorenentwicklung abgeleitet und im Verlauf in das Qualitätsmerkmal „Der Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“ integriert (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Dieses Merkmal wiederum wird aufgrund der Erfüllung aller Eignungskriterien ohnehin als relevanter Inhalt für das externe QS-Audit definiert. Die Anforderung der direkten Information der nach- bzw. weiterbehandelnden Leistungserbringer zu Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen wurde außerdem durch den Indikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ in der Qualitätsindikatorenentwicklung abgedeckt (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Wie in Abschnitt 4.1.1 beschrieben, können diese Inhalte aufgrund der unzureichenden KIM in der Versorgungslandschaft nicht durch das externe QS-Audit überprüft werden.

Für das Qualitätsmerkmal „Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ wurde im Expertengremium in der Neuentwicklung der Qualitätsindikatoren eine hohe Relevanz herausgestellt. Jedoch kann das Merkmal nicht eindeutig der Verantwortung des entlassenden Leistungserbringers zugeschrieben werden, da stationäre Wiederaufnahmen durch patientenindividuelle Faktoren oder zuvor bestehende Erkrankungen bedingt sein können (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Auch im Rahmen des externen QS-Audits kann diese Zuschreibbarkeit einer Wiederaufnahme nicht eindeutig bewertet werden. Außerdem können nur die Wiederaufnahmen von Einzelfällen des Krankenhauses, das am externen QS-Audit teilnimmt, geprüft werden. Patientinnen und Patienten, die nach Entlassung eine ungeplante Wiederaufnahme in einem anderen Krankenhaus erfahren, würden in der Betrachtung herausfallen. Somit wäre auch keine umfassende Messung der Wiederaufnahmen im externen QS-Audit möglich. Aus diesen Gründen wurde das Qualitätsmerkmal nicht als Inhalt für das externe QS-Audit aufgenommen.

5.2.2.3 Prüfschritt 1: Gesamtschau

Von den in der Beauftragung beispielhaft angeführten Inhalten, die durch das externe QS-Audit zu prüfen sein sollen (G-BA 2023), können nur drei der insgesamt sechs Inhalte (Erstellung eines Entlassplans, zeitnahe Versendung eines Entlassbriefs, Prüfung der Erforderlichkeit von verordnungs- bzw. veranlassungsfähigen Leistungen) durch die übrigen zehn Qualitätsmerkmale abgedeckt werden. Demnach können nicht alle relevanten Inhalte bzw. Qualitätsanforderungen eines umfassenden Entlassmanagements durch die Qualitätsmerkmale des ersten Prüfschritts abgedeckt werden, sodass sich der zweite Prüfschritt sinnvoll anschließt.

5.2.2.4 Prüfschritt 2: Prüfung der Qualitätsmerkmale, die in der Qualitätsindikatorenentwicklung alle für das externe QS-Audit relevanten Eignungskriterien des Qualitätsziels bis auf das Verbesserungspotenzial erfüllt haben

Diesem Prüfschritt liegen 31 Qualitätsmerkmale zugrunde, bei denen in der Qualitätsindikatorenentwicklung kein Potenzial zur Verbesserung geschlussfolgert wurde. Entsprechend dem in Abschnitt 5.2.1 genannten methodischen Vorgehen werden diese Merkmale im Folgenden hinsichtlich ihrer Notwendigkeit für eine integrative qualitative Betrachtung der Versorgungsqualität des Entlassmanagement eines Leistungserbringers bewertet. Dazu wird für jedes Merkmal auch der zusätzliche Erhebungsaufwand im externen QS-Audit diskutiert. In Tabelle 12 sind die Qualitätsmerkmale des zweiten Prüfschritts dargestellt. Für sechs Merkmale (in der Tabelle ausgegraut) erfolgte keine Prüfung, da die dahinterliegenden Qualitätsanforderungen bereits die Grundlage für Indikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation oder die Patientenbefragung bilden.

Tabelle 12: Prüfung der Qualitätsmerkmale, die alle für das externe QS-Audit relevanten Eignungskriterien des Qualitätsziels bis auf das Verbesserungspotenzial erfüllt haben (Prüfschritt 2)

Qualitätsmerkmal	Qualitätsaspekt	adressierte Phase des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades			
		Aufnahme	Behandlung	Entlassung	Nach-/Weiterbehandlung
Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	x	x	x	x
Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus				x
Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus				x
Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	x			
Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	x			
Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	x			
Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern	Entlassplanung		x		
Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung	Entlassplanung		x		
Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	Entlassplanung		x		

Qualitätsmerkmal	Qualitätsaspekt	adressierte Phase des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades			
		Aufnahme	Behandlung	Entlassung	Nach-/Weiterbehandlung
Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen	Entlassplanung		x		
Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	Entlassplanung		x		
Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		

Qualitätsmerkmal	Qualitätsaspekt	adressierte Phase des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades			
		Aufnahme	Behandlung	Entlassung	Nach-/Weiterbehandlung
Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige	Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit		x		
Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen	Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	x	x	x	x
Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	Entlassdokumente			x	
Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	Entlassdokumente			x	

Qualitätsmerkmal	Qualitätsaspekt	adressierte Phase des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades			
		Aufnahme	Behandlung	Entlassung	Nach-/Weiterbehandlung
Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten	Entlassdokumente			x	
Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten	Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern		x		
Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse	Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern		x		
Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan	Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern		x		
Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung				x

Ausgegraute Qualitätsmerkmale wurden nicht überprüft, da sie die Grundlage für Indikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation oder Patientenbefragung darstellen.

5.2.2.5 Prüfschritt 2: Ergebnisse

Die Ergebnisse zur Prüfung der Qualitätsmerkmale, für die in der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2023b) kein Potenzial zur Verbesserung festgestellt werden konnte, werden nachfolgend entlang der zugehörigen Qualitätsaspekte dargestellt.

Für den Qualitätsaspekt **„Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“** liegen vier Qualitätsmerkmale ohne Verbesserungspotenzial in der Entwicklung vor (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Davon beziehen sich zwei Merkmale auf die Information der Patientinnen und Patienten über und auf das Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement. Diese Merkmale kennzeichnen eine Grundvoraussetzung für Patientinnen und Patienten, um am Entlassmanagement teilzunehmen. Im externen QS-Audit können Qualitätsanforderungen für das Entlassmanagement nur anhand von Behandlungs- und Entlassdokumentationen derjenigen Patientinnen und Patienten geprüft werden, die ihre Einwilligung erteilt und in diesem Zusammenhang auch zum Entlassmanagement informiert worden sind. Somit sind diese Merkmale zwar grundlegend relevant für das Instrument (Stichprobenziehung der Fälle, siehe Abschnitt 5.4.2), jedoch nicht als eigenständige Qualitätsanforderungen im externen QS-Audit zu formulieren. Daher werden sie nicht in die weitere Operationalisierung überführt. Zwei weitere Merkmale beziehen sich auf die Evaluation des Entlassprozesses, zum einen mit den Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen, zum anderen mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern. Aus Prüfschritt 1 (siehe Abschnitt 5.2.2.2) wird bereits die Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team als eine Qualitätsanforderung in das externe QS-Audit aufgenommen. Um im externen QS-Audit eine umfassende Aussage zur Evaluation des Entlassprozesses des Krankenhauses tätigen zu können, schätzt das IQTIG es als sinnvoll ein, das gesamte Evaluationskonzept (intern und extern) sowie dessen Ergebnisse begutachten zu lassen. Der zusätzliche Aufwand durch den Einbezug des externen Evaluationskonzepts (d. Evaluation mit Patientinnen und Patienten oder Angehörigen, weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern) wird als angemessen eingeschätzt und trägt dazu bei, die Evaluation der Entlassprozesse umfassend zu betrachten. Damit wird auch der in der Beauftragung als Inhalt aufgeführte Prozess der Kontaktaufnahme mit den notwendigen Leistungserbringern einbezogen (G-BA 2023). Die Qualitätsmerkmale „Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen“ sowie „Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern“ werden somit als Qualitätsanforderungen in das externe QS-Audit mit aufgenommen.

Für den Qualitätsaspekt **„Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“** liegt aus der Qualitätsindikatorenentwicklung (IQTIG 2023b: Kapitel 5) ein Qualitätsmerkmal ohne Verbesserungspotenzial vor, das sich auf die kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs bezieht. Das Merkmal ist dadurch gekennzeichnet, dass es als einziges die Phase der Aufnahme adressiert. Die Berücksichtigung dieses Merkmals im externen QS-Audit ist sinnvoll, um eine integrative Betrachtung der Prozesse des Entlassmanagements zu gewährleisten, da das initiale Assessment den Ausgangspunkt für eine am Bedarf der Patientin bzw. des Patienten orientierte Entlassplanung bildet (IQTIG 2019a: Kapitel 2). Das initiale Assessment ist weiterhin als

ein Teilprozess im Qualitätsindikator der „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ gefordert (siehe Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation) und die Anwendung eines geeigneten Assessmentbogens in der Beauftragung aufgeführt (G-BA 2023). Die Durchführung eines initialen Assessments bei einer Patientin oder einem Patienten kann auf Grundlage der Behandlungs- und Entlassdokumentation und auch mit Hinblick auf die entsprechenden etablierten Prozesse im Krankenhaus geprüft werden. Das IQTIG schätzt diesen Aufwand für die Fachkommissionsmitglieder als verhältnismäßig ein, um eine Betrachtung aller Phasen der Prozesse des Entlassmanagements zu ermöglichen.

Zum Qualitätsaspekt **„Entlassplanung“** liegen fünf Qualitätsmerkmale ohne Verbesserungspotenzial vor (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Das Qualitätsmerkmal „Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf“ wurde in der Qualitätsindikatorenentwicklung unter anderem aufgrund des Aufwandes für die Leistungserbringer nicht weiter berücksichtigt (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Im externen QS-Audit entsteht für die Prüfung der Qualitätsanforderung dieses Merkmals kein Aufwand für die Datenerfassung und -übermittlung seitens der Leistungserbringer. Aus Prüfschritt 1 wird bereits die „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ als eine Qualitätsanforderung aufgenommen (siehe Abschnitt 5.2.2.2). Das differenzierte Assessment steht mit der Entlassplanung in einem prozesshaften Verhältnis, da ohne eine vorausgehende differenzierte Erfassung des poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs kein patientenindividueller Entlassplan erstellt werden kann (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Dementsprechend wird nur ein geringer, aber notwendiger zusätzlicher Aufwand für die Fachkommissionsmitglieder durch die Überprüfung des differenzierten Assessments anhand des Entlassplans und der entsprechend etablierten Prozesse im Krankenhaus entstehen. Mit der Aufnahme dieses Merkmals in das externe QS-Audit wird auch der in der Beauftragung aufgeführte relevante Inhalt „Erstellung eines Entlassplans“, für den das differenzierte Assessment die Grundlage bildet, adressiert (G-BA 2023). Auch für das Qualitätsmerkmal „Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor der Entlassung“ wurde kein Potenzial zur Verbesserung konsentiert (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Da dieses Merkmal faktisch bereits durch die in Prüfschritt 1 (siehe Abschnitt 5.2.2.2) definierte Qualitätsanforderung „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ adressiert wird, ist eine Aufnahme in das externe QS-Audit aus Sicht des IQTIG nicht notwendig. Das Qualitätsmerkmal „Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen“ wies in der Qualitätsindikatorenentwicklung ebenfalls kein Verbesserungspotenzial auf. Vom Expertengremium wurde angemerkt, dass eine Abstimmung mit den direkt beteiligten Berufsgruppen (u. a. Ärzte, Pflege, Sozialdienst) bereits über die täglichen Visiten oder Teamkonferenzen erfolge; die Zugänglichkeit des Entlassplans sei entscheidender, da dieser als Instrument zur Information zum Entlasstermin dienen könne (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Dieser Argumentation kann in der Ableitung von Inhalten für das externe QS-Audit gefolgt werden. Daher bewertet das IQTIG die Aufnahme des Merkmals als nicht erforderlich, auch da im Sinne der Erfüllung der Beauftragung (G-BA 2023) der Qualitätsaspekt und die Phase der Behandlung bereits ausreichend durch

andere Qualitätsmerkmale adressiert werden. Die „Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung“ wird durch ein weiteres Merkmal ohne Verbesserungspotenzial gefordert. Als Grund für ein fehlendes Verbesserungspotenzial wurde angegeben, dass in dem System der Diagnosis Related Groups (DRG) ohnehin bereits bei Aufnahme die voraussichtliche Verweildauer (mittlere Grenzverweildauer der DRG) berechnet würde, die in den Entlassplan einfach zu übertragen wäre (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Da die Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans bereits als Qualitätsanforderung aus dem Prüfschritt 1 (siehe Abschnitt 5.2.2.2) vorliegt, wird der Aufwand zur Überprüfung im externen QS-Audit, zu welchem Zeitpunkt ein Entlasstermin festgelegt worden ist, als gering eingeschätzt. Die Aufnahme der Qualitätsanforderung differenziert die Prüfung des in der Beauftragung angeführten Inhalts zur Erstellung eines Entlassplans (G-BA 2023) weiter aus. Für das Merkmal „Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern“ wurde im Expertengremium angemerkt, dass eine solche Abstimmung, z. B. mit der stationären Rehabilitation oder der stationären Pflege, immer erfolge, da sonst keine Entlassung in eine derartige Anschlussversorgung möglich sei. Jedoch sei eine Abstimmung mit grundsätzlich allen nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern aufgrund des hohen Organisations- und Koordinationsaufwands nicht leistbar (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Diese Argumentation spricht aus Sicht des IQTIG auch gegen eine Aufnahme in das externe QS-Audit, da die Erfüllung dieser Qualitätsanforderung mit einem enormen Aufwand für die Leistungserbringer verbunden wäre. Weiterhin ist die frühzeitige Kontaktaufnahme zu weiterversorgenden Leistungserbringern zur nahtlosen Überleitung schon durch den Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 4) (GKV-Spitzenverband et al. 2024) vorgegeben, so dass dieser Informationsaustausch bereits durch die übernommenen Merkmale des Qualitätsaspekts „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ für die spezifischen Maßnahmen abgedeckt wird. Dementsprechend wird das Merkmal nicht explizit als Inhalt für das externe QS-Audit übernommen.

Für den Qualitätsaspekt **„Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“** liegen sechs Qualitätsmerkmale ohne Verbesserungspotenzial vor. Vier dieser Merkmale adressieren die Organisation von Hilfsmitteln, Krankentransporten, stationärer Pflege oder Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung. Zwei weitere Merkmale adressieren zum einen die Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf, zum anderen die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung. Für die ersten vier Merkmale konnte in der Qualitätsindikatorenentwicklung kein Verbesserungspotenzial konsentiert werden. Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Organisation aus Sicht der Krankenhäuser in der Versorgungspraxis gut funktioniere bzw. die Versorgungsprobleme nicht durch die Krankenhäuser, sondern durch andere Akteure zu verantworten seien (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Für das Qualitätsmerkmal zur Vereinbarung eines zeitnahen Termins konnte zwar ebenfalls kein Verbesserungspotenzial konsentiert werden, in der Diskussion im Expertengremium im Rahmen der Neuentwicklung der Qualitätsindikatoren wurde aber darauf hingewiesen, dass die Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei der Terminfindung hochrelevant und verbesserungsbedürftig sei (IQTIG 2023b:

Kapitel 5). Im ersten Prüfschritt konnte lediglich die Organisation notwendiger SAPV für die Zeit unmittelbar nach Entlassung als Qualitätsanforderung für den Qualitätsaspekt einbezogen werden (siehe Abschnitt 5.2.2.2). Eine Aufnahme ausschließlich dieses Qualitätsmerkmals scheint nicht hinreichend, um den Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ ausreichend abzudecken, und wirkt als einzige Anforderung an die Organisation einer bedarfsgerechten Weiterversorgung eher verzerrend. Die Aufnahme weiterer Qualitätsanforderungen, d. h. der Organisation von stationärer Pflege und Hospizversorgung sowie der Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf, ist für das externe QS-Audit somit sinnvoll, um auch den in der Beauftragung (G-BA 2023) aufgeführten Inhalt der Kontaktaufnahme mit den notwendigen Leistungserbringern (inklusive Pflege) in der Weiterversorgung ausreichend zu adressieren. Die Merkmale zur „Organisation notwendiger Hilfsmittel für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ und „Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ werden für das externe QS-Audit nicht weiter berücksichtigt. Grund dafür ist zum einen, dass die oben genannten Merkmale zum Aspekt der Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung vorrangig auf die Versorgung einer vulnerablen Patientengruppe ausgerichtet sind, die nur eingeschränkt durch das Instrument der Patientenbefragung adressiert werden kann. Patientinnen und Patienten, die eine Hilfsmittelversorgung benötigen, sind nicht in jedem Fall dieser Population zuzuordnen, da zu einer Hilfsmittelversorgung eine Vielzahl an Leistungen bzw. Produkten zu zählen ist, die nicht unbedingt nur für eine stark vulnerable Patientengruppe relevant sind (z. B. Gehhilfen oder Material zur Wundversorgung). Zum anderen wurde für das Merkmal „Organisation notwendiger Krankentransporte“ sowohl in der Qualitätsindikatorenentwicklung als auch wiederholt im Rahmen der Sitzung des Expertengremiums zu dieser Beauftragung (siehe Abschnitt Anhang E.2.2.1) darauf hingewiesen, dass die Umsetzung in der Praxis gut funktioniere und somit eine Erfassung keinen Mehrwert bringe. Mit Blick auf die Patientenbefragung, die bereits Items enthält, die die Hilfsmittelversorgung und Krankentransporte adressieren, ergibt sich dementsprechend keine Notwendigkeit der Aufnahme dieser Merkmale in das externe QS-Audit (IQTIG 2023a: Kapitel 9). Zu dem Merkmal „Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde in der Qualitätsindikatorenentwicklung vom Expertengremium angemerkt, dass hier eine starke Reglementierung durch den Rahmenvertrag (§ 5) bestehe. Demnach ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nur dann auszustellen, wenn sie für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung der Patientin oder des Patienten notwendig ist (IQTIG 2023b: Kapitel 5, GKV-Spitzenverband et al. 2024). Das Qualitätsmerkmal ist demnach nur für eine eingeschränkte Patientenpopulation gültig, die Erforderlichkeit muss vom Krankenhaus individuell geprüft werden. Ob die Indikation zur Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gegeben war, scheint auch durch die Einsicht in die Behandlungs- und Entlassdokumentation im externen QS-Audit nicht überprüfbar zu sein. Außerdem schließt sich im Vergleich zur Umsetzung anderer Maßnahmen, z. B. der Organisation stationärer Pflege, auch keine weiterführende Organisationsanforderung an die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an, sodass eine Aufnahme des Merkmals für die Abbildung des Qualitätsaspekts wenig sinnvoll erscheint. Die drei Qualitätsanforderungen zur Organisation der Weiterversorgung

(Organisation von stationärer Pflege und von Hospizversorgung, Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf), die somit in das externe QS-Audit aufgenommen werden, können anhand der Behandlungs- und Entlassdokumentation und der Überprüfung von entsprechend etablierten Prozessen begutachtet werden. Für die Leistungserbringer entsteht demnach nur ein geringer Aufwand. Den zusätzlichen Aufwand für die Fachkommissionsmitglieder in einer Dokumentenprüfung, der jeweils vom individuellen Bedarf einer Patientin oder eines Patienten in der Stichprobe der Fälle abhängig ist, schätzt das IQTIG als verhältnismäßig ein, um eine ausreichende Betrachtung der Organisation der Weiterversorgung im Rahmen des externen QS-Audits zu ermöglichen.

Für den Qualitätsaspekt **„Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“** sind zwei Qualitätsmerkmale ohne Verbesserungspotenzial in der Entwicklung diskutiert worden, die einerseits die „Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige“ und andererseits die „Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen“ thematisieren. Im Expertengremium wurde angemerkt, dass bereits eine Vielzahl von zielgruppenspezifischen Informations- und Anschauungsmaterialien in den Krankenhäusern vorhanden sei und dass die Verfügbarkeit von gesonderten Räumlichkeiten für den Erfolg der Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen nicht zwangsläufig ausschlaggebend sei. Darüber hinaus könnten die Krankenhäuser diese strukturellen Gegebenheiten wenig beeinflussen (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Auch im Hinblick auf das externe QS-Audit ergibt sich keine veränderte Einschätzung zu diesen Qualitätsanforderungen. Die Prüfung einer Vielzahl von Informations- und Anschauungsmaterialien wird im Rahmen des externen QS-Audits nur mit einem hohen Aufwand umsetzbar sein. Weiterhin sind in der Patientenbefragung bereits verschiedene Items zur Einschätzung der Entlassfähigkeit enthalten, weshalb die Merkmale nicht als Inhalte in das externe QS-Audit überführt werden (IQTIG 2023a: Kapitel 9).

Zum Qualitätsaspekt **„Entlassdokumente“** wurden drei Merkmale ohne Verbesserungspotenzial im Expertengremium diskutiert, die sich auf die Übermittlung eines Pflegeüberleitungsbogens sowie eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer und die Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten beziehen (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Das Qualitätsmerkmal zur Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer stellt eine sinnvolle Alternative zu der bereits in Prüfschritt 1 (siehe Abschnitt 5.2.2.2) mit aufgenommenen Qualitätsanforderung dar, dass bei Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden muss. Die Prüfung dieser Anforderung erfordert somit für das externe QS-Audit keinen zusätzlichen Mehraufwand. Die Mitgabe und/oder Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens wird auch als Teilprozess im Qualitätsindikator zur „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ auf struktureller Ebene gefordert (siehe Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation). Die Prüfung der Qualitätsanforderung

im externen QS-Audit ist sinnvoll und ermöglicht es, alle Wege der Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens auf einer Prozessebene zu erheben. Für das Merkmal zur Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an nach- bzw. weiterversorgende Leistungserbringer ist festzuhalten, dass in Prüfschritt 1 (siehe Abschnitt 5.2.2.2) bereits die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs als Qualitätsanforderung in das externe QS-Audit mitaufgenommen wurde. Die Patientenbefragung erfasst weiterhin, ob bei Entlassung ein vorläufiger oder endgültiger Entlassbrief mitgegeben worden ist (siehe Fragebogen). In einer Sitzung des Expertengremiums der Qualitätsindikatorenentwicklung wurde betont, es sei vor allem wichtig, dass der Brief direkt bei der Entlassung und dem Übergang in die weiterführende Versorgung bei den Patientinnen und Patienten vorliegt (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Dementsprechend wird, um weiteren Prüfaufwand zu vermeiden, keine zusätzliche Qualitätsanforderung zur Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefes für das externe QS-Audit aufgenommen. Zum Merkmal „Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten“ wurde vom Expertengremium darauf hingewiesen, dass in den Entlassdokumenten bereits die Stationsnummer angegeben werde, über die kompetente Ansprechpersonen für Rückfragen erreicht werden könnten. Eine persönliche Erreichbarkeit sei darüber hinaus aufgrund unterschiedlicher Arbeitszeiten schwierig (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Die Aufnahme der Qualitätsanforderung ist demnach nicht erforderlich im Sinne der Erfüllung der Beauftragung, zudem werden der Qualitätsaspekt sowie die Phase der Entlassung ausreichend durch andere Qualitätsmerkmale abgedeckt.

Weiterhin wurden drei Merkmale zum Qualitätsaspekt **„Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“** in der Qualitätsindikatorenentwicklung abgeleitet, zu denen im Expertengremium kein Verbesserungspotenzial konsentiert werden konnte. Zum Merkmal „Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten“ wiesen die Expertinnen und Experten in der Qualitätsindikatorenentwicklung darauf hin, dass die Information über die stationäre Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten zukünftig über die Telematikinfrastruktur erfolgen könne (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Aufgrund fehlender KIM in der Versorgungslandschaft (siehe Erläuterungen in Abschnitt 5.2.2.2) kann auch dieses Merkmal nicht in das externe QS-Audit aufgenommen werden. Die zwei weiteren Merkmale „Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse“ und „Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan“ adressieren den in der Beauftragung angeführten Inhalt zum Kontaktieren der notwendigen Leistungserbringer in der Weiterversorgung (G-BA 2023). Da die Kontaktaufnahme mit den Pflege- bzw. Krankenkassen ohnehin im Rahmen der Organisation von Maßnahmen der Weiterversorgung (z. B. einer stationären Pflege oder außerklinischen Intensivpflege) notwendig ist, verspricht eine separate Erfassung dieser Qualitätsanforderungen über die beiden beschriebenen Merkmale keinen Mehrwert. Durch einen Einschluss der Qualitätsmerkmale würde sich darüber hinaus eine Überschneidung mit dem Instrument der Patientenbefragung ergeben, die die Unterstützung zur Organisation weiterer Maßnahmen zur Weiterversorgung erhebt (IQTIG 2023a: Kapitel 9). Die Merkmale werden daher nicht als eigenständige Qualitätsanforderungen in das externe QS-Audit

übernommen, sondern sind in der Operationalisierung der Anforderungen zu den Merkmalen zur Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung zu berücksichtigen (siehe Abschnitt 5.3). Der Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“ wird somit nicht mit eigenständigen Merkmalen durch das Instrument des externen QS-Audits abgedeckt.

Zum Qualitätsaspekt **„Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“** wurde das Merkmal „Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ in der Entwicklung abgeleitet. Dazu wurde im Expertengremium argumentiert, dass ein solcher ungeplanter Kontakt nur schwer in eine kausale Verbindung mit dem Entlassmanagement eines Krankenhauses gebracht werden könne; außerdem sei der Beobachtungszeitraum von 30 Tagen dafür zu weit gefasst (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Auch im externen QS-Audit ergibt sich keine veränderte Einschätzung, da durch die Stichprobenziehung von Fällen beim Leistungserbringer lediglich Aussagen zu Einzelfällen gemacht werden können und die Versorgungsdaten aus der ambulanten Notfallversorgung aufgrund des Datenschutzes nicht mit den stationären Versorgungsdaten dieser Einzelfälle verknüpft werden dürfen. Somit wird das Merkmal nicht als Inhalt für das externe QS-Audit definiert. Da bereits im ersten Prüfschritt das Merkmal „Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ aus ähnlichen Gründen ausgeschlossen wurde (siehe Abschnitt 5.2.2.2), kann der zugehörige Qualitätsaspekt nicht im externen QS-Audit abgedeckt werden.

5.2.2.6 Prüfschritt 2: Gesamtschau

Aus dem zweiten Prüfschritt konnten neun Qualitätsmerkmale als Inhalte für das externe QS-Audit abgeleitet werden. Diese adressieren alle Phasen des Entlassmanagements von der Aufnahme bis zur Nach- und Weiterversorgung. Außerdem können die in der Beauftragung genannten Inhalte – Anwendung eines geeigneten Assessmentbogens, Erstellung eines Entlassplans, zeitnahe Versendung eines Entlassbriefs, Prüfung der Erforderlichkeit von verordnungs- bzw. veranlassungsfähigen Leistungen und Kontaktieren der notwendigen Leistungserbringer (inklusive Pflege) – in der Weiterversorgung abgedeckt werden (G-BA 2023). Die Merkmale sind den Qualitätsaspekten „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“, Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“, „Entlassplanung“, „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ und „Entlassdokumente“ zuzuordnen und ergänzen die abgeleiteten Inhalte aus dem ersten Prüfschritt insofern, als der gesamte Entlassmanagementprozess eines Krankenhauses adressiert werden kann.

5.2.2.7 Zusammenfassung der Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit

Für das externe QS-Audit konnten in den beschriebenen zwei Prüfschritten auf Grundlage der Qualitätsmerkmale aus der Qualitätsindikatorenentwicklung insgesamt 19 Merkmale identifiziert werden, die relevante Inhalte des Entlassmanagements für das externe QS-Audit darstellen (siehe Tabelle 13). Diese werden im nächsten Schritt, der Operationalisierung, weiter ausdifferenziert und zu konkreten Qualitätsanforderungen für das externe QS-Audit zum Entlassmanagement formuliert (siehe Abschnitt 5.3). Die abgeleiteten Qualitätsmerkmale bilden die Qualitätsaspekte

„Rahmenbedingungen des Entlassmanagements“, „Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“, „Entlassplanung“, „Medikamentenmanagement“, „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“, „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“ und „Entlassdokumente“ im Qualitätsmodell ab (siehe Abbildung 6). Alle Phasen des Entlassmanagements (Aufnahme, Behandlung, Entlassung, Nach-/Weiterbehandlung) können mit mindestens einem abgeleiteten Qualitätsmerkmal adressiert werden, sodass sich eine umfassende Betrachtung der Prozesse des Entlassmanagements ergibt. Die in der Beauftragung (G-BA 2023) genannten relevanten Inhalte des Entlassmanagements:

- Zusammensetzung des und die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team,
- Anwendung eines geeigneten Assessmentbogens,
- Erstellung eines Entlassplans,
- zeitnahe Versendung eines Entlassbriefes,
- Prüfung der Erforderlichkeit von verordnungs- bzw. veranlassungsfähigen Leistungen,
- Kontaktieren der notwendigen Leistungserbringer (inklusive Pflege) in der Weiterversorgung,

die im externen QS-Audit zu prüfen sind, können durch die abgeleiteten Qualitätsmerkmale und schließlich durch eine entsprechende Operationalisierung der zugehörigen Qualitätsanforderungen (siehe Abschnitt 5.3) abgedeckt werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Zusammensetzung des und die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team nur indirekt durch die abgeleiteten Inhalte adressiert werden. Dieser Aspekt wird im externen QS-Audit durch die Überprüfung der einzelnen Teilprozesse des Entlassmanagements anhand der definierten Inhalte mitberücksichtigt, da er eine grundlegende Anforderung an das Entlassmanagement darstellt. Bei der Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit wird eine Doppelerhebung von Inhalten durch mehrere Instrumente des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* vermieden, sodass das neue Instrument des externen QS-Audits eine sinnvolle inhaltliche Ergänzung zu den bestehenden Instrumenten des QS-Verfahrens, der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und der Patientenbefragung, darstellt.

Tabelle 13: Übersicht der abgeleiteten Qualitätsmerkmale für das externe QS-Audit

Prüf- schritt	Qualitätsmerkmal	Qualitätsaspekt	adressierte Phase des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades			
			Aufnahme	Behandlung	Entlassung	Nach-/ Weiterbe- handlung
1	Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements				x
	Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	Entlassplanung		x		
	Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	Entlassplanung		x		
	Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	Medikamentenmanagement			x	
	Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	Medikamentenmanagement			x	
	Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
	Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
	Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	Entlassdokumente			x	
	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	Entlassdokumente			x	

Prüf- schritt	Qualitätsmerkmal	Qualitätsaspekt	adressierte Phase des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades			
			Aufnahme	Behandlung	Entlassung	Nach-/ Weiterbe- handlung
	Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	Entlassdokumente			x	
2	Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus				x
	Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgen- den Leistungserbringern	Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus				x
	Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	x			
	Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	Entlassplanung		x		
	Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	Entlassplanung		x		
	Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
	Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		

Prüf- schritt	Qualitätsmerkmal	Qualitätsaspekt	adressierte Phase des Entlassmanagements entlang des Versorgungspfades			
			Aufnahme	Behandlung	Entlassung	Nach-/ Weiterbe- handlung
	Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung		x		
	Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	Entlassdokumente			x	



Abbildung 6: Durch das externe QS-Audit adressierte Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells

5.2.2.8 Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren

Auf Grundlage der Rückmeldungen im Expertengremium (siehe Anhang E.2.2.1) wurde das Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger Krankentransporte unmittelbar nach Entlassung“ aus der Betrachtung für das externe QS-Audit herausgenommen.

5.3 Operationalisierung der Elemente des externen QS-Audits

5.3.1 Element der Dokumenten- und Prozessprüfung

Vorgehen zur Operationalisierung

Die zuvor abgeleiteten 19 Qualitätsmerkmale (siehe Abschnitt 5.2) wurden anschließend in sieben übergeordnete thematische Gruppen eingeteilt (siehe Tabelle 14). Die Einteilung erfolgte durch eine inhaltliche Gruppierung der Merkmale mit dem Ziel, eine thematisch fallübergreifende bzw. einrichtungsbezogene Auswertung zu ermöglichen. Die thematischen Gruppen stellen eine untergeordnete Kategorie der Qualitätsaspekte im Qualitätsmodell dar. Sie bilden jeweils den konkreten Prozess bzw. das Ergebnis des Prozesses ab, der durch die in ihnen zusammengefassten Qualitätsmerkmale adressiert und im Rahmen des externen QS-Audits begutachtet wird.

Tabelle 14: Ableitung der thematischen Gruppen zur Überprüfung im externen QS-Audit

Qualitätsmerkmal	Gruppe
Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	Assessment
Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	
Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	Entlassplan
Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	
Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	
Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten ³⁴
Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	
Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	
Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	
Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	
Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	Medikationsplan
Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	
Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	Entlassbrief
Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	
Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	Pflegeüberleitungsbogen
Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	
Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)	Evaluationskonzept
Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	

³⁴ Unter vulnerablen Patientinnen und Patienten werden im Rahmen dieses Konzepts Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement verstanden, bei denen eine Weiterversorgung mit den durch die Qualitätsmerkmale adressierten Maßnahmen notwendig ist.

Qualitätsmerkmal	Gruppe
Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	

Anschließend wurden für jede thematische Gruppe konkret überprüfbare Qualitätsanforderungen formuliert. Die Basis für die inhaltliche Ableitung der Qualitätsanforderungen bildeten die einzelnen Qualitätsmerkmale und deren zugrunde liegende Evidenz aus dem Rahmenvertrag Entlassmanagement, der Leitlinie des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sowie Experten- bzw. Qualitätsstandards (NICE 2021, DNQP 2019, BMSGPK 2024b, GKV-Spitzenverband et al. 2024). Dabei wurden neben den Empfehlungen auch die dazugehörigen Konkretisierungen der Leitlinien und Standards miteinbezogen, um die Qualitätsanforderungen möglichst konkret ausformulieren zu können. Eine Übersicht der zugrunde liegenden Evidenz für die Qualitätsanforderungen des externen QS-Audits ist in Anhang C.5 dargestellt. Anhand dieser Schritte wurden konkrete evidenzbasierte Qualitätsanforderungen formuliert. Dabei konnte sich eine Qualitätsanforderung der jeweiligen Gruppe sowohl aus einem einzelnen wie aus mehreren Qualitätsmerkmalen ableiten.

Im externen QS-Audit soll zum einen durch eine Dokumentenprüfung anhand von Behandlungs- und Entlassdokumentationen einzelner Fälle geprüft werden, ob die definierten Qualitätsanforderungen umgesetzt werden. Zum anderen soll anhand einer Prozessprüfung geprüft werden, wie die Prozesse des Entlassmanagements ausgestaltet sind und ob ihre angemessene Durchführung sichergestellt wird. Alle Qualitätsanforderungen wurden, sofern eine Überprüfung anhand von Behandlungs- und Entlassdokumentationen möglich ist, in den Leitfaden zur Dokumentenprüfung und zusätzlich in den Leitfaden zur Prozessprüfung aufgenommen. Die Dokumentenprüfung eignet sich dafür, die Umsetzung einer Maßnahme entsprechend den patientenindividuellen Bedarfen zu überprüfen. Prozessprüfungen eignen sich insbesondere für Inhalte, die das grundsätzliche, prozesshafte Vorgehen der Leistungserbringer abbilden. Somit wurde zur Dokumentenprüfung und zur Prozessprüfung jeweils ein Leitfaden entwickelt, der die Qualitätsanforderungen für das Entlassmanagement operationalisiert. Für den Zusammenhang der beiden Prüfungen ist anzunehmen, dass gut strukturierte Prozesse tendenziell auch zu einer besseren Umsetzung und umgekehrt schlechter strukturierte Prozesse zu einer schlechteren Umsetzung auf Fallebene führen. Zusammen lassen sie eine fallübergreifende und einrichtungsbezogene Einschätzung des Entlassmanagements zu.

5.3.1.1 Dokumentenprüfung

Gemäß Beauftragung soll das externe QS-Audit die im Krankenhaus vorhandenen Behandlungs- und Entlassdokumentationen einbeziehen, durch die Rückschlüsse auf potenzielle Defizite in der Umsetzung des Entlassmanagements der Organisation gezogen werden können (G-BA 2023). Voraussetzung für die Prüfung ist, dass die entsprechende Dokumentation in digitaler Form vorliegt und am Tag des Vor-Ort-Besuches zeitnah bereitgestellt werden kann. Bei der Dokumentenprüfung begutachten die Expertenteams, zusammengesetzt aus Expertinnen und Experten der

Fachkommission, die Umsetzung der Qualitätsanforderungen an das Entlassmanagement anhand der Behandlungs- und Entlassdokumentation einer zufälligen Stichprobe von zehn retrospektiven Entlassfällen aus dem jeweiligen Erfassungsjahr (siehe Abschnitt 5.4.2) eines Krankenhauses. Eine Überprüfung der Indikation für eine bestimmte Maßnahme des Entlassmanagements ist dabei nicht vorgesehen, da angenommen werden kann, dass diese Informationen nicht aus der Behandlungs- und Entlassdokumentation hervorgehen und darüber hinaus die Umsetzung des Entlassmanagements selbst im Fokus stehen soll. Entsprechend den thematischen Gruppen (siehe Tabelle 14) sind folgende fallbezogene Dokumente einzubeziehen:

- Patientenakten
- Entlassplan
- Medikationsplan
- Entlassbrief
- Pflegeüberleitungsbogen

Ziel des Elementes der Dokumentenprüfung ist es, dass die Expertinnen und Experten der Fachkommission Stärken und Schwächen in der Umsetzung der relevanten Prozesse des Entlassmanagements anhand konkreter Fallbeispiele identifizieren.

Das IQTIG empfiehlt, das externe QS-Audit ausschließlich durch einen Vor-Ort-Besuch am Krankenhausstandort durchzuführen (siehe Abschnitt 5.7). Die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen sollen bei der Dokumentenprüfung alle Informationen aus den aufgeführten Dokumenten eines Falles einbeziehen können, die für eine Erörterung möglicher Ursachen nach Feststellung einer Abweichung von einer Qualitätsanforderung notwendig sein können. Dazu ist es wesentlich, dass die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesarbeitsgemeinschaften ein direktes Einsichtsrecht in die nicht anonymisierte Behandlungs- und Entlassdokumentation besitzen. Der Aufwand für die Leistungserbringer wird so erheblich minimiert, da keine Anonymisierung der Dokumente vorbereitet werden muss. Eine Recherche in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen sowie eine Abfrage bei den Landesarbeitsgemeinschaften zur gegenwärtigen Regelung des Einsichtsrechts (siehe Abschnitt 2.2.2) ergaben, dass diese Voraussetzung für die Umsetzung des neuen Instruments gegenwärtig noch nicht flächendeckend gegeben ist (siehe Abschnitt 5.8.2).

Für die Dokumentenprüfung wurde im Rahmen der Operationalisierung ein Leitfaden entwickelt, der durch die in Tabelle 14 genannten thematischen Gruppen gegliedert ist. Die Gruppe „Evaluationskonzept“ ist nicht in der Dokumentenprüfung enthalten, da eine Evaluation des Entlassmanagements aufgrund der Aufwände für den Leistungserbringer nicht für jeden Entlassfall gefordert werden kann. Vielmehr soll ein übergreifendes Evaluationskonzept vorliegen, das auf der Prozessebene betrachtet werden kann. Eine Überprüfung dieser thematischen Gruppe findet somit nur im Rahmen der Prozessprüfung statt (siehe Abschnitt 5.3.1.2). Auf einer strukturellen Ebene wird durch den Qualitätsindikator der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ ergänzend abgefragt, ob in der Verfahrensregelung Vorgaben zur Evaluation festgelegt sind (siehe Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation). Das Qualitätsmerkmal zur „Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer

weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf“, das als Inhalt für das externe QS-Audit abgeleitet (siehe Abschnitt 5.2.2.5) und der thematischen Gruppe der „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten“ zugeordnet wurde, ist nicht als Qualitätsanforderung für die Dokumentenprüfung operationalisiert worden. Grund dafür war, dass für die Dokumentenprüfung nicht eindeutig definiert werden kann, bei welchen Patientinnen und Patienten ein komplexer Versorgungsbedarf vorliegt, und somit keine differenzierte Bewertung dieser Anforderung auf Grundlage der Behandlungs- und Entlassdokumentation möglich ist. Das Qualitätsmerkmal konnte aber für den Leitfaden der Prozessprüfung operationalisiert werden, da sich im Gespräch mit dem Leistungserbringer einschätzen lässt, inwiefern und für welche Patientengruppe vom Leistungserbringer eine Unterstützung bei der Terminvereinbarung sichergestellt wird (siehe Abschnitt 5.3.1.2, Anhang C.4).

Der Leitfaden zur Dokumentenprüfung wird somit durch sechs thematische Gruppen strukturiert (siehe Tabelle 14 und Anhang C.2). Die Qualitätsanforderungen jeder Gruppe wurden als Items operationalisiert, die anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen „Trifft voll zu“, „Trifft überwiegend zu“, „Trifft eingeschränkt zu“ und „Trifft nicht zu“ von den Expertinnen und Experten der Fachkommission eingeschätzt werden sollen. Diese Form der Einschätzung ist in Peer-Review-basierten Konzepten etabliert (AQUA 2014, BÄK 2014, DRV Bund [2024], DIVI 2024) und bietet sich auch für die Dokumentenprüfung dieses Instruments an. Die meisten Items fragen zwar mehrere Qualitätsanforderungen ab, bei denen jedoch immer eindeutig bewertet werden kann, ob sie erfüllt worden sind oder nicht. Anhand der vierstufigen Antwortskala kann eine Einschätzung erfolgen, ob alle, die Mehrheit, eine Minderheit oder keine Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Zu jedem Item wurden Erläuterungen in Form von Prüffragen formuliert, die präzisieren, welche Mindestanforderungen in dem jeweiligen Item zu prüfen sind (siehe Anhang C.3). Anhand dieser Prüffragen können die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen die thematischen Gruppen in der Dokumentenprüfung nach einheitlichen Kriterien beurteilen.

Bei einzelnen Items wird anstatt der vierstufigen nur eine binäre Antwortskala mit den Ausprägungen „Trifft voll zu“ und „Trifft nicht zu“ verwendet. Dies ist dann der Fall, wenn eine Qualitätsanforderung (z. B. das Vorliegen eines Medikationsplans) ausschließlich erfüllbar oder nicht erfüllbar ist und demnach keine Abstufung in der Erfüllung sinnvoll ist. Am Beispiel der thematischen Gruppe zum Medikationsplan kann die Systematik der Dokumentenprüfung verdeutlicht werden. Die Expertinnen und Experten sollen bei dieser Gruppe die Umsetzung des Prozesses des Medikationsplans anhand der Behandlungs- und Entlassdokumentation einer Stichprobe von Fällen einschätzen. Dazu sind drei Items zu bewerten, die die Ausstellung eines Medikationsplans bei Bedarf, die Aktualität und Einhaltung der bundeseinheitlichen Vorgaben für Medikationspläne sowie die Mitgabe des Medikationsplans an die Patientin bzw. den Patienten abfragen. Bei den Items zur Ausstellung und Mitgabe des Medikationsplans sind jeweils binäre Antwortkategorien („Trifft voll zu“ oder „Trifft nicht zu“) vorgegeben. Bei dem Item zur Aktualität und Einhaltung der bundeseinheitlichen Vorgaben zum Medikationsplan ist dagegen eine differenziertere Einschätzung durch die Expertinnen und Experten möglich, sodass dort die vierstufige Antwortskala sinnvoll ist (siehe Anhänge C.2 und C.3). Zwar sollen in die Dokumentenprüfung

nur Dokumente von Fällen einbezogen werden, die einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement haben (siehe Kapitel 3), dennoch besteht die Möglichkeit, dass aufgrund patientenindividueller Gegebenheiten einzelne Qualitätsanforderungen im konkreten Entlassfall nicht von Bedeutung sind: In diesen Fällen, zum Beispiel wenn eine Patientin oder ein Patient keinen Bedarf für eine Medikation hatte und entsprechend kein Medikationsplan erstellt und mitgegeben werden musste, kann die Antwortkategorie „nicht relevant“ angekreuzt werden. Zusätzlich enthält jede thematische Gruppe ein Freitextfeld, in dem Notizen sowie die Stärken und Schwächen und ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe zu notieren sind, aufgrund derer die Einschätzung auf der Antwortskala getroffen wurde. Diese Angaben sind maßgeblich für die spätere Ergebnisdiskussion in der Nachbesprechung mit dem Leistungserbringer (siehe Abschnitt 5.3.3). Es können außerdem Unklarheiten bei der Begutachtung der Behandlungs- und Entlassdokumentation in dem Freitextfeld für die Nachbesprechung dokumentiert werden.

Insgesamt enthält der Leitfaden zur Dokumentenprüfung 15 Items, aufgeteilt auf die sechs thematischen Gruppen. Die Antwortkategorien auf der Antwortskala sind außerdem mit folgenden Definitionen hinterlegt, um ein möglichst einheitliches Verständnis der Expertinnen und Experten für die Kategorien zu erreichen:

- Trifft voll zu = wenn alle Qualitätsanforderungen (gemäß den Erläuterungen des Items) erfüllt sind
- Trifft überwiegend zu = wenn zwar nicht alle, aber die Mehrheit der Qualitätsanforderungen (gemäß den Erläuterungen des Items) erfüllt sind
- Trifft eingeschränkt zu = wenn die Mehrheit der Qualitätsanforderungen (gemäß den Erläuterungen des Items) nicht erfüllt sind
- Trifft nicht zu = wenn keine Qualitätsanforderung (gemäß den Erläuterungen des Items) erfüllt ist

Wenn eine ausgeglichene Anzahl an Qualitätsanforderungen eines Items erfüllt und nicht erfüllt ist, muss eine Abwägung durch die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen auf der Antwortskala erfolgen. Beim Beispiel des Items 4.2 zum Medikationsplan (siehe Anhang C.2) könnte es somit vorkommen, dass die enthaltenen Informationen der empfohlenen Medikation aus dem Entlassbrief entsprechen (Qualitätsanforderung 1), jedoch nicht die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans eingehalten wurden (Qualitätsanforderung 2) (siehe Anhang C.3). In diesem Fall ist durch das Expertenteam abzuwägen, welche Ausprägung auf der Antwortskala angekreuzt wird.

Jede und jeder der am externen QS-Audit beteiligten Expertinnen und Experten muss zur Dokumentenprüfung Zugang zur digitalen Behandlungs- und Entlassdokumentation des Leistungserbringers erhalten. Zusätzlich müssen alle am QS-Audit beteiligten Expertinnen und Experten für jeden zu bewertenden Fall einen Muster-Prüfbogen zur Orientierung vorliegen haben. Die Bewertungen erfolgen je Item und Fall direkt im Expertenteam, indem gemeinsam ein Prüfbogen ausgefüllt wird. Im Bewertungsprozess ist ein Konsens (vollständige Übereinstimmung) anzustreben, der durch eine Diskussion im Expertenteam herbeigeführt werden soll. Die unterschiedlichen thematischen Schwerpunkte und Kompetenzen der einzelnen Professionen der Expertinnen und Experten sind dabei einzubringen. Die Diskussion der Bewertung im Expertenteam trägt dazu bei,

die Reliabilität bzw. Beurteilerübereinstimmung der Dokumentenprüfung zu steigern (Boyd et al. 2017). Sollte es auch nach direkter Diskussion nicht zu einem Konsens kommen, ist eine Mehrheitsentscheidung durchzuführen. Die Mehrheitsentscheidungen sind durch alle Expertinnen und Experten gleichermaßen zu tragen.

Für die Umsetzung in einem späteren Regelbetrieb ist es notwendig, dass die Expertinnen und Experten der Fachkommission zu den Inhalten und zur Durchführung des externen QS-Audits geschult werden (siehe Abschnitt 5.8.1). Für die Durchführung der Dokumentenprüfung können vor allem die Prüffragen zur Erläuterung als Schulungsinhalt herangezogen werden. Das IQTIG empfiehlt, diese Prüffragen zur Erläuterung ebenfalls in einer Machbarkeitsprüfung auf ihre Verständlichkeit und Anwendbarkeit zur Beantwortung der Items in der Dokumentenprüfung zu testen. Durch die Schulung der Expertinnen und Experten soll u. a. die Interrater-Reliabilität gesteigert werden. Dabei handelt es sich um das Ausmaß, in dem die Beobachtungen bzw. Beurteilungen mehrerer Beurteilender zum identischen Sachverhalt übereinstimmen (Gisev et al. 2013). Die (Interrater-)Reliabilität kann erhöht werden, indem möglichst eindeutige und objektive Sachverhalte gemessen werden und ein möglichst einheitliches Verständnis der zu bewertenden Sachverhalte und der Antwortkategorien gefördert wird (IQTIG 2022e: Kapitel 13, Boyd et al. 2017). Für den Kontext der Dokumentenprüfung kann z. B. die Bildung von Fallvignetten, anhand derer in der Schulung eine beispielhafte Einschätzung zu den jeweiligen Items erfolgt, eine Steigerung der Objektivität und somit auch der Einschätzung durch verschiedene Expertinnen und Experten erzielt werden.

Der detaillierte Leitfaden zur Dokumentenprüfung und das Begleitdokument mit den dazugehörigen Erläuterungen sind in den Anhängen C.2 und C.3 dargestellt. In Abschnitt 5.7 ist außerdem die zeitliche Einordnung der Dokumentenprüfung im Ablauf des externen QS-Audits erläutert.

5.3.1.2 Prozessprüfung

Die Prozessprüfung des Entlassmanagements bildet den anderen Teil der Bewertung durch das Expertenteam. Im Gegensatz zur Dokumentenprüfung betrachtet die Prozessprüfung keine Einzelfälle, sondern erhebt die Prozesse des Entlassmanagements auf einrichtungsbezogener Ebene. Der Leitfaden zur Prozessprüfung ist anhand der sieben thematischen Gruppen (siehe Abschnitt 5.3.1.1) strukturiert und enthält zu jeder Gruppe ein Item, das die Angemessenheit des Prozesses der jeweiligen thematischen Gruppe (z. B. „Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Assessment“) adressiert.

Anders als in der Dokumentenprüfung ist es für die Prozessprüfung nicht möglich, konkrete Qualitätsanforderungen (z. B. in Form einzelner Items) für die Ausgestaltung der Prozesse zu definieren, da in der zugrunde liegenden Evidenz dazu keine detaillierten Vorgaben vorhanden sind. Die Ausgestaltung der Prozesse muss unter Berücksichtigung der einrichtungsspezifischen Gegebenheiten erfolgen und liegt in Verantwortung des einzelnen Leistungserbringers. Trotzdem muss eine Einschätzung zur Angemessenheit der Umsetzung der Prozesse des Entlassmanagements, über die Prüfung der Einzelfälle hinaus, möglich sein. Dazu wurden Leitfragen formuliert, die die Sicherstellung der entsprechenden Qualitätsanforderungen auf einer übergeordneten,

prozesshaften Ebene adressieren. Die Leitfragen können von den Expertinnen und Experten für das Gespräch mit den Beteiligten des Entlassmanagements genutzt werden, wobei immer auch die einrichtungsspezifischen Gegebenheiten des ausgewählten Krankenhauses für die Beurteilung der Prozesse zu berücksichtigen sind. Die Einschätzung der angemessenen Ausgestaltung eines Prozesses soll von den Expertinnen und Experten anhand der jeweiligen Darstellung seitens der Leistungserbringer erfolgen, wobei vor allem berücksichtigt werden soll, wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten in den jeweiligen Prozessen sichergestellt wird. Es wurde sich bewusst dafür entschieden, die Formulierung der Leitfragen nicht in Form von „Interviewfragen“ an den Leistungserbringer zu formulieren, sondern als Fragestellungen, die den Expertinnen und Experten bei der Prozessprüfung zur thematischen Orientierung dienen.

In der Prozessprüfung sollen die Beteiligten des Entlassmanagements des Krankenhauses die Abläufe und Organisation der jeweiligen Prozesse den Expertinnen und Experten der Fachkommissionen anhand ihrer Routinen und Arbeitsmittel (z. B. der digitalen Erstellung von Medikationsplänen oder Möglichkeiten des Monitorings von Prozessen im KIS) veranschaulichen. Sobald die Expertinnen und Experten einen umfassenden Einblick in die Prozesse erhalten haben, schätzen sie deren Angemessenheit, unter Einbezug ihrer eigenen fachlichen Expertise, je Gruppe auf Grundlage eines Items mit einer sechsstufigen Antwortskala mit den Endpunkten „0 = Trifft nicht zu“ bis „5 = Trifft voll zu“ ein. Analog zum Vorgehen in der Dokumentenprüfung treffen die Expertinnen und Experten auch bei der Prozessprüfung die Bewertungsentscheidung im Konsens (vollständige Übereinstimmung) auf einem gemeinsamen Prüfungsbogen (siehe Abschnitt 5.3.1.1). Die Bewertung erfolgt je Gruppe direkt nach Erhalten des Einblicks und ggf. nachfolgender Diskussion zur Konsensfindung im Expertenteam. Insbesondere in der Prozessprüfung ist eine solche Diskussion zur Steigerung der Beurteilerübereinstimmung (Boyd et al. 2017) sinnvoll, da aufgrund der fehlenden Mindestanforderungen für die Ausgestaltung der Prozesse des Entlassmanagements die Expertinnen und Experten zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen könnten. Zur Konsensfindung muss den Expertinnen und Experten ein geschützter Raum zur Verfügung stehen. Die angemessene Ausgestaltung eines Prozesses ist dann voll zutreffend, wenn der Leistungserbringer darstellen und begründen kann, dass Verantwortlichkeiten, zeitliche Rahmenbedingungen und Fristen sowie die relevanten Inhalte des Prozesses zum Entlassmanagement (z. B. zum Medikationsplan) für den jeweiligen Prozess vollumfänglich sichergestellt sind. Ist in der Prozessprüfung sichtbar, dass keiner dieser Aspekte in der Praxis durch einen durch den Leistungserbringer ausgestalteten Prozess sichergestellt wird, ist die Antwortkategorie „Trifft nicht zu“ zu vergeben. Im Gegensatz zur Dokumentenprüfung wurde sich dafür entschieden, eine Skala mit einer stärkeren Abstufung zu verwenden, da die Beurteilung des jeweiligen Prozesses der Gruppe ausschließlich auf Grundlage eines Items erfolgt. Die Ausgestaltung der Prozesse ist nicht im Detail durch die Evidenz ableitbar, sondern hängt maßgeblich von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten der Leistungserbringer ab. Dementsprechend können auch keine Mindestanforderungen für die spezifische Ausgestaltung der Prozesse des Entlassmanagements in mehreren Items vorgegeben werden. Die Expertinnen und Experten sollen folglich zu einer übergeordneten Einschätzung zur Ausgestaltung der Prozesse, unter Einfluss ihrer persönlichen Fachexpertise

und der einrichtungsspezifischen Gegebenheiten des Leistungserbringers, kommen. Diese muss differenzierter sein als in der Dokumentenprüfung, da bei der Prozessprüfung weitaus mehr Informationen durch die Gespräche mit den Verantwortlichen des Krankenhauses berücksichtigt werden sollen. Jede thematische Gruppe enthält außerdem ein Freitextfeld, in dem die Stärken und Schwächen und ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe zu notieren sind, aufgrund derer die Einschätzungen auf der Antwortskala getroffen wurden. Diese Angaben sind gemeinsam mit den Angaben aus der Dokumentenprüfung maßgeblich für die spätere Ergebnisdiskussion in der Nachbesprechung mit dem Leistungserbringer (siehe Abschnitt 5.3.3). Anders als der Leitfaden der Dokumentenprüfung enthält der Leitfaden zur Prozessprüfung keine Antwortmöglichkeit „Nicht relevant“. Grund dafür ist, dass die zu überprüfenden Prozesse des Entlassmanagements (thematische Gruppen), gemäß den gesetzlichen Regelungen des Rahmenvertrags, durch alle Leistungserbringer vorzuhalten sind (GKV-Spitzenverband et al. 2024). Die Prozesse sind ebenfalls durch eine krankenhausinterne Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement (siehe Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation) zu regeln. Die Systematik der Prozessprüfung kann am Beispiel zur thematischen Gruppe zum Medikationsplan erörtert werden: Hier sollen die Expertinnen und Experten auf der sechsstufigen Antwortskala einschätzen, inwiefern der Prozess zum Medikationsplan auf Einrichtungsebene angemessen ausgestaltet ist. Um ihnen eine differenzierte Einschätzung zu ermöglichen, soll der Leistungserbringer den Expertinnen und Experten Einblicke in die zugrunde liegenden Prozesse, Einhaltung der Verantwortlichkeiten und zeitlichen Rahmenbedingungen sowie Berücksichtigung der relevanten Inhalte zum Medikationsplan gewähren. Die Expertinnen und Experten können sich in diesem Gespräch mit dem Leistungserbringer bspw. an den folgenden Leitfragen orientieren, die dem Leitfaden zu entnehmen sind:

- Wie wird sichergestellt, dass die Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf für die Erstellung eines Medikationsplan identifiziert werden?
- Wie wird sichergestellt, dass der Medikationsplan dem aktuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten entspricht?
- Wie wird sichergestellt, dass bei der Erstellung von Medikationsplänen ein einheitliches Vorgehen angewendet wird?
- Wie wird sichergestellt, dass die Patientinnen und Patienten sowie nach- und weiterversorgende Leistungserbringer die Informationen über den patientenindividuellen Medikationsbedarf unmittelbar erhalten?
- Wie wird sichergestellt, dass der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Erstellung und Mitgabe von Medikationsplänen im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)

Mithilfe dieser Leitfragen, der Erläuterungen und ggf. praktischen Einblicke in die Prozessabläufe (z. B. durch Darstellung der Arbeitsabläufe zur Erstellung von digitalen Medikationsplänen im KIS-System) beim Leistungserbringer sowie unter Einbezug der eigenen Fachexpertise sollen die Expertinnen und Experten schließlich ihre Beurteilung auf der Antwortskala differenziert abbilden.

Um eine ausreichende Reliabilität der Einschätzung zu gewährleisten, ist es vor allem für die Prozessprüfung von großer Bedeutung, dass die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen

einheitlich geschult werden. Dazu sind in einer Machbarkeitsprüfung und im Verlauf der Erprobung des externen QS-Audits Unterschiede in der Prozessausgestaltung abzuleiten, anhand derer dargelegt werden kann, wie eine Einschätzung zu den jeweiligen Items auf der Antwortskala erfolgen kann. Im Schulungskonzept müssen diese dann anhand von beispielhaften Prozessen vermittelt werden. Der Leitfaden zur Prozessprüfung ist im Anhang C.4 detailliert abgebildet. In Abschnitt 5.7 ist außerdem die zeitliche Einordnung der Prozessprüfung im Ablauf des externen QS-Audits erläutert.

Durch die Kombination von Dokumenten- und Prozessprüfung können die Expertinnen und Experten Gesamteinschätzungen auf Gruppenebene zu den formal gesetzten Prozessen des Entlassmanagements einerseits und den tatsächlich praktisch ausgeübten Prozessen andererseits erhalten. Darüber hinaus ist es auch möglich, über das Gespräch mit dem Leistungserbringer in der Prozessprüfung Erkenntnisse über die Problematiken an der Schnittstelle zur (ambulanten) Anschlussversorgung zu gewinnen. Durch die nachfolgende Bewertungssystematik soll eine Quantifizierung dieser Gesamteinschätzungen ermöglicht werden.

5.3.1.3 Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren

Auf Grundlage der Rückmeldungen im Expertengremium (siehe Anhang E2.2.2) wurde in den Erläuterungen zur Dokumentenprüfung zur thematischen Gruppe „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten“ die ursprünglich formulierte Anforderung der „frühzeitigen“ Kontaktaufnahme der Krankenhäuser mit den weiterbehandelnden Leistungserbringern sowie ggf. mit der Kranken- bzw. Pflegekasse gestrichen. Nunmehr wird ausschließlich abgefragt, ob eine Organisation der jeweiligen Maßnahmen zur Weiterversorgung erfolgte (siehe Anhang C.3). Weiterhin werden die Qualitätsmerkmale zur Evaluation des Entlassprozesses nur noch auf einer Prozessebene und nicht, wie zuvor empfohlen, auf Ebene einzelner Entlassfälle geprüft (siehe Anhang C.4).

5.3.2 Bewertungssystematik

Um bei der Dokumenten- und Prozessprüfung aus den Bewertungen der einzelnen Items der Dokumentenprüfung einerseits und den Bewertungen der Prozessprüfung andererseits zu einer übergreifenden Bewertung und systematischen Identifikation von Stärken und Schwächen der einzelnen Prozesse des Entlassmanagements des Leistungserbringers zu gelangen und diese für die Ergebnisdiskussion in der Nachbesprechung sinnvoll zu priorisieren, wurde ein Konzept für eine Bewertungssystematik entwickelt. Die Bewertungssystematik soll aggregierte Bewertungen auf Ebene der einzelnen Anforderungen, d. h. der einzelnen Items, und auf Ebene der thematischen Gruppen zulassen. Anhang C.6 stellt die detaillierten Bewertungsmöglichkeiten und Rechenwege der Bewertungssystematik dar.

Bei der Entwicklung der Bewertungssystematik wurde sich an Bewertungssystematiken bestehender nationaler Peer-Review-basierter Verfahren orientiert (AQUA 2014, DRV Bund [2024]). Die zu bewertenden Inhalte ergeben sich aus den Elementen der Dokumenten- und Prozessprüfung: pro Leistungserbringer jeweils zehn Dokumentenprüfungen und eine Prozessprüfung.

5.3.2.1 Bewertungssystematik der Dokumentenprüfung

Zunächst ist es notwendig, auf Ebene der einzelnen Anforderungen der Dokumentenprüfung (Items) eine Kodierung in Punktwerten der möglichen Antwortkategorien vorzunehmen, um nachgelagert zu einer aggregierten Bewertung zu gelangen. Die Gestaltung der Antwortskalen in der Dokumentenprüfung orientiert sich an den Patientenbefragungen des IQTIG (IQTIG 2024a: Kapitel 1). Die Skalen in der Dokumentenprüfung haben entweder zwei oder vier Ausprägungen von „Trifft nicht zu“ bis „Trifft voll zu“. Die Polung der Skala ist immer gleich: „Trifft voll zu“ ist positiv, „Trifft nicht zu“ ist negativ. Die Punktebewertung soll dabei den Wertebereich zwischen 0 und 100 Punkten umfassen. Für die zweistufig zu bewertenden Items ergeben sich somit die möglichen Ausprägungen „0 (= Trifft nicht zu)“ und „100 (= Trifft voll zu)“, während die vierstufigen Items die Bewertungsmöglichkeiten „0 (=Trifft nicht zu)“, „33 (= Trifft eingeschränkt zu)“, „67 (=Trifft überwiegend zu)“ und „100 (= Trifft voll zu)“ umfassen. Die zusätzliche Bewertungsoption „nicht relevant“ wird dabei nicht in die Wertung mit einbezogen. Die Berechnung der verschiedenen Ergebnisse auf Item- und Gruppenebene, wie nachfolgend in Abschnitt 5.3.2.3 beschrieben, soll vor Ort durch die Expertinnen und Experten mithilfe einer Erfassungsvorlage mit hinterlegten Berechnungen aufwandsarm vorgenommen werden. In der Erfassungsvorlage können Plausibilitätsprüfungen aufgenommen werden, sodass z. B. bei fehlenden Werten einzelner Items die Berechnung zum Gesamtergebnis nicht abgeschlossen werden kann. Somit sind alle Items der Dokumentenprüfung für jeden der zehn Entlassfälle der Stichprobe zu beantworten.

5.3.2.2 Bewertungssystematik der Prozessprüfung

Die Prozessprüfung beinhaltet im Gegensatz zur Dokumentenprüfung anstatt mehrerer Items immer nur ein Item je Gruppe, das mithilfe entsprechender Leitfragen zu beantworten ist. Die formulierten Leitfragen stellen Anknüpfungspunkte für die Überprüfung der Prozesse dar, bilden aber keine abschließende Liste von Mindestanforderungen ab, da in der Evidenz keine Vorgaben für die konkrete Ausgestaltung der Prozesse vorhanden sind. Wie im Abschnitt 5.3.1.2 der Prozessprüfung beschrieben, erfolgt die Einschätzung auf einer sechsstufigen Skala, wobei die Endpunkte mit „Trifft nicht zu“ und „Trifft voll zu“ bezeichnet sind. Die Polung der Skala ist immer gleich: „Trifft voll zu“ ist positiv, „Trifft nicht zu“ ist negativ. Um die Bewertung auf Gruppenebene der Prozessprüfung einheitlich zu der Bewertung auf Gruppenebene der Dokumentenprüfung zu gestalten, werden der sechsstufigen Skala ebenfalls Punktwerte im Bereich von 0 bis 100 Punkten hinterlegt. Somit entsprechen 0 Punkte der Ausprägung „Trifft nicht zu“ und 100 Punkte der Ausprägung „Trifft voll zu“. Zur leichteren Anwendbarkeit für die Expertinnen und Experten wird die Skala im Leitfaden zur Prozessprüfung mit Werten von 0 bis 5 dargestellt, da nicht jeder Ausprägung eine Verbalisierung zugeordnet werden kann. Erst für die Berechnung der Prozessprüfungs-Gruppenwerte werden die Bewertungspunkte auf die Werte 0 bis 100 übersetzt (siehe Abschnitt 5.3.2.3). Die Abstufung der Skala kann ggf. angepasst werden, wenn durch empirische Daten deutlich wird, dass bei der Aggregation der Bewertungen aus der Dokumenten- und Prozessprüfung nicht beide Teile einen relevanten Anteil am Gruppen-Gesamtwert (siehe Abschnitt 5.3.2.3) bewirken.

5.3.2.3 Aggregierte Bewertungen

Item-Gesamtwert

Um zu einer aggregierten Bewertung eines bestimmten Items über alle zehn Fälle der Dokumentenprüfung zu kommen, wird deren arithmetisches Mittel gebildet, der **Item-Gesamtwert**. Items mit der Eingabe „nicht relevant“ werden für die Berechnung des Item-Gesamtwertes der Dokumentenprüfung nicht gezählt. Die Prozessprüfung strukturiert sich anhand von sieben thematischen Gruppen, für die nur je ein Item operationalisiert wurde. Dementsprechend kann für die Prozessprüfung keine Berechnung eines Item-Gesamtwertes erfolgen.

Dokumentenprüfungs-Gruppenwert

Auf der nächsthöheren Ebene werden die Item-Gesamtwerte innerhalb einer thematischen Gruppe der Dokumentenprüfung je Leistungserbringer zu einem **Dokumentenprüfungs-Gruppenwert** gleichgewichtet gemittelt, sodass die durchschnittliche Bewertung auf Dokumentenprüfungsebene für eine Gruppe vorliegt. Dadurch wird sichergestellt, dass jedes Item in den Dokumentenprüfungs-Gruppenwert mit gleichem Anteil einfließt.

Prozessprüfungs-Gruppenwert

Aus der Prozessprüfung ergeben sich sieben Bewertungen, d. h. je Gruppe eine Bewertung anhand des jeweiligen Items. Diese werden folglich als **Prozessprüfungs-Gruppenwerte** bezeichnet.

Gruppen-Gesamtwert

Mit dem Ziel, die Bewertungen der Dokumentenprüfung und der Prozessprüfung der jeweiligen Gruppen für einen Leistungserbringer zusammenfassend zu beurteilen, werden die Dokumentenprüfungs-Gruppenwerte und die Prozessprüfungs-Gruppenwerte derselben Gruppen im Verhältnis 1 zu 1 zu einem **Gruppen-Gesamtwert** aggregiert. Demzufolge wird der Gruppen-Gesamtwert aus dem arithmetischen Mittel des Dokumentenprüfungs-Gruppenwertes auf der einen Seite und des Prozessprüfungs-Gruppenwertes auf der anderen Seite pro Gruppe berechnet.

Ausgenommen von diesem Rechenweg ist der Gruppen-Gesamtwert für die Gruppe zum Evaluationskonzept. Da das Evaluationskonzept ausschließlich über die Prozessprüfung bewertet wird, entspricht die Bewertung der Expertinnen und Experten auf der sechsstufigen Antwortskala der Prozessprüfung (Wertebereich 0 bis 100 Punkte) dem Gruppen-Gesamtwert für diese thematische Gruppe. Somit ergeben sich nach der vorliegenden Bewertungssystematik sieben Gruppen-Gesamtwerte.

Empfehlung gegen die Berechnung eines Gesamt-Index

Das IQTIG empfiehlt, keine Berechnung eines Gesamt-Index vorzunehmen. Das Entlassmanagement setzt sich aus verschiedenen Teilprozessen (siehe thematische Gruppen) zusammen. Ein solcher Gesamt-Index würde suggerieren, dass sich schlechtere Ergebnisse in einer Gruppe durch die besseren Ergebnisse einer anderen Gruppe ausgleichen ließen, was aufgrund der

gleichwertig zu betrachtenden Teilprozesse nicht zutrifft. Weiterhin gäbe ein Gesamt-Index keinen Aufschluss über die tatsächliche Qualität der Teilprozesse, sodass z. B. bei einem überdurchschnittlichen Gesamt-Index der Eindruck vermittelt werden würde, alle Teilprozesse würden einwandfrei umgesetzt. Außerdem ist die Validität der Gruppen-Gesamtwerte aufgrund von fehlenden Mindestanforderungen in der Prozessprüfung (siehe Abschnitt 5.3.1.2) und der kleinen nicht-repräsentativen Fallstichprobe in der Dokumentenprüfung eingeschränkt. Durch die Aggregation der Einzelbewertungen zu einem Gesamt-Index würden sich diese Unsicherheiten zusätzlich verstärken. Ein Gesamt-Index kann somit kein objektives Maß darstellen.

5.3.2.4 Weiterführende Verwendung der Bewertungen zur Qualitätsförderung

Verwendung des Gruppen-Gesamtwertes

Das IQTIG empfiehlt, für die Einordnung der Gruppen-Gesamtwerte verteilungsabhängige Schwellenwerte zu verwenden, um somit systematische Stärken und Schwächen des Entlassmanagements auf Gruppenebene zu erkennen und diese für die Nachbesprechung (siehe Abschnitt 5.3.3) sinnvoll zu priorisieren: Das Unterschreiten oder Überschreiten eines bestimmten Wertes muss zwangsläufig zu einer Thematisierung in der Nachbesprechung zwischen den Expertinnen und Experten und den Leistungserbringern führen. Eine Priorisierung ermöglicht außerdem die zeitliche Strukturierung der Nachbesprechung, wodurch Gruppen, deren Bewertung eine kritische Schwelle über- oder unterschreitet, zuerst besprochen werden müssen. Dazu wurden folgende Prioritäten festgelegt:

- Priorität A (überdurchschnittliches Ergebnis) = Gruppen-Gesamtwert liegt oberhalb des dritten Quartils der Verteilung der bundesweiten Gruppen-Gesamtwerte aus dem Vorjahr
- Priorität B (unterdurchschnittliches Ergebnis) = Gruppen-Gesamtwert liegt unterhalb des ersten Quartils der Verteilung der bundesweiten Gruppen-Gesamtwerte aus dem Vorjahr
- Priorität C (erhebliche Differenz zwischen Prozessprüfungs-Gruppenwert und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert) = Gruppenwert-Differenz liegt oberhalb des 90. Perzentils der Verteilung der bundesweiten Gruppenwert-Differenzen aus dem Vorjahr
- Priorität D (durchschnittliches Ergebnis) = Gruppen-Gesamtwert liegt zwischen dem ersten und dem dritten Quartil der Verteilung der bundesweiten Gruppen-Gesamtwerte aus dem Vorjahr

Erhält eine Gruppe die Priorität A, können sich Leistungserbringer für die Auswahl als Best-Practice-Beispiel dieser Gruppe qualifizieren: Aufgabe der Expertinnen und Experten ist es dann zu prüfen, ob es sich um ein Best-Practice-Beispiel handelt, und die Besonderheiten des Prozesses der Gruppe herauszuarbeiten, durch die sich der Leistungserbringer auszeichnet und an denen sich andere Leistungserbringer orientieren könnten. Sofern die Freigabe durch die Leistungserbringer erteilt wurde, können die Expertenteams diese Beispiele an andere Leistungserbringer im Rahmen des externen QS-Audits weitergeben. Dabei ist es wesentlich, dass die Expertinnen und Experten verschiedene Best-Practice-Beispiele in den ersten Jahren der Umsetzung des externen QS-Audits sammeln und diese auf die verschiedenen Krankenhausstrukturen der besuchten

Einrichtungen übertragen können. Priorität C erhalten Gruppen, bei denen sich erhebliche Differenzen in der Bewertung zwischen der Prozessprüfung (Prozessprüfungs-Gruppenwert) und der Dokumentenprüfung (Dokumentenprüfungs-Gruppenwert) zeigen, die folglich z. B. auf eine unzureichende Umsetzung der festgelegten Prozesse hinweisen.³⁵ Die Schwellenwerte, die den Quartilen bzw. Perzentilen entsprechen, müssen empirisch anhand der Verteilung der Gruppen-Gesamtwerte aller teilnehmenden Leistungserbringer nach dem ersten Erfassungsjahr jährlich aufgrund der bundesweiten Ergebnisse des Vorjahres abgeleitet werden.³⁶ Dabei müssen individuelle Schwellenwerte je Gruppe gebildet werden, da für diese unterschiedliche Qualitätsanforderungen definiert sind. Dem Leistungserbringer wird mithilfe der Schwellenwerte bereits beim Vor-Ort-Besuch eine Einordnung seiner Ergebnisse auf Gruppenebene im Vergleich zum Bundesdurchschnitt ermöglicht. Fixe Schwellenwerte für die Gruppen-Gesamtwerte, anhand derer sich u. a. ein Qualitätsdefizit ableiten ließe, können prospektiv auf Grundlage des Fehlens konkreter Qualitätsanforderungen für die Prozessprüfung nicht definiert werden. Der Umgang mit den Prioritäten in der Nachbesprechung ist in Abschnitt 5.3.3 näher erläutert.

Verwendung des Item-Gesamtwertes

Im externen QS-Audit sollen auch mögliche Ursachen für potenzielle Schwächen hinterfragt werden. Ausgehend von den thematischen Gruppen, die vergleichsweise schlechte Gruppen-Gesamtwerte zeigen, können ggf. Problemfelder im Entlassmanagement eines Leistungserbringers detektiert werden. Basierend auf diesen Problemfeldern kann anschließend aufgrund der noch differenzierteren Item-Ebene eine Ableitung von Optimierungspotenzialen und direkten Handlungsanschlüssen mit Bezug auf die konkreten Qualitätsanforderungen durchgeführt werden. Gleichmaßen können die Item-Gesamtwerte genutzt werden, um konkrete Prozesse des Entlassmanagements zu identifizieren, bei denen Stärken in der Umsetzung festgestellt wurden.

5.3.3 Element der Nachbesprechung

Das zentrale Element zur Qualitätsförderung im Rahmen des externen QS-Audits stellt die Nachbesprechung dar. In bestehenden Peer-Review-basierten Verfahren dient äquivalent der sogenannte „kollegiale Dialog“ der Ergebnisdiskussion und Zusammenfassung der Eindrücke zwischen dem Peer-Team und den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern des besuchten Krankenhauses sowie zur Erarbeitung von Optimierungsmaßnahmen (AQUA 2014, BÄK 2014, IQM [kein Datum], DIVI 2024). Zur begrifflichen Abgrenzung zu den freiwilligen Verfahren wird für das externe QS-Audit, als verpflichtendes Instrument im Rahmen der externen Qualitätssicherung, das Element im Folgenden als „Nachbesprechung“ betitelt, wenngleich die Grundprinzipien des kollegialen Dialogs auch für das externe QS-Audit sinnvoll anzuwenden sind.

³⁵ Die thematische Gruppe zum Evaluationskonzept kann keine Priorität C erhalten, da diese Gruppe ausschließlich durch die Prozessprüfung adressiert wird.

³⁶ Für das erste Erprobungsjahr empfiehlt das IQTIG die Priorisierung innerhalb der Gruppen-Gesamtwerte des jeweiligen Leistungserbringers vorzunehmen und die Gruppen mit den höchsten und niedrigsten Gruppen-Gesamtwerten als Priorität A und B einzuteilen. Für die Einordnung innerhalb der Priorität C sind die Gruppen auszuwählen, die die größten Differenzen zwischen der Prozess- und Dokumentenprüfung aufweisen.

5.3.3.1 Ablauf der Nachbesprechung

In der Nachbesprechung werden die Ergebnisse aus der Dokumenten- und Prozessprüfung und die daraus abgeleiteten Stärken und Schwächen des Entlassmanagements mit den Leistungserbringern diskutiert und Ursachen möglicher Schwächen hinterfragt, sodass ein integrativer Eindruck gewonnen werden kann, wie das Entlassmanagement am Standort praktisch gelebt wird. Die Nachbesprechung soll in einem offenen und lösungsorientierten Austausch zwischen den Expertinnen und Experten der Fachkommissionen und dem Leistungserbringer stattfinden und das Ziel verfolgen, Optimierungsmaßnahmen auf Basis der identifizierten Stärken und Schwächen festzulegen. In diesem Zusammenhang sollen die Perspektive der Expertinnen und Experten mit der Perspektive der Leistungserbringer zusammengeführt und ein Maßnahmenplan gemeinsam erarbeitet werden. Die Nachbesprechung ermöglicht es den Expertinnen und Experten außerdem, Erkenntnisse über die Problematiken an der Schnittstelle zur (ambulanten) Anschlussversorgung zu gewinnen. Der Ablauf der Nachbesprechung sowie die Gesprächsführung orientieren sich an den Grundlagen des Leitfadens zu Peer-Review-Verfahren der BÄK (BÄK 2014).

Zur Eröffnung der Nachbesprechung wird von den Expertinnen und Experten ein Gesamteindruck zum Vor-Ort-Besuch gegeben, das Ziel der Nachbesprechung dargestellt sowie die Struktur der nachfolgenden Diskussion und die Gesprächsregeln erläutert. Dabei soll auch der Leistungserbringer zur Reflexion und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen für mögliche Schwächen im Entlassmanagement motiviert werden. Anschließend werden die Ergebnisse der Dokumenten- und Prozessprüfung vorgestellt. Bei der Diskussion der Gruppen-Gesamtwerte der Dokumenten- und Prozessprüfung ist aufgrund der zeitlichen Beschränkung der Nachbesprechung eine Priorisierung der Ergebnisse, gemäß den in Abschnitt 5.3.2.4 vorgestellten Prioritäten, vorzunehmen. Gruppen mit einem überdurchschnittlichen Gesamtwert sollen dabei im Sinne einer motivierenden Gesprächsführung zuerst besprochen werden. Aus diesen Gruppen lassen sich vornehmlich Stärken des Entlassmanagements oder ggf. Best-Practice-Beispiele ableiten (Priorität A). Im Anschluss werden diejenigen Gruppen thematisiert, die einen unterdurchschnittlichen Gruppen-Gesamtwert erzielt haben (Priorität B) und aus denen vornehmlich Schwächen des Entlassmanagements ableitbar sind. Anschließend sind die Gruppen zu diskutieren, bei denen erhebliche Differenzen zwischen den Bewertungen der Prozess- und Dokumentenprüfung festgestellt wurden und sich demnach z. B. Optimierungsmöglichkeiten in der Umsetzung der betrachteten Prozesse ergeben (Priorität C). Zuletzt werden Gruppen mit durchschnittlichem Gruppen-Gesamtwert diskutiert (Priorität D). Um zu gewährleisten, dass der Leistungserbringer eine Rückmeldung zu den zentralen Stärken und Schwächen des Entlassmanagements erhält, sollen die Gruppen der Priorität A, B und C immer Gegenstand der Ergebnisdiskussion sein. Die Gruppen der Priorität D können optional, abhängig von den zeitlichen Ressourcen, angeschlossen werden. Inwiefern die Diskussion der Gruppen mit Priorität A, B und C zeitlich umsetzbar ist, muss im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung geprüft werden.

Bei der Ergebnisdiskussion müssen die Expertinnen und Experten in jedem Fall Erläuterungen für die Gruppen-Gesamtwerte geben, damit diese durch den Leistungserbringer nachvollzogen werden können. Dazu sind von den Expertinnen und Experten im Vorfeld der Nachbesprechung auf

Basis der Prozess- und Dokumentenprüfung die jeweiligen Stärken und Schwächen und ggf. Differenzen zwischen den Prozessen und der entsprechenden Umsetzung in der Behandlungs- und Entlassdokumentation (d. h. Priorität C) herauszuarbeiten, die zu den Gruppen-Gesamtwerten oder Differenzen dieser geführt haben. Dazu kann auf die Ebene der einzelnen Items und die Angaben in den Freitextfeldern der Dokumenten- und Prozessprüfung zurückgegriffen werden (siehe Anhänge C.2 und C.4). Die Stärken und Schwächen müssen unabhängig von einzelnen Fällen oder Mitarbeitenden des Krankenhauses auf übergeordneter Prozessebene formuliert werden. Sollten besonders viele Gruppen-Gesamtwerte der Priorität A und B bei einem Leistungserbringer zu diskutieren sein, sind die Stärken und Schwächen inhaltlich zu clustern, sodass der zeitliche Rahmen der Nachbesprechung eingehalten werden kann (z. B. systematisch erkennbare Probleme bei der Mitgabe von Entlassdokumenten wie dem Medikationsplan, Pflegeüberleitungsbogen, Entlassbrief). Zur Nachvollziehbarkeit muss die Clusterung im Ergebnisbericht (siehe Anhang C.7) bei den einzelnen Gruppen kenntlich gemacht werden. Eine differenzierte Nachbesprechung der Item-Gesamtwerte ist nicht vorgesehen, da diese einerseits in die Gruppen-Gesamtwerte münden und andererseits die Stärken und Schwächen des Entlassmanagements auf systemischer Ebene diskutiert werden sollen.

Im Anschluss an die Erläuterung der Ergebnisse und Diskussion der Stärken und Schwächen soll sich unmittelbar die Formulierung von Zielen und Optimierungsmaßnahmen anschließen. Dabei sind die Leistungserbringer aufgefordert, selbstständig Vorschläge für Ziele und Maßnahmen zu erarbeiten, die ihre persönlichen Schwächen oder auch einen Ausbau der Stärken im Entlassmanagement adressieren. Die Expertinnen und Experten sollen ausschließlich eine beratende Rolle mit ihrer fachlichen und praktischen Expertise unter anderem aus den Erfahrungen aus vorherigen externen QS-Audits einnehmen. Die Ziele sind möglichst orientiert an den SMART-Kriterien (S=spezifisch, M=messbar, A=anspruchsvoll/akzeptiert, R=realistisch, T=terminierbar) und unter Berücksichtigung möglicher einschränkender Rahmenbedingungen am Krankenhausstandort zu formulieren (BÄK 2014). Das können z. B. knappe personelle Ressourcen oder strukturelle Veränderungen sein, die die Implementierung von Maßnahmen erschweren. Somit kann gewährleistet werden, dass ein Maßnahmenplan entwickelt wird, der den individuellen Anforderungen und Möglichkeiten des jeweiligen Krankenhauses entspricht. Durch die Nachbesprechung und die Formulierung von ersten Optimierungsmaßnahmen im Rahmen eines Maßnahmenplans, der nach dem Vor-Ort-Besuch vom Leistungserbringer weiter zu prüfen und ggf. anzupassen ist (siehe Abschnitt 5.7.3), kann das externe QS-Audit einen direkten und unmittelbaren Handlungsanschluss sicherstellen.

Zum Abschluss der Nachbesprechung erfolgen eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse des externen QS-Audits, die Erläuterung der folgenden Schritte und eine Feedback-Runde mit dem Leistungserbringer, in der dieser seine Eindrücke und Verbesserungsvorschläge für die Durchführung von externen QS-Audits zurückspeiegeln kann. Der Ablauf der Nachbesprechung ist in Tabelle 15 detailliert dargestellt.

Tabelle 15: Ablauf, Inhalte und Verantwortlichkeiten der Nachbesprechung im externen QS-Audit

Phase	Relevante Themen	Verantwortliche
1. Gesprächseröffnung	- Schilderung des Gesamteindrucks des Vor-Ort-Besuchs und der Zusammenarbeit mit dem Leistungserbringer - Benennung des Ziels der Nachbesprechung - Schilderung des Ablaufs der Nachbesprechung - Erläuterung der Gesprächsregeln	Moderation
2. Ergebnisdarstellung aus der Dokumenten- und Prozessprüfung	- Darstellung der Gruppen-Gesamtwerte entlang der Priorisierung (A, B, C, D) - Erläuterung der Ergebnisse anhand der identifizierten Stärken und Schwächen je Gruppe (ggf. geclustert) - Darstellung evtl. identifizierter Best-Practice-Beispiele - jeweils kommunikative Validierung der Ergebnisse durch die Leistungserbringer, Hinterfragen von Ursachen	Expertinnen und Experten, Moderation, Leistungserbringer
3. Formulierung von Zielen und Optimierungsmaßnahmen	- Formulierung von Vorschlägen für Optimierungsmaßnahmen und sinnvollen Zielen (orientiert an SMART-Kriterien) unter Berücksichtigung von einschränkenden Rahmenbedingungen am Krankenhausstandort durch Leistungserbringer und Expertenteam gemeinsam - Unterstützung durch Expertise und Erfahrungen aus vorherigen externen QS-Audits der Expertinnen und Experten	Expertinnen und Experten, Moderation, Leistungserbringer
4. Zusammenfassung und Abschluss	- Zusammenfassung der Ergebnisse, Ziele und Maßnahmen - Zusammenfassung möglicher identifizierter Best-Practice-Beispiele - Erläuterung der Nachbereitung durch das Expertenteam und des Berichtswesens sowie der Aufgaben des Leistungserbringers im Nachgang	Expertinnen und Experten
5. Feedback	kurze Feedbackrunde zum externen QS-Audit	Leistungserbringer

5.3.3.2 Rahmenbedingungen und Folgeschritte der Nachbesprechung

Für den strukturierten Ablauf des externen QS-Audits und insbesondere der Nachbesprechung ist es notwendig, dass eine klare Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen den Beteiligten vorliegt. Das IQTIG empfiehlt eine Vertreterin bzw. einen Vertreter der zuständigen LAG-Geschäftsstelle als Ansprechperson zu benennen, die oder der den Austausch und die Koordination mit den Krankenhäusern im Vorfeld, das Zeitmanagement beim Vor-Ort-Besuch sowie die Moderation und Protokollierung der zentralen Stärken, Schwächen, Optimierungsmaßnahmen und Ziele (siehe Anhang

C.7) in der Nachbesprechung übernimmt. Vonseiten des Leistungserbringers sind in jedem Fall Verantwortliche des Sozialdienstes, der Pflege und Ärztinnen und Ärzte an der Nachbesprechung zu beteiligen. Optional kann auch der Vorstand des Krankenhauses bzw. die Geschäftsführung an der Nachbesprechung teilnehmen. Die genaue Zusammensetzung der Expertenteams, die sich aus Mitgliedern der Fachkommissionen zusammensetzen sollen, und die Anforderungen an die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Leistungserbringers werden in Abschnitt 5.8.1 erläutert.

Zur Förderung einer konstruktiven Gesprächsatmosphäre in der Nachbesprechung sind bestimmte Regeln der Gesprächsführung von den Expertinnen und Experten der Fachkommission und insbesondere der Moderation zu beachten. Dazu kann sich ebenfalls an den Empfehlungen der BÄK orientiert werden, die dazu anregt, dass Expertinnen und Experten eine grundsätzlich offene, neugierige und von Respekt und Wertschätzung geprägte Haltung annehmen sollen (BÄK 2014). Besonders bei der Darstellung der Ergebnisse der Dokumenten- und Prozessprüfung sowie der Diskussion der Stärken und Schwächen sollte möglichst sachlich kommuniziert werden, Schwächen sollten weder verharmlost noch dramatisiert werden. Die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner aufseiten der Leistungserbringer sind zu den Ergebnissen der Dokumenten- und Prozessprüfung stets insofern einzubeziehen, als sie Stellung nehmen und Erläuterungen einbringen können („kommunikative Validierung“) (BÄK 2014). Die Durchführung einer Nachbesprechung sowie die Grundregeln der Gesprächsführung müssen Gegenstand der Schulung von Expertinnen und Experten zum externen QS-Audit sein und können anhand von Simulationen praktisch geübt werden. Die zentralen Ergebnisse der Nachbesprechung sind in einem schriftlichen Ergebnisbericht innerhalb von einer Woche nach dem Vor-Ort-Besuch an die Leistungserbringer zu übermitteln. Darin sind die zentralen Stärken und Schwächen, Ergebnisse der Dokumenten- und Prozessprüfung, differenziert nach Gruppen-Gesamtwerten und Item-Gesamtwerten, abzubilden sowie ein vorläufiger Maßnahmenplan und ggf. Best-Practice-Beispiele des Leistungserbringers darzustellen. Der Ergebnisbericht wird nicht veröffentlicht, sondern dient ausschließlich der Ergebnismitteilung an den Leistungserbringer. Er kann außerdem als Arbeitsdokument bzw. Protokoll in der Nachbesprechung verwendet werden; ein Muster ist in Anhang C.7 dargestellt. Best-Practice-Vorgehensweisen in bestimmten Gruppen können durch das Expertenteam, sofern die Freigabe durch die Leistungserbringer erteilt wurde, an andere Leistungserbringer weitergegeben werden. Zusätzlich haben Leistungserbringer die Möglichkeit, ihre Best-Practice-Prozesse des Entlassmanagements eigenständig zu veröffentlichen. Nach Erhalt des vorläufigen Ergebnisberichts innerhalb von einer Woche obliegt es dem Leistungserbringer und insbesondere dem Vorstand des Krankenhauses, den Maßnahmenplan intern hinsichtlich konkreter Umsetzbarkeit, Festlegung der intern verantwortlichen Funktionsträger und zeitlicher Zielhorizonte zu prüfen, ggf. anzupassen und innerhalb von sieben Wochen an die zuständige LAG-Geschäftsstelle zurückzumelden. Insgesamt hat der Leistungserbringer somit acht Wochen nach dem Vor-Ort-Besuch Zeit, einen finalen Maßnahmenplan aufzustellen. Nach Eingang des intern abgestimmten Maßnahmenplans erfolgt durch die LAG-Geschäftsstelle innerhalb von zwei Wochen dessen Einarbeitung in den Ergebnisbericht, der nach seiner Finalisierung an den Leistungserbringer zurückübermittelt wird. Das Ziel für die Leistungserbringer soll es in dem

Zuge sein, den Ergebnisbericht für den internen PDCA-Zyklus als Grundlage zu verwenden und die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen eigenständig zu evaluieren (BÄK 2014). Eine Vorlage für den Ergebnisbericht ist in Anhang C.7 dargestellt. Im Folgejahr der Durchführung des externen QS-Audits erfolgt schließlich eine Abfrage zur Umsetzung des Maßnahmenplans bei den Leistungserbringern durch die Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften, um einen Eindruck über den Umsetzungsgrad der festgelegten Maßnahmen zu erhalten. Das genaue Vorgehen dazu ist in Abschnitt 5.7.3 erläutert.

5.3.3.3 Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren

Auf Grundlage der Rückmeldungen aus dem Treffen mit den Landesarbeitsgemeinschaften (siehe Anhang E.2.2.3) sowie aus dem Beteiligungsverfahren (siehe Würdigung der Stellungnahmen) wurde der Zeitraum für die Konsentierung des Maßnahmenplans bei den Leistungserbringern im Nachgang des Vor-Ort-Besuchs von den zuerst vorgesehenen zwei auf schließlich acht Wochen verlängert.

5.4 Entwicklung eines Stichprobenkonzepts

Das externe QS-Audit soll gemäß Beauftragung bei einer Stichprobe von Leistungserbringern durchgeführt werden. Das IQTIG hat dazu sowohl ein Konzept für eine Stichprobe auf Ebene der Krankenhausstandorte entwickelt (siehe Abschnitt 5.4.1) als auch auf Ebene der Fälle eines Leistungserbringers für die Dokumentenprüfung (siehe Abschnitt 5.4.2). Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels angeführt, wird das externe QS-Audit als ergänzendes Instrument zu der Patientenbefragung und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation entwickelt. Die Ergebnisse des externen QS-Audits sollen dementsprechend mit den Ergebnissen der anderen Instrumente zusammen berichtet werden, woraus sich auch für das externe QS-Audit der Bezug auf ein Erfassungsjahr ergibt. Zugleich wird demnach auch der Bezug auf den Krankenhausstandort festgelegt.

5.4.1 Stichprobenziehung auf Standortebene

Als ergänzendes Instrument ist der Einbezug in die Stichprobe auch abhängig von der QS-Pflicht in den etablierten Instrumenten. In der empirischen Prüfung anhand von Routinedaten einer Krankenkasse (siehe Abschnitt 3.4) wird deutlich, dass nicht in jedem Krankenhaus mindestens ein QS-pflichtiger Fall vorliegen wird und demnach auch nicht jeder Krankenhausstandort in Deutschland Teil des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* sein wird. Grundsätzlich bestehen mit Bezug auf die QS-pflichtigen Standorte der anderen Instrumente des QS-Verfahrens (Patientenbefragung und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) die folgenden Möglichkeiten für die Stichprobe auf Standortebene:

- Zufallsstichprobe: besteht aus zufällig ausgewählten Leistungserbringern, die im Rahmen der anderen Instrumente QS-pflichtig geworden sind
- anlassbezogene Stichprobe: besteht aus Leistungserbringern, die im Rahmen der anderen Instrumente in den Indikatoren auffällig geworden sind

Neben dem Bezug auf die QS-pflichtigen Standorte sind für die Entwicklung der Stichprobenziehung auf Standortebene die folgenden Punkte bedeutsam:

- Gemäß dem primären Ziel des Instruments, eine Qualitätsförderung und Optimierung der Prozesse bei den einzelnen Leistungserbringern zu bewirken, sollte für jeden Standort, unabhängig z. B. von seiner Fachausrichtung, die gleiche Wahrscheinlichkeit für einen Einbezug in das externe QS-Audit bestehen.
- Das externe QS-Audit soll auf Landesebene von den Landesarbeitsgemeinschaften umgesetzt werden. Um auf Landesebene, abhängig von der Anzahl der Krankenhausstandorte in den jeweiligen Bundesländern, jeweils einen gleichmäßigen Anteil von Leistungserbringern in das externe QS-Audit miteinzubeziehen und somit einen gleichmäßigen Aufwand zu erzeugen, muss die Stichprobenziehung stratifiziert nach Bundesländern erfolgen.
- Für eine bestmögliche Umsetzbarkeit soll das externe QS-Audit über das gesamte Erfassungsjahr durch die Landesarbeitsgemeinschaften durchführbar sein.

Die Maßgabe, dass das externe QS-Audit über das ganze Erfassungsjahr durchführbar sein soll, ergibt sich aus den durchgeführten Abfragen bei den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften (siehe Abschnitt 2.2.2): Sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Rückmeldungen der Abfragen ergaben, dass eine bessere Umsetzbarkeit für das Instrument erreicht werden kann, wenn das externe QS-Audit über das gesamte Erfassungsjahr frei wählbar durchgeführt werden kann. Demnach gaben von den 15 teilnehmenden Geschäftsstellen 40 % bzw. 53 % an, dass sie weder im Zeitraum des gesamten Erfassungsjahres noch im Zeitraum des Stellungnahmeverfahrens (1.6.–31.10.) Kapazitäten für die Durchführung des externen QS-Audits haben. Dagegen gaben 33 % für den Zeitraum des gesamten Erfassungsjahres und 20 % für den Zeitraum des Stellungnahmeverfahrens an, dass die Durchführung von externen QS-Audits möglich wäre. Für beide Zeiträume machten darüber hinaus 27 % keine quantitative Angabe, da die zu Projektbeginn vorliegenden Informationen nicht ausreichend für eine Abschätzung gewesen seien. Nach der ersten Konzeptvorstellung im Treffen mit den Landesarbeitsgemeinschaften haben in der zweiten Abfrage von den 12 teilnehmenden Geschäftsstellen 33 % angegeben, dass sie gegenwärtig keine Ressourcen für die Durchführung des externen QS-Audits bereitstellen können. Die übrigen 67 % der teilnehmenden Landesarbeitsgemeinschaften gaben an, dass die Durchführung von Audits möglich wäre. Als qualitative Anmerkungen gaben die Landesarbeitsgemeinschaften bezüglich der beiden Zeiträume die Rückmeldung, dass der Zeitraum des Stellungnahmeverfahrens (Juni–Oktober), der Datenvalidierung (Mai, Juni) sowie die Ferienzeiten ungeeignet für die Umsetzung des externen QS-Audits seien. Eine bessere Umsetzbarkeit wäre bei frei wählbaren Zeiten über das gesamte Erfassungsjahr gegeben. Von einigen Landesarbeitsgemeinschaften wurde angemerkt, dass aktuelle Personalressourcen gebunden seien bzw. die Personalausstattung an die jeweils aktuellen Aufgaben angepasst sei. Mit Beschluss des Verfahrens und darauffolgender neuer Personalbedarfsplanung inkl. Personalerhöhung sei die Situation neu zu bewerten, und es könnten (mehr) Ressourcen bereitgestellt werden.

Auf Grundlage der Zielsetzung des externen QS-Audits und der Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften wird nachfolgend die Empfehlung zur inhaltlichen Ausrichtung der Stichprobe dargestellt. Anschließend wird eine Empfehlung für die Festlegung der Stichprobengröße gegeben.

5.4.1.1 Inhaltliche Ausrichtung der Stichprobe

Das IQTIG empfiehlt für das externe QS-Audit eine zufällige Auswahl von Standorten auf Grundlage einer QS-Pflicht des Vorjahres in den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens. Dadurch wird eine Qualitätsförderung für fast alle Standorte im QS-Verfahren *Entlassmanagement* ermöglicht.

Die Stichprobenziehung kann bereits zum Ende des Vorjahres des Erfassungsjahres im IQTIG erfolgen, um einen Start der externen QS-Audits im Januar zu ermöglichen. Dazu kann auf die Mapping-Tabellen zurückgegriffen werden, die die Versendestelle im Erfassungsjahr regelmäßig an das IQTIG übermittelt und aus der die notwendigen Informationen zu den Fallzahlen pro Standort zu entnehmen sind. Die letzte Übermittlung im Vorjahr des Erfassungsjahres erfolgt zum November und enthält die Daten der ersten drei Quartale. Auf dieser Grundlage kann anschließend die Stichprobenziehung im IQTIG erfolgen. Um Standorte auszuschließen, die nur Einzelfälle mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement gemäß QS-Filter behandeln oder im Erfassungsjahr ggf. nicht mehr QS-pflichtig werden, wurde auf Grundlage der Analyse der Routinedaten einer Krankenkasse (siehe Abschnitt 3.4) eine Mindestfallzahl festgelegt (siehe Abschnitt 5.4.1.2). So wird weiterhin sichergestellt, dass bei den gezogenen Standorten ausreichend Fälle für die Dokumentenprüfung verfügbar sind. Um eine Nachziehung von Standorten im Verlauf des Erfassungsjahres zu vermeiden, die z. B. durch einen Wegfall der Zulassung eines Krankenhausstandortes notwendig sein könnte, kann bereits bei der Stichprobenziehung ein Überhang an Standorten gezogen werden, auf den die Landesarbeitsgemeinschaften in entsprechenden Fällen zurückgreifen können. Nach der Stichprobenziehung im IQTIG müssen die Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften über die jeweiligen im Bundesland gezogenen Standorte informiert werden. Für jedes Bundesland muss eine festgelegte Anzahl zufälliger Standorte gezogen werden. Die Geschäftsstellen müssen anschließend die jeweiligen Standorte über den Einbezug in das externe QS-Audit in dem Erfassungsjahr informieren, die notwendigen Unterlagen übermitteln und eine Terminabsprache mit dem jeweiligen Leistungserbringer durchführen. Es wird ein Zeitraum von mindestens vier Wochen zwischen Terminvereinbarung und dem Vor-Ort-Besuch der Expertinnen und Experten bei dem Leistungserbringer empfohlen (siehe Abschnitt 5.7.1). Unter der Annahme, dass die Stichprobenziehung, die Information an die Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften sowie die Terminabsprachen zwischen den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften und den Leistungserbringern mindestens einen Zeitraum von zwei Wochen benötigen, kann Mitte Januar mit den Vor-Ort-Besuchen begonnen werden. Grundsätzlich wäre ein Bezug auf die QS-Pflicht anhand der ersten QS-pflichtigen Fälle im laufenden Erfassungsjahr zu bevorzugen. Jedoch würde dies die Stichprobenziehung und somit auch die Durchführung der externen QS-Audits verzögern. Mit dem Bezug auf die tatsächliche QS-Pflicht könnte somit frühestens Anfang April im jeweiligen Erfassungsjahr mit den Vor-Ort-Besuchen begonnen werden.

Für die zufällige Auswahl aus den QS-pflichtigen Standorten empfiehlt das IQTIG nur Standorte einzubeziehen, bei denen keine rechnerische Auffälligkeit in den Indikatoren der Patientenbefragung oder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Jahr der Stichprobenziehung festgestellt wurde. Dadurch kann eine Überschneidungsfreiheit der Instrumente des QS-Verfahrens sichergestellt werden: Die Umsetzung der bereits im Vorjahr durch das Verfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL getroffenen Maßnahmen erstreckt sich häufig auch noch in das nachfolgende Jahr und somit in das Jahr der Durchführung des externen QS-Audits. Demnach könnte es dazu kommen, dass der Vor-Ort-Besuch im Rahmen des externen QS-Audits gleichzeitig mit der Durchführung von Maßnahmen gemäß Maßnahmenstufe 1 (z. B. Peer-Review) bei einem Krankenhaus stattfindet, bei dem eine qualitative Auffälligkeit vorlag. Eine parallele Durchführung des externen QS-Audits und einer Begehung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in einem Erfassungsjahr ist aus Sicht des IQTIG nicht sinnvoll, da die unterschiedlichen Zielsetzungen der Instrumente für die Leistungserbringer nicht mehr klar voneinander abzugrenzen sind. Weiterhin ist bei diesen Leistungserbringern davon auszugehen, dass sich die Strukturen- und Prozesse des Entlassmanagements durch die Maßnahmenvereinbarung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu diesem Zeitpunkt noch in einem Veränderungsprozess befinden. Ein externes QS-Audit wäre aus Sicht des IQTIG zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoller, wenn keine Auffälligkeit in den Indikatorergebnissen mehr vorherrscht. Die Information, ob bei einem Standort in einem Indikator eine rechnerische Auffälligkeit vorlag, liegt dem IQTIG nach Auswertung der letzten Datenlieferung im Mai vor und kann entsprechend in der Stichprobenziehung zum Ende des Vorjahres des Erfassungsjahres berücksichtigt werden. Generell wäre es zu bevorzugen, ausschließlich die Standorte aus der Standort-Grundgesamtheit auszuschließen, bei denen eine qualitative Auffälligkeit vorlag und bei denen damit auch Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart worden sind. Das Stellungnahmeverfahren für die etablierten Instrumente soll gemäß den themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL bis zum 31. Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres abgeschlossen sein. Im Januar des Erfassungsjahres des externen QS-Audits erhält das IQTIG erstmalig Informationen über die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens aus dem Vorjahr über die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Der Bezug auf eine qualitative Auffälligkeit würde somit einer Stichprobenziehung im Vorjahr und damit einer ganzjährigen Durchführbarkeit des externen QS-Audits entgegenstehen. Durch den Bezug auf Krankenhausstandorte, bei denen keine rechnerische Auffälligkeit vorlag, kann eine Qualitätsförderung bei Standorten bewirkt werden, deren Indikatorergebnisse sich (z. B. knapp) innerhalb des Referenzbereiches befinden. Zudem sind dadurch im Berichtswesen des externen QS-Audits valide Aussagen zum Versorgungsgeschehen im Entlassmanagement möglich, die sich nicht nur auf die Standorte mit rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen beziehen (siehe Abschnitt 5.5.4).

Um allen Standorten eine Teilnahme am externen QS-Audit zu ermöglichen, wird darüber hinaus empfohlen, dass Standorte, die in einem Erfassungsjahr in das externe QS-Audit einbezogen wurden, über einen festen Zeitraum für die weitere Teilnahme (und damit für den Einbezug in die Stichprobe) in den Folgejahren ausgeschlossen werden. Aus Sicht des IQTIG sollten somit möglichst alle Leistungserbringer von einer sanktionsfreien Qualitätsförderung profitieren, sodass

alle Standorte gemäß der empfohlenen Grundgesamtheit einmal in das externe QS-Audit einbezogen werden können.

Es wird außerdem empfohlen, aus Aufwand-Nutzen-Gründen diejenigen Standorte wieder auszuschließen, die ihre Verfahrensregelung zum Entlassmanagement nicht im Vorfeld des Vor-Ort-Besuches an die Landesarbeitsgemeinschaften übermitteln (siehe Abschnitt 5.7.1) oder die kein Einverständnis zum Vor-Ort-Besuch durch das Expertenteam erteilen, das gemäß DeQS-RL obligatorisch ist. Durch die Ziehung eines Überhangs an Standorten kann der Wegfall von Standorten durch diese Gründe oder aufgrund des Ausscheidens eines Standortes aus der Versorgung bereits bei Stichprobenziehung kompensiert werden und eine Nachziehung vermieden werden.

Neben dem oben dargestellten empfohlenen Vorgehen besteht die Möglichkeit, die Standorte auf Grundlage einer Auffälligkeit der Indikatorergebnisse im Rahmen der anderen Instrumente (Patientenbefragung und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) in das externe QS-Audit einzubeziehen. Das IQTIG empfiehlt aus den nachfolgenden Gründen jedoch keine anlassbezogene Stichprobe auf Grundlage von einer Auffälligkeit in den Indikatorergebnissen:

- Das externe QS-Audit betrachtet eigene Qualitätsmerkmale mit den dazugehörigen Qualitätsanforderungen (siehe Abschnitt 5.2). Eine Auslösung für das externe QS-Audit auf Grundlage auffälliger Struktur- oder Prozessindikatoren wäre nicht nachvollziehbar, wenn im externen QS-Audit inhaltlich nicht mehr auf diese Auffälligkeiten eingegangen wird.³⁷ Zwei Indikatoren der Patientenbefragung adressieren mit der Entlassbereitschaft die Ergebnisqualität des Entlassmanagements. Im Gegensatz zur Auslösung des externen QS-Audits auf Grundlage von Struktur- oder Prozessindikatoren wäre eine Auslösung aufgrund einer Auffälligkeit in den Ergebnisindikatoren nachvollziehbar, da sich u. a. in der Entlassbereitschaft das Ergebnis der durch die im externen QS-Audit betrachteten Prozesse widerspiegelt. Für beide Ergebnisindikatoren der Patientenbefragung sind verteilungsbasierte (mittelwertbasierte) Referenzbereiche empfohlen. Ob alleinig die Anzahl an Standorten mit Auffälligkeiten in diesen Indikatoren eine ausreichende Grundlage für eine anlassbezogene Stichprobe für das externe QS-Audit darstellen, müsste in den ersten Jahren der Durchführung der Patientenbefragung geprüft werden.
- Der Einbezug von Standorten auf Grundlage einer Auffälligkeit in den Indikatorergebnissen unterliegt der Annahme, dass bei diesen Standorten ein größeres Verbesserungspotenzial für die Prozesse des Entlassmanagements besteht. Das externe QS-Audit kann sich durch Bezug auf ein Erfassungsjahr nur auf eine Auffälligkeit in den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens beziehen, die bis zur Durchführung des externen QS-Audits bereits zwei Jahre alt ist, sodass das Bestehen eines erhöhten Verbesserungspotenzials beim Leistungserbringer nicht sichergestellt ist. Weiterhin könnte analog, wie für die empfohlene Stichprobenziehung, bei der Stichprobenziehung im Vorjahr nur berücksichtigt werden, ob eine rechnerische Auffälligkeit vorlag.

³⁷ Im QS-Verfahren *Entlassmanagement* ist für die Indikatoren der Patientenbefragung und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation weiterhin ein Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL vorgesehen. Im Rahmen dieser Beauftragung wurden dafür Konzepte entwickelt (siehe Kapitel 6), wie mit auffälligen Indikatorergebnissen im Stellungnahmeverfahren umgegangen werden kann.

Eine Berücksichtigung der qualitativen Auffälligkeit steht einer ganzjährigen Durchführbarkeit des externen QS-Audit entgegen.

- Durch das externe QS-Audit sollen gemäß Beauftragung darüber hinaus Best-Practice-Beispiele identifiziert und Verbesserungen implementiert werden. Die Wahrscheinlichkeit, durch das externe QS-Audit Best-Practice-Beispiele zu identifizieren, ist bei Leistungserbringern, die auf Grundlage einer Auffälligkeit in den Indikatoren der anderen QS-Instrumenten ausgewählt worden sind, gering.
- Wie für die empfohlene Stichprobenziehung bereits angeführt, ist es möglich, dass sich die Umsetzung der bereits im Vorjahr durch das Verfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL getroffenen Maßnahmen auch noch in das Erfassungsjahr des externen QS-Audits erstreckt und sich die Strukturen und Prozesse des Entlassmanagements noch in einem Veränderungsprozess befinden. Eine parallele Durchführung des externen QS-Audits zu den Maßnahmen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in einem Erfassungsjahr ist aus Sicht des IQTIG zudem nicht sinnvoll, da die unterschiedlichen Zielsetzungen der Instrumente für die Leistungserbringer nicht mehr klar voneinander abzugrenzen sind, wenn beide Instrumente zeitgleich zur Anwendung kommen.
- Die Krankenhäuser sollen von der Teilnahme am externen QS-Audit für ihr Entlassmanagement profitieren, das keine Sanktionen nach sich zieht, sodass die Fokussierung auf Standorte mit auffälligen Indikatorergebnissen dem Ziel einer breiten Qualitätsförderung durch das externe QS-Audit zuwiderlaufen würde.

5.4.1.2 Festlegung der Stichprobengröße

Für die Empfehlung einer Stichprobengröße für das externe QS-Audit sind insbesondere die Zielsetzung des Instruments und die Umsetzbarkeit für die Landesarbeitsgemeinschaften entscheidend. Primäres Ziel des externen QS-Audits ist es, durch die Identifizierung von Stärken und Schwächen sowie die Ableitung von Optimierungsmaßnahmen eine Qualitätsförderung beim Leistungserbringer zu erreichen. Aus Sicht des IQTIG sollten möglichst alle Leistungserbringer von dieser Qualitätsförderung profitieren. Eine Stichprobengröße von mindestens 10 % der Standorte wird demnach als notwendig angesehen, sodass in einem Zeitraum von zehn Jahren im Regelfall alle Standorte einbezogen werden können.

In der Vorabfrage bei den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften haben 33 % eine Einschätzung auf Basis der aktuellen Ressourcen abgegeben, wie viele Leistungserbringer in einem Erfassungsjahr in das externe QS-Audit einbezogen werden können. Die Anzahl beläuft sich auf 2 bis 50 Leistungserbringer. Bezogen auf die Anzahl der relevanten Standorte des jeweiligen Bundeslandes ergibt das einen prozentualen Anteil von 5 % bis zu 27 %. Im Durchschnitt liegt der von den LAG-Geschäftsstellen angegebene Anteil bei 13 %, bezogen auf alle relevanten Standorte je Bundesland ausgehend von einem Erfassungsjahr. In der Abfrage nach Vorstellung des Konzepts im LAG-Treffen haben 67 % der teilnehmenden Landesarbeitsgemeinschaften eine Einschätzung auf Basis ihrer aktuellen Ressourcen abgegeben. Die quantitativen Angaben liegen im Wertebereich von 1 bis 15 (Leistungserbringern je Bundesland pro Erfassungsjahr), was pro-

zentual zu den relevanten Standorten des jeweiligen Bundeslandes zwischen 1 % und 27 % ausmacht. Dies ergibt einen durchschnittlichen Anteil, bezogen auf die Standorte je Bundesland, von 4 % pro Erfassungsjahr.

Gemäß den festgelegten Kriterien scheint laut den Geschäftsstellen, die in den Abfragen eine Einschätzung abgeben konnten, demnach aktuell eine Stichprobengröße in Höhe von bis zu 5 % der Standorte im umsetzbaren Bereich, sodass die anvisierte Mindeststichprobengröße von 10 % erst durch einen Ressourcenaufbau erreicht werden könnte. Das IQTIG schätzt eine Stichprobengröße von 5 % als zu klein ein, um eine Teilnahme für alle Standorte des QS-Verfahrens über einen angemessenen Zeitraum zu ermöglichen und relevante Verbesserungen im Entlassmanagement durch das externe QS-Audit erreichen zu können.

Um im Rahmen dieser Beauftragung eine grundlegende Abschätzung zu ermöglichen, wie viele Standorte auf Bundeslandebene (gemäß dem vom IQTIG empfohlenen Vorgehen) in einem Erfassungsjahr in das externe QS-Audit einzubeziehen sind, wurde wie folgt vorgegangen: Für die entwickelte QS-Auslösung wurde anhand von anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse geprüft, wie sich die selektierte Fallpopulation im QS-Verfahren *Entlassmanagement* auf die verschiedenen Krankenhäuser verteilt (siehe Abschnitt 3.4). Die verwendeten Routinedaten der Krankenkasse umfassen ca. 10 % von allen gesetzlich versicherten Entlassfällen des Jahres 2017, die sich auf 1.720 verschiedene Krankenhäuser verteilen, wobei laut Statistischem Bundesamt (GBE-Bund 2024a) im Jahr 2017 insgesamt 1.942 Krankenhäuser bundesweit existierten. Dass einzelne Krankenhäuser nicht in den Daten enthalten sind, ist vermutlich auf die Unvollständigkeit der Datenstichprobe zurückzuführen, sodass insbesondere Krankenhäuser mit wenigen Entlassfällen u. U. nicht enthalten sind. Dies bedeutet weiterhin, dass auf diese Krankenhäuser wahrscheinlich auch wenige Entlassfälle mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement fallen. Von den 1.720 in der Routinedaten-Stichprobe enthaltenen Krankenhäusern behandelten ca. 240 Krankenhäuser, gemäß dem weiterentwickelten QS-Filter (siehe Abschnitt 3.5), hochgerechnet nur bis zu 50 QS-pflichtige Entlassfälle mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement. Ausgehend von einer gleichmäßigen Verteilung über das Erfassungsjahr, würden diese Krankenhäuser die notwendige Anzahl von zehn Fällen (siehe Abschnitt 5.4.2) für das externe QS-Audit kaum in den ersten vier Monaten des Erfassungsjahres erreichen. Um den Landesarbeitsgemeinschaften die Möglichkeit zu geben, bei Krankenhäuser mit wenigen Entlassfällen mit einem umfassenden Bedarf auch bereits vor Beginn der ressourcen-kritischen Zeiträume (Mai–Oktober) das externe QS-Audit durchzuführen, wird eine Mindestfallzahl von 50 Entlassfällen aus dem Vorjahr empfohlen, sodass bereits in der Regel Anfang April mit der Durchführung des externen QS-Audits bei diesen Standorten begonnen werden könnte. Zeitgleich kann durch die Fokussierung des externen QS-Audits auf Krankenhäuser mit einer größeren Anzahl von Entlassfällen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement, unter der Voraussetzung von eingeschränkten Ressourcen bei den Landesarbeitsgemeinschaften, eine größere Anzahl von Patientinnen und Patienten von einer potenziellen Qualitätsförderung des Entlassmanagements profitieren. Bezogen auf die bundesweite Zahl von 1.942 Krankenhäusern (GBE-Bund 2024a) reduziert sich die Anzahl um ca. 25 %, wenn Krankenhäuser mit bis zu 50 Entlassfällen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement ausgeschlossen werden.

Die von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten anonymisierten Routinedaten beinhalten nur Angaben zu den Krankenhäusern, jedoch wird das externe QS-Audit auf Ebene von Krankenhausstandorten durchgeführt. Um dennoch eine Abschätzung zu ermöglichen, wie viele Standorte auf Bundeslandebene in einem Erfassungsjahr in das externe QS-Audit einzubeziehen sind, wird die anteilmäßige Reduktion von 25 % auf die Anzahl der Krankenhausstandorte von Juni 2024 gemäß Standortverzeichnis übertragen. In der nachfolgenden Tabelle 16 sind die daraus resultierenden Standortzahlen für die Stichprobe in einem Erfassungsjahr dargestellt. Da der QS-Filter für die Patientenbefragung nur vollstationäre Fälle einschließt, wurden Tageskliniken sowie Ambulanzen von der Anzahl der Krankenhausstandorte abgezogen. Der Einfluss des Ausschlusses von Standorten mit einer rechnerischen Auffälligkeit aus dem Vorjahr in den anderen Instrumenten kann erst zum Ende des ersten Jahres der Erprobungsphase dieser Instrumente abgeschätzt werden.

Tabelle 16: Abschätzung zur Anzahl einzubeziehender Standorte im externen QS-Audit für ein Erfassungsjahr

Land	Anzahl Standorte gemäß bundesweitem Verzeichnis von Standorten (Stand Juni 2024)	Anzahl Standorte abzüglich Standorte < 50 QS-pflichtige Fälle i. H. v. 25 %	Gesamtanzahl Standorte bei 10 % Stichprobe
DE (gesamt)	2.375	1.781	178
Bayern	407	305	31
Brandenburg	76	57	6
Berlin	75	56	6
Baden-Württemberg	282	212	21
Bremen	21	16	2
Hessen	214	161	16
Hamburg	49	37	4
Mecklenburg-Vorpommern	48	36	4
Niedersachsen	218	164	16
Nordrhein-Westfalen	506	380	38
Rheinland-Pfalz	118	89	9
Schleswig-Holstein	97	73	7
Saarland	31	23	2
Sachsen	109	82	8
Sachsen-Anhalt	68	51	5
Thüringen	56	42	4

5.4.1.3 Zusammenfassung der Empfehlungen zur Stichprobenziehung

Gemäß den Ausführungen (siehe Abschnitte 5.4.1.1 und 5.4.1.2) sind die Empfehlung zur Stichprobenziehung für das externe QS-Audit nachfolgend zusammengefasst. Das IQTIG empfiehlt 10% der Standorte pro Erfassungsjahr aus der folgenden Standort-Grundgesamtheit zufällig in das externe QS-Audit einzubeziehen:

- Standorte, die im Jahr vor der Durchführung des externen QS-Audits in den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens QS-pflichtig waren
- Standorte, bei denen im Jahr vor der Durchführung des externen QS-Audits keine rechnerische Auffälligkeit in den Indikatorergebnissen der anderen Instrumente festgestellt wurde
- Standorte, die innerhalb der vergangenen zehn Jahre (Anzahl der Jahre abhängig von der Stichprobengröße, in diesem Fall Stichprobengröße von 10 %) nicht mindestens einmal am externen QS-Audit teilgenommen haben
- Standorte, bei denen mindestens 50 QS-pflichtige Fälle im Jahr vor der Durchführung des externen QS-Audits für die Patientenbefragung im QS-Verfahren vorlagen

Die Stichprobenziehung soll im Vorjahr der Durchführung des externen QS-Audits stratifiziert nach Bundesländern erfolgen und einen Überhang miteinbeziehen, um einen Wegfall von Standorten (fehlende Zulassung, fehlendes Einverständnis für Vor-Ort-Besuch, Nicht-Übermittlung Verfahrensregelung) bereits bei der Stichprobenziehung kompensieren zu können. Der zeitliche Ablauf zur Stichprobenziehung ist in Abbildung 7 dargestellt.

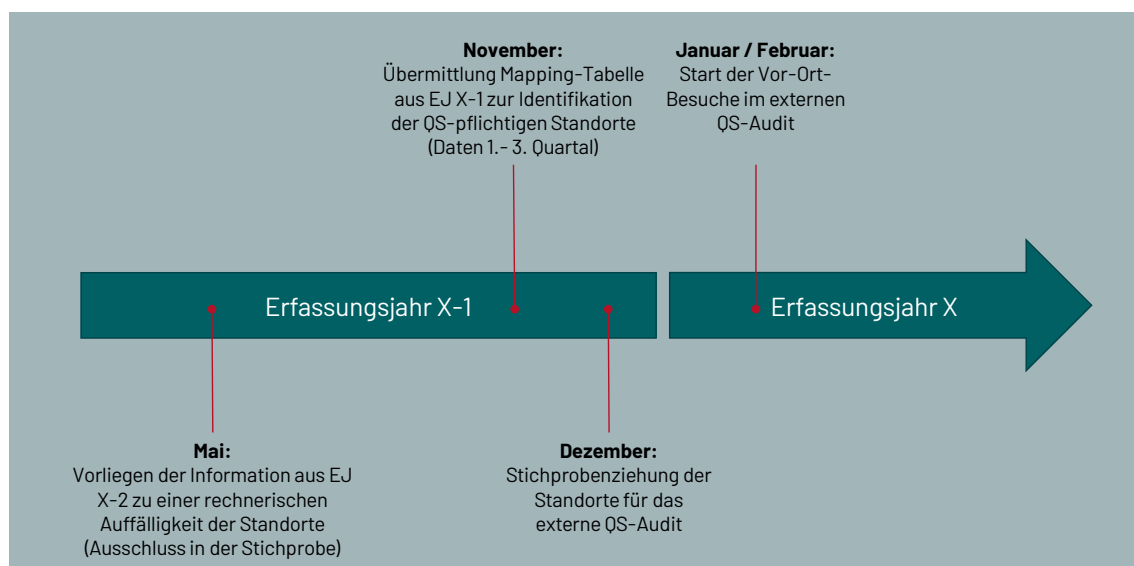


Abbildung 7: Zeitliche Abfolge der Stichprobenziehung der Standorte im externen QS-Audit

5.4.2 Stichprobenziehung auf Fallebene

Die Beauftragung sieht vor, dass das externe QS-Audit die Nutzung und Analyse der im Krankenhaus vorhandenen Behandlungs- und Entlassdokumentationen umfasst. Dazu wurde in der Leitfadenenentwicklung das Element der Dokumentenprüfung entwickelt (siehe Abschnitt 5.3.1.1). Analog zur Auswahl der Standorte, die in das Instrument einbezogen werden, muss auch für die

Dokumentenprüfung eine Stichprobenziehung entwickelt werden, die bestimmt, von welchen Fällen die Behandlungs- und Entlassdokumentationen geprüft werden sollen. Im Gegensatz zur Stichprobenziehung auf Standortebene besteht hier allerdings nicht die Möglichkeit einer anlassbezogenen Stichprobe auf Grundlage der Auffälligkeit einzelner Fälle, da im aktualisierten Qualitätsindikatorensatz 2.0 (siehe Indikatorensatz 2.0 der QS-Dokumentation) keine fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation mehr vorhanden sind und durch das Instrument der Patientenbefragung kein Rückschluss auf einen Fall mit einem interessierenden Ereignis möglich ist. Demnach ist für die Dokumentenprüfung ausschließlich eine zufällige Auswahl von Fällen möglich. Dadurch bleibt allerdings auch die Chance gewahrt, Qualitätsprobleme zu identifizieren, die bei Behandlungsfällen vorgelegen, sich aber nicht in einem unerwünschten Ereignis manifestiert haben (Bion und Alderman 2022). Um einen umfassenden Einblick in die Umsetzung der Prozesse des Entlassmanagements zu bekommen, sollte die Anzahl der einbezogenen Fälle größtmöglich sein. Die Auswahl der Fälle für das externe QS-Audit sollte sich auf die ausgelösten Fälle des QS-Filters der Patientenbefragung im jeweiligen Erfassungsjahr beschränken. So kann gewährleistet werden, dass Dokumente von denjenigen Patientinnen und Patienten einbezogen werden, die einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement hatten und dementsprechend auch eine höhere Aussagekraft für die Umsetzung des Entlassmanagements des jeweiligen Standortes zulassen. In der Durchführung des externen QS-Audits ist für die Dokumentenprüfung ein zeitlicher Rahmen von 3,5 Stunden eingeplant (siehe Abschnitt 5.7.2). Das IQTIG sieht für die Einschätzung zu den vorgesehenen Prüfkriterium einen Zeitraum von mindestens 20 Minuten zur Prüfung eines Falles als notwendig an, sodass maximal zehn Fälle geprüft werden können. Diese Einschätzung muss in einer Machbarkeitsprüfung überprüft werden. Wie im Abschnitt zum Element der Dokumentenprüfung aufgeführt (siehe Abschnitt 5.3.1.1), ist ein Einsichtsrecht in die nicht-anonymisierte Behandlungs- und Entlassdokumentation für eine aufwandsarme Dokumentenprüfung im externen QS-Audit notwendig, wobei auch die Stichprobenziehung auf Fallenebene davon abhängig ist. Das IQTIG empfiehlt die Stichprobenziehung der Fälle erst am Tag des externen QS-Audits vor Ort durchzuführen. Somit sind die zu betrachtenden Fälle dem Leistungserbringer im Vorfeld nicht bekannt und eine hohe Aussagekraft der Dokumente kann sichergestellt werden. Die Ziehung der zehn Fälle muss nach Möglichkeit durch eine Schnittstelle zur QS-Software für die Patientenbefragung durchgeführt werden. Alternativ kann eine zufällige, elektronisch durchgeführte Auswahl der Fälle auf Grundlage einer Liste der ausgelösten Fälle des jeweiligen Erfassungsjahres vor Ort erfolgen. Die Zuständigkeit für die Stichprobenziehung der Fälle vor Ort soll bei der LAG-Vertreterin bzw. dem LAG-Vertreter liegen. Die Auswahl der Fälle für das externe QS-Audit ist unabhängig von der tatsächlichen Teilnahme an der Patientenbefragung. Das IQTIG empfiehlt, keine nach Fachabteilungen, Alter oder Geschlecht stratifizierte Zufallsstichprobe von Fällen vorzunehmen. Das Entlassmanagement sollte auch im externen QS-Audit als Querschnittsthema fachabteilungsübergreifend begutachtet werden, sodass eine Einschätzung bezogen auf den Standort getroffen werden kann. Voraussetzung für die Dokumentenprüfung ist, dass die entsprechenden Entlass- und Behandlungsdokumentationen in digitaler Form vorliegen und ihre Bereitstellung am Tag des Vor-Ort-Besuches zeitnah möglich ist.

5.5 Rückmelde- und Berichtswesen (aggregierte Veröffentlichung)

Das externe QS-Audit wurde als ergänzendes Instrument zu den indikatorbasierten Instrumenten des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* entwickelt. Entsprechend soll über die Ergebnisse des QS-Verfahrens zu einem Erfassungsjahr, nach Möglichkeit, zusammen berichtet werden können. Demnach ist es für das externe QS-Audit auch geboten, dass die Ergebnisse mit den nach DeQS-RL vorgesehenen Berichten veröffentlicht werden können. Auch die Rückmeldung der Ergebnisse an die Leistungserbringer soll nach Möglichkeit auf bestehende Regelungen der DeQS-RL ausgerichtet sein. Nachfolgend sind die Empfehlungen für das Berichts- und Rückmeldewesen im externen QS-Audit *Entlassmanagement* sowie die notwendigen Datenflüsse dargestellt.

5.5.1 Ergebnisbericht externes QS-Audit

Die Leistungserbringer erhalten direkt in der Nachbesprechung während des externen QS-Audits eine mündliche Rückmeldung zu den quantitativen (Gruppen-Gesamtwerte) und qualitativen Ergebnissen (Stärken, Schwächen und ggf. Best-Practice-Beispiele) der Begutachtung durch das Expertenteam (siehe Abschnitt 5.3.3). Auf die mündliche Rückmeldung während des Vor-Ort-Besuchs folgt eine schriftliche Rückmeldung in Form eines Ergebnisberichts, der in vorläufiger Fassung innerhalb von einer und in finaler Fassung innerhalb von zehn Wochen nach dem Vor-Ort-Besuch von der zuständigen Vertreterin bzw. dem zuständigen Vertreter der LAG-Geschäftsstellen erstellt und an die Leistungserbringer übermittelt werden soll. Der Ergebnisbericht enthält neben den Gruppen-Gesamtwerten auch die detaillierten Item-Gesamtwerte, eine Abschrift der in der Nachbesprechung thematisierten Stärken und Schwächen (inklusive der Kommentierung des Leistungserbringers) sowie den erarbeiteten und durch den Leistungserbringer konsentierten Maßnahmenplan und identifizierte Best-Practice-Beispiele. Alle Informationen und Daten des Ergebnisberichts sind auf den spezifischen Leistungserbringer ausgerichtet und werden nur an diesen berichtet.

5.5.2 Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer

Aufnahme der Ergebnisse des externen QS-Audits

Gemäß Teil I § 18 DeQS-RL erhalten die Leistungserbringer Rückmeldeberichte zu den von ihnen übermittelten Daten und den Ergebnissen der Patientenbefragungen. Auch für das externe QS-Audit sollen die Rückmeldeberichte ausschließlich quantitative Auswertungen enthalten, sodass gesammelt über die quantitativen Ergebnisse der verschiedenen Erfassungsinstrumente des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* im Erfassungsjahr an den Leistungserbringer berichtet werden kann. Die Verantwortung für die Erstellung der Rückmeldeberichte liegt bei der Bundesauswertungsstelle. In den Rückmeldeberichten können für das externe QS-Audit die leistungserbringerbezogenen quantitativen Ergebnisse den aggregierten Ergebnissen auf Bundesebene im Erfassungsjahr gegenübergestellt werden; vergleichende statistische Analysen, wie bei den Qualitätsindikatoren, sind hier nicht vorgesehen. Die Gegenüberstellung dient den Leistungserbringern zur Einordnung ihrer eigenen Ergebnisse zu den bundesweit teilnehmenden Leistungserbringern. Dieser Benchmark wird durch das empfohlene Stichprobenkonzept (siehe Abschnitt

5.4.1.1) möglich, da sich die Stichprobe, verglichen mit dem Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL, nicht nur aus Leistungserbringern zusammensetzt, bei denen Auffälligkeiten in den Indikatorergebnissen bestanden. Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse auf Landesebene wird vom IQTIG auf Grundlage der kleinen teilnehmenden Standortzahlen in einigen Bundesländern nicht als sinnvoll eingeschätzt. Da diese Auswertungsebene entfällt und weiterhin die Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften ihre landesbezogenen Ergebnisse aus der Durchführung der externen QS-Audits eigenständig vorliegen haben, entfällt auch der Rückmeldebericht an die Landesstellen.

Notwendigkeit eines neuen Datenflusses

Nach derzeitiger Regelung in der DeQS-RL leitet die Bundesauswertungsstelle die erstellten Rückmeldeberichte an die Datenannahmestellen (DAS) weiter, die die Berichte an die Leistungserbringer übermitteln. Im Gegensatz zu den bisher etablierten Instrumenten der externen Qualitätssicherung werden die Ergebnisse des externen QS-Audits nicht bei der Bundesauswertungsstelle, sondern bei den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften leistungserbringerbezogen vorliegen. Nach Ablauf eines Erfassungsjahres bzw. nach Durchführung aller externen QS-Audits in einem Erfassungsjahr müssen die Geschäftsstellen auf Landesebene die quantitativen Ergebnisse des externen QS-Audits leistungserbringerbezogen an die Bundesauswertungsstelle übermitteln. Für die Erfassung der Daten wird das IQTIG eine Erfassungsvorlage mit hinterlegten Berechnungen zur Verfügung stellen. Diese kann von den Landesarbeitsgemeinschaften schon im Vor-Ort-Besuch für die Berechnung genutzt werden. In der Erfassungsvorlage muss auch angegeben werden, wenn grundlegende Voraussetzungen für die vollständige Durchführung des externen QS-Audits nicht erfüllt worden sind (siehe Abschnitt 5.6). Nach Abschluss eines externen QS-Audits (inkl. der sich an den Vor-Ort-Besuch anschließenden Abstimmung des Maßnahmenplans vonseiten des Leistungserbringers) müssen die quantitativen Ergebnisse an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden. Zum 15. März des dem Erfassungsjahr folgenden Jahrs müssen alle Ergebnisse in der Bundesauswertungsstelle vorliegen. Ein Exportformat für den Datenexport wird durch das IQTIG definiert. Das übermittelte Ergebnis wird innerhalb des bestehenden Rückmeldeberichts (siehe vorheriger Abschnitt) mit ausgegeben. Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer müssen zum 31. Mai des dem Erfassungsjahr folgenden Jahrs übermittelt werden.

5.5.3 Bundesauswertung

Die Bundesauswertung (BuAw) wird einmal jährlich für jedes Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage der DeQS-RL erstellt und beinhaltet die auf Bundesebene aggregierten Auswertungen der externen Qualitätssicherung. Analog zu den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer wird sich die BuAw für das externe QS-Audit ausschließlich auf die quantitativen, nicht aber auf die qualitativen Ergebnisse beziehen. Für die Integration der Ergebnisse des externen QS-Audits in die BuAw für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* kann auf denselben Datenfluss sowie dieselbe Datengrundlage wie zur Erstellung der Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer zurückgegriffen werden. Die BuAw kann einschließlich der quantitativen, auf Bundesebene aggregierten Ergebnisse des externen QS-Audits zum 31. Mai des dem Erfassungsjahr folgenden Jahrs

an den G-BA übergeben werden und nach Abstimmung mit diesem sowohl im Rahmen des Bundesqualitätsberichts (siehe Abschnitt 5.5.4) als auch separat veröffentlicht werden.

5.5.4 Bundesqualitätsbericht

Aufnahme der Ergebnisse des externen QS-Audits

Der Bundesqualitätsbericht (BQB) wird jährlich auf Grundlage der DeQS-RL erstellt und enthält die Ergebnisse (bezogen auf ein QS-Verfahren) der BuAw sowie die durch die Qualitätssicherungsergebnisberichte übermittelten Erkenntnisse und Ergebnisse der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen (Stellungnahmeverfahren) für die etablierten Instrumente. Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* muss im BQB jeweils in zwei aufeinanderfolgenden Jahren berichten werden: Im Jahr nach dem Erfassungsjahr kann über die Indikatorergebnisse, zwei Jahre nach dem Erfassungsjahr über die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens berichtet werden. Nach Durchführung des externen QS-Audits über das gesamte Erfassungsjahr liegen bei den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften die quantitativen und qualitativen Ergebnisse der externen QS-Audits leistungserbringerbezogen vollständig vor. Diese können somit aggregiert bereits in den BQB ein Jahr nach dem Erfassungsjahr eingehen und synchron mit den Indikatorergebnissen der anderen Instrumente berichtet werden.

Der BQB muss für das externe QS-Audit neben den Ergebnissen aus der BuAw auch über die in den Nachbesprechungen thematisierten Stärken und Schwächen der Leistungserbringer in aggregierter Form berichten. Zu diesen qualitativen Ergebnissen gehören auch die in den Nachbesprechungen erarbeiteten und anschließend bei den Leistungserbringern konsentierten Maßnahmenpläne (Ziele der Leistungserbringer, einschränkende Rahmenbedingungen und Optimierungsmaßnahmen). Die Ergebnisse müssen auf Länderebene durch die LAG-Geschäftsstellen unter Einbezug der Fachkommissionen aggregiert werden und anschließend in Form von 16 länderbezogenen Berichten an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden. In dieser muss nachfolgend, unter Einbezug des Expertengremiums, eine Aggregation auf Bundesebene erfolgen. Best-Practice-Beispiele erscheinen in der Aggregation nicht sinnvoll zu veröffentlichen, da die Prozesse immer an die individuellen Gegebenheiten der Leistungserbringer ausgerichtet sind.

Im BQB wird zudem aggregiert berichtet, welche Vorschläge die Landesstellen zur Weiterentwicklung des externen QS-Audits und zur Systemgestaltung des Entlassmanagements (z. B. mögliche Verbesserungsvorschläge für die Schnittstelle zur Anschlussversorgung) an die Bundesauswertungsstelle zurückgemeldet haben. Diese Informationen müssen, neben den Ergebnissen aus den externen QS-Audits, ebenfalls im Vorfeld von den LAG-Geschäftsstellen unter Einbezug der Fachkommissionen auf Landesebene aggregiert, aufbereitet und in Form der länderbezogenen Berichte an die Bundesauswertungsstelle gesendet werden. Die Vorschläge zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens und zur Systemgestaltung der Landesebene werden abschließend von der Bundesauswertungsstelle, unter Einbezug des Expertengremiums auf Bundesebene, für den BQB aufbereitet.

Das IQTIG empfiehlt zudem, die Erkenntnisse zum Umsetzungsgrad aus der jährlichen Abfrage zur Umsetzung der Maßnahmen des externen QS-Audits im BQB aggregiert darzustellen. Es sollen in dem Zuge auch die Begründungen aggregiert dargestellt werden, die eine Umsetzung von Maßnahmen bei den Häusern verhindern. Die Durchführung der Abfrage zur Umsetzung der Maßnahmen erfolgt durch die Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften gesammelt, einmal jährlich im Folgejahr des Erfassungsjahres bei den Leistungserbringern, die im Erfassungsjahr am externen QS-Audit teilgenommen haben. Die Ergebnisse sind dann durch die Landesarbeitsgemeinschaften zu aggregieren und als Bestandteil der länderbezogenen Berichte an die Bundesauswertungsstelle zu übermitteln, die die Berichte anschließend auf Bundesebene aggregiert. Somit kann zum 15. August des zweiten Jahrs nach dem Erfassungsjahr im BQB aggregiert über den Umsetzungsgrad der Maßnahmen aus dem externen QS-Audit aus dem Erfassungsjahr berichtet werden. Zusammen mit dem empfohlenen Vorgehen für die Stichprobe an Standorten für das externe QS-Audit, die sich nicht wie das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil I § 17 DeQS-RL auf die rechnerisch auffälligen Standorte bezieht (siehe Abschnitt 5.4.1.3), können im BQB valide Aussagen auf Bundesebene zum Versorgungsgeschehen im Entlassmanagement berichtet werden. Insbesondere durch die qualitativen Ergebnisse können Erkenntnisse für die Gesamtversorgung gewonnen werden, z. B. welche einschränkenden Rahmenbedingungen bei den Leistungserbringern zur Umsetzung des Entlassmanagements vorliegen. Diese Erkenntnisse können vor allem auch im Zeitverlauf betrachtet und bewertet werden und somit zu einer bundesweiten Qualitätsförderung des Entlassmanagements genutzt werden.

Notwendigkeit eines neuen Datenflusses

Die genannten Informationen müssen abgekoppelt von den standardisierten Daten der Qualitätssicherungsergebnisberichte in einem separaten Datenfluss von den Landesarbeitsgemeinschaften an die Bundesauswertungsstelle übermittelt werden. Das IQTIG schlägt eine praxisorientierte und niedrigschwellige Erhebung und Datenübermittlung vor, z. B. über eine Online-Plattform, die in einer standardisierten Ausgestaltung fortlaufend und unterjährig von den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften befüllt werden kann. Nach Abschluss der externen QS-Audits und Übermittlung sowie Rückmeldung der Leistungserbringer zu den Maßnahmenplänen in den Ergebnisberichten muss die abschließende Datenübermittlung zum 15. März im Folgejahr des Erfassungsjahrs erfolgen. Die Ergebnisse müssen anschließend im Expertengremium auf Bundesebene besprochen werden. Der BQB wird im Folgejahr des Erfassungsjahrs am 15. August an den G-BA übergeben.

Die nachfolgende Abbildung 8 stellt zusammenfassend die empfohlene zeitliche Abfolge des Berichts- und Rückmeldewesens für das externe QS-Audit im Rahmen der DeQS-RL dar. Tabelle 17 gibt einen Überblick darüber, welche Ergebnisse aus dem externen QS-Audit in den jeweiligen Berichten dargestellt werden können.

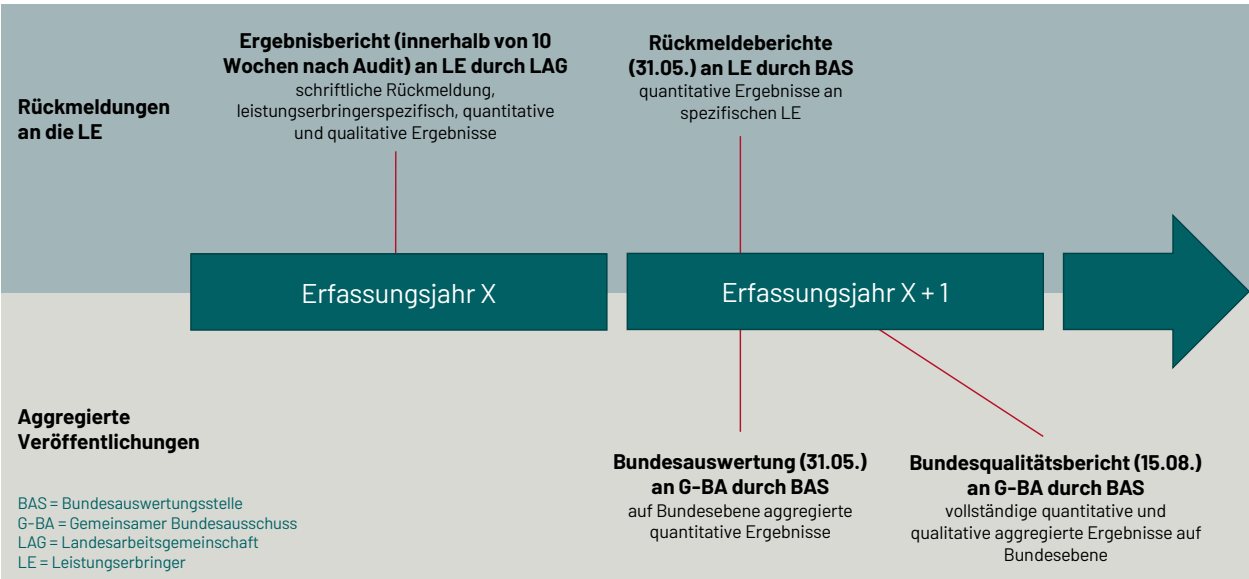


Abbildung 8: Zeitliche Abfolge Berichts- und Rückmeldewesen im externen QS-Audit

Tabelle 17: Rückmelde- und Berichtswesen (aggregierte Veröffentlichung) für das externe QS-Audit

Bericht Information	Ergebnisbericht (innerhalb von 10 Wochen)	Rückmeldebericht an Leistungserbringer (31.5.X+1)	Bundesauswertung (31.5.X+1)	Bundesqualitätsbericht (15.8.X+1)
Gruppen-Gesamtwerte	x (leistungserbringerbezogen)	x (leistungserbringerbezogen inkl. Gegenüberstellung zu Bundes- werten)	x (aggregiert)	x (aggregiert)
Item-Gesamtwerte	x (leistungserbringerbezogen)	x (leistungserbringerbezogen inkl. Gegenüberstellung zu Bundes- werten)	x (aggregiert)	x (aggregiert)
Stärken/Schwächen	x (leistungserbringerbezogen)			x (aggregiert)
Kommentierung	x (leistungserbringerbezogen)			
Best-Practice-Beispiele	x (leistungserbringerbezogen)			
Ziele des Leistungserbringers	x (leistungserbringerbezogen)			x (aggregiert)
Einschränkende Rahmenbedin- gungen	x (leistungserbringerbezogen)			x (aggregiert)
Optimierungsmaßnahmen	x (leistungserbringerbezogen)			x (aggregiert)
Vorschläge Weiterentwicklung externes QS Audit				x (aggregiert)

Bericht Information	Ergebnisbericht (innerhalb von 10 Wochen)	Rückmeldebericht an Leistungserbringer (31.5.X+1)	Bundesauswertung (31.5.X+1)	Bundesqualitätsbericht (15.8.X+1)
Vorschläge zur Systemgestal- tung				x (aggregiert)
Erkenntnisse aus der Abfrage zur Umsetzung der Maßnahmen (im Folgejahr des EJ)				x (aggregiert zum 15.8. X + 2)

5.5.5 Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren

Auf Grundlage der Rückmeldungen im Expertengremium (siehe Anhang E.2.2.5) wurde im Konzept die Empfehlung angefügt, dass zum Ende des Folgejahres des Erfassungsjahres eine Abfrage beim Leistungserbringer durchgeführt werden soll, inwieweit die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt werden konnten.

5.6 Leistungserbringerbezogene Veröffentlichung

Alle in Deutschland zugelassenen Krankenhäuser sind nach § 136b SGB V gesetzlich verpflichtet, jedes Jahr einen strukturierten Qualitätsbericht vorzulegen. Diese Berichte dienen dazu, die Öffentlichkeit über die Arbeit und die Strukturen der Krankenhäuser zu informieren. Die Informationen umfassen unter anderem, neben den Angaben zu vorhandenen Fachabteilungen oder zur Anzahl an pflegerischem und ärztlichem Personal, auch Angaben zur Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Für das externe QS-Audit empfiehlt das IQTIG, eine Veröffentlichung der Teilnahme sowie der Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der grundlegenden Voraussetzungen für den vollständigen Durchlauf des externen QS-Audits in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser vorzusehen. Entsprechend soll zum Berichtsjahr, in dem das externe QS-Audit durchgeführt wurde, veröffentlicht werden, ob der Leistungserbringer Teil der Stichprobe in dem betreffenden Jahr war und folgende Voraussetzungen erfüllt bzw. nicht erfüllt wurden:

- Übermittlung einer Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement vor dem Vor-Ort-Besuch an die Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft
- Einverständnis des Leistungserbringers zur Durchführung des Vor-Ort-Besuches
- Aufstellung eines Maßnahmenplans

Zusätzlich kann zum nachfolgenden Berichtsjahr veröffentlicht werden, inwiefern die Maßnahmen aus dem Maßnahmenplan innerhalb eines Jahres überwiegend (80 %) umgesetzt bzw. nicht umgesetzt wurden (siehe Abschnitt 5.7.3).

Folglich ist es möglich, die Kooperation des Leistungserbringers sowie den Erfolg des Handlungsanschlusses des externen QS-Audits über zwei Jahre transparent darzustellen. Aufgrund der jahresbezogenen Qualitätsberichte sollte über die zwei Jahre hinaus nicht mehr über diese dann veralteten Informationen berichtet werden, sodass nur noch dargestellt wird, dass der Leistungserbringer im gegenwärtigen Berichtsjahr nicht mehr Teil der Stichprobe für das externe QS-Audit war.

Für die quantitativen Ergebnisse des externen QS-Audits ergeben sich für die Veröffentlichung Einschränkungen: Das IQTIG empfiehlt, auf die Berechnung eines Gesamt-Index aus der Prozess- und der Dokumentenprüfung als abschließendes Qualitätsurteil zu verzichten. Eine Berechnung eines solchen Gesamt-Index ist mit verschiedenen Limitationen verbunden, die die Aussagekraft des Qualitätsurteils einschränken (siehe Abschnitt 5.3.2.3). Zu beachten ist, dass unter anderem keine harten Vorgaben (Mindestanforderungen) für die praktische Ausgestaltung der krankenhaushausindividuellen Prozesse des Entlassmanagements vorliegen und auch nicht definiert werden

können. Auch die geringe, nicht-repräsentative Fallstichprobe in der Dokumentenprüfung bringt Unsicherheiten mit sich. Bei der Berechnung eines abschließenden Gesamtergebnisses würden sich diese Unsicherheiten verstärken, sodass ein abschließendes Qualitätsurteil nach derzeitiger Einschätzung des IQTIG nur begrenzt aussagekräftig wäre. Auch für die quantitativen Ergebnisse der sieben thematischen Gruppen geht das IQTIG nach gegenwärtigem Stand und aufgrund der zuvor genannten Limitationen davon aus, dass keine ausreichend belastbare Validität und Reliabilität für einen differenzierten öffentlichen Vergleich der einzelnen Krankenhausstandorte gegeben ist.

Da das externe QS-Audit pro Erfassungsjahr nur bei einer zufälligen Stichprobe von Leistungserbringern durchgeführt werden kann, wäre grundsätzlich ein Leistungserbringervergleich nur zwischen den im Erfassungsjahr teilnehmenden Einrichtungen möglich. Das IQTIG sieht es trotz dieser Einschränkung für die Prüfung der Möglichkeit einer leistungserbringerbezogenen Veröffentlichung aber als notwendig an, die Validität der Bewertungen im externen QS-Audit in einer Machbarkeitsprüfung nochmals eingehend empirisch zu überprüfen, sodass daraus eine andere Einschätzung der Belastbarkeit der Ergebnisse und Veröffentlichung eines abschließenden Qualitätsurteils resultieren kann. Mit dem Verzicht auf eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung der Bewertungsergebnisse bleibt der auf die Qualitätsförderung ausgerichtete Charakter des externen QS-Audits gewahrt. So wird ein offener Austausch über mögliche Schwächen des Entlassmanagements mit dem Leistungserbringer begünstigt, und sozial erwünschte Antworten in der Prozessprüfung und der Nachbesprechung können reduziert werden. Dies dient schließlich dazu, effektive Maßnahmen beim Leistungserbringer zu initiieren.

5.6.1 Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren

Auf Grundlage der Rückmeldungen aus dem Beteiligungsverfahren (siehe Würdigung der Stellungnahmen) empfiehlt das IQTIG, zusätzlich zu der bereits zuvor empfohlenen Veröffentlichung der Nicht-Erfüllung der Voraussetzungen für die Durchführung des externen QS-Audits, eine leistungserbringerbezogene Positiv-Veröffentlichung vorzunehmen. Entsprechend kann in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser dargestellt werden, ob ein Leistungserbringer Teil der Stichprobe war und die Voraussetzungen für die Durchführung des externen QS-Audits (Übermittlung einer Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement, Zustimmung zum Vor-Ort-Besuch, Aufstellung eines Maßnahmenplans) erfüllt hat. Zusätzlich kann veröffentlicht werden, ob der Maßnahmenplan ein Jahr nach dem Vor-Ort-Besuch überwiegend umgesetzt worden ist.

5.7 Ablauf des externen QS-Audits

In diesem Abschnitt wird der Ablauf des externen QS-Audits bei einem Leistungserbringer von der abgeschlossenen Stichprobenziehung bis zur Abfrage zur Umsetzung des Maßnahmenplans dargestellt. Es werden außerdem Abschätzungen für einen Zeitrahmen der einzelnen Schritte des externen QS-Audits sowie für die auftretenden Aufwände bei den LAG-Geschäftsstellen und für die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen angegeben. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass präzisere Zeit- und Aufwandseinschätzungen erst auf Grundlage der Erprobung

des Konzepts im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung erfolgen können. Zum Ende dieses Abschnittes wird der Ablauf in Abbildung 9 visualisiert.

5.7.1 Im Vorfeld des Vor-Ort-Besuches

Nach Durchführung der Stichprobenziehung im IQTIG im Dezember des Vorjahres des Erfassungsjahres werden die Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften über die im jeweiligen Bundesland gezogenen Standorte informiert. Die Geschäftsstellen treten anschließend mit den Leistungserbringern in Kontakt und informieren sie über den Einbezug in das QS-Audit für das kommende Erfassungsjahr. Die Leistungserbringer werden mit der Benachrichtigung zur Teilnahme auch aufgefordert, sich inhaltlich, d. h. in Bezug auf mögliche Optimierungsansätze für ihr Entlassmanagement, auf das externe QS-Audit vorzubereiten. Dazu werden den Leistungserbringern ein Informationsschreiben sowie das Leitfadendokument (Prozess- und Dokumentenprüfung) übermittelt. Gleichzeitig soll eine Terminabsprache für einen Tag im Erfassungsjahr zwischen den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften, inklusive der Fachkommissionsmitglieder, die das externe QS-Audit bei dem jeweiligen Leistungserbringer durchführen sollen, und den Leistungserbringern stattfinden. Von der zuständigen Geschäftsstelle ist eine Vertreterin bzw. ein Vertreter einzuplanen, die bzw. der die Terminabstimmung und Koordination mit den Krankenhäusern im Vorfeld, die ordnungsgemäße Durchführung beim Vor-Ort-Besuch sowie die Moderation in der Nachbesprechung kontrolliert bzw. übernimmt. Vonseiten der Fachkommissionsmitglieder müssen eine Fachärztin bzw. ein Facharzt, eine Pflegefachkraft sowie eine Fachkraft der Sozialen Arbeit am Vor-Ort-Besuch teilnehmen (siehe Abschnitt 5.8.1). Um einen gleichrangigen fachlichen Austausch zu ermöglichen, müssen vonseiten des Krankenhauses mindestens Personen derselben Professionen, die für das Entlassmanagement am Standort verantwortlich sind, am Tag des Vor-Ort-Besuches anwesend sein. Darüber hinaus muss eine verantwortliche Person für das Qualitätsmanagement beim Leistungserbringer anwesend sein, die über Kenntnisse der externen Qualitätssicherung und das QS-Verfahren *Entlassmanagement* verfügt.

Nach der Abstimmung eines Termins muss vier Wochen im Vorfeld des Vor-Ort-Besuches die für das jeweilige Erfassungsjahr gültige Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement vom Leistungserbringer an die Geschäftsstelle übermittelt werden. Die Festlegung von Prozessen durch eine Verfahrensregelung bildet die grundlegende Voraussetzung für ein funktionierendes Entlassmanagement. Aus Sicht des IQTIG ist es aus Aufwandsgründen nicht verhältnismäßig, das konzeptionierte externe QS-Audit bei einem Leistungserbringer durchzuführen, der keine Verfahrensregelung vorlegen kann. Diese Anforderung ist auch durch einen Indikator aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (siehe Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation) vorgegeben. Sofern Leistungserbringer eine solche Verfahrensregelung im Zusammenhang mit der Durchführung des externen QS-Audits nicht vorlegen können, muss die Bundesauswertungsstelle darüber informiert werden und der Ursache hierfür im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL nachgegangen werden. Der Leistungserbringer ist dementsprechend von einer Teilnahme am externen QS-Audit in dem Erfassungsjahr auszuschließen. Die Verfahrensregelung muss von den Geschäftsstellen an die drei Expertinnen und

Experten, die das externe QS-Audit beim Leistungserbringer durchführen, weitergeleitet werden. Diese können so einen ersten Einblick in das Entlassmanagement beim Leistungserbringer im Vorfeld des Vor-Ort-Besuches erhalten. Gemäß DeQS-RL sind Vor-Ort-Besuche beim Leistungserbringer nur mit deren Einverständnis durchführbar. Sollte ein Leistungserbringer dieses Einverständnis nicht geben, ist er, analog zur Nicht-Übermittlung der Verfahrensregelung, von einer Teilnahme am QS-Audit in dem Erfassungsjahr auszuschließen. In den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser muss in beiden Fällen veröffentlicht werden, welche Voraussetzung nicht erfüllt worden ist.

5.7.2 Am Tag des Vor-Ort-Besuches

Nachfolgend werden die verschiedenen Phasen des Vor-Ort-Besuches dargestellt. Die im Konzept für die einzelnen Phasen empfohlenen Zeiten orientieren sich an dem Peer-Review-Verfahren des Systems Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) und dem Curriculum der BÄK (BMSGPK 2024a, BÄK 2014) und müssen anhand einer anschließenden Machbarkeitsprüfung überprüft werden. Tabelle 18 fasst die Phasen mit den jeweiligen Schwerpunkten und empfohlenen Zeiten zusammen.

Begrüßung, Vorstellungsrunde

Der Tag des externen QS-Audits beginnt mit der Begrüßung der Expertinnen und Experten sowie der LAG-Vertreterin bzw. des LAG-Vertreters und einer Vorstellungsrunde aller teilnehmenden Personen. Die Vertreterin bzw. der Vertreter der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft erläutert den Ansprechpersonen des Krankenhauses erneut das Ziel, den Ablauf und den organisatorischen Rahmen des externen QS-Audits. Dem Leistungserbringer soll hier auch die Möglichkeit gegeben werden, sein Krankenhaus bzw. dessen Besonderheiten vorstellen zu können. Im Tagesablauf sind dafür ca. 30 Minuten einzuplanen.

Prozessprüfung

Nach der Begrüßung erfolgt durch das Expertenteam zunächst die Prüfung der Prozesse des Entlassmanagements im Krankenhaus für die sieben definierten thematischen Gruppen des externen QS-Audits. Dafür stellen die Verantwortlichen des Entlassmanagements des Krankenhauses den Expertinnen und Experten die Abläufe und Organisation der jeweiligen Prozesse anhand ihrer Routinen und Arbeitsmittel vor. Anhand des Leitfadens zur Prozessprüfung, der zu jeder Gruppe themenspezifische Leitfragen enthält, sollen die Angemessenheit der Ausgestaltung des Prozesses sowie die jeweiligen Stärken und Schwächen des Prozesses eingeschätzt werden. Die Expertinnen und Experten treffen unmittelbar nach der Vorstellung eine konsensbasierte Entscheidung zur Bewertung, die in einer Erfassungsvorlage hinterlegt wird, und tragen die jeweils identifizierten Stärken und Schwächen in das Ergebnisprotokoll ein (siehe Anhang C.7). Eine ausführliche Beschreibung zur Entwicklung und zum Vorgehen der Prozessprüfung ist unter Abschnitt 5.3.1.2 dargestellt. Der Leitfaden zur Prozessprüfung ist in Anhang C.4 einzusehen. Für die Prozessprüfung ist ein Zeitrahmen von 90 Minuten einzuplanen, sodass zur Überprüfung jeder thematischen Gruppe ca. 12 Minuten zur Verfügung stehen.

Während die Prozessprüfung durch das Expertenteam erfolgt, ist von der LAG-Vertreterin bzw. dem LAG-Vertreter unter Beteiligung des Leistungserbringers die Dokumentenprüfung vorzubereiten. Dazu müssen aus der Gesamtheit der von der QS-Software im laufenden Erfassungsjahr ausgelösten Fälle für die Patientenbefragung Entlassmanagement zehn zufällige Entlassfälle ausgewählt werden, deren Behandlungs- und Entlassdokumente von den Expertinnen und Experten geprüft werden sollen. Die Ziehung der zehn Fälle muss aus Sicht des IQTIG nach Möglichkeit durch eine Schnittstelle zur QS-Software für die Patientenbefragung vor Ort durchgeführt werden, damit die zu betrachtenden Fälle dem Leistungserbringer im Vorfeld nicht bekannt sind und eine hohe Aussagekraft der Dokumente sichergestellt werden kann. Die folgenden fallbezogenen Dokumente sind für die zehn Fälle in digitaler Form bereitzustellen:

- Patientenakten
- Entlassplan
- Medikationsplan
- Entlassbrief
- Pflegeüberleitungsbogen

Dokumentenprüfung

Durch die Dokumentenprüfung sollen die Expertinnen und Experten Stärken und Schwächen in der Umsetzung der relevanten Prozesse des Entlassmanagements u. a. anhand konkreter Fallbeispiele identifizieren. Auch für die Dokumentenprüfung wurde ein Leitfaden entwickelt, der durch dieselben thematischen Gruppen (ausgenommen der Gruppe zum Evaluationskonzept) wie bei der Prozessprüfung gegliedert ist und insgesamt 15 Items umfasst (siehe Anhänge C.2 und C.3). Jede bzw. jeder der Expertinnen und Experten muss zur Dokumentenprüfung seitens des Leistungserbringers Zugang zur digitalen Behandlungs- und Entlassdokumentation erhalten. Die Bewertungen erfolgen je Item und Fall unmittelbar und konsensbasiert im Team der Expertinnen und -experten. Es wird ein gemeinsamer Prüfbogen je Entlassfall ausgefüllt, auf dem die jeweils identifizierten Stärken und Schwächen in der Umsetzung der Prozesse eingetragen werden. Die Bewertungen auf den Antwortskalen werden in der gleichen Erfassungsvorlage wie bei der Prozessprüfung hinterlegt. Eine ausführliche Beschreibung zur Entwicklung und zum Vorgehen der Dokumentenprüfung ist unter Abschnitt 5.3.1.1 dargestellt. Für die Dokumentenprüfung ist ein Zeitrahmen von 210 Minuten eingeplant, sodass für die Durchsicht und Bewertung der Behandlungs- und Entlassdokumentation eines Falles ca. 20 Minuten zur Verfügung stehen.

Besprechung der Expertinnen und Experten

Nach der Durchführung der Prozess- und Dokumentenprüfung muss von den Expertinnen und Experten die Nachbesprechung mit dem Leistungserbringer vorbereitet werden. Durch die Eingabe der Bewertungen aus den beiden Prüfungen in eine Erfassungsvorlage ergeben sich für die sieben thematischen Gruppen Gesamtwerte, die nach entsprechenden Prioritäten eingeteilt werden und die Nachbesprechung strukturieren. Die Berechnung der Gruppen-Gesamtwerte und die Zuordnung zu den verteilungsabhängigen Prioritäten (siehe Abschnitte 5.3.2.3 und 5.3.2.4) erfolgen dabei durch die Erfassungsvorlage automatisiert. Für jede Gruppe müssen an dieser Stelle

die jeweiligen übergeordneten Stärken und Schwächen der Dokumenten- und Prozessprüfung herausgearbeitet werden oder aber Gruppen identifiziert werden, bei denen sich erhebliche Differenzen zwischen den Ergebnissen der Prozess- und der Dokumentenprüfung ergeben. Dazu kann auf die Ebene der einzelnen Items und auf die Angaben aus den Freitextfeldern der Prüfbögen zurückgegriffen werden. Die Stärken und Schwächen müssen unabhängig von einzelnen Fällen oder Mitarbeitenden des Krankenhauses auf einer übergeordneten Systemebene formuliert werden und in das Dokument des Ergebnisberichtes, der für die Nachbesprechung als Protokoll dienen soll, eingetragen werden. Der Übertrag der Item-Gesamtwerte und Gruppen-Gesamtwerte aus der Erfassungsvorlage in den als Protokoll zu nutzenden Ergebnisbericht sollte im Regelbetrieb automatisiert werden. Für die Vorbesprechung der Expertinnen und Experten sind im Tagesablauf etwa 60 Minuten einzuplanen, sodass für die Besprechung jeder Gruppe ca. 8,5 Minuten zur Verfügung stehen.

Nachbesprechung

Auf Grundlage des von den Expertinnen und Experten vorbereiteten Protokolls wird die Nachbesprechung durchgeführt, die das Ziel verfolgt, in einem offenen und lösungsorientierten Austausch zwischen den Expertinnen und Experten der Fachkommissionen und dem Leistungserbringer identifizierte Stärken und Schwächen zu besprechen. Als Ergebnis der Nachbesprechung soll ein Maßnahmenplan erarbeitet werden, der auf die identifizierten Schwächen eingeht und die Stärken beim Leistungserbringer weiter ausbaut. Die Moderation der Nachbesprechung und die Protokollierung der zentralen Diskussionspunkte sowie des Maßnahmenplans sollten durch die anwesende LAG-Vertreterin bzw. den LAG-Vertreter erfolgen. Vonseiten des Leistungserbringers sollten mindestens die Verantwortlichen des Sozialdienstes, der Pflege und die Ärztinnen und Ärzte, die für das Entlassmanagement zuständig sind, teilnehmen. Ebenso sind die für das Qualitätsmanagement zuständigen Verantwortlichen einzubeziehen. Optional kann auch der Vorstand des Krankenhauses bzw. die Geschäftsführung an der Nachbesprechung teilnehmen. Diese beinhaltet fünf Phasen: Nach der Gesprächseröffnung erfolgt die Ergebnisdarstellung der Dokumenten- und Prozessprüfung, auf deren Grundlage Ziele und Optimierungsmaßnahmen erarbeitet werden. Anschließend werden die Ergebnisse, Ziele und Maßnahmen zusammengefasst und der Leistungserbringer über das weitere Vorgehen zu der Rückmeldung und Veröffentlichung der Ergebnisse informiert. Die Nachbesprechung schließt mit einem Feedback des Leistungserbringers zum externen QS-Audit ab. Eine ausführliche Beschreibung zum Vorgehen der Nachbesprechung ist unter Abschnitt 5.3.3 und in Tabelle 15 dargestellt. Für die Nachbesprechung ist ein Zeitrahmen von etwa 90 Minuten eingeplant.

Tabelle 18: Phasen, Schwerpunkte und Zeiten am Tag des Vor-Ort-Besuches

Zeit	Phase	Schwerpunkte
30 Minuten z. B. 9:00–9:30	Begrüßung, Vorstellungsrunde	▪ Begrüßung der Expertinnen und Experten sowie der LAG-Vertreterin bzw. des LAG-Vertreters durch den Leistungserbringer ▪ Vorstellungsrunde aller teilnehmenden Personen ▪ Erläuterung des Ziels, des Ablaufes und des organisatorischen Rahmens des QS-Audits ▪ Vorstellung des Krankenhauses
90 Minuten z. B. 9:30–11:00	Prozessprüfung	▪ Vorstellung der Abläufe und Organisation der jeweiligen Prozesse durch die Verantwortlichen des Entlassmanagements ▪ Identifizierung von Stärken und Schwächen der jeweiligen Prozesse ▪ Einschätzung zur angemessenen Ausgestaltung des Prozesses durch Expertinnen und Experten ▪ Vorbereitung der Dokumentenprüfung durch LAG-Vertreterin bzw. LAG-Vertreter unter Beteiligung des Leistungserbringers
210 Minuten z. B. 11:00–15:00 (inkl. 30 Minuten Pause)	Dokumentenprüfung	▪ Prüfung der Behandlungs- und Entlassdokumentation von 10 Entlassfällen mit einem umfassenden Bedarf für das Entlassmanagement ▪ Identifizierung von Stärken und Schwächen in der Umsetzung der jeweiligen Prozesse ▪ Einschätzung zur angemessenen Umsetzung der Prozesse durch Expertinnen und Experten
60 Minuten z. B. 15:00–16:00	Besprechung der Expertinnen und Experten	▪ Herausarbeitung der übergeordneten Stärken und Schwächen der Dokumenten- und Prozessprüfung durch Expertinnen und Experten ▪ Vorbereitung des als Protokoll zu nutzenden Ergebnisberichtes durch Expertinnen und Experten
90 Minuten z. B. 16:00 – 17:30	Nachbesprechung	▪ Ergebnisdarstellung der Dokumenten- und Prozessprüfung durch Expertinnen und Experten ▪ Hinterfragen von Ursachen, Formulierung von Zielen und Optimierungsmaßnahmen durch Leistungserbringer unter Beteiligung der Expertinnen und Experten ▪ Zusammenfassung, Abschluss und Feedbackrunde

5.7.3 Im Nachgang des Vor-Ort-Besuches

Dem Leistungserbringer wird innerhalb von einer Woche nach dem Vor-Ort-Besuch ein vorläufiger, schriftlicher Ergebnisbericht von der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft übermittelt, der sowohl die Ergebnisse der Dokumenten- und Prozessprüfung als auch die Ergebnisse aus der Nachbesprechung enthält. Der Ergebnisbericht wird nicht veröffentlicht, sondern dient ausschließlich der Ergebnismitteilung an den Leistungserbringer. Anschließend hat der Leistungserbringer sieben Wochen Zeit, den Maßnahmenplan intern hinsichtlich konkreter Umsetzbarkeit, Festlegung der intern verantwortlichen Funktionsträger und zeitlicher Zielhorizonte zu

prüfen, ggf. anzupassen und an die zuständige Geschäftsstelle zurückzumelden. Nach deren abschließender Sichtung wird der finale schriftliche Ergebnisbericht an den Leistungserbringer innerhalb von zwei Wochen übermittelt.

Im Folgejahr des externen QS-Audits wird dem Leistungserbringer durch die Bundesauswertungsstelle zum 31. Mai ein Rückmeldebericht übermittelt, der neben den Indikatorergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und der Patientenbefragung auch die quantitativen Ergebnisse des QS-Audits, inklusive einer Gegenüberstellung zu den Ergebnissen im Bundesdurchschnitt des Erfassungsjahres, enthält. In der BuAw wird zum selben Zeitpunkt aggregiert über die quantitativen Ergebnisse des QS-Audits des Erfassungsjahres berichtet sowie zum 15. August aggregiert im BQB über alle Ergebnisse des QS-Audits, einschließlich der qualitativen Ergebnisse. Die genaue Vorgehensweise zum Berichtswesen ist in Abschnitt 5.5 dargestellt.

Ebenfalls im Folgejahr der Durchführung des externen QS-Audits erfolgt eine Abfrage zur Umsetzung des Maßnahmenplans bei den Leistungserbringern durch die Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften, um einen Eindruck über den Umsetzungsgrad der festgelegten Maßnahmen zu erhalten. Dazu ist von den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften ein kurzer Fragebogen (siehe Anhang C.8) an die jeweiligen Leistungserbringer zu versenden, in dem zu jeder der Maßnahmen aus dem finalen Maßnahmenplan angegeben werden soll, ob diese vollständig, teilweise oder noch nicht umgesetzt werden konnte. Zusätzlich können Gründe angegeben werden, die ggf. eine Umsetzung von Maßnahmen am Krankenhausstandort bisher verhindert haben. Der Versand der Fragebögen durch die LAG-Geschäftsstellen sollte am Ende des Folgejahres des Erfassungsjahres gesammelt, für alle Leistungserbringer, die im Erfassungsjahr im externen QS-Audit besucht worden sind, stattfinden. Der Leistungserbringer soll den Fragebogen innerhalb von drei Wochen ausfüllen und an die LAG-Geschäftsstelle zurückschicken. Von der LAG-Geschäftsstellen ist anschließend zu prüfen, ob die festgelegten Maßnahmen aus dem Maßnahmenplan überwiegend umgesetzt wurden. Für eine niedrigschwellige Prüfung empfiehlt das IQTIG, alle Maßnahmen als gleichwertig anzusehen und dem Leistungserbringer auch einzuräumen, dass nicht alle Maßnahmen innerhalb eines Jahres umgesetzt werden können. Sofern es zu einer Verzögerung der Umsetzung einer Maßnahme kommt, müssen allerdings die Gründe hierfür angegeben werden. Im Rahmen dieser Konzeptentwicklung wird empfohlen, eine überwiegende Umsetzung des Maßnahmenplans zu attestieren, wenn 80 % der Maßnahmen zum Zeitpunkt der Abfrage vollständig umgesetzt worden sind. Diese Setzung sollte in einer Machbarkeitsprüfung reflektiert werden. Die Prüfung der Umsetzung des Maßnahmenplans ist zum Zwecke der Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser vorzunehmen (siehe Abschnitt 5.6). Abbildung 9 stellt den Ablauf des gesamten externen QS-Audits dar.

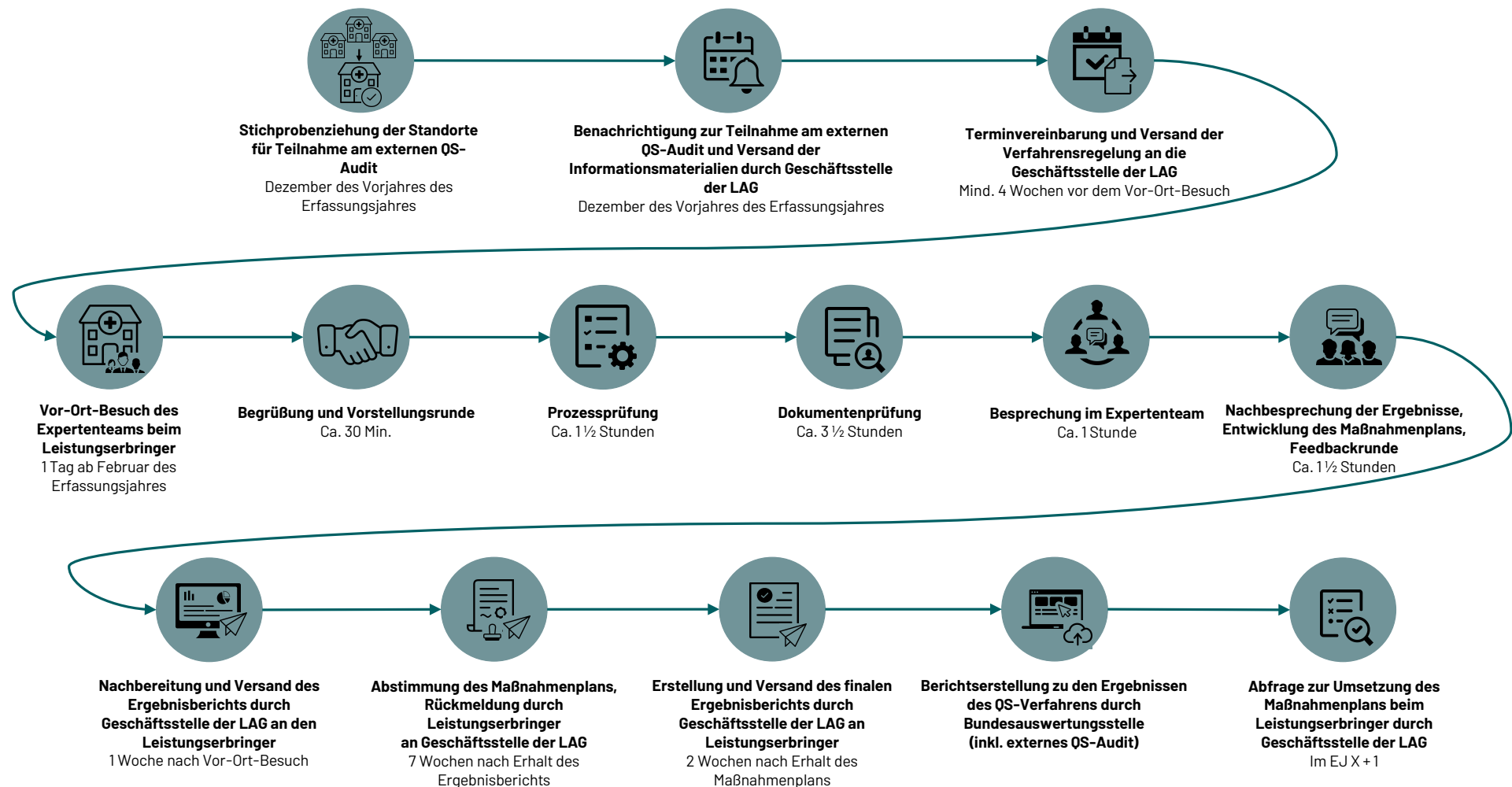


Abbildung 9: Ablauf des externen QS-Audits

5.7.4 Zusammenfassung der Aufwände

Aufwände für die LAG-Geschäftsstellen

Für die Durchführung sowie Vor- und Nachbereitung des externen QS-Audits wurde vom IQTIG gemäß dem in den vorherigen Abschnitten dargestellten Ablauf eine Abschätzung des insgesamt zu veranschlagenden Zeitaufwandes für die LAG-Geschäftsstellen vorgenommen. Insgesamt sind vier Arbeitstage für die Durchführung eines externen QS-Audits bei einem Krankenhausstandort einzuplanen. Davon sind zwei Arbeitstage für die Vor- und Nachbereitung durch eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter der LAG-Geschäftsstellen inklusive eines Erfahrungsaustauschs zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der LAG-Geschäftsstellen, der aggregierten Berichtserstellung sowie der Abfrage zur Umsetzung der Maßnahmen aus dem Maßnahmenplan vorzusehen. Des Weiteren soll in Summe ein Arbeitstag für die An- und Abreise einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters der LAG-Geschäftsstelle zum Vor-Ort-Besuch beim Leistungserbringer am Vortag bzw. am Tag nach dem Vor-Ort-Besuch eingeplant werden. Der Vor-Ort-Besuch beim Leistungserbringer durch eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter der LAG-Geschäftsstelle wird außerdem mit einem Arbeitstag veranschlagt. Die Aufwände für die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter der LAG-Geschäftsstelle im externen QS-Audit müssen auf Grundlage der Erprobung des Konzepts in einer Machbarkeitsprüfung weiter konkretisiert werden.

Aufwände für die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen

Für die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen fallen gemäß dem dargestellten Ablauf insgesamt ca. drei Arbeitstage für die Durchführung des externen QS-Audits an. Dieser Aufwand teilt sich folgendermaßen auf: Für die Vorbereitung des externen QS-Audits sind durch die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen die Verfahrensregelungen zum multiprofessionellen Entlassmanagement der jeweils zu auditierenden Krankenhausstandorte zu sichten. So kann ein Tag für die Vor- und Nachbereitung inklusive Erfahrungsaustausch nach durchgeführten externen QS-Audits innerhalb der Fachkommissionen einkalkuliert werden. Zusätzlich ist für die An- und Abreise der Expertinnen und Experten zum bzw. nach dem Vor-Ort-Besuch in Summe ein Arbeitstag zu veranschlagen. Für den Vor-Ort-Besuch beim Leistungserbringer wird weiterhin ein Arbeitstag benötigt. Auch die Aufwände für die Expertinnen und Experten im externen QS-Audit müssen auf Grundlage der Erprobung des Konzepts in einer Machbarkeitsprüfung weiter konkretisiert werden.

5.7.5 Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren

Nach Rückmeldung aus dem Treffen der Landesarbeitsgemeinschaften (siehe Anhang E.2.2.7) wurde die Aufwandsabschätzung für die LAG-Geschäftsstellen überarbeitet, sodass nun insgesamt vier Arbeitstage für eine Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter der Landesarbeitsgemeinschaft für ein externes QS-Audit einzuplanen sind (siehe Abschnitt 5.7.4).

5.8 Rahmenbedingungen und notwendige Schritte bis zum Regelbetrieb

Für die Umsetzung des Konzepts des externen QS-Audits sind aus Sicht des IQTIG die folgenden Rahmenbedingungen und notwendigen Schritte zu beachten:

5.8.1 Zusammensetzung der Expertenteams

Das QS-Verfahren *Entlassmanagement* soll als länderbezogenes Verfahren durchgeführt werden. Dementsprechend sind die Landesarbeitsgemeinschaften für die Durchführung des externen QS-Audits verantwortlich. Die Fachkommissionen müssen für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* so zusammengestellt werden, dass für die Durchführung eines externen QS-Audits jeweils eine Person der nachfolgenden Professionen aus dem stationären Versorgungssektor vertreten ist:

- Ärztin bzw. Arzt mit Facharztausbildung
- Pflegefachkraft
- Fachkraft der Sozialen Arbeit

Durch den Einbezug der drei unterschiedlichen Professionen kann ein multidisziplinärer Ansatz im externen QS-Audit sichergestellt werden. Die Notwendigkeit dazu ergibt sich aus der Querschnittsthematik des Entlassmanagements sowie den verschiedenen thematischen Gruppen des externen QS-Audits (z. B. Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung, Medikationsplan oder Pflegeüberleitungsbogen), für die unterschiedliche Professionen im Krankenhaus zuständig sind (DNQP 2019, DVSG 2022) und die im externen QS-Audit auf ihre Stärken und Schwächen überprüft werden sollen, um Maßnahmen zur Qualitätsförderung abzuleiten.

Die jeweiligen Personen sollten über fachliche Kompetenz und Kenntnisse über die Anschlussprozesse bei ambulant nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern, ggf. auch durch eine Zusatzqualifikation/-funktion im Case Management sowie über praktische Erfahrungen in der Umsetzung des Entlassmanagements im Krankenhaus, aufgrund einer dafür verantwortlichen Rolle in ihrem aktiven Arbeitsverhältnis, verfügen. Da im QS-Verfahren *Entlassmanagement* und auch im externen QS-Audit für den Einbezug von Standorten keine Eingrenzung auf bestimmte Fachgebiete erfolgt, müssen mehrere Expertenteams mit breiter fachlicher Kompetenz für die Durchführung der externen QS-Audits zur Verfügung stehen.

Die Expertinnen und Experten, die die externen QS-Audits durchführen, müssen darüber hinaus an einer verfahrensspezifischen Schulung für das QS-Audit *Entlassmanagement*, durchgeführt auf Bundesebene, teilgenommen haben. In dieser Schulung müssen den Expertinnen und Experten zum einen die grundlegenden Fertigkeiten zur Durchführung eines Peer-Review-basierten Verfahrens vermittelt werden. Zum anderen müssen auch die zentralen Qualitätsanforderungen des externen QS-Audits auf Grundlage des Rahmenvertrags sowie der Empfehlungen aus Leitlinien, der Ablauf und Zweck des externen QS-Audits, die Datenerhebung und Bewertungssystematik, das Vorgehen bei der Nachbesprechung mit dem Leistungserbringer sowie die Berichterstellung als Inhalte der Schulung festgelegt werden. Auch fachabteilungsspezifisches Wissen zum Entlassmanagement bspw. aus der Pädiatrie und Psychiatrie sowie Kenntnisse zur ambulanten Anschlussversorgung sollten Gegenstand der

Schulung sein. Für die organisatorischen Inhalte sind auch die LAG-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die verfahrensspezifischen Schulungen miteinzubeziehen. Ein verfahrensspezifisches Schulungskonzept ist nach der Abnahme des Konzepts des externen QS-Audits durch den G-BA in einer Folgebeauftragung zu entwickeln (siehe Abschnitt 5.8.4). Grundsätzlich muss für die Aufnahme von Expertinnen und Experten in die Fachkommissionen des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* eine schriftliche Bereitschaftserklärung zur Durchführung von externen QS-Audits eingeholt werden sowie eine Genehmigung durch den Arbeitgeber vorliegen. Für die Durchführung der externen QS-Audits ist eine angemessene Aufwandsentschädigung der Expertinnen und Experten vorzusehen.

Schätzungsweise werden in einem Erfassungsjahr zwischen 2 und 38 Standorte je Bundesland für das externe QS-Audit einbezogen (siehe Abschnitt 5.4.1.2). Die Fachkommissionen für die jeweiligen QS-Verfahren werden bisher nur ehrenamtlich besetzt. Selbst für große Fachkommissionen, aus denen sich z. B. vier Expertenteams für das externe QS-Audit zusammenstellen lassen, bedeutet dies, dass in Bundesländern mit verhältnismäßig vielen einzubeziehenden Standorten jedes Team im Großteil der Monate ein externes QS-Audit durchführen müsste. Die in der Fachkommission ehrenamtlich tätigen Expertinnen und Experten stehen nicht auf Abruf zur Verfügung, sodass eine regelmäßige Terminfindung sowohl innerhalb der Expertenteams als auch mit dem Krankenhaus problematisch sein kann. Weiterhin wären die Expertinnen und Experten in einem erheblich größeren Maß einbezogen, als es bisher im Rahmen der ehrenamtlichen Tätigkeit in Fachkommissionen für die im Regelbetrieb befindlichen QS-Verfahren üblich ist. Das IQTIG empfiehlt daher, zur Sicherstellung der erforderlichen Audit-Zahlen in großen Bundesländern zusätzliche Fachkommissionen einzurichten, sodass sich die Anzahl der QS-Audits pro Expertenteam auf ein Maximum von fünf pro Jahr beschränkt.

In kleineren Bundesländern besteht dagegen das Problem persönlicher Befangenheit (z. B. durch räumliche Nähe), wenn im Rahmen des externen QS-Audits das Entlassmanagement von bekannten Kolleginnen und Kollegen begutachtet werden soll. Das IQTIG empfiehlt hierbei auf Landesebene ein Vorgehen analog zum Vorgehen bei der qualitativen Bewertung von Auffälligkeiten gemäß Teil I § 17 DeQS-RL. Sofern eine Expertin bzw. ein Experte für eine Bewertung der Auffälligkeit des Standortes zugelassen ist, besteht für diese bzw. diesen auch die Möglichkeit, ein externes QS-Audit vor Ort durchzuführen. Ein Ausschluss aus der Mitwirkung an der Bewertung im Stellungnahmeverfahren gilt auch für ein externes QS-Audit dieses Leistungserbringers.

5.8.2 Regelung zum Einsichtsrecht

In dem vorliegenden Bericht wurde begründet dargelegt, dass das IQTIG das entwickelte Konzept des externen QS-Audits nur dann als zielführend erachtet, wenn die Durchführung durch einen Vor-Ort-Besuch am Krankenhaus erfolgt (Voraussetzung für Prozess- und Dokumentenprüfung, Nachbesprechung sowie Stichprobenziehung auf Fallebene; siehe Abschnitte 5.3.1, 5.3.3, 5.4.2). Bei der Dokumentenprüfung beim Vor-Ort-Besuch ist es notwendig, dass alle Informationen eines Falles einbezogen werden können, die für die Erörterung möglicher Ursachen nach Feststellung einer Abweichung von einer Qualitätsanforderung notwendig sind. In der Konzepterstellung hat sich diesbezüglich herausgestellt, dass ein direktes Einsichtsrecht in die nicht anonymisierte Behandlungs- und Entlassdokumentation in vielen Bundesländern nicht gegeben oder auf das ärztliche Personal

beschränkt ist. Um die Aufwände für eine Anonymisierung zu vermeiden, sollte zur Umsetzung des Konzepts in einem Regelbetrieb ein direktes Einsichtsrecht bundesweit auch für die anderen Professionen (der Pflegekräfte und der Fachkräfte der Sozialen Arbeit) der zukünftigen Fachkommissionen sowie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften gegeben sein. Daneben sollte auch die Alternative einer vollautomatisierten Anonymisierung einer digitalen Patientenakte fortlaufend geprüft werden.

5.8.3 Ressourcenaufbau bei den Landesarbeitsgemeinschaften

Das IQTIG empfiehlt, für das externe QS-Audit mindestens 10 % der QS-pflichtigen Leistungserbringer im QS-Verfahren *Entlassmanagement* in einem Erfassungsjahr einzubeziehen (siehe Abschnitt 5.4.1.2). Aus den durchgeführten Abfragen bei den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften wurde deutlich, dass die damit verbundene Anzahl an durchzuführenden externen QS-Audits (bundesweit ca. 180 pro Erfassungsjahr) ausschließlich durch einen Ressourcenaufbau aufseiten der Landesarbeitsgemeinschaften bewältigt werden kann. Vor der Einführung des Instruments in einen Regelbetrieb müssen entsprechend auf Landesebene die dafür notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden.

5.8.4 Folgebeauftragung zur weiteren Umsetzung

Nach der Abnahme des Konzepts des externen QS-Audits durch den G-BA ist in einer Folgebeauftragung ein Schulungskonzept zu entwickeln und die Machbarkeit des externen QS-Audits zu prüfen.

Das Schulungskonzept soll insbesondere zu den folgenden Punkten entwickelt werden:

- Konzept zur Vermittlung
 - grundlegender Fertigkeiten zur Durchführung eines Peer-Review-basierten Verfahrens („Soft-Skills“)
 - verfahrensspezifischer Inhalte (z. B. Ziel, Ablauf, Leitfäden, Datenerhebung, Bewertungssystematik, Nachbesprechung sowie Berichtserstellung)
- Bildung von Fallvignetten (Dokumentenprüfung) und Ableitung von Prozessbeispielen (Prozessprüfung)

Anschließend muss eine Probeschulung für eine Machbarkeitsprüfung durchgeführt werden.

Die Machbarkeitsprüfung selbst soll insbesondere die folgenden Punkte umfassen:

- Erstellung von Erfassungsvorlagen zur Erfassung und Übermittlung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse
- Erprobung der Leitfäden (Dokumenten- und Prozessprüfung) bei freiwillig teilnehmenden Leistungserbringern und mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten zur Einsichtnahme in ihre Behandlungs- und Entlassdokumente
- Prüfung der Bewertungssystematik durch Probeauswertungen
- Ableitung von Maßnahmenplänen und Nutzenabschätzung des Qualitätsförderungsinstruments

- Überprüfung der Aufwandsabschätzungen für LAG-Geschäftsstellen und Expertinnen und Experten

Auf Basis des Berichtes zur Folgebeauftragung muss durch den G-BA anschließend die themenspezifische Bestimmung für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* um das externe QS-Audit ergänzt und beschlossen werden. Darüber hinaus ist aus Sicht des IQTIG nach Einführung in den Regelbetrieb perspektivisch eine Evaluation des externen QS-Audits als neues Erfassungsinstrument vorzusehen.

5.8.5 Weiterführende Nutzung des Konzepts zur Weiterentwicklung der qualitativen Beurteilung nach Teil I § 17 DeQS-RL

Zur Sicherstellung einer qualitativen und einrichtungsübergreifenden Beurteilung aller erhobenen Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Entlassmanagement* werden im vorliegenden Bericht Empfehlungen dargelegt, wie mit Indikatorergebnissen aus der Patientenbefragung und aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Stellungnahmeverfahren nach den derzeitigen Regelungen in Teil I § 17 DeQS-RL umgegangen werden kann (siehe Kapitel 6). Das IQTIG wurde parallel zum Projektzeitraum zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* mit der Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Beurteilung beauftragt (G-BA 2024). Aus Sicht des IQTIG ist es demnach nicht zielführend, ein neues Verfahren zur qualitativen Beurteilung für den Versorgungsbereich des Entlassmanagements zu entwickeln, wenn zeitgleich Empfehlungen zur grundsätzlichen Neuausrichtung des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL erarbeitet werden. Das IQTIG hat entsprechend mit dem externen QS-Audit ein neues, eigenständiges Instrument im QS-Verfahren entwickelt, das sich von der qualitativen Beurteilung der Indikatorergebnisse nach Teil I § 17 DeQS-RL abgrenzt und als Alternative für die vormals vorgesehene fallbezogene QS-Dokumentation dienen kann. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Beurteilung kann allerdings überlegt werden, inwieweit das Konzept des externen QS-Audits bzw. Teile davon auch bei Standorten mit auffälligen Indikatorergebnissen für eine qualitative Beurteilung und die Neuausrichtung des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL genutzt werden können.

5.8.6 Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren

Auf Grundlage der Rückmeldungen im Expertengremium (siehe Anhang E.2.2.8) wurde ergänzt, dass die Expertinnen und Experten in einer für das Entlassmanagement verantwortlichen Position tätig sein müssen und über fachliche Expertise über die Anschlussprozesse bei ambulant nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern verfügen sollten. Weiterhin wurde der Hinweis aufgenommen, dass für die perspektivische Ausarbeitung eines Schulungskonzepts zum externen QS-Audit Besonderheiten bei der Entlassung spezieller Patientengruppen als Schulungsinhalte vermittelt werden sollten.

Auf Grundlage der Rückmeldungen aus dem Beteiligungsverfahren (siehe Würdigung der Stellungnahmen) wurde im Bericht ergänzt, dass im Rahmen der Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Beurteilung überlegt werden kann, inwieweit hierfür Teile des Konzepts zum externen QS-Audit *Entlassmanagement* genutzt werden können.

6 Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen im QS-Verfahren *Entlassmanagement* im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL

Gemäß Beauftragung soll eine qualitative und einrichtungsübergreifende Beurteilung aller erhobenen Indikatoren für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* sichergestellt werden (G-BA 2023). Das IQTIG wurde parallel zu dieser Beauftragung mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL beauftragt (G-BA 2022). Da die Empfehlungen zur Neuausrichtung des Stellungnahmeverfahrens erst im September 2025 vorliegen werden, orientiert sich die Entwicklung von Empfehlungen für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* an den derzeitigen Bestimmungen der Richtlinie. Das primäre Ziel ist eine bundesweite Vereinheitlichung der bislang heterogenen Umsetzung von Teil I § 17 DeQS-RL, insbesondere hinsichtlich der Einleitung des Stellungnahmeverfahrens und der qualitativen Beurteilung, sicherzustellen.

Für den Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung empfiehlt das IQTIG in Anlehnung an die Arbeitshilfe der Patientenbefragung PCI (IQTIG 2024b) das unter Abschnitt 6.1 dargestellte, gestufte Vorgehen. Die Empfehlungen für den Umgang mit den Indikatorergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation werden in Abschnitt 6.2 dargestellt.

6.1 Indikatorergebnisse der Patientenbefragung

6.1.1 Zielsetzung und Vorgehensweise

Die Inhalte der validierten Patientenbefragung beziehen sich auf qualitätsrelevante Prozesse, prozessnahe Strukturen und Ergebnisse der Versorgung eines Leistungserbringers (z. B. Krankenhaus, Arztpraxis), die patientenseitig erlebbar und beurteilbar sind. Für die Indikatoren der Patientenbefragung lassen sich Art und Ausmaß von erforderlichen Veränderungen zur Steigerung bzw. Förderung der Qualität anhand der durchschnittlichen Beurteilung der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers ableiten. Der Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL bezieht sich daher auf die durch den Indikator adressierte Behandlungs- bzw. Versorgungsleistung eines Leistungserbringers und nicht auf eine Verifizierung oder Falsifizierung der Patientenperspektive eines rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses.

Die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens durch die zuständige Landesarbeitsgemeinschaft sollte mit Blick auf die jeweiligen Leistungserbringer möglichst einheitlich erfolgen. Auch über die Landesarbeitsgemeinschaften hinweg ist die einheitliche Durchführung des Stellungnahmeverfahrens nach Einschätzung des IQTIG anzustreben. Das IQTIG unterbreitet daher Vorschläge für Vorgehensweisen

- zur Identifikation von rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen anhand der vom IQTIG bereitgestellten Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer bzw. Informationen in der mandantenfähigen Datenbank für die Landesarbeitsgemeinschaften,
- zur Struktur und zum Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen der Leistungserbringer,
- zur Analyse und Bewertung der von den Leistungserbringern in den Stellungnahmen dargelegten Sachverhalte durch die Landesarbeitsgemeinschaft sowie
- zur Einleitung gezielter Verbesserungsmaßnahmen durch die Landesarbeitsgemeinschaft.

6.1.2 Gestuftes Vorgehen zur Analyse der Versorgungspraxis auf Basis der Indikatorergebnisse der Patientenbefragung

Die Hinweise der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zur Versorgung und Behandlung werden für eine Ergebnisanalyse (Schritt 1) verwendet. Ausgehend von den Erkenntnissen zu auffälligen Indikatorergebnissen mit zugehörigen Fragebogenitems aus Schritt 1 können dann im Zuge einer Praxisanalyse (Schritt 2) zugrunde liegende Strukturen und Prozesse identifiziert und beleuchtet werden können. Auf dieser Basis können Verbesserungsmaßnahmen und Zielvereinbarungen gemäß Maßnahmenstufe 1 durch die Landesarbeitsgemeinschaften angestoßen werden (Schritt 3). Dabei liegt mit Anforderung von schriftlichen Stellungnahmen der Leistungserbringer eine Entscheidungsgrundlage der Landesarbeitsgemeinschaft für die Einleitung geeigneter Maßnahmen vor. Zudem können Leistungserbringer auch selbst durch die Angaben in den Rückmeldeberichten eine Ergebnisanalyse der Indikatoren durchführen. Abbildung 10 passt die Kernelemente der qualitativen Beurteilung von Indikatorergebnissen der Patientenbefragung für das gestufte Vorgehen zusammen.

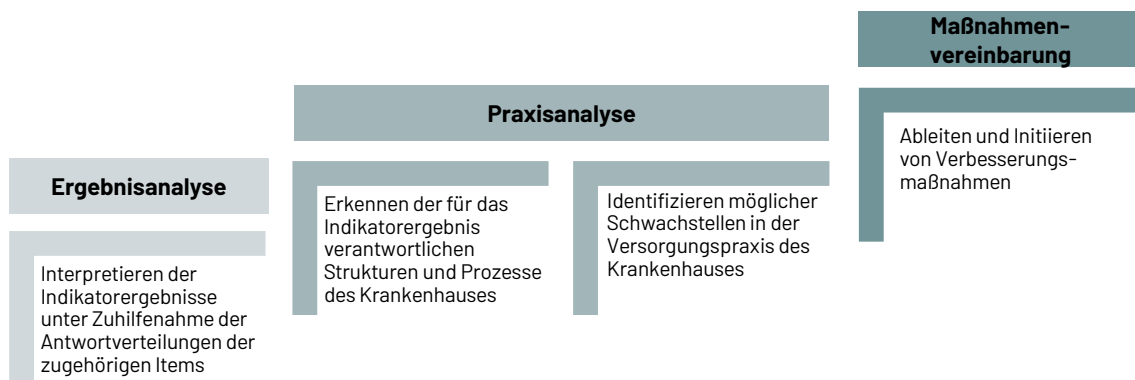


Abbildung 10: Übersicht zum gestuften Vorgehen für die Analyse der Versorgungspraxis auf Basis der Indikatorergebnisse der Patientenbefragung

Konzeptionelle Rahmenbedingungen der Patientenbefragung Entlassmanagement

Die zentralen konzeptionellen Rahmenbedingungen der Patientenbefragung Entlassmanagement sind nachfolgend zusammengefasst und sind detailliert im entsprechenden Abschlussbericht dargestellt (IQTIG 2023a):

- Das QS-Verfahren soll gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement fokussieren. Es sind prinzipiell keine Einschränkungen hinsichtlich des Alters, der Diagnose bzw. Erkrankung der versicherten Person sowie der spezifischen Prozedur, Therapie oder einer anderweitigen stationären Leistung vorgesehen. Um einen Vergleich von stationären Leistungserbringern unabhängig von deren Versorgungs- bzw. Behandlungsschwerpunkten zu gewährleisten entwickelte das IQTIG Qualitätsindikatoren mit allgemeinen Anforderungen an das Entlassmanagement. Damit können die Qualitätsindikatoren unabhängig von der erbrachten stationären Leistung, der Diagnose und dem Alter der Patientinnen und Patienten gleichermaßen eingesetzt werden. Das bedeutet, dass die Fragebogeninhalte einerseits so allgemein sind, dass sie für alle Befragten beantwortbar sind, aber andererseits so konkret, dass sie sich auf solche Merkmale der Versorgung bzw. des Entlassmanagements beziehen, die Rückschlüsse auf die Qualität des Entlassmanagements in den Krankenhäusern erlauben, und sich daraus konkrete Handlungsanschlüsse für die Leistungserbringer ergeben. Weiterhin folgt aus diesem notwendigerweise übergreifenden Ansatz, dass subgruppenspezifische Anforderungen an das Entlassmanagement, welche nur für einzelne Teilgruppen von Patientinnen und Patienten gelten, nicht über die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung Entlassmanagement abgebildet werden können. Solche spezifischen Anforderungen können in den indikations- bzw. eingriffsbezogenen Patientenbefragungen berücksichtigt werden.
- Hinter den Qualitätsmessungen zum Entlassmanagement eines Leistungserbringers kann sich ggf. ein heterogenes Versorgungsgeschehen in den einzelnen Fachabteilungen verbergen. Für die gezielte Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Teil I § 17 DeQS-RL empfiehlt das IQTIG daher, die initial aufnehmende und die entlassende Fachabteilung als behandlungsspezifische Information zusammen mit den Adressdaten der Patientinnen und Patienten vom Leistungserbringer über die Datenannahmestelle an die Versendestelle Patientenbefragung zu übermitteln (IQTIG 2023a: Abschnitt 12.4.3). Über die Mapping-Tabelle kann die Versendestelle Patientenbefragung diese Information mit einer separaten Verschlüsselung als fallspezifische Information an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle weitergeben. Tabellarische Darstellungen der Fachabteilungen, in die die meisten Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers aufgenommen bzw. aus denen die meisten entlassen wurden, sollen eine gezielte Praxisanalyse ermöglichen. So können trotz der Querschnittsthematik des Entlassmanagements im Krankenhaus spezifische Fachabteilungen in den Blick genommen werden.
- Das IQTIG hat zwei weitestgehend inhaltsäquivalente Fragebogenversionen entwickelt, um sowohl die Entlassung von volljährigen als auch minderjährigen Patientinnen und Patienten fokussieren zu können:
 - **Fragebogen „Erwachsene“** adressiert die Entlassung von volljährigen Patientinnen und Patienten. Der Fragebogen richtet sich primär an die entlassene Patientin / den entlassenen Patienten.
 - **Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“** adressiert die Entlassung von minderjährigen Patientinnen und Patienten. Der Fragebogen richtet sich primär an die Eltern/Sorgeberechtig-

ten als Adressaten bei der Entlassung ihrer Kinder. Bei älteren Kindern können die Eltern/Sorgeberechtigten den Fragebogen gemeinsam mit den Jugendlichen ausfüllen. Es werden somit erstmals neben volljährigen Patientinnen und Patienten auch Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren Teil der Zielgruppe einer vom IQTIG entwickelten Patientenbefragung sein.

- Die Berechnung der Indikatorergebnisse erfolgt anhand der Antwortverteilungen der zugehörigen Items. Hierfür werden die Antworten der Patientinnen und Patienten für die substanziellen Antwortkategorien genutzt; diese Antwortkategorien geben Hinweise über die Qualität der Versorgung. Sogenannte „nicht substanzielle“ Antwortkategorien wie „Weiß nicht“, „Brauchte ich nicht“ oder „Trifft auf mich nicht zu“ sind im Gegensatz dazu (qualitäts-)neutrale Kategorien. Diese Antworten werden nicht für die Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet. Insbesondere bei der heterogenen Zielgruppe der Patientenbefragung Entlassmanagement sind diese qualitätsneutralen Antwortkategorien wichtig, um falsche Antworten der Befragten zu vermeiden.
- Es ist davon auszugehen, dass in der Zielpopulation des QS-Verfahrens mitunter erwachsene Patientinnen und Patienten wegen gesundheitlichen Einschränkungen nicht in der Lage sein werden, einen Fragebogen selbstständig auszufüllen. Damit die Erfassung der Versorgungsqualität vor allem bei dieser vulnerablen Patientengruppe sichergestellt wird, können Angehörige oder andere nahestehende Personen³⁸ stellvertretend für die eigentlich zu befragende Patientin bzw. den zu befragenden Patienten in der Fragebogenversion „Erwachsene“ antworten („Proxy-Befragung“ bzw. „Proxy“-Antworten). Der inhaltliche Fokus im Fragebogen ist jedoch die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten.
 - Zum einen ist dies dadurch begründet, dass sich die rechtliche Grundlage des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V auf die jeweils versicherte Person, also die behandelte Patientin / den behandelten Patienten, bezieht. Zum anderen erlauben die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen in § 299 Abs. 4 SGB V zur Umsetzung einer Patientenbefragung nur die Nutzung der Adressdaten der jeweiligen versicherten Person. Gleichwohl die Perspektive von Angehörigen und deren Funktionen, Aufgaben und Informations-/Schulungsbedürfnisse eine wichtige Rolle bei der Entlassung und der Sicherstellung einer angemessenen Anschlussversorgung der Patientin / des Patienten spielen können, ist eine eigenständige Befragung von Angehörigen unter den gegebenen Rahmenbedingungen nach Einschätzung des IQTIG nicht möglich.
 - Über die letzte Frage im Fragebogen wird erfasst, wer den Fragebogen beantwortet hat.³⁹ Im Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung Entlassmanagement legt das

³⁸ Als „Angehörige“ werden vom IQTIG alle dritten Personen verstanden, die in den Entlassprozess einer Patientin / eines Patienten involviert sind oder sein können und keine Angehörigen einer Gesundheitsprofession sind. Dies können (pflegende) Familienangehörige (z. B. Eltern, Ehepartner, erwachsene Kinder, erwachsene Geschwister), nicht verwandte Zugehörige, aber auch rechtliche Betreuerinnen und Betreuer sein.

³⁹ Frage 55: „Wer hat den Fragebogen beantwortet?“ Antwortmöglichkeiten: Person, die im Anschreiben genannt ist (Patientin/Patient; Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung); Patientin/Patient zusammen mit Vertrauensperson; Patientin/Patient mithilfe einer Gesundheitsfachkraft. Proxy-Antworten liegen demnach nur dann vor, wenn die Antwortmöglichkeit „Vertrauensperson“ gewählt wurde.

IQTIG die Validierung der Fragebogenversion „Erwachsene“ nicht nur für volljährige Patientinnen und Patienten, sondern auch für Angehörige detailliert dar (IQTIG 2023a). Angehörige nutzen v. a. die nicht substanzielle Antwortkategorie „weiß nicht“, wenn sie keine Einschätzung zum erfragten Sachverhalten geben können. Der Fragebogen ist somit grundsätzlich geeignet, belastbare Antworten der Angehörigen für die Indikatorberechnung zu erhalten.

Ausgangspunkt: Qualitätsanforderungen der Indikatoren

Ausgangspunkt zum Umgang mit den Indikatoren der Patientenbefragung Entlassmanagement für ein Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften und für die Sichtung der Ergebnisse der Patientenbefragung durch die einzelnen Leistungserbringer sind die Qualitätsanforderungen der validierten Indikatoren der Patientenbefragung. Der Referenzbereich ist dabei das Kriterium für die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens, indem bei Unterschreitung des Referenzbereichs das Stellungnahmeverfahren mit entsprechenden Fördermaßnahmen durch die Landesarbeitsgemeinschaft initiiert wird. Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022e: Kapitel 16) werden – wann immer möglich – feste Referenzbereiche definiert. Verteilungsbasierte Referenzbereiche bspw. auf Basis der Mittelwerte aller Leistungserbringer werden dann vom IQTIG empfohlen, wenn die Setzung eines festen Referenzbereichs auf Basis der vorliegenden Informationen (noch) nicht ausreichend ist oder relative Qualitätsaussagen getroffen werden sollen. Bei 8 der 12 Indikatoren der Patientenbefragung Entlassmanagement wurden feste Referenzbereiche und bei 4 Indikatoren verteilungsbasierte Referenzbereiche definiert. Zur Etablierung der Patientenbefragung und des Umgangs mit den Ergebnissen im Stellungnahmeverfahren empfiehlt das IQTIG, bei Indikatoren mit einem festen Referenzbereich im Rahmen des Erprobungszeitraums als Zwischenziel jeweils einen mittelwertbasierten Referenzbereich zu setzen und im Verlauf der Erprobung der Patientenbefragung schrittweise Zielwerte zu bestimmen, die die Veränderungsmotivation der Einrichtungen unterstützen. Die festen Referenzbereiche bleiben als begründete Zielwerte der jeweiligen Indikatoren bestehen. Eine Übersicht der 12 Indikatoren mit ID, Bezeichnung, Qualitätsziel, Grundgesamtheit und empfohlenem Referenzbereich sowie ggf. Risikofaktoren sind im Indikatorenset 2.0 der Patientenbefragung dargestellt.

6.1.3 Schritt 1: Ergebnisanalyse

Rahmenbedingungen der Ergebnisanalyse bei Indikatoren der Patientenbefragung

Die Teilnahme an der Patientenbefragung ist für die Patientinnen und Patienten freiwillig und anonym. Entsprechend der Auswertungsmethodik des IQTIG erfolgt die Berechnung der Indikatorergebnisse auf Basis der aggregierten Antworten der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers (IQTIG 2024a). Hinter dem jeweiligen Punktschätzer des Indikatorergebnisses steht somit die Gruppe an Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers, die in der Stichprobe enthalten sind und die zum Indikator gehörenden Items beantwortet haben. Die Indikatorergebnisse stellen die gemittelte Einschätzung aller Patientinnen und Patienten dieser Stichprobe dar und werden aus den qualitätsrelevanten Antworten der Patientinnen und Patienten zu den zugehörigen Items eines Indikators berechnet.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung bilden keine Einzelmeinungen oder besondere Einzelfälle ab, sondern geben die durchschnittliche Wahrnehmung der befragten Patientinnen und Patienten des jeweiligen Leistungserbringers wider. In der Entwicklung der Patientenbefragung wurde sichergestellt, dass Verständlichkeit, Interpretation und Bewertbarkeit der erfragten Inhalte durch die Befragten gegeben sind und die Indikatoren somit anhand eines validen Befragungsinstruments berechnet werden (IQTIG 2023a: Abschnitt 10.6). Die Konstruktion und Auswertungsmethodik des IQTIG für Indikatoren der Patientenbefragung berücksichtigt sowohl den Effekt, den einzelne Ausreißer auf das Gesamtergebnis eines Indikators haben können, als auch die statistische Unsicherheit, die bei einem Indikatorergebnis mit nur wenigen Patientenantworten im Fragebogen relevant sein kann (IQTIG 2024a).

Die Ergebnisse der Patientenbefragung sind damit prinzipiell als Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten zu ihrer erlebten Versorgung zu verstehen und als solche anzuerkennen. Im Stellungnahmeverfahren wird mit den Indikatorergebnissen keine Verifizierung oder Falsifizierung der Einschätzungen der Patientinnen und Patienten angestrebt. Zudem ist es weder möglich noch zielführend, die Ergebnisse der Patientenbefragung im Nachgang anhand von einzelnen Dokumentationen und Datensätzen, z. B. anhand von Patientenakten, fallspezifisch abzugleichen. Ausgehend von den Ergebnissen des Stellungnahmeverfahrens im Zuge von Maßnahmenstufe 1 können nach Einschätzung des IQTIG weitere Dokumentationen der Leistungserbringer gezielt herangezogen werden, um bei rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen relevante Prozesse und Strukturen tiefergehender zu analysieren (siehe Abschnitt 6.1.5).

Die Ergebnisanalyse orientiert sich somit an folgenden Leitgedanken:

- Die Rückmeldung der Patientinnen und Patienten ist die Grundlage für die Identifikation und Analyse der mit dem Indikator maßgeblich in Verbindung stehenden Prozesse und Strukturen beim Leistungserbringer.
- Die Konzeption der Patientenbefragung verfolgt weder den Ansatz noch gibt es dafür die Möglichkeit, einzelne Patientinnen und Patienten zu identifizieren und deren Fälle zu analysieren, um die Ergebnisse zu erklären. Im Falle eines auffälligen Indikatorergebnisses bedeutet dies, dass die Erfahrungen der befragten Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers hinsichtlich der adressierten Qualitätsanforderungen im Mittel auf eine Versorgungsqualität hinweisen, bei der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ergriffen werden sollten.
- Ziel der Stellungnahmen ist nicht die Bestätigung oder Widerlegung der Patientenperspektive. Vielmehr sollen die schriftlichen Stellungnahmen der Leistungserbringer Ansätze für eine Erklärung der Ergebnisse darlegen, die zur Nachvollziehbarkeit der Prozesse und Strukturen beim Leistungserbringer führen.

Vorgehen zur Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse

Ausgehend von der Sichtung der Qualitätsanforderungen der Indikatoren betrachtet die Landesarbeitsgemeinschaft die leistungserbringerbezogenen Indikatorergebnisse bezüglich der rechnerischen Auffälligkeit:

- **Betrachtung von Indikatorergebnis und Referenzbereich:** Entsprechend der Auswertungsmethodik des IQTIG ist ein Indikatorergebnis als Punktschätzer mit zugehörigem Vertrauensintervall dann rechnerisch auffällig, wenn das Vertrauensintervall außerhalb des Referenzbereichs liegt (IQTIG 2024a). Reicht das Vertrauensintervall in den Referenzbereich hinein, ist das Indikatorergebnis nicht auffällig. Eine schnelle Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse ist anhand der Angaben in der Kurzübersicht, in der mandantenfähigen Datenbank oder der Comma-separated values-Datei (CSV-Datei) mit einer Übersicht zu den Indikatorergebnissen mit der zugehörigen Einstufung „auffällig“ (rotes) oder „nicht auffällig“ (schwarz) möglich.
- **Interpretation des Indikatorergebnisses anhand der Antwortverteilungen der zugehörigen Items:** Das IQTIG empfiehlt neben dem eigentlichen Indikatorergebnis auch die Antwortverteilungen der zum Indikator gehörigen Items zu betrachten. Aus den Antwortverteilungen zu den Items lassen sich die kritischen Rückmeldungen identifizieren, die zu dem Indikatorergebnis geführt haben. Die Antwortverteilungen der zugehörigen Items sind in den ausführlichen Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer und in der mandantenfähigen Datenbank hinterlegt.

Nutzung der Angaben zur aufnehmenden und entlassenden Fachabteilung

Um die Strukturen und Prozesse des Entlassmanagements in den einzelnen Fachabteilungen eines Leistungserbringers für die Analyse der Versorgungspraxis gezielt in den Blick zu nehmen, empfiehlt das IQTIG zusätzlich Angaben, welche Fachabteilungen eines Leistungserbringers das Indikatorergebnis maßgeblich beeinflussen, hinzuzuziehen (IQTIG 2023a: Abschnitt 12.4.3):

- Bei der Übermittlung der Patientendaten vom Leistungserbringer an die Versendestelle Patientenbefragung wird zusätzlich zu den Adressdaten die Angabe zur initial aufnehmenden und entlassenden Fachabteilung übermittelt.
- Diese Angaben werden nur für die Fälle eines Leistungserbringers über die Mapping-Tabelle verschlüsselt an das IQTIG übermittelt, die von der Versendestelle Patientenbefragung bei der Stichprobenziehung für die Zusendung eines Fragebogens ausgewählt wurden. Die Angaben werden vom IQTIG aggregiert über diese Fälle für jeden Leistungserbringer ausgewertet.
- In der Rückmeldung an die Leistungserbringer und die Landesarbeitsgemeinschaften sollen in der Basisinformation zur Beschreibung der Stichprobe der Patientenbefragung zusätzlich Darstellungen der relativen und absoluten Häufigkeiten der initial aufnehmenden und entlassenden Fachabteilungen enthalten sein.

Umgang mit den beiden Fragebogenversionen der Patientenbefragung Entlassmanagement

Bis auf die beiden Indikatoren zur Ergebnisqualität des Entlassmanagements (QI 45xx10 und 45xx11 zur Entlassbereitschaft aus Patientensicht) sind alle Indikatoren fragebogenübergreifend konzipiert und werden anhand von Patientenantworten aus beiden Fragebogenversionen berechnet. Für die zehn Prozessindikatoren (QI 45xx00 bis 45xx09) enthält die Darstellung der Grundgesamtheit des jeweiligen Indikators die relativen und absoluten Häufigkeiten der zur Berechnung verwendeten Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“. Diese Angaben können genutzt werden, um abzuschätzen, inwiefern auffällige Indikatorergebnisse möglicherweise auf Prozesse und Strukturen bei der Entlassung von Kindern und Jugendlichen zurückzuführen sind.

Umgang mit Selbst- und Fremdauskünften im Fragebogen „Erwachsene“

Das IQTIG empfiehlt für das Stellungnahmeverfahren Selbst- und Fremdauskünfte prinzipiell nicht unterschiedlich zu behandeln, da davon ausgegangen werden kann, dass ein Leistungserbringer das Entlassmanagement auf die Bedürfnisse der jeweiligen Patientin / des jeweiligen Patienten abstimmt. Nehmen Angehörige eine zentrale Rolle für die Entlassung und die poststationäre Nach- und Weiterversorgung einer Patientin / eines Patienten ein, sind bei einem gelungenen Entlassmanagement die Angehörigen in die Prozesse des Entlassmanagements angemessen eingebunden worden.

Für den Zeitraum der Erprobung der Patientenbefragung Entlassmanagement schlägt das IQTIG vor, anhand der ersten Daten aus dem Regelbetrieb explorativ zu prüfen, ob ein differenzierter Umgang mit Selbst- und Fremdauskünften im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens angebracht ist. Dabei können z. B. folgende Fragen vom IQTIG vertiefend betrachtet werden:

- Gibt es Hinweise, dass sich das Antwortverhalten von Vertrauenspersonen und Patientinnen/und Patienten unterscheidet?
- Gibt es Hinweise, dass Fremdauskünfte für die Grundgesamtheit bestimmter Indikatoren ausgeschlossen werden sollen?
- Gibt es Hinweise, eine stratifizierte Berechnung der Indikatoren nach Selbst- und Fremdauskünften vorzunehmen?
- Gibt es Hinweise, Fremdauskünfte im Rahmen der Erarbeitung eines Risikoadjustierungsmodells für die Ergebnisindikatoren zu berücksichtigen?

Vorgaben zu Struktur und Inhalten von Stellungnahmen bei auffälligen Indikatorergebnissen der Patientenbefragung Entlassmanagement

Ziel des Stellungnahmeverfahrens ist, im Fall eines rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses dahinterliegende Schwachstellen bzw. Qualitätsprobleme im Entlassmanagement zu eruieren. Dafür sollen die Strukturen und Prozesse betrachtet werden, die einen Einfluss auf das Indikatorergebnis haben. Schließlich soll eine Qualitätsbewertung der Versorgungsleistung erfolgen.

Übergeordnete Leitfragen sind dabei:

- Welche konkreten Prozesse und Strukturen beim Leistungserbringer beeinflussen das Indikatorergebnis und bestimmen somit die Qualität der Versorgungsleistung?
- Wie sind die Prozesse ausgestaltet?
- Welche Fachabteilungen, Akteure und Schnittstellen sind beim Leistungserbringer beteiligt?
- Welche Zusammenhänge werden zwischen den Prozessen und den Indikatorergebnissen gesehen?
- Welcher Verbesserungsbedarf besteht und wie kann dieser adressiert werden?

Durch konkrete indicatorspezifische Fragen der Landesarbeitsgemeinschaft wird der Leistungserbringer unterstützt, eine gezielte Ursachenanalyse zu durchzuführen und den Fokus der Stellungnahme darauf zu lenken sowie ggf. bereits eingeleitete Lösungsvorschläge darzustellen. Die vom IQTIG entwickelten indicatorspezifischen Leitfragen als Beispiele für die Patientenbefragung Entlassmanagement in Anhang D.1 ermöglichen eine bundeseinheitliche Festlegung zu Struktur und Inhalten der angeforderten Stellungnahmen. Diese indicatorspezifischen Leitfragen können im Erprobungszeitraum der Patientenbefragung Entlassmanagement im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitevaluation anhand von Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften kontinuierlich verbessert werden.

6.1.4 Schritt 2: Praxisanalyse

Leitfragen zur übergreifenden Bewertung eingegangener Stellungnahmen

Die von den Leistungserbringern verfassten Stellungnahmen sollten durch die Landesarbeitsgemeinschaft anhand folgender Fragen übergreifend bewertet werden, sodass der Umgang mit den Indikatorergebnissen anhand der von den Leistungserbringern übermittelten Stellungnahmen möglichst einheitlich erfolgt:

- Wurde das angefragte Ergebnis in der Einrichtung selbstkritisch analysiert, reflektiert und diskutiert?
- Beziehen sich die Darlegungen und Erläuterungen auf Prozesse und Strukturen, die mit dem Indikatorergebnis in Verbindung gebracht werden?
- Sind die Erklärungen plausibel und nachvollziehbar?
- Stehen die Erklärungen im Einklang mit dem Qualitätsziel des jeweiligen Indikators und nicht im Widerspruch?
- Beziehen sich die Erklärungen auf die Patientinnen und Patienten als Gruppe und nicht auf Einzelfälle des Leistungserbringers?
- Gibt es besondere und nachvollziehbare Umstände, die Abweichungen von den Qualitätsanforderungen der Indikatoren für die Patientengruppe des Leistungserbringers rechtfertigen?
- Wurden das Problem und der damit verbundene Handlungsbedarf erkannt?
- Wurden bereits Lösungen zur Ergebnisverbesserung erarbeitet und eingeleitet?
- Sind die geplanten Maßnahmen Erfolg versprechend?
- Werden die eingeleiteten Maßnahmen nachhaltig durch den Leistungserbringer kontrolliert?

Einheitlicher Umgang mit Darlegungen der Leistungserbringer zu besonderen Patientenmerkmalen oder Patientengruppen

Die beiden Fragebögen der Patientenbefragung Entlassmanagement wurden einer ausführlichen dreistufigen Pretestung unterzogen, bei der u. a. getestet wurde, ob bestimmte Patientenmerkmale (z. B. Alter, Geschlecht) Einfluss auf das Verständnis der Fragen, die Erinnerbarkeit der erfragten Inhalte und das systematische Nicht-Beantworten von Items (Non-Response) haben. Weiterhin wurden aufgrund der heterogenen Zielgruppe die Ausweichkategorien „Brauchte ich nicht“ und „Weiß nicht“ intensiv geprüft. Im Ergebnis liegen zwei validierte Fragebögen vor, die sowohl von den Patientinnen und Patienten selbst als auch von (pflegenden) Angehörigen und Eltern/Sorgeberechtigten die erfragten Qualitätsanforderungen an das Entlassmanagement valide berichten können. Die Fragen sind von der adressierten Zielgruppe der Patientenbefragung im Grundsatz erinnerbar und beantwortbar. Die vom IQTIG empfohlene monatliche Übermittlung der Adressdaten durch die Leistungserbringer an die Versendestelle Patientenbefragung ermöglicht zudem einen kurzen Erinnerungszeitraum und minimiert die Überlagerungen von aufeinander folgenden stationären Aufenthalten.

Zehn der zwölf Indikatoren der Patientenbefragung Entlassmanagement beziehen sich auf Prozesse des Entlassmanagements (QI 45xx00 bis QI 45xx09). Diese werden durch Patient Reported Experience Measures (PREM) abgebildet und übergreifend für beiden Fragebogenversionen berechnet. Diese Indikatoren werden nicht risikoadjustiert, da es primär aus medizin-ethischen Gründen keine Patientenmerkmale gibt, die unterschiedliche Anforderungen an die über die jeweiligen Indikatoren adressierten Versorgungsprozesse rechtfertigen. So müssen alle Patientinnen und Patienten ungeachtet des Alters, der Herkunft oder des Gesundheitszustands gleichermaßen verständlich informiert und versorgt werden. Kritische Indikatorergebnisse verschiedener Sachverhalte geben bspw. Anlass zu prüfen, inwieweit die Information zielgruppengerecht vermittelt wurde (siehe indikatorspezifische Leitfragen in Anhang D.1).

Zwei der zwölf Indikatoren (45xx101 und 45xx11) beziehen sich auf die Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten im Sinne einer Ergebnismessung als Patienten Reported Outcome Measures (PROM). Diese Indikatoren werden separat für jede Fragebogenversion berechnet. Hierfür wurden patientenseitige Faktoren identifiziert, die unmittelbaren Einfluss auf das Indikatorergebnis haben können und nicht auf die Versorgungsqualität zurückgeführt werden können (siehe indikatorspezifische Leitfragen in Anhang D.1). Damit können Risikovariablen wie bspw. Alter, Anzahl an Komorbiditäten, Polymedikation oder vorherige Krankenhausaufenthalte bei den beiden Ergebnisindikatoren nicht erneut als Erläuterung für ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis angegeben werden. Sollte ein Leistungserbringer weitere patientenbezogene Merkmale aufführen, die im Sinne einer „Störvariablen“ das Indikatorergebnis beeinflussen, muss dieser vermutete Zusammenhang begründet werden (z. B. anhand von Literatur). Dabei soll ein Leistungserbringer darstellen, inwiefern dies ein systematischer Faktor ist, der potenziell für alle Patientinnen und Patienten des Leistungserbringers zutrifft und sich somit in der aggregierten Auswertung niederschlägt. Ferner ist darzulegen, inwiefern sich die Konstellation zum Vorliegen einer solchen „Störvariable“ von anderen Leistungserbringern und/oder aller anderen Leistungserbringer insgesamt unterscheiden könnte.

Mit Blick auf Erklärungen der Leistungserbringer anhand besonderer Patientenmerkmale oder besonderer Patientengruppen sollten folgende Fragen durch die Landesarbeitsgemeinschaft reflektiert werden, um abschätzen zu können, ob der Leistungserbringer hinsichtlich der regelhaft behandelten Patientinnen und Patienten tatsächlich eine Sonderrolle einnimmt und ob diese Situation rechtfertigt, die Qualitätsanforderungen des Indikators für die Patientengruppe des betreffenden Leistungserbringers anders zu bewerten:

- Wird mit den Erläuterungen die Zuverlässigkeit der Messung infrage gestellt, die über die Validierung der Fragebögen abgesichert ist?
- Sind mit dem Indikator Qualitätsanforderungen verbunden, die nicht für alle Patientinnen und Patienten zutreffen?
 - Wenn ja, werden diese unterschiedlichen Anforderungen in der Grundgesamtheit des jeweiligen Indikators berücksichtigt, z. B. Ausschluss einer bestimmten Patientengruppe wie bspw. bei QI 45xx06 zur „Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung“ nur für Patientinnen und Patienten, die nach Hause entlassen wurden?
- Ist der Indikator risikoadjustiert?
 - Wenn ja, werden die angeführten Patientenmerkmale in der Risikoadjustierung berücksichtigt?
 - Wenn nein, hat der Leistungserbringer
 - den vermuteten Zusammenhang zwischen Patientenmerkmal und Indikatorergebnis begründet, z. B. anhand von Literatur?
 - dargelegt, dass dieses Patientenmerkmal nicht auf Einzelfälle zutrifft, sondern die Patientinnen und Patienten als Kollektiv diesen systematischen Risikofaktor vorweisen können?
 - dargelegt, inwiefern sich dieser systematische Risikofaktor von der Konstellation bei anderen Leistungserbringern und/oder der Gruppe aller Leistungserbringer unterscheidet?

Spezifika des Einstufungsschemas zur qualitativen Bewertung des Stellungnahmeverfahrens bei Patientenbefragungen

Gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)⁴⁰ (G-BA [2023]) wird die qualitative Bewertung des Stellungnahmeverfahrens anhand von Kategorien, Ziffern, Einstufungen und Begründungen abgebildet. Das Einstufungsschema wird für jedes Berichtsjahr in der Anlage zur Richtlinie dargestellt. Es stehen insgesamt sieben Kategorien zur Verfügung:

- N: Bewertung nicht vorgesehen
- R: Ergebnis liegt im Referenzbereich
- H: Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen
- U: Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig

⁴⁰ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 19. September 2024, in Kraft getreten am 19. September 2024 (abgerufen am: 10.12.2024).

- A: Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig
- D: Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation
- S: Sonstiges

Mit Blick auf die oben beschriebene Konzeption und Auswertungsmethodik der Indikatoren der Patientenbefragung zeichnet sich ab, dass diese Kategorien nicht gleichermaßen sinnvoll anwendbar sind. So trifft die D-Kategorie nicht zu, da die Ergebnisse der Patientenbefragung nicht in direkter Relation zur (einrichtungsbezogenen) Dokumentation der Leistungserbringer stehen. Auch muss die Anwendbarkeit der U-Bewertung kritisch geprüft werden. Dem Gedanken der Patientenbefragung folgend kann sich die qualitative Beurteilung nicht auf das Indikatorergebnis beziehen, sondern muss eine darüberhinausgehende Qualitätsbewertung der dahinterstehenden Versorgungsleistung beinhalten, die über die Erkenntnisse des Stellungnahmeverfahrens gewonnen werden. Das Stellungnahmeverfahren trägt zur Ursachenanalyse, Maßnahmenvereinbarung und Qualitätsverbesserung bei. Das IQTIG empfiehlt einen plausiblen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Kategorien unter Berücksichtigung der ausgeführten Limitationen und Besonderheiten bezüglich der Kategorien U und D und verweist zudem auf den Auftrag des G-BA zur „Weiterentwicklung der qualitativen Beurteilung“ (G-BA 2024). Im Zuge der dort beauftragten Überarbeitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil I § 17 DeQS-RL kann auch ein eigenes Einstufungsschema für das Stellungnahmeverfahren bei Patientenbefragungen entwickelt werden.

6.1.5 Schritt 3: Maßnahmenvereinbarung

Gemäß Teil I § 17 DeQS-RL beschließt die Landesarbeitsgemeinschaft als zuständige Stelle über die Notwendigkeit zur Einleitung geeigneter Maßnahmen und legt unter Beteiligung der in der DeQS-RL genannten Organisationen und Fachkommissionen Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen fest. In Teil I § 17 Abs. 3 Satz 3 DeQS-RL werden folgende Inhalte für Vereinbarungen mit den betreffenden Leistungserbringern als Beispiele für Maßnahmenstufe 1 genannt:

- Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- Teilnahme am Qualitätszirkel
- Implementierung von Behandlungspfaden
- Durchführung von Audits
- Durchführung von Peer-Reviews
- Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien

Beispiel für mögliche Verbesserungsmaßnahmen bei auffälligen Indikatorergebnissen der Patientenbefragung Entlassmanagement

Anhand des nachfolgenden Beispiels für den QI 45xx03 „Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung“ soll ein möglicher Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragung Entlassmanagement für die Maßnahmenstufe 1 skizziert werden.

Der Indikator 45xx03 misst, inwieweit Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus über für sie zur Weiterversorgung notwendige medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlungen, Maßnahmen und Hilfsmittel informiert wurden. Dies schließt auch Informationen zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen sowie zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung ein. Der Indikator besteht aus fünf Qualitätsmerkmalen:

- Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung
- Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge
- Information zu Hilfsmitteln
- Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung
- Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung

Bei einem auffälligen Indikatorergebnis liegt der Punktwert des Leistungserbringers signifikant unterhalb des festen Referenzbereichs von 95 Punkten bzw. zu Beginn der Erprobung des QS-Verfahrens auch signifikant unterhalb des mittelwertbasierten Referenzbereichs. Aus der Übersicht zu den initial aufnehmenden und entlassenden Fachabteilungen des Krankenhauses wird ersichtlich, dass die befragten Patientinnen und Patienten vor allem über die „Zentrale Notaufnahme“ und „Zentrale Patientenaufnahme“ aufgenommen wurden und aus den Fachabteilungen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ entlassen wurden. Die indikatorspezifische Übersicht zu den beiden Fragebogenversionen zeigt, dass der Indikator fast ausschließlich anhand von Antworten der Fragebogenversion „Erwachsene“ berechnet wurde. In die Berechnung des Indikators sind überwiegend Antworten der entlassenden Patientinnen und Patienten, aber auch reine „Proxy“-Antworten von Angehörigen eingegangen.

Weiterhin zeigen die Antwortverteilungen der zugehörigen Items, dass insbesondere die Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung, die Information zu Hilfsmitteln und zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach der Entlassung zum auffälligen Indikatorergebnis geführt haben. In der Summe sind damit die Anforderungen des Indikators, Patientinnen und Patienten vor ihrer Entlassung umfassend über für sie notwendige medizinische und pflegerische Maßnahmen und Behandlungen zu informieren sowie Ansprechpersonen nach Entlassung zu nennen, für die entlassenden Fachabteilungen „Innere Medizin“ und/oder „Allgemeine Chirurgie“ bei erwachsenen Patientinnen und Patienten nicht erfüllt.

Die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens ist damit angezeigt. Die Landesarbeitsgemeinschaft fordert den Leistungserbringer zu einer schriftlichen Stellungnahme auf. Dazu hat die Landesarbeitsgemeinschaft zur Unterstützung folgende Fragen formuliert (siehe Anhang D.1 für eine ausführliche Darstellung von Vorschlägen des IQTIG für indikatorspezifischen Leitfragen für QI 45xx03):

- Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten für die Vorbereitung der Entlassung prinzipiell zu Themen der Nach- und Weiterversorgung informiert werden (z. B. anhand einer Checkliste)?
- Von wem und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) werden die Patientinnen und Patienten in der Regel informiert?

- Welche internen Regelungen zur Festlegung von Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der Information der Patientinnen und Patienten gibt es?
- Wie werden die Inhalte vermittelt (z. B. allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material?)
- Wie wird sichergestellt, dass die Inhalte von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses, die über die medizinische und pflegerische Weiterversorgung nach der Entlassung informieren, in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise vermittelt werden? Gibt es z. B. Schulungen zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten?
- Gibt es standardisierte Unterlagen in patientenverständlicher Sprache, die Patientinnen und Patienten mitnehmen können?

In der Stellungnahme erklärt der Leistungserbringer, dass in beiden Fachabteilungen standardmäßig vor der Entlassung Gespräche mit den Patientinnen und Patienten und/oder Angehörigen zur Information über medizinische und pflegerische Weiterversorgung für die Zeit nach der Entlassung geführt werden. Dies wird vom Leistungserbringer im Entlassplan dokumentiert. Die Rückmeldungen der Befragten weisen dennoch auf eine unzureichende Information hin. Dies kann daran liegen, dass die konkret erfragten Inhalte nicht vermittelt wurden, unzureichend vermittelt wurden oder aber nicht in der Form vermittelt wurden, dass sich diese bei den Patientinnen und Patienten oder Angehörigen gedanklich verankern konnten. Deshalb ist ein tiefergehender Analyseprozess beim Leistungserbringer angezeigt. Anhand der Interpretation der Antwortverteilungen der zugehörigen Items reflektiert der Leistungserbringer in seiner Stellungnahme den Versorgungsalltag zum Entlassmanagement in den beiden entlassenden Fachabteilungen sowie der zentralen Patientenaufnahme. Der Leistungserbringer legt dar, dass aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen nicht zuverlässig sichergestellt wird, dass regelhaft über Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach der Entlassung informiert wird; dies betreffe insbesondere die Fachabteilung „Innere Medizin“. Die Praxisanalyse habe zudem ergeben, dass in beiden Fachabteilungen nicht abschließend geregelt sei, welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber informieren (z. B. Pflegepersonal der Fachabteilung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes). Der Leistungserbringer gibt weiterhin an, dass in beiden Fachabteilungen die Patientinnen und Patienten und Angehörige regelhaft Informationen über eine weiterführende ambulante fachärztliche Versorgung und über Hilfsmittel zusammen mit der Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge erhalten. Deshalb wird vermutet, dass die Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige diese Information bei der Beantwortung des Fragebogens nicht mehr präsent haben.

Die Landesarbeitsgemeinschaft kann die Erläuterungen des Leistungserbringers als Ursachenanalyse nachvollziehen, sieht darin jedoch keinen Hinweis, dass Qualitätsziel des Indikators infrage zu stellen. Das Ergebnis wird als „auffällig“ bewertet. Im Rahmen der Maßnahmenstufe 1 wird vereinbart, dass der Leistungserbringer eine Checkliste zum Informieren der Patientinnen und Patienten erstellt, in der festgelegt wird, welche Gesundheitsprofessionen die Patientinnen und Patienten zu den erforderlichen Themen informieren. Die Checkliste enthält auch Festlegungen, für welche Patientinnen und Patienten zusätzlich darauf geachtet wird, dass Angehörige informiert werden. Zudem soll eine schriftliche Ausfertigung für Patientinnen und Patienten und

Angehörige entwickelt werden, in der die Informationen patientenverständlich zusammengefasst sind. Diese soll den Patientinnen und Patienten und Angehörigen nach dem Gespräch mitgegeben werden. Die regelhafte Anwendung dieser beiden Elemente soll in eine SOP zur „Informationsgabe in Vorbereitung auf die Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten“ gegeben werden. Zeichnen sich trotz Anwendung dieser Maßnahmen keine deutlichen Veränderungen ab, kann im nächsten Jahr die Art des Informationsgesprächs beleuchtet werden und z. B. über Schulungen in der Gesprächsführung entschieden werden.

Nutzung weiterer Dokumentationen des Leistungserbringers

Aus Gründen der Anonymität bei der Durchführung der Patientenbefragung und der methodischen Konzeption der Indikatoren können im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bei Patientenbefragungen keine einzelnen Behandlungsfälle bzw. Entlassungen rückverfolgt und analysiert werden. Weiterhin normiert § 299 SGB V bislang, dass keine Verknüpfung der Datenquellen der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und der Patientenbefragung auf Ebene von Behandlungsfällen möglich ist. Dennoch kann die Sichtung der fallbezogenen Behandlungs- und Entlassdokumentation oder der Patientenakte beim Leistungserbringer dazu beitragen, bestimmte Indikatorergebnisse der Patientenbefragung tiefergehend zu analysieren und systematische Problemstellungen, die mit dem Indikatorergebnis zusammenhängen, zu erkennen.⁴¹ So kann es bspw. im Rahmen der Maßnahmenstufe 1 sinnvoll sein, bei einem auffälligen Indikatorergebnis über Begehungen und Begutachtungen vor Ort im Krankenhaus anhand zufällig gewählter Patientenakten zu analysieren, welche Prozesse und Strukturen zum Indikatorergebnis beitragen. Auf diese Weise werden trotz fehlender patientenbezogener Zusammenführung der Informationsquellen systematische Konstellationen transparent. Zudem können auch fallübergreifende Dokumente des Leistungserbringers wie bspw. SOPs, Dienstpläne/Sprechzeiten des Sozialdienstes oder Aufklärungsmaterialien für Patientinnen und Patienten dazu beitragen, die Prozesse und Strukturen, die der Leistungserbringer für das Entlassmanagement etabliert hat, eingehender zu analysieren.

6.1.6 Zusammenfassung des Konzepts zum Umgang mit Indikatorergebnissen der Patientenbefragung für das QS-Verfahren Entlassmanagement im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL

Eine Übersicht des gestuften Vorgehens für den Umgang mit Indikatorergebnissen der Patientenbefragung enthält Tabelle 19.

⁴¹ Die Einsicht in die Dokumentationen des Leistungserbringers kann je nach rechtlicher Grundlage des Bundeslandes die Fachkommission selbst vornehmen oder über die Beauftragung des Medizinischen Dienstes erfolgen.

Tabelle 19: Übersicht der einzelnen Schritte zur Analyse der Versorgungspraxis für Indikatoren der Patientenbefragung im Stellungnahmeverfahren

Kernelemente	Zentrale Fragestellungen	Betroffene Schritte des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL	Einheitliche Prozesse und Vorgehensweisen	Akteur
Ausgangspunkt – Qualitätsanforderungen der Indikatoren	- Welches Qualitätsziel soll durch den Indikator abgebildet werden? - Welcher Referenzbereich ist für den Indikator vorgesehen? - Welche Patientengruppe adressiert der Indikator?	-	Nutzung der vom IQTIG bereitgestellten Dokumente	LAG
			Leistungserbringerbezogene Rückmeldeberichte	LE
Schritt 1: Ergebnisanalyse	- Welche Indikatoren weisen ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis auf? - Welche konkreten Qualitätsanforderungen eines Indikators wurden anhand der Antwortverteilungen der jeweiligen Items nicht erreicht?	Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse	- Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse anhand der mandantenfähigen Datenbank/CSV-Datei - Tiefergehende Interpretation anhand der Antwortverteilungen der zugehörigen Items über die Angaben in der mandantenfähigen Datenbank	LAG
		Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse	- Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse anhand des jeweiligen Rückmeldeberichts - Tiefergehende Interpretation anhand der Antwortverteilungen der zugehörigen Items im Rückmeldebericht	LE
		Anforderung einer schriftlichen Stellungnahme	Festlegung zu Struktur und Inhalten der angeforderten Stellungnahmen anhand konkreter indicatorspezifischer Leitfragen (Anhang D.1 mit Vorschlägen)	LAG

Kernelemente	Zentrale Fragestellungen	Betroffene Schritte des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL	Einheitliche Prozesse und Vorgehensweisen	Akteur
Schritt 2: Praxisanalyse	- Welche Prozesse und Strukturen des Leistungserbringers beeinflussen die Qualitätsanforderung bzw. das Qualitätsziel des Indikators? - Welche Akteure und Schnittstellen des Leistungserbringers sind daran beteiligt? - Wo liegen in den Prozessen oder Strukturen des Leistungserbringers Schwachstellen bzw. Qualitätsprobleme vor, die das Indikatorergebnis beeinflussen?	Verfassen einer schriftlichen Stellungnahme nach Vorgaben der LAG	Verwendung der indikatorspezifischen Leitfragen, um strukturierte Praxisanalyse durchzuführen	LE
		Analyse der vom LE dargelegten Sachverhalte	Nutzung der indikatorspezifischen Leitfragen, um Sachverhalte zu beurteilen	LAG
		Abschließende Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	- Leitfragen zur übergreifenden Bewertung der Stellungnahme - Einheitlicher Umgang mit Darlegungen zu besonderen Patientenmerkmalen - Spezifika der Patientenbefragung für das Einstufungsschema	LAG
Schritt 3: Maßnahmenvereinbarung	- Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um Verbesserungen in den Prozessen und Strukturen zu erzielen, sodass die Indikatorergebnisse verbessert werden? - Welche Akteure des LE können Maßnahmen umsetzen (bspw. internes Qualitätsmanagement, Pflege, Entlassmanagement etc.)?	- Entscheidung der LAG über Notwendigkeit, Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen zur Qualitätsförderung - Ableiten und Initiieren von Verbesserungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1)	- Übersicht möglicher Verbesserungsmaßnahmen bei auffälligen Indikatorergebnissen der Patientenbefragung - ggf. Vorgehen für eine mögliche Nutzung weiterer Dokumentationen des Leistungserbringers	LAG

6.2 Indikatorergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

6.2.1 Zielsetzung und Vorgehensweise

Gemäß Teil I § 17 DeQS-RL ist vor der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen die Bewertung der rechnerischen Auffälligkeiten der Indikatorergebnisse vorgesehen, ob hinter der Auffälligkeit etwaige Qualitätsmängel stehen. Die einrichtungsbezogenen Indikatoren adressieren qualitätsrelevante Strukturen über die vom Leistungserbringer, nicht fallbezogen, selbst berichtet wird. Eine Klärung einer rechnerischen Auffälligkeit hinsichtlich eines Qualitätsdefizits, für welches der Leistungserbringer verantwortlich ist, scheint somit möglich.

Um ein einheitliches Vorgehen für die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens, die Bewertung der Auffälligkeiten und für die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für die einrichtungsbezogenen Indikatoren herzustellen, werden Vorschläge für eine bundeseinheitliche Vorgehensweise erarbeitet

- zur Identifikation und Interpretation von rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen anhand der vom IQTIG bereitgestellten Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer bzw. Informationen in der mandantenfähigen Datenbank für die Landesarbeitsgemeinschaften,
- zu Grundsätzen zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens sowie zu Struktur und Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen der Leistungserbringer,
- zur Analyse und Bewertung der von den Leistungserbringern in den Stellungnahmen dargelegten Sachverhalte durch die Landesarbeitsgemeinschaft sowie
- zur Einleitung gezielter Verbesserungsmaßnahmen durch die Landesarbeitsgemeinschaft.⁴²

Für die Erarbeitung von Empfehlungen zur Bewertung möglicher in den Stellungnahmen dargestellten Sachverhalte wurde auf Erfahrungen aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation des QS-Verfahrens *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)* zurückgegriffen. Das empfohlene Konzept wurde den Expertinnen und Experten des Gremiums vorgestellt sowie über die Kriterien zur Bewertung des Indikatorergebnisses beraten.

6.2.2 Gestuftes Vorgehen für das Stellungnahmeverfahren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Der Ablauf des Stellungnahmeverfahrens soll stufenweise erfolgen und gliedert sich in die 3 Kernelemente Ergebnisanalyse, qualitative Bewertung und Maßnahmenvereinbarung (siehe Abbildung 11). In Schritt 1 erfolgt die Ergebnisanalyse auf Grundlage des Indikatorergebnisses und der vom Leistungserbringer gegebenen Antworten bezogen auf die indicatorspezifischen Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation. Die Ergebnisanalyse muss durch die Landesarbeitsgemeinschaft durch die Angaben in der mandantenfähigen Datenbank erfolgen. Gleichzeitig kann

⁴² Das vorliegende Konzept empfiehlt ein Vorgehen zur Einleitung von Maßnahme der Stufe 1 gemäß Teil I § 17 DeQS-RL. Für die Notwendigkeit der Einleitung von Maßnahmen nach Stufe 2 müssen gemäß der Richtlinie die Landesarbeitsgemeinschaften, unter Berücksichtigung der Äußerungen des betroffenen Leistungserbringers zur Situation, entscheiden.

der Leistungserbringer aber auch selbst durch die Angaben in den Rückmeldeberichten eine Ergebnisanalyse der Indikatoren durchführen. Bei Vorliegen rechnerischer auffälliger Indikatorergebnisse ist durch Anforderung einer schriftlichen Stellungnahme in Schritt 2 zu prüfen, ob hinter dem rechnerisch auffälligen Indikatorergebnis ein Qualitätsdefizit steht, für das der Leistungserbringer verantwortlich ist. Falls eine qualitative Auffälligkeit des Indikatorergebnisses gegeben ist, sollen auch die verantwortlichen Strukturen und Prozesse für das Qualitätsdefizit identifiziert werden, sodass gezielte Verbesserungsmaßnahmen und Zielvereinbarungen gemäß Maßnahmenstufe 1 durch die Landesarbeitsgemeinschaft getroffen werden können (Schritt 3). Das Vorgehen in den drei Kernelementen wird nachfolgend detailliert beschrieben. Zuvor werden die Besonderheiten der einrichtungsbezogenen Indikatoren im QS-Verfahren *Entlassmanagement* sowie deren Qualitätsanforderungen dargestellt.

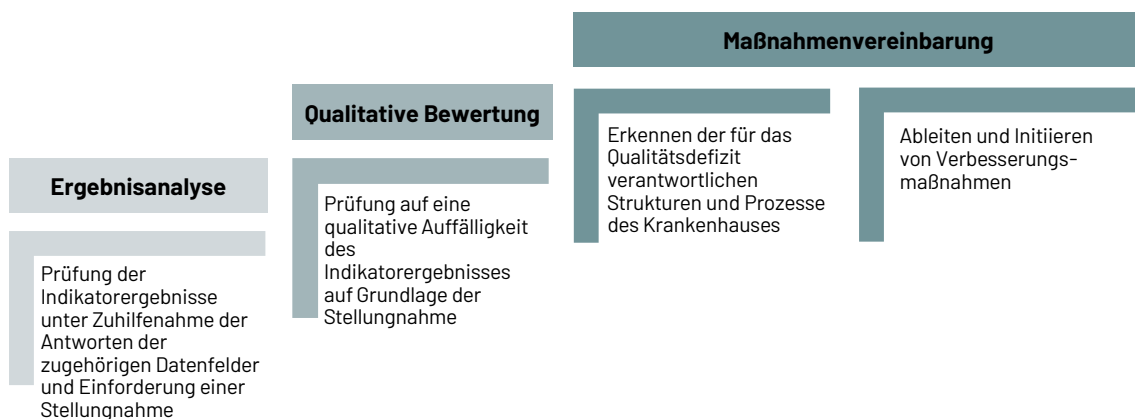


Abbildung 11: Übersicht zum Ablauf des Stellungnahmeverfahrens der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Konzeptionelle Rahmenbedingungen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation Entlassmanagement

Die nachfolgenden konzeptionellen Rahmenbedingungen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation Entlassmanagement sind auch für das Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL zu berücksichtigen:

- Das QS-Verfahren zielt auf gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement ab. Der QS-Filter, dessen Auslösung die Grundlage für die Dokumentationspflicht der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bildet, nimmt zur Identifikation der Zielpopulation keine Einschränkung hinsichtlich des Alters oder bestimmter Fachabteilungen vor. Weiterhin wird kein Ausschluss von Krankenhausstand-

orten bestimmter Fachrichtungen empfohlen. Die einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren umfassen allgemeine Anforderungen an das Entlassmanagement, die für alle stationären Leistungserbringer, unabhängig vom Versorgungsschwerpunkt, zutreffend sind.

- Die Auswertungen und Berichte sollen im QS-Verfahren *Entlassmanagement* dem behandelnden Standort zugeordnet werden. Die Qualitätsindikatoren und zugehörigen Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sind so konzipiert, dass sich die Strukturanforderungen jeweils auf den gesamten Krankenhausstandort beziehen.

Ausgangspunkt: Qualitätsanforderungen der Indikatoren

Die Qualitätsindikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation prüfen, ob die festgelegten Qualitätsanforderungen im Erfassungsjahr standortbezogen in einem festgelegten Ausmaß eingehalten worden sind. Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation Entlassmanagement enthält zwei Indikatoren mit zwei unterschiedlichen Berechnungsarten.

Der Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ prüft, ob der Krankenhausstandort über eine schriftliche Verfahrensregelung (mit festgelegten Mindestinhalten) zu einem multiprofessionellen Entlassmanagement verfügt. Der Strukturindikator hat keinen Nenner und wird binär, unter einer enumerativen Zielsetzung (IQTIG 2022e: Kapitel 20), berechnet und ausgewertet (Qualitätsanforderung erfüllt; Qualitätsanforderung nicht erfüllt). Eine Berücksichtigung statistischer Unsicherheit bedarf es daher nicht. Rechnerisch auffällig sind die Krankenhausstandorte, die im Erfassungsjahr keine Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement gemäß den Anforderungen des Qualitätsindikators vorliegen haben.

Der Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ prüft, ob neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Krankenhausstandort, die am Entlassmanagement beteiligt sind, bis zum 31. Januar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen haben. Bei diesem Qualitätsindikator handelt es sich um einen ratenbasierten Qualitätsindikator, der unter einer analytischen Zielsetzung (IQTIG 2022e: Kapitel 20) ausgewertet wird und eine statistische Unsicherheit beim Vergleich des Indikatorergebnisses mit dem festgelegten Referenzbereich von 95 % berücksichtigt. Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr und bis einschließlich 31. Januar des Folgejahres statistisch signifikant weniger als 95 % der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement geschult haben. Krankenhäuser, die dies nicht dokumentiert haben, werden ebenfalls rechnerisch auffällig.

Die Qualitätsanforderungen der beiden Qualitätsindikatoren stellen patientenrelevante, grundlegende Voraussetzung für ein funktionierendes Entlassmanagement dar, die durch den Leistungserbringer regelhaft beeinflussbar sind (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Bei einer rechnerischen Auffälligkeit sollte regelhaft das Stellungnahmeverfahren mit entsprechender Prüfung der Auffälligkeit und potenziell nachgelagerten Fördermaßnahmen eingeleitet werden. Eine detaillierte Übersicht

der zwei Indikatoren mit Qualitätsziel und Qualitätsanforderungen, Berechnung und empfohlenen Referenzbereich sind im Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation dargestellt.

6.2.3 Schritt 1: Ergebnisanalyse

Rahmenbedingungen der Ergebnisanalyse bei Indikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation

Indikatorspezifische Betrachtung

In der derzeitigen Ausgestaltung des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL bezieht sich das Ergebnis auf einen einzelnen Indikator und umfasst entsprechend auch die Zuordnung des Ergebnisses zu einer Kategorie des Bewertungsschemas. Hinter den beiden einrichtungsbezogenen Indikatoren für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* stehen jeweils klar voneinander abgegrenzte Qualitätsmerkmale, die wichtige Facetten der Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus darstellen und die mit konkreten Anforderungen an die Versorgungspraxis verknüpft sind (Qualitätsziele). Die Bewertung von Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Stellungnahmeverfahren kann demnach für beide Indikatoren getrennt voneinander erfolgen.

Bewertungsgegenstand

Die einrichtungsbezogenen Indikatoren berechnen sich auf der Grundlage der von den Krankenhäusern einmalig für ein Erfassungsjahr selbstberichteten Daten (Dokumentation anhand der Datenfelder). Im Gegensatz zu den Ergebnissen von fallbezogenen Prozess- oder Ergebnisindikatoren kann für die beiden Strukturindikatoren angenommen werden, dass durch das Stellungnahmeverfahren grundsätzlich eine Bewertung möglich ist, ob hinter einem auffälligen Indikatorergebnis ein Qualitätsdefizit der entsprechenden durch das Qualitätsmerkmal adressierten Prozesse- und Strukturen steht, für das der Leistungserbringer verantwortlich ist oder z. B. nur ein Fehler in der Dokumentation vorliegt. Diese Möglichkeit für die einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren ist vor allem hinsichtlich der Veröffentlichung der Indikatorergebnisse bedeutsam. Zeitgleich kann das Erkennen der für das Ergebnis verantwortlichen Strukturen und Prozesse, wenn eine qualitative Auffälligkeit des Indikatorergebnisses festgestellt werden konnte, die Grundlage für Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität bilden.

Eignungskriterien der einrichtungsbezogenen Indikatoren

Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren wurde für die hinter den Qualitätsindikatoren stehenden Qualitätsmerkmale sichergestellt, dass diese patientenrelevant und vom Leistungserbringer zu beeinflussen sind (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Ausgehend davon, dass eine Machbarkeitsprüfung für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*, die zwei Indikatoren umfasst, vom IQTIG als unverhältnismäßig angesehen wird (siehe Abschnitt 7.2.1), wurde zur Optimierung der Qualitätsmessung hinsichtlich der Eignungskriterien des Messverfahrens auf die Erfahrungen aus bereits vom IQTIG durchgeführten Machbarkeitsprüfungen zu einrichtungsbezogenen Indikatoren, die dieselben Inhalte (Arbeitsanweisungen und Schulungen) adressieren, zurückgegriffen (IQTIG 2023d, IQTIG 2022d). Die daraus resultierenden Änderungen in den Datenfeldern oder der Operationalisierung der Indikatoren sind in den Abschnitten 4.2.3 und 4.3.3 dargestellt.

Vorgehen zur Identifikation und Prüfung rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse

Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Das IQTIG empfiehlt für die Ergebnisanalyse des Indikators das folgende Vorgehen:

1. **Betrachtung des Indikatorergebnisses:** Der Strukturindikator hat keinen Nenner und wird binär, unter einer enumerativen Zielsetzung (IQTIG 2022e: Kapitel 20), berechnet und ausgewertet. Er besitzt dementsprechend keinen Referenzbereich. Eine rechnerische Auffälligkeit ist gegeben, wenn die festgelegten Qualitätsanforderungen nicht vollständig erfüllt sind. Eine Identifikation dieses rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses ist anhand der Angaben in der Kurzübersicht, in der mandantenfähigen Datenbank oder der CSV-Datei mit einer Übersicht zu den Indikatorergebnissen mit der zugehörigen Einstufung „auffällig“ (rot) oder „nicht auffällig“ (schwarz) möglich.⁴³
2. **Prüfung des Indikatorergebnisses anhand der Antworten der Datenfelder:** Der Qualitätsindikator umfasst mehrere Qualitätsanforderungen. Aus den Antworten zu den Datenfeldern lassen sich die Gründe identifizieren, die zu einer rechnerischen Auffälligkeit des Indikators geführt haben. Die Gründe, die zur Auffälligkeit geführt haben, müssen in den ausführlichen Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer und in der mandantenfähigen Datenbank hinterlegt werden. In Anhang D.2.1 sind die Gründe einer rechnerischen Auffälligkeit bezogen auf die unterschiedlichen Anforderungen des Indikators mit den jeweiligen Datenfeldern dargestellt.

Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“

Das IQTIG empfiehlt für die Ergebnisanalyse des Indikators das folgende Vorgehen:

1. **Betrachtung des Indikatorergebnisses:** Der Indikator wird als Rate berechnet und unter einer analytischen Zielsetzung (IQTIG 2022e: Kapitel 20) ausgewertet. Das Indikatorergebnis ist als Punktschätzer mit zugehörigem Vertrauensintervall dann rechnerisch auffällig, wenn das Vertrauensintervall außerhalb des Referenzbereichs von 95 % liegt. Reicht das Vertrauensintervall in den Referenzbereich hinein, ist das Indikatorergebnis nicht auffällig. Sofern keine Rate aufgrund von fehlender Dokumentation der Anzahl der neuen oder geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berechnet werden konnte, muss eine Betrachtung der Antworten der Datenfelder erfolgen (siehe Schritt 2). Eine Identifikation des rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses ist auch für diesen Indikator anhand der Angaben in der Kurzübersicht, in der mandantenfähigen Datenbank oder der CSV-Datei mit einer Übersicht zu den Indikatorergebnissen mit der zugehörigen Einstufung „auffällig“ (rot) oder „nicht auffällig“ (schwarz) möglich.
2. **Interpretation des Indikatorergebnisses anhand der Antworten der Datenfelder:** Der Qualitätsindikator umfasst die Qualitätsanforderungen, dass neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an einer Schulung teilgenommen haben und dass diese dokumentiert worden

⁴³ Sofern der Leistungserbringer im Erfassungsjahr für eine Teilnahme im externen QS-Audit vorgesehen war, dieser im Rahmen dessen aber keine Verfahrensregelung übermittelt hat, wird angenommen, dass eine Verfahrensregelung nicht über das gesamte Erfassungsjahr vorlag. In diesem Fall ist, unabhängig von einer rechnerischen Auffälligkeit, ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten.

sind. Aus den Antworten zu den Datenfeldern lässt sich identifizieren, ob eine fehlende Dokumentation zu einer rechnerischen Auffälligkeit des Indikators geführt hat. Die Gründe, die zur Auffälligkeit geführt haben, müssen in den ausführlichen Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer und in der mandantenfähigen Datenbank hinterlegt werden. In Anhang D.2.1 sind die Gründe einer rechnerischen Auffälligkeit bezogen auf die unterschiedlichen Anforderungen des Indikators dargestellt.

Vorgaben zu Struktur und Inhalten von Stellungnahmen bei auffälligen Indikatorergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation Entlassmanagement

Ziel des Stellungnahmeverfahrens für die einrichtungsbezogenen Indikatoren ist es, anhand einer angeforderten schriftlichen Stellungnahme eine Bewertung des auffälligen Indikatorergebnisses zu ermöglichen und bei einem Qualitätsdefizit, für welches der Leistungserbringer verantwortlich ist, Qualitätssicherungsmaßnahmen einzuleiten. Um die Möglichkeit für ein bundeseinheitliches Vorgehen dazu herzustellen, muss die Struktur und der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen der Leistungserbringer vorgegeben werden. Gemäß Teil I § 17 DeQS-RL können neben der Einholung von schriftlichen Stellungnahmen Gespräche und Begehungen mit bzw. beim Leistungserbringer durchgeführt werden.

Für die Bewertung des rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses und mit dieser verbundenen Zuordnung zu einer Kategorie des Bewertungsschemas muss dem Krankenhaus die Möglichkeit gegeben werden, sich zum Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit zu äußern. Dafür muss in der Anforderung einer Stellungnahme der jeweilige Qualitätsindikator mit dem jeweiligen Grund für die rechnerische Auffälligkeit angegeben werden. Anhand der übergeordneten Frage, welche Ursachen zur rechnerischen Auffälligkeit geführt haben, kann eine Einstufung in das Kategoriensystem erfolgen (siehe Schritt 2). Das Vorgehen zur Einstufung in das Kategoriensystem muss den Leistungserbringern transparent gemacht werden. Für die einrichtungsbezogenen Indikatoren im QS-Verfahren *Entlassmanagement* empfiehlt das IQTIG grundsätzlich erst bei einer wiederholten Auffälligkeit im selben Indikator mit demselben Grund, trotz vereinbarten Maßnahmen, ggf. Gespräche oder Begehungen zur Klärung durchzuführen.

6.2.4 Schritt 2: Qualitative Bewertung

Bewertung des Indikatorergebnisses

Die Bewertung eines Indikatorergebnisses wird gemäß den Qb-R (G-BA [2023]) anhand von Kategorien, Ziffern, Einstufungen und Begründungen abgebildet. Das Einstufungsschema wird für jedes Berichtsjahr in der Anlage zur Richtlinie dargestellt.

Es stehen insgesamt sieben Kategorien zur Verfügung:

- N: Bewertung nicht vorgesehen
- R: Ergebnis liegt im Referenzbereich
- H: Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen
- U: Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig
- A: Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig

- D: Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation
- S: Sonstiges

Gemäß dem oben aufgeführten Konzept zum Umgang mit den einrichtungsbezogenen Indikatoren Entlassmanagement im Stellungnahmeverfahren lässt sich eine Eingrenzung der für die Bewertung der Indikatorergebnisse möglichen Kategorien vornehmen. Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation für das QS-Verfahren umfasst ausschließlich Qualitätsindikatoren und keine Kennzahlen. Eine Bewertung des Ergebnisses ist demnach zwangsläufig vorgesehen, sodass die N-Kategorie nichtzutreffend ist. Für die Einstufung in die R-Kategorie empfiehlt das IQTIG die Ergänzung der Beschreibung, dass das Ergebnis nicht rechnerisch auffällig ist, sodass auch der Indikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“, der nicht als Rate berechnet wird, in das Einstufungsschema eingeordnet werden kann. Wie bereits unter Abschnitt 6.2.2 dargestellt stellen beide Qualitätsindikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation patientenrelevante, grundlegende Voraussetzungen für ein funktionierendes Entlassmanagement dar. Bei einer rechnerischen Auffälligkeit muss regelhaft eine schriftliche Stellungnahme angefordert werden, sodass einem Qualitätsdefizit, für welches der Leistungserbringer potenziell verantwortlich ist, nachgegangen werden kann. Ein Hinweis an das Krankenhaus, dass eine rechnerische Auffälligkeit vorliegt, ist nicht ausreichend. Sollte ein Krankenhausstandort in demselben Qualitätsindikator und auf Grundlage desselben Grundes in zwei aufeinander folgenden Jahren rechnerischen Auffällig werden, ist bei einer Maßnahmenvereinbarung im ersten Jahr auf die Einforderung einer schriftlichen Stellungnahme im Folgejahr zu verzichten. In diesem Fall ist es ausreichend, einen Hinweis auf die weiterhin bestehende Auffälligkeit zu verschicken. Sofern im zweiten Folgejahr weiterhin eine rechnerische Auffälligkeit besteht, ist eine Maßnahmenüberprüfung vorzusehen. Abgesehen davon wird die Anwendung der H-Kategorie für die einrichtungsbezogenen Indikatoren im QS-Verfahren *Entlassmanagement* nicht empfohlen. Die Zuordnung zu den weiteren Kategorien (U; A; D; S) können nach der Bewertung der eingegangenen Stellungnahme erfolgen. Das IQTIG empfiehlt für die Bewertung der Indikatorergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation eine neue Kategorie „K: Keine qualitative Bewertung nach Stellungnahmeverfahren möglich“ vorzusehen, vorbehaltlich einer Weiterentwicklung des Kategoriensystems im Rahmen der Beauftragung zur Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL (G-BA 2024). Eine Einordnung in die K-Kategorie ist vorzunehmen, wenn nachvollziehbare Umstände die Abweichungen von den Qualitätsanforderungen der Indikatoren rechtfertigen, die in der schriftlichen Stellungnahme plausibel dargestellt werden, aber keine Aussage dazu möglich ist, ob ohne die dargestellten Umstände keine Auffälligkeit bestehen würde. Die Begründung für die Einführung einer neuen Kategorie ist unter den Gründen zur Einordnung in Kategorie K dargestellt. Für eine einheitliche Zuordnung zu den folgenden Kategorien, wird das nachfolgende Vorgehen empfohlen.

Einordnung in Kategorie A oder U

Für die folgenden Gründe, die vom Krankenhaus als Begründung für die rechnerische Auffälligkeit angegeben werden können, empfiehlt das IQTIG für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* die Einordnung in die A-Kategorie:

- Die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung ist durch Ressourcengründe wie z. B. einen Personalmangel begründet (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)
- Die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung ist durch Strukturänderungen im Krankenhaus wie z. B. Personalwechsel oder Umstellung der IT-Systeme begründet (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)
- Die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung ist bereits durch Maßnahmen behoben worden (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)
- Nicht-Abgabe oder unvollständige Abgabe einer Stellungnahme (A72: keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt)
- Darlegungen und Erläuterungen beziehen sich nicht auf die Prozesse und Strukturen, die mit der Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung zusammenhängen (A72: keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt)
- Nicht-Information über die Dokumentationspflicht (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)
- Überschreiten der Datenlieferfrist (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)

Im Erprobungszeitraum muss mit der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens anhand der Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften geprüft werden, ob weitere Gründe erkenntlich sind, die eine Einordnung in die A-Kategorie begründen. Für die U-Kategorie sind prospektiv, vor Beginn des Erprobungszeitraums, keine Gründe ersichtlich, die eine Einordnung eines rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses in diese Kategorie begründen.

Einordnung in Kategorie D

Wie bereits dargestellt berechnen sich die einrichtungsbezogenen Indikatoren auf der Grundlage der von den Krankenhäusern einmalig für ein Erfassungsjahr selbstberichteten Daten (Dokumentation anhand der Datenfelder). Im Gegensatz zu fallbezogenen Indikatoren, bei denen für jeden Fall ein Dokumentationsbogen ausgefüllt wird, kann eine einmalige, fehlerhafte Angabe im einrichtungsbezogenen Dokumentationsbogen zu einer rechnerischen Auffälligkeit führen, hinter der kein Qualitätsdefizit der durch den Indikator adressierten Strukturen und Prozesse steht. Um diese Unterscheidung in der Bewertung vornehmen zu können, empfiehlt das IQTIG das folgende Vorgehen für die beiden Indikatoren:

Bei Vorliegen einer rechnerischen Auffälligkeit im Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ wird das Krankenhaus mit dem Hinweis, welche Qualitätsanforderung des Indikators nicht erfüllt war, um eine schriftliche Stellungnahme gebeten (siehe Abschnitt Schritt 1). Sofern der Leistungserbringer daraufhin darlegt, dass es sich bei dem Grund, der zur Auffälligkeit geführt hat, nur um einen Dokumentationsfehler handelt, muss der Leistungserbringer eine Kopie der Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement aus dem betreffenden Erfassungsjahr an die Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft übermitteln. Durch eine Validierung der Dokumentation aus dem Erhebungsbogen mit der übersendeten Verfahrensregelung kann geprüft werden, ob es sich beim Grund der rechnerischen Auffälligkeit ausschließlich um einen Dokumentationsfehler handelt. Da keine Neuberechnung der Indikatorergebnisse nach der derzeit gültigen DeQS-RL möglich ist, muss in diesem

Fall die Kategorie D vergeben werden (D80: unvollständige oder falsche Dokumentation oder D81: Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht).

Auch bei dem Indikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ wird das Krankenhaus bei Vorliegen einer rechnerischen Auffälligkeit mit dem Hinweis, welche Qualitätsanforderung des Indikators nicht erfüllt war, um eine schriftliche Stellungnahme gebeten. Grund für die rechnerische Auffälligkeit kann entweder die Nicht-Erfüllung der geforderten Schulungsquote oder eine fehlende Dokumentation sein. Das IQTIG empfiehlt, sofern der Leistungserbringer eine fehlerhafte Eingabe im Dokumentationsbogen darlegt, die Primärdokumentation (digital oder analog) der Schulungen einzufordern, aus der ersichtlich wird, dass eine Dokumentation der Schulungen stattgefunden hat und welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu welchem Datum geschult worden sind. Die Dokumentation ist dafür im Vorfeld durch den Leistungserbringer zu anonymisieren. Weiterhin muss vom Krankenhaus dargelegt werden, welche Angabe aus dem Dokumentationsbogen somit fehlerhaft war. Da auch hier keine Neuberechnung möglich ist, muss in diesem Fall die Kategorie D vergeben werden (D80: unvollständige oder falsche Dokumentation oder D81: Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht).

Im Rahmen dieses Berichtes wird für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* darauf hingewiesen, dass eine Neuberechnung der Indikatoren als sinnvoll erachtet wird, um eine abschließende Bewertung des Indikators zu ermöglichen. Ohne eine Neuberechnung kann im Stellungnahmeverfahren nur dargestellt werden, dass die rechnerische Auffälligkeit durch einen Dokumentationsfehler des Leistungserbringers verursacht worden ist. Ob nach Berücksichtigung des Dokumentationsfehlers die Auffälligkeit nicht mehr gegeben ist, kann nicht geprüft werden.

Einordnung in Kategorie K

Eine Einordnung in die K-Kategorie soll für die einrichtungsbezogenen Indikatoren in Ausnahmefällen erfolgen, wenn nachvollziehbare Umstände die Abweichungen von den Qualitätsanforderungen der Indikatoren rechtfertigen, die in der schriftlichen Stellungnahme plausibel dargestellt werden, aber keine Aussage dazu möglich ist, ob ohne die dargestellten Umstände keine Auffälligkeit bestehen würde.

Dies kann durch Umstände bedingt sein, die allein den Krankenhausstandort selbst betreffen: Bei einer unterjährigen Gründung eines Standortes kann die Qualitätsanforderung, die sich auf das gesamte Erfassungsjahr bezieht, folglich nicht erfüllt werden bzw. die Erfüllung unmittelbar nach Zulassung nicht erwartet werden. Gleiches gilt für die Aufgabe eines Standortes im Erfassungsjahr. Die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens und damit die Bewertung einer rechnerischen Auffälligkeit ist ferner nicht möglich, wenn eine Aufgabe des Standortes im Auswertungsjahr erfolgt. Auch in diesem Fall ist die K-Kategorie zu vergeben. Ein weiterer nachvollziehbarer Umstand, der die Abweichung von den Qualitätsanforderungen des Indikators „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ rechtfertigt, ist ein unterjähriger, anhaltender Datenverlust durch den Ausfall des IT-Systems, sodass keine Dokumentation der Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für das gesamte Erfassungsjahr gewährleistet werden konnte. Hierbei muss der Leistungserbringer

durch eine Veröffentlichung des Datenverlustes darstellen, inwiefern die Umstände einen Nachweis der durchgeführten Schulungen verhindert hat.

Bei (nationalen) Situationen mit besonderer Tragweite für die stationären Leistungserbringer, z. B. in Folge einer epidemischen/pandemischen Situation, muss der G-BA über die Aufrechterhaltung oder Aussetzung der externen Qualitätssicherung nach § 135a SGB V entscheiden. Das IQTIG empfiehlt für die einrichtungsbezogenen Indikatoren des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* in diesen Fällen bei einer Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderungen eine Einordnung in die K-Kategorie.

Die Empfehlung für die Einführung der neuen Kategorie in das Einstufungsschema des Qb-R erfolgt vor dem Hintergrund einer fairen Leistungserbringerbewertung. Bei den aufgeführten Umständen, die eine Abweichung von den Qualitätsanforderungen der Indikatoren bewirken, kann in der qualitativen Bewertung keine Aussage darüber getroffen werden, ob ohne diese Umstände die Qualitätsanforderungen erfüllt gewesen wären. Eine Einordnung in die Kategorie „U: Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig“ scheint demnach nicht sachgerecht. Eine Alternative besteht in der Einordnung in die Kategorie „S: Sonstiges“. Die Einordnung in diese Kategorie suggeriert dabei allerdings keine Entlastung des Leistungsbringers, dass die Abweichung von der Qualitätsanforderung nachvollziehbar und plausibel ist.

Die aufgeführten Gründe, die eine Einordnung in die K-Kategorie bewirken, sind prospektiv vor Beginn des Erprobungszeitraums umfassend. Auch für die K-Kategorie muss im Erprobungszeitraum mit der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens anhand der Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften geprüft werden, ob weitere Gründe erkenntlich sind, die eine Einordnung in diese Kategorie rechtfertigen. Neben den aufgeführten Umständen seitens des Leistungserbringers, die eine Abweichung von den Qualitätsanforderungen der Indikatoren rechtfertigen, kann eine rechnerische Auffälligkeit z. B. auch durch einen Fehler in den Rechenregeln seitens der Bundesauswertungsstelle bedingt sein. In diesem Fall ist, insofern keine Neuberechnung der Indikatoren erfolgen kann, ebenfalls eine Einordnung des Indikatorergebnisses in die Kategorie K vorzunehmen, um darzustellen, dass eine qualitative Bewertung des Ergebnisses nicht möglich ist.

Einordnung in die S-Kategorie

Eine Einordnung in die Sonstiges-Kategorie soll erfolgen, wenn das Stellungnahmeverfahren nicht fristgerecht abgeschlossen werden konnte (S92: Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden) oder wenn keine andere der einrichtungsbezogenen Kategorien zutreffend ist. In dem Fall ist die Stellungnahme mit der Ziffer „S99: Sonstiges“ zu kennzeichnen und es ist von der Landesarbeitsgemeinschaft im Kommentar auszuführen, welcher Sachverhalt der Einordnung zu Grunde lag.

Eine zusammenfassende tabellarische Auflistung der Kriterien für die Zuordnung zu den Bewertungskategorien ist im Anhang D.2.2 ersichtlich.

6.2.5 Schritt 3: Maßnahmenvereinbarung

Erkennen, der für das Indikatorergebnis verantwortlichen Strukturen und Prozesse des Krankenhauses

Sollte nach der Überprüfung des rechnerischen auffälligen Indikatorergebnisses keine Einordnung in die Kategorien U, D, K, S gemäß dem oben beschriebenen Vorgehen zutreffen, liegt ein Qualitätsdefizit vor, für das der Leistungserbringer verantwortlich ist. Anhand der Interpretation des Indikatorergebnisses aus Schritt 1 können mithilfe von indikatorspezifischen Fragen abhängig vom jeweiligen Grund für die Auffälligkeit im Dialog mit dem Leistungserbringer die verantwortlichen Strukturen und Prozesse für das Qualitätsdefizit identifiziert werden. Weiterhin wird der Leistungserbringer dadurch darin unterstützt, den Ursachen für das Defizit nachzugehen sowie ggf. bereits eingeleitete Lösungsvorschläge darzustellen. Die Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen sind im Anhang D.2.1 ersichtlich. Die indikatorspezifischen Leitfragen können im Erprobungszeitraum anhand von Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften kontinuierlich verbessert werden. Vor der Maßnahmenvereinbarung mit dem Leistungserbringer sind die folgenden Leitfragen von der Landesarbeitsgemeinschaft zu prüfen:

- Wurden das Problem und der damit verbundene Handlungsbedarf erkannt?
- Wurden bereits Lösungen zur Verbesserung erarbeitet und eingeleitet?
- Sind die geplanten Maßnahmen Erfolg versprechend?
- Werden die eingeleiteten Maßnahmen nachhaltig durch den Leistungserbringer kontrolliert?

Auf Grundlage der Beantwortung dieser Leitfragen kann gemäß Teil I § 17 DeQS-RL die Landesarbeitsgemeinschaft als zuständige Stelle über die Notwendigkeit zur Einleitung geeigneter Maßnahmen entscheiden und unter Beteiligung der in der DeQS-RL genannten Organisationen und Fachkommissionen Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen festlegen.

Ableiten und Initiieren von Verbesserungsmaßnahmen

In Teil I § 17 Abs. 3 Satz 3 DeQS-RL werden folgende Inhalte für Vereinbarungen mit den betreffenden Leistungserbringern als Beispiele für Maßnahmenstufe 1 genannt:

- Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- Teilnahme am Qualitätszirkel
- Implementierung von Behandlungspfaden
- Durchführung von Audits
- Durchführung von Peer-Reviews
- Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien

Beispiel für mögliche Verbesserungsmaßnahmen bei einem auffälligen Indikatorergebnis der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation Entlassmanagement

Anhand des nachfolgenden Beispiels für den Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ soll der Umgang mit den Ergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation exemplarisch dargestellt werden.

Der Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ prüft, ob neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Krankenhausstandort, die am Entlassmanagement beteiligt sind, bis zum 31. Januar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen haben.

Ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis liegt vor, wenn signifikant weniger als 95 % der neuen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter geschult worden sind oder die Schulungen nicht dokumentiert worden sind. In der Betrachtung des Indikatorergebnisses wird deutlich, dass die Schulungsquote signifikant von dem festgelegten Referenzbereich abweicht. In der Betrachtung und Interpretation des Indikatorergebnisses anhand der Antworten der Datenfelder ist zu erkennen, dass zwar Schulungen stattgefunden haben und diese dokumentiert worden sind, die Anzahl der geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jedoch nicht hinreichend ist, um die festgelegte Schulungsquote zu erreichen. Die Einleitung eines Stellungsverfahren ist damit angezeigt. Die Landesarbeitsgemeinschaft fordert den Leistungserbringer zu einer schriftlichen Stellungnahme auf, in der dieser darlegen muss, welche Ursache er für die Abweichung des Indikatorergebnisses sieht.

Der Leistungserbringer stellt in der schriftlichen Stellungnahme dar, dass im letzten Quartal ein erhöhter Krankenstand seitens der für das Entlassmanagement Verantwortlichen vorlag und entsprechend die für das Quartal vorgesehene Schulung nicht durchgeführt werden konnte, sodass die festgelegte Schulungsquote nicht erreicht wurde. Die Landesarbeitsgemeinschaft bewertet das Indikatorergebnis auf Grundlage der abgegebenen Stellungnahme mit der Einstufung „A71“ (Hinweis auf einen Struktur- und Prozessmangel) als qualitativ auffällig, da die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung durch Ressourcengründe als Qualitätsdefizit bewertet werden soll.

Im anschließenden Dialog mit dem Leistungserbringer wird unter Hinzunahme der indikator-spezifischen Leitfragen u. a. deutlich, dass die Schulungen zur hausinternen Verfahrensregelung einmal pro Quartal als Präsenz-Schulungen multidisziplinär durchgeführt werden. Im Rahmen der Maßnahmenstufe 1 wird vereinbart, dass der Leistungserbringer für den weiteren Fall eines Ressourcenengpasses eine alternative Möglichkeit zur Schulung über ein E-Learning-Angebot schaffen muss, die gewährleistet, dass alle neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über das Jahr hinweg am Standort neu beschäftigt werden, zeitnah geschult werden können. Sollte der Krankenhausstandort im Jahr des Stellungsverfahrens in demselben Qualitätsindikator und auf Grundlage desselben Grundes rechnerisch auffällig werden, ist ausschließlich ein Hinweis an den Leistungserbringer zu versenden. Sollte im darauffolgenden Jahr trotz der vereinbarten Maßnahmen weiterhin dasselbe Qualitätsdefizit bestehen, ist z. B. im Rahmen einer Begehung das Schulungssystem des Leistungserbringers vor Ort differenzierter zu betrachten.

Nutzung weiterer Dokumentationen des Leistungserbringers

Für das Stellungsverfahren der einrichtungsbezogenen Indikatoren ist keine Sichtung der fallbezogenen Behandlungs- und Entlassdokumentation notwendig. Im Rahmen der Maßnah-

menstufe 1 kann es sinnvoll sein, bei wiederholt auffälligen Indikatorergebnissen über die Verfahrensregelung und Schulungsdokumentation hinaus fallübergreifende Dokumente des Leistungserbringers einzubeziehen. Zum Beispiel können in einer Begehung das Vorliegen eines Schulungskonzepts oder weitere SOPs zur Analyse der Prozesse und Strukturen, die der Leistungserbringer für das Entlassmanagement etabliert hat, zur abschließenden Maßnahmenvereinbarung einbezogen werden.

6.2.6 Änderungen nach externer Beteiligung und Beteiligungsverfahren

Auf Grundlage der Rückmeldungen im Expertengremium (siehe Anhang E.2.3) wurde die Ergänzung aufgenommen, dass auch ein Fehler in den Rechenregeln seitens der Bundesauswertungsstelle eine rechnerische Auffälligkeit verursachen kann. Außerdem wurde ergänzt, dass der Leistungserbringer im Falle eines unterjährigen Datenverlusts diesen in einer Veröffentlichung darstellen muss, sodass nachvollziehbar ist, dass ein Nachweis der durchgeführten Schulungen verhindert wurde.

Auf Grundlage der Rückmeldungen aus dem Beteiligungsverfahren (siehe Würdigung der Stellungnahmen) wurden die indikatorspezifischen Leitfragen für die Indikatorergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation durchgängig auf einen offenen Fragetyp umgestellt (siehe Anhang D.2.1).

6.2.7 Zusammenfassung des Konzepts zum Umgang mit Indikatorergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation für das QS-Verfahren Entlassmanagement im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL

In Tabelle 20 sind die zentralen Fragestellungen, die betroffenen Schritte des Stellungnahmeverfahrens sowie die Empfehlungen für eine einheitliche Vorgehensweise für die jeweiligen Akteure zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 20: Übersicht der einzelnen Schritte zum Umgang mit den Indikatorergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Stellungnahmeverfahren

Kernelemente	Zentrale Fragestellungen	Betroffene Schritte des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL	Einheitliche Prozesse und Vorgehensweisen	Akteur
Schritt 1 - Ergebnisanalyse	- Welche Indikatoren weisen ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis auf? - Welche konkreten Qualitätsanforderungen wurden anhand der Antworten zu den jeweiligen Datenfeldern nicht erreicht?	Identifikation und Prüfung der Gründe rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse	- Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse anhand der mandantenfähigen Datenbank/CSV-Datei - Prüfung der Gründe der Auffälligkeit anhand der Antworten der zugehörigen Datenfelder über die Angaben in der mandantenfähigen Datenbank	LAG
		Identifikation und Prüfung der Gründe rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse	- Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse anhand des jeweiligen Rückmeldeberichts - Prüfung der Gründe der Auffälligkeit anhand der Antworten der zugehörigen Datenfelder im Rückmeldebericht	LE
		Anforderung einer schriftlichen Stellungnahme	Festlegung zu Struktur und Inhalten der angeforderten Stellungnahmen	LAG
Schritt 2 - Qualitative Bewertung	Welcher Ursache hat zur Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung geführt?	Verfassen einer schriftlichen Stellungnahme nach Vorgaben der LAG	Darlegung in der schriftlichen Stellungnahme, welche Ursache zur rechnerischen Auffälligkeit geführt hat	LE
		Bewertung des rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses (qualitative Bewertung)	- Nutzung des einheitlichen Vorgehens zur Überprüfung des rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses - Spezifika der einrichtungsbezogenen Dokumentation für das Einstufungsschema	LAG

Kernelemente	Zentrale Fragestellungen	Betroffene Schritte des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL	Einheitliche Prozesse und Vorgehensweisen	Akteur
Schritt 3 – Maßnahmenvereinbarung	- Welche Prozesse und Strukturen des Leistungserbringers beeinflussen die Qualitätsanforderung des Indikators? - Welche Akteure (Funktionsträger) und Schnittstellen des Leistungserbringers sind daran beteiligt? - Wo liegen in den Prozessen oder Strukturen des Leistungserbringers Schwachstellen bzw. Qualitätsprobleme vor, die die Erfüllung der Qualitätsanforderung beeinflussen? - Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um Verbesserungen in den Prozessen und Strukturen zu erzielen, sodass die Qualitätsanforderungen der Indikatoren erfüllt werden?	Dialog mit der LAG	- Erkennen der verantwortlichen Strukturen und Prozesse bei Vorliegen eines Qualitätsdefizits unter Hinzunahme von indikatorspezifischen Leitfragen - Übersicht möglicher Verbesserungsmaßnahmen bei Vorliegen eines Qualitätsdefizits bezogen auf die Qualitätsanforderungen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	LE
		- Dialog mit dem LE - Entscheidung der LAG über Notwendigkeit, Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen zur Qualitätsförderung - Ableiten und Initiieren von Verbesserungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1)	- Nutzung der Beantwortung der indikatorspezifischen Leitfragen, um Notwendigkeit und Ausmaß für Maßnahmenvereinbarung zu beurteilen - Vorgehen für eine mögliche Nutzung weiterer Dokumentationen des Leistungserbringers	LAG

7 Empfehlungen für den Start der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation

7.1 Empfehlung für den Start der Patientenbefragung

Grundlegend für den Start der Patientenbefragung ist die Umsetzung der überarbeiteten Fallauslösung anhand der in Abschnitt 3.2 dargestellten Kriterien. Aus der Überarbeitung der Fallauslösung und der vom IQTIG empfohlenen Stichprobengröße ergibt sich, dass beide Fragebogenversionen für den Start der Patientenbefragung vorgesehen sind, um ein angemessenes Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu gewährleisten.

Ausgehend von den Empfehlungen des IQTIG in den Abschlussberichten zu Teil B (IQTIG 2023b) und Teil C (IQTIG 2023a) zur Entwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* werden im Folgenden zunächst die Rahmenbedingungen für das Umsetzungs- und Auswertungskonzept dargestellt und im Anschluss konkrete Empfehlungen zum Start der Patientenbefragung gegeben. Ein möglicher zeitlicher Rahmen für den Start wird in Abschnitt 7.3 dargestellt.

7.1.1 Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Patientenbefragung Entlassmanagement

Allgemeine Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Patientenbefragung

Das Umsetzungskonzept aus dem Abschlussbericht zu Teil B (IQTIG 2023b: Kapitel 7) und die Empfehlungen des IQTIG für den Regelbetrieb der Patientenbefragung Entlassmanagement aus dem Abschlussbericht zu Teil C (IQTIG 2023a: Kapitel 12) sowie die aktuellen Weiterentwicklungen der Fallauslösung erfordern folgende allgemeine Rahmenbedingungen für den Start der Patientenbefragung:

- Prinzipiell sind mit Überarbeitung der Fallauslösung alle Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte, die Patientinnen und Patienten mit den entsprechenden Kriterien nach einer vollstationären Behandlung entlassen, als Leistungserbringer des QS-Verfahrens anzusehen.
- Entlassungen nach einer teilstationären, stationsäquivalenten Behandlung (StäB) gemäß § 115 d SGB V, vor-, nach- oder tagesstationäre Behandlungen im Krankenhaus gemäß § 115 a bzw. e SGB V sind im QS-Verfahren nicht inkludiert. Selektivvertragliche Leistungen am Krankenhaus (z. B. nach §§ 140a SGB V) werden, insofern die Abrechnung über das Institutionskennzeichen erfolgt, miteinbezogen.
- Aufgrund der hohen Anzahl von Leistungserbringern (etwa 2.370 Krankenhausstandorte gemäß Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V mit Stand Juni 2024) ist die Umsetzung als indirektes, länderbezogenes QS-Verfahren angezeigt. Die Kriterien für ein bundesbezogenes Verfahren, welche in Teil I § 2 Abs. 2 DeQS-RL dargestellt sind, sind für das QS-Verfahren Entlassmanagement nicht zutreffend.
- Patientinnen und Patienten mit einer stationären Verweildauer von weniger als zwei Tagen werden entsprechend der ursprünglichen Empfehlung des IQTIG weiterhin nicht für das QS-

Verfahren in Betracht gezogen; es wird davon ausgegangen, dass ein stationärer Aufenthalt von weniger als zwei Tagen mit anschließender Entlassung ein Indiz für eine weniger schwere Erkrankung mit entsprechend geringerem Versorgungsbedarf oder aber für bereits bestehende Versorgungsstrukturen ist.

- Seit 2021 haben Patientinnen und Patienten unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus. Krankenkassen übernehmen gemäß § 39 e SGB V für 10 Tage die Kosten der Übergangspflege, welche direkt im Anschluss an eine abgeschlossene stationäre Behandlung in demselben Krankenhausstandort erbracht wird. Die Leistungen der Übergangspflege (u. a. für Grund- und Behandlungspflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Entlassmanagement) sind nachrangig zur Anschlussversorgung und können nur dann in Anspruch genommen werden, wenn häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege, medizinische Rehabilitation oder Pflegeleistungen nachweislich nicht oder nur unter erheblichen Aufwand erbracht werden können (GKV-Spitzenverband et al. 2021). Dieser von der stationären Krankenhausbehandlung abgegrenzte Leistungsbereich konnte bei der Entwicklung der Patientenbefragung Entlassmanagement nicht berücksichtigt werden, da insbesondere zum Zeitpunkt der Itementwicklung und Pretestung die Patientinnen und Patienten noch keine Erfahrungen mit der Übergangspflege gemacht hatten. Das Befragungsinstrument ist dementsprechend nicht für Entlassungen mit nachfolgender Übergangspflege validiert. Entsprechend den Hinweisen aus dem Beteiligungsworkshop geht das IQTIG davon aus, dass die Übergangspflege aktuell in der Versorgungspraxis (noch) nicht oft in Anspruch genommen wird. Es ist nach Einschätzung des IQTIG vertretbar, für den Start der Patientenbefragung Entlassungen mit anschließender Übergangspflege (Entlassungsgrund 30 aus dem Segment „Entlassungsanzeige“ entsprechend Anlage 2 – Schlüssel 5 für die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V (Spitzenverbände der Krankenkassen/DKG 2023) nicht im QS-Verfahren zu berücksichtigen. Im Rahmen des Erprobungszeitraums kann mit Blick auf die ggf. gestiegenen Fallzahlen der Übergangspflege abgewogen werden, unter welchen Bedingungen Entlassungen mit Übergangspflege in das QS-Verfahren eingeschlossen werden können.
- Die Feststellung der Vollständigkeit der vom Leistungserbringer für die Durchführung der Patientenbefragung an die Versendestelle Patientenbefragung zu übermittelnden Datensätze erfolgt im stationären Sektor auch ohne fallbezogene QS-Dokumentation auf Basis der Abrechnungsdaten des Krankenhauses als Referenzdatenquelle. In den themenspezifischen Bestimmungen für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* kann die Erstellung der Sollstatistik über Teil I § 9 Abs. 2 Nr. 9 DeQS-RL bei der Festlegung der Aufgaben der Datenannahmestellen (DAS) erfolgen. Bei der Festlegung konkreter Fristen sind die Korrekturfristen für Abrechnungsdaten und Korrekturfristen bei der monatlichen Übermittlung der Adressdaten für die Patientenbefragung zu berücksichtigen und ggf. zu harmonisieren.
- Für die gezielte Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Teil I § 17 DeQS-RL empfiehlt das IQTIG in Abschnitt 6.1 die aufnehmende und entlassende Fachabteilung als behandlungsspezifische Information zusammen mit den Adressdaten der Patientinnen und Patienten vom Leistungserbringer über die DAS und die Versendestelle Patientenbefragung an das IQTIG als Bundesauswertungsstelle zu übermitteln.

Berücksichtigung der Einwilligung der Patientinnen und Patienten in ein Entlassmanagement

Die Selektion der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erfolgt mittels der überarbeiteten Fallauslösung im QS-Filter zum Zeitpunkt der Entlassung. Dabei gilt es, für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* folgende Besonderheit zur Einwilligung der Patientinnen und Patienten in das Entlassmanagement gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024) zu beachten:

- Bei Patientinnen und Patienten, die keine Einwilligung in ein Entlassmanagement geben, darf nach § 7 Rahmenvertrag Entlassmanagement und Anlage 1 a vom Krankenhaus formal kein Entlassmanagement durchgeführt werden. Jedoch gilt es hierbei zu berücksichtigen, dass insbesondere Patientinnen und Patienten aus der Zielgruppe des QS-Verfahrens in der Versorgungspraxis aufgrund von körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen teilweise nicht einwilligen können. Es ist davon auszugehen, dass in den Krankenhäusern dennoch ein Entlassmanagement umgesetzt wird. Eine Befragung von 249 Allgemeinkrankenhäusern mit mehr als 100 Betten aus dem Jahr 2018 ergab, dass im Median etwa 80 % der Patientinnen und Patienten in das Entlassmanagement und die Unterstützung durch die Krankenkasse einwilligten (Blum et al. 2018).
- Voraussetzung für eine aufwandsarme Berücksichtigung der Angabe zur Einwilligung der Patientinnen und Patienten in ein Entlassmanagement für die Fallauslösung im QS-Filter ist, dass diese Information in vergleichbarer Form zu abrechnungsrelevanten Angaben nach § 21 KHEntgG im KIS zum Zeitpunkt der Entlassung vorliegt. In den Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG ist die Angabe zum Einwilligungsstatus in ein Entlassmanagement nicht enthalten.
- Die Einwilligung in das Entlassmanagement ist für die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V (Spitzenverbände der Krankenkassen/DKG 2023) vorgesehen. Hier ist gemäß Anlage 1 im Segment Krankenhausinformation (KHIN) für das Segment „Art der Information“ mit Schlüssel 31 (Anlage 2) die Einwilligung ins Entlassmanagement hinterlegt.
- Das IQTIG geht davon aus, dass die fallbezogene Angabe zur Einwilligung ins Entlassmanagement aktuell nicht in allen Einrichtungen zum Zeitpunkt der Entlassung im KIS einheitlich strukturiert für eine automatisierte Nutzung zur Fallauslösung vorliegt.

7.1.2 Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb

Aufwände für verschiedene Varianten zum Umgang mit der Einwilligung der Patientinnen und Patienten ins Entlassmanagement

Mit den oben beschriebenen Rahmenbedingungen zur Berücksichtigung des Einwilligungsstatus der Patientinnen und Patienten können drei Varianten hinsichtlich des Aufwands für Vorbereitung und Umsetzung in den Krankenhäusern und dem Zeitpunkt für den Start der Patientenbefragung unterschieden werden:

- **Variante 1 – Keine Berücksichtigung des Einwilligungsstatus:** Zum Start der Patientenbefragung wird der QS-Filter ohne die Information zum Einwilligungsstatus spezifiziert. Eine aufwandsarme Berücksichtigung ohne zusätzliche fallbezogene Dokumentation ist nach Einschätzung des IQTIG für einen zeitnahen Start des QS-Verfahrens nicht möglich. In dieser Variante kann der heterogenen Dokumentationspraxis in den Einrichtungen und der Versorgungspraxis des Entlassmanagements hinsichtlich der Einholung und Dokumentation der Einwilligung insbesondere von vulnerablen Patientengruppen Rechnung getragen werden; ein zeitnaher und aufwandsarmer Start der Patientenbefragung wird ermöglicht. Um diese Variante umzusetzen, ist nach Einschätzung des IQTIG ein Beschluss durch den G-BA notwendig, aus dem hervorgeht, dass eine Durchführung der Patientenbefragung Entlassmanagement gemäß § 299 Abs. 1 und Abs. 4 SGB V erfolgen soll. Zudem empfiehlt das IQTIG die Indikatoren der Patientenbefragung mit mittelwertbasierten Referenzbereichen umzusetzen. So können mögliche Konstellationen in der Versorgungspraxis, bei denen Einrichtungen aufgrund einer fehlenden Einwilligung der Patientinnen und Patienten nicht vollumfänglich im Rahmen des Entlassmanagements tätig werden konnten, für die Bewertung der Versorgungsqualität berücksichtigt werden.
- **Variante 2 – Berücksichtigung des Einwilligungsstatus in der QS-Dokumentation:** Um den Einwilligungsstatus unabhängig vom QS-Filter für einen fallbezogenen Ausschluss der Patientinnen und Patienten aus dem QS-Verfahren umzusetzen, wird ein Datenfeld in der QS-Dokumentation benötigt. Dieses sollte entsprechend den Vorgaben für die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V spezifiziert werden. Krankenhäuser sind dann verpflichtet, zum Zeitpunkt der Entlassung den Einwilligungsstatus der Patientin / des Patienten für das QS-Verfahren zu hinterlegen. Einrichtungen, bei denen diese Information bereits in der passenden Form im KIS vorliegt, sollten diese automatisiert über eine Software-Schnittstelle im KIS aufwandsarm befüllen können. Einrichtungen ohne diese Möglichkeit sind dazu angehalten, entsprechende Anpassungen in der Dokumentationspraxis vorzunehmen, um eine ressourcenintensive, ggf. händische Dokumentation zu vermeiden. Patientinnen und Patienten, die nicht in ein Entlassmanagement eingewilligt haben, können anhand des Datenfelds bspw. über einen verkürzten Dokumentationsbogen ohne Adressdaten der Patientinnen und Patienten an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt werden. Der Fragebogenversand wird unterdrückt.
- **Variante 3 – Berücksichtigung des Einwilligungsstatus im QS-Filter:** Um den Einwilligungsstatus bereits im QS-Filter nutzen zu können und Aufwände für die fallbezogene Dokumentation eines Datenfelds gänzlich zu vermeiden, empfiehlt das IQTIG, zu prüfen, inwiefern für alle Einrichtungen gleichermaßen perspektivisch eine Verpflichtung für eine einheitlich strukturierte und zum Zeitpunkt der Entlassung der Patientinnen und Patienten vorliegende Information geschaffen werden kann (z. B. als Angaben nach § 21 KHEntgG). Die Information wäre dann für den QS-Filter als Ein- oder Ausschlusskriterium greifbar.

Umsetzbarkeit der Patientenbefragung mit überarbeiteter Fallauslösung

Es ist davon auszugehen, dass die für den Versand und die Auswahl der Fragebögen benötigten Patientendaten, leistungserbringeridentifizierende sowie weitere behandlungsspezifische Daten,

die im Rahmen einer noch zu entwickelnden Spezifikation empfohlen werden, im Regelfall im KIS vorliegen. Um die inhaltlichen Kriterien der überarbeiteten Fallauslösung und die oben genannten Rahmenbedingungen der Patientenbefragung Entlassmanagement für die Spezifikation des QS-Filters umsetzen zu können, sind folgende Anforderungen zu beachten:

- Verfügbarkeit der fallbezogenen Angaben im KIS der Leistungserbringer für eine QS-Auslösung zum Zeitpunkt der Entlassung der Patientinnen und Patienten
- Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus beträgt mindestens 2 Tage
- Inhaltliche Prüfung der Entlassungs-/Verlegungsgründe von Segment „Entlassungsanzeige“ entsprechend Anlage 2 – Schlüssel 5 für die Datenübermittlung nach § 301 Absatz 3 SGB V (Spitzenverbände der Krankenkassen/DKG 2023). Folgende Entlassungs-/Verlegungsgründe sollten nach einer ersten inhaltlichen Prüfung im QS-Filter für den Einschluss der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden:
 - 01 – Behandlung regulär beendet
 - 02 – Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - 03 – Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
 - 04 – Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
 - 09 – Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 - 10 – Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
 - 11 – Entlassung in ein Hospiz
 - 14 – Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 - 15 – Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- Verwendung der Hauptdiagnose, welche zum Zeitpunkt der Entlassung im KIS hinterlegt ist; Aufnahmediagnose und Nebendiagnosen werden für den QS-Filter nicht verwendet.
- Automatisierte Verwendung der Angabe entsprechend Anlage 2 – Schlüssel 6 („Fachabteilung“) der Datenübermittlung nach § 301 Absatz 3 SGB V (Spitzenverbände der Krankenkassen/DKG 2023) in der fallbezogenen Dokumentation zur Erfassung der aufnehmenden und entlassenden Fachabteilung anhand eines Abgleichs der gemäß § 21 KHEntgG hinterlegten Zeitangaben zum „Datum der Aufnahme in die Fachabteilung“ und „Datum der Verlegung-/Entlassung aus der Fachabteilung“ mit dem Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung im Krankenhaus.
- Prinzipiell ist keine Einschränkung des Alters der Patientinnen und Patienten im QS-Filter vorgesehen, jedoch ist das Alter der Patientinnen und Patienten bei Aufnahme eine notwendige Angabe, sodass die Versendestelle Patientenbefragung die korrekte Fragebogenversion für den Versand auswählen kann (Patientinnen und Patienten < 18 Jahre erhalten die Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“; Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahre erhalten die Fragebogenversion „Erwachsene“).
- Nur gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten werden für das QS-Verfahren berücksichtigt. Damit diese über den QS-Filter ausgelöst werden können, muss für die versicherte Person eine eigene eGK-Versichertennummer im KIS hinterlegt sein.
- Folgende Patientendaten sind für die Stichprobenziehung, die Auswahl des Fragebogens, die Erstellung des Anschreibens, den Fragebogenversand und die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL notwendig:

- Titel und Name der Patientin / des Patienten
- Adresse der Patientin / des Patienten
- Name des Krankenhauses
- Institutionskennzeichennummer (IKNR) und Standort des Krankenhauses
- Datum der Aufnahme und der Entlassung aus dem Krankenhaus
- Daten für die Auswahl des Fragebogens und die Durchführung des Stellungnahmeverfahrens
 - Alter der Patientin / des Patienten am Aufnahmetag in Jahren
 - Aufnehmende und entlassende Fachabteilung

Das IQTIG empfiehlt für die Weiterentwicklung der Fallauslösung sowohl Patientinnen und Patienten mit Krankenhausbehandlungen aufgrund somatischer als auch psychischer Erkrankungen einzubeziehen, um erstmalig auch die Qualität in der stationären psychiatrischen Versorgung über die externe Qualitätssicherung betrachten zu können. Gleichwohl das Entlassmanagement in der stationären psychiatrischen Versorgung Besonderheiten u. a. hinsichtlich der Organisation von Anschlussbehandlungen für die ambulante psychiatrische Versorgung aufweist (z. B. Termine bei Fachärztinnen und Fachärzten, für Sozio- und/oder Psychotherapie), ist die Patientenbefragung Entlassmanagement geeignet, über das generische Befragungsinstrument patientenrelevante Anforderungen für die Entlassung aus der stationären psychiatrischen Behandlung zu adressieren.

Befragungszeitpunkt und Datenexport

Entsprechend den Empfehlungen für den Regelbetrieb aus dem Abschlussbericht zu Teil C (IQTIG 2023a: Abschnitt 12.2) spricht sich das IQTIG auch nach überarbeiteter Fallauslösung für eine monatliche Übermittlung der Patientendaten durch die Leistungserbringer aus. Mit einem monatlichen Datenexport wird der Zeitraum zwischen Entlassung und Beantwortung des Fragebogens im Rahmen des Datenflusses von stationären Leistungserbringern (Abbildung 12) möglichst gering gehalten. So können sich Patientinnen und Patienten bei der Beantwortung des Fragebogens hinreichend an die erfragten Sachverhalte erinnern und das Risiko, dass sich Erinnerungen der Patientinnen und Patienten aufgrund erneuter Krankenhausbehandlungen überlagern, kann reduziert werden (IQTIG 2023a: Abschnitt 12.2). Bei längeren Zeiträumen für die Übermittlung der Patientendaten ist aus Sicht des IQTIG eine Abwägung von Qualität der Befragungsdaten und der Umsetzbarkeit der Prozesse des Datenexports bei den Leistungserbringern geboten.

Um die Erinnerung der Patientinnen und Patienten an eine spezifische Entlassung bei einem konkreten Leistungserbringer zu unterstützen, empfiehlt das IQTIG zudem, in den Anschreiben sowohl den Zeitraum der Krankenhausbehandlung (Datum Aufnahme und Datum Entlassung) als auch den Namen des Krankenhauses zu nennen.

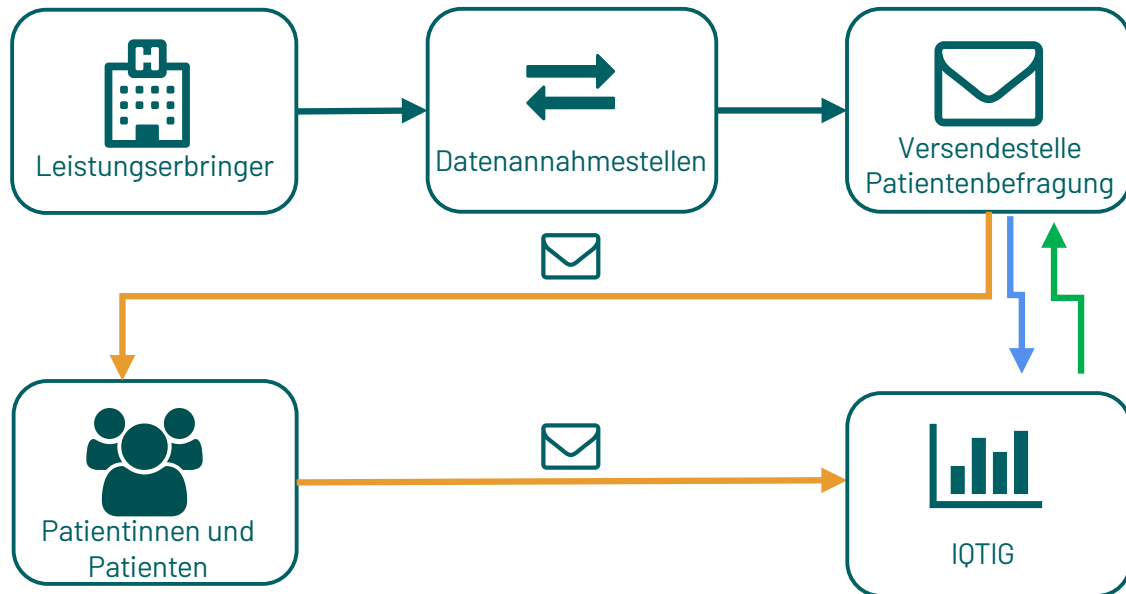


Abbildung 12: Datenfluss für stationäre Leistungserbringer zur Durchführung der Patientenbefragung

Das IQTIG geht davon aus, dass die für den Datenexport vorgesehenen Angaben im KIS fallbezogen hinterlegt sind und Softwarelösungen einen automatisierten Datenexport der notwendigen Angaben ermöglichen.

Strukturen und Prozesse der Fragebogenlogistik und Stichprobenziehung

Die vom IQTIG empfohlenen Zeitpunkte zur monatlichen Übermittlung der Patientendaten, der Stichprobenziehung, des Fragebogenversands und des zweistufigen Erinnerungsverfahrens sind schematisch in Abbildung 13 dargestellt und entsprechen dem Vorgehen der Patientenbefragung im Verfahren *QS PCI* (IQTIG 2024c: Abschnitt 4.2.3).

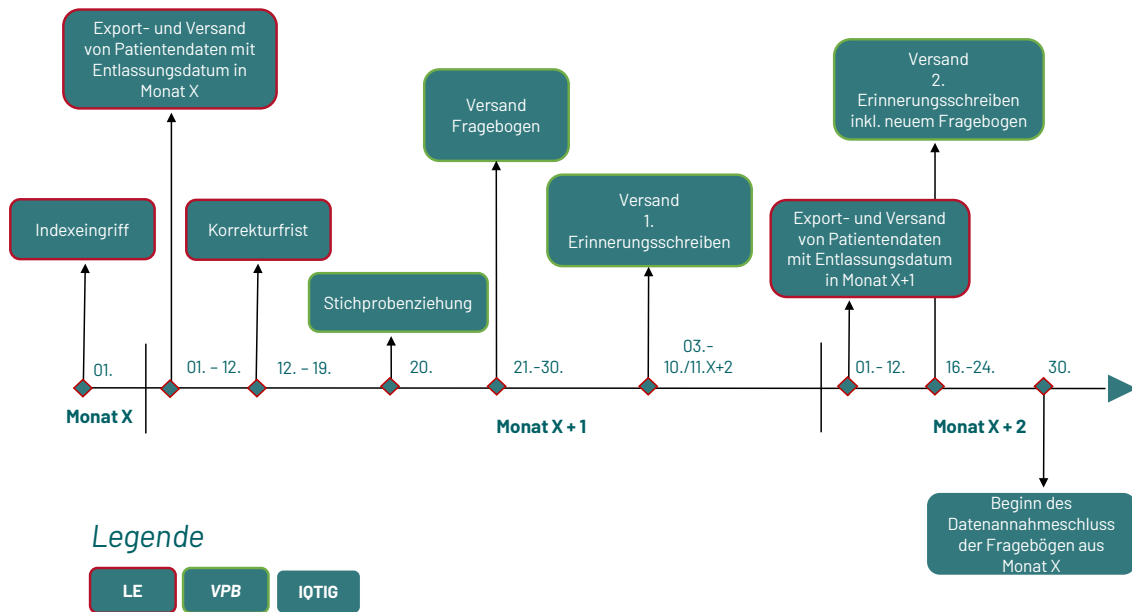


Abbildung 13: Schema der Zeitpunkte für Datenübermittlung und Fragebogenversand

LE = Leistungserbringer; VPB = Versendestelle Patientenbefragung

Die Leistungserbringer übermitteln bis spätestens zum 12. Tag jeden Monats die Versendedaten-sätze der Patientinnen und Patienten, die im Vormonat nach einem stationären Aufenthalt entlassen wurden, an die zuständige DAS. Diese prüft die Daten, in die sie Einsicht hat, erstellt das Leistungserbringerpseudonym und leitet die Daten unmittelbar an die Versendestelle Patientenbefragung weiter. Die Leistungserbringer haben hierbei die Möglichkeit, fehlerhafte Datenlieferungen bis zu 7 Tage nach dem Eingang bei der Versendestelle zu korrigieren. Fallzusammenführungen können innerhalb der Korrekturfrist durch die Leistungserbringer vorgenommen werden. Die Versendestelle kann dann im Zuge von Stornos und Updates eine entsprechende Prüfung vornehmen und einen Fragebogenversand für die Entlassung aus dem ersten Krankenhausaufenthalt unterdrücken. Erfolgt die Fallzusammenführung beim Leistungserbringer erst nach der Korrekturfrist, lässt sich ein Fragebogenversand durch die Versendestelle nicht verhindern.

An Tag 20 erfolgt die Stichprobenziehung in der Versendestelle. Die versandfertigen Briefe sollen zwischen Tag 21 und Tag 30 eines Monats dem Postdienstleister übergeben und damit an die Patientinnen und Patienten versendet werden. Die Versendestelle plant den Versand der Unterlagen realistisch hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Tage und passt das im Anschreiben genannte Rücksendedatum entsprechend dem geplanten Versanddatum an. Die Befragung wird mit einem kontrollierten Erinnerungsverfahren durchgeführt, sodass nur die Befragten ein Erinnerungsschreiben erhalten, die innerhalb des im Anschreiben genannten Zeitfensters keinen Fragebogen zurückgesendet haben. Um das kontrollierte Erinnerungsverfahren durchzuführen, ist es erforderlich, dass die Versendestelle erfährt, welcher Fragebogen zurückgesendet wurde und welcher nicht. Befragte, die bereits einen Fragebogen ausgefüllt und übermittelt haben, sollen kein weiteres Schreiben erhalten. Der Versand der Erinnerungsschreiben wird analog zum Versanddatum des Erstansprechens von der Versendestelle geplant. Das bedeutet, dass bei einem Versand des Erstansprechens am 25. des Monats, das erste Erinnerungsschreiben 12 Tage später

versendet wird. Wenn von Patientinnen und Patienten 12 weitere Tage nach dem Versand des ersten Erinnerungsschreibens immer noch kein Fragebogen in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingegangen ist, wird ein zweites Erinnerungsschreiben inklusive eines weiteren Fragebogens sowie eines vorfrankierten Antwortkuverts versendet. In diesem Schreiben soll der Patientin bzw. dem Patienten die finale Frist (d. h. 14 Tagen nach Versand des zweiten Erinnerungsschreibens) zur Übermittlung des Fragebogens an die Fragebogenannahmestelle mitgeteilt werden. Fragebögen, die nach Ablauf der Ausschlussfrist (6 Wochen nach Versand des ersten Fragebogens) eintreffen bzw. beantwortet werden, sollen nicht in die Auswertung einbezogen werden.

Übersicht der methodisch-redaktionellen Anpassungen an den beiden Fragebogenversionen

Im Zuge der Anpassungen der Fragebögen für die Überführung des fallbezogenen Indikators der QS-Dokumentation zur Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation (Abschnitt 4.4.2) wurden die Fragebögen an wenigen Stellen gezielt methodisch-redaktionell angepasst:

- Die Antwortoption „Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte“ wurde in „Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre“ angepasst, um die Bedeutsamkeit der Qualitätsanforderung für die Patientinnen und Patienten hervorzuheben; es wurde so eine Angleichung mit den aktuellen Formulierungen in den vom IQTIG entwickelten Fragebögen, bspw. der Patientenbefragung ambulante Psychotherapie (IQTIG 2023e), vorgenommen.
- Einige der ursprünglich horizontal ausgerichteten Antwortskalen (z. B. immer – meistens – selten – nie) wurden in eine vertikale Anordnung geändert, um eine bessere Konsistenz mit der perspektivischen Umsetzung in einer barrierefreien Patientenbefragung zu gewährleisten. Diese vertikale Struktur entspricht der gängigen Darstellung in webbasierten Umfragen und erleichtert die Lesbarkeit auf verschiedenen Endgeräten.
- Die ursprünglich als Matrixfragen gestalteten Items wurden größtenteils in einzelne angeordnete Fragen aufgelöst, um im Sinne einer barrierefreien Patientenbefragung die Lesbarkeit und Verständlichkeit zu erhöhen und ebenfalls eine höhere Konsistenz mit der perspektivischen Umsetzung in eine Online-Befragung zu gewährleisten. Bei einigen Fragen wurde die Matrixstruktur jedoch bewusst beibehalten, um einem möglichen Ermüdungseffekt vorzubeugen, der durch eine zu lange Abfolge einzelner Fragen entstehen könnte.

Umgang mit Mehrfachbefragungen

Im Abschlussbericht zu Teil C (IQTIG 2023a: Abschnitt 12.3.5) legte das IQTIG dar, dass Mehrfachbefragungen in zwei Konstellationen auftreten können:

- **Befragung in unterschiedlichen Patientenbefragungen:** Aufgrund der breit gefassten Zielpopulation von Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für Entlassmanagement ist es möglich, dass ein für die Patientenbefragung Entlassmanagement QS-pflichtiger Fall auch in einem anderen QS-Verfahren mit Patientenbefragung QS-pflichtig ist. Daher kann dieselbe Patientin bzw. derselbe Patient prinzipiell in beiden Verfahren durch die Versendestelle für die jeweilige Patientenstichprobe der Befragung gezogen werden. Aktuell ist eine Mehrfachbefragung mit der Patientenbefragung PCI für stationär durchgeführte Koronarangiographien und PCI möglich.
- **Befragung innerhalb der Patientenbefragung Entlassmanagement:** Eine Patientin oder ein Patient hat innerhalb eines Erfassungsjahres mehrere stationäre Aufenthalte, wird bei mehreren dieser Aufenthalte QS-pflichtig und durch die Versendestelle für die Stichprobe der Patientenbefragung gezogen.

Für beide Konstellationen ist nach Einschätzung des IQTIG auch bei einer überarbeiteten Fallauslösung die mehrmalige Befragung von Patientinnen und Patienten methodisch-inhaltlich angemessen; potenziell negative Auswirkungen auf die Rücklaufquoten sind als gering einzuschätzen:

- **Mehrfachbefragungen zwischen Patientenbefragungen QS PCI und Entlassmanagement im Regelbetrieb:** Das IQTIG geht davon aus, dass die Teilnahmemotivation der Patientinnen und Patienten trotz der inhaltlichen Überschneidungen zwischen den Fragebögen der Patientenbefragung PCI und der Patientenbefragung Entlassmanagement prinzipiell nicht beeinträchtigt wird.⁴⁴ Bei Krankenhäusern mit geringen Fallzahlen für beide Patientenbefragungen steigt die Wahrscheinlichkeit von Mehrfachbefragungen aufgrund der notwendigen Vollerhebungen. Gerade aufgrund der geringen Fallzahlen plädiert das IQTIG dafür, Mehrfachbefragungen zwischen den Patientenbefragungen nicht zu unterdrücken, um in beiden Patientenbefragungen gleichermaßen eine möglichst breite Datengrundlage für die Berechnung der Indikatoren je Leistungserbringer zu gewährleisten. Um Irritationen seitens der angeschriebenen Patientinnen und Patienten zu vermeiden und deren Bereitschaft an beiden Patientenbefragungen teilzunehmen, zu steigern, empfiehlt das IQTIG im Anschreiben der Patientenbefragung Entlassmanagement die Patientinnen und Patienten auf eine mögliche Mehrfachbefragung vorab hinzuweisen.
- **Mehrfachbefragungen innerhalb der Patientenbefragung Entlassmanagement:** Nach Einschätzung des IQTIG generiert ein Krankenhausaufenthalt einer Patientin / eines Patienten erneut Anforderungen im Sinne des Entlassmanagements. Prinzipiell ist damit die mehrmalige Befragung von Patientinnen und Patienten innerhalb des QS-Verfahrens angemessen. Dies ist

⁴⁴ Inhaltliche Überschneidungen sind im Themenblock zur Medikation durch die Übernahme der Items aus den Fragebögen QS PCI zur Mitgabe von Medikamenten in die Fragebögen zum Entlassmanagement sowie im Themenblock Informationen nach dem Eingriff bzw. nach der Untersuchung gegeben.

insbesondere dann der Fall, wenn Patientinnen und Patienten von unterschiedlichen Leistungserbringern behandelt und entlassen wurden. Aber auch eine erneute Behandlung und Entlassung bei demselben Leistungserbringer stellt nach Einschätzung des IQTIG wie bei der Patientenbefragung PCI eine erneute „Indexbehandlung“ dar, für die ein entsprechendes Entlassmanagement notwendig ist. Entsprechend der technischen Dokumentation der Patientenbefragung PCI für das Spezifikationsjahr 2025 (IQTIG 2024c: Abschnitt 3.2.3) zur Vermeidung von Mehrfachbefragungen bei erneuten Indexbehandlungen im Monat der Entlassung bei demselben Leistungserbringer⁴⁵ kann auch für die Patientenbefragung Entlassmanagement mit der Erarbeitung der Spezifikationsempfehlungen durch das IQTIG geprüft werden, inwiefern bei einer erneuten Entlassung der Patientin / des Patienten innerhalb eines Monats von der Versendestelle Patientenbefragung per Zufall eine der Entlassungen für die Patientenbefragung ausgewählt werden kann.

Die Möglichkeit, Mehrfachbefragungen gezielt zu verhindern, erscheint nach Einschätzung des IQTIG lediglich bei der Stichprobenziehung durch die Versendestelle, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Speicherfrist der Patientendaten und einer datenschutzrechtlichen Prüfung zur Verwendung von Patientendaten für diesen Zweck, umsetzbar.⁴⁶ Das IQTIG empfiehlt daher für den Start der Patientenbefragung Entlassmanagement Mehrfachbefragungen der Patientinnen und Patienten nicht zu unterbinden und im Rahmen der Erprobung Hinweise auf problematische Konstellationen von Mehrfachbefragungen anhand von Auswertungen der Kontaktstelle für Patientinnen und Patienten gesammelt zu betrachten.

7.2 Empfehlung für den Start der QS-Dokumentation

7.2.1 Verzicht auf eine Machbarkeitsprüfung

Im Rahmen dieser Beauftragung wurden die Inhalte der Indikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation in einen einrichtungsbezogenen Indikator überführt (siehe Abschnitt 3). Eine fallbezogene QS-Dokumentation ist entsprechend für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* nicht mehr

⁴⁵ Zum Umgang mit mehreren durchgeführten Prozeduren innerhalb des Erfassungszeitraums legt das IQTIG in der technischen Dokumentation (IQTIG 2024c: Abschnitt 3.2.3) für die Patientenbefragung PCI dar: Wird eine Patientin / ein Patient im Monat der Entlassung bei demselben Leistungserbringer jenseits der oberen Grenzwelldauer erneut mit einer Koronarangiografie und/oder PCI behandelt, soll diese Patientin / dieser Patient nicht mehrfach befragt werden, sondern es soll per Zufallsverfahren ausgewählt werden, welcher Fragebogen zugesandt wird. Auch wenn innerhalb der Grenzwelldauer mehrere Prozeduren durchgeführt werden, soll per Zufallsausfall nur maximal eine dieser Prozeduren Teil der Stichprobe werden. Diese Zufallsauswahl findet im Anschluss an die Prüfung der Anzahl der Prozeduren innerhalb eines Falls statt. Wenn innerhalb eines Falls mehrere Prozeduren dokumentiert wurden bzw. wenn es mehr als einen Fall gibt, der sich auf dieselbe Patientin oder denselben Patienten bezieht, zieht die Versendestelle zufällig eine der Prozeduren. So wird vermieden, dass die Patientinnen und Patienten innerhalb eines Monats mehrere Fragebögen erhalten. Sollte jedoch bei der Patientin/dem Patienten im selben Monat der Entlassung bei unterschiedlichen Leistungserbringern oder im auf die Entlassung folgenden Monat bei demselben Leistungserbringer eine Prozedur durchgeführt worden sein, so besteht die Möglichkeit, dass die Patientin / der Patient in der Zufallsstichprobe zweimal gezogen wird und in diesem Fall auch zwei Fragebögen zugesendet bekommen würde.

⁴⁶ Entsprechende Anforderungen werden in Bezug auf die Patientenbefragung *QS NET*, bei der aufgrund der Chronizität der Erkrankung und der Langfristigkeit der Dialyse eine Mehrfachbefragung der Patientinnen und Patienten vermieden werden soll, im G-BA diskutiert. Anpassungen der Datenflüsse erscheinen für die Nutzung der eGK-Versichertennummer notwendig.

vorgesehen. Das IQTIG empfiehlt für die einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, die zwei Indikatoren umfasst, keine Machbarkeitsprüfung vorzusehen. Die Indikatoren „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ und „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ prüfen zum einen, ob eine Verfahrensregelung vorliegt und zum anderen, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu dieser geschult wurden. Indikatoren mit denselben Schwerpunkten (Arbeitsanweisung, Schulungen) wurden bereits für andere Versorgungsbereiche in Machbarkeitsprüfungen geprüft (IQTIG 2023d, IQTIG 2022d). Die aus diesen Prüfungen gewonnenen Erfahrungen zu den Datenfeldern wurden genutzt, um die Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* äquivalent anzupassen (siehe Abschnitte 4.2.3 und 4.3.3).

Das IQTIG sieht es nach der angepassten Operationalisierung und Präzisierung der Datenfelder als unverhältnismäßig an, für die zwei Indikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation eine Machbarkeitsprüfung durchzuführen. Durch den Verzicht auf eine Machbarkeitsprüfung kann ein zeitgleicher Start mit der Patientenbefragung ermöglicht werden (siehe Abschnitt 7.3).

7.2.2 Aktualisierung des Umsetzungs- und Auswertungskonzepts

Im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung ist das Umsetzungs- und Auswertungskonzept für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation des zukünftigen QS-Verfahrens *Entlassmanagement* ausführlich beschrieben (IQTIG 2023b: Kapitel 7). Im Rahmen dieses Abschnittes werden deshalb nur die Punkte erneut aufgeführt, bei denen es aufgrund des Wegfalls der fallbezogenen QS-Dokumentation oder aufgrund von Anpassungen der DeQS-RL zu Änderungen kommt. Diese Änderungen sind mit ihren Auswirkungen auf das Umsetzungs- und Auswertungskonzept für das QS-Verfahren nachfolgend beschrieben. Änderungen aufgrund der Weiterentwicklung des QS-Filters, der durch den Wegfall der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation nur für die Qualitätsindikatoren und Instrumente zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung) relevant ist, sind unter Abschnitt 7.1 beschrieben.

7.2.2.1 Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen

Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erfolgt im QS-Verfahren *Entlassmanagement* nur noch einrichtungsbezogen. Da sich die Fristen zur Datenübermittlung in den jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen in Teil II § 16 Abs. 1 DeQS-RL geändert haben, werden diese neuen quartalsmäßigen Lieferfristen auch für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation dieses Verfahrens empfohlen. Die Leistungserbringer müssen bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres die einrichtungsbezogenen Daten an die zuständigen DAS übermitteln. Bis zum 15. März besteht weiterhin eine Korrekturfrist.

7.2.2.2 Datenselektion (QS-Filter)

Die Auswahl der Patientinnen und Patienten, die in das QS-Verfahren eingeschlossen werden sollen, erfolgt nach festgelegten Auslösekriterien (QS-Filter). Der QS-Filter selektiert mittels algorithmischen Ein- und Ausschlusskriterien alle Patientinnen und Patienten, die die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens bilden. Der Prozess wird als QS-Auslösung bezeichnet. Für Patientinnen und

Patienten, bei denen eine QS-Auslösung stattfindet, muss die entsprechende Dokumentation der für die Patientenbefragung relevanten Informationen durch die Leistungserbringer erfolgen und der Datenexport an die zuständige DAS erfolgen (siehe Abschnitt 7.1). Bei Leistungserbringern, bei denen mindestens für eine Patientin oder einen Patienten eine QS-Auslösung im Erfassungsjahr stattgefunden hat, muss die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer erfolgen.

7.2.2.3 Erforderliche Datenfelder

Durch die Überführung der Qualitätsanforderung der zuvor fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation in einrichtungsbezogene Indikatoren hat sich die Anzahl der erforderlichen Datenfelder geändert. Durch den Wegfall des Dokumentationsbogens für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation kann auf 37 Datenfelder verzichtet werden. Die Anzahl der Datenfelder des Dokumentationsbogens für die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erhöht sich von 16 auf 24. Der vollständige Dokumentationsbogen ist in Anhang B ersichtlich.

In Tabelle 21 wird die Anzahl der Datenfelder pro Indikator für die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation aufgeführt sowie die Summe der Datenfelder ausgewiesen.

Tabelle 21: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Indikator	Anzahl der Datenfelder
Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement	18
Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung	4
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	2
Summe der Datenfelder	24
Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)	22

7.2.2.4 Grundmodell des Datenflusses

Erhebung und Pseudonymisierung von leistungserbringeridentifizierenden Daten

Durch den Wegfall der fallbezogenen QS-Dokumentation werden im QS-Verfahren *Entlassmanagement* für die QS-Dokumentation keine patientenidentifizierenden Daten mehr benötigt. Die Pseudonymisierung der stationären Leistungserbringer ist mit dem Beschluss des Krankenhaustransparenzgesetzes am 28. März 2024 vollständig aufgehoben. Demnach entfällt die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten (Institutskennzeichen des Krankenhauses und des Krankenhausstandorts gemäß § 293 Abs. 6 SGB V) für dieses QS-Verfahren.

Datenfluss für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus

In Abbildung 14 ist der Datenfluss für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus schematisch dargestellt. Im Vergleich zum dargestellten Datenfluss im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung entfällt die Erhebung und Übermittlung der patientenidentifizierenden Daten (PID) (eGK-Versichertennummer) und somit auch der Einbezug der unabhängigen Vertrauensstelle des G-BA in den Datenfluss. In der DAS entfällt die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten, sodass dort ausschließlich eine Prüfung der einrichtungsbezogenen QS-Daten erfolgt.

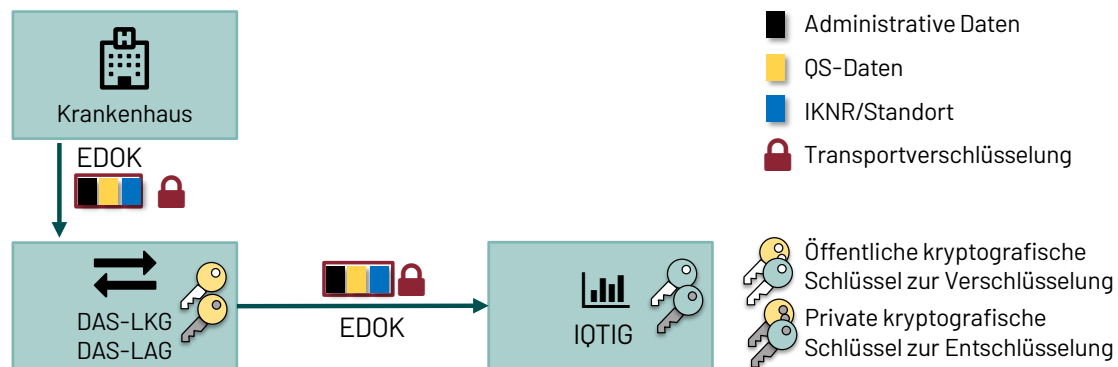


Abbildung 14: Datenfluss der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus

DAS = Datenannahmestelle; EDOK = einrichtungsbezogene QS-Dokumentation; LAG = Landesarbeitsgemeinschaft; IKNR = Institutionskennzeichennummer; LKG = Landeskrankenhausgesellschaft

7.2.2.5 Erfassungszeiträume, Lieferfristen und Datenexporte

Die QS-Auslösung der einrichtungsbezogenen Datenerhebung erfolgt im QS-Verfahren *Entlassmanagement* auch nach Wegfall der fallbezogenen Datenerhebung erfassungsjahrbezogen. Der Erfassungsjahresbezug wird über die Entlassung aus einem vollstationären Krankenhausaufenthalt (Indexereignis) eines Falles aus der Grundgesamtheit für die Patientenbefragung hergestellt. Die Dokumentationspflicht für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wird mit der ersten QS-Auslösung eines Falles für die Patientenbefragung im Erfassungsjahr ausgelöst (siehe Abschnitt 3.5). Eine Dokumentation findet ggf. gegen Ende des Erfassungsjahres oder zu Beginn des neuen Erfassungsjahres statt. Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation bestehen die Datenübermittlungsfristen bis zum 28. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres einschließlich einer Korrekturfrist bis zum 15. März. Qualitätsindikatoren mit Follow-up-Zeitraum sollen nach Wegfall der fallbezogenen QS-Dokumentation nicht mehr erhoben werden.

7.2.2.6 Statistische Auswertungsmethodik

An der statistischen Auswertungsmethodik für die einrichtungsbezogenen Indikatoren ergeben sich durch den Wegfall der fallbezogenen Indikatoren der QS-Dokumentation keine Änderungen im Vergleich zum Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung. Bei dem Indikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur

hausinternen Verfahrensregelung“ Qualitätsindikatoren handelt es sich um einen ratenbasierten Qualitätsindikator, dem eine analytische Zielsetzung zugrunde liegt (IQTIG 2022e: Kapitel 20). Bei dem Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“, mit dem gemessen wird, ob in den Krankenhäusern eine schriftliche Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement vorliegt, sind nur zwei Ausprägungen möglich: Entweder liegt die Verfahrensregelung vor oder nicht. Dieser Indikator ist somit enumerativ: es wird keine Aussage getroffen, die über die Beschreibung der angemessenen Daten hinausgeht (IQTIG 2022e: Kapitel 20). Eine Follow-up-Auswertung erfolgt durch den Wegfall der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation nicht mehr. Die Berechnungs- und Bewertungsart der beiden Strukturindikatoren sind im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung detailliert dargestellt (IQTIG 2023b: Kapitel 7).

7.2.2.7 Berichtswesen

Berichte an die Leistungserbringer

Zwischenberichte

Die einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren stellen jahresbezogene Anforderungen an die Leistungserbringer dar und werden daher auch nur jährlich erhoben und berichtet. Das IQTIG empfiehlt daher, durch den Wegfall der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation auf quartalsweise Zwischenberichte zu verzichten.

Rückmeldeberichte (Teil I § 18 DeQS-RL)

Durch den Wegfall der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation sind in den Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer im QS-Verfahren *Entlassmanagement* keine Auflistungen der Vorgangsnummern nach Teil I § 14 Abs. 5 Satz 3 DeQS-RL, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird, enthalten.⁴⁷ Angelehnt an die Formulierungen der themenspezifischen Bestimmungen der bereits etablierten QS-Verfahren sollten die Rückmeldeberichte mindestens folgende Informationen enthalten:

- die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- eine Basisauswertung
- Auswertungen der einzelnen Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem das Indexereignis stattfand
- die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren

⁴⁷ Für die Patientenbefragung gibt es weiterhin Vorgangsnummern, bei denen es sich um eine Datensatz-ID handelt, die in eindeutiger Weise jeden dokumentierten Vorgang eines registrierten Dokumentationssystems kennzeichnet und sich von einer Vorgangsnummer des entsprechenden Falls der QS-Dokumentation unterscheidet. Sie wird ausschließlich für technische Zwecke im Rahmen des Datenflusses wie Update- und Stornovorgänge in der Kommunikation zwischen Versendestelle und Datenannahmestelle verwendet.

- Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungsdaten

Weiterhin sollten die Rückmeldeberichte bei Vorliegen einer rechnerischen Auffälligkeit eine Angabe der Gründe (in Abhängigkeit der Beantwortung der Datenfelder) für diese enthalten (siehe Anhang D.2.1).

Landes- und bundesbezogene Berichte

Für die landes- und bundesbezogenen Berichte (Länderauswertung, Bundesauswertung, Qualitätssicherungsergebnisbericht, Bundesqualitätsbericht) ergeben sich im Vergleich zur Darstellung im Abschlussbericht der Qualitätsindikatorenentwicklung keine grundlegenden Änderungen (IQTIG 2023b: Kapitel 7).

Berichtszeitpunkte

Die Ergebnisse der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren können im Erfassungsjahr X + 1 berichtet werden. Die Auswertung und Berichtserstellung erfolgt nach Eingang der finalen Datenerlieferungen der Krankenhäuser zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. Anschließend werden die Daten im IQTIG den Auswertungsroutinen zugeführt. Die Berichte an die Leistungserbringer sowie die Länderauswertungen werden bis 31. Mai finalisiert und den Leistungserbringern bzw. den Landesarbeitsgemeinschaften zur Verfügung gestellt. Bis zum 15. August erstellt das IQTIG den Bundesqualitätsbericht auf Basis der Ergebnisse der Vorjahre.

Ergebnisveröffentlichung

Grundsätzlich sollten alle Qualitätsergebnisse aus der gesetzlichen Qualitätssicherung im Regelbetrieb veröffentlicht werden. Dies ist für die Ergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie die Ergebnisse der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* auch leistungserbringerbezogen im Rahmen des Bundes-Klinik-Atlas denkbar.

7.2.2.8 Bewertung der Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Das empfohlene Vorgehen zur Bewertung der Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen für die einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Entlassmanagement* ist in Abschnitt 6.2 dargestellt. Mit dem Beschluss des Krankenhaustransparenzgesetzes am 28. März 2024 ist die Pseudonymisierung der stationären Leistungserbringer, auch für die Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen, aufgehoben. Durch den Wegfall der fallbezogenen Dokumentation ist eine Auflistung und Übermittlung von Vorgangsnummern auffälliger Fälle nicht mehr notwendig.

7.2.3 Schritte bis zum Regelbetrieb

Neben den unter Abschnitt 7.3 dargestellten notwendigen Schritten für einen Start des QS-Verfahrens *Entlassmanagements* sind aus Sicht des IQTIG die folgenden Punkte für die QS-Dokumentation zu empfehlen:

- Es ist eine Softwarelösung anzustreben, die die automatische Erfassung relevanter Daten in möglichst hohem Umfang sowie die Darstellung der Ausfüllhinweise sicherstellt. Mithilfe dieser technischen Lösungen kann der Zeitaufwand für die Dokumentation sowie der Aufwand für die Informationsbeschaffung deutlich reduziert werden.
- Das IQTIG empfiehlt generell für die einrichtungsbezogenen Indikatoren dieses QS-Verfahrens frühzeitig im Regelbetrieb eine stichprobenbezogene Datenvalidierung einzurichten. Diese kann für den Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ auf der Basis von Dokumentenkopien ohne großen Aufwand durch die Landesarbeitsgemeinschaften erfolgen. Für den Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ muss für die Datenvalidierung aus Datenschutzgründen eine Vor-Ort-Prüfungen erfolgen.

7.3 Möglicher zeitlicher Rahmen für einen Start der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation des QS-Verfahrens

Ein Start der Patientenbefragung Entlassmanagement und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation ist nach Einschätzung des IQTIG zum Jahr 2028 möglich. Tabelle 22 stellt zentrale Schritte der Vorbereitung bis zum Start des Regelbetriebs zum 1. Januar 2028 idealtypisch dar.

Tabelle 22: Übersicht der notwendigen Vorbereitungen für den Start der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation des QS-Verfahrens

Notwendige Vorbereitungen zum Start der Patientenbefragung und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	Frist bzw. Zeitraum
Abgabe des Berichts zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens Entlassmanagement	13.12.2024
Beratungen im G-BA und Erarbeitung der themenspezifischen Bestimmungen und der Tragenden Gründe	01/2025 bis 03/2026
Beschluss der Richtlinie mit themenspezifischen Bestimmungen und Tragenden Gründen	05/2026
Beauftragung des IQTIG zur Erstellung von Spezifikationen für die Patientenbefragung und die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	05/2026
Erstellung der Spezifikationsempfehlungen	Ab 07/2026
Erstellung der prospektiven Rechenregeln	Ab 07/2026
Abgabe der Spezifikationsempfehlungen und der prospektiven Rechenregeln beim G-BA	01/2027
Beratungen des G-BA zu Spezifikationsempfehlungen und prospektiven Rechenregeln	02/2027 bis 04/2027
Start zum Aufbau des Regelbetriebs durch das IQTIG	03/2027
Beschluss der Spezifikation und der Rechenregeln	06/2027

Notwendige Vorbereitungen zum Start der Patientenbefragung und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	Frist bzw. Zeitraum
Umsetzung der technischen Spezifikationen	Nach Abschluss der Beratungen technische Umsetzung bis zur Veröffentlichung der V01 von 04/2027 bis 06/2027 Bis 11/2027 technische Umsetzung von Updates
Verfahrensstart	01/2028

Teil III: Fazit und Ausblick

8 Fazit und Ausblick

Mit der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* wurden fünf zentrale Bestandteile des Verfahrens überarbeitet bzw. neu entwickelt, sodass die Versorgungsqualität im Bereich des Entlassmanagements in einem angemessenen Aufwand-Nutzen Verhältnis dargestellt werden kann:

1. Das IQTIG hat **Kriterien für eine Fallauslösung** erarbeitet, bei der Angaben verwendet werden, die als fallbegleitende Daten im KIS der Krankenhäuser vorliegen. Die Kriterien identifizieren erwachsene Patientinnen und Patienten und in eingeschränktem Maße auch Kinder und Jugendliche, die einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement haben, und erlauben somit eine Eingrenzung der Zielpopulation bei der Fallauslösung. Mithilfe der Kriterien aus dem vom IQTIG empfohlenen Szenario 6 wird, über Pflegegrad und hohen pflegerischen Aufwand hinausgehend, eine heterogene Stichprobe bezogen auf das Alter und somatische wie psychische Erkrankungen abgebildet. Es wird dadurch möglich, einen hohen Anteil an Krankenhäusern ins QS-Verfahren einzuschließen.
2. Die Inhalte der **Qualitätsindikatoren der fallbezogenen QS-Dokumentation** wurden in einrichtungsbezogene Indikatoren bzw. die Patientenbefragung **überführt**, sodass auf eine fallbezogene QS-Dokumentation verzichtet werden kann. Damit umfassen die Indikatorensets nun zwei Strukturindikatoren, die mithilfe der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation erfasst werden, und zwölf Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. Es werden damit zum einen die Voraussetzungen für ein Entlassmanagement auf struktureller Ebene erhoben. Zum anderen wird durch die Befragung von Patientinnen und Patienten die Prozess- und Ergebnisqualität erfasst. Das Set an Qualitätsindikatoren ist geeignet, um die Versorgungsqualität des Entlassmanagements bei stationären Leistungserbringern darzustellen.
3. Für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* wurde mit dem Konzept des **externen QS-Audits** ein **neues, eigenständiges Instrument** entwickelt, dessen primäres Ziel die Qualitätsförderung ist und das eine umfassende, einrichtungsbezogene und fallübergreifende (durch Prozess- und Dokumentenprüfung) Analyse des Entlassmanagements beim Leistungserbringer ermöglicht. Die entwickelte Bewertungssystematik fokussiert auf eine Identifikation von systematischen Stärken (inkl. möglicher Best-Practice-Beispiele) und Schwächen der zentralen Prozesse des Entlassmanagements. Durch die Nachbesprechung und die Aufstellung eines Maßnahmenplans erfolgt ein Anstoß zur Qualitätsförderung, der durch das externe QS-Audit unmittelbar sichergestellt wird als in den indikatorbasierten Instrumenten der DeQS-RL. Das entwickelte Stichprobenkonzept kann zum einen eine Umsetzbarkeit des externen QS-Audits über das gesamte Erfassungsjahr ermöglichen, zum anderen kann erstmalig eine direkte Qualitätsförderung für alle Einrichtungen auch außerhalb des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL bewirkt werden. In der Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Beurteilung (G-BA 2024) kann überlegt werden, inwieweit das Konzept des externen QS-Audits bzw. Teile davon auch bei Standorten mit auffälligen Indikatorergebnissen für eine qualitative Beurteilung nach Teil I § 17 DeQS-RL genutzt werden können. Für das externe QS-Audit empfiehlt

das IQTIG, eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung der Teilnahme sowie der Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der grundlegenden Voraussetzungen für den vollständigen Durchlauf des externen QS-Audits in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser vorzusehen. Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse des externen QS-Audits können auf Bundesebene aggregiert in die vorhandenen Berichte nach DeQS-RL integriert und veröffentlicht werden. Durch das empfohlene Stichprobenkonzept des externen QS-Audits sind valide Aussagen zum bundesweiten Versorgungsgeschehen im Entlassmanagement möglich, die sich, verglichen mit den Ergebnissen aus dem Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL, nicht nur auf die Standorte mit rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen beziehen. So können vor allem anhand der qualitativen Ergebnisse Erkenntnisse für die Gesamtversorgung des Entlassmanagements gewonnen werden, die sich zu einer bundesweiten Qualitätsförderung des Entlassmanagements nutzen lassen. Für die weitere Entwicklung des externen QS-Audits empfiehlt das IQTIG, in einer Folgebeauftragung die Ausarbeitung eines Schulungskonzepts inklusive der Durchführung einer Probeschulung sowie einer Machbarkeitsprüfung zu beauftragen, sodass eine differenzierte Abschätzung von Aufwand und Nutzen des Instruments möglich ist. Für eine Einführung des externen QS-Audits in einen Regelbetrieb ist bei der empfohlenen Mindeststichprobengröße von 10 % der Standorte pro Erfassungsjahr ein Ressourcenaufbau aufseiten der Landesarbeitsgemeinschaften notwendig. Weiterhin muss für eine aufwandsarme Durchführung der Dokumentenprüfung beim Leistungserbringer eine einheitliche Rechtsgrundlage zum Einsichtsrecht in die Behandlungs- und Entlassdokumentation für alle relevanten Professionen des Entlassmanagements geschaffen oder eine vollautomatisierte Anonymisierung einer digitalen Patientenakte ermöglicht werden. Perspektivisch kann das externe QS-Audit als neues Instrument zur Qualitätsförderung dienen, das die Betrachtung der strukturellen Rahmenbedingungen des Entlassmanagements durch die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und die Patientenbefragung in dem QS-Verfahren *Entlassmanagement* sinnvoll ergänzt.

4. Das IQTIG legt zudem **Konzepte** vor, wie mit Indikatorergebnissen aus der Patientenbefragung und aus der einrichtungsbezogenen Dokumentation im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL umgegangen werden kann. Es wird ein dreistufiges Vorgehen empfohlen, das sowohl die Ergebnisanalyse adressiert als auch die Maßnahmenvereinbarung in den Blick nimmt. Vor der Maßnahmenvereinbarung wird für die Indikatorergebnisse der Patientenbefragung eine Praxisanalyse empfohlen, während für die QS-Dokumentation eine qualitative Bewertung der Auffälligkeit empfohlen wird. Durch eine gezielte Beschreibung des Vorgehens in den einzelnen Schritten, die Formulierung von Leitfragen und die Beschreibung von Maßnahmen werden Rahmenbedingungen geschaffen, die eine **einheitliche Durchführung des Stellungnahmeverfahrens** über die Landesarbeitsgemeinschaften hinweg ermöglichen. Die Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Beurteilung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL werden erst im September 2025 vorliegen. Die Konzepte wurden daher gemäß den derzeitigen Regelungen nach Teil I § 17 DeQS-RL entwickelt.
5. Das IQTIG empfiehlt, die **Patientenbefragung gemeinsam mit der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation** zu starten. Eine Machbarkeitsprüfung der beiden einrichtungsbezogenen Indikatoren wird nicht für notwendig gehalten. Das IQTIG beschreibt drei Varianten zum Umgang mit dem Einwilligungstatus der Patientinnen und Patienten ins Entlassmanagement;

diese gehen mit unterschiedlichen Aufwänden in der Vorbereitung und Umsetzung in den Krankenhäusern einher. In der vom IQTIG empfohlenen Variante für den Start der Patientenbefragung wird der Einwilligungsstatus nicht berücksichtigt, beim Leistungserbringer wäre diesbezüglich keine zusätzliche fallbezogene Dokumentation für die Auslösung der Patientenbefragung notwendig. Dem gegenüber steht die Erhebung des Einwilligungsstatus entweder als fallbezogenes Datenfeld in der QS-Dokumentation (Variante 2) oder als Angabe, die über den QS-Filter aufgegriffen werden kann (Variante 3). Für Variante 3 ist jedoch nach Einschätzung des IQTIG in Abstimmung mit dem G-BA zu klären, welche Anforderungen in den KIS der Krankenhäuser notwendig sind und welche Anpassungen in der Normgebung ggf. für die Umsetzung dieser Variante erfolgen müssen.

Teil IV: Literatur

[G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss]] ([2023]): Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Anlage für das Berichtsjahr 2022: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts. [Stand: 15.06.2023]. [Berlin]: [G-BA]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5480/2023-06-15_Qb-R_Anlage_Berichtsjahr-2022.pdf (abgerufen am: 01.03.2024).

[MD Bund [Medizinischer Dienst Bund]] (2024): Alle Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit; Berichtsjahr 2023; Alle Begutachtungen der 15 Medizinischen Dienste ohne SMD der Knappschaft. Ergebnisse 2023. Stand: 10.06.2024. [Essen]: [MD Bund]. [unveröffentlicht, auf Nachfrage vom Urheber zugesandt].

[Spitzenverbände der Krankenkassen; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2023): Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Vereinbarung und technische Anlagen 1 – 5. Stand: 29.10.2024. [Bonn]: [GKV-Spitzenverband]. URL: https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/krankenhaeuser/gesamtdokument/_301-Gesamtdokument.pdf (abgerufen am: 04.12.2024).

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2014): Arthroskopie am Kniegelenk. Abschlussbericht. Stand: 26.08.2014. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-021d. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/419_Arthroskopie_am_Kniegelenk_2013/Abschlussbericht_Arthroskopie_am_Kniegelenk_2013.pdf (abgerufen am: 20.03.2024).

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Entlassungsmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Stand: 17.09.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-022. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/425-Entlassungsmanagement/Konzeptskizze-Entlassungsmanagement.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

BÄK [Bundesärztekammer] (2014): Leitfaden Ärztliches Peer Review. (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 31). Berlin: BÄK. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Leitfaden_Aerztliches-Peer-Review_2014.pdf (abgerufen am: 19.03.2024).

BÄK [Bundesärztekammer] ([2023]-a): Abgrenzung zu anderen Verfahren: Austausch statt Kontrolle. Berlin: BÄK. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/peer-review/was-ist-ein-aerztliches-peer-review/abgrenzung-zu-anderen-verfahren-austausch-statt-kontrolle> (abgerufen am: 19.09.2024).

- BÄK [Bundesärztekammer] ([2023]-b): Bundesweite Verfahren weiterer Anbieter. Berlin: BÄK. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/peer-review/der-ursprung-aerztlicher-qualitaetssicherung/welche-aerztlichen-peer-reviews-gibt-es/bundesweite-verfahren-weiterer-anbieter> (abgerufen am: 19.03.2024).
- Barnett, ML; Hsu, J; McWilliams, JM (2015): Patient Characteristics and Differences in Hospital Readmission Rates. *JAMA: Internal Medicine* 175(11): 1803-1812. DOI: 10.1001/jamaintern-med.2015.4660.
- Belay, E; Kelly, P; Anastasio, A; Cochrane, N; Wu, M; Seyler, T (2022): Predicting Need for Skilled Nursing or Rehabilitation Facility after Outpatient Total Hip Arthroplasty. *Hip & Pelvis* 34(4): 227-235. DOI: 10.5371/hp.2022.34.4.227.
- Bell, JF; Whitney, RL; Reed, SC; Poghosyan, H; Lash, RS; Kim, KK; et al. (2017): Systematic Review of Hospital Readmissions Among Patients With Cancer in the United States. *Oncology Nursing Forum* 44(2): 176-191. DOI: 10.1011/17.ONF.176-191.
- Bernatz, JT; Tueting, JL; Anderson, PA (2015): Thirty-Day Readmission Rates in Orthopedics: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 10(4): e0123593. DOI: 10.1371/journal.pone.0123593.
- Berry, JG; Gay, JC; Joynt Maddox, K; Coleman, EA; Bucholz, EM; O'Neill, MR; et al. (2018): Age trends in 30 day hospital readmissions: US national retrospective analysis. *BMJ* 360: k497. DOI: 10.1136/bmj.k497.
- Bickel, H; Hendlmeier, I; Heßler, JB; Junge, MN; Leonhardt-Achilles, S; Weber, J; et al. (2018): Prävalenz von Demenz und kognitiver Beeinträchtigung in Krankenhäusern. *Deutsches Ärzteblatt International* 115(44): 733-740. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0733.
- Bion, J; Alderman, JE (2022): Peer review of quality of care: methods and metrics. *BMJ: Quality & Safety* 32: 17-25. DOI: 10.1136/bmjqs-2022-014985.
- Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2018): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018. [Stand:] Dezember 2018. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: https://www.dki.de/fileadmin/publikationen/2018_11_kh_barometer_final_2_.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).
- BMSGPK [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] (2024a): Peer-Review-Verfahren. [Stand:] 21.02.2024. [Wien, AT]: Sozialministerium. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheits-system-und-Qualitaetssicherung/Ergebnisqualitaetsmessung/Peer-Review-Verfahren.html> (abgerufen am: 20.03.2024).
- BMSGPK [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] (2024b): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [Stand:] April 2024. Wien, AT: BMSGPK. URL: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:ba0d5fca-c521-4308-8674-8f4cd0fb8c73/AUFEM_2024.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

- Boege, I; Williams, B; Schulze, U; Fegert, JM (2021): Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern. *Der Nervenarzt* 92(3): 252-258. DOI: 10.1007/s00115-020-00974-1.
- Bosk, A; Groll, A; Hufnagel, M; Lehrnbecher, T; Pöschl, J; Simon, A; et al. (2015): AWMF-Registernummer 024-025. S2k-Leitlinie: Leitlinie Sepsis bei Kindern jenseits der Neonatalperiode [Langfassung]. Stand: Dezember 2015. Berlin: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/024-025l_S2k_Sepsis_nach_Neonatalperiode_2016-04-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 06.08.2024). [ungültig, in Überarbeitung].
- Boyd, A; Addicott, R; Robertson, R; Ross, S; Walshe, K (2017): Are inspectors' assessments reliable? Ratings of NHS acute hospital trust services in England. *Journal of Health Services Research & Policy* 22(1): 28-36. DOI: 10.1177/1355819616669736.
- Brucker, U; Seidel, J ([2013]): Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Pflegebericht 2011/2012. Essen: MDS [Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen]. URL: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Pflegeberichte/MDS_Pflegebericht_2011-12.pdf (abgerufen am: 01.03.2024).
- CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2023): Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP). [Stand:] 06.09.2023. Baltimore, US-MD: CMS. URL: <https://www.cms.gov/medicare/quality/value-based-programs/hospital-readmissions> (abgerufen am: 20.07.2024).
- Colognesi, S; Fagnani, C; Panceri, F; Ruggero, M; Di Florio, F; Passoni, C; et al. (2021): Hospital discharge: testing the "Blaylock Risk Assessment Screening Score" in a surgical department. *Acta Biomedica* 92(S2): e2021039. DOI: 10.23750/abm.v92iS2.10761.
- CQC [Care Quality Commission] (2022): What we do on an inspection. [Stand:] 25.08.2022. [Newcastle upon Tyne, GB]: CQC. URL: <https://www.cqc.org.uk/about-us/how-we-do-our-job/what-we-do-inspection> (abgerufen am: 19.03.2024).
- Cunic, D; Lacombe, S; Mohajer, K; Grant, H; Wood, G (2014): Can the Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) predict length of hospital stay and need for comprehensive discharge planning for patients following hip and knee replacement surgery? Predicting arthroplasty planning and stay using the BRASS. *Canadian Journal of Surgery* 57(6): 391-397. DOI: 10.1503/cjs.024113.
- D'Souza, AN; Said, CM; Leggett, NE; Tomkins, MS; Kay, JE; Granger, CL (2021): Assessment tools and factors used to predict discharge from acute general medical wards: a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 44(14): 3373-3387. DOI: 10.1080/09638288.2020.1867906.
- D'Souza, J; Richards, S; Eglinton, T; Frizelle, F (2023): Incidence and risk factors for unplanned readmission after colorectal surgery: A meta-analysis. *PLoS One* 18(11): e0293806. DOI: 10.1371/journal.pone.0293806.

Destatis [Statistisches Bundesamt] (2023): Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser. Diagnosekapitel 2022. Stand: 18.12.2023. Wiesbaden: Destatis. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnose-kapitel-geschlecht.html> (abgerufen am: 01.03.2024).

Destatis [Statistisches Bundesamt] (2024): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2021. Stand: 21.12.2022. Wiesbaden: Destatis. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html> (abgerufen am: 04.12.2024).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie; Psychosomatik und Nervenheilkunde] (2022): AWMF-Registernummer 038-015. S3-Leitlinie: Borderline-Persönlichkeitsstörung. Langversion 1.0. Stand: 14.11.2022. Berlin: DGPPN. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-015l_S3_Borderline-Persoenlichkeitsst%C3%B6rungen_2022-11.pdf (abgerufen am: 21.11.2024).

DGPPN [Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde]; Hrsg. ([2019]): AWMF-Registernummer 038-020. S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2. Auflage, 1. Update 2018 (Langversion). Stand: 02.10.2018. Berlin [u. a.]: Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-58284-8. [ungültig, derzeit in Überarbeitung].

Diller, G-P; Baumgartner, H; Reinecke, H; Gerß, J; Marschall, U; Bauer, U ([2023]): Versorgungsoptimierung bei Kindern und Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern. Ergebnisbericht. [Stand: 15.12.2023]. [Berlin]: G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss]. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/494/2023-12-15_OptAHF_Ergebnisbericht.pdf (abgerufen am: 21.05.2024).

DIVI [Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin] (2024): Qualitätssicherung in der Intensivmedizin: Das Peer Review der DIVI. Berlin: DIVI. URL: <https://www.divi.de/service/peer-review> (abgerufen am: 04.12.2024).

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.

DRV [Deutsche Rentenversicherung] Bund ([2024]): Peer Review der medizinischen Rehabilitation. Expertinnen und Experten bewerten den Reha-Prozess. Berlin: DRV Bund. URL: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/peer_review.html (abgerufen am: 20.03.2024).

DSO [Deutsche Stiftung Organtransplantation] (2024): Jahresbericht. Organspende und Transplantation in Deutschland 2023. Stichtag der Zahlen: 15. Januar 2024. Frankfurt am Main: DSO. ISBN: 978-3-943384-27-7. URL: <https://dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht%202023.pdf> (abgerufen am: 28.05.2024).

DVSG [Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen] (2022): Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken [*Positionspapier*]. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. [Stand:] Mai 2022. Berlin: DVSG. ISBN: 978-3-9817885-4-9. URL: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Entlassungsmanagement-2022-05.pdf (abgerufen am: 26.11.2024).

Edgcomb, JB; Sorter, M; Lorberg, B; Zima, BT (2020): Psychiatric Readmission of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services* 71(3): 269-279. DOI: 10.1176/appi.ps.201900234.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement. [Stand:] 20.09.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. [Stand:] 21.04.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5386/2022-04-21_DeQS-RL_Eckpunkte_Weiterentwicklung.pdf (abgerufen am: 23.02.2024).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement. [Stand:] 06.12.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6331/2023-12-06_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-QS-Verfahren-Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 01.03.2024).

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung. [Stand:] 06.03.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6502/2024-03-06_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-Verfahren-qual-Beurteilung_DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 19.03.2024).

GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] (2024a): Krankenhäuser (Anzahl und je 100.000 Einwohner) sowie Aufenthalte (Fallzahl, Berechnungs-/Belegungstage und Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungsart / Bettenzahl / Träger / Art der Zulassung) [Stand: 27.09.2024]. Bonn: Destatis [Statistisches

Bundesamt]. URL: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_to_csv.prc_download_csv?p_uid=gastd&p_aid=13088565&p_sprache=D&p_indnr=519&p_an-snr=74198869&p_version=1&p_indsp=5074&p_standort=3 (abgerufen am: 04.12.2024).

GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] (2024b): Krankenhausfälle, Krankenhaustage und Tage je Fall der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe [Tabelle gestaltbar]. [Stand:] 25.09.2023. Bonn: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: <http://www.gbe-bund.de> [Auswahl: Gesundheitsversorgung > Krankenhäuser > Krankenhausaufenthalte, GKV-Versicherte] (abgerufen am: 04.12.2024).

Gisev, N; Bell, JS; Chen, TF (2013): Interrater agreement and interrater reliability: Key concepts, approaches, and applications. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 9(3): 330-338. DOI: 10.1016/j.sapharm.2012.04.004.

GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; PKV [Verband der Privaten Krankenversicherung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2021): Vereinbarung über eine einheitliche und nachprüfbare Dokumentation zum Vorliegen der Voraussetzungen der Übergangspflege gemäß § 39e Absatz 1 SGB V (Dokumentations-Vereinbarung Übergangspflege). [Stand:] 31.10.2021. Berlin [u. a.]: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.1_Stationaere_Verguetung/2.2.1.6_Uebergangspflege_im_Krankenhaus/Dokumentations-Vereinbarung_Uebergangspflege_vom_31.10.2021.pdf (abgerufen am: 14.11.2024).

GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2024): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 12. Änderungsvereinbarung vom 03.06.2024. Inkrafttreten zum 01.07.2024. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 12.09.2024).

Glans, M; Kragh Ekstam, A; Jakobsson, U; Bondesson, Å; Midlöv, P (2020): Risk factors for hospital readmission in older adults within 30 days of discharge – a comparative retrospective study. *BMC: Geriatrics* 20:467. DOI: 10.1186/s12877-020-01867-3.

Grüning, T (2022): Messen allein ist nicht genug. Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen datengestützten Qualitätssicherung. *Das Krankenhaus* 10: 894-898.

Habermann-Horstmeier, L; Rieder, A; Wakolbinger, M; Kautzky-Willer, A; Haidinger, G; Dorner, TE; et al. (2021): Chronische Krankheiten und Unfälle. Kapitel 8. In: Egger, M; Razum, O; Rieder, A; Hrsg.: *Public Health Kompakt*. 4., aktualisierte und erweiterte Auflage. De Gruyter, 387-462. ISBN: 978-3-11-067354-8.

Hogan, AH; Carroll, CL; Iverson, MG; Hollenbach, JP; Philips, K; Saar, K; et al. (2021): Risk Factors for Pediatric Asthma Readmissions: A Systematic Review. *The Journal of Pediatrics* 236: 219–228e11. DOI: 10.1016/j.jpeds.2021.05.015.

IQM [Initiative Qualitätsmedizin] ([kein Datum]): Peer Review. Qualitätssicherung durch kollegialen Austausch zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen. Interprofessionell, interdisziplinär sowie träger- und länderübergreifend zwischen allen IQM Mitgliedern. Berlin: IQM. URL: <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/peer-review> (abgerufen am: 19.03.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht-mit-AT_2018-12-15.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

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: 30.09.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Abschlussbericht. Stand: 31.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Entwicklung-QS-Verfahren-Sepsis_Abschlussbericht_2022-05-31.pdf (abgerufen am: 30.08.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Validierter Fragebogen für Patientinnen und Patienten zur Entlassung aus dem Krankenhaus. Stand: 31.10.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Validierter-Fragebogen-Erwachsene_2022-10-31-barrierefrei_01.pdf (abgerufen am: 04.12.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022c): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Validierter Fragebogen zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus. Stand: 31.10.2022. Berlin:

IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Validierter-Fragebogen-Eltern-Sorgeberechtigte_2022-10-31-barrierefrei_01.pdf (abgerufen am: 04.12.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022d): Machbarkeitsprüfung für das Qualitätssicherungsverfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“. Abschlussbericht. Stand: 24.05.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Schizoprenie_Abschlussbericht_2022-05-24_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.08.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022e): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 10.10.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023a): Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement. Abschlussbericht. Stand: 28.04.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-04-28-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.02.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023b): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Abschlussbericht. Stand: 15.02.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-Neuentwicklung_Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-02-15-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 29.04.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023c): Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Indikatorenset V1.1. Stand: 15.02.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-Neuentwicklung_Entlassmanagement_Indikatorenset-V1.1_2023-02-15-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.08.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023d): Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“. Machbarkeitsprüfung. Abschlussbericht. [Stand:] 30.06.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Sepsis_Abschlussbericht_2023-06-30-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.08.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023e): Überarbeitung der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Ambulante Psychotherapie*. Auftragsteil A zur Prüfung der Übertragbarkeit der Patientenbefragung auf die Gruppentherapie und Systemische Therapie. Abschlussbericht. [Stand:] 15.12.2023. Berlin: IQTIG.

URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Ueberarbeitung-Patientenbefragung-QS-AmbPT-Auftragsteil-A-Abschlussbericht_2023-12-15.pdf (abgerufen am: 25.11.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024a): Konstruktion und Auswertungsmethodik für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. [Stand:] 31.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung_2024-05-31.pdf (abgerufen am: 09.12.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024b): Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung QS PCI im Stellungsnahmeverfahren. Arbeitshilfe für die Landesarbeitsgemeinschaften und Leistungserbringer. Version 1.0. Stand: 02.05.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG_Patientenbefragung-QS-PCI-STNV-Arbeitshilfe_2024.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024c): Technische Dokumentation zur Patientenbefragung nach DeQS-RL. Spezifikationsjahr 2025 [Version V02]. [Stand:] 21.11.2024. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/spezifikation/fdok/sj2025/v02/TechDok_Benennungsschema_V02.pdf (abgerufen am: 02.12.2024).

Jacobi, F; Grafiadeli, R; Volkmann, H; Schneider, I (2021): Krankheitslast der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Krankheitskosten, somatische Komorbidität und Mortalität. *Der Nervenarzt* 92(7): 660-669. DOI: 10.1007/s00115-021-01139-4.

Joint Commission (2024): The Accreditation Standards. [Oakbrook Terrace, US-IL]: Joint Commission. URL: <https://www.jointcommission.org/what-we-offer/accreditation/become-accredited/learn-the-process/> (abgerufen am: 30.09.2024).

Kansagara, D; Englander, H; Salanitro, A; Kagen, D; Theobald, C; Freeman, M; et al. (2011): Risk Prediction Models for Hospital Readmission. A Systematic Review. *JAMA* 306(15): 1688-1698. DOI: 10.1001/jama.2011.1515.

Karhade, AV; Ogink, P; Thio, Q; Broekman, M; Cha, T; Gormley, WB; et al. (2018): Development of machine learning algorithms for prediction of discharge disposition after elective inpatient surgery for lumbar degenerative disc disorders. *Neurosurgical Focus* 45(5): 1-8. DOI: 10.3171/2018.8.Focus18340.

Kazaure, HS; Roman, SA; Sosa, JA (2012): Association of Postdischarge Complications With Reoperation and Mortality in General Surgery. *Archives of Surgery* 147(11): 1000-1007. DOI: 10.1001/2013.jamasurg.114.

- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung], Dezernat 7 – Sektorenübergreifende Qualitätsförderung (2017): Peer-Review-Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung – Empfehlungen für Praxen, Arztnetze und Qualitätszirkel. 2. überarbeitete und ergänzte Fassung. Stand: August 2017. Berlin: KBV. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Empfehlungen_zu_Peer-Review-Verfahren_in_der_vertragsaerztlichen_Versorgung.pdf (abgerufen am: 19.03.2024).
- Khan, N (2018): Entlassmanagement – Strategien, Konzepte, Umsetzung. Abschnitt III.1. In: Eble, S; Miedke, J; Khan, N; Hrsg.: *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung*. Berlin: MWV [Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft], 123-156. ISBN: 978-3-95466-411-5.
- Lammers, AE; Diller, G-P; Lober, R; Möllers, M; Schmidt, R; Radke, RM; et al. (2021): Maternal and neonatal complications in women with congenital heart disease: a nationwide analysis. *Euro-pean Heart Journal* 42(41): 4252-4260. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab571.
- Lavoie-Gagne, O; Lu, Y; MacLean, I; Forlenza, E; Forsythe, B (2021): Discharge Destination After Shoulder Arthroplasty: An Analysis of Discharge Outcomes, Placement Risk Factors, and Recent Trends. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 29(19): e969-e978. DOI: 10.5435/jaaos-d-20-00294.
- Lu, J; Gormley, M; Donaldson, A; Agyemang, A; Karmarkar, A; Seel, RT (2022): Identifying factors associated with acute hospital discharge dispositions in patients with moderate-to-severe traumatic brain injury. *Brain Injury* 36(3): 383-392. DOI: 10.1080/02699052.2022.2034180.
- Madden, A; Vajda, J; Llamocca, EN; Campo, JV; Gorham, TJ; Lin, S; et al. (2020): Factors associated with psychiatric readmission of children and adolescents in the U.S.: A systematic review of the literature. *General Hospital Psychiatry* 65: 33-42. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2020.05.004.
- Mennuni, M; Gulizia, MM; Alunni, G; Francesco Amico, A; Maria Bovenzi, F; Caporale, R; et al. (2017): ANMCO Position Paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *European Heart Journal Supplements* 19(Suppl D): D244-D255. DOI: 10.1093/eurheartj/sux011.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Guidance]. Published: 30.08.2016, [Surveillance report: 20.07.2017], last updated: February 2021. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-2023-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-settings-pdf-1837511615941> (abgerufen am: 10.10.2024).
- Pedersen, MK; Meyer, G; Uhrenfeldt, L (2017): Risk factors for acute care hospital readmission in older persons in Western countries: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 15(2): 454-485. DOI: 10.11124/jbisir-2016-003267.
- Pederson, JL; Warkentin, LM; Majumdar, SR; McAlister, FA (2016): Depressive Symptoms Are Associated With Higher Rates of Readmission or Mortality After Medical Hospitalization: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Hospital Medicine* 11(5): 373-380. DOI: 10.1002/jhm.2547.

- Pickens, S; Naik, AD; Catic, A; Kunik, ME (2017): Dementia and Hospital Readmission Rates: A Systematic Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* 7(3): 346-353. DOI: 10.1159/000481502.
- Po, H-W; Lin, F-J; Cheng, H-J; Huang, M-L; Chen, C-Y; Hwang, J-J; et al. (2023): Factors Affecting the Effectiveness of Discharge Planning Implementation: A Case-Control Cohort Study. *The Journal of Nursing Research* 31(3): e274. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000555.
- Poets, CF; Wiechers, C; Rüdiger, M (2019): Optimale Entlassung sehr unreifer Frühgeborener. Aktuelle Evidenz und eigenes Vorgehen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 167(1): 26-33. DOI: 10.1007/s00112-018-0596-x.
- Rothgang, H; Müller, R ([2023]): BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44). Berlin: BARMER. ISBN: 978-3-946199-92-2. URL: <https://www.barmer.de/resource/blob/1247448/7532f52aba867d21712439e492c675b4/dl-pflegereport-2023-data.pdf> (abgerufen am: 14.11.2024).
- Schilling, T; Gutenbrunner, C; Sturm, C; Egen, C; Ballüeer, K (2019): Transplantationsmedizin als besondere Herausforderung für das Entlassmanagement. *RP Reha* 2019: 43-52.
- Schumacher-Schönert, F; Wucherer, D; Nikelski, A; Kreisel, S; Vollmar, HC; Hoffmann, W; et al. (2021): Das Entlassmanagement deutscher Krankenhäuser für kognitiv beeinträchtigte, ältere Menschen – ein Scoping Review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54(7): 695-703. DOI: 10.1007/s00391-020-01732-3.
- Sconza, C; Respizzi, S; Grappiolo, G; Monticone, M (2019): The Risk Assessment and Prediction Tool (RAPT) after Hip and Knee Replacement: A Systematic Review. *Joints* 7(2): 41-45. DOI: 10.1055/s-0039-1693459.
- Shaw, CD (2000): External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care* 12(3): 169-175. DOI: 10.1093/intqhc/12.3.169.
- SVR Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018 [Langfassung]. Bonn: SVR Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).
- WHO [World Health Organization] ([2024]): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, CH: WHO. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (abgerufen am: 21.11.2024).
- Wingenfeld, K (2020): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN: 978-3-17-036244-4.

Zhou, H; Roberts, PA; Dhaliwal, SS; Della, PR (2019): Risk factors associated with paediatric unplanned hospital readmissions: a systematic review. *BMJ: Open* 9(1): e020554. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020554.

Zhou, H; Della, PR; Porter, P; Roberts, PA (2020): Risk factors associated with 30-day all-cause unplanned hospital readmissions at a tertiary children's hospital in Western Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health* 56(1): 68-75. DOI: 10.1111/jpc.14492.

Ziebarth, D; Campbell, KP (2016): A Transitional Care Model Using Faith Community Nurses. *Journal of Christian Nursing* 33(2): 112-118. DOI: 10.1097/cnj.0000000000000255.

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)



QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

Anhang zum Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Anhang zum Abschlussbericht

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer, Jonas Plange

Datum der Abgabe 13. Dezember 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Datum des Auftrags 6. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Weiterentwicklung der Fallauslösung	5
Anhang A.1: Operationalisierung der eingeschlossenen Kriterien	6
Anhang A.2: Auswertung des MD-Bund zur Anzahl der Begutachtungen der Pflegegrade.....	42
Anhang A.3: Ausgeschlossene Kriterien	44
Anhang A.4: Analysen der Routinedaten	46
Übersicht der analysierten Routinedaten je eingeschlossenem Kriterium	46
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad und hoher pflegerischer Aufwand (Szenario 1a)	47
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand und Transplantationen (Szenario 1b)	48
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und chronische Krankheiten (Szenario 2)	49
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und Operationen (Szenario 3)	50
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und psychische Erkrankungen (Szenario 4)	51
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, chronische und psychische Erkrankungen (Szenario 5)	52
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, Operationen und psychische Erkrankungen (Szenario 6)	53
Anhang B: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	55
Anhang C: Externes QS-Audit.....	63
Anhang C.1: Übersicht der Qualitätsmerkmale.....	64
Anhang C.2: Leitfaden zur Dokumentenprüfung.....	68
Anhang C.3: Erläuterungen zur Dokumentenprüfung	71
Anhang C.4: Leitfaden zur Prozessprüfung.....	75
Anhang C.5: Evidenzbelege zu den Qualitätsanforderungen des externen QS-Audits	80
Anhang C.6: Berechnungsvorlage zur Dokumenten- und Prozessprüfung	104
Anhang C.7: Vorlage zum Ergebnisbericht zum externen QS-Audit	108
Anhang C.8: Abfrage zur Umsetzung des Maßnahmenplans.....	119

Anhang D: Umgang mit den Indikatorergebnissen des QS-Verfahrens <i>Entlassmanagement</i> im Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL	123
Anhang D.1: Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen für die Indikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens <i>Entlassmanagement</i>	124
Anhang D.2: Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	145
Anhang D.2.1: Gründe zur rechnerischen Auffälligkeit und Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen	146
Anhang D.2.2: Kriterien zur Bewertung des Indikatorergebnisses	151
Anhang E: Externe Beteiligung	153
Anhang E.1: Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Sitzung des Expertengremiums vom 5. September 2024	154
Anhang E.2: Ergebnisse der externen Beteiligung und Empfehlungen des IQTIG	156
Literatur	173
Impressum.....	175

Anhang A: Weiterentwicklung der Fallauslösung

Anhang A.1: Operationalisierung der eingeschlossenen Kriterien

Tabelle 1: Übersicht der eingeschlossenen Kriterien mit Operationalisierung anhand ICD-/OPS-Kodes

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
Pflegegrad	■ 9-984 Pflegebedürftigkeit: ▫ 9-984.8 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3¹ ▫ 9-984.9 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4² ▫ 9-984.a Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5³ ▫ 9-984.b Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad⁴	Siehe Operationalisierung Erwachsene
Hoher pflegerischer Aufwand (Komplexbehandlungen, Dekubitus)	■ 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): ▫ 8-980.9 5.521 bis 7.360 Aufwandspunkte ▫ 8-980.a 7.361 bis 9.200 Aufwandspunkte ▫ 8-980.b 9.201 bis 11.040 Aufwandspunkte ▫ 8-980.c 11.041 bis 13.800 Aufwandspunkte ▫ 8-980.d 13.801 bis 16.560 Aufwandspunkte ▫ 8-980.e 16.561 bis 19.320 Aufwandspunkte ▫ 8-980.f 19.321 oder mehr Aufwandspunkte ■ 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	Siehe Operationalisierung Erwachsene Zusätzliche Codes: ■ 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) ▫ 8-98d.h 5.881 bis 6.860 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.j 6.861 bis 7.840 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.k 7.841 bis 9.800 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.m 9.801 bis 11.760 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.n 11.761 bis 13.720 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.p 13.721 bis 16.660 Aufwandspunkte

¹ Zur Auswertung der Routinedaten wurde der Code 9-984.1 Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit) aus der OPS Version 2016 zur Operationalisierung genutzt

² Zur Auswertung der Routinedaten wurde der Code 9-984.2 Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit) aus der OPS Version 2016 zur Operationalisierung genutzt

³ Zur Auswertung der Routinedaten wurde der Code 9-984.3 Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (H) (schwerste Pflegebedürftigkeit, Härtefall) aus der OPS Version 2016 zur Operationalisierung genutzt

⁴ Zur Auswertung der Routinedaten wurde der Code 9-984.4 Erfolgter Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe aus der OPS Version 2016 zur Operationalisierung genutzt

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	■ 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) ▫ 8-98f.9 5.521 bis 7.360 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.a7.361 bis 9.200 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.b9.201 bis 11.040 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.c11.041 bis 13.800 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.d13.801 bis 16.560 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.e 16.561 bis 19.320 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.f 19.321 oder mehr Aufwandspunkte ■ 8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst ■ 8-98i Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ■ 8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ■ 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung ■ Dekubitalgeschwür und Druckzone: ▫ L89.2-Dekubitus, Stadium 3 ▫ L89.3-Dekubitus, Stadium 4	▫ 8-98d.q 16.661 bis 19.600 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.r 19.601 oder mehr Aufwandspunkte ■ 8-972 Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie ■ 8-973 Komplexbehandlung bei Spina bifida ■ Sepsis ▫ A02.1 Salmonellensepsis ▫ A32.7 Listeriensepsis ▫ A39.1 Waterhouse-Friderichsen-Syndrom ▫ A39.2 akute Meningokokkensepsis ▫ A40 Streptokokkensepsis ▫ A41 Sonstige Sepsis ▫ B37.7 Candida-Sepsis ▫ R57.2 Septischer Schock ▫ P36 bakterielle Sepsis beim Neugeborenen
Transplantationen	■ 5-375 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation ■ 5-411 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark ■ 5-528 Transplantation von Pankreas(gewebe) ■ 5-335 Lungentransplantation ■ 5-504 Lebertransplantation ■ 5-555 Nierentransplantation	Siehe Operationalisierung Erwachsene
Operationen	■ Operationen am Herzen/vaskuläre Operationen: ▫ 5-35 Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße	Siehe Operationalisierung Erwachsene Zusätzliche Codes:

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-36 Operationen an den Koronargefäßen ▪ 5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz ▪ 5-83 Operationen an der Wirbelsäule: ▫ 5-835 Knochenersatz an der Wirbelsäule ▫ 5-836 Spondylodese ▫ 5-837 Wirbelkörperersatz ▫ 5-838 Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (bei Kindern und Jugendlichen)⁵ ▫ 5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule ▪ 5-86 Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und Operationen an den Bewegungsorganen ▪ Neurochirurgische Operationen: ▫ 5-01 Inzision (Trepanation), Exzision und Destruktion an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten ▫ 5-02 Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten ▫ 5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal ▫ 5-04 Operationen an Nerven und Nervenganglien ▫ 5-05 Andere Operationen an Nerven und Nervenganglien	5-42 bis 5-54: Operationen am Verdauungstrakt UND Alter <1 Jahr
Tumorerkrankungen ⁶	ICD Kode: ▪ C00 bis C97 Bösartige Neubildungen ▪ D37 bis D48 Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens OPS Kode:	Siehe Operationalisierung Erwachsene Zusätzliche Codes: ▪ 5-399.5 Implantation oder Wechsel von venösen Katheterversweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)

⁵ In der OPS Version 20016 unter 5-837 Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule zusammengefasst.

⁶ Bei diesem Kriterium muss eine Verknüpfung von Diagnose (ICD -Kode) und Prozedur (OPS-Kode) vorhanden sein, um zur Fallauslösung zu dienen. Die Verknüpfung erfolgt mit einer UND-Verbindung im Auswertungskode. Innerhalb der ICD- oder OPS-Kodes kann die Verknüpfung mit einer ODER-Verbindung erfolgen.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▪ 8-52 Strahlentherapie ▪ 8-53 Nuklearmedizinische Therapie ▪ 8-54 Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie ▪ 8-98 Sonstige Multimodale Komplexbehandlungen: ▫ 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung ▫ 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung ▫ 8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst⁷ Operationen der Tumore⁸ ▪ Gehirn/Nerven: ▫ 5-014 Stereotaktische Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten ▫ 5-015 Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Gewebe ▫ 5-016 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen ▫ 5-017.1 Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien: Resektion ▫ 5-017.2 Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien: Destruktion ▫ 5-017.x Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien, Sonstige ▫ 5-017.y Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien, N.n.bez. ▫ 5-018 Mikrovaskuläre Dekompression von intrakraniellen Nerven	

⁷ In der OPS Version 2016 ist der Code nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden.

⁸ Zur Extraktion der passenden OPS-Kodes wurde sich an den Listen der tumorspezifischen OPS-Kodes der Krebsregister von Rheinland-Pfalz (Krebsregister RLP 2024) und Nordrhein-Westfalen (LKR NRW 2020) orientiert.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-025.2 Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen, Präparation und Resektion ▫ 5-025.5 Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen, Präparation und Destruktion, intrazerebral ▫ 5-025.6 Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen, Präparation und Destruktion, extrazerebral ▫ 5-025.9 Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen, Sonstige kombinierte Verfahren ▫ 5-025.x Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen, Sonstige ▫ 5-025.y Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen - N.n.bez. ▫ 5-029.x Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten, Sonstige ▫ 5-029.y Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten, N.n.bez. ▫ 5-035 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute ▫ 5-037.0 Operationen an intraspinalen Blutgefäßen, Präparation und Resektion ▫ 5-037.1 Operationen an intraspinalen Blutgefäßen, Präparation und Destruktion ▫ 5-037.x Operationen an intraspinalen Blutgefäßen, Sonstige ▫ 5-037.y Operationen an intraspinalen Blutgefäßen, N.n.bez. ▫ 5-038.x Operationen am spinalen Liquorsystem, Sonstige ▫ 5-038.y Operationen am spinalen Liquorsystem, N.n.bez ▫ 5-039.x Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen, Sonstige ▫ 5-039.y Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen, N.n.bez. ▫ 5-041 Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-04c Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven⁹ ▫ 5-059.x Andere Operationen an Nerven und Ganglien, Sonstige ▫ 5-059.y Andere Operationen an Nerven und Ganglien, N.n.bez. ▪ Endokrine System: ▫ 5-06a Destruktion von erkranktem Gewebe der Schilddrüse¹⁰ ▫ 5-061 Hemithyreoidektomie ▫ 5-062 Andere partielle Schilddrüsenresektion ▫ 5-063 Thyreoidektomie ▫ 5-064 Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie ▫ 5-065 Exzision des Ductus thyreoglossus ▫ 5-066 Partielle Nebenschilddrüsenresektion ▫ 5-067 Parathyreoidektomie ▫ 5-068 Operationen an der Nebenschilddrüse durch Sternotomie ▫ 5-069.2 Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, Exzision einer Zungengrundschilddrüse ▫ 5-069.x Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, Sonstige ▫ 5-069.y Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, N.n.bez. ▫ 5-069.x Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, Sonstige ▫ 5-071 Partielle Adrenalektomie ▫ 5-072 Adrenalektomie ▫ 5-073.4 Andere Operationen an der Nebenniere: Destruktion	

⁹ In der OPS Version 20016 unter 5-041 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven zusammengefasst.

¹⁰ In der OPS Version 2016 ist der Code nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-073.x Andere Operationen an der Nebenniere, Sonstige ▫ 5-073.y Andere Operationen an der Nebenniere, N.n.bez. ▫ 5-074 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe des Corpus pineale ▫ 5-075 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse ▫ 5-076 Andere Operationen an der Hypophyse ▫ 5-077 Exzision und Resektion des Thymus ▫ 5-078.x Andere Operationen am Thymus, Sonstige ▫ 5-078.y Andere Operationen am Thymus, N.n.bez. ▪ Augen/ Tränendrüse: ▫ 5-081 Exzision von (erkranktem) Gewebe der Tränendrüse ▫ 5-082.x Andere Operationen an der Tränendrüse, Sonstige ▫ 5-082.y Andere Operationen an der Tränendrüse, N.n.bez. ▫ 5-085 Exzision von erkranktem Gewebe an Tränensack und sonstigen Tränenwegen ▫ 5-089.x Andere Operationen an den Tränenwegen, Sonstige ▫ 5-089.y Andere Operationen an den Tränenwegen, N.n.bez. ▫ 5-090 Inzision des (erkrankten) Augenlides ▫ 5-091 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides ▫ 5-099.x Andere Operationen am Augenlid, Sonstige ▫ 5-099.y Andere Operationen am Augenlid, N.n.bez. ▫ 5-10e.x Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln, Sonstige ▫ 5-10e.y Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln, N.n.bez ▫ 5-10j.x Andere Operationen an den schrägen Augenmuskeln, Sonstige ▫ 5-10j.y Andere Operationen an den schrägen Augenmuskeln, N.n.bez.	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-10k Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln ▫ 5-10m Andere Operationen an den Augenmuskeln ▫ 5-112 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva ▫ 5-119.x Andere Operationen an der Konjunktiva, Sonstige ▫ 5-119.y Andere Operationen an der Konjunktiva, N.n.bez. ▫ 5-123 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea ▫ 5-129.x Andere Operationen an der Kornea, Sonstige ▫ 5-129.y Andere Operationen an der Kornea, N.n.bez. ▫ 5-133.a0 Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation, Trabekulektomie ab interno, Durch Exzision ▫ 5-133.ax Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation, Trabekulektomie ab interno, Sonstige ▫ 5-135 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Iris, Corpus ciliare und Sklera ▫ 5-136.1 Andere Iridektomie und Iridotomie, Iridotomie mit Laser ▫ 5-136.x Andere Iridektomie und Iridotomie, Sonstige ▫ 5-136.y Andere Iridektomie und Iridotomie, N.n.bez. ▫ 5-137.x Andere Operationen an der Iris, Sonstige ▫ 5-137.y Andere Operationen an der Iris, N.n.bez. ▫ 5-138.x Operationen an der Sklera, Sonstige ▫ 5-138.y Operationen an der Sklera, N.n.bez. ▫ 5-139.0 Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare, Parazentese ▫ 5-139.3 Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare, Exzision einer Epitheleinwachsung	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-139.x Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare, Sonstige ▫ 5-139.y Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare, N.n.bez. ▫ 5-149.25 Andere Operationen an der Linse, Sonderform der Intraokularlinse, Intraokularlinse mit Winkelverschiebung ▫ 5-155 Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea ▫ 5-156.0 Andere Operationen an der Retina, Retinotomie ▫ 5-156.1 Andere Operationen an der Retina, Retinektomie ▫ 5-156.x Andere Operationen an der Retina, Sonstige ▫ 5-156.y Andere Operationen an der Retina, N.n.bez. ▫ 5-157.1 Andere Operationen an der Choroidea, Exzision von subretinalem Gewebe ▫ 5-157.2 Andere Operationen an der Choroidea, Blockexzision der Choroidea ▫ 5-157.x Andere Operationen an der Choroidea, Sonstige ▫ 5-157.y Andere Operationen an der Choroidea, N.n.bez. ▫ 5-162 Entfernung des Augeninhaltes [Eviszeration] ▫ 5-163 Entfernung des Augapfels [Enukleation] ▫ 5-164 Andere Exzision, Destruktion und Exenteration der Orbita und Orbitainnenhaut ▫ 5-168.1 Operationen am N. opticus: Exzision von erkranktem Gewebe des N. opticus ▫ 5-168.x Operationen am N. opticus, Sonstige ▫ 5-168.y Operationen am N. opticus, N.n.bez. ▫ 5-169.x Andere Operationen an Orbita, Auge und Augapfel, Sonstige ▫ 5-169.y Andere Operationen an Orbita, Auge und Augapfel, N.n.bez. ■ Ohr:	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-181 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres ▫ 5-182 Resektion der Ohrmuschel ▫ 5-189.x Andere Operationen am äußeren Ohr, Sonstige ▫ 5-189.y Andere Operationen am äußeren Ohr, N.n.bez. ▫ 5-193 Andere Operationen an den Gehörknöchelchen ▫ 5-199 Andere mikrochirurgische Operationen am Mittelohr ▫ 5-203 Mastoidektomie ▫ 5-205 Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr ▫ 5-209.0 Andere Operationen am Mittel- und Innenohr, Tympanosympathektomie ▫ 5-209.1x Andere Operationen am Mittel- und Innenohr, Operation an der Tuba auditiva, Sonstige ▫ 5-209.6 Andere Operationen am Mittel- und Innenohr, Remastoidektomie ▫ 5-209.x Andere Operationen am Mittel- und Innenohr, Sonstige ▫ 5-209.y Andere Operationen am Mittel- und Innenohr, N.n.bez. ■ Nase: ▫ 5-212 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase ▫ 5-213 Resektion der Nase ▫ 5-214.0 Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums, Submuköse Resektion ▫ 5-214.6 Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums, Plastische Korrektur mit Resektion ▫ 5-214.x Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums, Sonstige ▫ 5-214.y Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums, N.n.bez. ▫ 5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-219.x Andere Operationen an der Nase, Sonstige ▫ 5-219.y Andere Operationen an der Nase, N.n.bez. ▫ 5-221.0 Operationen an der Kieferhöhle, Fensterung über unteren Nasengang ▫ 5-221.4 Operationen an der Kieferhöhle, Radikaloperation (z.B. Operation nach Caldwell-Luc) ▫ 5-221.6 Operationen an der Kieferhöhle, Endonasal ▫ 5-221.x Operationen an der Kieferhöhle, Sonstige ▫ 5-221.y Operationen an der Kieferhöhle, N.n.bez. ▫ 5-222.1 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie von außen ▫ 5-222.2 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, endonasal ▫ 5-222.3 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, transmaxillär ▫ 5-222.4 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidotomie, endonasal ▫ 5-222.5 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidotomie von außen ▫ 5-222.6 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidotomie, transseptal ▫ 5-222.7 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidotomie, transmaxilloethmoidal ▫ 5-223.0 Operationen an der Stirnhöhle, Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens (OP nach Ritter-Jansen) ▫ 5-223.1 Operationen an der Stirnhöhle, Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Killian) ▫ 5-223.2 Operationen an der Stirnhöhle, Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Riedel) ▫ 5-223.3 Operationen an der Stirnhöhle, Osteoplastische Operation ▫ 5-223.5 Operationen an der Stirnhöhle, Endonasale Stirnhöhlenoperation	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-223.x Operationen an der Stirnhöhle, Sonstige ▫ 5-223.y Operationen an der Stirnhöhle, N.n.bez. ▫ 5-224.3 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Ethmoidspheenoidektomie, endonasal ▫ 5-224.4 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal Nein ▫ 5-224.5 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal mit Einbruch in die Flügelgaumengrube, kombiniert transfazial und transmandibulär ▫ 5-224.6 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal ▫ 5-224.7 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert endonasal und von außen ▫ 5-224.x Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen, Sonstige ▫ 5-224.y Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen, N.n.bez. ▫ 5-229 Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen ▪ Mundhöhle und Gesicht: ▫ 5-242.0 Andere Operationen am Zahnfleisch, Kürettage von Zahnfleischtaschen ▫ 5-242.1 Andere Operationen am Zahnfleisch, Operation am Schlotterkamm ▫ 5-242.2 Andere Operationen am Zahnfleisch: Exzision von erkranktem Gewebe ▫ 5-242.3 Andere Operationen am Zahnfleisch, Gingivektomie ▫ 5-242.x Andere Operationen am Zahnfleisch, Sonstige ▫ 5-242.y Andere Operationen am Zahnfleisch, N.n.bez. ▫ 5-243 Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers ▫ 5-249.x Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen, Sonstige	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-249.y Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen, N.n.bez. ▫ 5-250.2 Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge, Exzision ▫ 5-250.3 Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge, Destruktion ▫ 5-250.x Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge, Sonstige ▫ 5-250.y Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge, N.n.bez. ▫ 5-251 Partielle Glossektomie ▫ 5-252 Glossektomie ▫ 5-259.x Andere Operationen an der Zunge, Sonstige ▫ 5-259.y Andere Operationen an der Zunge, N.n.bez. ▫ 5-261 Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges ▫ 5-262 Resektion einer Speicheldrüse ▫ 5-269.1 Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang, Destruktion einer Speicheldrüse ▫ 5-269.3 Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang: Elektrochemotherapie¹¹ ▫ 5-269.4 Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum mit Verlagerung der Glandula parotis¹¹ ▫ 5-269.x Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang, Sonstige ▫ 5-269.y Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang, N.n.bez. ▫ 5-272 Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens	

¹¹ In der OPS Version 2016 ist der Code nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-273 Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle ▫ 5-277 Resektion des Mundbodens mit plastischer Rekonstruktion ▫ 5-278 Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion ▫ 5-279.x Andere Operationen am Mund, Sonstige ▫ 5-279.y Andere Operationen am Mund, N.n.bez. ▫ 5-281 Tonsillektomie (ohne Adenotomie) ▫ 5-282 Tonsillektomie mit Adenotomie ▫ 5-284 Exzision und Destruktion einer Zungengrundtonsille ▫ 5-285 Adenotomie (ohne Tonsillektomie) ▫ 5-289.0 Destruktion von erkranktem Gewebe ▫ 5-289.4 Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Exzision von erkranktem Gewebe ▫ 5-289.x Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln, Sonstige ▫ 5-289.y Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln, N.n.bez. ■ Pharynx, Larynx, Trachea: ▫ 5-291.1 Operationen an Kiemengangsresten, Exzision einer lateralen Halszyste ▫ 5-291.2 Operationen an Kiemengangsresten, Exzision einer lateralen Halsfistel ▫ 5-291.3 Operationen an Kiemengangsresten, Sekundärer Eingriff ▫ 5-291.x Operationen an Kiemengangsresten, Sonstige ▫ 5-291.y Operationen an Kiemengangsresten, N.n.bez. ▫ 5-292 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx ▫ 5-295 Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion] ▫ 5-299.x Andere Operationen am Pharynx, Sonstige ▫ 5-299.y Andere Operationen am Pharynx, N.n.bez.	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-300 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx ▫ 5-301 Hemilaryngektomie ▫ 5-302 Andere partielle Laryngektomie ▫ 5-303 Laryngektomie ▫ 5-314 Exzision, Resektion und Destruktion (von erkranktem Gewebe) der Trachea ▫ 5-319.x Andere Operationen an Larynx und Trachea, Sonstige ▫ 5-319.y Andere Operationen an Larynx und Trachea, N.n.bez. ■ Lunge und Bronchus: ▫ 5-320 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus ▫ 5-321.0 Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms), Keilexzision ▫ 5-321.1 Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms), Bronchusresektion mit End-zu-End-Anastomose ▫ 5-321.2 Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms), Bifurkationsresektion (mit Rekonstruktion) ▫ 5-321.x Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms), Sonstige ▫ 5-321.y Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms), N.n.bez. ▫ 5-322 Atypische Lungenresektion ▫ 5-323 Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge ▫ 5-324 Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge ▫ 5-325 Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge ▫ 5-327 Einfache (Pleuro-)Pneum(on)ektomie	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-328 Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie ▫ 5-339.2 Andere Operationen an Lunge und Bronchien, Destruktion von erkranktem Lungengewebe ▫ 5-339.x Andere Operationen an Lunge und Bronchien, Sonstige ▫ 5-339.y Andere Operationen an Lunge und Bronchien, N.n.bez. ▫ 5-340.a Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, offen chirurgisch ▫ 5-340.b Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, thorakoskopisch ▫ 5-342 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums ▫ 5-343 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand ▫ 5-344 Pleurektomie ▫ 5-347.3 Exzision von erkranktem Gewebe ▫ 5-347.x Operationen am Zwerchfell, Sonstige ▫ 5-347.y Operationen am Zwerchfell, N.n.bez. ▫ 5-349.x Andere Operationen am Thorax, Sonstige ▫ 5-349.y Andere Operationen am Thorax, N.n.bez. ■ Herz: ▫ 5-354 Andere Operationen an Herzklappen ▫ 5-372 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Perikardes und Perikardektomie ▫ 5-373.0 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Exzision am Vorhof ▫ 5-373.1 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Exzision am Ventrikel ▫ 5-373.5 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, MAZE-Verfahren (Alternative Verfahren)	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-373.6 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Exzision am Reizleitungssystem, am Ventrikel ▫ 5-373.7 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Destruktion am Reizleitungssystem, am Vorhof ▫ 5-373.8 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Destruktion am Reizleitungssystem, am Ventrikel ▫ 5-373.x Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Sonstige ▫ 5-373.y Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, N.n.bez. ▫ 5-379.5 Andere Operationen an Herz und Perikard, Reoperation ▫ 5-379.x Andere Operationen an Herz und Perikard, Sonstige ▫ 5-379.y Andere Operationen an Herz und Perikard, N.n.bez. ■ Blutgefäße ▫ 5-382 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung ▫ 5-383 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen ▫ 5-384 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta ▫ 5-386 Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme ▫ 5-394.x Revision einer Blutgefäßoperation, Sonstige ▫ 5-394.y Revision einer Blutgefäßoperation, N.n.bez. ▫ 5-398 Operationen am Glomus caroticum und anderen Paraganglien ▫ 5-399.x Andere Operationen an Blutgefäßen, Sonstige ▫ 5-399.y Andere Operationen an Blutgefäßen, N.n.bez. ■ Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem: ▫ 5-401 Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-402 Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff ▫ 5-403 Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection] ▫ 5-404 Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff ▫ 5-405.x Operationen am Ductus thoracicus, Sonstige ▫ 5-405.y Operationen am Ductus thoracicus, N.n.bez. ▫ 5-406 Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation ▫ 5-407 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation ▫ 5-408.5 Andere Operationen am Lymphgefäßsystem, Destruktion von erkrankten Lymphknoten durch Thermoablation, perkutan ▫ 5-408.7 Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer zervikalen Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe ▫ 5-408.x Andere Operationen am Lymphgefäßsystem, Sonstige ▫ 5-408.y Andere Operationen am Lymphgefäßsystem, N.n.bez. ▫ 5-413 Splenektomie ▫ 5-419.3 Andere Operationen an der Milz, Thermokoagulation ▫ 5-419.4 Andere Operationen an der Milz, Laserkoagulation ▫ 5-419.x Andere Operationen an der Milz, Sonstige ▫ 5-419.y Andere Operationen an der Milz, N.n.bez. ■ Verdauungstrakt: ▫ 5-422 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus ▫ 5-423 Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität ▫ 5-424 Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-425 (Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität ▫ 5-426 (Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität ▫ 5-429.e Andere Operationen am Ösophagus, Endoskopische Injektion ▫ 5-429.x Andere Operationen am Ösophagus, Sonstige ▫ 5-429.y Andere Operationen am Ösophagus, N.n.bez. ▫ 5-42a Weitere Operationen am Ösophagus ▫ 5-432.2 Operationen am Pylorus: Pylorusresektion mit Gastroduodenostomie (z.B. bei Pylorusatresie) ▫ 5-432.x Operationen am Pylorus, Sonstige ▫ 5-432.y Operationen am Pylorus, N.n.bez. ▫ 5-433 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens ▫ 5-434 Atypische partielle Magenresektion ▫ 5-435 Partielle Magenresektion (2/3-Resektion) ▫ 5-436 Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion) ▫ 5-437 (Totale) Gastrektomie ▫ 5-438 (Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion ▫ 5-439 Andere Inzision, Exzision und Resektion am Magen ▫ 5-447.c Revision nach Magenresektion, Nachresektion eines Schlauchmagens ▫ 5-447.x Revision nach Magenresektion, Sonstige ▫ 5-447.y Revision nach Magenresektion, N.n.bez. ▫ 5-449.e Andere Operationen am Magen, Injektion ▫ 5-449.e3 Andere Operationen am Magen, Injektion, Endoskopisch¹²	

¹² In der OPS Version 2016 ist der Code nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-449.x0 Andere Operationen am Magen, Sonstige, Offen chirurgisch¹³ ▫ 5-449.x1 Andere Operationen am Magen, Sonstige, Laparoskopisch ▫ 5-449.x2 Andere Operationen am Magen, Sonstige, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch ▫ 5-449.xx Andere Operationen am Magen, Sonstige, Sonstige ▫ 5-449.y Andere Operationen am Magen, N.n.bez. ▫ 5-44a Weitere Operationen am Magen ▫ 5-451 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes ▫ 5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes ▫ 5-454 Resektion des Dünndarmes ▫ 5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes ▫ 5-456 (Totale) Kolektomie und Proktokolektomie ▫ 5-464.x Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma, Sonstige ▫ 5-464.y Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma, N.n.bez ▫ 5-469.x Andere Operationen am Darm, Sonstige ▫ 5-469.y Andere Operationen am Darm, N.n.bez. ▫ 5-46a Weitere Operationen am Darm ▫ 5-470 Appendektomie ▫ 5-471 Simultane Appendektomie ▫ 5-479.x Andere Operationen an der Appendix, Sonstige ▫ 5-479.y Andere Operationen an der Appendix, N.n.bez. ▫ 5-482 Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	

¹³ In der OPS Version 2016 ist der Code nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-484 Rektumresektion unter Sphinktererhaltung ▫ 5-485.0 Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, Abdominoperineal ▫ 5-485.2 Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, Abdominosakral ▫ 5-485.4 Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, Sakroperineal ▫ 5-485.5 Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, Perineal ▫ 5-485.x Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, Sonstige ▫ 5-485.y Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, N.n.bez. ▫ 5-489.x Andere Operation am Rektum, Sonstige ▫ 5-489.y Andere Operation am Rektum, N.n.bez. ▫ 5-490 Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion ▫ 5-492 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals ▫ 5-492.0 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals, Exzision ▫ 5-499.x Andere Operationen am Anus, Sonstige ▫ 5-499.y Andere Operationen am Anus, N.n.bez. ▫ 5-501 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion) ▫ 5-502 Anatomische (typische) Leberresektion ▫ 5-509.x Andere Operationen an der Leber, Sonstige ▫ 5-511 Cholezystektomie ▫ 5-513.3 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Exzision ▫ 5-513.4 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Destruktion ▫ 5-513.x Endoskopische Operationen an den Gallengängen, Sonstige ▫ 5-513.y Endoskopische Operationen an den Gallengängen, N.n.bez. ▫ 5-514.3 Andere Operationen an den Gallengängen, Exzision	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-514.d Andere Operationen an den Gallengängen, Revision (als selbständiger Eingriff) ▫ 5-514.q Andere Operationen an den Gallengängen, Destruktion durch Elektrokoagulation ▫ 5-514.r Andere Operationen an den Gallengängen, Destruktion durch photodynamische Therapie ▫ 5-514.s Andere Operationen an den Gallengängen, Destruktion durch Radiofrequenzablation ▫ 5-514.t Andere Operationen an den Gallengängen, Destruktion durch sonstige Verfahren ▫ 5-514.u Andere Operationen an den Gallengängen, Therapeutische perkutan-transhepatische Endoskopie der Gallenwege ▫ 5-514.x Andere Operationen an den Gallengängen, Sonstige ▫ 5-514.y Andere Operationen an den Gallengängen, N.n.bez. ▫ 5-515 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge ▫ 5-518.3 Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major, Destruktion von erkranktem Gewebe der Papilla duodeni major ▫ 5-518.4 Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major, Exzision der Papilla duodeni major mit Replantation des Ductus choledochus ▫ 5-518.5 Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major, Sonstige Exzision oder Destruktion ▫ 5-518.x Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major, Sonstige ▫ 5-518.y Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major, N.n.bez. ▫ 5-519.x Andere Operationen an Gallenblase und Gallengängen, Sonstige ▫ 5-519.y Andere Operationen an Gallenblase und Gallengängen, N.n.bez ▫ 5-521 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas ▫ 5-524 Partielle Resektion des Pankreas ▫ 5-525 (Totale) Pankreatektomie	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-526.3 Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Exzision ▫ 5-526.4 Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Destruktion ▫ 5-526.x Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Sonstige ▫ 5-526.y Endoskopische Operationen am Pankreasgang, N.n.bez. ▫ 5-529.3 Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Exzision des Ductus pancreaticus ▫ 5-529.4 Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Destruktion des Ductus pancreaticus ▫ 5-529.d Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang, Revision (als selbständiger Eingriff) ▫ 5-529.t Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang, Transgastrale Chemoablation einer neoplastischen Pankreaszyste ▫ 5-529.u Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang, Transduodenale Chemoablation einer neoplastischen Pankreaszyste ▫ 5-529.x Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang, Sonstige ▫ 5-529.y Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang, N.n.bez. ▫ 5-542 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand ▫ 5-543 Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe ▫ 5-547 Resektion von Gewebe in der Bauchregion ohne sichere Organzuordnung ▫ 5-549.x Andere Bauchoperationen, Sonstige ▫ 5-549.y Andere Bauchoperationen, N.n.bez. ▪ Harnorgane: ▫ 5-552 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere ▫ 5-553 Partielle Resektion der Niere	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-554 Nephrektomie ▫ 5-559.3 Andere Operationen an der Niere, Revisionsoperation ▫ 5-559.x Andere Operationen an der Niere, Sonstige ▫ 5-559.y Andere Operationen an der Niere, N.n.bez. ▫ 5-561.3 Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, Resektion, offen chirurgisch ▫ 5-561.4 Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, Resektion, perkutan-transvesikal ▫ 5-561.5 Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, Resektion, transurethral ▫ 5-561.8 Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, Resektion, laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch ▫ 5-561.x Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, Sonstige ▫ 5-561.y Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, N.n.bez. ▫ 5-563 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie ▫ 5-569.7 Andere Operationen am Ureter, Revisionsoperation ▫ 5-569.x Andere Operationen am Ureter, Sonstige ▫ 5-569.y Andere Operationen am Ureter, N.n.bez. ▫ 5-573 Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase ▫ 5-574 Offen chirurgische und laparoskopische Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase ▫ 5-575 Partielle Harnblasenresektion ▫ 5-576 Zystektomie	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-57a Perkutane Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase ▫ 5-579.3 Andere Operationen an der Harnblase: Exzision von erkranktem Gewebe aus einer Ersatzharnblase ▫ 5-579.7 Andere Operationen an der Harnblase, Revision ▫ 5-579.x Andere Operationen an der Harnblase, Sonstige ▫ 5-579.y Andere Operationen an der Harnblase, N.n.bez. ▫ 5-582 Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra ▫ 5-583 Urethrektomie als selbständiger Eingriff ▫ 5-585 Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra ▫ 5-589.3 Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe, Exzision von periurethralem Gewebe ▫ 5-589.x Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe, Sonstige ▫ 5-589.y Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe, N.n.bez. ▫ 5-590.4 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, Exzision von perirenalem Gewebe ▫ 5-590.5 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, Exzision von retroperitonealem Gewebe ▫ 5-590.8 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, Resektion von Gewebe ohne sichere Organzuordnung ▫ 5-590.x Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, Sonstige ▫ 5-590.y Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, N.n.bez. ▫ 5-591 Inzision und Exzision von perivesikalem Gewebe ▫ 5-595.y Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation, N.n.bez. ▫ 5-599.x Andere Operationen am Harntrakt, Sonstige	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-599.y Andere Operationen am Harntrakt, N.n.bez. ▪ Genitalorgane: ▫ 5-601 Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe ▫ 5-602 Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe ▫ 5-603 Exzision und Destruktion von Prostatagewebe ▫ 5-604 Radikale Prostatovesikulektomie ▫ 5-605 Andere Exzision und Destruktion von Prostatagewebe ▫ 5-606.1 Operationen an den Vesiculae seminales: Exzision ▫ 5-606.2 Operationen an den Vesiculae seminales: Exstirpation ▫ 5-606.x Operationen an den Vesiculae seminales: Sonstige ▫ 5-606.y Operationen an den Vesiculae seminales: N.n.bez. ▫ 5-607.2 Inzision und Exzision von periprostatischem Gewebe: Exzision ▫ 5-607.x Inzision und Exzision von periprostatischem Gewebe, Sonstige ▫ 5-607.y Inzision und Exzision von periprostatischem Gewebe, N.n.bez. ▫ 5-609.7 Andere Operationen an der Prostata, Revision ▫ 5-609.x Andere Operationen an der Prostata, Sonstige ▫ 5-609.y Andere Operationen an der Prostata, N.n.bez. ▫ 5-612 Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe ▫ 5-619 Andere Operationen an Skrotum und Tunica vaginalis testis ▫ 5-621 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens ▫ 5-622 Orchidektomie ▫ 5-629.x Andere Operationen am Hoden, Sonstige ▫ 5-629.y Andere Operationen am Hoden, N.n.bez.	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-631.x Exzision im Bereich der Epididymis, Sonstige ▫ 5-631.y Exzision im Bereich der Epididymis, N.n.bez. ▫ 5-633 Epididymektomie ▫ 5-639.x Andere Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens, Sonstige ▫ 5-639.y Andere Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens, N.n.bez. ▫ 5-640.2 Operationen am Präputium, Zirkumzision ▫ 5-640.x Operationen am Präputium, Sonstige ▫ 5-640.y Operationen am Präputium, N.n.bez. ▫ 5-641 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis ▫ 5-642 Amputation des Penis ▫ 5-649.x Andere Operationen am Penis, Sonstige ▫ 5-649.y Andere Operationen am Penis, N.n.bez. ▫ 5-651 Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe ▫ 5-652 Ovariectomie ▫ 5-653 Salpingoovariectomie ▫ 5-659 Andere Operationen am Ovar ▫ 5-661 Salpingektomie ▫ 5-665 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina ▫ 5-669 Andere Operationen an der Tuba uterina ▫ 5-671 Konisation der Cervix uteri ▫ 5-672 Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri ▫ 5-673 Amputation der Cervix uteri	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-679.x Andere Operationen an der Cervix uteri, Sonstige ▫ 5-679.y Andere Operationen an der Cervix uteri, N.n.bez. ▫ 5-681 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus ▫ 5-682 Subtotale Uterusexstirpation ▫ 5-683 Uterusexstirpation [Hysterektomie] ▫ 5-684 Zervixstumpfexstirpation ▫ 5-685 Radikale Uterusexstirpation ▫ 5-686 Radikale Zervixstumpfexstirpation ▫ 5-687 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens ▫ 5-689 Andere Inzision und Exzision des Uterus ▫ 5-690 Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] ▫ 5-692 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien ▫ 5-699 Andere Operationen an Uterus und Parametrien ▫ 5-702 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes ▫ 5-703 Verschluss und (sub-)totale Exstirpation der Vagina ▫ 5-709.x Andere Operationen an Vagina und Douglasraum, Sonstige ▫ 5-709.y Andere Operationen an Vagina und Douglasraum, N.n.bez. ▫ 5-711.2 Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste), Exzision ▫ 5-711.x Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste), Sonstige ▫ 5-711.y Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste), N.n.bez. ▫ 5-712 Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva ▫ 5-713 Operationen an der Klitoris ▫ 5-714 Vulvektomie	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-715 Radikale Vulvektomie ▫ 5-718.x Andere Operationen an der Vulva, Sonstige ▫ 5-718.y Andere Operationen an der Vulva, N.n.bez. ▫ 5-719 Andere Operationen an den weiblichen Genitalorganen ■ Kiefer- und Gesichtsschädel: ▫ 5-770 Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens ▫ 5-771 Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens ▫ 5-772 Partielle und totale Resektion der Mandibula ▫ 5-779.x Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen, Sonstige ■ Bewegungsorgan: ▫ 5-782 Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe ▫ 5-789.5 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Thermoablation mittels Laser, perkutan ▫ 5-789.6 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Radiofrequenzthermoablation, perkutan ▫ 5-789.7 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Magnetresonanz-gesteuerten fokussierten Ultraschall [MRgFUS], perkutan ▫ 5-789.8 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Mikrowellenablation, perkutan ▫ 5-789.9 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch irreversible Elektroporation ▫ 5-789.a Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Kryoablation, perkutan ▫ 5-801.0 Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel ▫ 5-812.0 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe ▫ 5-832 Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule ▫ 5-839.5 Andere Operationen an der Wirbelsäule, Revision einer Wirbelsäulenoperation ▫ 5-839.h Andere Operationen an der Wirbelsäule, Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, ▫ 5-844.1 Andere Operationen an der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe ▫ 5-849.3 Andere Operationen an der Hand: Radikale Exzision von erkranktem Gewebe ▫ 5-849.4 Andere Operationen an der Hand: Radikale Exzision von erkranktem Gewebe mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation ▫ 5-849.5 Andere Operationen an der Hand: Radikale Exzision von erkranktem Gewebe mit erweiterter Präparation ▫ 5-852 Exzision an Muskel, Sehne und Faszie ▫ 5-859.x0 Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln, Sonstige, Kopf und Hals ▫ 5-862 Amputation und Exartikulation obere Extremität ▫ 5-863 Amputation und Exartikulation Hand ▫ 5-864 Amputation und Exartikulation untere Extremität ▫ 5-865 Amputation und Exartikulation Fuß ▪ Mamma: ▫ 5-870 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ▫ 5-872 (Modifizierte radikale) Mastektomie ▫ 5-874 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm pectorales majores et minores und Thoraxwandteilenresektion ▫ 5-877 Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-879 Andere Exzision und Resektion der Mamma ▫ 5-882.1 Operationen an der Brustwarze, Exzision ▫ 5-882.x Operationen an der Brustwarze, Sonstige ▫ 5-882.y Operationen an der Brustwarze, N.n.bez. ▫ 5-889.x Andere Operationen an der Mamma, Sonstige ▫ 5-889.y Andere Operationen an der Mamma, N.n.bez. ■ Haut und Unterhaut: ▫ 5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ▫ 5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ▫ 5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ▫ 5-898.4 Operationen am Nagelorgan: Exzision des Nagels, partiell ▫ 5-898.5 Operationen am Nagelorgan: Exzision des Nagels, total ▫ 5-898.6 Operationen am Nagelorgan: Exzision von erkranktem Gewebe des Nagelbettes ▫ 5-898.a Operationen am Nagelorgan: Ausrottung der Nagelmatrix ▫ 5-899 Andere Exzision an Haut und Unterhaut ▫ 5-913 Entfernung oberflächlicher Hautschichten ▫ 5-915 Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ▫ 5-919 Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung	
Erkrankungen im Perinatalalter	Keine Operationalisierung für Erwachsene vorgesehen	■ P07.0 Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht ▫ P07.00 Geburtsgewicht unter 500 Gramm

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
		▫ P07.01 Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm ▫ P07.02 Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm ■ P07.1 Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht ▫ P07.10 Geburtsgewicht 1000 bis unter 1250 Gramm ▫ P07.11 Geburtsgewicht 1250 bis unter 1500 Gramm ■ P07.2 Neugeborenes mit extremer Unreife ■ P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt ■ P91.6 Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen ■ P91.7 Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen ■ P96.1 Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	■ I21 Akuter Myokardinfarkt ■ I46 Herzstillstand ▫ I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung ■ I50 Herzinsuffizienz ▫ I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung (NYHA Stadium III)¹⁴ ▫ I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA Stadium IV)¹⁴ ▫ I50.13 Mit Beschwerden bei leichterer Belastung (NYHA-Stadium III) ▫ I50.14 Mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV) ■ I63 Hirninfarkt (4. Stelle zeigt Region) ■ I61 Intrazerebrale Blutung (4. Stelle zeigt Region) ■ Lähmungen ▫ G80.- Infantile Zerebralparese ▫ G81.- Hemiparese und Hemiplegie ▫ G82.- Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie ■ G83.- Sonstige Lähmungssyndrome	Siehe Operationalisierung Erwachsene Zusätzliche Codes: ■ Komplexe Herzerkrankungen ▫ Q20.1 Rechter Doppelausstromventrikel ▫ Q20.2 Linker Doppelausstromventrikel ▫ Q20.4 Doppeleinstromventrikel ▫ Q22.6 Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom ▫ Q23.4 Hypoplastisches Linksherzsyndrom ▫ I27.8 + Q Kode (außer 21.1): Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten ▫ Q21.88 + Q Kode (außer 21.1): Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten: Eisenmenger-Defekt ▫ Q20.3 Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung ▫ Q20.5 Diskordante atrioventrikuläre Verbindung ▫ Q20.0 Truncus arteriosus communis ▫ Q26.2 Totale Fehleinmündung der Lungenvenen P52.2 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Fetus und Neugeborenen

¹⁴ In der OPS Version 2016 ist der Kode nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
Chronische Erkrankungen	■ G12 Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome ■ G20 Parkinson ▫ G20.1-Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung ▫ G20.2-Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung ■ G35 Multiple Sklerose ▫ G35.0 Erstmanifestation einer multiplen Sklerose ▫ G35.11 Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression ▫ G35.21 Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression ▫ G35.31 Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression ■ G93.3 Chronisches Fatigue Syndrom¹⁵ ■ J43 Emphyse ■ J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankungen ▫ J44.00 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes ▫ J44.01 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes ▫ J44.10 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes ▫ J44.11 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes	Siehe Operationalisierung Erwachsene Zusätzliche Codes: ■ P27.- Chronische Atemwegskrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode ■ E84.0 Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen ■ K91.2 Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert ■ E40 Kwashiorkor ■ E41 Alimentärer Marasmus ■ E42 Kwashiorkor-Marasmus ■ E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung ■ E44.- Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades ■ E45 Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung ■ E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung

¹⁵ In der OPS Version von 2016 noch als Chronisches Müdigkeitssyndrom bezeichnet.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ J44.80 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes ▫ J44.81 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes ▫ J44.90 Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes ▫ J44.91 Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes	
Psychische Erkrankungen	■ F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom ■ F20 Schizophrenie ■ F25 schizoaffective Störung ■ F31 Bipolare affektive Störung ▫ F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome ▫ F31.5 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen ■ F32 Depressive Episode ▫ F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome ▫ F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen ■ F33 rezidivierende depressive Störung ▫ F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen ▫ F33.8 Sonstige rezidivierende depressive Störungen ▫ F33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	Siehe Operationalisierung Erwachsene

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▪ F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ▪ F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	

Anhang A.2: Auswertung des MD-Bund zur Anzahl der Begutachtungen der Pflegegrade

Tabelle 2: Alle Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit der 15 Medizinischen Dienste ohne SMD der Knappschaft für Diagnosen nach ICD-Kapitel

ICD-Kapitel	Nein	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gesamt
ungültig	4.982	15.990	35.195	34.083	19.288	6.440	115.978
1	735	985	1.639	1.328	642	321	5.650
2	16.688	29.315	71.679	71.379	43.452	20.676	253.189
3	695	710	1.133	692	317	80	3.627
4	9.385	14.447	17.847	10.086	2.915	673	55.353
5	31.042	59.804	134.994	155.780	114.308	56.132	552.060
6	13.693	28.407	57.816	57.135	33.792	16.268	207.111
7	6.412	9.111	13.875	8.614	2.414	422	40.848
8	3.181	4.542	4.619	1.960	376	37	14.715
9	36.165	67.066	129.933	107.658	51.384	21.733	413.939
10	14.153	24.921	41.577	28.337	10.180	2.590	121.758
11	3.097	3.140	4.914	3.627	1.691	636	17.105
12	1.301	1.466	1.740	726	242	64	5.539
13	69.678	136.374	201.572	106.535	27.225	4.862	546.246

ICD-Kapitel	Nein	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gesamt
14	2.172	2.956	5.771	5.040	2.340	744	19.023
15	39	12	17	12	3	1	84
16	808	397	1.417	1.472	966	170	5.230
17	2.954	2.844	6.531	7.312	3.425	894	23.960
18	30.980	70.948	127.968	96.438	41.909	16.916	385.159
19	12.815	15.144	23.693	14.069	5.011	1.790	72.522
20	6.743	5.335	7.393	4.567	1.749	833	26.620
Gesamt	267.718	493.914	891.323	716.850	363.629	152.282	2.885.716

Hinweise: Ergebnisse für das Jahr 2023 des MD-Bund; Stand: 10. Juni 2024. ICD-Kapitel: 1 = bestimmte infektiöse Krankheiten, 2 = Neubildungen, 3 = Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, 4 = Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, 5 = Psychische und Verhaltensstörungen, 6 = Krankheiten des Nervensystems, 7 = Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, 8 = Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes, 9 = Krankheiten des Kreislaufsystems, 10 = Krankheiten des Atmungssystems, 11 = Krankheiten des Verdauungssystems, 12 = Krankheiten der Haut und der Unterhaut, 13 = Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, 14 = Krankheiten des Urogenitalsystems, 15 = Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, 16 = Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben, 17 = Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien, 18 = Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind, 19 = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, 20 = Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Anhang A.3: Ausgeschlossene Kriterien

Erkrankungen/Prozeduren/Maßnahmen

- Akutes Nierenversagen
- Asthmaeinweisung
- Delir
- Demenz
- Erkrankungen des Atmungssystems oder der Harn- und Geschlechtsorgane bei Entlassung
- Gastrointestinales System betroffen
- Geriatric Giants (Immobility, confusion, incontinence)
- Infektionen
- kognitive Einschränkungen
- Organversagen
- Pneumonie
- Unterernährung
- wichtiges Organsystem bei Aufnahme betroffen
- Polytrauma
- Bluttransfusion
- Dauerkatheter
- Dialysebedarf

Patientenmerkmale

- Alleinleben
- Art der Gehhilfe
- Alter
- Behinderung / kognitive Einschränkung
- Body Mass Index
- Geringe Mobilität
- Geschlecht
- Komorbidität
- Komorbide psychische Erkrankungen / Abhängigkeiten
- Lebensqualität
- Müdigkeit
- Rauchen
- Schlechte selbstbewertete Gesundheit
- Soziale Unterstützung
- Strecke, die Patientinnen und Patienten laufen können
- Zugang zu Versorgungsstruktur (z. B. ländliche Umgebung)

Strukturmerkmale

- Entlassung/Aufnahme an einem Freitag/Samstag/Sonntag
- Fachabteilung
- Länge des Krankenhausaufenthaltes
- Notfalleinweisung (Art der Aufnahme)
- Verlegung in ein/aus einem Pflegeheim
- Wiederaufnahme nach Entlassung / vorherigen Aufnahmen

Sonstige Merkmale

- Polymedikation
- Schwere der psychischen Symptome
- Sturzgefahr
- Vorbestehende Defizite

Anhang A.4: Analysen der Routinedaten

Übersicht der analysierten Routinedaten je eingeschlossenem Kriterium

Tabelle 3: Übersicht der analysierten Routinedaten je Kriterium separat für Kinder und Erwachsene

Kriterium	Anzahl der eingeschlossenen Fälle	Anteil der eingeschlossenen Fälle	Geschätzte Anzahl ausgelöster Fälle im Regelbetrieb	Überschneidung mit Prognosemodell
Pflegegrad				
Erwachsene	2.211	0,14 %	21.658	98,8 %
Kinder	5	< 0,01 %	49	80,0 %
Hoher pflegerischer Aufwand				
Erwachsene	12.132	0,74 %	118.842	97,8 %
Kinder	482	0,03 %	4.722	50,0 %
Transplantationen				
Erwachsene	315	0,02 %	3.086	98,4 %
Kinder	24	< 0,01 %	235	95,8 %
Operationen				
Erwachsene	135.640	8,30 %	1.328.697	88,1 %
Kinder	3.865	0,24 %	37.861	23,9 %
Herz-Kreislauf-Erkrankungen				
Erwachsene	195.823	11,99 %	1.918.236	83,0 %
Kinder	1.649	0,1 %	16.153	77,4 %
Chronische Erkrankungen				
Erwachsene	49.536	3,03 %	485.243	80,7 %
Kinder	470	0,03 %	4.604	59,8 %
Psychische Erkrankungen				
Erwachsene	49.192	3,01 %	481.873	57,6 %
Kinder	324	0,02 %	3.174	29,6 %
Tumor-erkrankungen				
Erwachsene	418.389	25,62 %	4.098.440	56,0 %
Kinder	9.585	0,59 %	93.892	23,9 %
Erkrankungen im Perinatalalter	136	< 0,01 %	1.332	45,6 %

Tabelle 4: Anzahl der über die Szenarien eingeschlossenen Fälle

Szenario	Anzahl insgesamt eingeschlossene Fälle	Anzahl Erwachsenen	Anzahl Kinder
Szenario 1	15.032	14.524	508
Szenario 2	64.001	63.044	957
Szenario 3	153.093	148.752	4.341
Szenario 4	64.101	63.277	824
Szenario 5	111.471	110.202	1.269
Szenario 6	200.233	195.578	4.655

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad und hoher pflegerischer Aufwand (Szenario 1a)

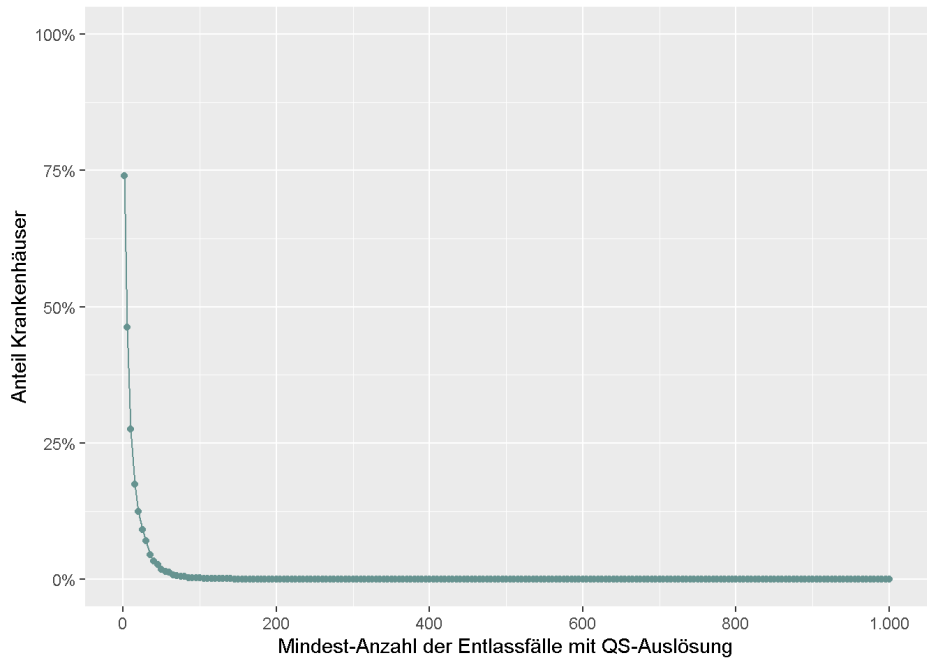


Abbildung 1: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfälle mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad und hoher pflegerischer Aufwand.

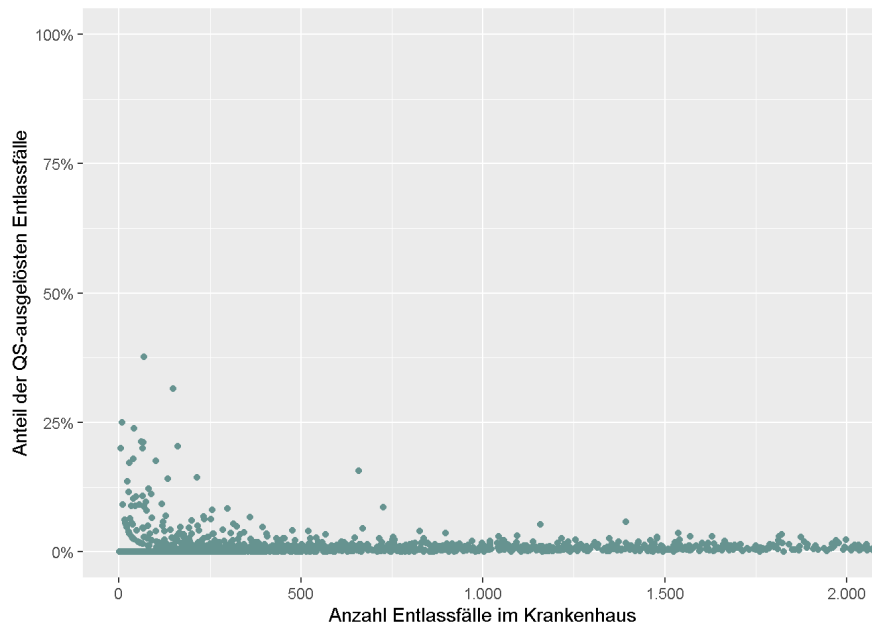


Abbildung 2: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad und hoher pflegerischer Aufwand. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand und Transplantationen (Szenario 1b)

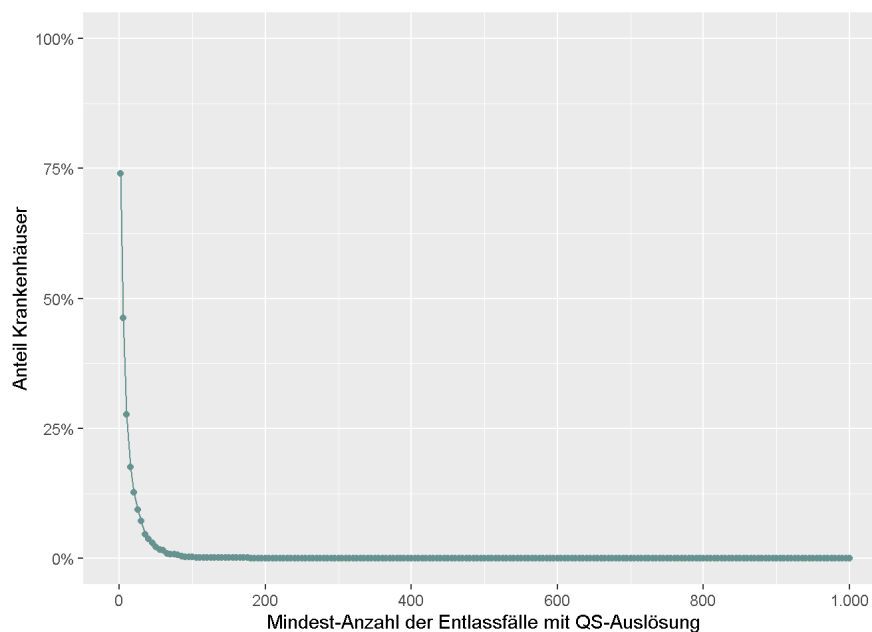


Abbildung 3: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebenen Mindest-Anzahl von Entlassfällen mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand und Transplantationen.

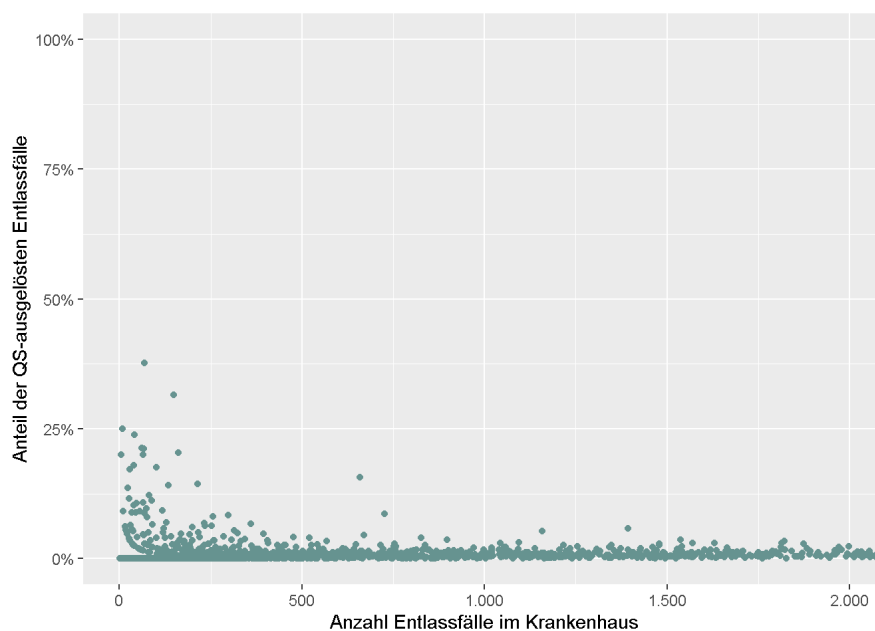


Abbildung 4: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfällen mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand und Transplantationen. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und chronische Krankheiten (Szenario 2)

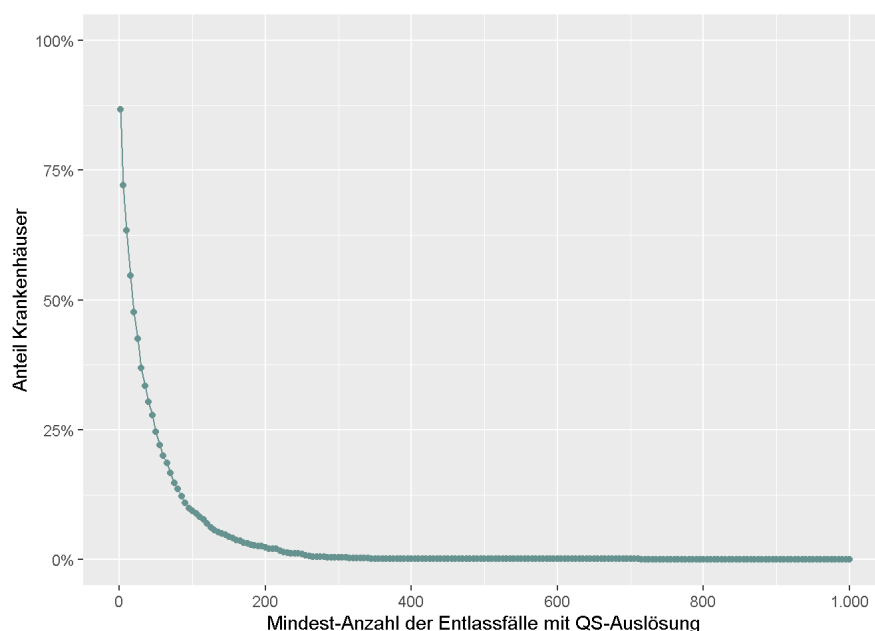


Abbildung 5: Verteilung der Mindest -Anzahl der Entlassfälle mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und chronischer Krankheiten.

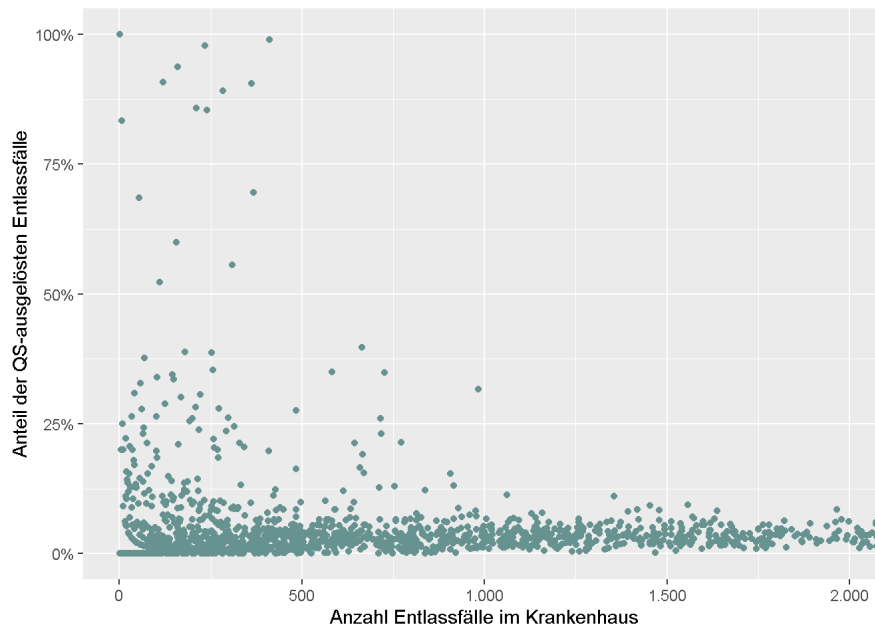


Abbildung 6: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und chronische Krankheiten. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und Operationen (Szenario 3)

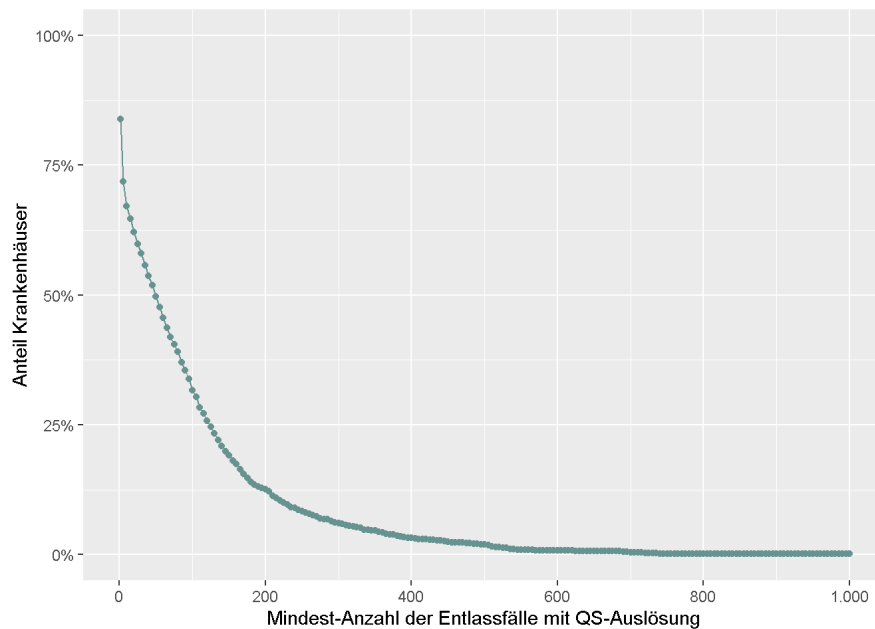


Abbildung 7: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfällen mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und Operationen.

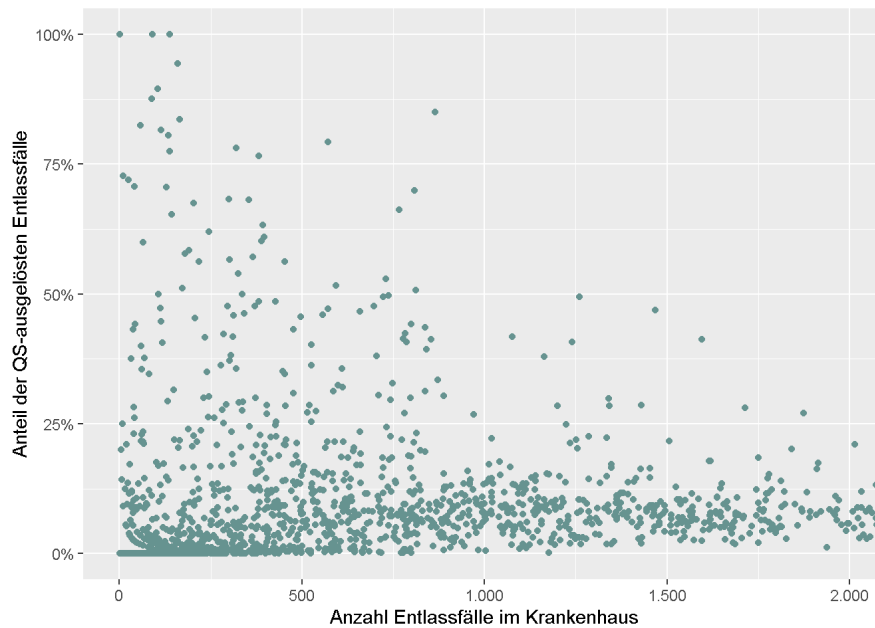


Abbildung 8: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und Operationen. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und psychische Erkrankungen (Szenario 4)

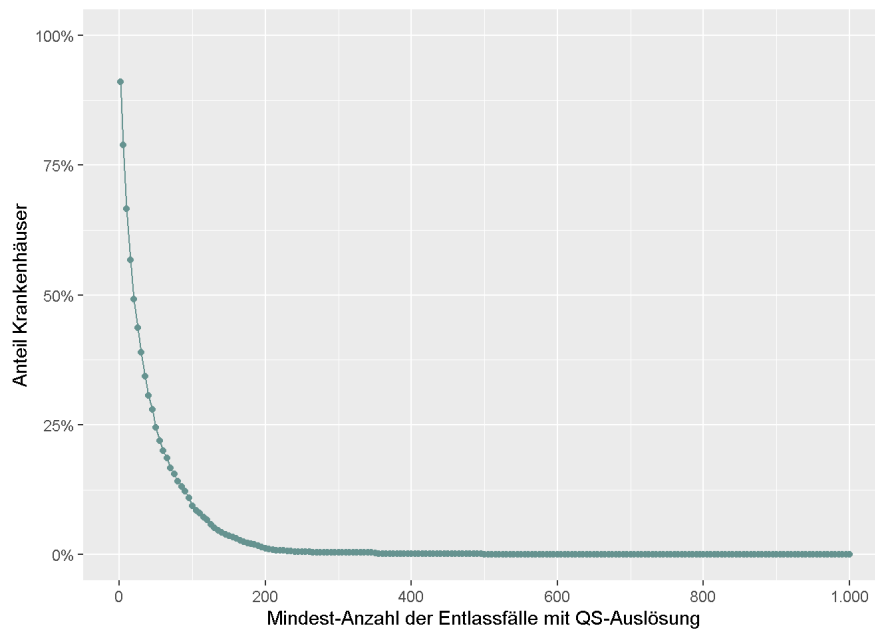


Abbildung 9: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfälle mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm.

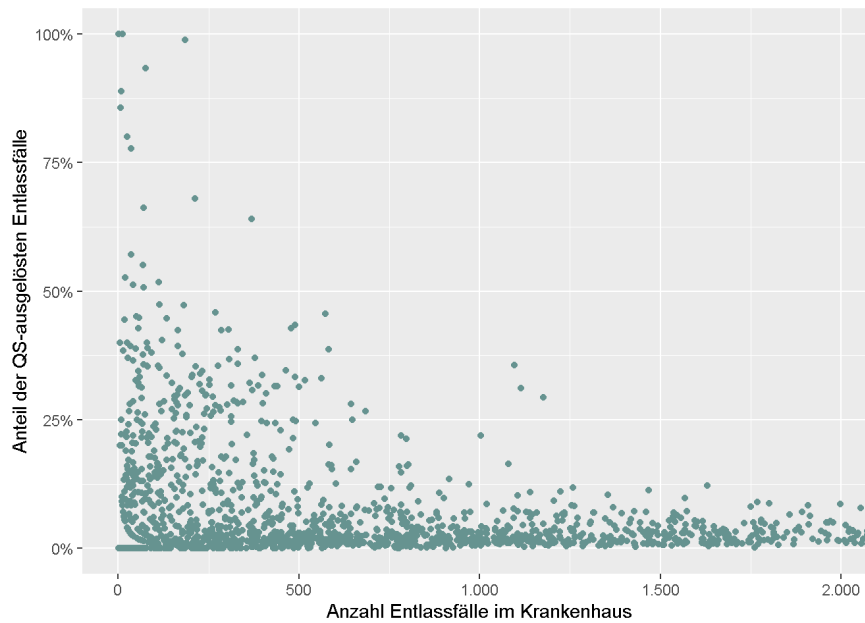


Abbildung 10: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und psychische Erkrankungen. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, chronische und psychische Erkrankungen (Szenario 5)

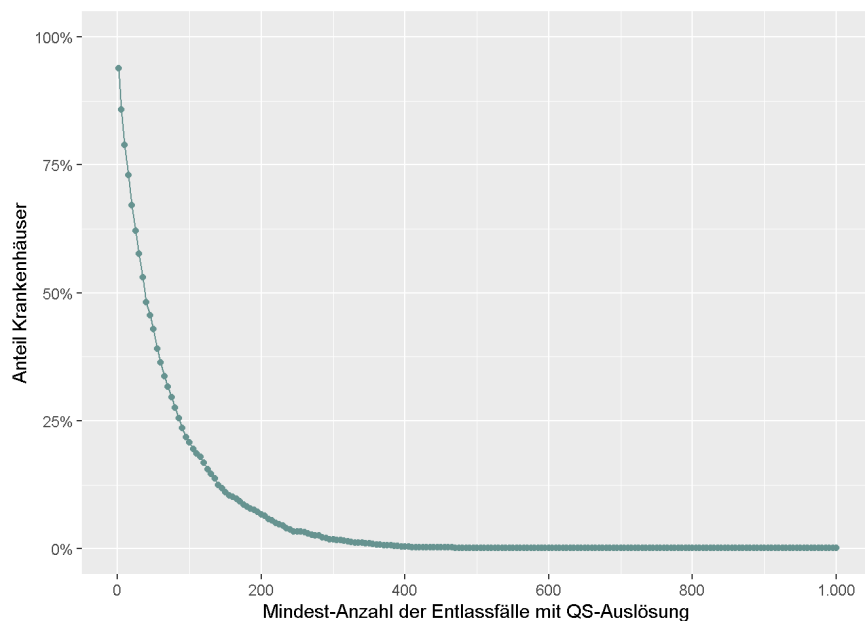


Abbildung 11: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfälle mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, chronische und psychische Erkrankungen.

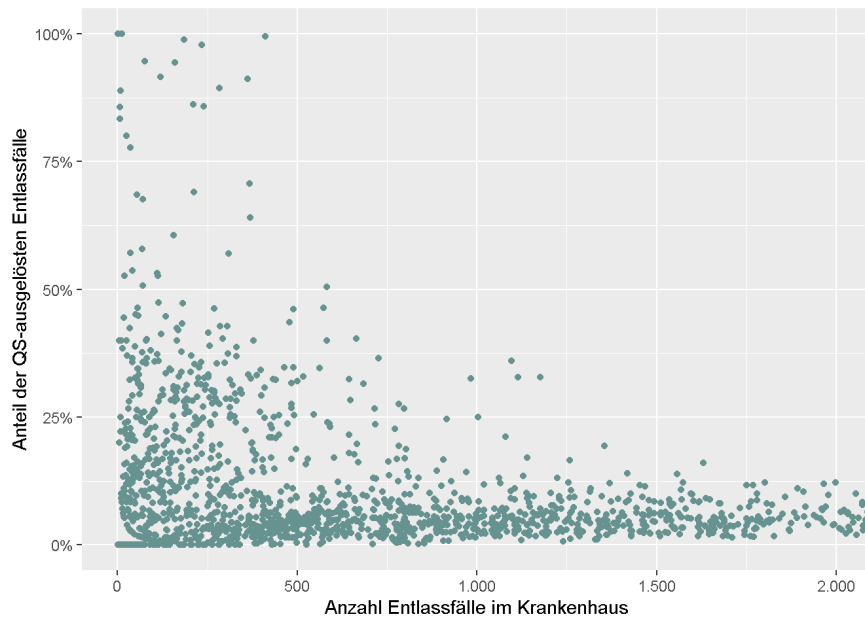


Abbildung 12: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, chronische und psychische Erkrankungen. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, Operationen und psychische Erkrankungen (Szenario 6)

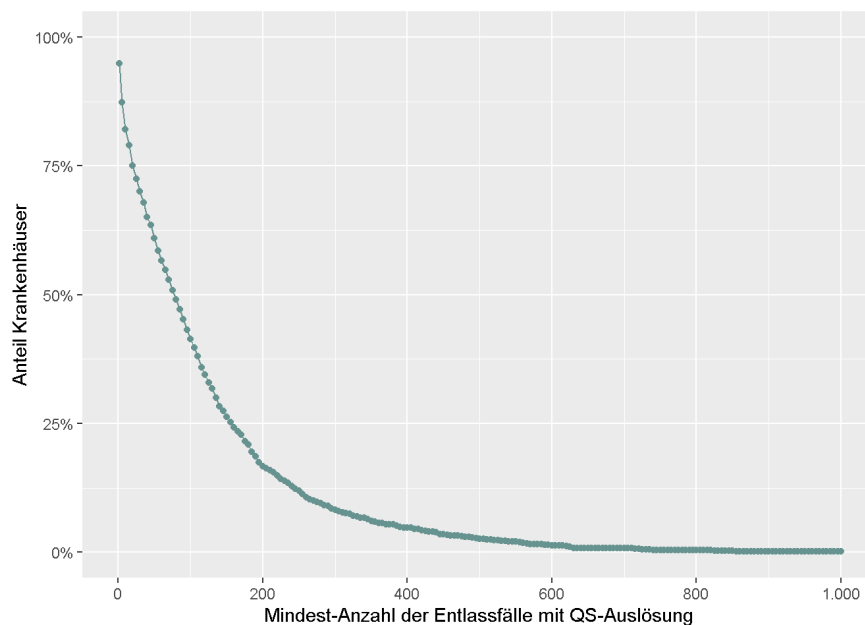


Abbildung 13: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfällen mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, Operationen und psychische Erkrankungen.

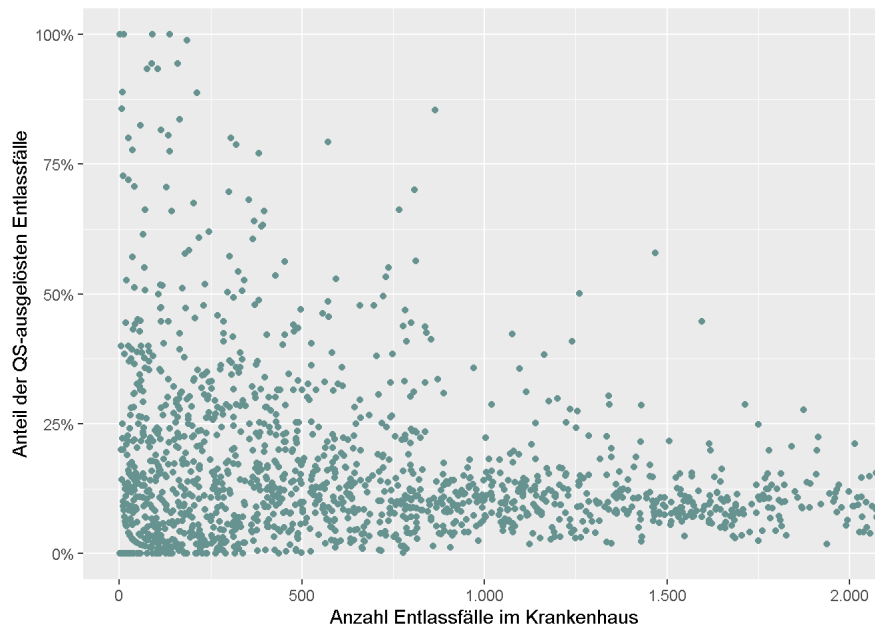


Abbildung 14: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, Operationen und psychische Erkrankungen. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet..

Anhang B: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arqe-ik.de	
2	Standort	□□□□□□□□	
Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement			
3	Lag in Ihrem Krankenhaus eine im gesamten Erfassungsjahr gültige, schriftliche Verfahrensregelung zum Entlassmanagement vor?	0 = nein 1 = ja	Eine unterjährige Aktualisierung ist zulässig. Die aktualisierte Version muss die vorbestehende nahtlos ablösen.
wenn DF 3 = 1			
4 >	War die Verfahrensregelung durch die Geschäftsführung / den Vorstand klinikweit autorisiert?	0 = nein 1 = ja	
5 >	War die Verfahrensregelung im gesamten Erfassungsjahr allen am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgehändigt oder digital zugänglich?	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	[Ergänzende Bezeichnung: z. B. im Dokumentenmanagementsystem]		
6 >	War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass eine kriteriengeleitete Ersteinschätzung durchgeführt werden muss? [Ergänzende Bezeichnung: auch initiales Assessment genannt]	0 = nein 1 = ja	
7 >	War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass eine differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs durchgeführt werden muss? [Ergänzende Bezeichnung: auch differenziertes Assessment genannt]	0 = nein 1 = ja	
8 >	War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass die Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement für jede Patientin und jeden Patienten individuell in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) zu erfolgen hat? [Ergänzende Bezeichnung: Ein Entlassplan ist ein eigenständiges Dokument, in dem sämtliche Informationen, Aktivitäten und Ergebnisse des Entlassmanagements erfasst werden]	0 = nein 1 = ja	In der Verfahrensregelung müssen folgende Mindestinhalte für einen Entlassplan vorgeben werden: ■ Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach §§ 39 Abs. 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschlussversorgung ■ Informationen zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung der Patientin / des Patienten zu geeigneten Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen der Anschlussversorgung oder Anleitung bei der Antragstellung ggf. genehmigungspflichtiger Leistungen für die Anschlussversorgung

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			▪ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege), sofern dieser festgestellt wird ▪ Abschließende Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung Die im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen sind vom Krankenhaus frühestmöglich einzuleiten.
9 >	War in der Verfahrensregelung die Mitgabe eines bundeseinheitlichen Medikationsplans festgelegt?	0 = nein 1 = ja	In der Verfahrensregelung muss festgehalten sein, dass Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden (gemäß § 31a SGB V), Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform sowie auf Erstellung eines elektronischen Medikationsplans haben. Entsprechend der Vereinbarung gemäß § 31a Absatz 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP) sowie entsprechender Spezifikation sind für die Erstellung eines Medikationsplans im Rahmen des Entlassmanagements mindestens folgende Daten erforderlich, die im Krankenhausinformationssystem vorhanden sein müssen: 1. Medikamente, die vom erstellenden Arzt im Rahmen des Entlassmanagements auf einem Rezept verordnet werden oder als Medikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus empfohlen werden. 2. Medikamente, die von anderen Ärzten verordnet wurden. Diese müssen durch den erstellenden Arzt durch Auswahl aus einer Arzneimitteldatenbank oder durch manuelle Eingabe von Freitext erfasst werden können, sowie ggf. aus geeigneten elektronischen Quellen eingelesen werden können [...]. 3. Medikamente der Selbstmedikation. Diese müssen ebenfalls, wie unter Punkt 2 beschrieben, erfasst werden können.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
10 >	Waren in der Verfahrensregelung Maßnahmen zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung festgelegt?	0 = nein 1 = ja	Die Verfahrensregelung muss darauf hinweisen, dass zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung eine Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen ausgestellt werden muss, sofern es für die Versorgung unmittelbar im Anschluss an die Entlassung erforderlich ist. Wenn auf die Entlassung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt, kann auch die Mitgabe der notwendigen Arzneimittel erfolgen, insbesondere, wenn dadurch eine medikamentöse Behandlung abgeschlossen werden kann (§ 8 Absatz 3a AM-RL). Ausgenommen sind Betäubungsmittel gemäß Betäubungsmittelgesetz (BtMG).
11 >	War in der Verfahrensregelung das Vorgehen zur Mitgabe und Übermittlung des Entlassbriefs festgelegt?	0 = nein 1 = ja	In der Verfahrensregelung muss festgehalten sein, dass zum Zeitpunkt der Entlassung ein Entlassbrief an die Patientin bzw. den Patienten ausgehändigt werden muss. Sofern die Aushändigung des endgültigen Entlassbriefs am Entlasstag nicht möglich ist, muss ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden sowie der endgültige Entlassbrief an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer übermittelt werden. Dazu muss in der Verfahrensregelung ein Zielwert von bis zu 14 Tagen festgelegt sein. Die Übermittlung des Entlassbriefs an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer darf nur nach Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten erfolgen. Der endgültige Entlassbrief muss alle Inhalte gemäß § 9 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement und, sofern einzelne Befunde aufgrund einer längeren Latenz erst zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden können, muss der endgültige Entlassbrief einen entsprechenden Hinweis enthalten. Er ist durch die Klinikleitung bzw. Chefarzt oder Chefärztin oder deren Stellvertretung unterzeichnet. Ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer sind: ▪ die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/der nachbehandelnde Hausarzt und sofern beteiligt ▪ die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/der nachbehandelnde Facharzt ▪ die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/der nachbehandelnde Psychotherapeut

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
12 >	War in der Verfahrensregelung ein Zeitraum für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 12 = 1			
13 >>	Vorgegebener Zeitraum für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs	XXX Tage	In der Verfahrensregelung muss ein Zielwert von bis zu 14 Tagen zur Übermittlung des Entlassbriefs nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer festgelegt sein. Ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer sind: ▪ die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/der nachbehandelnde Hausarzt und sofern beteiligt ▪ die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/der nachbehandelnde Facharzt ▪ die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/der nachbehandelnde Psychotherapeut
wenn DF 3 = 1			
14 >	War in der Verfahrensregelung das Vorgehen zur Mitgabe und Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens festgelegt?	0 = nein 1 = ja	In der Verfahrensregelung muss festgelegt sein, dass Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, entweder ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden muss oder mit Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten dieser an die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer (ambulant/stationär) spätestens bis zum Zeitpunkt der Entlassung übermittelt werden muss. Definition ambulante pflegerische Versorgung: Versorgung durch ambulante Pflegedienste mit Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, einschließlich ambulanter intensivpflegerischer Versorgung, oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Definition stationäre pflegerische Versorgung: Entlassung in eine stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung oder in ein Hospiz.
15 >	Waren in der Verfahrensregelung Abläufe für die einzelnen Teilprozesse vom Aufnahme- bis zum Entlassungstag festgelegt? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. in Form eines Ablaufplans]	0 = nein 1 = ja	
16 >	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für das ärztliche Personal für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
17 >	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für die Pflegekräfte für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
18 >	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 18 = 0			
19 >>	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für andere für die soziale Betreuung und Beratung zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
wenn DF 3 = 1			
20 >	Enthielt die Verfahrensregelung konkrete Vorgaben für eine interne Evaluation des Entlassmanagements im multiprofessionellen Team? [Ergänzende Bezeichnung: Unter konkrete Vorgaben zählen Frequenz bzw. Fallauswahl für die Evaluation]	0 = nein 1 = ja	
Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung			
21.1	Anzahl der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren. [Ergänzende Bezeichnung: Hierzu zählen 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]	----- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig) Gültige Angabe: ≥ 0	Hierunter fallen Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.
21.2	Anzahl der neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren, wurde nicht dokumentiert.	1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 21.1 > 0			
22.1 >	Wie viele von den im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren, haben im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?	----- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig) Gültige Angabe: ≥ 0	Die Schulungsinhalte müssen nicht in einer eigenständigen Schulung vermittelt werden, sondern können beispielsweise auch in Schulungen zu anderen Themen integriert oder als E-Learning-Schulung angeboten werden.
22.2 >	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen haben, wurde nicht dokumentiert.	1 = ja	

Anhang C: Externes QS-Audit

Anhang C.1: Übersicht der Qualitätsmerkmale

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Aufnahme in externes QS-Audit
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	nein
	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen	nein
	Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs	nein
	Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	ja
	Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	ja
	Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team	ja
	Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement	nein
	Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement	nein
Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	ja
Entlassplanung	Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	ja
	Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	ja
	Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung	nein
	Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	ja
	Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen	nein
	Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	ja
	Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern	nein

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Aufnahme in externes QS-Audit
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen	nein
	Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen	nein
	Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige	nein
Medikamentenmanagement	Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	ja
	Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	ja
	Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung	nein
	Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen	nein
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja
	Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja
	Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja
	Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Aufnahme in externes QS-Audit
	Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	ja
	Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja
	Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten	nein
	Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse	nein
	Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan	nein
	Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung	nein
Entlassdokumente	Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	ja
	Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	ja
	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	ja
	Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	ja
	Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	nein
	Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten	nein
Entlassgespräch	Abschließendes Gespräch vor Entlassung	nein

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Aufnahme in externes QS-Audit
Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung	Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	nein
	Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	nein

Anhang C.2: Leitfaden zur Dokumentenprüfung

1. Gruppe: Assessment						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
1.1	Adäquate Durchführung des initialen Assessments	☐	☐	☐	☐	☐
1.2	Adäquate Durchführung des differenzierten Assessments	☐	☐	☐	☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
2. Gruppe: Entlassplan						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
2.1	Adäquate Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans	☐	☐	☐	☐	☐
2.2	Erforderliche Inhalte im patientenindividuellen Entlassplan vorhanden	☐	☐	☐	☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						

3. Gruppe: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
3.1	Angemessene Unterstützung bei der Organisation spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐	☐
3.2	Angemessene Unterstützung bei der Organisation außerklinischer Intensivpflege	☐	☐	☐	☐	☐
3.3	Angemessene Unterstützung bei der Organisation stationärer Pflege	☐	☐	☐	☐	☐
3.4	Angemessene Unterstützung bei der Organisation von Hospizversorgung	☐	☐	☐	☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
4. Gruppe: Medikationsplan						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
4.1	Erstellung eines Medikationsplans	☐			☐	☐
4.2	Medikationsplan ist aktuell und entspricht den Vorgaben des bundeseinheitlichen Medikationsplans	☐	☐	☐	☐	☐
4.3	Mitgabe des Medikationsplans an die Patientin bzw. den Patienten	☐			☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						

5. Gruppe: Entlassbrief						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
5.1	Endgültiger Entlassbrief enthält erforderliche Informationen	☐	☐	☐	☐	☐
5.2	Übermittlung innerhalb von 14 Tagen oder Mitgabe des endgültigen Entlassbriefs	☐			☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
6. Gruppe: Pflegeüberleitungsbogen						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
6.1	Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens	☐			☐	☐
6.2	Übermittlung oder Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens am Entlassstag	☐			☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						

Anhang C.3: Erläuterungen zur Dokumentenprüfung

Item	Erläuterung
1. Gruppe: Assessment	
1.1	■ Wurde das initiale Assessment innerhalb von 24 Std. nach Aufnahme ins Krankenhaus durchgeführt? ▫ Befinden sich Ergebnisse des initialen Assessments in der Patientenakte? ▫ Dokumentation von Datum und Uhrzeit der Durchführung vorhanden? ▫ Dokumentation, welche Pflegefachkraft oder welche Krankenhausärztin bzw. welcher Krankenhausarzt das Assessment durchgeführt hat, vorhanden? ■ Wurde das initiale Assessment angemessen durchgeführt? ▫ Dokumentation zum Assessment vollständig und nachvollziehbar?
1.2	■ Wurde ein differenziertes Assessment durchgeführt? ▫ Befinden sich Ergebnisse des differenzierten Assessments in der Patientenakte? ▫ Dokumentation vom Datum der Durchführung vorhanden? ▫ Dokumentation, welche Pflegefachkraft oder welche Krankenhausärztin bzw. welcher Krankenhausarzt das Assessment durchgeführt hat, vorhanden? ■ Wurde das differenzierte Assessment angemessen durchgeführt? ▫ Dokumentation zum Assessment vollständig und nachvollziehbar?
2. Gruppe: Entlassplan	
2.1	■ Liegt ein patientenindividueller Entlassplan in der Patientenakte als eigenständiges Dokument vor? ▫ Dokumentation, welche Pflegefachkraft oder welche Krankenhausärztin bzw. welcher Krankenhausarzt den Entlassplan aufgestellt hat, vorhanden? ■ Wurde der patientenindividuelle Entlassplan bei relevanten Veränderungen im Versorgungsablauf aktualisiert? ■ Wurde der patientenindividuelle Entlassplan von den am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen fortlaufend aktualisiert?
2.2	■ Enthält der patientenindividuelle Entlassplan die folgenden Mindestinhalte? ▫ Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach §§ 39 Abs. 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschlussversorgung ▫ Informationen zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin / des Patienten ▫ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege), sofern dieser festgestellt wird

Item	Erläuterung
	▫ Es sind Handlungsbedarfe und -anweisungen, verantwortliche Berufsgruppen und entsprechende Zeitplanung aus dem patientenindividuellen Entlassplan nachvollziehbar ▪ Wurde ein voraussichtlicher Entlasstermin im patientenindividuellen Entlassplan festgelegt?
3. Gruppe: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten	
3.1	▪ Bestand eine Indikation für die Organisation spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) für die Zeit unmittelbar nach Entlassung (ggf. ableitbar aus dem differenzierten Assessment, dem Entlassplan oder der Patientenakte)? ▫ Wenn ja, wurden die Vorgaben der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses¹⁶ in gültiger Fassung eingehalten? ▪ Wenn ja, wurde eine Verordnung für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ausgestellt? ▪ Wurde die spezialisierte ambulante Palliativversorgung organisiert? ▫ Wurde Kontakt zum weiterbehandelnden Leistungserbringer gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 4) aufgenommen?
3.2	▪ Bestand eine Indikation für die Organisation außerklinischer Intensivpflege (AKI) für die Zeit unmittelbar nach Entlassung (ggf. ableitbar aus dem differenzierten Assessment, dem Entlassplan oder der Patientenakte)? ▫ Wenn ja, wurden die Vorgaben der AKI-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses¹⁷ in gültiger Fassung eingehalten? ▪ Wurde eine Verordnung für außerklinische Intensivpflege ausgestellt? ▪ Wurde die außerklinische Intensivpflege organisiert? ▫ Ist eine Kontaktaufnahme zur Krankenkasse mind. 14 Tage vor Entlassung (§ 4 Abs. 6 Rahmenvertrag Entlassmanagement) erfolgt? ▫ Wurde Kontakt zum weiterbehandelnden Leistungserbringer gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 4) aufgenommen?
3.3	▪ Bestand eine Indikation für die Organisation stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung (ggf. ableitbar aus dem differenzierten Assessment, dem Entlassplan oder der Patientenakte)? ▪ Wurde die stationäre Pflege organisiert? ▫ Wurde Kontakt zur Pflegekasse gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 6) aufgenommen? ▫ Wurde Kontakt zur stationären Pflegeeinrichtung gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 4) aufgenommen?

¹⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Vom 20. Dezember 2007, zuletzt geändert am 15. April 2010, in Kraft getreten am 25. Juni 2010. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/> (abgerufen am: 30.08.2024).

¹⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. In der Fassung vom 19. November 2021, zuletzt geändert am 20. Juli 2023, in Kraft getreten am 15. September 2023. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/123/> (abgerufen am: 02.09.2024).

Item	Erläuterung
3.4	▪ Bestand eine Indikation für die Organisation einer Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung (ggf. ableitbar aus dem differenzierten Assessment, dem Entlassplan oder der Patientenakte)? ▪ Wurde die Hospizversorgung organisiert? ▫ Wurde Kontakt zur Pflegekasse gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 6) aufgenommen? ▫ Wurde Kontakt zu einem Hospiz gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 4) aufgenommen?
4. Gruppe: Medikationsplan	
4.1	▪ War der Bedarf für einen Medikationsplan vorhanden (Bedarf bei mind. 3 verordneten Arzneimitteln, die gleichzeitig angewendet werden gem. § 31a SGB V (Abgleich mit der letzten stationären Medikation in der Patientenakte oder im endgültigen Entlassbrief empfohlenen Medikation))? ▪ Liegt ein Medikationsplan vor?
4.2	▪ Entsprechen die Informationen im Medikationsplan der letzten stationären Medikation in der Patientenakte oder der im endgültigen Entlassbrief empfohlenen Medikation? ▪ Richtet sich der Medikationsplan nach dem Inhalt, der Struktur und den näheren Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung des bundeseinheitlichen Medikationsplans? (KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; BÄK [Bundesärztekammer]; DAV [Deutscher Apothekerverband] (2016): Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP) (KBV et al. 2016).
4.3	▪ Ist ersichtlich, ob der Patientin oder dem Patienten, die bzw. der mit einer Medikation von mind. 3 verordneten Arzneimitteln entlassen wurde, ein Medikationsplan mitgegeben worden ist?
5. Gruppe: Entlassbrief	
5.1	▪ Liegt ein endgültiger Entlassbrief vor? ▪ Enthält der Entlassbrief alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen gemäß § 9 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement?
5.2	▪ Ist nachvollziehbar, ob eine Übermittlung an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung stattgefunden hat? ▫ Nach- und weiterversorgende Leistungserbringer sind: ▫ die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/den nachbehandelnden Hausarzt und sofern beteiligt ▫ die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/den nachbehandelnden Facharzt ▫ die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/den nachbehandelnden Psychotherapeuten ▫ Sofern die Anschlussversorgung nicht durch die einweisende Ärztin bzw. den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält diese/dieser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief.

Item	Erläuterung
	▫ Sofern der endgültige Entlassbrief bereits bei Entlassung der Patientin / dem Patienten mitgegeben worden ist, kann auf eine Übermittlung an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer verzichtet werden. ▫ Sollte die Patientin/der Patient die Übermittlung eines Entlassbriefs an bestimmte Ärzte explizit ausgeschlossen haben ist dies zu berücksichtigen.
6. Gruppe: Pflegeüberleitungsbogen	
6.1	▪ War der Bedarf für die Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens für die Patientin / den Patienten gegeben? ▫ Bei Weiterbehandlung durch ambulante Pflegedienste mit Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulanter intensivpflegerischer Versorgung oder SAPV nach § 37b SGB V - ODER ▫ Bei Weiterbehandlung durch stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung oder Entlassung in ein Hospiz ▪ Ist eine Kopie des Pflegeüberleitungsbogens in der Patientenakte vorhanden?
6.2	▪ Ist per Datum nachvollziehbar, dass die Mitgabe bzw. Übermittlung am Entlasstag stattgefunden hat?

Anhang C.4: Leitfaden zur Prozessprüfung

1. Gruppe: Assessment						
Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Assessment						
Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu			Trifft voll zu		
Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden: Wie wird sichergestellt, dass... ■ das initiale Assessment zeitgerecht durchgeführt wird? ■ die Assessments den poststationären Versorgungsbedarf adäquat erfassen? ▫ Sofern als initiales oder differenziertes Assessment keine externen, validierten Assessment-Instrumente (z. B. BRASS-Index¹⁸, ISAR¹⁹, DRS²⁰, BOOST²¹, „Oncology Discharge Planning Assessment Tool“, TRST²², BRIGHT²³ oder RAPT²⁴ als initiales Assessment bzw. „Katz Index of Independence in Activities of Daily Living“, „Omaha-System“, „Barthel Index“, FIM²⁵ und Zusatzkriterien des FAM²⁶, QTDS²⁷, RHDS²⁸, CAN-EU²⁹, NODPAM³⁰ oder das „OPTIREHA-Assessment“ als differenziertes Assessment) genutzt werden, ist zu prüfen, ob die genutzten Assessment-Instrumente relevante Kriterien zur Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs umfassen: Kriterien nach Empfehlung P1a für das initiale Assessment und Kriterien nach Empfehlung P1b für das differenzierte Assessment des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.) ■ die festgelegten Verantwortlichkeiten in der Durchführung der Assessments eingehalten werden? ■ die Ergebnisse aus dem initialen und differenzierten Assessment weiterverarbeitet werden?						

¹⁸ „Blaylock Risk Assessment Screening“

¹⁹ „Identification of Seniors at Risk“

²⁰ „Discharge Risk Screen“

²¹ „Better Outcome by Optimizing Safe Transitions“ oder „The 8 Ps“

²² „Triage Risk Screening Tool“

²³ „Brief Risk Identification of Geriatric Health Tool“

²⁴ „Risk Assessment and Prediction Tool“

²⁵ „Functional Independence Measure“

²⁶ „Functional Assessment Measure“

²⁷ „Quality of Discharge Teaching Scale“

²⁸ „Readiness for Hospital Discharge“

²⁹ „Camberwell Assessment of Need – European Version“

³⁰ „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“

der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Durchführung der Assessments und Weiterverarbeitung der Assessmentergebnisse im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)						
Freitextangabe - Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung - Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
2. Gruppe: Entlassplan						
Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Entlassplan						
Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu
Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden: Wie wird sichergestellt, dass... - die festgelegten Verantwortlichkeiten bei der Erstellung des patientenindividuellen Entlassplans eingehalten werden? - der patientenindividuelle Entlassplan die für die jeweiligen Patientinnen und Patienten relevanten Inhalte enthält? - der patientenindividuelle Entlassplan bei relevanten Veränderungen im Versorgungsablauf aktualisiert wird? - der patientenindividuelle Entlassplan von den beteiligten Berufsgruppen fortlaufend aktualisiert wird? - die relevanten Informationen des patientenindividuellen Entlassplans zwischen den beteiligten Berufsgruppen kommuniziert werden? - der patientenindividuelle Entlassplan angemessen umgesetzt wird? - der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Erstellung und Aktualisierung der patientenindividuellen Entlasspläne im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)						
Freitextangabe - Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung - Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						

3. Gruppe: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zur Organisation von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu

Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden:

Wie wird sichergestellt, dass...

- die einzuleitenden Maßnahmen zur Weiterversorgung vulnerabler Patientinnen und Patienten dem individuellen Bedarf entsprechen?
- vulnerable Patientinnen und Patienten bei der Organisation der für sie notwendigen Maßnahmen zur Weiterversorgung angemessen unterstützt werden?
- vulnerable Patientinnen und Patienten die für sie notwendigen Maßnahmen zur Weiterversorgung möglichst unmittelbar nach Entlassung in Anspruch nehmen können?
- vulnerable Patientinnen und Patienten bei der Terminvereinbarung bei einer Haus- oder Fachärztin bzw. einem Haus- oder Facharzt unterstützt werden?
- der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Organisation und von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)

Freitextangabe

- Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung
- Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren

4. Gruppe: Medikationsplan

Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Medikationsplan

Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu

Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden:

Wie wird sichergestellt, dass...

- die Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf für die Erstellung eines Medikationsplan identifiziert werden?

▪ der Medikationsplan dem aktuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten entspricht? ▪ bei der Erstellung von Medikationsplänen ein einheitliches Vorgehen angewendet wird? ▪ die Patientinnen und Patienten sowie nach- und weiterversorgende Leistungserbringer die Informationen über den patientenindividuellen Medikationsbedarf unmittelbar erhalten? ▪ der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Erstellung und Mitgabe von Medikationsplänen im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)						
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
5. Gruppe: Entlassbrief						
Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Entlassbrief						
Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu
Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden: Wie wird sichergestellt, dass... ▪ die endgültigen Entlassbriefe alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientinnen bzw. der Patienten erforderlichen Informationen enthalten? ▪ die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer alle Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten rechtzeitig erhalten? ▪ der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Erstellung und Mitgabe bzw. Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)						
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
6. Gruppe: Pflegeüberleitungsbogen						
Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Pflegeüberleitungsbogen						
Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu

Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden:

Wie wird sichergestellt, dass...

- die Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf für die Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens identifiziert werden?
- der patientenindividuelle pflegerische Versorgungsbedarf adäquat erfasst wird?
- die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer notwendige Informationen zum pflegerischen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten unmittelbar nach Entlassung erhalten?
- der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Erstellung und Mitgabe bzw. Übermittlung von Pflegeüberleitungsbögen im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)

Freitextangabe

- Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung
- Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren

7. Gruppe: Evaluationskonzept

Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Evaluationskonzept

Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu			Trifft voll zu		

Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden:

Wie wird sichergestellt, dass...

- die verschiedenen Perspektiven auf das durchgeführte Entlassmanagement (z.B. des multiprofessionellen Teams, der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer) evaluiert werden?
- Evaluationsergebnisse zur Verbesserung des Versorgungsgeschehens genutzt werden?
- die Evaluationsergebnisse allen am Entlassprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich gemacht werden?
- der Leistungserbringer einen Überblick über den Evaluationsprozess behält? (Möglichkeiten des Monitorings)

Freitextangabe

- Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung
- Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren

Anhang C.5: Evidenzbelege zu den Qualitätsanforderungen des externen QS-Audits

Gruppe: Assessment

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	§ 3 Abs. 2: Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt.	DNQP (2019) P1a: Die Pflegefachkraft führt mit allen Patient*innen und deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach Übernahme der pflegerischen Versorgung eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. (...) Aufgrund fehlender spezifischer Instrumente empfiehlt die Expert*innenarbeitsgruppe die Erhebung anhand festgelegter und empirisch gesicherter Kriterien durch die aufnehmende Pflegefachkraft. Folgende Kriterien werden in der Literatur als wichtig für die Einschätzung eines Risikos für einen poststationären Versorgungsbedarf angesehen und machen deutlich, dass das pflegerische Entlassmanagement auf Patient*innen mit einem erhöhten poststationären Versorgungsrisiko abzielt: ▪ Mehrfache Krankenhausaufenthalte oder Aufsuchen der Notaufnahme innerhalb des letzten Jahres; ▪ Pflegebedürftigkeit bereits im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes ▪ Einschränkungen in der Selbstversorgung; ▪ kognitive Einbußen, psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten; ▪ erhebliche Mobilitätseinbußen; ▪ sensorische Defizite;	Dokumentenprüfung: Item 1.1 Prozessprüfung: Gruppe 1 Assessment

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		▪ <i>Geringes Geburtsalter mit gesundheitlichen Risiken und Problemen (z.B. Frühgeborene mit weiterhin bestehenden gesundheitlichen Problemen);</i> ▪ <i>hohes Alter oder prästationär geschwächte Gesamtkonstitution der Patient*innen;</i> ▪ <i>nach der Entlassung voraussichtlich andauernde Pflege und therapiebedingte Anforderungen und Belastungen (auch seitens der Angehörigen);</i> ▪ <i>schwerwiegende Krankheiten, die hohe körperliche oder psychische Belastungen nach sich ziehen;</i> ▪ <i>hohe Anzahl einzunehmender Medikamente;</i> ▪ <i>fehlende informelle Hilfen bei voraussichtlich andauerndem Unterstützungsbedarf;</i> ▪ <i>prekäre Lebens- und Versorgungsumgebung (z.B. Wohnungslose, alte und alleinlebende Patient*innen);</i> ▪ <i>Hinweise, dass möglicherweise ein Umzug in ein Heim erforderlich ist;</i> ▪ <i>bestehende und sich verändernde Hilfsmittelunterstützung;</i> ▪ <i>Patient*innen mit stark begrenzter Lebenserwartung.</i> DNQP (2019) E1: Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor. BMSGPK (2024) B3: Durchführen eines Assessments, um über direktes bzw. in direktes Entlassungsmanagement entscheiden zu können (Assessment direktes/indirektes Entlassungsmanagement)	

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		NICE (2021) 1.1.4: Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review.	
Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	§ 3 Abs. 2: Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen.	DNQP (2019) P1b: Die Pflegefachkraft führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf eine differenzierte Einschätzung mit Patient*in und Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese. <i>(...) Da für die differenzierte Einschätzung ebenfalls keine spezifischen Instrumente empfohlen werden, wird vorgeschlagen folgende wesentliche Bereiche zu berücksichtigen:</i> ▪ allgemeine relevante Informationen (zu Patient*in, der aktuellen Lebenssituation, den Bezugspersonen, zum Grund des Krankenhausaufenthaltes, zu wichtigen Ansprechpartnern außerhalb des Krankenhauses wie Hausarzt, betreuende Einrichtung oder ambulanter Pflegedienst etc.); ▪ die gesundheitliche-pflegerische Situation (Krankheiten und andere gesundheitliche Probleme, gesundheitliche Risiken, Erwartungen von Patient*in und Angehörigen zum weiteren Krankheits- und Versorgungsverlauf, Beeinträchtigungen und Einschränkungen); ▪ kognitive Fähigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Belastung; ▪ Selbstständigkeit und Ressourcen, mit Einschränkungen im Alltag umzugehen; ▪ Merkmale der Wohnsituation (z.B. Barrieren, materielle Ausstattung oder soziales Umfeld); ▪ verfügbare und benötigte Hilfsmittel;	Dokumentenprüfung: Item 1.2 Prozessprüfung: Gruppe 1 Assessment

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		▪ voraussichtlicher Versorgungsbedarf nach der Krankenhausentlassung; ▪ die aktuelle Versorgungssituation (Unterstützung durch Angehörige oder andere informelle Helfer, durch Pflegedienste und / oder andere Leistungserbringer); ▪ die finanzielle Situation (einschließlich der Frage von Leistungsansprüchen); ▪ Bedarf an Information, Beratung und Schulung; ▪ Unterstützungs- und Edukationsbedarf der Angehörigen; ▪ Beurteilung des krankheits-/gesundheitsbezogenen Selbstmanagements und der Bewältigung von gesundheitsbezogenen Anforderungen (z.B. Gesundheitskompetenz, Fähigkeit mit Änderungen der Lebensführung zurecht zu kommen, selbst weitere Unterstützer hinzuziehen zu können sowie Kompetenz, im Notfall adäquat zu reagieren) DNQP (2019) E1: Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor. BMSGPK (2024) B4: Patientin/Patient wird entsprechend dem Assessmentergebnis dem indirekten bzw. direkten Entlassungsmanagement zugewiesen (Zuweisung indirektes Entlassungsmanagement / Zuweisung direktes Entlassungsmanagement entsprechend dem Assessmentergebnis). NICE (2021) 1.1.4: Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review.	

Gruppe: Entlassplan

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	§ 3 Absatz 2: Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. (...) Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen. § 3 Absatz 3: Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Sofern dem Krankenhaus Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung vorliegen, berücksichtigt es diese Angaben, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen. Das Krankenhaus leitet die aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen frühestmöglich ein. § 3 Absatz 5: (...) Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pfl-	DNQP (2019) E2: Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen. <i>(...) Das heißt, die Planung muss die jeweiligen Maßnahmen, die Akteure und die zeitliche Dimension der Intervention oder Aktivität (Beginn, Dauer, beteiligte Personen und Institutionen, Grundlagen der Durchführung) aufweisen. Aus der Planung ist genau und verbindlich ersichtlich, welcher Handlungsbedarf für wen besteht, aber auch wie er verbindlich wann umgesetzt und verantwortet wird.</i> DNQP (2019) P2: Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit Patient*in und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung eine individuelle Entlassungsplanung. Bei Bedarf wird weitere Fachexpertise hinzugezogen. DNQP (2019) P5: Die Pflegefachkraft führt mit dem Patient*in und Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet. BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement) BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	Dokumentenprüfung: Item 2.1, 2.2 Prozessprüfung: Gruppe 2 Entlassplan

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	gekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert.	BMSGPK (2024) D2: Die Entlassungsplanung soll überprüft, ggf. sollen die Maß nahmen adaptiert werden (Monitoring der Maßnahmen). NICE (2021) 1.3.7 :Start discharge planning at admission or as early as possible when in crisis NICE (2021) 1.1.4: Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review. NICE (2021) 1.5: Health and social care practitioners in the hospital and community should plan discharge with the person and their family, car-ers or advocate. They should ensure that it is collaborative, person-cen-tred and suitably paced, so the person does not feel their discharge is sudden or premature NICE (2021) 1.5.19: Ensure frequent, comprehensive review of the per-son's care plan and progress toward discharge.	
Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanage-ment beteiligten Be-ruufsgruppen	§ 3 Absatz 3: (...) Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweili-gen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.	DNQP (2019) E2: Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen. <i>(...) Diese disziplinübergreifende Planung ist für alle beteiligten Berufs-gruppen einsehbar und spiegelt den aktuellen Stand der eingeleiteten Maßnahmen wider.</i>	Dokumenten- prüfung: Item 2.1 Prozessprü- fung: Gruppe 2 Entlassplan
Festlegung eines vo-raussichtlichen Ent-lasstermins zu Be-ginn der Entlassplanung		DNQP (2019) P4a: Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Pati-ent*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufs-gruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlas-sungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab. BMSGPK (2024) C1: Das Krankenhaus legt den voraussichtlichen Ent-lassungstag fest (Fixieren eines Entlassungstages).	Dokumenten- prüfung: Item 2.2 Prozessprü- fung: Gruppe 2 Entlassplan

Gruppe: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	§ 3 Absatz 2: (...) Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen. § 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von (...) SAPV (...) für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die	DNQP (2019) E4: Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen. DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ <i>Der individuelle Bedarf abschließend erhoben wurde, etwaige Defizite erkannt und bewältigt bzw. entsprechende Maßnahmen (z.B. „Follow-up“-Maßnahmen oder weitere Unterstützungsangebote im nachstationären Bereich) terminiert und eingeleitet wurden</i> ▫ (...) BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement) BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	Dokumentenprüfung: Item 3.1 Prozessprüfung: Gruppe 3 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. § 4 Absatz 4: Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt. Das Verordnungsrecht kann durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden.		
Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	§ 3 Absatz 2: (...) Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen. § 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen	DNQP (2019) E4: Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen. DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ <i>Der individuelle Bedarf abschließend erhoben wurde, etwaige Defizite erkannt und bewältigt bzw. entsprechende Maßnahmen (z.B. „Follow-up“-Maßnahmen oder weitere Unterstützungsangebote im nachstationären Bereich) terminiert und eingeleitet wurden</i> ▫ ... BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement) BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	Dokumentenprüfung: Item 3.2 Prozessprüfung: Gruppe 3 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsversorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein. § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von (...) außerklinischer Intensivpflege (...) für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. § 4 Absatz 4: Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt. Das Verordnungsrecht kann durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden. §4 Absatz 6: Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sollen ab dem 01.01.2023 nach den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erfolgen. Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wird, hat		

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren.		
Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	§ 3 Absatz 2: (...) Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen. § 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch au-	DNQP (2019) E4: Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen. DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ <i>Der individuelle Bedarf abschließend erhoben wurde, etwaige Defizite erkannt und bewältigt bzw. entsprechende Maßnahmen (z.B. „Follow-up“-Maßnahmen oder weitere Unterstützungsangebote im nachstationären Bereich) terminiert und eingeleitet wurden</i> ▫ ... BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement) BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	Dokumentenprüfung: Item 3.3 Prozessprüfung: Gruppe 3 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	Berlinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsvorsorge (Kurzzeitpflege) der Fall sein. §7 Absatz 3: Handelt es sich bei der notwendigen Anschlussversorgung um genehmigungspflichtige Leistungen, stellt das Krankenhaus dem Patienten die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung, unterstützt den Patienten bei der Antragstellung und ggfls. der Weiterleitung an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse.		
Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	§ 3 Absatz 2: (...) Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen. § 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw.	DNQP (2019) E4: Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen. DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ <i>Der individuelle Bedarf abschließend erhoben wurde, etwaige Defizite erkannt und bewältigt bzw. entsprechende Maßnahmen (z.B. „Follow-up“-Maßnahmen oder weitere Unterstützungsangebote im nachstationären Bereich) terminiert und eingeleitet wurden</i> ▫ ... BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement)	Dokumentenprüfung: Item 3.4 Prozessprüfung: Gruppe 3 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsvorsorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein. §7 Absatz 3: Handelt es sich bei der notwendigen Anschlussversorgung um genehmigungspflichtige Leistungen, stellt das Krankenhaus dem Patienten die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung, unterstützt den Patienten bei der Antragstellung und ggfls. der Weiterleitung an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse.	BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	§ 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. § 8 Absatz 4: Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnaher Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden.	DNQP (2019) E4: Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen. DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ <i>Der individuelle Bedarf abschließend erhoben wurde, etwaige Defizite erkannt und bewältigt bzw. entsprechende Maßnahmen (z.B. „Follow-up“-Maßnahmen oder weitere Unterstützungsangebote im nachstationären Bereich) terminiert und eingeleitet wurden</i> ▫ ... BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement) BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	Prozessprüfung: Gruppe 3 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Gruppe: Medikationsplan

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	§ 7 Absatz 3: (...) Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden.	DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ ein aktualisierter Medikationsplan ausgehändigt wurde und die Patient*innen den Nutzen des Medikationsplans für die Kontinuität der Versorgung kennen und ihre Informiertheit und Kompetenz zum Umgang mit der Medikation geprüft wurden ▫ (...)	Dokumentenprüfung: Item 4.1, 4.2 Prozessprüfung: Gruppe 4 Medikationsplan
Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung			Dokumentenprüfung: Item 4.3 Prozessprüfung: Gruppe 4 Medikationsplan

Gruppe: Entlassbrief

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	§ 9 Absatz 3: Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens: ▪ Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum ▪ Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen ▪ Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief ▪ Grund der Einweisung ▪ Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger ▪ Entlassungsbefund ▪ Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren) ▪ Weiteres Prozedere/Empfehlungen ▪ Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel		Dokumentenprüfung: Item 5.1 Prozessprüfung: Gruppe 5 Entlassbrief

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	▪ Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 39 Absatz 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ▪ Nachfolgende Versorgungseinrichtung ▪ Mitgegebene Befunde		
Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	§ 3 Absatz 7: Am Tag der Entlassung erhält der Patient und – sofern erforderlich – dessen gesetzlicher Vertreter/Betreuer und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages. [...] Sofern die Anschlussversorgung nicht durch den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält dieser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief. § 9 Absatz 1: Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisenden/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln. § 9 Absatz 2: Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Absatz 1 Satz 2	BMSGPK (2024) D3: Der „vorläufige“ Entlassungsbrief / die Kurzinformation soll am Entlassungstag mitgegeben werden und ist mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen; der endgültige Entlassungsbrief und das Pflegebegleitschreiben sollen unverzüglich erstellt werden. ▪ Mitgabe des „vorläufigen“ Entlassungsbriefs / der Kurzinformation sowie des Entlassungsbriefs Pflege am Entlassungstag und unverzügliche Anfertigung des endgültigen ärztlichen Entlassungsbriefs (dieser soll innerhalb einer Woche nach Entlassung versandfertig sein). Übermittlung an Adressatinnen/Adressaten nach der Entscheidung der Patientin / des Patienten ▪ Beachtung der Richtlinie für eine ökonomische Verschreibweise („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Entlassungsbrief Pflege) ▪ Der vorläufige Entlassungsbrief ist mit der Patientin / dem Patienten insbesondere hinsichtlich der Medikation und der weiterführenden Maßnahmen zu besprechen. NICE (2021) 1.6.3: At discharge, the hospital psychiatrist should ensure that: Within a week, a discharge summary is sent to the GP and others involved in developing the care plan, subject to the person's agreement. This should include information about why the person was admitted and how their condition has changed during the hospital stay.	Dokumentenprüfung: Item 5.2 Prozessprüfung: Gruppe 5 Entlassbrief

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	Nummern 6 und 12 sowie Beurteilungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V erfasst sind.		

Gruppe: Pflegeüberleitungsbogen

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung		DNQP (2019) P4b: Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeiter*innen der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten an. <i>Angehörige sollen eine ihnen verständliche und nachvollziehbare Übergabe erhalten, die sie in die Lage versetzt, Verlauf, Status und Begründung der Versorgung zu verstehen, auf Krisen- und Notfallsituationen vorbereitet zu sein und sie bewältigen zu können. Sinnvoll ist, Informationsmaterial und auch Hinweise vorzuhalten, die unterstützend für die Versorgung sind (...). In der Verfahrensregelung sollte beschrieben werden, wann welche Form der Übergabe angeboten wird: zum Beispiel, wenn Angehörige erstmals die Pflege übernehmen oder eine veränderte Pflegesituation vorliegt. Pflegefachkräfte anderer Einrichtungen sollten eine Übergabe erhalten, wenn ein grundlegend anderer Bedarf entstanden ist oder neue spezifische Pflegemaßnahmen durchgeführt werden sollen.</i> BMSGPK (2024) D3: Der „vorläufige“ Entlassungsbrief / die Kurzinformation soll am Entlassungstag mitgegeben werden und ist mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen; der endgültige Entlassungsbrief und das Pflegebegleitschreiben sollen unverzüglich erstellt werden.	Dokumentenprüfung: Item 6.1, 6.2 Prozessprüfung: Gruppe 6 Pflegeüberleitungsbogen

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		▫ Mitgabe des „vorläufigen“ Entlassungsbriefs / der Kurzinformation sowie des Entlassungsbriefs Pflege am Entlassungstag und unverzügliche Anfertigung des endgültigen ärztlichen Entlassungsbriefs (dieser soll innerhalb einer Woche nach Entlassung versandfertig sein). Übermittlung an Adressatinnen/Adressaten nach der Entscheidung der Patientin / des Patienten ▫ Beachtung der Richtlinie für eine ökonomische Verschreibeweise („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Entlassungsbrief Pflege) ▫ Der vorläufige Entlassungsbrief ist mit der Patientin / dem Patienten insbesondere hinsichtlich der Medikation und der weiterführenden Maßnahmen zu besprechen.	
Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	§ 3 Absatz 7: (...) Die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer erhalten aufgrund der Einwilligung des Patienten die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung. § 8 Absatz 1: Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.	DNQP (2019) P4b: Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeiter*innen der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten an. <i>Die Einbeziehung der ambulant und stationär weiterversorgenden Pflegefachkräfte in die Verlegung durch eine fachliche Übergabe ist eine Möglichkeit, über den Verlauf der Versorgung, die Entwicklung und die Wahrnehmung der Patient*innen kollegial zu sprechen. (...) Pflegefachkräfte andere Einrichtungen sollten eine Übergabe erhalten, wenn ein grundlegend anderer Bedarf entstanden ist oder neue spezifische Pflegemaßnahmen durchgeführt werden sollen.</i> BMSGPK (2024) D3: Der „vorläufige“ Entlassungsbrief / die Kurzinformation soll am Entlassungstag mitgegeben werden und ist mit	Dokumentenprüfung: Item 6.1, 6.2 Prozessprüfung: Gruppe 6 Pflegeüberleitungsbogen

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		der Patientin / dem Patienten zu besprechen; der endgültige Entlassungsbrief und das Pflegebegleitschreiben sollen unverzüglich erstellt werden. ▫ Mitgabe des „vorläufigen“ Entlassungsbriefs / der Kurzinformation sowie des Entlassungsbriefs Pflege am Entlassungstag und unverzügliche Anfertigung des endgültigen ärztlichen Entlassungsbriefs (dieser soll innerhalb einer Woche nach Entlassung versandfertig sein). Übermittlung an Adressatinnen/Adressaten nach der Entscheidung der Patientin / des Patienten ▫ (...) NICE (2021) 1.5.20: Send a copy of the care plan to everyone involved in providing support to the person at discharge and afterwards.	

Gruppe: Evaluationskonzept

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)		DNQP (2019) S6a: Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen. <i>Die Entlassplanung schließt mit der Evaluation nach der Entlassung ab. Dabei geht es zum einen um die Evaluation des einrichtungsinternen Entlassungsmanagements mit der Prüfung, ob die multiprofessionellen Maßnahmen frühzeitig eingeleitet wurden und bei Entlassung alle erforderlichen Schritte für eine gut vorbereitete Entlassung abgeschlossen werden konnten. (...) Die Einrichtung definiert Form und Kriterien der Evaluation und legt auf dieser Basis die Anlässe fest, wann welche Form zum Einsatz kommt.</i> DNQP (2019) S6b: Die Einrichtung stellt Ressourcen zur Erhebung von Daten zum internen Entlassungsmanagement zur Verfügung. <i>Die Evaluationsergebnisse des Entlassungsmanagements stellen die multiprofessionelle Zusammenarbeit und den Organisationsstand des Entlassungsmanagements im Krankenhaus dar und liefern gleichzeitig Ergebnisse über die Qualität der Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtung und mit nachversorgenden Einrichtungen bzw. Kooperationspartnern. Diese können durch interne Fallbesprechungen, Qualitätszirkel oder interne Audits gestützt und ausgewertet werden und damit der Weiterentwicklung von Kompetenzen dienen.</i> DNQP (2019) E6b: In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.	Prozessprüfung: Gruppe 7 Evaluationskonzept

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		<i>Die dokumentierte Evaluation des Entlassungsprozesses wird in regelmäßigen Abständen ausgewertet, die Ergebnisse werden bewertet, sind Gegenstand der fachlichen Reflexion und gehen in die Weiterentwicklung von Kriterien und Verfahren ein. (...) Die Ergebnisse dieser Auswertung müssen für die Mitarbeiter der Einrichtung einsehbar und Grundlage von Fachdiskursen sein, um so auch Erkenntnisse und Lernprozesse zu ermöglichen und die Grundlagen der eigenen Arbeit weiterzuentwickeln.</i>	
Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen		DNQP (2019) E6b: In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor. <i>Die dokumentierte Evaluation des Entlassungsprozesses wird in regelmäßigen Abständen ausgewertet, die Ergebnisse werden bewertet, sind Gegenstand der fachlichen Reflexion und gehen in die Weiterentwicklung von Kriterien und Verfahren ein. (...) Die Ergebnisse dieser Auswertung müssen für die Mitarbeiter der Einrichtung einsehbar und Grundlage von Fachdiskursen sein, um so auch Erkenntnisse und Lernprozesse zu ermöglichen und die Grundlagen der eigenen Arbeit weiterzuentwickeln.</i> DNQP (2019) P6: Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte. DNQP (2019) S6a: Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen. <i>(...) Zum anderen geht es um die individuelle Evaluation des pflegerischen Entlassungsmanagements, bei dem es um das Entlassungsmanagement bei Patient*innen mit einem erhöhten poststationären</i>	Prozessprüfung: Gruppe 7 Evaluationskonzept

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		<i>pflegerischen, Versorgungs- und Unterstützungsbedarf geht. Mit ihr wird überprüft, ob nach der Entlassung die Maßnahmen in der weiteren Versorgung wie geplant umgesetzt wurden und ob sie wirksam sind. Unabhängig davon, dass die Evaluation verbindlicher Bestandteil der Entlassplanung ist, sollen Kriterien vorliegen, aufgrund derer transparent und begründet entschieden wird, in welcher Form und Intensität die Evaluation fallbezogen umgesetzt wird.</i> NICE (2021) 1.6.7: Follow up a person who has been discharged within 7 days. NICE (2021) 1.6.8: Follow up a person who has been discharged within 48 hours if a risk of suicide has been identified.	
Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern		DNQP (2019) P6: Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte. <i>Neben dieser eher formalen Prüfung soll die Evaluation aber auch überprüfen, ob die Maßnahmen der Entlassplanung dazu dienen, die vereinbarten Ziele zu erreichen (...). Zudem ist im Austausch mit den nachsorgenden Einrichtungen bzw. den Patient*innen und den Angehörigen nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.</i> DNQP (2019) E6b: In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor. <i>Die dokumentierte Evaluation des Entlassungsprozesses wird in regelmäßigen Abständen ausgewertet, die Ergebnisse werden bewertet, sind Gegenstand der fachlichen Reflexion und gehen in die Weiterentwicklung von Kriterien und Verfahren ein. (...) Die Ergebnisse dieser</i>	Prozessprüfung: Gruppe 7 Evaluationskonzept

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		<i>Auswertung müssen für die Mitarbeiter der Einrichtung einsehbar und Grundlage von Fachdiskursen sein, um so auch Erkenntnisse und Lernprozesse zu ermöglichen und die Grundlagen der eigenen Arbeit weiterzuentwickeln.</i>	

Anhang C.6: Berechnungsvorlage zur Dokumenten- und Prozessprüfung

Dokumentenprüfung

Item/Score	Anzahl	Bewertungs- möglichkeiten	Berechnung
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Assessment	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Assessment
Adäquate Durchführung des initialen Assessments	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Adäquate Durchführung des differenzierten Assessments	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Entlassplan	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Entlassplan
Adäquate Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Erforderliche Inhalte im patientenindividuellen Entlassplan vorhanden	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung
Angemessene Unterstützung bei der Organisation spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Angemessene Unterstützung bei der Organisation außerklinischer Intensivpflege	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Angemessene Unterstützung bei der Organisation stationärer Pflege	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Angemessene Unterstützung bei der Organisation von Hospizversorgung	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle

Item/Score	Anzahl	Bewertungs- möglichkeiten	Berechnung
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Medikationsplan	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Medikationsplan
Erstellung eines Medikationsplans	10	0, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Medikationsplan ist aktuell und entspricht den Vorgaben des bundeseinheitlichen Medikationsplans	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Mitgabe des Medikationsplans an die Patientin bzw. den Patienten	10	0, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Entlassbrief	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Entlassbrief
Endgültiger Entlassbrief enthält erforderliche Informationen	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Übermittlung innerhalb von 14 Tagen oder Mitgabe des endgültigen Entlassbriefs	10	0, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Pflegeüberleitungsbogen	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Pflegeüberleitungsbogen
Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens	10	0, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Übermittlung oder Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens am Entlasstag	10	0, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle

Prozessprüfung

Item/Score	Anzahl	Bewertungs- möglichkeiten	Berechnung
Prozessprüfungs-Gruppenwert Assessment	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Entlassplan	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Medikationsplan	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Entlassbrief	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Pflegeüberleitungsbogen	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Evaluationskonzept	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-

Gruppen-Gesamtwerte

Item/Score	Anzahl	Bewertungs- möglichkeiten	Berechnung
Gruppen-Gesamtwert Assessment	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Assessment und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Assessment
Gruppen-Gesamtwert Entlassplan	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Entlassplan und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Entlassplan
Gruppen-Gesamtwert Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung
Gruppen-Gesamtwert Medikationsplan	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Medikationsplan und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Medikationsplan
Gruppen-Gesamtwert Entlassbrief	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Entlassbrief und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Entlassbrief
Gruppen-Gesamtwert Pflegeüberleitungsbogen	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Pflegeüberleitungsbogen und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Pflegeüberleitungsbogen
Gruppen-Gesamtwert Evaluationskonzept	1	0-100	Entspricht Prozessprüfungs-Gruppenwert Evaluationskonzept

Anhang C.7: Vorlage zum Ergebnisbericht zum externen QS-Audit

Ergebnisbericht zum externen QS-Audit im Rahmen des QS-Verfahrens Entlassmanagement der externen Qualitätssicherung nach § 137a SGB V

Institutionskennzeichen	 http://www.arqe-ik.de
Standort	
Datum des externen QS-Audits	dd.mm.yyyy

Gruppen-Gesamtwerte

Gruppe	Gruppen-Gesamtwert	Priorität ³¹	Stärken	Schwächen	Kommentar des Leistungserbringers in der Nachbesprechung
Assessment					
Entlassplan					
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten					
Medikationsplan					
Entlassbrief					
Pflegeüberleitungsbogen					
Evaluationskonzept ³²					

³¹Priorität A (überdurchschnittliches Ergebnis) = der Gruppen-Gesamtwert liegt oberhalb des dritten Quartils der Verteilung der bundesweiten Gruppen-Gesamtwerte aus dem Vorjahr
 Priorität B (unterdurchschnittliches Ergebnis) = der Gruppen-Gesamtwert liegt unterhalb des ersten Quartils der Verteilung der bundesweiten Gruppen-Gesamtwerte aus dem Vorjahr
 Priorität C (erhebliche Differenz zwischen Prozessprüfungs-Gruppenwert und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert) = Gruppenwert-Differenz liegt oberhalb des 90. Perzentils der Verteilung der bundesweiten Gruppenwert-Differenzen aus dem Vorjahr

Priorität D (durchschnittliches Ergebnis) = der Gruppen-Gesamtwert liegt zwischen dem ersten und dem dritten Quartil der Verteilung der bundesweiten Gruppen-Gesamtwerte aus dem Vorjahr

³² Die thematische Gruppe zum Evaluationskonzept kann keine Priorität C erhalten, da diese Gruppe ausschließlich durch die Prozessprüfung adressiert wird.

Maßnahmenplan

Assessment			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Entlassplan			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen

Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen

Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Medikationsplan			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen

Entlassbrief			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Pflegeüberleitungsbogen			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen

Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Evaluationskonzept			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen

Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			<i>Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen</i>

Best-Practice Beispiele

Folgende Best-Practice Beispiele sind in dem Entlassmanagement des besuchten Krankenhauses festgestellt worden und werden für das Entlassmanagement anderer Krankenhäuser zur Orientierung zur Verfügung gestellt:

Best-Practice-Beispiel	Zuordnung zur thematischen Gruppe	Freigabe durch den Leistungserbringer
		Im Nachgang durch Leistungserbringer auszufüllen
		Im Nachgang durch Leistungserbringer auszufüllen
		Im Nachgang durch Leistungserbringer auszufüllen
		Im Nachgang durch Leistungserbringer auszufüllen

Item-Gesamtwerte**Prozessprüfung**

Gruppe	Item	Item-Ergebnis
Assessment	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Assessment	
Entlassplan	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Entlassplan	
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zur Organisation von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten	
Medikationsplan	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Medikationsplan	
Entlassbrief	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Entlassbrief	
Pflegeüberleitungsbogen	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Pflegeüberleitungsbogen	
Evaluationskonzept	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Evaluationskonzept	

Dokumentenprüfung

Gruppe	#	Item	Item-Ergebnis
Assessment	1.1	Adäquate Durchführung des initialen Assessments	
	1.2	Adäquate Durchführung des differenzierten Assessments	
Entlassplan	2.1	Adäquate Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans	
	2.2	Erforderliche Inhalte im patientenindividuellen Entlassplan vorhanden	
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten	3.1	Angemessene Unterstützung bei der Organisation spezialisierter ambulanter Palliativversorgung bei Bedarf	
	3.2	Angemessene Unterstützung bei der Organisation außerklinischer Intensivpflege bei Bedarf	
	3.3	Angemessene Unterstützung bei der Organisation stationärer Pflege bei Bedarf	
	3.4	Angemessene Unterstützung bei der Organisation von Hospizversorgung bei Bedarf	
Medikationsplan	4.1	Erstellung eines Medikationsplans bei Bedarf	
	4.2	Medikationsplan ist aktuell und entspricht den Vorgaben des bundeseinheitlichen Medikationsplans	

Gruppe	#	Item	Item-Ergebnis
	4.3	Mitgabe des Medikationsplans an die Patientin bzw. den Patienten	
Entlassbrief	5.1	Endgültiger Entlassbrief enthält erforderliche Informationen	
	5.2	Übermittlung innerhalb von 14 Tagen oder Mitgabe des endgültigen Entlassbriefs	
Pflegeüberleitungsbogen	6.1	Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens bei Bedarf	
	6.2	Übermittlung oder Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens am Entlasstag	

Anhang C.8: Abfrage zur Umsetzung des Maßnahmenplans

Abfrage zum Umsetzungsstand des Maßnahmenplans zum externen QS-Audit im Rahmen des QS-Verfahrens Entlassmanagement der externen Qualitätssicherung nach §137a SGB V

Institutionskennzeichen	 http://www.arqe-ik.de
Standort	
Datum des externen QS-Audits	dd.mm.yyyy

Assessment						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Entlassplan						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Medikationsplan						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Entlassbrief						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Pflegeüberleitungsbogen						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
Evaluationskonzept						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Anhang D: Umgang mit den Indikatorergebnissen des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* im Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL

Anhang D.1: Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen für die Indikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*

Die nachfolgenden Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen sind für die Ergebnisanalyse durch die Landesarbeitsgemeinschaften zur Festlegung der Struktur und der Inhalte der angeforderten Stellungnahmen nutzbar. Zugleich dienen die Leitfragen auch den Einrichtungen selbst zur Praxisanalyse anhand der Rückmeldeberichte insbesondere bei der Erstellung von Stellungnahmen. Sowohl für die Ergebnis- als auch die Praxisanalyse sollen die Antwortverteilungen der Items, die in dem jeweiligen Indikator zugeordnet sind sowie die maßgeblich initial aufnehmenden und die entlassenden Fachabteilungen berücksichtigt werden. Die Leitfragen sind für das Entlassmanagement von erwachsenen Patientinnen und Patienten (Fragebogen „Erwachsene“) konzipiert. Soweit nicht anders angegeben, können die Leitfragen gleichermaßen für das Entlassmanagement von Kindern/Jugendlichen (Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“) verwendet werden.

45xx00 Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus

ID	45xx00
Qualitätsziel	Vor dem Verlassen des Krankenhauses sollen Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus Informationen erhalten, die sie vorab für die konkrete Planung zum Verlassen des Krankenhauses am Entlasstag benötigen. Dafür sollen Patientinnen und Patienten über den voraussichtlichen Entlasstermin und ihre Entlassvoraussetzungen informiert und die Beförderung zum Entlassort geklärt worden sein. Zudem soll im Krankenhaus mit den Patientinnen und Patienten deren Entlassfähigkeit thematisiert worden sein.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin ▫ Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein. (Ja/Nein/Weiß nicht) ■ Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen ▫ Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)? (Ja/Nein/Weiß nicht)

	▪ Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort ▫ Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)? (Ja/Nein/Weiß nicht) ▪ Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten ▫ Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind? (Ja/Nein/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin:</i> ▪ Wann erhalten die Patientinnen und Patienten regelhaft Informationen zum voraussichtlichen Entlasstermin? Wer informiert die Patientinnen und Patienten darüber? ▪ Von wem, wie und wann werden Patientinnen und Patienten über Änderungen des Entlasstermins informiert? ▪ Welche internen Regelungen (z. B. SOP) zu Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der Information der Patientinnen und Patienten über den Entlasszeitpunkt gibt es? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken, Dienstpläne, Personalschlüssel o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen:</i> ▪ Welche Voraussetzungen sind für die Entlassung der Patientinnen und Patienten maßgeblich (z. B. gesundheitsbezogene Parameter, Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten, soziales Umfeld der Patientinnen und Patienten, freie Kapazitäten zur bedarfsgerechten Weiterversorgung)? Wie werden die Entlassvoraussetzungen patientenindividuell festgelegt? ▪ Von wem und in welcher Form (mündlich und/oder schriftlich) werden die Patientinnen und Patienten über ihre individuellen Voraussetzungen für die Entlassung informiert? ▪ Wann und von wem werden Entlassvoraussetzungen festgelegt und dokumentiert (z. B. in Form von Behandlungszielen)? <i>Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort:</i> ▪ Mit welchen Patientinnen und Patienten wird regelhaft über die Beförderung für den Entlasstag gesprochen? Welche Profession ist hierfür verantwortlich?

	- Wie und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) wird mit Patientinnen und Patienten die Beförderung für den Entlasstag besprochen? - Welche internen Vorgaben und Regelungen gibt es hierzu? <i>Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten:</i> - Welche internen Regelungen (z. B. SOP) zu Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form zum Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten gibt es? - Welche Themen werden am Ende des Krankenhausaufenthalts regelhaft mit den Patientinnen und Patienten bzgl. ihrer Entlassfähigkeit besprochen? - Wie und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) wird mit Patientinnen und Patienten besprochen, ob sie bereit für die Entlassung sind? Welche Profession bespricht die Entlassvoraussetzungen mit den Patientinnen und Patienten?

45xx01 Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung

ID	45xx01
Qualitätsziel	Für die Planung der Nach- und Weiterversorgung für die Zeit nach der Entlassung sollen im Krankenhaus neben der Abklärung der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten auch eine Beratung zu weiteren Unterstützungsangeboten sowie eine Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen erfolgen. Damit wird die Lebens- und Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in die Planung der poststationären Versorgung einbezogen und eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung ermöglicht.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	- Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung - Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) - Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten - Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)

	■ Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen ▫ Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung ▫ Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	■ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ■ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach der Entlassung:</i> ■ Wie werden die Vorgehensweise, Verantwortlichkeiten und die Dokumentation der Abklärung der Versorgungssituation geregelt (bspw. schriftliche Vorgaben)? ■ Wie wird der patientenindividuelle Versorgungsbedarf mit den Patientinnen und Patienten erfasst und besprochen? ■ Welche Professionen informieren und beraten die Patientinnen und Patienten regelhaft für die Planung und Unterstützung der poststationären Versorgungssituation? ■ Wie wird sichergestellt, dass alle relevanten Aspekte der Lebens- und Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten vor dem Krankenhausaufenthalt beleuchtet werden (Wohnung, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel, etc.)? ■ Wie wird sichergestellt, dass die Inhalte von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses, die über Patientinnen und Patienten zu Unterstützungsangeboten beraten, in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise den Patientinnen und Patienten vermittelt werden? ■ Wie werden die Informationen und Beratungsinhalte zur Nach- und Weiterversorgung hinsichtlich der jeweiligen Lebenssituation der Patientinnen und Patienten aufbereitet? ■ Wie werden die zuständigen Beschäftigten über diese Regelungen und Vorgaben informiert? ■ Wie wird die Einhaltung der Regelungen überprüft (z. B. interne Audits, Statistiken Dienstpläne, Personalschlüssel o.ä.)? ■ Werden Maßnahmen aus den Überprüfungsergebnissen abgeleitet? <i>Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten:</i> ■ Zu welchen Unterstützungsangeboten werden die Patientinnen und Patienten beraten (z. B. stationäre/ambulante Pflege, Versorgung in einem Pflegeheim, Kostenerstattungen und Anträgen in verschiedenen Sozialgesetzbüchern, Jugend- und Sozialhilfen, ambulanten Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen)?

	▪ Welche (standardisierten) Informationen zu Unterstützungsangeboten, Hilfen oder Anträgen für die Nach- und Weiterversorgung erhalten die Patientinnen und Patienten? <i>Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen:</i> ▪ Für welche genehmigungspflichtigen Leistungen (z. B. Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung) ist regelhaft eine Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Antragsstellung vorgesehen? ▪ Wie wird der Bedarf der Patientinnen und Patienten für genehmigungspflichtige Leistungen bestimmt? ▪ Von wem, wie und wann werden Patientinnen und Patienten dabei unterstützt, genehmigungspflichtige Leistungen vor der Entlassung zu beantragen? ▪ Wie erfahren die Patientinnen und Patienten, welche Leistungen bereits im Krankenhaus beantragt wurden? <i>Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach der Entlassung:</i> ▪ Wie werden Patientinnen und Patienten basierend auf ihren Bedürfnissen und Bedarfen bei Entscheidungen zu ihrer Nach- und Weiterversorgung einbezogen? ▪ Wie werden die mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam getroffenen Entscheidungen zur Nach- und Weiterversorgung im Entlassplan und Informationen hierzu für die beteiligten Professionen hinterlegt? ▪ Welche internen Leitlinien existieren, um die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen in die Entscheidungsfindung bei der Weiterversorgung zu ermöglichen?

45xx02 Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus

ID	45xx02
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die einen Bedarf an Unterstützung durch den Sozialdienst des Krankenhauses haben, sollen diesen als Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und Beratung nutzen. Damit können die patientenindividuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die poststationäre Versorgung adressiert werden.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	▪ Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten ▫ Wurden Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/ Ich wollte/brauchte das nicht/Weiß nicht) ▪ Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses

	▫ War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich? (Ja/Nein/Weiß nicht) ▫ Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat sich für mich und meine Situation interessiert. (Immer/Meistens/Selten/Nie/Weiß nicht) ▫ ... mir aufmerksam zugehört. (Immer/Meistens/Selten/Nie/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Verteilungsbasierter Referenzbereich ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten:</i> ▪ Welche Patientinnen und Patienten nutzen im Krankenhaus den Sozialdienst? Wie werden die Patientinnen und Patienten identifiziert, die vom Sozialdienst beraten werden sollen? ▪ Von wem und wie werden Patientinnen und Patienten über die Möglichkeit, die Beratung durch den Sozialdienst in Anspruch nehmen zu können, informiert? ▪ Wie können Patientinnen und Patienten den Sozialdienst erreichen? ▪ Welche internen Regelungen und Vorgaben zur Nutzung des Sozialdienstes durch die Patientinnen und Patienten gibt es? ▪ Wie wird die Einhaltung der Regelungen (z. B. SOP) überprüft (z. B. interne Audits, Statistiken, Personalschlüssel, Dienstpläne o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses:</i> ▪ Wie wird sichergestellt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes die persönliche Situation und die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigen? ▪ Wie erfährt der Sozialdienst, inwiefern die Beratung für die Patientinnen und Patienten hilfreich war?

45xx03 Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung

ID	45xx03
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus umfassend über für sie notwendige medizinische und pflegerische Maßnahmen und Behandlungen, Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen sowie den möglichen Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung informiert werden. Damit werden informierte Entscheidungen der Patientinnen und Patienten zu ihrer poststationären Versorgung und eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung ermöglicht.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung ▫ Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... welche medizinische Behandlung nach Ihrer Entlassung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge ▫ Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... welche weiteren Therapien oder Behandlungen nach Ihrer Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Information zu Hilfsmitteln ▫ Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... welche Hilfsmittel Sie nach Ihrer Entlassung benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung ▫ Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung ▫ Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung. (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)

Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Alle fünf oben genannten Qualitätsmerkmale:</i> ▪ Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten für die Vorbereitung der Entlassung prinzipiell zu folgenden Themen der Nach- und Weiterversorgung informiert werden (z. B. anhand einer Check-Liste)? ▫ Weiterführende ambulante ärztliche Versorgung durch Hausärztinnen/Hausärzte bzw. Fachärztinnen/Fachärzte ▫ Weitere therapeutische Maßnahmen der medizinischen Nachsorge (Heilmittel wie Physio- oder Sprachtherapie, Soziotherapie, ambulante/stationäre Rehabilitation) ▫ Notwendige Hilfsmittel ▫ Ansprechpersonen im Krankenhaus oder außerhalb des Krankenhauses bei medizinisch-pflegerischen Fragen für die Zeit nach der Entlassung (z. B. Fragen zum Gesundheitszustand, zur Genesung, zur Medikation, zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung) ▫ Möglicher Verlauf bzw. Prognose der Erkrankung bzw. des Gesundheitszustands nach der Entlassung ▪ Von wem und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) werden die Patientinnen und Patienten in der Regel informiert? ▪ Welche internen Regelungen zur Festlegung von Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der Information der Patientinnen und Patienten gibt es? ▪ Wie werden die Inhalte vermittelt (z. B. allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material?) ▪ Wie wird sichergestellt, dass die Inhalte von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses, die über die medizinische und pflegerische Weiterversorgung nach der Entlassung informieren, in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise vermittelt werden? Gibt es z. B. Schulungen zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten? ▪ Gibt es standardisierte Unterlagen in patientenverständlicher Sprache, die Patientinnen und Patienten mitnehmen können?

45xx04 Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation

ID	45xx04
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen im Krankenhaus umfassend über neue bzw. umgestellte Medikamente, die sie nach der Entlassung einnehmen müssen, informiert werden. Die Versorgung mit Medikamenten bei einer Entlassung vor einem Wochenende oder einem gesetzlichen Feiertag soll sichergestellt werden. Damit soll für die Zeit nach der Entlassung eine sichere Medikamenteneinnahme und eine wirksame medikamentöse Behandlung für die Patientinnen und Patienten gewährleistet werden.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation ▫ Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ▫ ... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ■ Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation ▫ Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ■ Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation ▫ Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ▫ ... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ▫ ... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ■ Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung ▫ Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen? (Ja/Nein, ich habe keine Medikamente mitbekommen/Nein, ich wollte keine Medikamente mitnehmen/Nein, ich musste keine Medikamente mitnehmen/Weiß nicht) ▫ Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen? (Ja/Nein/Weiß nicht)

Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Für alle drei Qualitätsmerkmale zur Information zur Entlassmedikation:</i> ▪ Welche internen Regelungen und Vorgaben gibt es zu Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der Information der Patientinnen und Patienten zu diesem Thema? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken, Personalschlüssel, Dienstpläne o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation:</i> ▪ Wie wird Patientinnen und Patienten von einer Ärztin / einem Arzt erklärt, warum Medikamente nach der Entlassung eingenommen werden müssen? ▪ In welcher Gesprächssituation werden die Patientinnen und Patienten darüber informiert? Wie werden die Informationen vermittelt (allein mündlich; zusätzliche schriftliche Unterlagen bspw. Medikationsplan)? ▪ Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten über die Notwendigkeit der Entlassmedikation in patientenverständlicher Sprache informiert werden? <i>Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation:</i> ▪ In welcher Gesprächssituation werden die Patientinnen und Patienten von einer Ärztin / einem Arzt darüber informiert, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen (z. B. mit anderen Medikamenten oder Lebensmitteln) vorliegen können? Wie werden die Informationen vermittelt (allein mündlich; zusätzliche schriftliche Unterlagen bspw. Medikationsplan)? ▪ Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten über möglichen Neben- und Wechselwirkungen in patientenverständlicher Sprache informiert werden? <i>Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation:</i> ▪ Welche Informationen zu den Einnahmeregeln erhalten die Patientinnen und Patienten? ▪ Welche Professionen besprechen mit den Patientinnen und Patienten die Einnahmeregeln (z. B. Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonal)? ▪ Wie werden die Informationen vermittelt (allein mündlich; zusätzliche schriftliche Unterlagen bspw. Medikationsplan)? ▪ Wie wird sichergestellt, dass die Informationen von allen informierenden Personen in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise vermittelt werden? ▪ Wie wird sichergestellt, dass die Informationen von den Patientinnen und Patienten verstanden und erinnert werden?

	<i>Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung:</i> ▪ Welche internen Regelungen zu Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der der Medikamentenversorgung der Patientinnen und Patienten bei Entlassungen vor Wochenenden und Feiertagen) gibt es? ▪ Wie wird die Mitgabe von Medikamenten oder Verordnungen/Rezepten bei Entlassungen vor Wochenenden oder Feiertagen umgesetzt? ▪ Wann und von wem erhalten die Patientinnen und Patienten die Medikamente bzw. Verordnungen/Rezepte? ▪ Anhand welcher Kriterien wird entschieden, ob Medikamente mitgegeben werden oder ein Rezept ausgestellt wird? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken, Personalschlüsse, Dienstpläne o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden?

45xx05 Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung

ID	45xx05
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen im Krankenhaus vor der Entlassung dazu befähigt werden, die medizinisch-pflegerischen Erfordernisse der poststationären Selbstversorgung zu bewältigen. Damit wird eine wirksame Versorgung mit Hilfsmitteln ermöglicht und eine Erfüllung von medizinisch-pflegerischen Anforderungen gewährleistet.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag ▫ Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ▪ Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln ▫ Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen? (Ja für alle Hilfsmittel/Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel/Nein, für keine Hilfsmittel/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ▪ Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung ▫ Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... wie Sie sich nach Ihrer Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)

	■ Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen ▫ Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... wie Sie sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	■ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ■ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Für alle drei Qualitätsmerkmale zur Wissensvermittlung:</i> ■ Welche internen Regelungen und Vorgaben gibt es zu Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung der Patientinnen und Patienten? ■ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken o.ä.)? ■ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag:</i> ■ Für welche Patientinnen und Patienten ist die Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung vorgesehen (z. B. für die Wundversorgung, Schmerzmanagement, Umgang mit Symptomen, Umgang mit körperlichen Einschränkungen im Alltag)? ■ Wie werden Patientinnen und Patienten zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung angeleitet (z. B. Schulungen, Kurse, Informationsbroschüren)? Wie werden die notwendigen Inhalte vermittelt (allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material, Unterstützung mit Videos, Unterstützung durch Anleitung/Trainings?) ■ Welche Professionen führen die Wissensvermittlung durch? Wie wird sichergestellt, dass die Wissensvermittlung in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise erfolgt? <i>Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln:</i> ■ Wie wird Patientinnen und Patienten erklärt und mit ihnen geübt, wie sie mit Hilfsmitteln, die bereits im Krankenhaus benutzt wurden oder bei der Entlassung mitgegeben werden, umgehen? ■ Welche Professionen führen die Wissensvermittlung durch? Wie wird sichergestellt, dass die Wissensvermittlung in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise erfolgt? ■ Wie werden die notwendigen Inhalte vermittelt (allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material, Unterstützung mit Videos, Unterstützung durch Anleitung/Trainings?) <i>Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach der Entlassung:</i> ■ Welche Hinweise erhalten die Patientinnen und Patienten und welche Regeln werden ihnen erklärt (z. B. Art und Dauer der Schonung, Alltagsbelastungen, Bewegung/Sport, Verzehr von Lebensmitteln)?

	▪ Welche Professionen führen die Wissensvermittlung durch? Wie wird sichergestellt, dass die Wissensvermittlung in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise erfolgt? ▪ Wie werden die notwendigen Inhalte vermittelt (allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material, Unterstützung mit Videos, Unterstützung durch Anleitung/Trainings?) <i>Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen:</i> ▪ Wie wird Patientinnen und Patienten erklärt, wie sie Komplikationen und Warnsignale erkennen können und was sie selbst tun können (z. B. Atemnot, Wundinfektion, Symptome psychischer Erkrankungen/Suizidgedanken)? ▪ Welche Professionen führen die Wissensvermittlung durch? Wie wird sichergestellt, dass die Wissensvermittlung in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise erfolgt? ▪ Wie werden die notwendigen Inhalte vermittelt (allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material, Unterstützung mit Videos, Unterstützung durch Anleitung/Trainings?) ▪ Wie wird sichergestellt, dass die Informationen von den Patientinnen und Patienten verstanden und erinnert werden? Gibt es standardisierte Unterlagen in patientenverständlicher Sprache, die Patientinnen und Patienten mitnehmen können?

45xx06 Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung

ID	45xx06
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vom Krankenhaus bei der Organisation von Anschlusstherapien und (pflegerischer) Unterstützung, welche für sie als Maßnahmen unmittelbar notwendig sind, unterstützt werden. Damit kann eine koordinierte und kontinuierliche Weiterversorgung sichergestellt werden.
Grundgesamtheit	▪ Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben. ▪ Weiterhin werden für die Berechnung des Indikators nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt, für die im Fragebogen als Entlassort „nach Hause“ angegeben wurde, da die Organisation der genannten Maßnahmen insbesondere Entlassungen in die Häuslichkeit bzw. in Strukturen des Betreuten Wohnens betreffen. ▪ Damit werden nur Fälle eingeschlossen, die im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen und für die Krankenhäuser gemäß § 4 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement Leistungen für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung notwendige Versorgung verordnen können.

Qualitätsmerkmale Items (inkl. Ant- wortoptionen)	■ Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung ▫ Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe ▫ Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... einen Pflegedienst zu organisieren? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ... eine Haushaltshilfe zu organisieren? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	■ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ■ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Indikator zielt nicht auf die erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung durch das Krankenhaus ab, sondern auf die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Organisation ■ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Für beide Qualitätsmerkmale:</i> ■ Für welche Patientinnen und Patienten und wie wird eine Verordnung von Leistungen zur unmittelbaren Versorgung nach Krankenhausbehandlung gemäß § 4 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement umgesetzt? ■ Welche internen Regelungen zu Zuständigkeiten für die Unterstützung von Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten gibt es? ■ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken o.ä.)? ■ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung:</i> ■ Wie werden Patientinnen und Patienten dabei unterstützt, für sie notwendige Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge bzw. Anschlusstherapien (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie; sozialmedizinische Versorgung bei Kindern/Jugendlichen) zu organisieren (z. B. Liste mit Kontaktdaten, Rezept bzw. Verordnung)? ■ Welche Professionen unterstützen die Patientinnen und Patienten bei der Organisation?

	<i>Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe:</i> ■ Wie werden Patientinnen und Patienten dabei unterstützt, einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe zu organisieren (z. B. Liste mit Kontaktdaten, Rezept bzw. Verordnung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege/Haushaltshilfe)? ■ Welche Professionen unterstützen die Patientinnen und Patienten bei der Organisation?

45xx07 Entlassgespräch

ID	45xx07
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen am Ende ihrer Krankenhausbehandlung im Rahmen eines abschließenden Gesprächs die Möglichkeit haben, ihre Anliegen zur Entlassung zu thematisieren. Erwachsene Patientinnen und Patienten sollen Vertrauenspersonen zum Entlassgespräch mitbringen können.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Durchführen eines abschließenden Gesprächs ▫ Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt? (Ja/Nein/Weiß nicht) ■ Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch ▫ Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Ich wollte/brauchte das nicht/Weiß nicht) ■ Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung (nur in Fragebogen „Erwachsene“ enthalten) ▫ Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Ich wollte/brauchte das nicht/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	■ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ■ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Keine Risikoadjustierung

Leitfragen	<i>Durchführen eines abschließenden Gesprächs:</i> ▪ In welcher Form bzw. nach welchem Konzept werden Entlassgespräche mit den Patientinnen und Patienten umgesetzt (z. B. ein gemeinsames Abschlussgespräch mit den zentralen Professionen; einzelne, separate Abschlussgespräche der Professionen?) ▪ Welche Professionen führen Entlassgespräche durch? Welche internen Regelungen zu Zuständigkeiten für die Durchführung von Abschlussgesprächen gibt es? ▪ Wie wird sichergestellt, dass mit den Patientinnen und Patienten vor der Entlassung ein abschließendes Gespräch bzw. abschließende Gespräche geführt werden? ▪ Wie und wann werden Patientinnen und Patienten darüber informiert, dass ein abschließendes Gespräch ansteht? ▪ Wird den Patientinnen und Patienten bei der Durchführung des Abschlussgesprächs mitgeteilt, dass es sich um das Abschlussgespräch handelt? ▪ Wo bzw. in welchen Räumlichkeiten werden die abschließenden Gespräche geführt und wie lange dauern diese? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch:</i> ▪ Welche Themen werden mit den Patientinnen und Patienten beim abschließenden Gespräch besprochen? ▪ Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten die für sie relevanten Themen im abschließenden Gespräch besprechen können? <i>Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung (nur für Entlassungen von erwachsenen Patientinnen und Patienten):</i> ▪ Wie, wann und von wem werden Patientinnen und Patienten darüber informiert, dass die Möglichkeit besteht, dass Vertrauenspersonen am abschließenden Gespräch teilnehmen können? ▪ Wie wird organisatorisch bzw. terminlich die Möglichkeit geschaffen, dass Vertrauenspersonen das Angebot wahrnehmen können?

45xx08 Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten

ID	45xx08
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen spätestens am Tag der Entlassung im Krankenhaus einen vorläufigen oder endgültigen Entlassbrief erhalten, sodass die darin enthaltenen relevanten Informationen für eine kontinuierliche und koordinierte Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten vorliegen.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	▪ Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag ▫ Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein. Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten? (Ja/Nein/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag:</i> ▪ Wann und in welcher Form erhalten die Patientinnen und Patienten den (vorläufigen) Entlassbrief? Wer übergibt den Entlassbrief an die Patientin bzw. den Patienten? ▪ Wie wird den Patientinnen und Patienten oder Vertrauenspersonen vermittelt, dass es sich bei dem Dokument um den (vorläufigen) Entlassbrief handelt? ▪ Wie werden Probleme bei der Erstellung und Übergabe des (vorläufigen) Entlassbriefs identifiziert (z. B. Gibt es ein Qualitätssicherungskonzept für die Erstellung der Entlassbriefe)? Falls ja, wie ist das Konzept ausgestaltet? Gibt es bspw. ein Monitoring für die Erstellung von Arztbriefen? ▪ Welche internen Regelungen zu Zuständigkeiten und Zeitpunkt zur Übergabe des Entlassbriefs gibt es? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden?

45xx09 Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung

ID	45xx09
Qualitätsziel	Für eine bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion sollen Patientinnen und Patienten eine widerspruchsfreie Information zur Entlassung erhalten und Fragen zur Entlassung entsprechend den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten geklärt werden.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	▪ Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung ▫ Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten? (Ja/Nein/Weiß nicht) ▪ Zeit für Fragen zur Entlassung ▫ Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten? (Immer/Meistens/Selten/Nie/Weiß nicht) ▫ Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben? (Immer/Meistens/Selten/Nie/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Verteilungsbasierter Referenzbereich ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung:</i> ▪ Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten widerspruchsfreie Informationen zu ihrer Entlassung erhalten (z. B. zum Datum der Entlassung, zu den Voraussetzungen der Entlassung)? ▪ Wie werden relevante Informationen zur Entlassung der jeweiligen Patientin / des jeweiligen Patienten intern kommuniziert und dokumentiert? Welche Professionen sind daran beteiligt? ▪ Wie können widersprüchliche Informationen, welche Patientinnen und Patienten möglicherweise zu ihrer Entlassung erhalten haben, erkannt werden? ▪ Welche besonderen Maßnahmen werden bei kurzfristiger Änderung der Entlassplanung in Bezug auf die Information der Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen getroffen? <i>Zeit für Fragen zur Entlassung:</i> ▪ Wer ist für die Beantwortung von Fragen der Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen zur Entlassung verantwortlich? ▪ Wie erfahren Patientinnen und Patienten, welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Fragen zur Entlassung zuständig sind? ▪ Wie werden Fragen der Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung intern an die zuständige Profession weitergegeben?

45xx10 Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten

ID	45xx10
Qualitätsziel	Erwachsene Patientinnen und Patienten sollen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sowohl hinsichtlich ihrer körperlichen und psychischen Verfassung als auch hinsichtlich der Unterstützung durch Dritte wie Familie oder ambulante Pflegedienste bereit sein, das Krankenhaus zu verlassen. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements sichergestellt werden.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten ▫ Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? - Ich war in Bezug auf ... meine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden. ... meine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden. ... die Unterstützung durch andere bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst). (Voll und ganz bereit/Eher bereit/Eher nicht bereit/Gar nicht bereit/Trifft auf mich nicht zu/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	■ Spezifische Berechnung des Indikators basierend auf den Fragebogen „Erwachsene“ ■ Verteilungsbasierter Referenzbereich ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Risikoadjustierung basierend auf Angaben aus der Patientenbefragung vorgesehen. Mögliche Variablen: ▫ Alter der Patientin / des Patienten ▫ Geschlecht der Patientin / des Patienten ▫ Anzahl Komorbiditäten ▫ Polymedikation ▫ Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte ▫ Geplante oder ungeplante Aufnahme ▫ Dauer des Krankenhausaufenthalts ▫ Entlassort
Leitfragen	■ Wie und wann wird mit Patientinnen und Patienten besprochen, wann sie körperlich und psychisch sowie mit der Unterstützung durch andere Personen bereit für die Entlassung sind (z. B. Entlassung erfolgt, sobald keine medizinische Notwendigkeit für stationäre Behandlung vorliegt, jedoch wird die Genesung erst nach der Entlassung erfolgen)? ■ Welche Gründe kann es geben, dass Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung nicht bereit waren, das Krankenhaus zu verlassen?

	▪ Welche dieser Gründe treffen für alle drei Dimensionen der Entlassbereitschaft aus Patientensicht (körperlich, psychisch, Unterstützung durch andere) zu? Welche Gründe betreffen nur einzelne Dimensionen? ▪ Treffen die Gründe für die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten zu? Verbindung zu QI 45xx00 (Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus/Besprechen der Entlassfähigkeit): ▪ Welche Themen werden regelhaft mit den Patientinnen und Patienten bzgl. ihrer Entlassfähigkeit besprochen? ▪ Wie und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) wird mit Patientinnen und Patienten besprochen, ob sie bereit für die Entlassung sind? Welche Profession bespricht die Entlassvoraussetzungen mit den Patientinnen und Patienten? ▪ Welche Maßnahmen werden ergriffen, wenn eine Entlassung erfolgt, obwohl die Patientin oder der Patient sich nicht bereit fühlt, entlassen zu werden?

45xx11 Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten

ID	45xx11
Qualitätsziel	Minderjährige Patientinnen und Patienten und deren Eltern/Sorgeberechtigte sollen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sowohl hinsichtlich der körperlichen und psychischen Verfassung des Kindes als auch hinsichtlich der Unterstützung der Eltern/Sorgeberechtigten durch Dritte und der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung bereit sein, das Krankenhaus zu verlassen. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements sichergestellt werden.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	▪ Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten ▫ Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden. ... psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden. (Voll und ganz bereit/Eher bereit/Eher nicht bereit/Gar nicht bereit/Trifft auf mein Kind nicht zu/Weiß nicht) ▫ Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, durch einen Pflegedienst). ... bereit, den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können). (Voll und ganz bereit/Eher bereit/Eher nicht bereit/Gar nicht bereit/Trifft auf mich nicht zu/Weiß nicht)

Weitere Hinweise	■ Spezifische Berechnung des Indikators basierend auf den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ ■ Verteilungsbasierter Referenzbereich ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Risikoadjustierung basierend auf Angaben aus der Patientenbefragung vorgesehen. Mögliche Variablen: ▫ Alter der Patientin / des Patienten ▫ Geschlecht der Patientin / des Patienten ▫ Anzahl Komorbiditäten ▫ Polymedikation ▫ Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte ▫ Geplante oder ungeplante Aufnahme ▫ Dauer des Krankenhausaufenthalts ▫ Entlassort
Leitfragen	■ Wie und wann wird mit Patientinnen und Patienten besprochen, wann sie körperlich und psychisch sowie mit der Unterstützung durch andere Personen bereit für die Entlassung sind (z. B. Entlassung erfolgt, sobald keine medizinische Notwendigkeit für stationäre Behandlung vorliegt, jedoch wird die Genesung erst nach der Entlassung erfolgen)? ■ Welche Gründe kann es geben, dass minderjährige Patientinnen und Patienten und ihre Eltern/Sorgeberechtigte zum Zeitpunkt der Entlassung nicht bereit waren, das Krankenhaus zu verlassen? ■ Welche dieser Gründe treffen für die körperliche und psychische Verfassung des Kindes zu? Welche dieser Gründe betreffen die Unterstützung der Eltern/Sorgeberechtigten durch dritte Personen (bspw. Familie/Angehörige) und die Wahrnehmung der Eltern, nach der Entlassung den Alltag mit dem Kind bewältigen zu können? ■ Treffen die Gründe für die Mehrzahl der minderjährigen Patientinnen und Patienten und deren Eltern/Sorgeberechtigten zu? Verbindung zu QI 45xx00 (Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus/Besprechen der Entlassfähigkeit): ■ Welche Themen werden regelhaft mit den Eltern/Sorgeberechtigten und ihren Kindern bzw. mit den Jugendlichen bzgl. der Entlassfähigkeit besprochen? ■ Wie und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) wird mit Eltern/Sorgeberechtigten und den Kindern/Jugendlichen besprochen, ob sie bereit für die Entlassung sind? Welche Profession bespricht die Entlassvoraussetzungen? ■ Welche Maßnahmen werden ergriffen, wenn eine Entlassung erfolgt, obwohl die Eltern/Sorgeberechtigten bzw. die Kinder/Jugendlichen sich nicht breit fühlen, entlassen zu werden?

Anhang D.2: Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Anhang D.2.1: Gründe zur rechnerischen Auffälligkeit und Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen

Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit	QI-Ergebnis / Antwort im Datenfeld	Indikatorspezifische Leitfragen
Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“		
Keine Verfahrensregelung vorhanden	DF 3 = 0 ³³	Welche Organisationseinheit ist für die Erstellung einer Verfahrensregelung für das Entlassmanagement verantwortlich? Welche Akteure (Funktionsbezeichnung) /Fachabteilungen müssen in die Erstellung miteinbezogen werden? Welche Ressourcen (personelle, technische oder zeitliche) sind notwendig, um die Prozesse des Entlassmanagements in der praktischen Versorgung einheitlich umzusetzen und eine Verfahrensregelung zu erstellen? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um eine Verfahrensregelung zu erstellen?
Verfahrensregelung nicht autorisiert	DF 4 = 0	Welche Organisationseinheit ist für die Einholung der Freigabe einer Verfahrensregelung für das Entlassmanagement verantwortlich? Welche Akteure (Funktionsbezeichnung) /Fachabteilungen müssen in die Erstellung miteinbezogen werden?

³³ Sofern der Leistungserbringer im Erfassungsjahr für eine Teilnahme im externen QS-Audit vorgesehen war, dieser im Rahmen dessen aber keine Verfahrensregelung übermittelt hat, wird angenommen, dass eine Verfahrensregelung nicht über das gesamte Erfassungsjahr vorlag. In diesem Fall ist, unabhängig von einer rechnerischen Auffälligkeit, ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten, mit dem Grund für die Auffälligkeit „Keine Verfahrensregelung vorhanden“.

Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit	QI-Ergebnis / Antwort im Datenfeld	Indikatorspezifische Leitfragen
		Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um die Verfahrensregelung zu autorisieren?
Verfahrensregelung nicht zugänglich	DF 5 = 0	Welche digitalen/analoge hausinternen Möglichkeiten bestehen, um die Verfahrensregelung zugänglich zu machen (z. B. durch ein Dokumentenmanagementsystem)? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um die Verfahrensregelung allen am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich zu machen?
Teilprozesse des Entlassmanagement nicht geregelt		
▪ Kriteriengeleitete Ersteinschätzung	DF 6 = 0	Welche Akteure (Funktionsbezeichnungen) /Fachabteilungen müssen in die Regelung und den Ablauf des Teilprozesses einbezogen werden? Welche Ressourcen (personelle, technische oder zeitliche) sind notwendig, um den Teilprozess in der praktischen Versorgung einheitlich umzusetzen und in der Verfahrensregelung mit aufzunehmen? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um den Teilprozess zu regeln und in die Verfahrensregelung mit aufzunehmen?
▪ Differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs	DF 7 = 0	
▪ Dokumentation im Entlassplan	DF 8 = 0	
▪ Mitgabe eines bundeseinheitlichen Medikationsplans	DF 9 = 0	
▪ Maßnahmen zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung	DF 10 = 0	
▪ Mitgabe und Übermittlung des Entlassbriefes	DF 11 = 0	
▪ Zeitraum für die Übermittlung des Entlassbriefes	DF 12 = 0 ODER DF 12 = 1 UND DF 13 ≤ 14	

Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit	QI-Ergebnis / Antwort im Datenfeld	Indikatorspezifische Leitfragen
Mitgabe und Übermittlung des Pflegeüberleitungsboogens	DF 14 = 0	
Abläufe für die Teilprozesse nicht geregelt	DF 15 = 0	Inwiefern fehlt eine Festlegung von Abläufen für die Teilprozesse in der Verfahrensregelung? Welche Akteure (Funktionsbezeichnungen) /Fachabteilungen müssen in die Festlegung des Ablaufs des Teilprozesses/der Teilprozesse miteinbezogen werden? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um den Ablauf des Teilprozesses/der Teilprozesse zu regeln und in die Verfahrensregelung mit aufzunehmen?
Verantwortlichkeiten nicht geregelt		
Ärztliche Personal	DF 16 = 0	Inwiefern fehlt eine Festlegung der Verantwortlichkeiten für die Teilprozesse in der Verfahrensregelung? Welche Akteure (Funktionsbezeichnung) /Fachabteilungen müssen in die Regelung der Verantwortlichkeiten für den Teilprozess einbezogen werden? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um die Verantwortlichkeiten für den Teilprozess/die Teilprozesse zu regeln und in die Verfahrensregelung mit aufzunehmen?
Pflegekräfte	DF 17 = 0	
Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	DF 18 = 0 ODER DF 19 = 0	
Krankenhausinterne Evaluation des Entlassmanagement nicht geregelt	DF 20 = 0	Inwiefern fehlen Vorgaben für die interne Evaluation des Entlassmanagements in der Verfahrensregelung? Sind Frequenz bzw. Fallauswahl für die interne Evaluation in der Verfahrensregelung festgehalten?

Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit	QI-Ergebnis / Antwort im Datenfeld	Indikatorspezifische Leitfragen
		Welche Akteure (Funktionsbezeichnung) /Fachabteilungen müssen in die Regelung zur internen Evaluation einbezogen werden?
Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“		
Schulungsquote nicht erreicht	Signifikante Abweichung vom Referenzbereich	In welcher Frequenz werden Schulungen zur hausinternen Verfahrensregelung angeboten? In welchem Format werden die Schulungen angeboten (Präsenz/Online/E-Learning)? Welche Professionen führen die Schulungen durch? Wie wird sichergestellt, dass die Schulungen in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise erfolgt? Wie werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die verpflichtenden Schulungen hingewiesen? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um die Schulungen zur hausinternen Verfahrensregelung gemäß den Anforderungen umzusetzen?
Schulungen nicht dokumentiert	DF 21.2 = 1 ODER DF 22.2 = 1	In welchem Format werden die Schulungen angeboten (Präsenz/Online/E-Learning)? Welche Professionen führen die Schulungen durch? Welche hausinternen Möglichkeiten zur Dokumentation bestehen für das Schulungsformat? Welche Akteure (Funktionsbezeichnung) sind dafür verantwortlich, die Schulungen zu dokumentieren?

Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit	QI-Ergebnis / Antwort im Datenfeld	Indikatorspezifische Leitfragen
		Wie werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter identifiziert, die für die Schulungen zur hausinternen Verfahrensregelung von Relevanz sind? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um die durchgeführten Schulungen zu dokumentieren?

Anhang D.2.2: Kriterien zur Bewertung des Indikatorergebnisses

Kategorie gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)	Kriterien zur Einordnung
A-Kategorie	Die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung ist durch Ressourcen-gründe wie z. B. einen Personalmangel begründet (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)
	Die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung ist durch Strukturän-derungen im Krankenhaus wie z. B. Personalwechsel oder Umstel-lung der IT-Systeme begründet (A71: Hinweis auf Struktur- und Pro-zessmängel)
	Die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung ist bereits durch Maß-nahmen behoben worden (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozess-mängel)
	Nicht-Abgabe oder unvollständige Abgabe einer Stellungnahme (A72: keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt)
	Darlegungen und Erläuterungen beziehen sich nicht auf die Pro- zesse und Strukturen, die mit der Nicht-Erfüllung der Qualitätsan- forderung zusammenhängen (A72: keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt)
	Nicht-Information über die Dokumentationspflicht (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)
U-Kategorie	Überschreiten der Datenlieferfrist (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)
	<i>Für die U-Kategorie sind prospektiv, vor Beginn des Erprobungszeit-raums, keine Gründe ersichtlich, die eine Einordnung eines rechner-isch auffälligen Indikatorergebnisses in diese Kategorie begründen.</i>
D-Kategorie	Qualitätsindikator Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement: Sofern der Leistungserbringer darlegt, dass es sich beim dem Grund, der zur Auffälligkeit geführt hat, nur um ei-nen Dokumentationsfehler handelt, muss der Leistungserbringer eine Kopie der Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Ent-llassmanagement an die Geschäftsstelle der LAG übermitteln. Durch eine Validierung der Dokumentation aus dem Erhebungsbogen mit der übersendeten Verfahrensregelung kann geprüft werden, ob es sich beim Grund der rechnerischen Auffälligkeit ausschließlich um einen Dokumentationsfehler handelt. Da keine Neuberechnung der Indikatorergebnisse nach der derzeitig gültigen DeQS-RL möglich ist, muss in diesem Fall die Kategorie D vergeben werden (D80: un-vollständige oder falsche Dokumentation oder D81: Softwareprob-leme haben falsche Dokumentation verursacht)

Kategorie gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)	Kriterien zur Einordnung
	Qualitätsindikator Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung: Sofern der Leistungserbringer darlegt, dass es sich beim dem Grund, der zur Auffälligkeit geführt hat, nur um einen Dokumentationsfehler handelt muss die Primärdokumentation (digital oder analog) der Schulungen eingefordert werden, aus der ersichtlich wird, dass eine Dokumentation der Schulungen stattgefunden hat und welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu welchem Datum geschult worden sind. Die Dokumentation ist dafür im Vorfeld durch den Leistungserbringer zu anonymisieren. Weiterhin muss vom Krankenhaus dargelegt werden, welche Angabe aus dem Dokumentationsbogen somit fehlerhaft war. Da auch hier keine Neuberechnung möglich ist, muss in diesem Fall die Kategorie D vergeben werden (D80: unvollständige oder falsche Dokumentation oder D81: Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht).
K-Kategorie	Unterjährige Gründung des Standortes im Erfassungsjahr
	Aufgabe des Standortes im Erfassungsjahr
	Aufgabe des Standortes im Auswertungsjahr
	(Nationale) Situationen mit besonderer Tragweite für die stationären Leistungserbringer, z. B. in Folge einer epidemischen/ pandemischen Situation
	Qualitätsindikator Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung: Unterjähriger, anhaltender Datenverlust durch den Ausfall des IT-Systems, sodass keine Dokumentation der Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für das gesamte Erfassungsjahr gewährleistet werden konnte. Hierbei muss der Leistungserbringer durch eine Veröffentlichung des Datenverlustes darstellen, inwiefern die Umstände einen Nachweis der durchgeführten Schulungen verhindert hat.
S-Kategorie	Stellungnahmeverfahren konnte nicht fristgerecht abgeschlossen werden (S92: DeQS Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden)
	Keine andere der einrichtungsbezogenen Kategorien ist zutreffend (S99: Sonstiges inkl. Kommentierung)

Anhang E: Externe Beteiligung

Anhang E.1: Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Sitzung des Expertengremiums vom 5. September 2024

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation
Hr. Prof. Dr. med. Alexander Beck	▪ Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Sportmedizin und Sportverletzungen des Klinikums Würzburg Mitte gGmbH ▪ Facharzt für Chirurgie und für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Unfallchirurgie
Fr. Karin Borchert	▪ Patientenmanagerin Neonatologie an der Charité-Universitätsklinikum Berlin ▪ examinierte Pflegefachkraft (Pädiatrie)
Hr. Tobias Cramer	▪ Patientenvertretung beim G-BA
Hr. Dr. med. Matthias Fabian	▪ Oberarzt der Abteilung Hämatologie/Onkologie des Katharinenhospitals im Klinikum Stuttgart ▪ Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
Fr. Barbara Giavarra-Kalker	▪ Leitung Case Management der AGAPLESION Frankfurter Diakonie Kliniken ▪ examinierte Pflegefachkraft (Pädiatrie)
Fr. Marie-Caroline Hammerer	▪ Chefärztin in der Klinik für Akutpsychosomatik für Erwachsene MEDICLIN Seepark Klinik Bad Bodenteich ▪ Fachärztin für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin
Fr. PD Dr. med. Britta Hüning	▪ Oberärztin Neonatologie, Klinik für Kinderheilkunde, Ärztliche Leitung Pädiatrisches Entlassmanagement am Universitätsklinikum Essen ▪ Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt Neonatologie
Fr. Theresia Jaffke	▪ Stellvertretende Pflegedirektion Klinikum Lüneburg ▪ Dipl. Pflegewirtin

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation
Hr. Dr. med. Robin John	- Niedergelassen tätig in Gemeinschaftspraxis Schönebeck - Facharzt für Allgemeinmedizin
Fr. Marie-Julie Kelm	- Sozialdienst im Evangelischen Diakonie Krankenhaus gGmbH Bremen - Pflegewissenschaftlerin, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Fr. Sibylle Kraus	- Leitung Sozialdienst/Case Management; Leitung Therapeutische Dienste Somatik der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH - Dipl.-Sozialarbeiterin (FH), Sozialmanagerin, Case Managerin (DGCC)
Fr. Cordula Mühr	Patientenvertretung beim G-BA
Fr. Astrid Schenck	- Leitung Sozial- und Case Management im RoMed Klinikverbund Rosenheim - Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Fr. PD Dr. med. Sarah Bettina Stanzel geb. Schwarz	Fachärztin für Innere Medizin (Pneumologie) Universität Witten/Herdecke
Hr. Heiko Stehling	- Geschäftsführung Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege der Hochschule Osnabrück - Pflegewissenschaftler (MScN), examinierter Krankenpfleger
Hr. Prof. Dr. med. Christoph Stellbrink	- Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin an den Städtischen Kliniken Bielefeld - Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie
Fr. Cindy Stoklossa	- Leitung Sozialdienst, Care- und Case Management Charité-Universitätsmedizin Berlin - Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, M.A. Sozialmanagement, examinierte Pflegefachkraft
Fr. Felizitas Winkler	- Leitung Zentrales Qualitätsmanagement in der Wicker Klinik Bad Wildungen - Soziologin (M.A.), examinierte Pflegefachkraft

Zusätzlich haben jeweils eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften Nordrhein-Westfalen und Bayern an der Sitzung des Expertengremiums teilgenommen.

Anhang E.2: Ergebnisse der externen Beteiligung und Empfehlungen des IQTIG

Anhang E.2.1: Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation

Anhang E.2.1.1: Überarbeitung der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Ergebnisse des Expertengremiums

Der Qualitätsindikator wurde in seiner überarbeiteten Operationalisierung den Expertinnen und Experten inklusive des vom IQTIG empfohlene Referenzbereich vorgestellt. Vom Expertengremium wurden hierzu keine Notwendigkeiten zur Anpassung geäußert.

Anhang E.2.1.2: Überarbeitung der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“

Ergebnisse des Expertengremiums

Der Qualitätsindikator wurde in seiner überarbeiteten Operationalisierung den Expertinnen und Experten inklusive des vom IQTIG empfohlenen Referenzbereich vorgestellt. Vom Expertengremium wurden hierzu keine Notwendigkeiten zur Anpassung geäußert. Weiterhin hat das IQTIG den Vorschlag ins Gremium eingebracht, für den Indikator ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Indikator einzubeziehen, die in der Summe mindestens 3 Monate im Erfassungsjahr arbeitsfähig war. Damit sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der Leistungserbringer nur die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schulen kann, die in einem ausreichenden Ausmaß im Erfassungsjahr arbeitsfähig waren. Die Expertinnen und Experten konnten dem Vorschlag des IQTIG folgen, sprachen sich jedoch dafür aus, diesen Tatbestand, insofern er eine Erfüllung der geforderten Schulungsquote entgegensteht, im Stellungsverfahren zu berücksichtigen, da der Aufwand für die Erfassung und Angabe der Arbeitsfähigkeit zu hoch sei.

Empfehlungen IQTIG

Das IQTIG kann der Einschätzung des Expertengremiums bezüglich eines erhöhten Aufwandes zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit folgen. Da allerdings im Stellungsverfahren keine Neuberechnung der Indikatoren möglich ist und somit bei jedem Leistungserbringer, bei dem eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter längerfristig nicht arbeitsfähig war, aus der qualitativen Bewertung des Indikators herausfallen würde, hat das IQTIG die Operationalisierung des Indikators anderweitig angepasst. Der Indikator soll nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfassen, die am Ende des Erfassungsjahres noch am Krankenhausstandort beschäftigt waren. Das IQTIG geht davon aus, dass neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im ersten Jahr der Anstellung längerfristig

nicht arbeitsfähig waren, nicht über das Jahr hinaus beim Leistungserbringer beschäftigt bleiben. Weitere, vereinzelte Abwesenheiten neuer Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, die z. B. durch Mutterschutz entstehen können, können durch den Referenzbereich abgefangen werden.

Anhang E.2.2: Externes QS-Audit

Anhang E.2.2.1: Ergebnisse der Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit

LAG-Treffen

Im Rahmen der Konzeptpräsentation und Beratung mit den Vertreterinnen und Vertretern der LAG-Geschäftsstellen wurde auf die Bedeutung der Schnittstellenproblematik zwischen den entlassenden Leistungserbringern und den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern hingewiesen. So fände ein wichtiger Informationsaustausch beim Übergang der Patientin bzw. des Patienten in die Weiterversorgung statt und es sei entsprechend sinnvoll, auch die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer in das externe QS-Audit einzubeziehen. Darüber hinaus wurde der Aspekt des „Drehtüreffekts“ im Rahmen von Wiederaufnahmen angemerkt, der ein wichtiges Outcome im Entlassmanagement darstellt, das gemessen werden sollte.

Sitzung des Expertengremiums

In der Sitzung des Expertengremiums wurde insbesondere die Festlegung der Merkmale aus dem Aspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ für das externe QS-Audit diskutiert. Aus Sicht der Expertinnen und Experten sei es notwendig, auch weitere Maßnahmen im externen QS-Audit, wie z. B. die sozialmedizinische Nachsorge, Anschlussheilbehandlung und ambulante Pflege, zu betrachten. Für das ursprünglich als Inhalt definierte Merkmal zur „Organisation notwendiger Krankentransporte unmittelbar nach Entlassung“ wurde von einer Expertin argumentiert, dass dieser Prozess in der Versorgungspraxis kein Problem darstelle und man sich vielmehr auf die Prozesse konzentrieren solle, die in der Praxis verbesserungswürdig seien. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass es wichtig sei, das digitale Überleitungsmanagement zu prüfen und in dem Zusammenhang beispielsweise die digitale Übermittlung von Medikationsplänen und Entlassbriefen an den (ambulant) weiterbehandelnden Leistungserbringer eine wichtige Schnittstelle zwischen Leistungserbringern darstelle.

Empfehlungen IQTIG

Bezogen auf die Anmerkungen der Landesarbeitsgemeinschaften zur Schnittstellenproblematik zwischen den entlassenden und nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern weist das IQTIG darauf hin, dass eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern, die insbesondere relevante Kommunikationsprozesse an der Schnittstelle erfassen könnte, vor dem Hintergrund einer realistischen Aufwand-Nutzen-Abwägung derzeit nicht empfohlen wird. Die Durchführbarkeit der Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern wurde dazu bereits in der Konzeptstudie geprüft (IQTIG 2019). Wie auch durch das Expertengremium angemerkt

stellt die digitale Übermittlung von Entlassdokumenten einen wichtigen Prozess an der Schnittstelle zwischen Leistungserbringern dar, daher soll insbesondere in der Prozessprüfung ein Augenmerk auf den digitalen Arbeitsmitteln und Routinen bei den Übermittlungsprozessen liegen.

In Bezug auf die Anmerkungen der Landesarbeitsgemeinschaften zu „Drehtüreffekten“ weist das IQTIG daraufhin, dass zum Qualitätsmerkmal „Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ aufgrund einer nicht eindeutigen Zuschreibbarkeit der Verantwortlichkeit zum Leistungserbringer ein zentrales Kriterium für einen Qualitätsindikator nicht erfüllt ist (IQTIG 2023). Auch im Rahmen des externen QS-Audits ergibt sich dazu keine veränderte Einschätzung. Außerdem könnten nur Wiederaufnahmen am selben Standort betrachtet werden (siehe Abschnitt 5.2.2.5 im Abschlussbericht). Ein Bezug zum Outcome des Entlassmanagements im Gesamtverfahren besteht weiterhin durch die Patientenbefragung. Bezüglich der Anmerkung des Expertengremiums zur Aufnahme weiterer Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung muss herausgestellt werden, dass im externen QS-Audit ausschließlich Merkmale enthalten sind, deren Qualitätsanforderungen nicht bereits durch andere Erfassungsinstrumente des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* adressiert werden. Merkmale zur Organisation von Anschlussheilbehandlung, sozialmedizinischer Nachsorge und ambulanter Pflege sind bereits durch die Fragebögen der Patientenbefragung abgedeckt. Die Merkmale zur Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung, die für das externe QS-Audit ausgewählt worden sind, zielen auf eine Patientengruppe ab, die sowohl aus verfahrenstechnischer als auch ggf. kognitiver Sicht nur eingeschränkt durch eine Patientenbefragung erreicht werden kann. In Abhängigkeit der zeitlichen Ressourcen beim Vor-Ort-Besuch können über die definierten Inhalte hinaus selbstverständlich auch weitere Prozesse von den Expertinnen und Experten einrichtungsspezifisch betrachtet werden. Aufgrund dessen, dass von einer Person aus dem Expertengremium eine gute Umsetzung von Krankentransporten in der Versorgungspraxis hervorgehoben wurde und eine ähnliche Argumentation bereits in der Sitzung des Expertengremiums in der Qualitätsindikatorentwicklung angeführt wurde, entschied das IQTIG, das zugehörige Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger Krankentransporte unmittelbar nach Entlassung“ nicht weiter als Inhalt für das externe QS-Audit zu berücksichtigen.

Anhang E.2.2.2: Element der Dokumenten- und Prozessprüfung

LAG-Treffen

Im Austausch mit den Landesarbeitsgemeinschaften wurde bezüglich der Dokumenten- und Prozessprüfung angemerkt, dass die unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben der Landeskrankenhausgesetze bei der Prüfung von Qualitätsanforderungen im externen QS-Audit berücksichtigt werden müssen. Dies könne sich auf die Ausgestaltung der Prozesse und die Dokumentationsqualität auswirken, z. B. wenn Krankenhäuser eines Bundeslandes regelhaft eine Stationsapothekerin bzw. einen Stationsapotheker vorhalten müssen. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass festgelegt werden müsse, wie bei Feststellung erheblicher Missstände und Verstöße gegen die gesetzlichen Vorgaben des Entlassmanagements vorzugehen sei.

Sitzung des Expertengremiums

In der Sitzung des Expertengremiums wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass die Leitfäden zur Prozess- und Dokumentenprüfung vor einem Regelbetrieb detailliert geprüft und z. T. inhaltlich ergänzt bzw. überarbeitet werden sollten. Am Beispiel des Medikationsplans wurde argumentiert, dass sich in der Erstellung und Dokumentation von Arzneimitteln im Medikationsplan im Zuge der Digitalisierung im Gesundheitswesen und der Umstellung auf die elektronische Patientenakte zukünftig Änderungen ergeben werden, die sich auch auf die Leitfragen bzw. Erläuterungen in der Prozess- und Dokumentenprüfung auswirken können. Weiterhin wurde angemerkt, dass es schwierig sei, auf der vierstufigen Antwortskala der Dokumentenprüfung eine Einschätzung zu treffen, da die Qualitätsanforderungen unterschiedlich zu gewichten seien. Eine einfache Auswahl zwischen den Kategorien „trifft zu“ und „trifft nicht zu“ sei hier bevorzugt. Bezüglich der Anforderung zur Mitgabe von Entlassdokumenten wurde darauf hingewiesen, dass die Mitgabe derzeit sehr unterschiedlich in den Patientenakten dokumentiert werde, dies aber zukünftig im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens standardmäßig abzubilden sei. Bezüglich der Anforderung aus dem Rahmenvertrag Entlassmanagement und der ursprünglich in der Dokumentenprüfung formulierten Anforderung, dass für die Einleitung und Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung eine frühzeitige Kontaktaufnahme der Krankenhäuser zu den weiterbehandelnden Leistungserbringern sowie ggf. zur Kranken- bzw. Pflegekasse stattfinden soll, wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass eine genauere Definition des Begriffs „frühzeitig“ aufgrund der patientenindividuellen Bedürfnisse und der dynamischen Prozesse im Krankenhaus nicht festgelegt werden könne. Die Expertinnen und Experten kritisierten darüber hinaus, dass die Merkmale zur Evaluation des Entlassprozesses zu umfangreich seien und dass eine Umsetzung eines umfassenden Evaluationskonzeptes sehr aufwändig sei. Die Expertinnen und Experten waren sich uneinig, ob eine Integration einer Abfrage zur Evaluation des Entlassprozesses auf Ebene einzelner Fälle, z. B. bei vulnerablen Patientinnen und Patienten, in der Dokumentenprüfung (siehe Abschnitt 5.3.1.1 im Abschlussbericht) sinnvoll wäre. Die Relevanz einer Evaluation sahen die Expertinnen und Experten im Sinne des PDCA-Zyklus zwar grundsätzlich als hoch an, jedoch würde in der Versorgungspraxis eher aufgrund von einzelnen Beschwerden im multiprofessionellen Team evaluiert.

Empfehlungen IQTIG

Bezüglich der Anmerkungen aus dem Treffen mit den Landesarbeitsgemeinschaften ist hervorzuheben, dass bei der Prozess- und Dokumentenprüfung regelhaft die einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und somit auch die jeweiligen gesetzlichen Vorgaben des Bundeslandes vom Expertenteam und der Vertreterin bzw. dem Vertreter der Landesarbeitsgemeinschaft zu berücksichtigen sind. Im externen QS-Audit können dabei strukturelle Rahmenbedingungen, wie z. B. die Beschäftigung einer Stationsapothekerin bzw. eines Stationsapothekers und die Auswirkungen auf die Umsetzung des Entlassmanagements, herausgearbeitet werden, über die anschließend bundesweit aggregiert und qualitativ berichtet wird. Für die spätere Ergebnisbetrachtung auf

Leistungserbringerebene sind unterschiedliche gesetzliche Vorgaben außerdem unproblematisch, da keine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung der Bewertungsergebnisse des externen QS-Audits vorgesehen ist (siehe Abschnitt 5.6 im Abschlussbericht). Insofern im Rahmen des externen QS-Audits gravierende Mängel der Patientensicherheit erkannt werden ist gemäß § 137 Abs. 3 Satz 5 SGB V und § 15 MD-QK-RL eine Meldung an die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder vorzunehmen.

Bezüglich der Anmerkungen aus der Sitzung des Expertengremiums zur Überprüfung der Leitfäden weist das IQTIG darauf hin, dass diese Überprüfung wesentlicher Bestandteil einer Machbarkeitsprüfung im Rahmen einer Folgebeauftragung sein muss. Im Zuge dessen muss auch geprüft werden, ob die Antwortskalen der Prozess- und Dokumentenprüfung geeignet und reliabel anwendbar sind. Zur Anwendung der vierstufigen Antwortskala wurden bereits im Konzept die Definitionen der einzelnen Antwortkategorien vorgestellt (siehe Abschnitt 5.3.1.1 im Abschlussbericht). Bezüglich der Anmerkungen zur Dokumentation von Mitgaben der Entlassdokumente ist es aus Sicht des IQTIG notwendig, dass diese in der Behandlungs- und Entlassdokumentation nachvollziehbar dokumentiert werden, da diese einen wesentlichen Prozess des Entlassmanagements und der Informationsweitergabe an weiter- bzw. nachsorgende Leistungserbringer darstellen. Angesichts der Diskussion im Expertengremium, dass eine Definition des Begriffs „frühzeitig“ nicht möglich sei, entschied das IQTIG, die Formulierung in den Erläuterungen zur Dokumentenprüfung nicht weiter beizubehalten und ausschließlich abzufragen, ob eine Organisation der Maßnahmen zur Weiterversorgung erfolgte (siehe Anhang C.3). Weiterhin sollen die Merkmale zur Evaluation des Entlassprozesses infolge der Anmerkungen durch das Expertengremium nur auf einer Prozessebene (siehe Abschnitt 5.3.1.2 im Abschlussbericht) und nicht auf Ebene einzelner Entlassfälle oder, wie vormals empfohlen, als separates Evaluationskonzept geprüft werden. Auf einer strukturellen Ebene wird eine krankenhausinterne Evaluation als Bestandteil der Verfahrensregelung (siehe Anlage Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation) gefordert.

Anhang E.2.2.3: Element der Nachbesprechung

LAG-Treffen

Die Mehrheit der Vertreterinnen und Vertreter der Landesarbeitsgemeinschaften bestätigten bezüglich der Nachbesprechung im externen QS-Audit, dass der Aufgabenumfang für die Vertreterin bzw. den Vertreter der Landesarbeitsgemeinschaften (Moderation und Protokollierung) zielführend und zu bewältigen sei. Es wurde weiterhin darauf hingewiesen, dass eine unmittelbare und konkrete Formulierung von Optimierungsmaßnahmen durch die Leistungserbringer aufgrund der zeitlichen Ressourcen in der Nachbesprechung nicht erwartbar sei und dies eine umfangreiche Vorbereitung des Leistungserbringers voraussetzen würde. Somit sei es nicht realistisch, dass nach Abschluss des Vor-Ort-Besuchs bereits ein verbindlicher Maßnahmenplan vorläge. Die Landesarbeitsgemeinschaften sprachen sich dafür aus, lediglich Ideen und Vorschläge für Optimierungsmaßnahmen zu sammeln, die im Anschluss durch die Leistungserbrin-

ger genauer zu definieren seien. In dem Zusammenhang sei allerdings auch der vom IQTIG zunächst vorgeschlagene Zeitrahmen von zwei Wochen zur internen Konsentierung und Ausarbeitung des Maßnahmenplans beim Leistungserbringer zu kurz gewählt. Außerdem wurde durch die Landesarbeitsgemeinschaften angemerkt, dass die Umsetzung der konsentierten Maßnahmen bei den Leistungserbringern im Nachgang des externen QS-Audits nicht mehr evaluiert werden würden und somit ein Anreiz für die Leistungserbringer bestünde, diese nicht weiterzuverfolgen. Des Weiteren wurde der Vorschlag begrüßt, dass Leistungserbringer ihre Teilnahme am externen QS-Audit und ihre Ergebnisse sowie ggf. Best-Practice-Beispiele eigenständig veröffentlichen können, da zunächst nach Empfehlungen des IQTIG keine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung der Teilnahme vorgenommen werden sollte.

Empfehlungen IQTIG

Wie in Abschnitt 5.7 des Abschlussberichtes ausführlich erläutert, findet bereits im Vorfeld des Vor-Ort-Besuchs ein Austausch zwischen den LAG-Geschäftsstellen und den teilnehmenden Leistungserbringern zur Terminabsprache und zum Informationsaustausch statt. Im Zuge dessen erhalten die Leistungserbringer auch die notwendigen Informationsmaterialien, anhand derer sie sich über den Ablauf des Vor-Ort-Besuchs sowie die Prüfinhalte informieren und erste Überlegungen zu ihren Prozessen des Entlassmanagements und möglichen Optimierungsansätzen machen sollen. Aus Sicht des IQTIG ist anzunehmen, dass die Leistungserbringer dadurch ausreichende Vorbereitungen treffen, um ihr Entlassmanagement in der Nachbesprechung kritisch zu reflektieren und in diesem Rahmen bereits, unterstützt durch das Expertenteam, mögliche Optimierungsmaßnahmen formulieren können. Auf Grundlage der Rückmeldungen aus dem Treffen mit den Landesarbeitsgemeinschaften sowie aus dem Beteiligungsverfahren wurde der Zeitraum für die Abstimmung des Maßnahmenplans bei den Leistungserbringern im Nachgang des Vor-Ort-Besuchs von zwei auf acht Wochen verlängert. Die Anmerkung zur Notwendigkeit einer Evaluation der festgelegten Maßnahmen ist aus Sicht des IQTIG nachvollziehbar. Da eine erneute Begehung zur Evaluation mit erheblichem Mehraufwand für die Landesarbeitsgemeinschaften und Expertenteams verbunden wäre und auch der mögliche Stichprobenumfang entsprechend angepasst werden müsste, hat das IQTIG eine schriftliche Abfrage in Form einer Selbstauskunft zur Umsetzung des Maßnahmenplans in das Konzept integriert. Diese soll im Folgejahr des externen QS-Audits durch die Landesarbeitsgemeinschaften an die Leistungserbringer versendet werden. Anschließend kann eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung erfolgen, ob Maßnahmen des Maßnahmenplans überwiegend umgesetzt bzw. nicht umgesetzt werden konnten. Eine Vorlage für die Abfrage ist in Anhang C.8 ersichtlich. In Abschnitt 5.7 des Abschlussberichtes wird die zeitliche Einordnung der Abfrage zur Umsetzung des Maßnahmenplans im Ablauf des externen QS-Audits erläutert. Das IQTIG versteht die Aufstellung eines Maßnahmenplans darüber hinaus als Anstoß zur Qualitätsförderung, der intern durch das Qualitätsmanagement der Krankenhäuser evaluiert werden soll.

Anhang E.2.2.4: Entwicklung eines Stichprobenkonzeptes

LAG-Treffen

Im Treffen mit den LAG-Geschäftsstellen wurde hinsichtlich der Empfehlung zur Stichprobenziehung der Krankenhausstandorte die Zugangsvoraussetzung der Übermittlung der hausinternen Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement hinterfragt. Es wurde infrage gestellt, ob es überhaupt Krankenhäuser gäbe, die keine Verfahrensregelung vorliegen haben, da dies eine Mindestanforderung gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement und somit gesetzliche Verpflichtung sei. Unter dieser Annahme sei ein Ausschluss von Krankenhausstandorten, die keine Verfahrensregelung vorlegen können, nicht relevant. Weiterhin wurde angemerkt, dass bei dem Stichprobenkonzept zur Ziehung der Krankenhausstandorte die perspektivischen Umstrukturierungen in der Versorgungslandschaft im Rahmen der Krankenhausreform berücksichtigt werden müssen. Mit der Eingrenzung des QS-Verfahrens auf Standorte, die Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement behandelt haben, würden bestimmte Krankenhausstandorte überhaupt nicht und andere Krankenhausstandorte überproportional häufig in das QS-Verfahren eingeschlossen werden. Die Eingrenzung auf Krankenhausstandorte, die mindestens 50 solcher Fälle im Vorjahr des Erfassungsjahres behandelt haben, würde diesen Effekt weiter verstärken. In der Folge würden nicht alle Krankenhausstandorte in die Qualitätsförderung eingeschlossen, obwohl alle Krankenhausstandorte zur Umsetzung des Entlassmanagements verpflichtet seien. Die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen befürworteten den Vorschlag des IQTIG, die Krankenhausstandorte aus der Stichprobe für das externe QS-Audit auszuschließen, die im Vorjahr des Erfassungsjahres rechnerisch auffällig wurden. Da Maßnahmen des Stellungnahmeverfahrens, wie z. B. Begehungen, auch bis in das Erfassungsjahr hineinreichen können, könnte dies zu einer Überschneidung mit dem externen QS-Audit führen. Während des LAG-Treffens kam zudem die Frage auf, ob alle Leistungserbringer eine QS-Software zur Auslösung der für das externe QS-Audit relevanten Patientinnen und Patienten auf Fallebene benötigen würden. Zum Abschluss der Vorstellung des Konzepts zum externen QS-Audit wurden die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen vom IQTIG gebeten, eine Einschätzung zum möglichen Umfang der Stichprobe auf Standortebene, in Abhängigkeit der gegenwärtigen Ressourcen ihrer Geschäftsstellen, abzugeben. Die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen waren sich einig, dass eine ad-hoc-Einschätzung während des LAG-Treffens ungenau und wenig belastbar sei, sodass nach dem LAG-Treffen eine erneute Online-Abfrage erfolgt ist (siehe Abschnitt 5.4.1.2 im Abschlussbericht). Es bestand zudem Einigkeit unter den LAG-Vertreterinnen und Vertretern darüber, dass das externe QS-Audit in der vorgestellten Konzeptversion seitens der Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften nur mithilfe eines Aufbaus weiterer Ressourcen leistbar sei.

Als Alternative zur vom IQTIG empfohlenen Stichprobe wurde für das QS-Audit eine übergreifende Ziehung von 5 % aller Krankenhausstandorte je Bundesland vorgeschlagen, ungeachtet des Kriteriums des Vorhandenseins von Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für

eine Entlassmanagement. Die daraus resultierende Stichprobe für die Vor-Ort-Besuche läge in einer Größenordnung, die von den Landesarbeitsgemeinschaften bereits im Zuge der Stichprobenziehung gemäß § 9 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL)³⁴ durchgeführt wurde. Weiterhin wurde vorgeschlagen statt übergeordneter Krankenhausstandorte die Fachabteilungen der Krankenhausstandorte zu adressieren. Die Expertinnen und Experten für die externen QS-Audits ließen sich so gezielter bestimmen und die Vergleichbarkeit der Auditergebnisse mit anderen Krankenhausstandorten bzw. deren Abteilungen würde steigen.

Sitzung des Expertengremiums

In der Sitzung des Expertengremiums wurde grundsätzlich die Konzeption des externen QS-Audits als ergänzendes Instrument im QS-Verfahren *Entlassmanagement* diskutiert. Aus Sicht der Patientenvertretung im G-BA solle das externe QS-Audit aufgrund von Auffälligkeiten in der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und/oder der Patientenbefragung des QS-Verfahrens, d. h. bei einer anlassbezogenen Stichprobe, zum Einsatz kommen. Aus Sicht der Vertretung der Landesarbeitsgemeinschaft NRW sei es nicht zielführend ein Instrument zu entwickeln, das in einem ähnlichen Format (in Form einer Begehung) wie im Stellungnahmeverfahren (gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL³⁵) durchgeführt wird, da hieraus unterschiedliche Kommunikationswege mit den Leistungserbringern im Rahmen der externen Qualitätssicherung entstehen würden. Es solle vielmehr möglich sein, das neue Instrument des externen QS-Audits mit den Ergebnissen aus dem Stellungnahmeverfahren zu verknüpfen. Ein Experte argumentierte, dass es bereits Eigeninitiativen bei den Leistungserbringern zur Qualitätsförderung gäbe und aufgrund des Rahmenvertrags Entlassmanagement viele Vorgaben für die Umsetzung des Entlassmanagements einzuhalten sind; somit sei keine Notwendigkeit für ein externes QS-Audit gegeben. Auf der anderen Seite wurde die Fokussierung auf die Qualitätsförderung des externen QS-Audits von anderen Expertinnen und Experten als sinnvoll eingeschätzt, da das Entlassmanagement in der Versorgungspraxis derzeit sehr unterschiedlich umgesetzt werde. Zwei Experten befürworteten das Konzept des externen QS-Audits, da es einerseits eine Reduktion des bürokratischen Aufwandes für die Leistungserbringer und andererseits eine intensivere Betrachtung der Prozesse vor Ort ermögliche, wodurch positive Praxisbeispiele des Entlassmanagements identifiziert und implementiert werden können. Es wurde jedoch angemerkt, dass die empfohlene Stichprobengröße von 10 % der Krankenhausstandorte für das Ziel einer breiten Qualitätsförderung zu gering sei, da somit nur wenige Leistungserbringer jährlich die Chance zur Teilnahme am externen QS-Audit erhalten und

³⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (nicht mehr in Kraft).

³⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 18. Juli 2024, in Kraft getreten am 27. November 2024. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 11.12.2020).

auch nur einzelne Best-Practice-Beispiele identifiziert werden können, die zur Qualitätsentwicklung genutzt werden können.

Empfehlungen IQTIG

Bezogen auf die Rückmeldung der Landesarbeitsgemeinschaften, wonach angenommen werden könne, dass Krankenhäuser aufgrund der gesetzlichen Anforderungen grundsätzlich über eine Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen, weist das IQTIG darauf hin, dass bereits in der Qualitätsindikatorenentwicklung ein relevantes Verbesserungspotenzial für das Qualitätsmerkmal „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess“ identifiziert werden konnte. Aus der Prüfung geht hervor, dass nicht alle Krankenhäuser in Deutschland eine Verfahrensregelung zum Entlassmanagement nutzen (IQTIG 2023: Kapitel 5). Für das externe QS-Audit ist es aus Sicht des IQTIG allerdings maßgeblich, dass Leistungserbringer grundlegende Regelungen für die Prozesse des Entlassmanagements vorliegen haben, um diese beurteilen, diskutieren und schließlich fördern zu können. Der Versand der Verfahrensregelung im Vorfeld des Vor-Ort-Besuchs dient weiterhin der inhaltlichen Vorbereitung des Expertenteams auf die Prozessgestaltung beim jeweiligen Leistungserbringer. Hinsichtlich der Anmerkung der Landesarbeitsgemeinschaften zur Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft im Rahmen der Krankenhausreform weist das IQTIG darauf hin, dass sich die Stichprobe immer auf die aktuellen Standortzahlen bezieht, sodass die Veränderungen durch die Krankenhausreform in jedem Fall berücksichtigt werden. Zur Auswirkung auf die Zusammensetzung der Stichprobe kann derzeit keine Aussage getroffen werden. Auf Grundlage der entwickelten QS-Auslösung kann anhand von anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse abgeschätzt werden, dass ein Ausschluss von Standorten mit weniger als 50 Fällen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement ca. 25 % der Krankenhausstandorte betreffen würde (siehe Abschnitt 5.4.1 im Abschlussbericht). Die Fokussierung auf Krankenhausstandorte mit Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement ist in Anbetracht der begrenzten Ressourcen zur Durchführung des externen QS-Audits angemessen und wird vom IQTIG weiterhin empfohlen. Da das externe QS-Audit als ergänzendes Erfassungsinstrument im QS-Verfahren *Entlassmanagement* entwickelt worden ist, kann es sich nur auf die Standorte beziehen, die auch im Rahmen der Patientenbefragung und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation QS-pflichtig werden. Somit schließt sich die Stichprobenziehung der Standorte an die Auswahl durch den QS-Filter für die Patientenbefragung an. Für das externe QS-Audit ist es aus Aufwand-Nutzen-Gründen außerdem sinnvoll, eine Prüfung der Behandlungs- und Entlassdokumentation von Entlassfällen vorzunehmen, aus denen eine besonders hohe Aussagekraft über die Ausgestaltung der Prozesse des Entlassmanagements hervorgeht. Der Ausschluss von Standorten mit weniger als 50 QS-pflichtigen Entlassfällen aus dem Vorjahr dient der Fokussierung der Standort-Grundgesamtheit bei begrenzten Ressourcen und der notwendigen Voraussetzung, dass eine ausreichende Anzahl an überprüfbaren Behandlungs- und Entlassdokumentationen in der Dokumentenprüfung vorliegen. Damit das externe QS-Audit über das gesamte Erfassungsjahr von den Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt werden

kann und entsprechend frühzeitig in Erfassungsjahr mit den Vor-Ort-Besuchen gestartet werden kann, ist eine Einschränkung der Mindestfallzahl aus Sicht des IQTIG notwendig (siehe Abschnitt 5.4.1.2 im Abschlussbericht). In Bezug auf die Frage zur Notwendigkeit einer neuen QS-Software zur Auslösung der für das externe QS-Audit relevanten Patientinnen und Patienten weist das IQTIG darauf hin, dass sich die Fallauslösung für das externe QS-Audit möglichst an den QS-Filter der Patientenbefragung anschließen soll und somit keine neue QS-Software explizit für die Auslösung der Patientinnen und Patienten für das externe QS-Audit notwendig wäre.

Das IQTIG empfiehlt weiterhin den Einbezug von Einrichtungen auf Standortebene, da das Entlassmanagement auch im externen QS-Audit als Querschnittsthema fachabteilungsübergreifend begutachtet werden soll, sodass eine Einschätzung bezogen auf den Standort getroffen werden kann. Ein direkter Vergleich zwischen Standorten, die unterschiedliche Fachabteilungen aufweisen können, ist nicht vorgesehen. Auch die Auswahl der Expertenteams ist hierdurch nicht eingeschränkt, da im externen QS-Audit nicht die Indikation oder Behandlung, sondern das Entlassmanagement begutachtet werden soll.

Bezüglich der Anmerkungen aus dem Expertengremium zur Ausrichtung des Konzeptes weist das IQTIG darauf hin, dass die Beauftragung vorsieht, dass für alle erhobenen Indikatoren des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* weiterhin eine qualitative und einrichtungsübergreifende Beurteilung sicherzustellen ist. Somit werden rechnerische Auffälligkeiten in den Indikatorergebnissen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach Teil 1 § 17 DeQS-RL überprüft und bei Bedarf Zielvereinbarungen zur Qualitätsförderung getroffen. Das IQTIG empfiehlt auch aus diesem Grund eine Abgrenzung der Stichprobe und der Inhalte des externen QS-Audits. Das externe QS-Audit kann aus Sicht des IQTIG neben dem Stellungnahmeverfahren und dem Verzicht auf eine fallbezogene QS-Dokumentation als ergänzendes Instrument eine wertvolle zusätzliche Perspektive auf die Umsetzung des Entlassmanagements in der Versorgungspraxis gewähren und eine breite Qualitätsförderung erreichen. Hinsichtlich der Anmerkung aus dem Expertengremium zur Stichprobengröße weist das IQTIG darauf hin, dass es sich bei der Empfehlung um eine ressourcenbedingte Mindeststichprobengröße handelt.

Anhang E.2.2.5: Rückmelde- und Berichtswesen (aggregierte Veröffentlichung)

LAG-Treffen

Im Rahmen des LAG-Treffens wurde angemerkt, dass die Zuständigkeiten bei der Erstellung von Berichten für das externe QS-Audit klarer herausgestellt werden sollten. Es sei nicht eindeutig, wie der Austausch zwischen den Leistungserbringern und den Landesarbeitsgemeinschaften im Nachgang der Vor-Ort-Besuche ablaufen solle und wie die Zuständigkeiten geregelt sind.

Sitzung des Expertengremiums

Von den Expertinnen und Experten wurde bezüglich des Berichts- und Rückmeldewesens angemerkt, dass nach Übermittlung des schriftlichen Ergebnisberichts, in dem der finalisierte Maßnahmenplan enthalten ist, auch eine Überprüfung stattfinden sollte, ob die vereinbarten Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung des Entlassmanagements bei den Einrichtungen beigetragen haben und ob z. B. zu implementierende Best-Practice-Beispiele auch in den spezifischen Einrichtungen erfolgreich umgesetzt werden konnten.

Empfehlungen IQTIG

Für die Aufgabenverteilung im Rahmen der Erstellung der Berichte empfiehlt das IQTIG, dass die Ergebnisberichte durch die Vertreterin bzw. den Vertreter der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft im Nachgang des Vor-Ort-Besuchs aufzubereiten und an den jeweiligen Leistungserbringer versendet werden soll. Die Zuständigkeit für die Erstellung des Ergebnisberichtes liegt somit bei den Geschäftsstellen. Die Prozess- und Dokumentenprüfung sowie die Diskussion mit den Leistungserbringern vor Ort ist durch das Expertenteam der Fachkommissionen zu verantworten. Die Bewertung im Rahmen des externen QS-Audits ist von allen Mitgliedern des Expertenteams zu tragen und bedarf keiner weiteren Abstimmung mit der Landesarbeitsgemeinschaft. Für die Anfertigung der Rückmeldeberichte, Bundesauswertung sowie des Bundesqualitätsberichts sind durch die LAG-Geschäftsstellen einerseits die quantitativen Ergebnisse des externen QS-Audits leistungserbringerbezogen und andererseits die qualitativen Ergebnisse (Stärken, Schwächen, Maßnahmen) aggregiert an die Bundesauswertungsstelle zu übersenden. Die Erstellung der Rückmeldeberichte, Bundesauswertung und Bundesqualitätsberichte erfolgt durch die Bundesauswertungsstelle. Für die Übermittlung der Ergebnisse an die Bundesauswertungsstelle sind die Geschäftsstellen verantwortlich. Bezogen auf die Rückmeldung der Expertinnen und Experten zur Überprüfung der Umsetzung des aufgestellten Maßnahmenplans hat das IQTIG im Konzept die Empfehlung angefügt, dass zum Ende des Folgejahres des Erfassungsjahres (EJ X + 1) eine Abfrage durchgeführt werden soll, inwieweit die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt werden konnten. Daraus kann sowohl der Nutzen des externen QS-Audits für den einzelnen Leistungserbringer abgeleitet werden als auch aggregiert im Bundesqualitätsbericht über den Umsetzungsgrad der Maßnahmen aus dem Erfassungsjahr X berichtet werden. Die Ergebnisse aus der Abfrage können darüber hinaus auf Länderebene dazu genutzt werden, Vorschläge zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens sowie zur Systemgestaltung abzuleiten.

Anhang E.2.2.6: Leistungserbringerbezogene Veröffentlichung

LAG-Treffen

In Bezug auf die leistungserbringerbezogene Veröffentlichung wurde im Rahmen des LAG-Treffens angemerkt, dass dem QS-Verfahren insgesamt eine hohe Bedeutung beigemessen wird. Ein QS-Instrument ohne Sanktionen und leistungserbringerbezogene Veröffentlichung eines Ergeb-

nisses sei neuartig und bewirke eine strategische Neuausrichtung der Landesarbeitsgemeinschaften, die normalerweise vorwiegend beratende Tätigkeiten ausführt. Im Hinblick auf eine sanktionsfreie Kultur innerhalb der Qualitätssicherung wurde von den Vertreterinnen und Vertretern der LAG-Geschäftsstellen angemerkt, dass es sinnvoll sein kann, wenn Leistungserbringer besonders positive Ergebnisse veröffentlichen können.

Sitzung des Expertengremiums

Vonseiten der Patientenvertretung im G-BA wurde angemerkt, dass die Patientinnen und Patienten keinen Nutzen aus einer ausschließlich aggregierten Veröffentlichung der Ergebnisse ziehen könnten. Von einzelnen Expertinnen und Experten kamen die Vorschläge, zumindest die Teilnahme an einem externen QS-Audit (und nicht das Ergebnis) oder auch die vereinbarten Maßnahmenpläne leistungserbringerbezogen in den strukturierten Qualitätsberichten zu veröffentlichen. Das Gremium räumte allerdings auch ein, dass ein schlechtes Ergebnis bei einer leistungserbringerbezogenen Veröffentlichung aufgrund des empfohlenen Stichprobenverfahrens für einen längeren Zeitraum in den strukturierten Qualitätsberichten stehen bleiben würde.

Empfehlungen IQTIG

Aus Sicht des IQTIG ist im Zusammenhang mit der leistungserbringerbezogenen Veröffentlichung die Fokussierung des neuen Instruments auf qualitätsfördernde Aspekte entscheidend, die durch eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung eines Ergebnisses erschwert würde. Ein abschließendes Qualitätsurteil wäre im externen QS-Audit mit verschiedenen Limitationen verbunden, die die Aussagekraft des Qualitätsurteils deutlich einschränken (z. B. fehlende Mindestanforderungen für die Prozessprüfung, kleine Fallstichprobe für die Dokumentenprüfung). Das IQTIG empfiehlt nach dem Beteiligungsverfahren allerdings zusätzlich zu der bereits zuvor empfohlenen Veröffentlichung der Nicht-Erfüllung der Voraussetzungen für die Durchführung des externen QS-Audits eine Positiv-Veröffentlichung vorzunehmen. Entsprechend kann in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser dargestellt werden, wenn ein Leistungserbringer Teil der Stichprobe war und die Voraussetzungen für das externe QS-Audit (Übermittlung einer Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement, Zustimmung zum Vor-Ort-Besuch, Aufstellung eines Maßnahmenplans) erfüllt hat. Zusätzlich kann veröffentlicht werden, ob der Maßnahmenplan ein Jahr nach dem Vor-Ort-Besuch überwiegend umgesetzt worden ist.

Anhang: E.2.2.7: Ablauf des externen QS-Audits

LAG-Treffen

Die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen merkten übergreifend an, dass die zunächst vom IQTIG veranschlagten Zeiten für die einzelnen Elemente des externen QS-Audits zu knapp bemessen seien und der Arbeitsaufwand für die Durchführung der externen QS-Audits bei einer Stichprobe von 10 % der Krankenhausstandorte unter der Voraussetzung zu hoch sei. So

seien beispielsweise die An- und Abreise zum jeweiligen Ort des Audits nicht mit in die Arbeitszeitplanung des externen QS-Audits einberechnet worden. Diesbezüglich schlugen die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen vor, grundsätzlich einen weiteren Arbeitstag für die Dienstreisen zur An- und Abreise einzuplanen. In Bezug auf die Prozessprüfung wurde im Rahmen des LAG-Treffens angemerkt, dass die Aufgaben, die die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen in der vorgegebenen Zeit durchführen sollen, in 90 Minuten nicht in angemessener Form zu leisten seien. Auch die benötigte Zeit für die Vor- und Nachbereitung des externen QS-Audits sei zu gering veranschlagt. Hier schlugen die LAG-Vertreterinnen und -Vertreter vor, mit mindestens einem Tag zu kalkulieren. Zur leichteren Umsetzbarkeit wurde außerdem ein zweistufiges Verfahren für das externe QS-Audit vorgeschlagen, bei dem anstatt einer reinen Vor-Ort-Prüfung zunächst die Dokumentenprüfung als Online-Fernprüfung stattfinden solle und nur bei weiterem Bedarf eine Prozessprüfung vor Ort vorgesehen wäre. Sollten keine Abweichungen in der Dokumentenprüfung festgestellt werden, solle keine weitere Prozessprüfung mehr vorgenommen werden. Dadurch können zum einen der zeitliche Aufwand für das Expertenteam als auch der Prüfaufwand beim Vor-Ort-Besuch reduziert werden. Als weiterer Vorschlag wurde eine regelmäßige landesbezogene Evaluation im Nachgang des externen QS-Audits in Form eines Workshop-Tages eingebracht, damit sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen LAG-Geschäftsstellen und die zugehörigen Expertinnen und Experten der Fachkommissionen intern zur Umsetzung der externen QS-Audits austauschen können.

Sitzung des Expertengremiums

Von den Expertinnen und Experten wurde angemerkt, dass die geplanten Aufwände für die Expertenteams zur Durchführung eines externen QS-Audits in den ersten Jahren der Erprobung großzügiger angesetzt werden sollten. Perspektivisch sollten sich die Aufwände pro Audit insgesamt auf ca. 1,5 Tage reduzieren lassen. Die Expertinnen und Experten waren sich uneins, wie viele Fälle in dem veranschlagten Zeitraum von 240 Minuten für die Dokumentenprüfung untersucht und bewertet werden können und empfahlen Werte zwischen 5 und 20 Fälle. Hinsichtlich der Abschätzung der geplanten Zeiten der einzelnen Audit-Elemente sprachen sich die Expertinnen und Experten dafür aus, die veranschlagten Werte in einer Machbarkeitsprüfung zu überprüfen und ggf. anzupassen. Grundsätzlich waren sie sich einig, dass das Audit mit den geplanten Inhalten an einem Tag durchgeführt werden könne.

Empfehlungen IQTIG

Nach der Rückmeldung aus dem LAG-Treffen wurde die Aufwandsabschätzung für die LAG-Geschäftsstellen überarbeitet, sodass nun insgesamt vier Arbeitstage für eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter der Landesarbeitsgemeinschaft für ein externes QS-Audit einzuplanen sind (siehe Abschnitt 5.7.4 im Abschlussbericht). Die veranschlagten Zeiten der einzelnen Elemente des externen QS-Audits wurden im Rahmen der Sitzung des Expertengremiums überprüft und überarbeitet. Darüber hinaus müssen diese in einer Machbarkeitsprüfung weiter überprüft werden. Den

Vorschlag der Landesarbeitsgemeinschaften, das vorgestellte Konzept in ein zweistufiges Prüfverfahren zu überarbeiten, bei dem die Dokumentenprüfung durch eine Fernprüfung und die Prozessprüfung vor Ort nur im Falle einer Feststellung von Abweichungen durchgeführt würde, lehnt das IQTIG aus den folgenden Gründen ab: Das externe QS-Audit zielt darauf ab, die Qualität des Entlassmanagements zu fördern und keine reine Validierung der Behandlungs- und Entlassdokumentation vorzunehmen. Da über die Behandlungs- und Entlassdokumentation hinaus auch die Umsetzung der Prozesse am Krankenhausstandort für die Qualität des Entlassmanagements wesentlich sind, sollte eine Prozessprüfung bei jedem Krankenhausstandort der Stichprobe erfolgen und nicht nur bei Standorten, bei denen Abweichungen in der Dokumentenprüfung festgestellt wurden. Das Ziel soll es sein, eine integrative Betrachtung des Entlassmanagements zu erreichen und sowohl Schwächen als auch Stärken zu identifizieren und auf dieser Grundlage Maßnahmen zur Qualitätsoptimierung gemeinsam mit dem Leistungserbringer zu entwickeln. Dazu ist die Interaktion zwischen dem Expertenteam und den Verantwortlichen des Entlassmanagements und insbesondere die Nachbesprechung vor Ort sinnvoll.

Bezüglich der Rückmeldungen aus dem Expertengremium zur Aufwandsabschätzung für die Expertenteams bleibt das IQTIG bis zu einer Machbarkeitsprüfung bei der Einschätzung von drei Personentagen pro durchgeführten externen QS-Audit. Hinsichtlich der zeitlichen Abschätzung der einzelnen Elemente des externen QS-Audits folgt das IQTIG der Einschätzung der Expertinnen und Experten und hält die Prüfung der derzeit nur geschätzten Zeitangaben in einer Machbarkeitsprüfung für entscheidend, auch hinsichtlich dessen, bei wie vielen Fällen eine Dokumentenprüfung stattfinden kann.

Anhang E.2.2.8: Rahmenbedingungen und notwendige Schritte bis zum Regelbetrieb

LAG-Treffen

Zur Zusammensetzung der Expertenteams stellte das IQTIG zur Diskussion, die Fachkommissionen durch hauptamtliche statt ehrenamtliche Expertinnen und Experten zu besetzen. Die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen legten dar, dass es aus ihrer Perspektive nicht sinnvoll erscheine, hauptamtliche Expertinnen und Experten für das externe QS-Audit einzusetzen. Stattdessen müsse die bestehende Fachkommission um weitere ehrenamtlich tätige Expertinnen und Experten ergänzt werden, damit es genügend Expertinnen und Experten für die Durchführung der externen QS-Audits gäbe und diese sich gegenseitig bei Befangenheit vertreten können. Diesbezüglich wurde aber auch darauf aufmerksam gemacht, dass die Akquise neuer Fachkommissionsmitglieder gegenwärtig bereits schwierig sei und dass der Arbeitsumfang für die Durchführung des externen QS-Audits ein weiterer erschwerender Faktor zur Gewinnung von neuen ehrenamtlich tätigen Expertinnen und Experten sei. Gerade Fachkräfte der Sozialen Arbeit seien noch nicht als Mitglieder von Fachkommissionen durch die DeQS-RL definiert und erfordern damit eine neue Akquise dieser Fachkräfte. Die LAG-Vertreterinnen und Vertreter hoben die begrenzten Ressourcen von ehrenamtlichen Expertinnen und Experten aufgrund von hoher Arbeitsbelastung und Personalmangel in den Krankenhäusern hervor und wiesen darauf hin, dass für die

Mitarbeit am externen QS-Audit immer eine Freistellung durch den Arbeitgeber notwendig sei, die ebenso verweigert werden könne. Eine Honorarvergütung wäre aus Sicht der Landesarbeitsgemeinschaften ein sinnvoller Anreiz, über den die Akquise neuer Expertinnen und Experten für die Fachkommissionen erleichtert werden würde. Einige Vertreterinnen und Vertreter machten zudem deutlich, dass sie besonders bei kleineren Bundesländern Bedenken bezüglich der Herausgabe vertraulicher Informationen durch Krankenhäuser an auditierende Expertinnen und Experten hätten, da diese in konkurrierenden Krankenhäusern beschäftigt sein könnten. Das könne dazu führen, dass die Bereitschaft der Leistungserbringer, ihre Betriebsgeheimnisse mit diesen Personen zu teilen, sinkt. Eine zusätzliche Anforderung müsse sein, dass sich die Expertinnen und Experten neben ihrer praktisch-fachlichen Tätigkeit auch fortlaufend bezüglich des externen QS-Audits fortbilden.

Sitzung des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde auf die Nachfrage des IQTIG empfohlen, hinsichtlich der Zusammensetzung der Expertenteams keine Eingrenzung auf Fachbereiche vorzunehmen, da nicht die medizinische Plausibilität überprüft werde, sondern es sich um standardisierte Erhebungen zum Entlassmanagement handle. Zudem müsse durch Schulungen relevante methodische und fachliche Inhalte vermittelt werden, sodass auch Expertinnen und Experten, die nicht derselben Fachrichtung angehören, in der Lage seien, das Entlassmanagement aller Krankenhausabteilungen zu beurteilen. In den Schulungen sollte dann besonders auf die Vermittlung von Wissen zu Besonderheiten der Entlassung spezieller Patientengruppen, wie z. B. pädiatrische oder psychiatrische Patientinnen und Patienten, geachtet werden. Die vom IQTIG empfohlenen Berufsgruppen seien somit hinreichend. Das Expertengremium hat sich allerdings dafür ausgesprochen, dass es entscheidend sei, dass die Expertenteams, die das Audit durchführen, in ihrer Berufspraxis eine verantwortliche Funktion im Entlassmanagement innehaben. Die Expertinnen und Experten merkten an, dass es sinnvoll sein könne, eine aktive, klinische/praktische Tätigkeit und einen generellen Facharztstatus ohne Einschränkung auf eine Fachausrichtung als Voraussetzung vorzugeben. Einige Experten sprechen sich dafür aus, bei der Zusammensetzung des Expertenteams für das QS-Audit auch Expertise aus der ambulanten Versorgung mit einzubeziehen, da es sich beim Entlassmanagement um ein Schnittstellenthema handle.

Empfehlungen IQTIG

Die Bedenken der Landesarbeitsgemeinschaften hinsichtlich des Vorschlags zur Etablierung von hauptamtlichen Expertinnen und Experten für das externe QS-Audit sind aus Sicht des IQTIG nachvollziehbar, weshalb weiterhin empfohlen wird, ehrenamtliche Expertinnen und Experten einzusetzen. Eine angemessene Aufwandsentschädigung für die Durchführung der externen QS-Audits sollte für die Expertinnen und Experten vorgesehen werden. Das Konzept sieht vor, dass die Expertinnen und Experten im Vorfeld der Auditierungen umfassend geschult werden, um sie auf die Begehungen vorzubereiten (siehe Abschnitt 5.8.1 im Abschlussbericht). Das IQTIG beabsichtigt an seinem bisherigen Konzept zur Etablierung weiterer paralleler Fachkommissionen in

größeren Bundesländern festzuhalten, da bei immer größer werdenden Fachkommissionen ansonsten die Konsensfindung sowie die Abstimmung und Koordination für die Stellungnahmeverfahren und die Durchführung der externen QS-Audits erschwert werden würden.

Bezüglich der Bedenken der Landesarbeitsgemeinschaften zur Vertraulichkeit sensibler Informationen insbesondere in kleineren Bundesländern empfiehlt das IQTIG, dass die Zusammensetzung der Fachkommissionen immer eine Vertretung der Expertinnen und Experten bei Befangenheit ermöglichen muss. Weiterhin sind die Expertinnen und Experten per Erklärung zur Vertraulichkeit verpflichtet; ihnen ist es nur erlaubt, Best-Practice-Beispiele weiterzutragen, falls der auditierte Krankenhausstandort dies autorisiert.

Das IQTIG hat die Anmerkungen aus dem Expertengremium zur Vermittlung der Besonderheiten bei der Entlassung spezieller Patientengruppen in diesem Bericht und für eine perspektivische Folgebeauftragung zur Ausarbeitung eines Schulungskonzepts aufgenommen. Das IQTIG befürwortet außerdem, dass die Expertinnen und Experten in einer für das Entlassmanagement verantwortlichen Position tätig sein müssen und fachliche Expertise über die Anschlussprozesse bei ambulant nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern verfügen sollten. Beide Punkte hat das IQTIG im Konzept zu der Zusammensetzung der Expertenteams ergänzt.

Anhang E.2.3: Umgang mit den Indikatorergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation des QS-Verfahrens Entlassmanagement im Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL

Sitzung des Expertengremiums

Nach Vorstellung seitens des IQTIG zu den Kriterien zur Bewertung der Indikatorergebnisse wurde seitens einer LAG-Geschäftsstelle angemerkt, dass neben den definierten Kriterien, die den Leistungserbringer betreffen, auch berücksichtigt werden müsse, dass durch einen Fehler in den Rechenregeln seitens der Bundesauswertungsstelle eine rechnerische Auffälligkeit entstehen kann, die nicht zu Lasten des Leistungserbringers bzw. zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens gewertet werden könnte. Bezüglich des Kriteriums, dass ein unterjähriger, anhaltender Datenverlust durch den Ausfall des IT-Systems, einen Nachweis der Dokumentation der Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für das gesamte Erfassungsjahr verhindern könne, wird vom Expertengremium als ein Umstand angesehen, der Berücksichtigung in der Bewertung des Indikatorergebnisses finden müsse. Uneinigkeit bestand darin, in welchem Detailgrad der Umstand des Datenverlustes vorab definiert werden müsse, um eine Vergleichbarkeit in der Bewertung der Indikatorergebnisse zu schaffen.

Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG hat die Regelung für den Umstand, dass ein Fehler in den Rechenregeln seitens der Bundesauswertungsstelle eine rechnerische Auffälligkeit verursacht, in das Konzept mit aufgenommen. Um eine einheitliche Regelung für den Umstand eines unterjährigen Datenverlusts zu treffen, wurde im Konzept präzisiert, dass der Leistungserbringer durch eine Veröffentlichung des

Datenverlustes darstellen muss, inwiefern die Umstände einen Nachweis der durchgeführten Schulungen verhindert hat.

Literatur

BMSGPK [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] (2024):

Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [Stand:] April 2024. Wien, AT: BMSGPK. URL: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:ba0d5fca-c521-4308-8674-8f4cd0fb8c73/AUFEM_2024.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019):

Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.

GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV

[Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2024): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 12. Änderungsvereinbarung vom 03.06.2024. Inkrafttreten zum 01.07.2024. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 12.09.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019):

Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Stand: 18.10.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_UE_berarbeitung_2019-10-18.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023):

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Abschlussbericht. Stand: 15.02.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-Neuentwicklung_Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-02-15-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 29.04.2024).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; BÄK [Bundesärztekammer]; DAV [Deutscher Apothekerverband] (2016): Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP). [Stand:] 30.04.2016. Berlin: KBV [u. a.]. URL: <https://www.kbv.de/media/sp/Medikationsplan.pdf> (abgerufen am: 10.10.2024).

Krebsregister RLP [Krebsregister Rheinland-Pfalz] (2024): OPS-Katalog. Stand: 07.05.2024.

[Mainz]: IDG [Institut für digitale Gesundheitsdaten RLP]. URL: https://www.krebsregister-rlp.de/fileadmin/user_upload/2024-05-05 OPS-Katalog.pdf (abgerufen am: 29.05.2024).

LKR NRW [Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen] (2020): Liste der tumorspezifischen OPS-Codes die angibt, für welche Lokalisation dieser Code zulässig ist und ob eine Angabe der R-Klassifikation erwartet werden kann. Stand 17.03.2020. [Bochum]: LKR NRW. URL:

https://www.landeskrebsregister.nrw/fileadmin/user_upload/dokumente/melderinformation/tumorspez.-OPS-Codes-mit-R-Status-17032020.pdf (abgerufen am: 29.05.2024).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Guidance]. Published: 30.08.2016, [Surveillance report: 20.07.2017], last updated: February 2021.

London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-2023-5. URL:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-settings-pdf-1837511615941> (abgerufen am: 10.10.2024).

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)



QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

Indikatorenset 2.0 für die QS-Dokumentation

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Indikatorenset 2.0 für die QS-Dokumentation

Ansprechperson	Jonas Plange
Datum der Abgabe	13. Dezember 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Name des Auftrags	Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement
Datum des Auftrags	6. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

1 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ 4

2 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ 16

Impressum.....20

1 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Bezeichnung	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
Qualitätsziel	Alle Krankenhäuser sollen über eine schriftliche Verfahrensregelung zu einem multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen.
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	Krankenhausstandorte mit einer schriftlichen, durch die Geschäftsführung / den Vorstand klinikweit autorisierten Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement, in der sowohl die Verantwortlichkeiten als auch die Abläufe festgelegt sind und auf die von allen am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im gesamten Erfassungsjahr und aufwandsarm zugegriffen werden kann. In der Verfahrensregelung müssen konkret festgelegt sein: ■ Teilprozesse des Entlassmanagements, mindestens: ▫ Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment) ▫ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment) ▫ Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte ▫ Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans an Patientinnen und Patienten bei Entlassung ▫ Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung ▫ Mitgabe und Übermittlung des Entlassbriefs – Zielwert zur Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung ▫ Mitgabe und Übermittlung eines Pflegeüberleitungsbogens bei Entlassung in eine pflegerische Anschlussversorgung ■ Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement Beteiligten (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gem. § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) für die einzelnen Teilprozesse gemäß Rahmenvertrag ■ Abläufe der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag ■ krankenhausinterne Evaluation im multiprofessionellen Team ▫ Vorgaben zu Frequenz und Fallauswahl
Nenner	nicht anwendbar (Indikator wird nicht als Rate berechnet)
Ausschlusskriterien des Indikators	-

Rationale	Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag Der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfiehlt, dass ein Krankenhaus über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassmanagement mit Festlegung der erforderlichen Abläufe und fachlichen Rahmenbedingungen verfügen soll (DNQP 2019). Als Grundlage für einen Verbesserungsprozess empfiehlt der Expertenstandard darüber hinaus eine interne Evaluation, die verbindlich im Entlassmanagement verankert sein sollte (DNQP 2019). Auch der Rahmenvertrag Entlassmanagement fordert, dass das Krankenhaus schriftliche und für alle Beteiligten transparente Standards etabliert. Zugleich sollen das Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen und die Verantwortlichkeiten verbindlich geregelt sein (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 3 Abs. 1). Die nachfolgenden Prozessbestandteile des Qualitätsindikators wurden anhand des Rahmenvertrags Entlassmanagement, des Expertenstandard Entlassungsmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024, DNQP 2019) sowie internationalen Leitlinien definiert (BMSGPK 2024, NICE 2021). <i>Kriteriengeleitete Ersteinschätzung (initiales Assessment)</i> Der Rahmenvertrag Entlassmanagement enthält verbindliche Vorgaben im Sinne einer standardisierten Risikoeinschätzung, mithilfe derer ein nahtloser Versorgungsübergang (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 3 Abs. 2) gewährleistet werden soll. Demnach soll unter Verantwortung der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes eine kriteriengeleitete Einschätzung erfolgen, um den patientenindividuellen Bedarf für die Weiterversorgung möglichst frühzeitig zu erfassen. Die frühzeitige Bedarfsermittlung ist notwendige Grundlage für die Erstellung eines Entlassplans (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 3 Abs. 2). Empfehlungen, unmittelbar zu Beginn der Krankenhausbehandlung eine kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs durchzuführen, finden sich ebenfalls im Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie in internationalen Leitlinien wieder (BMSGPK 2024, DNQP 2019, NICE 2021). <i>Differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)</i> Im Rahmenvertrag Entlassmanagement ist in § 3 Abs. 2 geregelt, dass der poststationäre Versorgungsbedarf durch ein geeignetes Assessment ermittelt und ein Entlassplan erstellt werden soll. Es wird für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf vor der Erstellung des Entlassplans ein differenziertes Assessment für ein umfassendes Entlassmanagement empfohlen (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 3 Abs. 2). Auch gemäß dem Expertenstandard Entlassungsmanagement und internationaler Leitlinien soll bei Patientinnen und Patienten, bei denen in der ersten Risikoeinschätzung (initiales Assessment) ein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement festgestellt wurde, eine aktuelle und systematische Einschätzung in Form eines differenzierten Assessments der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs durchgeführt werden (BMSGPK 2024, DNQP 2021, NICE 2021). <i>Erstellung eines Entlassplans</i> Der Rahmenvertrag Entlassmanagement gibt vor, dass zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs in die weiterführende Versorgung möglichst frühzeitig der patientenindividuelle Bedarf ermittelt und ein Entlassplan erstellt werden soll (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 3 Abs. 2). Dieser soll den

voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung sowie die voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen umfassen und bei Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs angepasst werden. Die festgelegten Maßnahmen im Entlassplan sollen frühestmöglich eingeleitet werden (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 3 Abs. 3-5). Auch der Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie internationale Leitlinien empfehlen, unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment einen patientenindividuellen Entlassplan zu erstellen, der eine verbindliche Planung gewährleistet und Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung enthält (BMSGPK 2024, DNQP 2019, NICE 2021). Der Entlassplan soll als zentrales Steuerungsinstrument dienen (DNQP 2021) und regelmäßig aktualisiert und angepasst werden (BMSGPK 2024, DNQP 2021, NICE 2021).

Mitgabe eines Medikationsplans

Im Rahmenvertrag Entlassmanagement ist festgelegt, dass Patientinnen und Patienten einen Medikationsplan entsprechend den Vorgaben des § 31a SGB V erhalten sollen, wenn sie mit einer Medikation entlassen werden (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 7 Abs. 3). Der Expertenstandard Entlassungsmanagement gibt Empfehlungen, wie bspw. durch Aushändigung eines Medikationsplans die Patientin oder der Patient bedarfsgerecht auf die Entlassung vorbereitet und sicher entlassen werden kann (DNQP 2019).

Kontinuierliche Medikamentenversorgung

Gemäß Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)¹, auf die im Rahmenvertrag Entlassmanagement Bezug genommen wird, ist die durchgehende Versorgung mit Arzneimitteln nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen (§ 8 Abs. 3a Satz 1 AM-RL). Entsprechend ist gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement eine Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen im Rahmen des Entlassmanagements möglich, sofern es für die Versorgung unmittelbar im Anschluss an die Entlassung erforderlich ist (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 4 Abs. 3). Auch der Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie der österreichische Qualitätsstandard empfehlen für eine sichere Entlassung die Mitgabe von notwendigen Rezepten und Verordnungen für benötigte Arzneimittel (BMSGPK 2024, DNQP 2019). Die kontinuierliche Medikamentenversorgung kann auch durch Mitgabe der notwendigen Arzneimittel sichergestellt werden, wenn auf die Entlassung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt, insbesondere, wenn dadurch die medikamentöse Behandlung abgeschlossen werden kann (§ 8 Abs. 3a AM-RL).

Mitgabe und Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs

Gemäß Rahmenvertrag ist der Entlassbrief – als obligatorischer Bestandteil des Entlassmanagements – zum Zeitpunkt der Entlassung an die Patientin oder den Patienten auszuhändigen (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 9 Abs. 1). Der Entlassbrief muss alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen enthalten (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 9 Abs. 3). Des Weiteren ist durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement vorgegeben sowie vom österreichischen Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement empfohlen, dass – sofern die Aushändigung des endgültigen Entlassbriefs am Entlasstag nicht möglich ist – zumindest ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden soll

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009, zuletzt geändert am 4. Juli 2024, in Kraft getreten am 27. September 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/3/> (abgerufen am: 30.09.2024).

(GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 9 Abs. 2, BMSGPK 2024). Laut den Empfehlungen internationaler Leitlinien soll der endgültige Entlassbrief „unverzüglich“ erstellt werden sowie innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung versandbereit sein (BMSGPK 2024) bzw. innerhalb von 24 Stunden nach Entlassung per E-Mail an die Hausärztin bzw. den Hausarzt und in Kopie auch an die weiteren mitversorgenden Leistungserbringer übermittelt werden (NICE 2021).

Mitgabe und Übermittlung eines Pflegeüberleitungsbogens

Laut Rahmenvertrag Entlassmanagement und einer internationalen Leitlinie sollen mit Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer die erforderlichen Informationen zur pflegerischen Versorgung der Patientinnen und Patienten erhalten (GKV-Spitzenverband et al. 2024: § 3 Abs. 7, NICE 2021). Der österreichische Qualitätsstandard empfiehlt, dass den Patientinnen und Patienten am Entlassungstag ein pflegerischer Entlassbrief mitgegeben werden soll (BMSGPK 2024).

Literatur

Als Defizite bei der Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Entlassmanagements werden in der Literatur fehlende einheitliche Standards für den Prozess der Entlassung genannt (Lingnau et al. 2021). Scheidt et al. (2020) und Willms et al. (2016) zeigen, dass das Entlassmanagement durch unzureichende Abstimmung von Organisationszielen, Pflegeprozessen und Verfahrensregelungen beeinträchtigt wird. Unklare Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sind häufig Ursache für unzureichende Koordination im Entlassprozess und somit der Gefährdung der kontinuierlichen Versorgung (Pinelli et al. 2017, BAG 2015). In mehreren systematischen Reviews konnte belegt werden, dass das Vorhandensein von standardisierten Interventionen zum Entlassmanagement (bspw. Nutzung von Assessments, Entlassplanung, Follow-up-Anrufe) zu einer Verringerung der Wiederaufnahmen nach 30 Tagen führt (Braet et al. 2016, Saunders et al. 2019, Fønss Rasmussen et al. 2021). Das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. stellte 2018 in einer Repräsentativbefragung fest, dass nur rund 56 % der befragten Krankenhäuser (n= 249) den Expertenstandard Entlassungsmanagement oder eine haus eigene Verfahrensregelung zum Entlassmanagement nutzen (Blum et al. 2018). In Bezug auf die Zugänglichkeit wird im systematischen Review von Sheehan et al. (2021) u. a. als Barriere für eine erfolgreiche Entlassplanung belegt, dass Empfehlungen und Berichte nicht von allen am Entlassprozess beteiligten Akteuren in den Entlassplan aufgenommen werden konnten. Als verbesserungsbedürftig wurde zudem im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassungsmanagement zur Entlassplanung genannt, dass es in den Akten von Patientinnen und Patienten unterschiedliche Orte gebe, an denen Hinweise auf geplante und durchgeführte Aktivitäten zum Entlassmanagement zu finden waren, ohne dass dadurch eine durchgängige Struktur identifiziert werden konnte (DNQP 2021). Hinsichtlich einer Evaluation ergab das Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassungsmanagement, dass eine interne Evaluation in nur 47,8 % der Fälle (n = 209) stattgefunden hat. Als Gründe für eine fehlende Evaluation wurden u. a. Personalmangel sowie fehlende Verfahrensregelungen angegeben (DNQP 2021).

Einzelinterviews/Fokusgruppen (eigene Erhebung)

In den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit am Entlassprozess beteiligten Gesundheitsprofessionen zeigte sich, dass häufig die Implementierung von Standards für Prozesse und Strukturen, z. B. aufgrund fehlender technischer oder personeller Voraussetzungen, noch nicht umfassend erfolgt ist.

verantwortlich für Indikatorendergebnis	stationäre Leistungserbringer
Erhebungsinstrument	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
Anmerkungen	Ausfüllhinweise <i>Datenfeld 3</i> Eine unterjährige Aktualisierung ist zulässig. Die aktualisierte Version muss die vorbestehende nahtlos ablösen. <i>Datenfeld 8</i> In der Verfahrensregelung müssen folgende Mindestinhalte für einen Entlassplan vorgeben werden: ▪ Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach §§ 39 Abs. 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschlussversorgung ▪ Informationen zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung der Patientin / des Patienten zu geeigneten Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen der Anschlussversorgung oder Anleitung bei der Antragstellung ggf. genehmigungspflichtiger Leistungen für die Anschlussversorgung ▪ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege), sofern dieser festgestellt wird ▪ Abschließende Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung Die im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen sind vom Krankenhaus frühestmöglich einzuleiten. <i>Datenfeld 9</i> In der Verfahrensregelung muss festgehalten sein, dass Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden (gemäß § 31a SGB V), Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform sowie auf Erstellung eines elektronischen Medikationsplans haben. Entsprechend der Vereinbarung gemäß § 31a Absatz 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP) sowie entsprechender Spezifikation, sind für die Erstellung eines Medikationsplans im Rahmen des Entlassmanagements mindestens folgende Daten erforderlich, die im Krankenhausinformationssystem vorhanden sein müssen: 1. Medikamente, die vom erstellenden Arzt im Rahmen des Entlassmanagements auf einem Rezept verordnet werden oder als Medikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus empfohlen werden. 2. Medikamente, die von anderen Ärzten verordnet wurden. Diese müssen durch den erstellenden Arzt durch Auswahl aus einer Arzneimitteldatenbank oder durch manuelle Eingabe von Freitext erfasst werden können, sowie ggf. aus geeigneten elektronischen Quellen eingelesen werden können [...]. 3. Medikamente der Selbstmedikation. Diese müssen ebenfalls, wie unter Punkt 2 beschrieben, erfasst werden können.

Datenfeld 10

Die Verfahrensregelung muss darauf hinweisen, dass zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung eine Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen ausgestellt werden muss, sofern es für die Versorgung unmittelbar im Anschluss an die Entlassung erforderlich ist. Wenn auf die Entlassung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt, kann auch die Mitgabe der notwendigen Arzneimittel erfolgen, insbesondere, wenn dadurch eine medikamentöse Behandlung abgeschlossen werden kann (§ 8 Absatz 3a AM-RL).

Ausgenommen sind Betäubungsmittel gemäß Betäubungsmittelgesetz (BtMG).

Datenfeld 11

In der Verfahrensregelung muss festgehalten sein, dass zum Zeitpunkt der Entlassung ein Entlassbrief an die Patientin bzw. den Patienten ausgehändigt werden muss. Sofern die Aushändigung des endgültigen Entlassbriefs am Entlassstag nicht möglich ist, muss ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden sowie der endgültige Entlassbrief an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer übermittelt werden. Dazu muss in der Verfahrensregelung ein Zielwert von bis zu 14 Tagen festgelegt sein. Die Übermittlung des Entlassbriefs an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer darf nur nach Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten erfolgen. Der endgültige Entlassbrief muss alle Inhalte gemäß § 9 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement enthalten und sofern einzelne Befunde aufgrund einer längeren Latenz erst zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden können, muss der endgültige Entlassbrief auch einen entsprechenden Hinweis enthalten. Er ist durch die Klinikleitung bzw. Chefarzt oder Chefarztin oder deren Stellvertretung unterzeichnet.

Ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer sind:

- die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/der nachbehandelnde Hausarzt und sofern beteiligt
- die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/der nachbehandelnde Facharzt
- die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/der nachbehandelnde Psychotherapeut

Datenfeld 13

In der Verfahrensregelung muss ein Zielwert von bis zu 14 Tagen zur Übermittlung des Entlassbriefs nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer festgelegt sein.

Ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer sind:

- die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/der nachbehandelnde Hausarzt und sofern beteiligt
- die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/der nachbehandelnde Facharzt
- die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/der nachbehandelnde Psychotherapeut

Datenfeld 14

In der Verfahrensregelung muss festgelegt sein, dass Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, entweder ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden muss oder mit Einwilligung

	der Patientin bzw. des Patienten dieser an die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer (ambulant/stationär) spätestens bis zum Zeitpunkt der Entlassung übermittelt werden muss. Definition ambulante pflegerische Versorgung: ▪ Versorgung durch ambulante Pflegedienste mit Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, einschließlich ambulanter intensivpflegerischer Versorgung, oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V. Definition stationäre pflegerische Versorgung: ▪ Entlassung in eine stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung oder in ein Hospiz.		
Indikatorberechnung			
Referenzbereich	Rechnerisch auffällig sind die Krankenhäuser, die nicht im gesamten Erfassungsjahr eine schriftliche Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement entsprechend den festgelegten Anforderungen vorliegen haben.		
mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators	entfallen		
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden vor Beginn des ersten Jahres des Regelbetriebs vom G-BA beschlossen.		
Datenfelder für die Berechnung des Indikators			
	Zähler ▪ DF 4 = 1 UND DF 5 = 1 UND DF 6 = 1 UND DF 7 = 1 UND DF 8 = 1 UND DF 9 = 1 UND DF 10 = 1 UND DF 11 = 1 UND DF 13 ≤ 14 UND DF 14 = 1 UND DF 15 = 1 UND DF 16 = 1 UND DF 17 = 1 UND (DF 18 = 1 ODER DF 19 = 1) UND DF 20 = 1		
	Nenner ▪ nicht anwendbar (Indikator wird nicht als Rate berechnet)		
	DF 3	Lag in Ihrem Krankenhaus eine im gesamten Erfassungsjahr gültige, schriftliche Verfahrensregelung zum Entlassmanagement vor?	0 = nein 1 = ja
	DF 4	Wenn DF 3 = 1 War die Verfahrensregelung durch die Geschäftsführung / den Vorstand klinikweit autorisiert?	0 = nein 1 = ja
	DF 5	Wenn DF 3 = 1 War die Verfahrensregelung im gesamten Erfassungsjahr allen am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgehändigt oder digital zugänglich?	0 = nein 1 = ja

		[Ergänzende Bezeichnung: z. B. im Dokumentenmanagementsystem]	
	DF 6	Wenn DF 3 = 1 War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass eine kriteriengeleitete Ersteinschätzung durchgeführt werden muss? [Ergänzende Bezeichnung: auch initiales Assessment genannt]	0 = nein 1 = ja
	DF 7	Wenn DF 3 = 1 War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass eine differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs durchgeführt werden muss? [Ergänzende Bezeichnung: auch differenziertes Assessment genannt]	0 = nein 1 = ja
	DF 8	Wenn DF 3 = 1 War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass die Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement für jede Patientin und jeden Patienten individuell in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) zu erfolgen hat? [Ergänzende Bezeichnung: Ein Entlassplan ist ein eigenständiges Dokument, in dem sämtliche Informationen, Aktivitäten und Ergebnisse des Entlassmanagements erfasst werden]	0 = nein 1 = ja
	DF 9	Wenn DF 3 = 1 War in der Verfahrensregelung die Mitgabe eines bundeseinheitlichen Medikationsplans festgelegt?	0 = nein 1 = ja
	DF 10	Wenn DF 3 = 1 Waren in der Verfahrensregelung Maßnahmen zur Sicherstellung	0 = nein 1 = ja

	einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung festgelegt?	
DF 11	Wenn DF 3 = 1 War in der Verfahrensregelung das Vorgehen zur Mitgabe und Übermittlung des Entlassbriefs festgelegt?	0 = nein 1 = ja
DF 12	Wenn DF 3 = 1 War in der Verfahrensregelung ein Zeitraum für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs festgelegt?	0 = nein 1 = ja
DF 13	Wenn DF 12 = 1 Vorgegebener Zeitraum für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs	XXX Tage
DF 14	Wenn DF 3 = 1 War in der Verfahrensregelung das Vorgehen zur Mitgabe und Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens festgelegt?	0 = nein 1 = ja
DF 15	Wenn DF 3 = 1 Waren in der Verfahrensregelung Abläufe für die einzelnen Teilprozesse vom Aufnahme- bis zum Entlassungstag festgelegt? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. in Form eines Ablaufplans]	0 = nein 1 = ja
DF 16	Wenn DF 3 = 1 Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für das ärztliche Personal für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja
DF 17	Wenn DF 3 = 1 Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für die Pflegekräfte für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja
DF 18	Wenn DF 3 = 1 Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit für	0 = nein 1 = ja

		die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	
	DF 19	Wenn DF 18 = 0 Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für andere für die soziale Betreuung und Beratung zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja
	DF 20	Wenn DF 3 = 1 Enthielt die Verfahrensregelung konkrete Vorgaben für eine interne Evaluation des Entlassmanagements im multiprofessionellen Team? [Ergänzende Bezeichnung: Unter konkrete Vorgaben zählen Frequenz bzw. Fallauswahl für die Evaluation]	0 = nein 1 = ja

Literatur

BAG [Bundesamt für Gesundheit] (2015): Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital». Situationsanalyse und Handlungsbedarf. Bern, CH: BAG. URL: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/koordinierte_versorgung/patientengruppen_schnittstellen/betagte_multimorbide_menschen/koordinierte_versorgung_situationsanalyse.pdf.download.pdf/Koordinierte_Versorgung_Situationsanalyse.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2018): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018. [Stand:] Dezember 2018. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: https://www.dki.de/fileadmin/publikationen/2018_11_kh_barometer_final_2_.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

BMSGPK [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] (2024): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [Stand:] April 2024. Wien, AT: BMSGPK. URL: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:ba0d5fca-c521-4308-8674-8f4cd0fb8c73/AUFEM_2024.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016): Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(2): 106-173. DOI: 10.11124/jbisrir-2016-2381.

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des

Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2021): Praxisprojekt zum Expertenstandard "Entlassmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019". (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-070727-8.

Fønss Rasmussen, L; Grode, LB; Lange, J; Barat, I; Gregersen, M (2021): Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. *BMJ: Open* 11(1): e040057. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040057.

GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2024): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 12. Änderungsvereinbarung vom 03.06.2024. Inkrafttreten zum 01.07.2024. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 12.09.2024).

Lingnau, R; Blum, K; Willms, G; Pollmann, T; Gohmann, P; Broge, B (2021): Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung. Kapitel 5. In: Klauber, J; Wasem, J; Beivers, A; Mostert, C; Hrsg.: *Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*. Berlin: Springer Open, 83-98. DOI: 10.1007/978-3-662-62708-2.

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Guidance]. Published: 30.08.2016, [Surveillance report: 20.07.2017], last updated: February 2021. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-2023-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-settings-pdf-1837511615941> (abgerufen am: 10.10.2024).

Pinelli, V; Stuckey, HL; Gonzalo, JD (2017): Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of Interprofessional Care* 31(5): 566-574. DOI: 10.1080/13561820.2017.1322562.

Saunders, S; Killackey, T; Kurahashi, A; Walsh, C; Wentlandt, K; Lovrics, E; et al. (2019): Palliative Care Transitions From Acute Care to Community-Based Care-A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 58(4): 721-734.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.06.005.

Scheidt, S; Gathen, M; Lukas, A; Welle, K; Kohlhof, H; Wirtz, DC; et al. (2020): Herausforderungen des Entlassmanagements in der Alterstraumatologie. Beispiel einer integrierten traumatologisch-geriatrischen Komplexbehandlung. *Der Unfallchirurg* 123(7): 534-540. DOI: 10.1007/s00113-020-00812-8.

Sheehan, J; Laver, K; Bhojti, A; Rahja, M; Usherwood, T; Clemson, L; et al. (2021): Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 14: 493-511. DOI: 10.2147/JMDH.S295549.

Willms, G; Wehner, K; Szecsenyi, J (2016): Qualität des Entlassungsmanagements. Kapitel 4. In: Dormann, F; Klauber, J; Hrsg.: *Qualitätsmonitor 2017*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 49-64. ISBN: 978-3-95466-293-7. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Qualitaetsmonitor/wido_ver_qualitaetsmonitor_2017_gesamt_1116.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

2 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“

Bezeichnung	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung
Qualitätsziel	Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement.
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	Im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten (Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz [AÜG] überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer), die am Entlassmanagement beteiligt sind (ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter), die am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren und bis zum 31. Januar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen haben.
Nenner	Im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten (Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz [AÜG] überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer), die am Entlassmanagement beteiligt sind (ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und die am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren.
Ausschlusskriterien des Indikators	-
Rationale	Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag Der Expertenstandard Entlassmanagement empfiehlt, dass die am Entlassprozess beteiligten Pflegefachkräfte über Planungs- und Steuerungskompetenzen bei der Durchführung der Entlassplanung verfügen und zur Koordination des Entlassprozesses befähigt und autorisiert sein sollen (DNQP 2019). Literatur Um ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement durchführen zu können, bedarf es entsprechender Qualifikationen und Kompetenzen der am Entlassprozess beteiligten Gesundheitsprofessionen, jedoch mangelt es laut Willms et al. (2016) sowohl Pflegefachpersonal als auch Ärztinnen und Ärzten an notwendigen Kenntnissen zum Entlassmanagement. Eine Befragung im Rahmen des Praxisprojekts zum Expertenstandard ergab bei 64,1 % bzw. 70,2 % der befrag-

	ten Pflegefachkräfte Schulungsbedarf zu den Themen „Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs“ bzw. „Planung und Steuerung der Entlassplanung“ (DNQP 2021). 69,6 % der Pflegefachkräfte gaben darüber hinaus an, Bedarf an einer Fortbildung zur Koordination des Entlassprozesses zu haben (DNQP 2021). Auch die Einschätzung der Entlassfähigkeit sollte nach Angaben der Pflegefachkräfte besser geschult werden (63,4 %). Darüber hinaus seien vermehrt Fortbildungen dazu, wie sie Patientinnen und Patienten im Entlassprozess am besten informieren, schulen bzw. beraten, wünschenswert (69,6 %) (DNQP 2021). Einzelinterviews/Fokusgruppen (eigene Erhebung) Die in der Literatur aufgezeigten fehlenden Kenntnisse und Kompetenzen zu Entlassmanagement bezogenen Themen wurden auch in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit am Entlassprozess beteiligten Gesundheitsprofessionen, insbesondere von stationären Vertreterinnen und Vertretern, genannt. Des Weiteren wurden auch Wünsche nach mehr Schulungsangeboten zu Entlassmanagement bezogenen Themen ausgesprochen.
verantwortlich für Indikatorendergebnis	stationäre Leistungserbringer
Erhebungsinstrument	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
Anmerkungen	Ausfüllhinweise <i>Datenfeld 21.1</i> Hierunter fallen Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. <i>Datenfeld 22.1</i> Die Schulungsinhalte müssen nicht in einer eigenständigen Schulung vermittelt werden, sondern können beispielsweise auch in Schulungen zu anderen Themen integriert oder als E-Learning-Schulung angeboten werden.
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 % Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr und bis einschließlich 31. Januar des Folgejahres statistisch signifikant weniger als 95 % der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind und die am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren, zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement geschult haben. Krankenhäuser, die dies nicht dokumentiert haben, werden ebenfalls rechnerisch auffällig.
mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators	entfallen
Rechenregeln	Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.

Datenfelder für die Berechnung des Indikators

Zähler - DF 22.1 (Wert vorhanden) Nenner - DF 21.1 (Wert vorhanden > 0) ODER DF 21.2 = 1 ODER DF 22.2 = 1			
DF 21.1	Anzahl der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren. [Ergänzende Bezeichnung: Hierzu zählen 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]	---- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig) Gültige Angabe: ≥ 0	
DF 21.2	Anzahl der neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren, wurde nicht dokumentiert.	1 = ja	
DF 22.1	Wenn 21.1 > 0 Wie viele von den im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren, haben im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer	---- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig) Gültige Angabe: ≥ 0	

		Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?	
	DF 22.2	Wenn 21.1 > 0 Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen haben, wurde nicht dokumentiert.	1= ja

Literatur

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019):

Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2021): Praxisprojekt zum Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019".

(Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-070727-8.

Willms, G; Wehner, K; Szecsenyi, J (2016): Qualität des Entlassungsmanagements. Kapitel 4. In:

Dormann, F; Klauber, J; Hrsg.: *Qualitätsmonitor 2017*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 49-64. ISBN: 978-3-95466-293-7. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produnkte/Buchreihen/Qualitaetsmonitor/wido_ver_qualitaetsmonitor_2017_gesamt_1116.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)



QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

Indikatorenset 2.0 der Patientenbefragung

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Indikatorenset 2.0 der Patientenbefragung

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Datum der Abgabe 13. Dezember 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Datum des Auftrags 6. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

Übersicht über die Qualitätsindikatoren.....	4
1 Qualitätsindikator 45xx00: Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus	5
2 Qualitätsindikator 45xx01: Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung	7
3 Qualitätsindikator 45xx02: Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus	10
4 Qualitätsindikator 45xx03: Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung	13
5 Qualitätsindikator 45xx04: Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation	16
6 Qualitätsindikator 45xx05: Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung	19
7 Qualitätsindikator 45xx06: Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung	21
8 Qualitätsindikator 45xx07: Entlassgespräch	23
9 Qualitätsindikator 45xx08: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten.....	25
10 Qualitätsindikator 45xx09: Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung.....	27
11 Qualitätsindikator 45xx10: Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten.....	29
12 Qualitätsindikator 45xx11: Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten	33
13 Funktionen für berechnete Felder	38
Impressum.....	40

Übersicht über die Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikatoren
Entlassplanung	Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus
	Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung
	Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus
Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung	Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung
Information und Aufklärung zur Medikation bzw. Medikamentenmanagement	Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung
Entlassgespräch	Entlassgespräch
Entlassdokumente	Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten
Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten	Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung
Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten
	Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten

1 Qualitätsindikator 45xx00: Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus

Bezeichnung	Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus
ID	45xx00
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus Informationen erhalten haben, die sich insbesondere auf den Tag der Entlassung beziehen. Dies schließt u. a. das Abklären der Beförderung am Entlasstag sowie das Besprechen der Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten ein.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin ▪ Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen ▪ Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort ▪ Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Entlassplanung“ und „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien/Expertenstandard ▪ Publikationen Patientenperspektive ▪ Publikationen Versorgungssituation ▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i>“ Kapitel 9.
Qualitätsziel	Vor dem Verlassen des Krankenhauses sollen Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus Informationen erhalten, die sie vorab für die konkrete Planung zum Verlassen des Krankenhauses am Entlasstag benötigen. Dafür sollen Patientinnen und Patienten über den voraussichtlichen Entlasstermin und ihre Entlassvoraussetzungen informiert und die Beförderung zum Entlassort geklärt worden sein. Zudem soll im Krankenhaus mit den Patientinnen und Patienten deren Entlassfähigkeit thematisiert worden sein.
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item ¹	Antwortoptionen (Skalierung)
	ETERMIN Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.²</i>
	ENTLVORAUSS Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	TRANSPORT Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Brauchte ich nicht = neutral³</i> <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	GESPRBEREITSCHAFT Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Brauchte ich nicht = neutral</i> <i>Weiß nicht = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

¹ Soweit nicht anders angegeben, werden lediglich die Items der Fragebogenversion „Erwachsene“ dargestellt. Die beiden validierten Fragebögen „Erwachsene“ und „Eltern/Sorgeberechtigte“ sind dem Abschlussbericht beigefügt.

² Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „n. a.“ (not available) dargestellt.

³ Antwortoptionen, die den Leistungserbringer weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit „neutral“ dargestellt.

2 Qualitätsindikator 45xx01: Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung

Bezeichnung	Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung
ID	45xx01
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit im Krankenhaus eine Planung und Unterstützung bei der poststationären Versorgung unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Versorgungssituation erfolgt ist und die Patientinnen und Patienten an der Planung beteiligt wurden.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung ▪ Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten ▪ Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen ▪ Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Entlassplanung“, „Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung“ und „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien/Expertenstandard ▪ Publikationen Patientenperspektive ▪ Publikationen Versorgungssituation ▪ Rechtlicher Rahmen ▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i>“ Kapitel 9.

Qualitätsziel	Für die Planung der Nach- und Weiterversorgung für die Zeit nach der Entlassung sollen im Krankenhaus neben der Abklärung der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten auch eine Beratung zu weiteren Unterstützungsangeboten sowie eine Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen erfolgen. Damit wird die Lebens- und Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in die Planung der poststationären Versorgung einbezogen und eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung ermöglicht.	
Datenquelle	Patientenbefragung	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	KHLEBSIT Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	KHVERSORGUNGNE Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	KHUNTERSTNE Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	UNTERSTANTRAG Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.

	ENTSCHEINB Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

3 Qualitätsindikator 45xx02: Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus

Bezeichnung	Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus
ID	45xx02
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten den Sozialdienst des Krankenhauses bei Bedarf genutzt haben und diese Beratung den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprochen hat.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten ▪ Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Entlassplanung“ und „Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Publikationen Patientenperspektive ▪ Publikationen Versorgungssituation ▪ Rechtlicher Rahmen ▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i>“ Kapitel 9.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die einen Bedarf an Unterstützung durch den Sozialdienst des Krankenhauses haben, sollen diesen als Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und Beratung nutzen. Damit können die patientenindividuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die poststationäre Versorgung adressiert werden.
Datenquelle	Patientenbefragung
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	verteilungsbasiert
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-

Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	SOZDKONTAKTFILTER Wurden Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	BERATUNGSOZDHILFREICH War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht = n. a.
	SOZDINTERESSIERT Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat sich für mich und meine Situation interessiert.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht = n. a.
	SOZDAUFMERKSAM Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat mir aufmerksam zugehört.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht = n. a.
Funktionen für berechnete Felder (siehe Kapitel 13 des Indikatorensets)	fn_SozDInteressiert_bedingt	Immer = 100 Meistens = 75 Selten = 50 Nie = 25 Keine Beratung stattgefunden = 0
	fn_SozDAufmerksam_bedingt	Immer = 100 Meistens = 75 Selten = 50 Nie = 25 Keine Beratung stattgefunden = 0
	fn_BeratungSozDHilfreich_bedingt	Ja = 100 Platzhalter_1 = 75 Patzhalter_2 = 50 Nein = 25 Keine Beratung stattgefunden = 0

Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

4 Qualitätsindikator 45xx03: Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung

Bezeichnung	Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung
ID	45xx03
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus über für sie zur Weiterversorgung notwendige medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlungen, Maßnahmen und Hilfsmittel informiert wurden. Dies schließt auch Informationen zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen sowie zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung ein.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung ▪ Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge ▪ Information zu Hilfsmitteln ▪ Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung ▪ Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien/Expertenstandard ▪ Publikationen Patientenperspektive ▪ Publikationen Versorgungssituation ▪ Rechtlicher Rahmen ▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i>“ Kapitel 9.

Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus umfassend über für sie notwendige medizinische und pflegerische Maßnahmen und Behandlungen, Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen sowie den möglichen Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung informiert werden. Damit werden informierte Entscheidungen der Patientinnen und Patienten zu ihrer poststationären Versorgung und eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung ermöglicht.	
Datenquelle	Patientenbefragung	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	MEDBEHANDLUNGNE Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... welche medizinische Behandlung nach Ihrer Entlassung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	THERAPIENE Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... welche weiteren Therapien oder Behandlungen nach Ihrer Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	HILFSMITTELNE Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... welche Hilfsmittel Sie nach Ihrer Entlassung benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	ANSPRECHPERSNE Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.

	KHPROGNOSE Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

5 Qualitätsindikator 45xx04: Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation

Bezeichnung	Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation
ID	45xx04
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus über neue oder umgestellte Medikamente, welche sie nach der Entlassung einnehmen müssen, informiert wurden und ihnen diese bei Bedarf bei Entlassungen vor Wochenenden und Feiertagen mitgegeben wurden. Die Information zur Entlassmedikation schließt die Hintergründe und Regeln der Medikamenteneinnahme sowie mögliche Neben- und Wechselwirkungen ein.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation ▪ Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation ▪ Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation ▪ Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Medikation“ sowie „Medikamentenmanagement“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien/Expertenstandard ▪ Publikationen Patientenperspektive ▪ Publikationen Versorgungssituation ▪ Fokusgruppen Einzelinterviews ▪ Rechtlicher Rahmen Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9 sowie Abschlussbericht zur „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens <i>Entlassmanagement</i> “ Abschnitt 5.6.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen im Krankenhaus umfassend über neue bzw. umgestellte Medikamente, die sie nach der Entlassung einnehmen müssen, informiert werden. Die Versorgung mit Medikamenten bei einer Entlassung vor einem Wochenende oder einem gesetzlichen Feiertag soll sichergestellt werden. Damit sollen für die Zeit nach der Entlassung eine sichere Medikamenteneinnahme und eine wirksame medikamentöse Behandlung für die Patientinnen und Patienten gewährleistet werden.

Datenquelle	Patientenbefragung	
Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	PAMEDMITB Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen?	Ja = 100 Nein, ich habe keine Medikamente mitbekommen = 0 Nein, ich wollte keine Medikamente mitnehmen = neutral Nein, ich musste keine Medikamente einnehmen = neutral Weiß nicht = n. a.
	PAREZEPT Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht = n. a.
	WELCHEMED Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 Weiß nicht = n. a.
	WOFUERMED Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 Weiß nicht = n. a.

	WANNMED Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	DAUERMED Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	DOSMED Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	NUWMED Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

6 Qualitätsindikator 45xx05: Wissensvermittlung zur medizinisch- pflegerischen Selbstversorgung

Bezeichnung	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung
ID	45xx05
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus vorbereitet wurden, sich nach der Entlassung medizinisch und pflegerisch selbst zu versorgen. Dies schließt bspw. Wundversorgung, Körperpflege und den Umgang mit körperlichen bzw. psychischen Einschränkungen, den Umgang mit Hilfsmitteln sowie die Aufklärung zu Verhaltensregeln bei Komplikationen/Warnsignalen ein.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag ▪ Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln ▪ Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung ▪ Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien/Expertenstandard ▪ Publikationen Patientenperspektive ▪ Publikationen Versorgungssituation ▪ Fokusgruppen/ Einzelinterviews Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen im Krankenhaus vor der Entlassung dazu befähigt werden, die medizinisch-pflegerischen Erfordernisse der poststationären Selbstversorgung zu bewältigen. Damit wird eine wirksame Versorgung mit Hilfsmitteln ermöglicht und eine Erfüllung von medizinisch-pflegerischen Anforderungen gewährleistet.
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	MPSV Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	UMGHILFSMITTEL Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?	Ja, für alle Hilfsmittel = 100 Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel = 67 Nein, für kein Hilfsmittel = 33 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	VERHALTENNE Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... wie Sie sich nach Ihrer Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	ERKENNENKOMP Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... wie Sie mögliche Komplikationen und Warnsignale erkennen können (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	VERHALTENKOMP Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... wie Sie sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

7 Qualitätsindikator 45xx06: Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung

Bezeichnung	Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung
ID	45xx06
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus dabei unterstützt wurden, ambulante Anschlusstherapien und (pflegerische) Unterstützung als notwendige Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung zu organisieren.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ■ Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung ■ Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben. Weiterhin werden nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt, für die im Fragebogen als Entlassort „nach Hause“ angegeben wurde, da die Organisation der genannten Maßnahmen insbesondere Entlassungen in die Häuslichkeit bzw. in Strukturen des Betreuten Wohnens betreffen.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ■ Leitlinien/Expertenstandard ■ Publikationen zur Patientenperspektive ■ Publikationen Versorgungssituation ■ Rechtlicher Rahmen ■ Fokusgruppen/Einzelinterviews Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i>“ Kapitel 9.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vom Krankenhaus bei der Organisation von Anschlusstherapien und (pflegerischer) Unterstützung, welche für sie als Maßnahmen unmittelbar notwendig sind, unterstützt werden. Damit kann eine koordinierte und kontinuierliche Weiterversorgung sichergestellt werden.
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	KHEORTFILTER Wohin sind Sie entlassen worden?	Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/zu Freunden, ins Betreute Wohnen) = 1
	ORGATHERAPIE Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	ORGAPFLD Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung einen Pflegedienst zu organisieren?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	ORGAHH Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung eine Haushaltshilfe zu organisieren?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

8 Qualitätsindikator 45xx07: Entlassgespräch

Bezeichnung	Entlassgespräch
ID	45xx07
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit ein Entlassgespräch stattgefunden hat, das an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet war.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Durchführen eines abschließenden Gesprächs ▪ Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch ▪ Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung (nur in Fragebogen „Erwachsene“ enthalten)
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien/Expertenstandard ▪ Publikationen Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i>“ Kapitel 9.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen am Ende ihrer Krankenhausbehandlung im Rahmen eines abschließenden Gesprächs die Möglichkeit haben, ihre Anliegen zur Entlassung zu thematisieren. Erwachsene Patientinnen und Patienten sollen Vertrauenspersonen zum Entlassgespräch mitbringen können.
Datenquelle	Patientenbefragung
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.

Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	ABSCHLGSPRFILTER Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht = n. a.
	ABSCHLGSPRTHEM Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	ABSCHLGSPRANG Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
Funktionen für berechnete Felder (siehe Kapitel 13 des Indikatorensets)	fn_Abschlgespr_themen_bedingt	Ja = 100 Nein, obwohl wichtig = 50 Kein Abschlussgespräch geführt = 0
	fn_Abschlgespr_ang_bedingt	Ja = 100 Nein, obwohl wichtig = 50 Kein Abschlussgespräch geführt = 0
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

9 Qualitätsindikator 45xx08: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten

Bezeichnung	Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten
ID	45xx08
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, ob Patientinnen und Patienten am Ende ihrer Krankenhausbehandlung einen (vorläufigen) Entlassbrief erhalten haben.
Definition	Mittelwert der Parameter des Qualitätsmerkmals: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberchtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“, wobei das zugehörige Qualitätsmerkmal durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: - Leitlinien/Expertenstandard - Publikationen Patientenperspektive - Publikationen Versorgungssituation - Rechtlicher Rahmen - Fokusgruppen/Einzelinterviews Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen spätestens am Tag der Entlassung im Krankenhaus einen vorläufigen oder endgültigen Entlassbrief erhalten, sodass die darin enthaltenen relevanten Informationen für eine kontinuierliche und koordinierte Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten vorliegen.
Datenquelle	Patientenbefragung
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-

Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	EBRIEF Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein. Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

10 Qualitätsindikator 45xx09: Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung

Bezeichnung	Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung
ID	45xx09
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus für eine bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion eine widerspruchsfreie Information zur Entlassung erhalten haben und die Klärung von Fragen zur Entlassung erfolgte.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: ▪ Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung ▪ Zeit für Fragen zur Entlassung
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: ▪ Leitlinien/Expertenstandard ▪ Publikationen Patientenperspektive ▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
Qualitätsziel	Für eine bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion sollen Patientinnen und Patienten eine widerspruchsfreie Information zur Entlassung erhalten und Fragen zur Entlassung entsprechend den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten geklärt werden.
Datenquelle	Patientenbefragung
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	verteilungsbasiert
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-

Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	WIDERSPRINFO Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?	Ja = 0 Nein = 100 Weiß nicht = n. a.
	MITARBERREICHT Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht = n. a.
	FRAGENGEBRAUCHT Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

11 Qualitätsindikator 45xx10: Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten

Bezeichnung	Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten
ID	45xx10
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit erwachsene Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung dazu bereit waren, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Die Entlassbereitschaft umfasst sowohl die körperliche und psychische Verfassung der Patientinnen und Patienten als auch die für den Alltag nach Entlassung vorhandene Unterstützung durch Angehörige / ggf. professionelles Pflegepersonal.
Definition	Mittelwert der Parameter des Qualitätsmerkmals: Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: - Leitlinien/Expertenstandard - Publikationen Patientenperspektive - Fokusgruppen/Einzelinterviews - Publikationen Parameter der Ergebnisqualität Entlassmanagement Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
Qualitätsziel	Erwachsene Patientinnen und Patienten sollen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sowohl hinsichtlich ihrer körperlichen und psychischen Verfassung als auch hinsichtlich der Unterstützung durch Dritte wie Familie oder ambulante Pflegedienste bereit sein, das Krankenhaus zu verlassen. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements sichergestellt werden.
Datenquelle	Patientenbefragung
Indikatorberechnung	
Referenzbereich	verteilungsbasiert
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.

mögliche Risikovariablen	- Alter der Patientin / des Patienten - Geschlecht der Patientin / des Patienten - Anzahl Komorbiditäten - Polymedikation - Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte - Geplante oder ungeplante Aufnahme - Dauer des Krankenhausaufenthalts - Entlassort	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	FRAGEBOGENVERSION = 0	„Erwachsene“ = 0 „Eltern/Sorgeberechtigte“ = 1
	KOERPBEREIT Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf meine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral Weiß nicht = n. a.
	PSYCHBEREIT Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf meine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral Weiß nicht = n. a.
	UNTERSTANDEREBEREIT Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf die Unterstützung durch andere bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral Weiß nicht = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen
	PATGEBURTJAHR In welchem Jahr wurden Sie geboren?	Offene Angabe
	PATGESCHLECHT Welches Geschlecht haben Sie?	Weiblich = 0 Männlich = 1 Divers = 2

	Erfassung Komorbiditäten Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt? ...	
	CHRLUNG ... Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	Ja = 1 Nein = 0
	BLUHO ... Bluthochdruck	Ja = 1 Nein = 0
	CHRMADA ... Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	Ja = 1 Nein = 0
	HKE ... Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja = 1 Nein = 0
	HERZINF ... Herzinfarkt	Ja = 1 Nein = 0
	SCHLAGANF ... Schlaganfall	Ja = 1 Nein = 0
	DIAB ... Diabetes / hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes)	Ja = 1 Nein = 0
	CHRLEBNIE ... Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	Ja = 1 Nein = 0
	KREBS ... Krebserkrankung	Ja = 1 Nein = 0
	PSYCH ... Psychische Erkrankung	Ja = 1 Nein = 0
	DEMALZ ... Demenz oder Alzheimer	Ja = 1 Nein = 0
	NEURO ... Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	Ja = 1 Nein = 0
	ENTWSTOER ... Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS)	Ja = 1 Nein = 0
	RHEUMA ... Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	Ja = 1 Nein = 0
	ANZMED Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.	Keine verschreibungspflichtigen Medikamente = 0 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente = 1 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente = 2

		5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente = 3 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	ANZVERGANGENE Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Wie oft wurden Sie in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?	Gar nicht = 0 1-mal = 1 2- bis 3-mal = 2 4-mal oder mehr = 3 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	KHGEPLANT War Ihre Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant?	Geplant = 1 Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls) = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	KHDAUER Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden?	Weniger als 1 Woche = 0 1 Woche bis weniger als 2 Wochen = 1 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen = 2 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen = 3 6 Wochen oder länger = 4 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	KHEORTFILTER Wohin sind Sie entlassen worden?	Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/zum Freunden, ins Betreute Wohnen) = 0 Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) = 1 Anderes = 2 <i>Weiß nicht = n. a.</i>

12 Qualitätsindikator 45xx11: Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten

Bezeichnung	Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten
ID	45xx11
Beschreibung	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit minderjährige Patientinnen und Patienten und deren Eltern/Sorgeberechtigte zum Zeitpunkt der Entlassung dazu bereit waren, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Die Entlassbereitschaft umfasst sowohl die wahrgenommene körperliche und psychische Verfassung des Kindes als auch die von den Eltern/Sorgeberechtigten wahrgenommene Unterstützung durch Familie/Vertrauenspersonen und/oder ambulante Dienste bzw. Hilfen sowie die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung der Eltern/Sorgeberechtigten.
Definition	Mittelwert der Parameter des Qualitätsmerkmals: Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: - Leitlinien/Expertenstandard - Publikationen Patientenperspektive - Fokusgruppen/Einzelinterviews - Publikationen Parameter der Ergebnisqualität Entlassmanagement Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
Qualitätsziel	Minderjährige Patientinnen und Patienten und deren Eltern/Sorgeberechtigte sollen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sowohl hinsichtlich der körperlichen und psychischen Verfassung des Kindes als auch hinsichtlich der Unterstützung der Eltern/Sorgeberechtigten durch Dritte und der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung bereit sein, das Krankenhaus zu verlassen. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements sichergestellt werden.
Datenquelle	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	verteilungsbasiert	
Risikoadjustierung	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.	
mögliche Risikovariablen	▪ Alter der Patientin / des Patienten ▪ Geschlecht der Patientin / des Patienten ▪ Anzahl Komorbiditäten ▪ Polymedikation ▪ Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte ▪ Geplante oder ungeplante Aufnahme ▪ Dauer des Krankenhausaufenthalts ▪ Entlassort	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	FRAGEBOGENVERSION = 1	„Erwachsene“ = 0 „Eltern/Sorgeberechtigte“ = 1
	KOERPERBEREIT Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral Weiß nicht = n. a.
	PSYCHBEREIT Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral Weiß nicht = n. a.

	ELTERNUNTERSTANDEREBEREIT Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, durch einen Pflegedienst).	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral Weiß nicht = n. a.
	ELTERNALLTAGBEREIT Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war bereit, den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral Weiß nicht = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen
	PATGEBURTJAHR In welchem Jahr wurde Ihr Kind geboren?	Offene Angabe
	PATGESCHLECHT Welches Geschlecht hat Ihr Kind?	Weiblich = 0 Männlich = 1 Divers = 2
	Erfassung Komorbiditäten Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihrem Kind jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt? ...	
	CHRLUNG ... Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	Ja = 1 Nein = 0
	BLUHO ... Bluthochdruck	Ja = 1 Nein = 0
	CHRMADA ... Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	Ja = 1 Nein = 0
	HKE ... Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja = 1 Nein = 0
	HERZINF ... Herzinfarkt	Ja = 1 Nein = 0
	SCHLAGANF ... Schlaganfall	Ja = 1 Nein = 0
	DIAB ... Diabetes / hoher Blutzucker	Ja = 1 Nein = 0

	CHROLEBIE ... Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	Ja = 1 Nein = 0
	KREBS ... Krebserkrankung	Ja = 1 Nein = 0
	PSYCH ... Psychische Erkrankung	Ja = 1 Nein = 0
	DEMALZ ... Kinderdemenz	Ja = 1 Nein = 0
	NEURO ... Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	Ja = 1 Nein = 0
	ENTWSTOER ... Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS)	Ja = 1 Nein = 0
	RHEUMA ... Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	Ja = 1 Nein = 0
	ANZMED Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein? Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.	Keine verschreibungspflichtigen Medikamente = 0 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente = 1 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente = 2 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente = 3 Weiß nicht = n. a.
	ANZVERGANGENE Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Wie oft wurde Ihr Kind in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?	Gar nicht = 0 1-mal = 1 2- bis 3-mal = 2 4-mal oder mehr = 3 Weiß nicht = n. a.
	KHGEPLANT War die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus geplant oder ungeplant?	Geplant = 0 Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls) = 1 Weiß nicht = n. a.

	KHDAUER Wie lange ist Ihr Kind im Krankenhaus gewesen, bis es entlassen wurde?	Weniger als 1 Woche = 0 1 Woche bis weniger als 2 Wochen = 1 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen = 2 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen = 3 6 Wochen oder länger = 4 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	KHEORTFILTER Wohin ist Ihr Kind entlassen worden?	Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/zu Freunden, ins Betreute Wohnen) = 0 Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) = 1 Anderes = 2 <i>Weiß nicht = n. a.</i>

13 Funktionen für berechnete Felder

In Folgenden werden die berechneten Felder dargestellt, welche zur Berechnung der Qualitätsindikatoren „Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus“ und „Entlassgespräch“ verwendet werden.

Berechnetes Feld	R-Code
fn_SozDInteressiert_bedingt	<pre>fn_SozDInteressiert_bedingt = precomp(expr = ifelse(is.na(SozDKontaktFilter), NA_real_, ifelse(SozDKontaktFilter == 0, 0, case_when(SozDInteressiert == 0 ~ 25, SozDInteressiert == 33 ~ 50, SozDInteressiert == 66 ~ 75, SozDInteressiert == 100 ~ 100))), prototype = NULL, labels = c("Immer" = 100, "meistens" = 75, "selten" = 50, "nie" = 25, "keine Beratung stattgefunden" = 0))</pre>
fn_SozDAufmerksam_bedingt	<pre>fn_SozDAufmerksam_bedingt = precomp(expr = ifelse(is.na(SozDKontaktFilter), NA_real_, ifelse(SozDKontaktFilter == 0, 0, case_when(SozDAufmerksam == 0 ~ 25, SozDAufmerksam == 33 ~ 50, SozDAufmerksam == 66 ~ 75, SozDAufmerksam == 100 ~ 100))), prototype = NULL, labels = c("Immer" = 100, "meistens" = 75, "selten" = 50, "nie" = 25, "keine Beratung stattgefunden" = 0))</pre>
fn_BeratungSozDHilfreich_bedingt	<pre>fn_BeratungSozDHilfreich_bedingt = precomp(expr = ifelse(is.na(SozDKontaktFilter), NA_real_, ifelse(SozDKontaktFilter == 0, 0, case_when(BeratungSozDHilfreich == 0 ~ 25, BeratungSozDHilfreich == 100 ~ 100))), prototype = NULL, labels = c("Ja" = 100, "platzhalter_1" = 75, "platzhalter_2" = 50, "Nein" = 25, "keine Beratung stattgefunden" = 0))</pre>
fn_AbschlGespr_themen_bedingt	<pre>fn_AbschlGespr_themen_bedingt = precomp(expr = ifelse(is.na(AbschlGsprFilter), NA_real_, ifelse(AbschlGsprFilter == 0, 0, case_when(AbschlGsprThem == 0 ~ 50, AbschlGsprThem == 100 ~ 100))), prototype = NULL, labels = c("ja" = 100, "nein, obwohl wichtig" = 50, "kein Abschlussgespräch geführt" = 0))</pre>

Berechnetes Feld	R-Code
fn_Abschlgespr_ang_ bedingt	<pre>fn_Abschlgespr_ang_bedingt = precomp(expr = ifelse(is.na(AbschlGsprFilter), NA_real_, ifelse(AbschlGsprFilter == 0, 0, case_when(AbschlGsprAng == 0 ~ 50, AbschlGsprAng == 100 ~ 100))), prototype = NULL, labels = c("ja" = 100, "nein, obwohl wichtig" = 50, "kein Abschlussgespräch geführt" = 0))</pre>

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)



QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

Validierte Fragebögen

Informationen zum Dokument

DATEN ZUM DOKUMENT

QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Validierte Fragebögen

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer

Datum der Abgabe 13. Dezember 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Datum des Auftrags 6. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem
Krankenhaus (Fragebogen „Erwachsene“)

Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte zu der Entlassung ihres Kindes aus dem
Krankenhaus (Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“)



Befragung

von Patientinnen und Patienten zu
ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ☒

Nein ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ☐

Nein ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 3

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Fragen an! Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - XXX

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus

Sie wurden kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie zu **Ihrer Entlassung** aus dem Krankenhaus und Ihren Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Wenn Sie beim Ausfüllen des Fragebogens von einer anderen Person unterstützt werden, sollen die Antworten dennoch **Ihre Erfahrungen bei der Entlassung** widerspiegeln.

1)	War Ihre Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant? Geplant ☐ Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls) ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
2)	Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden? Weniger als 1 Woche ☐ 1 Woche bis weniger als 2 Wochen ☐ 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen ☐ 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen ☐ 6 Wochen oder länger ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
3)	Haben Sie Ihre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen? Ja ☐ Nein ☐

4)	Wohin sind Sie entlassen worden? Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/ zu Freunden, ins Betreute Wohnen) ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 5 Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 6 Anderes ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 5 <i>Weiß nicht</i> ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 5

5)	Werden Sie durch einen Pflegedienst unterstützt? Ja, auch schon bevor ich im Krankenhaus war ... ☐ Ja, aber erst seit meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Organisation der Entlassung

6)	Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)? Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

7)	Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein. Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

8)	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)? Ja ☐ Nein ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus

9)	Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zu Ihrer Entlassung? Ja ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 10 Nein ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 12 <i>Weiß nicht</i> ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 12

10)	Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten? Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
11)	Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben? Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
12)	Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten? Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

13)	Wurden Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten? Ja ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 14 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 16 Ich wollte/brauchte das nicht ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 16 Weiß nicht ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 16																		
14)	War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐																		
15)	Wie häufig kamen folgende Situationen bei der Beratung vor? Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Immer</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Meistens</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Selten</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nie</th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><i>Weiß nicht</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...sich für mich und meine Situation interessiert.</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>...mir aufmerksam zugehört.</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>	...sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐	...mir aufmerksam zugehört.	☐	☐	☐	☐	☐
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>														
...sich für mich und meine Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐														
...mir aufmerksam zugehört.	☐	☐	☐	☐	☐														

Klärung der Versorgung und Informationen zur Weiterversorgung

16) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

18) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung infrage kommen (z.B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

19)	Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten? Ja ☐ Nein ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
20)	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus <u>vor Ihrer Entlassung</u> darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung. Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
21)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche medizinische Behandlung <u>nach Ihrer Entlassung</u> durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist? Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

22)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche weiteren Therapien oder Behandlungen <u>nach Ihrer Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)? Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
23)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche Hilfsmittel Sie <u>nach Ihrer Entlassung</u> benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)? Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Medikamente für die Zeit nach der Entlassung

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen müssen.

- 24) Haben Sie im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Damit sind alle Medikamente gemeint, die Sie nach der Entlassung einnehmen.

Ja, ich habe neue Medikamente bekommen bzw. meine Medikamente wurden umgestellt. ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 25**

Nein, ich habe keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**

- 25) Sind Sie an einem Freitag, am Wochenende oder vor einem gesetzlichen Feiertag nach Hause gegangen bzw. entlassen worden?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 26**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

Weiß nicht ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

- 26) Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen?

Ja ☐

Nein, ich habe keine Medikamente mitbekommen ☐

Nein, ich wollte keine Medikamente mitnehmen .. ☐

Nein, ich musste keine Medikamente einnehmen . ☐

Weiß nicht ☐

27) Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht ☐

28) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
...welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
...wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
...welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

- 29) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:
Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
...wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?	☐	☐	☐	☐	☐
...wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?	☐	☐	☐	☐	☐
...wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	☐	☐	☐	☐	☐

Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

- 30) Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

31) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, wie Sie ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
...sich nach Ihrer Entlassung im Alltag <u>verhalten sollen</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	☐	☐	☐	☐
...mögliche Komplikationen und Warnsignale <u>erkennen können</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	☐	☐	☐	☐
...sich bei Komplikationen und Warnsignalen <u>verhalten müssen</u> ?	☐	☐	☐	☐

Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

32) Nutzen Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die Sie vorher noch nicht benutzt haben (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 34**

33) Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?

Ja, für alle Hilfsmittel ☐Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel ☐Nein, für kein Hilfsmittel ☐Brauchte ich nicht ☐Weiß nicht ☐

Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

34) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja ☐

Nein ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

35) Wurden Ihnen im Krankenhaus Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie)?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

Weiß nicht ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

36) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?

Ja ☐

Nein ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

37) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 38**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 39**

Weiß nicht ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 39**

- 38) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
...einen Pflegedienst zu organisieren?	☐	☐	☐	☐
...eine Haushaltshilfe zu organisieren?	☐	☐	☐	☐

- 39) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

Das abschließende Gespräch zur Entlassung

40) Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 41**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 43**

Weiß nicht ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 43**

41) Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Ich hatte keine Themen, Anliegen
oder Fragen zu meiner Entlassung ☐

Weiß nicht ☐

42) Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Ich wollte/brauchte das nicht ☐

Weiß nicht ☐

Ihre Bereitschaft zur Entlassung

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

- 43) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war in Bezug auf ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	Weiß nicht
...meine <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...meine <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...die <u>Unterstützung durch andere</u> bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 44) Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprachen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?

Ja ☐

Nein ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

Dokumente zur Entlassung

- 45) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht ☐

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

- 46) In welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsjahr

- 47) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich ☐

Männlich ☐

Divers ☐

- 48) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

Wie oft wurden Sie in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?

Gar nicht ☐

1-mal ☐

2- bis 3-mal ☐

4-mal oder mehr ☐

Weiß nicht ☐

49)	Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein?	
	Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.	
	Keine verschreibungspflichtigen Medikamente	☐
	1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente	☐
	3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente	☐
	5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente	☐
	<i>Weiß nicht</i>	☐

50) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	☐	☐
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Diabetes / hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes)	☐	☐
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐
Psychische Erkrankung	☐	☐
Demenz oder Alzheimer	☐	☐
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	☐	☐
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS)	☐	☐
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	☐	☐

51) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 53**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 52**

52)	Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind: Sehr gut ☐ Eher gut ☐ Eher schlecht ☐ Sehr schlecht ☐
53)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ☐ Von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐ Einen anderen Schulabschluss ☐

54) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

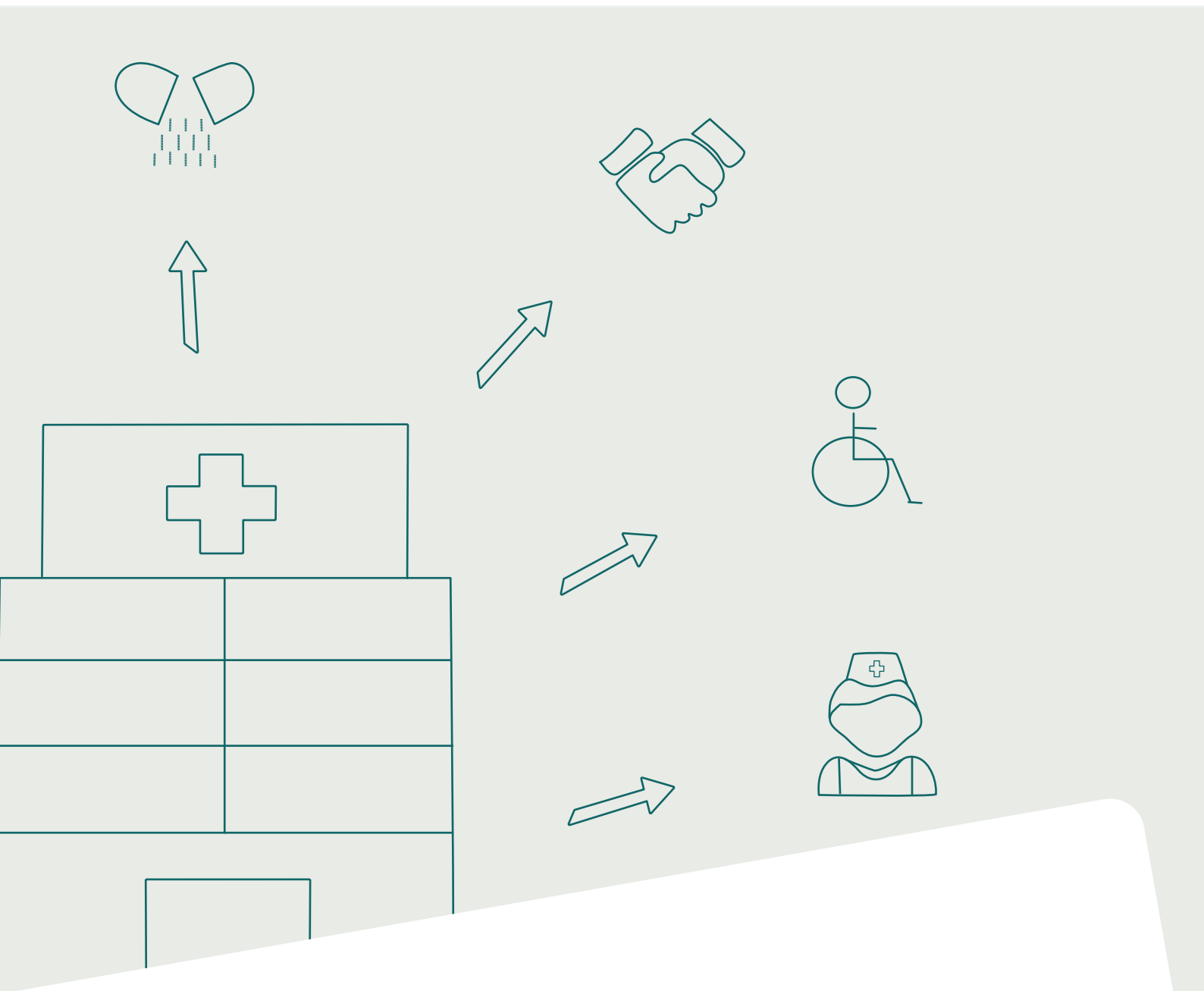
Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student ☐
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) .. ☐
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) ☐
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐
- Arbeitslos ☐
- Altersrente ☐
- Erwerbsunfähigkeitsrente/Erwerbsminderungsrente ☐
- Hausfrau/Hausmann ☐
- Ausbildung, Umschulung ☐
- Wiedereingliederungsmaßnahme ☐
- Sonstiges ☐

55) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

- Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin/Patient) ☐
- Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung) ☐
- Patientin/Patient und Vertrauensperson zusammen ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



Befragung

zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja ☒

Nein ☐

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja ☐

Nein ☒

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 3

Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Fragen an! Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - XXX

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus

Ihr Kind wurde kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie als Eltern bzw. Sorgeberechtigte zur **Entlassung Ihres Kindes** aus dem Krankenhaus und den Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **nur auf die Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus, die im Anschreiben genannt ist.**

1)	War die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus geplant oder ungeplant? Geplant ☐ Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls) ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
2)	Wie lange ist Ihr Kind im Krankenhaus gewesen, bis es entlassen wurde? Weniger als 1 Woche ☐ 1 Woche bis weniger als 2 Wochen ☐ 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen ☐ 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen ☐ 6 Wochen oder länger ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
3)	Wurde die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen? Ja ☐ Nein ☐

4)	Wohin ist Ihr Kind entlassen worden? Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/ zu Freunden, ins Betreute Wohnen) ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 5 Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 6 Anderes ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 5 <i>Weiß nicht</i> ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 5

5)	Werden Sie bzw. Ihr Kind durch einen Pflegedienst unterstützt? Ja, auch schon bevor mein Kind im Krankenhaus war ☐ Ja, aber erst seit der Entlassung meines Kindes aus dem Krankenhaus ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Organisation der Entlassung

6)	Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Ihr Kind entlassen werden kann (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)? Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

7)	Wurde Ihnen der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein. Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

8)	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Ihr Kind am Tag der Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommt (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)? Ja ☐ Nein ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus

9)	Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zur Entlassung Ihres Kindes? Ja ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 10 Nein ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 12 <i>Weiß nicht</i> ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 12

10)	Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zur Entlassung Ihres Kindes hatten? Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
11)	Wurden Ihre Fragen zur Entlassung Ihres Kindes im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben? Immer ☐ Meistens ☐ Selten ☐ Nie ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
12)	Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zur Entlassung Ihres Kindes erhalten? Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

13)	Wurden Sie während des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten? Ja ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 14 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 16 Ich wollte/brauchte das nicht ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 16 Weiß nicht ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 16																		
14)	War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich? Ja ☐ Nein ☐ Weiß nicht ☐																		
15)	Wie häufig kamen folgende Situationen bei der Beratung vor? Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Immer</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Meistens</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Selten</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nie</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Weiß nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>...uns aufmerksam zugehört.</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht	...sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐	...uns aufmerksam zugehört.	☐	☐	☐	☐	☐
	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht														
...sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	☐	☐	☐	☐	☐														
...uns aufmerksam zugehört.	☐	☐	☐	☐	☐														

Klärung der Versorgung und Informationen zur Weiterversorgung

16) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, wie die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Situation in der Familie, Unterstützung bei der Pflege)?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, wie die Versorgung Ihres Kindes nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Pflege in der Familie, Pflegedienst/Pflegeheim)?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

18) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt welche Unterstützungsangebote oder Hilfen nach der Entlassung infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

19)	Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zur Weiterversorgung Ihres Kindes nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten? Ja ☐ Nein ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
20)	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus <u>vor der Entlassung</u> darüber gesprochen, wie sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf der Gesundheit Ihres Kindes nach der Entlassung. Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
21)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche medizinische Behandlung für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> durch eine Kinderärztin / einen Kinderarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist? Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

22)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Sprachtherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)? Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐
23)	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, welche Hilfsmittel Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> benötigt (z. B. Gehhilfen, Dusch-/Badehilfen, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)? Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Brauchte ich nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Medikamente für die Zeit nach der Entlassung

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen muss.

- 24) Hat Ihr Kind im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Damit sind alle Medikamente gemeint, die Ihr Kind nach der Entlassung einnimmt.

Ja, mein Kind hat neue Medikamente bekommen bzw. die Medikamente wurden umgestellt. ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 25**

Nein, mein Kind hat keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**

- 25) Ist Ihr Kind an einem Freitag, am Wochenende oder vor einem gesetzlichen Feiertag nach Hause gegangen bzw. entlassen worden?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 26**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

Weiß nicht ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

- 26) Haben Sie bzw. hat Ihr Kind bei der Entlassung, bzw. als sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen?

Ja ☐

Nein, ich bzw. mein Kind haben keine Medikamente mitbekommen. ☐

Nein, ich bzw. mein Kind wollten keine Medikamente mitnehmen. ☐

Nein, mein Kind musste keine Medikamente einnehmen. ☐

Weiß nicht ☐

27) Haben Sie bzw. hat Ihr Kind bei der Entlassung, bzw. als sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen?

Ja ☐

Nein ☐

Weiß nicht ☐

Medikamente für die Zeit nach der Entlassung

28) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	Weiß nicht
...welche Medikamente Ihr Kind nach der Entlassung einnehmen soll?	☐	☐	☐	☐	☐
...wofür Ihr Kind die Medikamente nach der Entlassung einnehmen soll?	☐	☐	☐	☐	☐
...welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	☐	☐	☐	☐	☐

- 29) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:
Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	Weiß nicht
...wann Ihr Kind die Medikamen- te einnehmen soll (z. B. nach Be- darf, zu bestimmten Tageszei- ten)?	☐	☐	☐	☐	☐
...wie lange Ihr Kind die Medika- mente einnehmen soll?	☐	☐	☐	☐	☐
...wie viel Ihr Kind von dem jeweiligen Medikament einneh- men soll (Dosierung)?	☐	☐	☐	☐	☐

Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

- 30) Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir / meinem Kind
wichtig gewesen wäre ☐

Brauchte ich / mein Kind nicht ☐

Weiß nicht ☐

31)	Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, wie sich Ihr Kind nach der Entlassung im Alltag <u>verhalten soll</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)? Ja ☐ Nein ☐ Brauchte ich / mein Kind nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

32)	Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, wie mögliche Komplikationen und Warnsignale zu <u>erkennen sind</u> (z.B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)? Ja ☐ Nein ☐ Brauchte ich / mein Kind nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

33)	Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, was bei Komplikationen und Warnsignalen <u>zu tun ist</u>? Ja ☐ Nein ☐ Brauchte ich / mein Kind nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

34)	Nutzt Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die es vorher noch nicht benutzt hat (z. B. Gehhilfen, Dusch-/Badehilfen, Pflegebett)? Ja ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 35 Nein ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 36

35)	Wurde Ihnen bzw. Ihrem Kind im Krankenhaus gezeigt, wie mit den neuen Hilfsmitteln umzugehen ist?
	Ja, für alle Hilfsmittel ☐
	Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel ☐
	Nein, für kein Hilfsmittel ☐
	Brauchte ich / mein Kind nicht ☐
	Weiß nicht ☐

Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

36)	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?
	Ja ☐
	Nein ☐
	Brauchte ich nicht ☐
	Weiß nicht ☐

37)	Wurden Ihnen im Krankenhaus für Ihr Kind Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie, sozialmedizinische Versorgung)?
	Ja ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 38
	Nein ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 39
	Weiß nicht ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 39

38) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien für Ihr Kind zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung)?

Ja ☐

Nein ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

39) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 40**

Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 41**

Weiß nicht ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 41**

40) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
...einen Pflegedienst zu organisieren?	☐	☐	☐	☐
...eine Haushaltshilfe zu organisieren?	☐	☐	☐	☐

41) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung Ihres Kindes wenden können, wenn Sie Fragen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung Ihres Kindes haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Kinderärztin / einen Kinderarzt, an einen Pflegedienst)?

Ja ☐

Nein ☐

Brauchte ich nicht ☐

Weiß nicht ☐

Das abschließende Gespräch zur Entlassung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das abschließende Gespräch zur Entlassung. Dieses Gespräch kann mit Ihnen als Eltern bzw. Sorgeberechtigten alleine oder gemeinsam mit Ihrem Kind durchgeführt worden sein.

42)	Wurde am Ende des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt? Ja ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 43 Nein ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 44 <i>Weiß nicht</i> ☐ ⇒ Bitte weiter mit Frage 44
43)	Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf die Entlassung Ihres Kindes wichtig waren? Ja ☐ Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐ Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zur Entlassung meines Kindes ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Bereitschaft zur Entlassung

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

- 44) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zu?

Mein Kind war in Bezug auf seine ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mein Kind nicht zu	Weiß nicht
... <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- 45) Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	Weiß nicht
...in Bezug auf die <u>Unterstüt-</u> <u>zung durch andere</u> bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Ange- hörige, Pflegedienst).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...bereit, <u>den Alltag mit meinem</u> <u>Kind zu bewältigen</u> (z. B. Sicher- heit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	☐	☐	☐	☐	☐	☐

46)	Wurde <u>am Ende des Aufenthalts</u> im Krankenhaus mit Ihnen bzw. Ihrem Kind darüber <u>gesprachen</u>, ob Sie und Ihr Kind bereit für die Entlassung sind? Ja ☐ Nein ☐ Brauchte ich / mein Kind nicht ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Dokumente zur Entlassung

47)	Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zur Behandlung und Weiterversorgung Ihres Kindes enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein. Haben Sie spätestens am Tag der Entlassung Ihres Kindes einen Entlassbrief erhalten? Ja ☐ Nein ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

Nun möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrem Kind bitten.

48)	In welchem Jahr wurde Ihr Kind geboren? Geburtsjahr
49)	Welches Geschlecht hat Ihr Kind? Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers ☐

50)	Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Wie oft wurde Ihr Kind in den <u>12 Monaten vor dieser Entlassung</u> bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt? Gar nicht ☐ 1-mal ☐ 2- bis 3-mal ☐ 4-mal oder mehr ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

51)	Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein? Damit meinen wir Medikamente, für die Ihr Kind ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommt. Keine verschreibungspflichtigen Medikamente ☐ 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente ☐ 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente ☐ 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente ☐ <i>Weiß nicht</i> ☐

52) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihrem Kind jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	☐	☐
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	☐
Herzinfarkt	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐
Diabetes / hoher Blutzucker	☐	☐
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	☐	☐
Krebserkrankung	☐	☐
Psychische Erkrankung	☐	☐
Kinderdemenz	☐	☐
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	☐	☐
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS)	☐	☐
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	☐	☐

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

53) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

- Ja ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 55**
- Nein ☐ ⇒ **Bitte weiter mit Frage 54**

54)	Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind: Sehr gut ☐ Eher gut ☐ Eher schlecht ☐ Sehr schlecht ☐
55)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ☐ Von der Schule abgegangen ohne Abschluss ☐ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ☐ Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss ☐ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ☐ Fachhochschulreife ☐ Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ☐ Einen anderen Schulabschluss ☐

56) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student ☐
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) .. ☐
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) ☐
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ☐
- Arbeitslos ☐
- Altersrente ☐
- Erwerbsunfähigkeitsrente/Erwerbsminderungsrente ☐
- Hausfrau/Hausmann ☐
- Ausbildung, Umschulung ☐
- Wiedereingliederungsmaßnahme ☐
- Sonstiges ☐

57) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

- Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r des Kindes ☐
- Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r zusammen ☐

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

Kurzstatements für das Beteiligungsverfahren

Informationen zum Dokument

DATEN ZUM DOKUMENT

QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Kurzstatements für das Beteiligungsverfahren

Ansprechpersonen Dr. Veronika Andorfer, Jonas Plange

Datum der Abgabe 13. Dezember 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Datum des Auftrags 6. Dezember 2023

Verzeichnis der eingegangenen Kurzstatements

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

- § Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- § Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)
- § Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- § Maßgebliche Patientenorganisationen nach §140 f SGB V (PatV)
- § Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V. (Bündnis KJG)
- § Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- § Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
- § Landesarbeitsgemeinschaft Bayern / Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen (LAG Bayern / NRW)
- § Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LQMV)
- § Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung beim MD Baden-Württemberg (KCQ)
- § Qualitätsbüro Geschäftsstelle der LAG Saarland / Landesarbeitsgemeinschaft Saarland (LAG Saarland)

Hinweis: Personenbezogene Daten wie Adressdaten wurden unleserlich gemacht.

Stellungnahme der DKG vom 04.11.2024 zum „QS-Verfahren Entlassmanagement – Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge“ (Stand 16.10.2024)

Beteiligungsverfahren nach § 137a Absatz 7 SGB V

Das IQTIG führt das Beteiligungsverfahren in Form eines Beteiligungsworkshops am 07. und 08.11.2024 durch. Den zur Teilnahme berechtigten Institutionen wurde die Möglichkeit zur Abgabe eines zusammenfassenden Statements (max. 1.800 Wörter) innerhalb von 13 Arbeitstagen bis zum 04.11.2024 gegeben. Eine tiefergehende Auseinandersetzung mit den umfangreichen Unterlagen des IQTIG ist unter diesen Voraussetzungen kaum umsetzbar, weshalb nur punktuell Bewertungen vorgenommen werden konnten. Damit wird der Sinn einer Beteiligung nach § 137a Absatz 7 SGB V teilweise verfehlt. Bei zukünftigen Beteiligungsverfahren sollte darauf geachtet werden, einen ausreichenden Zeitrahmen vorzusehen.

Allgemeine Anmerkungen

Der vorgelegte Bericht und die Anlagen sind gut strukturiert. Es ist zu begrüßen, dass es dem IQTIG gelungen ist, die vom G-BA per Beauftragung vom 06.12.2023 geforderte Verbesserung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses umzusetzen. Insbesondere der innovative Vorschlag zum Einsatz des entwickelten „QS-Audit“ als zusätzliches Qualitätssicherungsinstrument wird positiv bewertet. Auch die Reduktion der Komplexität zur Fallauswahl ermöglicht einen pragmatischen und für die Anwender gut nachvollziehbaren Einsatz des Verfahrens. Der Bericht verweist an vielen Stellen auf den Anhang, in dem die Entwicklungsergebnisse ausführlich dargelegt werden. Hierbei vermissen wir an einigen Stellen den wissenschaftlichen Abwägungsprozess, der zu den Empfehlungen des IQTIG führte. Der Lösungsweg zwischen Problemstellung und Empfehlung des IQTIG verbleibt teilweise intransparent. Auch in diesem Bericht vertritt das IQTIG die Auffassung, dass mit den vorgelegten Empfehlungen eine Messung und Abbildung der Versorgungsqualität möglich sei. Diese Auffassung ist ohne wissenschaftliche Grundlage. Rechnerisch auffällige Qualitätsindikatorergebnisse können nicht automatisch ein Qualitätsdefizit darstellen, sondern müssen immer als Aufgreifkriterium betrachtet werden und zur Beurteilung durch ein Stellungnahmeverfahren unter Einbeziehung von Fachexperten überprüft/validiert werden.

Zu 3 Weiterentwicklung der Fallauslösung

Die vorgeschlagene Fallauslösung ohne Prognosemodell unter Einbezug von Diagnosen und Prozeduren, deren ICD- bzw. OPS-Kodes abrechnungsrelevant sind und damit im KIS strukturiert und einheitlich enthalten sind, ist im Grundsatz zu begrüßen. Dieser Ansatz muss jedoch in der

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

Erprobungsphase evaluiert werden, um zu prüfen, inwiefern anhand der ausgewählten Teilpopulation valide Aussagen über ein gesamtes Krankenhaus gemacht werden können. Unklar bleibt, wie abgewogen wurde, welche ICD bzw. OPS berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der eingeschlossenen Kriterien sehen wir Probleme beim Einbezug psychischer Erkrankungen. Hier wäre die Herleitung der Diagnosecodes interessant. In psychiatrischen Einrichtungen/Abteilungen bestehen noch keine Erfahrungen mit der datengestützten QS und entsprechender Softwareanwendungen. Die Einführung des QS-Verfahrens Schizophrenie steht bevor, welches ebenfalls eine Patientenbefragung vorsieht. Es besteht die Gefahr, mit der generischen Patientenbefragung zum Entlassmanagement in einen Versorgungsbereich mit speziellem Patientenkontext und spezifischen Entlassprozessen, die zum Teil von Entlassprozessen nach somatischer Behandlung abweichen, vorzudringen, und so hier die Akzeptanz der QS zu gefährden. Dem Verfahren QS Schizophrenie ist ausdrücklich der Vorzug zu gewähren. Nach der Einführung kann die Erweiterung zum Thema Entlassmanagement auf den psychiatrischen Bereich in Betracht gezogen werden. Das Szenario 6 wird abgelehnt.

Zu 5 Konzept des externen QS-Audits Entlassmanagement

Die innovativen Ideen zum externen QS-Audit werden ausdrücklich begrüßt. Der beschriebene Gesamtprozess ist gut durchdacht und im Grundsatz stimmig. Das Instrument erscheint gut geeignet, den Instrumentenkasten der externen QS zu erweitern. Anders als in der datengestützten QS üblich, kann über die nicht anlassbezogene Leistungserbringerauswahl effizienter auf die Versorgungsqualität von Einrichtungen entlang der gesamten Qualitätsverteilung förderlich eingewirkt werden, anstatt nur möglicherweise in ihrer Qualität auffällige Einrichtungen zu betrachten und diesen mit Sanktionen zu drohen. Allerdings dürfte die Konzeption als Instrument mit geringen Folgewirkungen der Erhöhung der Effizienz entgegenwirken. Der weitere Umgang mit den Ergebnissen und hierbei insbesondere die Überlegungen zur Veröffentlichung sollten daher überdacht werden. Über das Verfahren und die Ergebnisse sollte im Sinne der Vertrauensbildung gegenüber der Öffentlichkeit transparent und nachvollziehbar berichtet werden können. Vorteilhaft ist, dass mit diesem Instrument, anders als bisher in der datengestützten QS, die aktuelle Versorgungssituation ohne Zeitverzug betrachtet wird, die Leistungserbringer direkt Rückmeldungen erhalten und unmittelbar mit der Qualitätsverbesserung beginnen können.

Zu 6 Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen des QS-Verfahrens Entlassmanagement im Stellungnahmeverfahren nach § 17 Teil 1 DeQS-RL

Patientenbefragung

Das IQTIG vertritt die Position, dass sich der Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung im Stellungnahmeverfahren gem. DeQS-RL auf die durch den Indikator adressierte Behandlungs- bzw. Versorgungsleistung eines Leistungserbringers beschränkt und keine Verifizierung/Falsifizierung der Patientenperspektive stattfinden kann. Diese Sichtweise ist nicht korrekt, da eine Verifizierung/Falsifizierung des berechneten Qualitätsindikatorergebnisses immer Teil des Stellungnahmeverfahrens gemäß DeQS-RL sein muss. So ist der Prozess in der Richtlinie

angelegt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass besondere zu berücksichtigende Situationen vorliegen. Allerdings muss das Stellungnahmeverfahren zu den Ergebnissen der Patientenbefragung im Hinblick auf Maßnahmen/Handlungsanschlüsse anders gestaltet sein als im herkömmlichen Verfahren. Die Schlussfolgerung auf S. 47, dass eine rechnerische Auffälligkeit im Falle der Patientenbefragungen auch immer gleich einer qualitativen Auffälligkeit entspricht, ist wissenschaftlich nicht korrekt. Unklar bleibt, ab wann und in welchem Umfang es zu Maßnahmen kommen soll. Das Beispiel in Anhang D.1.3 legt nahe, dass bei jeder rechnerischen und nach Logik des IQTIG damit qualitativen Auffälligkeit Maßnahmen erfolgen sollen. Vor dem Hintergrund, dass dem G-BA noch keine Erfahrungen vorliegen, ist eine Bewertung dieses Prozesses nicht möglich. Alleine aus Ressourcengründen erscheint ein derartiges Vorgehen nicht möglich.

Krankenhäusern ist es ein wichtiges Anliegen, sich frühzeitig mit den Ergebnissen der Patientenbefragung auseinanderzusetzen. Die Vorlage der Ergebnisse erst mit den jährlichen Rückmeldeberichten im Folgejahr ist viel zu spät. Im Zweifel ergibt sich aufgrund von Unkenntnis auch im Folgejahr eine rechnerische Auffälligkeit. Anders als bei der fallbezogenen Dokumentation liegen keine Daten vor, die ein internes unterjähriges Monitoring ermöglichen. Es ist dringend erforderlich, dass über die quartalsweisen Zwischenberichte vorläufige Ergebnisse der Patientenbefragung berichtet werden.

Einrichtungsbefragung

Die Aussage, dass für die U-Kategorie prospektiv keine Gründe ersichtlich sind, die eine Einordnung eines rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses in diese Kategorie begründen, und der daher vorgenommene Ausschluss der U-Kategorie erscheint vor dem Hintergrund langjähriger Erfahrungen mit der datengestützten QS zumindest perspektivisch nicht haltbar.

Die Erläuterungen zur Einführung einer neuen K-Kategorie sind zu oberflächlich, so dass keine Einschätzung abgegeben werden kann.

Zu 7 Empfehlungen für den Start der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation

S. 54: Es erschließt sich nicht, weshalb auch Patienten in die allgemeine Befragung zum Entlassmanagement einbezogen werden sollen, die die Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben. Der weitere Umgang mit diesen Fällen wird nicht näher erläutert. Der Einbezug wird abgelehnt.

Die Annahme, dass eine monatliche Datenübermittlung im Vergleich zu einem quartalsweisen Export zu keinem wesentlichen Mehraufwand führen würde, ist falsch. Nach über einem Jahrzehnt datengestützter QS liegt auch beim IQTIG die Erkenntnis vor, dass jeglicher Datenübermittlungsprozess immer mit Aufwand verbunden ist und nicht durch einen einfachen Knopfdruck ausgeführt werden kann. Die Prozesse zur Falldokumentation müssen abgeschlossen sein und jede Datenübermittlung muss geloggt/dokumentiert werden, um unerwartet auftretende Probleme zu bearbeiten. Auch existieren temporäre Software-Probleme, für die u. a. Fehler in den Spezifikationen des IQTIG ursächlich sein können.

Zu Anhang B.2: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

DF 8: *[Ein Entlassplan ist ein eigenständiges Dokument, in dem sämtliche Informationen, Aktivitäten und Ergebnisse des Entlassmanagements erfasst werden.]*
(und Anhang C.5 Nr. 2 und C.6 Nr. 2)

Bereits im Entwicklungsbericht zu Teil B (15.02.2023) wurden Expertenhinweise zitiert, dass der Entlassplan nicht als eigenständiges Dokument vorliegen müsse, da *die Informationen bezüglich erforderlicher bzw. bereits getroffener Maßnahmen ohnehin im KIS vorlägen. Außerdem würden sämtliche Eintragungen bzw. Änderungen im KIS-System patientenbezogen datumsgenau erfasst werden, weshalb die Anforderung einer Verlaufsdokumentation im Entlassplan obsolet sei.* Eine normative Vorgabe für ein eigenes Dokument besteht nicht. Den Anwendern ist bekannt, an welchen Stellen im System Informationen erfasst sind. Ein Zusammenführen in einem extra Dokument schafft unnötige Arbeitsaufwände.

DF 11, 12, 13: 14 Tage zur Übermittlung des Entlassbriefs
(und Anhang C.5 Nr. 5 und C.6 Nr. 5)

Bereits im Entwicklungsbericht zu Teil B (15.02.2023) wird dargelegt, weshalb eine Frist von 14 Tagen kaum einzuhalten ist. Gemäß Untersuchung des IQTIG ist in der Literatur belegt, dass die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs sehr häufig deutlich länger als 14 Tage dauert. Auch die einbezogenen Experten äußern sich entsprechend. Verwunderlich ist, dass trotzdem diese Frist gesetzt wird. Krankenhäuser haben unter prozessualer Betrachtung häufig keinen Einfluss. Tumorboard-Entscheidungen und Befunde, z. B. aus Histologie, Genetik etc. liegen bekanntermaßen häufig erst nach mehreren Wochen vor. Auch können multiprofessionelle Besprechungen oder Konsil-Berichte ausstehen. Gleiches gilt bei multimorbiden Patienten, die während des Aufenthalts von mehreren Fachabteilungen und zu unterschiedlichen Krankheitsbildern behandelt wurden. Die Empfehlungen stimmen nicht mit dem Praxisgeschehen überein und können daher keine Umsetzung erfahren, zumal auch keine normativen Vorgaben für eine Frist existieren.

DF 21.x, 22.x: Mitarbeiterschulungen

Die Einschränkung auf im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiter mit vertraglich vereinbarter Beschäftigungsdauer von mindestens sechs Monaten ist nicht trennscharf. Beziehen sich die sechs Monate ebenfalls auf das Erfassungsjahr? Die Kriterien würde auch eine im Dezember des Erfassungsjahres neu, auf neun Monate befristet, angestellte Aushilfskraft erfüllen.

Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass diese Fragen bei Häusern der Maximalversorgung einen enormen bürokratischen Aufwand verursachen. Ein alternativer Erhebungsansatz wäre erstrebenswert.

Zu den Erhebungsinstrumenten und Indikatorensets

Patientenbefragung

Für acht von zwölf Qualitätsindikatoren wird der Referenzbereich auf >95 Punkte gelegt. Für den Start erscheint dies zu hoch. Der Umgang mit den Ergebnissen und die Angemessenheit der Referenzbereiche sollten nach Einführung des Verfahrens zunächst erprobt werden.

Die Patientenbefragung erscheint mit 23 Seiten zu lang. Es sind negative Effekte auf die Motivation und das Antwortverhalten der Patienten zu befürchten.

Frage 7 deckt den täglichen Versorgungsalltag nicht ab. Wie sollen Patienten per Ja/Nein antworten können, wenn es zu Verschiebungen des Entlasstermins im Zuge der Behandlung gekommen ist?

Frage 12: Die Bewertung zu WIDERSPRINFO ist vertauscht. Volle Punktzahl, wenn der Patient angibt, widersprüchliche Informationen erhalten zu haben.

Fragen 13ff.: Viele Kliniken nennen den Sozialdienst nicht mehr so. Die Mitarbeitenden werden z.B. „Entlassmanager“ genannt. Für Patienten/Vertrauenspersonen ist es schwer zwischen Berufsgruppen im Krankenhaus zu unterscheiden. Häufig wird in allen nicht-ärztlichen Mitarbeitern die Pflege gesehen (ob Servicekraft, Logopäde, Verwaltungsangestellte ...).

Frage 19: Zu wenig konkret und zu individuell. Unklar, was aus der generischen Betrachtung abgeleitet werden kann.

Frage 22: Die suggestive Fragestellung kann zu Fehleinschätzungen führen. Ggf. war aus medizinischer Sicht keine Folgetherapie angezeigt. Dann braucht es auch keine Information hierzu.

Frage 27: Es fehlt eine neutrale Antwortoption, falls keine Mitgabe eines Rezepts notwendig war. Zudem ist die Ausstellung von Verordnungen im Rahmenvertrag Entlassmanagement streng reglementiert und nur möglich *soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist*. Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Patientenbefragung darf keine Erwartungshaltung bei Patienten suggestiv hervorrufen, die zu einer negativen Prozessbewertung führt. Analog für Frage 36.

Frage 33: Nicht alle Hilfsmittel sind im Krankenhaus verfügbar, diese können also auch nicht „ausprobiert“ werden. Die Bewertung im Indikatorenset S. 20 ist nicht korrekt. Die Antwortoption „Brauchte ich nicht“ müsste mit „neutral“ belegt werden, nicht 0 Punkte.

Fragen 43/44: Zu berücksichtigen ist, dass der Medizinische Dienst eine Aufenthaltsverlängerung aufgrund ggf. aus Patientensicht noch nicht bereiter psychischer Verfassung nicht akzeptiert. Der Einfluss des Krankenhauses ist hier begrenzt.

Stellungnahme der DKG vom 04.11.2024 zu den Beratungsunterlagen für den Beteiligungsworkshop des IQTIG zum „QS-Verfahren Entlassmanagement – Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge“ (Stand 16.10.2024)



Einrichtungsbefragung

Für den Qualitätsindikator zu den Schulungen empfiehlt das IQTIG einen Referenzbereich >95%. Insbesondere zum Verfahrensstart sollte der Referenzbereich niedriger angesetzt werden. Es benötigt Zeit, bis die neue Anforderung aus dem Verfahren die Strukturen durchsetzt.



Zusammenfassendes Statement des GKV-Spitzenverbandes vom 31.10.2024

IQTIG Bericht: Weiterentwicklung des Konzepts und der
Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
www.gkv-spitzenverband.de

Stellungnahme

Mit Beschluss vom 6. Dezember 2023 wurde das IQTIG beauftragt, das bestehende Konzept des neu einzuführenden sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement insbesondere mit dem Ziel der Aufwand-Nutzen Optimierung zu überarbeiten.

Zusammenfassende Beurteilung des GKV-Spitzenverbandes

- Die Vorgehensweise und Methodik werden nachvollziehbar beschrieben.
- Dem Ziel der Aufwands- und Komplexitätsreduktion wurde im Hinblick auf die Umstellung der fallbezogenen QS-Dokumentation auf eine Einrichtungsbefragung und auf das Modell zur Auslösung der Patientenbefragung entsprochen.
- Insbesondere werden zum einen die Überführung der bislang fallbezogenen Qualitätsindikatoren auf die Einrichtungsbefragung und Patientenbefragung sehr positiv gewertet, zum anderen auch der Verzicht auf das vormals sehr komplexe Prognosemodell für umfassenden Bedarf an Entlassmanagement zugunsten der jetzt empfohlenen, auf fachlichen Kriterien basierenden Fallauslösung mit nachfolgender Stichprobenziehung. Jedoch sollte die Praktikabilität der Stichprobengröße von Szenario 6 im Hinblick auf die Versendestelle umfassender geprüft und dargelegt werden.
- Das Konzept des qualitativen Bewertungsverfahrens – im Bericht „QS-Audit“ genannt, wird in großen Teilen kritisch gesehen. Gut erscheinen die entwickelten Leitfäden, die hilfreich für eine umfassende und systematische Analyse der Strukturen und Prozesse des Entlassmanagements sein können. Der Begrifflichkeit „QS-Audit“, den Empfehlungen zur Veröffentlichung bzw. Nicht-Veröffentlichung von Ergebnissen, der Stichprobenbildung, dem QM-Charakter, verbunden mit einer relativen Unverbindlichkeit bzw. Sanktionsfreiheit bei einem QS-Instrument des G-BA, kann jedoch nicht gefolgt werden. Der GKV-Spitzenverband legt hierzu Alternativvorschläge vor.

Detaillierte Einschätzung zu einzelnen Punkten

Fallauslösung

Für die Auslösung der Patientenbefragung empfiehlt das IQTIG ein Szenario, bei dem eine heterogene Patientengruppe und große Bandbreite an Krankenhäusern erfasst werden. In der Folge ist mit einer Fallzahl von knapp 1,7 Mio. Patientinnen und Patienten von ca. 2.400 Krankenhäusern (Standorten?) zu rechnen, aus denen bei der Versendestelle eine leistungserbringerbezogene Stichprobe gezogen werden muss. Dies überschreitet die bisher in der Versendestelle verarbeitete Anzahl an Fällen bei weitem.

Es sollte für den Abschlussbericht genauer und auch gemeinsam mit der Versendestelle geprüft werden, wie diese Datensatzmengen, auch im Hinblick auf den Umgang mit der leistungserbringerbezogenen Stichprobenziehung mit Listenverfahren darstellbar sind.

Zumindest für den Verfahrensstart könnte auch, um Fehler durch die sehr hohen Datenmengen zu vermeiden, erwogen werden, die Fallübermittlung nach 200 Fällen pro LE zu stoppen und erst im nächsten Schritt (Erfassungsjahr) die reale Fallzahl anzustreben.

Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen

Das IQTIG empfiehlt zwei Konzepte zum Umgang mit den Ergebnissen aus der Patientenbefragung sowie der Einrichtungsbefragung. Die empfohlenen Konzepte, indicatorspezifische Leitfragen zur Unterstützung des Stellungnahmeverfahrens usw. erscheinen prinzipiell gut ausgearbeitet und hilfreich. Dennoch ist die Aussage, die Konzepte orientierten sich an den derzeitigen Regelungen der DeQS-RL insofern nicht nachzuvollziehen, als die auf Seite 42 genannte Weiterentwicklungsbeauftragung zur qualitativen Bewertung ebenfalls vom IQTIG bearbeitet wird, so dass eine Rückkopplung mit dem aktuellen Stand der Entwicklung dort erwartet werden kann.

Bei dem Einstufungsschema zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung der Patientenbefragungsindikatoren bleibt zudem unklar, was das IQTIG unter einem „plausiblen Umgang mit dem zur Verfügung stehenden Kategorien“ versteht, zudem erscheint die Unterscheidung von Beurteilung des Indikatorergebnisses und Beurteilung der „dahinterstehenden Versorgungsleistung“ theoretisch. Spätestens mit der sog. Praxisanalyse wird doch den hinter dem QI-Ergebnis stehenden Prozessen und Strukturen nachgegangen. Das IQTIG sollte zudem kritisch prüfen, ob nicht auch in der Patientenbefragung durch besondere Umstände ein Ergebnis „qualitativ unauffällig“ denkbar ist.

Berücksichtigung der Einwilligung der Patienten in das Entlassmanagement

Vorgestellt werden vom IQTIG drei Varianten, wobei das IQTIG zumindest für den Start des Verfahrens die erste Variante empfiehlt: keine Berücksichtigung des Einwilligungsstatus der Patientin oder des Patienten, dafür sollen entsprechende Anpassungen in der Auswertung erfolgen.

Im Interesse eines zügigen Verfahrensstarts erscheint das nachvollziehbar. Der GKV-Spitzenverband geht allerdings auch davon aus, dass die Information zum Einwilligungsstatus des Patienten bereits einheitlich strukturiert und zum Zeitpunkt der Entlassung digital vorliegt. Daher wird das IQTIG gebeten, die Machbarkeit der Umsetzung des Einwilligungsstatus als Ein- und Ausschlusskriterium im QS-Filter, also Variante 3, zeitnah zu prüfen.

Berücksichtigung der „Übergangspflege“

Die Übergangspflege wurde 2021 eingeführt. Im vorliegenden Bericht wird sie kurz bei den Auslösekriterien und im Indikatorenset genannt. Der GKV-Spitzenverband bittet darum, im Abschlussbericht etwas ausführlicher darauf einzugehen, wie diese neue Leistung im Verfahren QS Entlassmanagement berücksichtigt wird.

Konzept des externen „QS-Audits“ Entlassmanagement

Dem Konzept des IQTIG nach ist das „QS-Audit“ ein eigenständiges QS-Instrument, neben bzw. zu unterscheiden von der indikatorgestützten Qualitätsmessung. Ziel des „QS-Audits“ ist daher auch nicht, rechnerische QI-Ergebnisse zu validieren oder zu analysieren (diese Aufgabe hat das Stellungnahmeverfahren mit qualitativer Bewertung nach § 17 DeQS-RL Teil 1). Vielmehr soll bei einer Zufallsstichprobe von 10% der LE pro Jahr – unter Ausschluss der LE in einem Stellungnahmeverfahren – eine fallübergreifende Dokumenten- und Prozessprüfung unter Nutzung eines Leitfadens durch eine Expertengruppe (Fachkommission) vor Ort durchgeführt werden. Dabei wird auf die Identifikation von Verbesserungspotenzialen mit Vereinbarung von entsprechenden Maßnahmen einerseits, und/oder die Identifikation von Best-Practice-Beispielen andererseits abgezielt. Zu den Ergebnissen des „QS-Audits“ erhalten die LE einen Ergebnisbericht von der LAG, ferner sollten die Ergebnisse aggregiert in Bundesauswertung und BQB veröffentlicht werden, wobei die LAGen jeweils die qualitativen Ergebnisteile sinnvoll zusammenfassen sollen (S. 37). Eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung soll nur dann (im Qualitätsbericht) erfolgen, wenn der LE dem „QS-Audit“ nicht zugestimmt hat (S. 38). Begründet wird dies damit, dass durch die Sanktionsfreiheit und den „Peer-Review-Charakter“ des Verfahrens eine offene, zielführende Atmosphäre – im Kontrast zu Abwehrhaltung und sozialer Erwünschtheit – hergestellt werden könne (S. 38). Patienten könnten aus den Ergebnissen ohnehin keine eindeutigen Schlussfolgerungen zur Qualität des Entlassmanagements ziehen (ebd.).

Bewertung:

- Entsprechend dem Auftrag ist ein qualitatives Bewertungsverfahren zu entwickeln. Zwar sind die Überlegungen des IQTIG „best practice“-Beispiele zu identifizieren und publik zu machen sowie Verbesserungspotenziale systematisch abzuleiten und nachzuhalten, positiv zu bewerten, im Vordergrund steht für den GKV-Spitzenverband jedoch die nicht vollständige Erfüllung des Auftrags und Beachtung der normativen Ziele der gesetzlichen QS:
 - o ein solches Bewertungsverfahren muss zu einem abschließenden Ergebnis kommen, das veröffentlicht werden kann und es Patienten ermöglicht zu erkennen, in welchen Krankenhäusern das Entlassmanagement gut funktioniert und in welchen nicht.
 - o Die gesetzliche QS mit der DeQS-RL sieht vor, dass bei Qualitätsdefiziten, anhaltenden Mängeln oder fehlender Kooperation verbindliche Maßnahmen festgelegt werden und durchgesetzt werden können. Dies gilt auch für ein qualitatives Verfahren.
 - o In der jetzigen Ausrichtung des qualitativen Bewertungsverfahrens des Entlassmanagements erscheint dieses Instrument daher nicht für die Qualitätssicherung des G-BA geeignet.
- Im gesetzlichen und normativen Umfeld der DeQS RL erscheint der aus dem QM-Umfeld stammende Begriff „QS-Audit“ ungeeignet und irreführend, da ein Audit zu den Konzepten aus dem klassischen Qualitätsmanagement (z.B. ISO 9001), zu Zertifizierungsprogrammen und allen Arten freiwilligen „Peer Review“-Verfahren zählt, die keinesfalls mit den QS-Verfahren und Maßnahmen vermischt werden sollten. Es bedarf daher unbedingt eines anderen Begriffs für diese „Qualitativen Qualitätsprüfungen“ im Rahmen der gesetzlichen QS des G-BA.
- Auch die Argumentation zur Transparenz bzw. Nichtveröffentlichung (S. 38) ist nicht nachvollziehbar. Allein dieser Satz zu den für Patienten nicht möglichen Schlussfolgerungen zeigt die Problematik des vom IQTIG erarbeiteten Konzepts ganz offensichtlich. Prinzipiell ist Transparenz über QS-Ergebnisse für die Öffentlichkeit herzustellen, und die Darstellung sollte

so erfolgen, dass die Nutzer Schlussfolgerungen ziehen und Wahlentscheidungen treffen können. Veröffentlichungsfähigkeit ist expliziter Teil des Auftrags. Das IQTIG sollte hierzu dementsprechend ein Konzept entwickeln. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands sind die QS-Instrumente nicht geeignet, wenn aus den Ergebnissen keine Schlussfolgerungen über die Qualität des Entlassmanagements gezogen werden können.

- Der Aufwand erscheint in der Summe sehr hoch (s.a. S. 40 im Bericht). Es wird ein Ressourcen-Aufwuchs bei den LAGen empfohlen und zusätzliche Fachkommissionen, und pro „Audit“ mehrere Arbeitstage pro Geschäftsstelle und pro Experten kalkuliert. Auch die Kommunikation zwischen LAG und LE erscheint sehr aufwändig, hinzu kommen die Berichtspflichten der LAG gegenüber dem IQTIG, die ebenfalls umfassend sind und zudem eine Art qualitative Inhaltsanalyse und Zusammenfassung der QS-Audit-Ergebnisse implizieren – an und für sich schon eine herausfordernde Aufgabe.

In der Gesamtbetrachtung der Vorschläge zum „QS-Audit“ kommt der GKV-Spitzenverband daher zu folgender Bewertung: Das Aufwand-Nutzen-Verhältnis des „QS-Audits“ wird bedingt durch hohe Dokumentations- und Personalaufwände auf der einen Seite, bei gleichzeitiger Ineffizienz bzw. Ungezieltheit (Stichprobenempfehlungen mit Ausschlusskriterien, 10-Jahres-Turnus) des Vorgehens, als ungünstig angesehen. Zudem werden wesentliche Anforderungen des Auftrags und der normativen Grundlagen nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt (LE-bezogene Veröffentlichung/Transparenz über die Prüfergebnisse, Bewertung und klares Qualitätsurteil, Verbindlichkeit bzw. Handlungsanschlüsse von QS-Maßnahmen gemäß der DeQS-RL). Zudem erscheinen inhaltliche Überschneidungen hinsichtlich der Qualitätsmerkmale und der zu analysierenden Strukturen, Prozesse und Verbesserungspotenziale unvermeidlich, auch wenn das IQTIG hier eine Trennung versucht. Insgesamt ist daher die Argumentation für ein eigenständiges Instruments als parallele Schiene zu dem indikatorbasierten Verfahrensteil weder inhaltlich noch vom Aufwand-Nutzen-Verhältnis überzeugend.

Der GKV-Spitzenverband schlägt daher als Alternative vor:

- Indikatoren aus dem datenbasierten Teil des Verfahrens sollten im Sinne von Hinweisgebern Auslöser für eine vertiefte Analyse des Entlassmanagements auf „Aktenbasis“ („Dokumentenanalyse“) sein. Ziel der Entwicklung eines qualitativen Prüfverfahrens mit Patientenakten war es, die Aufwände für eine flächendeckende fallbezogene QS-Dokumentation zu vermeiden und stattdessen für die qualitative Analyse eine Auswahl von Fällen die Daten zu nutzen, die im Krankenhaus routinemäßig erfasst werden.
- Denkbar ist es, die Dokumentenanalyse (10-15 Patientenfälle, zufällig gewählt) daher als optionales, ergänzendes Modul in die qualitative Bewertung/das Stellungnahmeverfahren zu integrieren. Grund hierfür ist auch, dass die Abgrenzung der Prozessanalyse von dem, was in einem Stellungnahmeverfahren mit Begehung getan wird, nicht klar erscheint. Insofern ist die Prozessanalyse ggf. auch als Anleitung zu einer Begehung aufzufassen.
- Der Einsatz der Dokumentenanalyse könnte z.B. dann angezeigt sein, wenn Patientenbefragung und Einrichtungsbefragung unterschiedliche Ergebnisse aufweisen, oder wenn ein schriftliches Stellungnahmeverfahren keinen Aufschluss über die Ursachen der Indikatorergebnisse geben konnte (evt. bei der Patientenbefragung, Kategorie K?), oder wenn andere Umstände eine vertiefte Analyse mittels Patientenakten angezeigt erscheinen lassen (z.B. Ergebnisse knapp im Referenzbereich, schwankende Ergebnisse, große Unterschiede zwischen den QIs, besonders

gute Ergebnisse („best practice“). Eine Kombination aus Zufalls- und anlassbezogener Auswahl kann ebenfalls erwogen werden.

- Insgesamt sieht der GKV-Spitzenverband diese qualitative Qualitätsprüfung bzw. Dokumentenanalyse als ergänzenden, optionalen Bestandteil der qualitativen Bewertung nach § 17.

Am Ende der Qualitätsbewertung muss ein Ergebnis zur Qualität des Entlassmanagements eines LE vorliegen, dass für v.a. qualitätsfördernde Maßnahmen gemäß DeQS-RL und zur Veröffentlichung genutzt werden kann, so dass Patientinnen und Patienten diese Informationen für Wahlentscheidungen heranziehen können.

Eine Umsetzung des in der jetzigen Form vom IQTIG vorgelegten „QS-Audit“ wird von Seiten des GKV-Spitzenverbandes als nicht für die gesetzliche QS des G-BA nutzbar eingeschätzt. Eine Anpassung des Konzepts erscheint notwendig.

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. zur Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS- Verfahren Entlassmanagement vom 16.10.2024

Das IQTIG wurde am 6. Dezember 2023 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) Entlassmanagement (G-BA 2023) beauftragt.

Beratungsunterlagen für den Beteiligungsworkshop

Das IQTIG verfolgt mit der Weiterentwicklung des QS-Verfahrens Entlassmanagement das Ziel, ein eigenständiges Instrument einzusetzen, dass mittels Indikatoren der QS-Dokumentation und Patientenbefragung zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen und der Ableitung von Maßnahmen der Qualitätsförderung zum Entlassmanagement beiträgt. Hierzu wurden Kriterien für eine Fallauslösung definiert; fallbezogene Indikatoren wurden in einrichtungsbezogene Indikatoren bzw. die Patientenbefragung überführt, sodass auf eine fallbezogene QS-Dokumentation verzichtet werden kann; ein Konzept für ein externes QS-Audit als neues eigenständiges Instrument wurde entwickelt und ein Konzept für eine einheitliche Durchführung des Stellungnahmeverfahrens über die Landesarbeitsgemeinschaften hinweg wurde erarbeitet. Es wird empfohlen, die Patientenbefragung gemeinsam mit der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zu starten und dafür auf eine Machbarkeitsprüfung der beiden einrichtungsbezogenen Indikatoren zu verzichten.

Das methodische Vorgehen ist insgesamt nachvollziehbar, jedoch in Teilen knapp beschrieben. Weitere Angaben von Literaturquellen wären für die Beurteilung hilfreich, insbesondere im Teil 2.1 Weiterentwicklung der Fallauslösung (Abbildung 1: Übersicht der Entwicklungsschritte zur Weiterentwicklung der Fallauslösung). Die Weiterentwicklung der Fallauslösung ist ebenfalls nachvollziehbar. Unklar ist jedoch, warum neben dem Einschluss auf der Basis der Faktoren „Pflegegrad“, „hoher pflegerischer Aufwand“ (inklusive Transplantationen), „Operationen“ und „psychische Erkrankungen“, hingegen kognitive Erkrankungen bei Erwachsenen im Hinblick auf eine Gefährdung in einer Übergabesituationen ausgeschlossen werden. Siehe: Schumacher-Schönert, F., Wucherer, D., Nikelski, A., Kreisel, S., Vollmar, H. C., Hoffmann, W., & Thyrian, J. R. (2021). Discharge management in German hospitals for cognitively impaired, older people—a scoping review. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1-9. Der Ausschluss kognitiver Erkrankungen im Falle von Kindern (siehe Anhang) ist nachvollziehbar.

Zudem wäre die Auswahl des Pflegegrads genauer zu begründen („Pflegegrad (z. B. Pflegegrad III, IV oder V sowie erfolgter Antrag hoher pflegerischer Aufwand“ Seite 13), da ein Pflegegrad 2 bereits eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bedeuten kann, bei der die Selbstständigkeit durch körperliche oder geistige Einschränkungen bereits deutlich verringert sein kann. Die Anzahl derer ist zudem als hoch einzuschätzen: Siehe hierzu auch: Barmer. Pflegereport 2023. In: <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reporte/pflegereport> Abruf 23.10.2024

Im Hinblick auf die Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren wäre zu klären, nach welchen Kriterien die Erhebungszeitpunkte bestimmt wurden und auf welcher Evidenzgrundlage die Indikatoren ausgewählt wurden. Insgesamt wird die Ausgewogenheit über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität begrüßt.

Beim Konzept des externen QS-Audits Entlassmanagement ist nachvollziehbar, dass die Standorte auf Grundlage einer Dokumentationspflicht des Vorjahres in den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens zufällig ausgewählt werden. Eine Stichprobe von 10%

erscheint uns jedoch zu gering, um das Ziel der Qualitätsförderung im derzeit dynamischen Markt der Krankenhausversorgung zu erreichen. Daneben ist die nur im Falle der „Verweigerung“ angedachte Leistungserbringer-bezogene Veröffentlichung der Audit-Ergebnisse zu überdenken. Wenn Qualitätsförderung durch die Publikation von Qualitätsüberprüfungen erzielt werden soll, dann gehen andere Länder wesentlich proaktiver mit den Prüfergebnissen um: so finden bei der englischen Care Quality Commission die detaillierten Audit-Ergebnisse pro Leistungserbringer und in den US-CMS star ratings gehen Ergebnisse der Patientenerfahrungsbefragungen (auch zum Entlassungsmanagement) und der als Hinweis auf potenzielle Probleme der Entlassung genutzte Indikator „kurzfristige Wiedereinweisung“ als Indikatoren in die öffentliche Berichterstattung ein. Aus der Perspektive der Gesundheitsversorgungsforschung sollte die Erkenntnis berücksichtigt werden, dass das alleinige „Audit and Feedback“ nur geringe Effekte vorweist (s. Cochrane review).

Weitere Anmerkung: Seitens des IQTIG ist das Einsichtsrecht in die Behandlungs- und Entlassdokumentationen gesetzlich zu regeln. Wie soll was genau geregelt werden? Braucht es hierzu nicht eine vollumfängliche Lösung, die über das Entlassmanagement hinaus geht? Das externe QS-Audit ist standardisiert und nachvollziehbar.

Im Rahmen der Empfehlungen für den Start der Patientenbefragung und der QS-Dokumentation wird auf eine Machbarkeitsprüfung begründet verzichtet. Dennoch wäre eine begleitende Evaluation zu empfehlen sowie ein Pre-test der Befragung mit der Zielgruppe.

Indikatorenset 2.0 der Patientenbefragung

Das Indikatorenset 2.0 der Patientenbefragung umfasst 12 Indikatoren aus 9 Bereichen verschiedener Qualitätsaspekte. Bei allen Indikatoren wäre die genaue Evidenzgrundlage auszuweisen, wie dies auch Indikatorenset 2.0 für die QS-Dokumentation ausgeführt ist. Weitere Anmerkungen folgen unten.

Indikatorenset 2.0 für die QS-Dokumentation

Keine Anmerkungen

Befragung zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus sowie Befragung von Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus

Die Ergebnisse der Prüfung zur Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren ist nachvollziehbar (siehe Anhang). Jedoch fehlt zu Beurteilung der Fragen aus dem Fragebogen eine Unterstützung, die es erlaubt, die Fragebogenitems mit den zuvor definierten Qualitätsmerkmalen und deren Evidenz zu verknüpfen.

Auffallend ist bei beiden Fragebögen, dass den Teilnehmenden keine Möglichkeit des Freitextes gegeben ist. Dies ist jedoch ggf. relevant um Problematiken zu identifizieren, die bisher nicht bekannt sind. Grundsätzlich sollte überlegt werden, ob der Fragebogen nicht zusätzlich digital zur Verfügung gestellt werden könnte.

Weiterhin ist anzumerken, dass bei der Befragung die Chance verspielt wird, Patientenerfahrungen zu sicherheitsrelevanten Ereignissen (PSI) im Zusammenhang mit der Entlassung zu erfragen. Hat es also bei der Weiterbehandlung PSI gegeben, die aus Sicht der Patient:innen auf eine unsachgemäße Entlassung zurückgeführt werden könnten? Hierzu sollten weitere Überlegungen stattfinden.

Anhang zu den Beratungsunterlagen für das Beteiligungsverfahren

Die Operationalisierung der eingeschlossenen Kriterien ist nachvollziehbar. Entsprechende Anmerkungen (siehe oben). Die Ableitung der Qualitätsmerkmale entlang der Prüfschritte ist

ebenfalls nachvollziehbar. Entlassmanagement bedeutet jedoch auch immer eine Übergabesituation, die die Aufnahme in das Setting berücksichtigt. Hier ist als Qualitätsmerkmal ausschließlich die „Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs“ adressiert. Im Hinblick auf die Gründe zur rechnerischen Auffälligkeit und Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen unterscheiden sich einzelne Fragen vom üblichen Duktus der eher offenen Fragen, z.B. „Sind in der Verfahrensregelung die Abläufe der Teilprozesse gänzlich nicht festgelegt oder nur für einzelne Teilprozesse?“ Hier wäre ggf. zu formulieren: „Inwiefern sind in der Verfahrensregelung die Abläufe der Teilprozesse festgelegt?“ Weitere Anmerkungen zum Anhang wurden in den obigen Abschnitten der Berichte eingebunden.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von der AG Qualitäts – und Patientensicherheitsforschung erarbeitet.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Prof. Dr. Silke Kuske (AG Sprecherin)

Prof. Dr. Max Geraedts (AG Sprecher)

c/o DNVF-Geschäftsstelle

Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin

E-Mail: info@dnvf.de

Tel.: 030 1388 7070

**Beteiligungsworkshop zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens
Entlassmanagement am 07.11.2024 im IQTiG**

Kurzstatement PatV

Vorbemerkung: Ein ausführliches schriftliches Statement im Vorfeld des Beteiligungs-Workshops war wegen der kurzen vorgegebenen Frist innerhalb der maßgeblichen Patientenorganisationen nicht abstimmbar. Deshalb erfolgt dieses Kurzstatement im Nachgang als Ergänzung / Verschriftlichung zu den Vor-Ort mündlich vorgebrachten Statements der beiden anwesenden PatV.

- o Die Vorschläge des IQTiG für ein (ergänzendes) sog „externes Audit“ entsprechen gemäß Verständnis der PatV nicht der Beauftragung durch den G-BA. Die PatV lehnt dieses vollständig neu vom IQTiG vorgeschlagene Instrument neben dieser formalen Begründung außerdem auch aus inhaltlichen Gründen ab, weil es den zentralen Zielen der DeQS-RL (Transparenz und Einrichtungsvergleich mit dem Ziel der Unterstützung bei der Leistungserbringerauswahl) nicht gerecht wird. Stattdessen würden erhebliche Ressourcen aus dem Bereich der externen datengestützten QS zum Zweck eines internen Qualitätsmanagements abgezogen und damit zweckentfremdet.
- o Gemäß Auftragsverständnis der PatV sollte das IQTiG jedoch sehr wohl Vorschläge für eine vertiefte qualitative Ursachenanalyse bei rechnerischen Auffälligkeiten im QS-Verfahren Entlassmanagement entwickeln, die sich aber im Rahmen der DeQs-RL und der dort vorgesehenen Prozesse und Maßnahmenmöglichkeiten umsetzen lassen und welche die möglichst zeitnahe einrichtungsbezogene Ergebnisdarstellung zum Ziel haben. Das IQTiG wird gebeten, seine teils elaborierten Vorschläge für eine vertiefte Ursachenanalyse im Rahmen des von ihm vorgeschlagenen „externen Audits“ den Rahmenbedingungen der DeQS-RL anzupassen bzw. sie entsprechend weiterzuentwickeln.
- o Das IQTiG begründet seinen Vorschlag für ein von allen in der datengestützten externen QS etablierten unabhängigen Instrument eines „externes Audit“ auch damit, dass nur so neben Defiziten auch „best practice“ erhoben und belohnt werden könne. Im Gegensatz zu dieser Auffassung hat die PatV dem IQTiG bereits mehrfach vorgeschlagen, bei der Einrichtungsbefragung z.B. die Nutzung eines „*Patientenverständlichen Entlassbriefes*“ gemäß der Umsetzungsempfehlung aus dem Innovationsprojekt „PASTA“ zu erheben und als Qualitätsmerkmal zu veröffentlichen. Dies wäre für die Einrichtungen ein echter Anreiz zur Umsetzung der G-BA-Empfehlung und für PatientInnen und Einweisende ein relevantes Kriterium für die Einrichtungsauswahl.
- o Die beiden gemäß Beauftragung verbleibenden Datenquellen „Einrichtungsbefragung“ und „Patientenbefragung“ hätten gemäß Auftragsverständnis der PatV im Sinne einer integrierten Verfahrensentwicklung gleichwertig und gemäß ihrer jeweils spezifischen Aussagekraft komplementär berücksichtigt werden sollen. Dies

bedeutet auch, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse aus beiden Datenquellen Auslöser einer vertieften qualitativen Analyse im Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL sein sollen, unter Einsichtnahme in Strukturen und Prozesse der jeweiligen Einrichtung, z.B. im Rahmen von Begehungen. In einem solchen integrierten Entwicklungsprozess hätten gemäß diesem Verständnis außerdem verfahrensspezifisch sowohl einheitliche Kriterien zur Auslösung von Stellungnahmeverfahren vorgelegt werden sollen wie auch Kriterien für die Bewertung im Stellungnahmeverfahren und für die aus den Ergebnissen abzuleitenden Handlungsanschlüsse / Maßnahmen. Das ist bisher nicht erfolgt und sollte vom IQTiG nachgeholt werden. Der Verweis auf ausstehende andere Beauftragungen enthebt das IQTiG nicht von der Aufgabe, dazu bereits jetzt verfahrensspezifische Vorschläge zu machen, die mit den Entwicklungsteams anderer laufender Beauftragungen abzustimmen sind.

- o Bereits bei Beauftragung zur Verfahrensweiterentwicklung auf Basis der verbleibenden beiden Datenquellen hätte aus Sicht der PatV das IQTiG - neben der Überführung von Qualitätsmerkmalen aus der fallbezogenen in die einrichtungsbezogene Erhebung - gleichzeitig auch die Überführung der zuvor als relevant identifizierten Merkmale aus der fallbezogenen Erhebung in die Patientenbefragung vornehmen müssen. Die ist bisher nicht erfolgt und sollte nachgeholt werden, damit keine relevanten Inhalte (wie z.B. die Mitgabe des Medikationsplans) verloren gehen.

Anmerkung: Insgesamt muss aus Sicht der PatV das IQTiG deutlich flexibler werden bei der regelmäßigen Verfahrenspflege auch seiner Befragungsinstrumente. Dies ist z.B. aktuell bereits bei PPCI dringend notwendig, um die Items zur Indikationsstellung dem aktuellen medizinischen Fortschritt (nichtinvasive Koronardiagnostik) anzupassen. Geschieht das nicht zeitnah, so wird das Instrument der Patientenbefragung in seiner Aussagekraft beschädigt, weil dann mit seinem Einsatz weder Qualitätsdefizite identifiziert noch Qualitätsförderung betrieben werden kann. Der gesamte Erhebungsaufwand würde damit nutzlos. Das IQTiG wird dringend gebeten, hierfür Lösungsvorschläge in seinem Methodenpapier zu machen. Dazu gehört aus Sicht der PatV auch, dass das IQTiG nicht sämtliche Befragungs-Items in einem langwierigen Prozess vom Grund auf selbst entwickelt, sondern – wie vom Gesetzgeber vorgegeben - systematisch auch auf bereits entwickelte Items zurückgreift und sich dabei z.B. auf Empfehlungen aus aktuellen Leitlinien bezieht.

- o Ansonsten waren die im Workshop vorgestellten Weiterentwicklungsvorschläge des IQTiG von der PatV weitgehend nachzuvollziehen - bis auf zwei Ausnahmen:

- **Fallauslösung:** bzgl. der inhaltlichen Eingrenzung der einzubeziehenden Patientinnen und Patienten sollten die vorgesehenen Diagnosen und medizinischen Maßnahmen/Prozeduren, deren ICD- bzw. OPS-Kodes abrechnungsrelevant sind und damit im KIS strukturiert und einheitlich enthalten sind, überprüft werden in Hinsicht auf die Berücksichtigung von Sepsis, komplexem Schmerzsyndrom, Post-Covid

und Beatmungspflicht bei Entlassung. Der explizite Ausschluss von Demenz und Hochaltrigkeit bei der Fallauslösung wird seitens der PatV stark kritisiert. Erfahrungsgemäß sind es genau diese Patientengruppen, die – ohne bereits zuvor zugestandenem Pflegegrad und nach einer Operation mit einem möglicherweise dadurch ausgelösten Delir - nicht ohne weiteres in die bis dahin gewohnte Häuslichkeit entlassen werden können, sondern ganz besonderen Bedarf an einem komplexen Entlassmanagement haben. Das IQTiG wird deshalb gebeten, zumindest diese Patientengruppe speziell zu berücksichtigen.

- **Bewertung der Ergebnisse aus der Patientenbefragung:** Weil davon ausgegangen werden kann, dass nicht immer und ausschließlich die Prozesse und Strukturen des Entlassmanagements des entlassenden Standortes verantwortlich gemacht werden können für den gemäß Patientenbefragung defizitär erlebten Entlass-Prozess, sondern maßgeblich auch die fehlenden Strukturen und Prozesse im nachsorgenden Sektor, sollte es nach einer entsprechend vertieften Ursachenanalyse möglich sein, solche Einrichtungen - mit der entsprechenden Begründung - als „*qualitativ unauffällig*“ einzuordnen.



**Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V.
(Bündnis KJG)**

Chausseestraße 128 / 129 • 10115 Berlin
T 030 4000 588-3 • F 030 4000 588-8
kontakt@buendnis-kjg.de
www.buendnis-kjg.de

Vorstand:
Prof. Dr. med. Ursula Felderhoff-Müser
Dr. med. Andreas Oberle
Dr. med. Michael Hubmann

Bündnis KJG, Chausseestraße 128 / 129, 10115 Berlin

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

[REDACTED]

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Berlin, 4. November 2024

Per E-Mail: verfahrensentwicklung-postfach@iqtig.org

Stellungnahme des Bündnisses für Kinder- und Jugendgesundheit zum IQTIG QS-Verfahren „Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement.“

[REDACTED]

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

Die bisherigen durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entwickelten Verfahren berücksichtigen nicht die spezifischen Anforderungen einer qualitativen Entlassung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin.

Am 06.12.2023 erhielt das IQTIG den Auftrag vom G-BA den bisherige Entwicklungsstand des Qualitätssicherungsverfahrens zu verbessern und das Aufwand-Nutzen-Verhältnis zu optimieren. Der G-BA forderte eine Anpassung des komplexen Prognosemodells zu einer Fallauslösung. Das IQTIG schlägt hierzu nun eine Kriterienkombination aus Pflegegrad, hoher Pflegeaufwand, Transplantationen, Operationen, psychische Erkrankungen vor und berechnet ein Durchschnittsalter von 66,6 Jahren für die Stichprobe. Diese wird durch das IQTIG als heterogen bezüglich körperlicher und psychischer Erkrankungen sowie der Altersverteilung beschrieben.

Die o.g. Kriterien erfassen viele komplexe pädiatrische Fälle jedoch nicht. Insbesondere die sehr kleinen Frühgeborenen mit spezifischen Erkrankungen und komplexem Versorgungsbedarf sowie chronisch kranke Patienten, beispielsweise Erstmanifestation eines Diabetes mellitus Typ I, einer Epilepsie, eines Asthmas, etc. bleiben unberücksichtigt. Die Fallauslösung allein über einen hohen stationären Pflegeaufwand ist nicht ausreichend. Des Weiteren liegt bei diesen Patienten ein Pflegegrad oft erst nach der Entlassung vor und wird meist deutlich später beantragt.

Mitgliedsgesellschaften:

AKIK e.V. • BeKD e.V. • BKJPP e.V. • BV-Bunter Kreis e.V. • BVKJ e.V. • DGKCH e.V. • DGKJ e.V. • DGSPJ e.V. • GKiND e.V. • knw e.V. • VLKGD e.V.
Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V. (Bündnis KJG) Eingetragen beim Amtsgericht Berlin unter VR 23335 B • Steuernummer: 27/663/57691 F31
Sitz des Vereins: Berlin • Vorstand i. S. d. § 26 BGB: Prof. Dr. med. Ursula Felderhoff-Müser (Vorsitzende), Dr. med. Andreas Oberle (Stellvertreter der Vorsitzenden), Dr. med. Michael Hubmann (Schatzmeister) • **Bankverbindung:** Deutsche Apotheker- und Ärztebank, IBAN DE79 3006 0601 0002 9966 18 BIC DAAEEDXXX

Die Anschlussversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Bedarf an Entlassmanagement unterscheidet sich deutlich von der Erwachsener. Über 99 % der 272.500 pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen werden zu Hause betreut, da es kaum stationäre Pflegeplätze und nur wenige ambulante pädiatrische Pflegedienste gibt^{1,2}. Die geplante Patientenbefragung des IQTIG erfasst lediglich die Kriterien Anschluss-therapien, Pflegedienst und Haushaltshilfe. Diese Kriterien sind jedoch für die pädiatrische Versorgung nur von begrenzter Relevanz und greifen insbesondere die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend auf. Gerade in der Pädiatrie ist nicht die Versorgung durch Haushaltshilfen von zentraler Bedeutung, sondern vielmehr der Zugang zu spezifischen Anschlussversorgung (Frühe Hilfen/Lotsendienste; Frühförderung, Anbindung an ein SPZ) und sozialmedizinische Nachsorge, die vom G-BA ausdrücklich für Frühgeborene < 1500 g Geburtsgewicht und für Kinder mit angeborenen Herzerkrankungen empfohlen wird und zwingend einen komplexen Versorgungsbedarf als Indikation erfordert.

Somit müssen die **Indikatoren zur Überprüfung der Anschlussversorgung für die Belange der Kinder in der Patientenbefragung angepasst und pädiatrisch durch beispielsweise die Sozialmedizinische Nachsorge ergänzt** werden. Darüber hinaus ist **im Rahmen des „externen Audits“ der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) die bedarfsgerechte Verordnung der sozialmedizinischen Nachsorge als zentrales Qualitätsmerkmal** aufzunehmen.

Die ständig steigende Zahl chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher erfordert ein spezifisch qualitätsgesichertes Entlassmanagement in der Pädiatrie – darauf weisen wir, wie bereits in früheren Stellungnahmen der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) und des Bundesverband Bunter Kreis e.V., hin.

Das Bündnis für Kinder- und Jugendgesundheit sieht das IQTIG und den G-BA in der Verantwortung, ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement in der Pädiatrie sicherzustellen und fordert: **ein eigenes, auf die pädiatrische Versorgung ausgerichtetes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) für das Entlassmanagement.**

1. BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2022a). Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden am 31.12.2021 (insgesamt). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>
2. > 99% zuhause betreut Schumann, Pälme & Lange, 2022

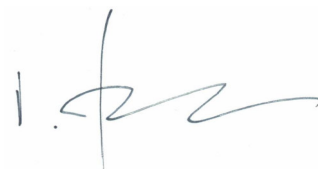
Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser
Vorsitzende



Dr. Andreas Oberle
stellv. Vorsitzender



Dr. Michael Hubmann
Schatzmeister

Mitgliedsgesellschaften:

AKIK e.V. • BeKD e.V. • BKJPP e.V. • BV-Bunter Kreis e.V. • BVKJ e.V. • DGKCH e.V. • DGKJ e.V. • DGSPJ e.V. • GKinD e.V. • knw e.V. • VLKGD e.V. Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V. (Bündnis KJG) Eingetragen beim Amtsgericht Berlin unter VR 23335 B • Steuernummer: 27/663/57691 F31 Sitz des Vereins: Berlin • Vorstand i. S. d. § 26 BGB: Prof. Dr. med. Ursula Felderhoff-Müser (Vorsitzende), Dr. med. Andreas Oberle (Stellvertreter der Vorsitzenden), Dr. med. Michael Hubmann (Schatzmeister) • **Bankverbindung:** Deutsche Apotheker- und Ärztekbank, IBAN DE79 3006 0601 0002 9966 18 BIC DAAEEDXXX



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DNQP an der Hochschule Osnabrück - Postfach 1940 - D-49009 Osnabrück

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQTiG
[Redacted]
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

**Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften**

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

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

Caprivistraße 30a
D-49076 Osnabrück
[Redacted]

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

(Bitte bei Antwort angeben)
Mein Zeichen

Bearbeitet von

Osnabrück
04.11.2024

Stellungnahme DNQP im Rahmen des Beteiligungsverfahrens zur „Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement“

[Redacted]
das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) nimmt die umfangreichen Arbeiten und Bemühungen des IQTiG zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassungsmanagement im Krankenhaus erfreut zur Kenntnis und begrüßt den ausdrücklichen Bezug zum DNQP-Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (DNQP 2019) an unterschiedlichen Stellen. Es bedankt sich für die Möglichkeit, sich mit einer Stellungnahme am Verfahren zu beteiligen und bedauert, nicht am Beteiligungsworkshop am 7./8. November 2024 teilnehmen zu können.

Die Entwicklung der unterschiedlichen Bestandteile (Audit, Indikatoren, Befragung) in Verbindung mit Anpassungen in der Fallauslösung sind grundsätzlich nachvollziehbar und die damit verbundenen Intentionen werden deutlich. Zweifel bestehen aus unserer Sicht hinsichtlich des mit der Weiterentwicklung verbundenen Aufwands und den konkreten Erwartungen hinsichtlich einer Qualitätsverbesserung.

Insgesamt scheint die Komplexität des Verfahrens aus unserer Sicht zuzunehmen. Die Beauftragung sieht vor, das Verhältnis von Aufwand und Nutzen des QS-Verfahrens möglichst zu reduzieren und insbesondere die Praktikabilität zu sichern. Durch das nun gewählte Vorgehen entsteht ein durchaus als komplex anzusehendes Verfahren. Die Betrachtung der Qualitätsaspekte des Entlassungsmanagements aus den drei unterschiedlichen Perspektiven der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation, der Patient*innenbefragung und des externen QS-Audits ist zwar grundsätzlich geeignet, dem übergeordneten Ziel der Qualitätsförderung zu dienen. Allerdings ist die Durchführung des externen QS-Audits mit einem hohen Aufwand verbunden und es ist noch nicht vollständig ersichtlich, woher die Ressourcen für die Durchführung der

externen Audits kommen sollen. Das Vorgehen erinnert ein wenig an die Durchführung von Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste oder den Prüfdienst der privaten Pflegeversicherung im Rahmen der externen Qualitätssicherung im SGB XI. Auch wenn dieses sicherlich eine andere Intention verfolgt und nochmals aufwändiger ist, so lassen sich aus den Erfahrungen der Qualitätsprüfungen dennoch Hinweise auf den Aufwand für ein externes QS-Audit ableiten. Der Aufwand entsteht auf Seiten der auditierenden Institution, er entsteht aber ebenso auf Seiten der auditierten Krankenhäuser, die die erforderlichen Informationen bereitstellen müssen und in denen vermutlich auch während des Audits ein oder mehrere Personen ansprechbar sein müssen, um das Audit zu begleiten oder Fragen zu beantworten. Nicht zuletzt entsteht weiterer Aufwand durch die Nachbesprechung und Prüfung der Ergebnisse des Audits. Dieser Aufwand lässt sich bereits im Vorfeld ohne umfangreiche Erhebungen oder Praktikabilitätsstudien absehen und es sollte sehr kritisch geprüft werden, ob der Aufwand den erwarteten Nutzen im Sinne einer Qualitätsverbesserung rechtfertigt.

Fragen stellen sich auch zur Geeignetheit der Patient*innenbefragung. Die vorgelegten Fragebögen sind sehr umfangreich. Zum einen ist zu fragen, ob dieser Umfang erforderlich ist und zum anderen ist unklar, ob die angesprochene Zielgruppe bereit und in der Lage ist, den Bogen insgesamt oder zumindest in den zentralen Aspekten zu beantworten.

Neben diesen Hinweisen zu den Teilaspekten externes QS-Audit und Patient*innenbefragung sehen wir eine weitere Herausforderung in der Zusammenführung und Bewertung der Ergebnisse. Dieser Aspekt scheint uns noch weitgehend ungelöst. Von Interesse ist dabei insbesondere, wie durch die einzelnen Verfahren, für sich betrachtet oder in der Gesamtheit, tatsächlich qualitätsfördernde Effekte erzielt werden können, die die Qualität des Entlassungsmanagements im Sinne einer besseren Patient*innenversorgung fördern.

Im Hinblick auf die einrichtungsbezogenen Indikatoren begrüßen wir es, dass Schulungen der am Entlassungsmanagement beteiligten Professionen als Qualitätsmerkmal wahrgenommen werden. Qualitätsfördernd wäre aus unserer Sicht allerdings auch eine aufgaben- und professionsbezogene Stärkung der Kompetenzen der jeweiligen Beteiligten nach vorheriger Feststellung von Fortbildungsbedarfen und nicht ausschließlich die Konzentration auf Schulungen zu den einrichtungsinternen Verfahrensregelungen.

Der Indikator zur Verfahrensregelung bildet alle Schritte und Teilaspekte des Entlassungsmanagements ab. Positiv sind vor allem die Betonung der Verantwortlichkeiten der am Entlassungsmanagement beteiligten Berufsgruppen und der einrichtungsinternen Evaluation.

Soweit in aller Kürze unsere Anmerkungen zum derzeitigen Verfahrensstand. Wir wünschen dem Beteiligungsworkshop einen guten Verlauf und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. h.c. Andreas Büscher,
Wissenschaftlicher Leiter
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

Im Rahmen der vom G-BA beauftragten „Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement“ wurden mir Unterlagen vom IQTIG zur Verfügung gestellt, die den aktuellen Bearbeitungsstand widerspiegeln.

In meiner Stellungnahme gehe ich in meiner Funktion als Mitglied des Gesamtvorstands der DVSG auf einzelne Aspekte der umfänglichen Unterlagen ein. Zur besseren Orientierung habe ich überwiegend die tabellarische Form gewählt und schließe mit einer Literaturempfehlung, auf die ich ganz besonders hinweisen möchte.

1. Anmerkungen zum Patientenfragebogen

	Gruppen	Fragenbezeichnung	Anmerkungen
1	Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus	ETERMIN GESPRBEREITSCHAFT	Subjektive Frage. – hier sollte eher nach einem Zeitfenster (z.B. 48 Stunden vor der Entlassung) vor der Entlassung gefragt werden. Ebenfalls subjektiv und ist von vielen Faktoren abhängig. Die Frage sollte sich eher auf die Frage aus dem Part „ENTVORAUSS“ beziehen und eruieren, ob diese Aspekte bei der Entlassung vorlagen.
2	Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung	KHLEBSIT	„geklärt“ ist ein falsches Wort. Um die Versorgungssituation vor der Aufnahme zu erfassen, muss nichts geklärt, sondern erhoben werden.
3	Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus	BERATUNGSOZDHILFREICH SOZDINTERESSIERT SOZDAUFMERKSAM	Worauf zielen diese Fragen ab und warum werden diese nicht für alle Berufsgruppen erhoben, welche am Entlassprozess beteiligt sind? Zudem sind diese Fragen sehr subjektiv.
5	Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation		Hier stellt sich grundsätzlich die Frage: Waren Medikamente nach der Entlassung überhaupt notwendig?

6	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung	MPSV UMGILFSMITTEL Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?	Hier ist nicht besprochen, wer diese Anleitung übernehmen sollte, das wäre nach Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege jedoch die Pflege und könnte hier auch aufgeführt werden. Besser: Wurde Ihnen im Krankenhaus oder unmittelbar nach der Entlassung durch den Hilfsmittelerbringer gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?
10	Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung	FRAGENGEBRAUCHT	Subjektiv gefragt „wie sie es gebraucht haben“ besser: Wurden alle Fragen vollständig geklärt?
11	Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten		Extrem subjektive Fragen. Ggf. auch hier die Verknüpfung zur Frage „ENTVORAU“ ziehen
12	Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten		Extrem subjektive Fragen. Ggf. auch hier die Verknüpfung zur Frage „ENTVORAU“ ziehen

2. Anhang B.1: Ergebnisse der Prüfung zur Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Ausführung	Anmerkung
Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer	Mitgabe eines endgültigen bzw. vorläufigen Entlassbriefs an Patientinnen und Patienten und Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an ambulant nachsorgende Leistungserbringer sowie Übermittlungszeitraum müssen in der Verfahrensregelung festgelegt sein.	Entlassbriefe werden nicht an Nachversorger übermittelt. Die Aufforderung steht in keiner gesetzlichen Grundlage. Die Entscheidung, wer die medizinischen Dokumente lesen darf, trifft der Patient/die Patientin. Auch die Freigabe im digitalen Kontext, trifft der Patient bzw. die Patientin ggf. juristische Vertretung. Gleiches trifft ebenfalls bei Anhang B.2: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation auf die Punkte 11 und 13 zu

3. Anhang B.2: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

	Datenfelder	Definition	Anmerkung
14	War in der Verfahrensregelung das Vorgehen zur Mitgabe und Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens festgelegt?	Definition stationäre pflegerische Versorgung: Entlassung in eine stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung, einschließlich Übergangspflege	Übergangspflege gemäß § 39e SGB V ist eine Versorgung im gleichen Krankenhaus. Ein Überleitungsbogen ist hierzu nicht notwendig

		gemäß § 39e SGB V, oder in ein Hospiz.	
19	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für andere die soziale Betreuung und Beratung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?		Für was steht diese Frage? Im Vorfeld ist nach pflegerischem, ärztlichem Personal sowie nach Fachkräften der Sozialen Arbeit gefragt worden.
21.1	Ergänzende Bezeichnung: Hierzu zählen 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].		Wir erinnern an unsere initiale Empfehlung „die am Entlassmanagement beteiligten Professionen“ - diese umfasst alle Berufsgruppen und es bedarf keiner separaten Aufsplittung an dieser Stelle. Ebenso trifft hier die Aussage von Punkt 19 zu.

4. Übersicht der Qualitätsmerkmale externes Audit

Qualitätsindikator	Anmerkungen
Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	
Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	
Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team	
Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarf	
Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team.	
Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	
Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	
Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	
Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	
Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	Informationen werden bereits mit dem Fragebogen an die Patient*innen erhoben. Dopplung
Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	
Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Informationen werden bereits mit dem Fragebogen an die Patient*innen erhoben. Dopplung
Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	

Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	
Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	
Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	Kann mit dem Fragebogen erfasst werden
Übermittlung eines endgültigen Entlassbrief an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	Mitgabe an Patient*in ja, Übermittlung höchstes an weiterverhandelnden Arzt bzw. einweisenden Arzt
Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	

5. Offene Fragen zum Leitfaden (Anhang C.5) der Dokumentenprüfung

- Als Bewertungskriterien werden häufig die Worte „adäquate“; „angemessene“ verwendet. Diese globalen Bewertungen sollten weiter operationalisiert werden.
- Warum eine Trennung der Dokumentenprüfung zwischen pflegerische stationäre Versorgung und Hospizversorgung?
- Woran wird geprüft, ob der Pflegeüberleitungsbogen dem Patienten/der Patientin mitgegeben wurde?
- Der Entlassplan ist ein multiprofessionelles Dokument, das sich im Verlaufe des Aufenthaltes mit entsprechenden Informationen durch unterschiedlichste Berufsgruppen befüllen lassen sollte, deshalb ist die Frage, wer es angelegt hat eher irrelevant.
- Die Zeitplanung der standardisierten Prozessschritte im Entlassmanagement sind in der Verfahrensanweisung geregelt und nicht Bestandteil des Entlassplans. Hier wäre eher die Prüfung einer chronologischen Reihenfolge der einzelnen Handlungsschritte im individuellen Einzelfall sinnvoll. Zudem sind diese durch externe Faktoren fremdbestimmt und liegen nicht allein im Verantwortungsbereich des Krankenhauses
- Medikationsplan: Die Medikation nach der Entlassung kann von der im stationären Kontext abweichen, deshalb kann sie nicht als Bewertungskriterium herangezogen werden.

6. Anhang C.7: Leitfaden zur Prozessprüfung

Gruppe	Inhalt	Korrektur
1 Assessment (Seite 79)	„der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Durchführung der Assessments und Weiterverarbeitung der Assessmentergebnisse im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält?“	Das Assessment dient zur Einschätzung der Notwendigkeit eines Entlassmanagement und muss in dieser Form nicht an die Leistungserbringer übermittelt werden. Eher die Schlussfolgerungen und die damit im Zusammenhangstehende mit dem 7 der Patient*in abgestimmte Entlassplanung ist für die nachfolgenden Leistungserbringer relevant und ihnen zu übermitteln.

7. Anhang C.8: Evidenzbelege zu den Qualitätsanforderungen des externen QS-Audits

An dieser Stelle möchten ich auf die erste Stellungnahme der DVSG verweisen.

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

Die Entwicklung des Indikatorensets basiert maßgeblich auf Inhalten des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege. Dieser Standard beschreibt für die Pflege die wesentlichen Grundlagen und Prozesse im Entlassmanagement. Auch wenn dieses Werk aktuell ein Alleinstellungsmerkmal für das Handlungsfeld Entlassmanagement als Expertenstandard genießt, darf im Hinblick auf die multidisziplinäre Ausrichtung des Rahmenvertrags Entlassmanagement nicht vergessen werden, dass es sich hierbei um einen monoprofessionellen Standard für die Pflege handelt.

Es ist sicherzustellen, dass nicht durch eine unreflektierte Übernahme von Inhalten, z. B. zu Verfahrensregelungen in den Qualitätsindikatoren, dieser für die Pflege ausgerichtete Standard indirekt zu einem Standard für alle am Entlassmanagement beteiligten Professionen wird (Ärztinnen und Ärzte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit und weitere), ohne dass entsprechende weitere professions- und disziplintypische Grundlagen berücksichtigt werden.

Aus Sicht der DVSG ist es auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells relevant, z. B. soziale Determinanten (wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, finanzielle Problemlagen, Vorliegen einer Suchterkrankung, Vorhandensein von minderjährigen Kindern, Pflege von Angehörigen) regelhaft beim Initialassessment zu berücksichtigen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass bei einer sozialen Indikation regelhaft eine Fachkraft der Sozialen Arbeit eingebunden wird. Seit 2013 gibt es das Positionspapier Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken der DVSG, das für die Profession der Fachkräfte der Sozialen Arbeit entsprechende Grundlagen für die Tätigkeit im Entlassmanagement beinhaltet. 2022 wurde das Positionspapier vollständig überarbeitet und aktualisiert (DVSG 2022). Es ist aus Sicht der DVSG nicht nachvollziehbar, dass diese Publikation im Rahmen der Literaturrecherche nicht identifiziert und berücksichtigt wurde. Ebenso unberücksichtigt blieb die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, die seit 2019 in der vierten überarbeiteten Fassung vorliegt (DVSG 2019). Dies, obwohl die Autor*innen des Vorberichts darlegen, dass sich an diesem Standardwerk rund 11% der Krankenhäuser orientieren (vgl. S. 83 des Vorberichts).

Es gibt auch weitere maßgebliche Publikationen, die für das QS-Verfahren Entlassmanagement bedeutsame Aspekte wie beispielsweise die lebensweltlich-teilhabeorientierte Ausrichtung eines sozialarbeiterischen Case Managements als mehrdimensionales Handlungskonzept für das Entlassmanagement (Lehmann, D./Petereit, J 2023) beschreiben und Vorschläge für den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems in Krankenhaussozialdiensten (Neupert, I./Petereit, J. 2019) unterbreiten.

8. QS-Audit

- In den Einführungen zum externen Audit ist beschrieben, dass es sich um ein freiwilliges Auditverfahren handelt. Demnach stellt sich die Frage, ob Expert*innen eine Optimierungsmaßnahme mit einem expliziten Datum fordern können sowie einen verantwortlichen Funktionsträger? Alle Veränderungen im Krankenhaus unterliegen dem Krankenhaus, das hier eine verantwortliche Person festlegen muss.
- Wie viele Krankenhäuser sollen pro Jahr einem Audit unterzogen werden? Warum werden Häuser, die eine geringere Anzahl an QS-Fällen (< 50 QS-pflichtige Fälle i.H.v. 25 %) haben, nicht geprüft? Unterliegen diese nicht ebenfalls den Qualitätsvorgaben?
- Ein Nicht-Vorliegen einer Verfahrensanweisung Entlassmanagement führt zu einem Ausschluss aus dem QS Audit, obwohl gerade die Verfahrensanweisung die Grundlage eines standardisierten

Entlassmanagements bildet? Wie erfolgt diese Dokumentation? Analog der Verweigerung eines Audits?

- Es ist begrüßenswert, dass die Fachkommission aus ärztlichen und pflegerischen Vertreter*innen sowie aus einer Fachkraft der Sozialen Arbeit bestehen sollte.

9. Anhang D.1.2: Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen für die Indikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Entlassmanagement

- Die in diesen jeweiligen QI unterteilten Leitfragen sind mit den konzipierten Fragebögen nicht beantwortbar. Insbesondere nicht, was die Frage „von wem“ angeht sowie mehrere inhaltliche Aspekte.

10. Literaturempfehlungen:

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

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (2022): Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. 2., vollständige und überarbeitete Auflage. Berlin: Eigenverlag.

Lehmann, D./Petereit, J. (2023): Sozialarbeiterisches Case Management im Krankenhaus. In: Müller, M./Siebert, A./Ehlers, C. (Hrsg.): Sozialarbeiterisches Case Management. Ein Lehr- und Praxisbuch. S. 137–153, Stuttgart: Kohlhammer

Neupert, I./Petereit, J. (2019): Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems eines Sozialdienstes im Krankenhaus. In: Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. DVSG, DVSG Qualitätsmanagement. Handbuch der Sozialen Arbeit zu Zertifizierungen im Gesundheitswesen (S. 8-27). Berlin: Eigenverlag.

Hamburg, 04.11.2024

Johannes Petereit
Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagoge (FH)
Mitglied Gesamtvorstand der DVSG

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement - Statement

Allgemeines:

Das vom IQTIG erarbeitete Konzept und die dazu bereitgestellten Unterlagen sind sehr umfangreich, daher ist mit einem komplexen Verfahren zu rechnen. Grundsätzlich ist die Einführung eines Peer-Review Verfahrens (externes Audit) zur Qualitätsverbesserung in den Kliniken zu begrüßen. Wir würden jedoch ein eigenständiges Wording unabhängig vom Begriff Audit oder Peer Review empfehlen.

Fallauslösung:

Die Kriterien der Fallauslösung stellen unter anderem geriatrische Patienten mit erhöhtem Bedarf an Entlassmanagement dar. Das könnte dazu führen, dass Kliniken, die hauptsächlich dieses Patientenkontingent versorgen, überdurchschnittlich oft geprüft werden, andere jedoch nicht. Bei der Definition der Kriterien von Patienten mit erhöhtem Entlassbedarf sollte beachtet werden, dass häufig Patienten, die in einer stationären Einrichtung wohnen, zwar ggf. laut den vorgeschlagenen Kriterien einen erhöhten Bedarf an qualifizierter Entlassplanung hätten, jedoch in der Praxis einen sehr viel geringeren Aufwand an Entlassmanagement als Patienten in der Häuslichkeit haben, da diese Patienten in der Regel in der stationären Einrichtung gut versorgt sind, bzw. die Versorgung durch die Einrichtung organisiert ist.

Alternativ zur Definition von Patienten/Patientinnenmerkmalen zur Fallauslösung könnte auch eine (ggf. gewichtete) Stichprobe über alle Pat. gezogen werden. Eine angemessene Entlassungsplanung zur Sicherung des Behandlungserfolges ist für alle stationären Patienten bedeutsam.

Qualitätsindikatoren:

Die Qualitätsindikatoren adressieren zwar wichtige Aspekte, fokussieren sich aber schwerpunktmäßig auf das Vorhandensein detaillierter formaler Regelungen und deren Einhaltung, hier sollten Spielräume geschaffen werden, die die Einhaltung auch unter kritischen Bedingungen (Personalengpässe) ermöglichen und der Fokus auf der praktischen Umsetzung liegen (keep it simple and achievable)

Patientenbefragung:

Die Fragebögen der Patientenbefragung sind sehr umfangreich und sollten 10 maximal 15 Fragen auf 1-2 Seiten nicht überschreiten, um einen guten Response erreichen zu können. Die Fragen sollten kritisch auf Konkretisierbarkeit und Nachschärfung geprüft werden, zudem sollte zu jeder Frage auch eine Antwortmöglichkeit "habe ich nicht benötigt" vorgesehen werden (im Erwachsenenfragebogen ist dies bereits überwiegend umgesetzt).

Durchführung der externen Audits / Praktikabilität

Die Unterlagen/Anleitungen für das externe Audit sollten maximal 10 Seiten lang sein und gut verständlich formuliert werden. Die Aufnahme von bürokratievermeidenden Best Practice Beispielen/Alternativlösungen durch die "Auditoren" sollte möglich sein.

Eine große Herausforderung sehen wir in der Besetzung der Fachkommissionen.

Bezüglich der Ressourcen beim Expertenteam, das an den externen QS-Audits teilnimmt, wird der Rückgriff auf die bestehenden Fachkommissionen auf Landesebene kritisch eingeschätzt. Für ein externes QS-Audit wurden in der Präsentation des IQTIG sechs Stunden ohne An- und Abreise veranschlagt. Dies bedeutet aber, dass die Experten*innen ganztägig freigestellt werden müssen. Dies ist mit der bisherigen Fachkommissionstätigkeit nicht vergleichbar, da hier der Stundenumfang pro Sitzungstag deutlich geringer ausfällt. Im Übrigen weisen die LAGen bereits seit geraumer Zeit auf die zunehmende Schwierigkeit hin, Fachkommissionsmitglieder zu gewinnen. Dies wird sich bei ganztägigen Audits noch schwieriger gestalten bzw. werden sich keine Experten finden lassen. Abhilfe könnte hier eine Honorarvergütung sein. Dies bedeutet aber nicht automatisch, dass der Experte dann auch in der für die Audits vorgesehene Zeit verfügbar ist, da letztlich der Arbeitgeber den Experten an dem Termin freistellen muss. Es wird an dieser Stelle auf die hohe Arbeitsbelastung und den Personalmangel in den Krankenhäusern verwiesen. Ggf. könnte das Audit in einem zweistufigen Verfahren online und vor Ort durchgeführt werden.

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

per E-Mail: verfahrensentwicklung-postfach@iqtig.org

LQMV e.V.
Zum Bahnhof 5
19055 Schwerin

E-mail: info@lqmv.de
Internet: www.lqmv.de

VR 10441, AG Schwerin
Vorstand:
Steffen Althorn
Uwe Borchmann

Bankverbindung:
APO-Bank Schwerin
BIC: DAAEDEDXXX
IBAN:
DE04300606010069688960
Steuernummer 090/141/02091

Ansprechpartner:
Thomas Frahm/ Sandra Schulz

Datum: 01.11.2024

Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Rahmen der Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement.

Aufgrund der umfangreichen Unterlagen und der begrenzten Zeit war eine vollumfängliche Befassung mit dem Konzept nicht möglich. Ich möchte Ihnen jedoch zu aus meiner Sicht wesentlichen Punkten eine Rückmeldung geben. Die entsprechende Stellungnahme finden Sie im Anhang.

Für weitere Rückfragen stehe ich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'TF' or similar initials.

Thomas Frahm
Verwaltungsleiter

Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Stand 01.11.2024

Fallauslösung

- Als dokumentationspflichtig gelten Standorte mit Entlassfällen, die einen umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement benötigen. Unklar im Konzept bleibt, wem die Ergebnisse des Verfahrens zugeschrieben werden. Die QS-Verfahren der DeQS-RL für den Krankenhaussektor unterscheiden derzeit in Abhängigkeit von der Zuschreibbarkeit der Ergebnisse nach aufnehmendem, leistungserbringendem und entlassendem Standort. Da das Entlassmanagement, wie selbst beschrieben, in verschiedenen Fachabteilungen stattfinden kann, gilt dies ebenso für die Standorte eines Krankenhauses. Interne Verlegungen werden vor dem Hintergrund des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz zunehmen, da den Standorten bestimmte Leistungsgruppen (ICD-/OPS-Kodes) zugewiesen werden, d.h. nicht jeder Standort erbringt alle Leistungen.
- Die für die Fallauslösung bestimmte Einschlusskriterien (ICD-/OPS-Kodes) berücksichtigen nicht in ausreichender Form das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz. Mit der Zuweisung bestimmter Leistungsgruppen einem Krankenhausstandort durch die zuständige Landesbehörde wird es zu einer Spezialisierung der Krankenhausstandorte kommen. Damit eingehend wird es auch zu einer Konzentration von besonders morbiditen Patienten*innen an bestimmten Standorten kommen. Andere Standorte wiederum werden eher „leichtere“ Behandlungsfälle versorgen. Im Ergebnis gestaltet sich das Patientenklientel zwischen den Einrichtungen sehr unterschiedlich, so dass auch der Bedarf der Patienten*innen für eine Anschlussversorgung – ein Entlassmanagement – sehr unterschiedlich sein wird. Mit der geplanten Fallauslösung würden bestimmte Krankenhausstandorte gar nicht in das QS-Verfahren Entlassmanagement bzw. andere überproportional oft einbezogen werden, obwohl alle Krankenhäuser zum Entlassmanagement verpflichtet sind (§ 39 SGB V) und dieses auch allen Patienten*innen, unabhängig vom Schwerebedarf ihrer Erkrankungen zu Teil kommen sollte. D.h., auch Krankenhäuser mit Patienten*innen, die ggf. nur einen geringen Bedarf für ein Entlassmanagement benötigen, haben die entsprechenden Strukturen und Prozesse vorzuhalten.

Externes QS-Audit

- Aus Ressourcengründen wäre eine anlassbezogene Stichprobeprobe zu bevorzugen, gerade weil hier ein Zusammenspiel von externem QS-Audit mit den anderen Instrumenten (Patientenbefragung, einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation) ermöglicht würde. Denkbar wäre, dass das QS-Audit als ein Instrument der Maßnahmenstufe 1, wie in der DeQS-RL vorgesehen, zur Anwendung kommt. Denn die Maßnahmenstufe 1 hat ebenso wie im Konzept zum Entlassmanagement vorgesehen, die Qualitätsförderung zum Ziel.
- Eine Zufallsstichprobe erfordert zusätzlichen Aufwand und sollte daher gut begründet sein. Eine Stichprobengröße von mindestens 10 Prozent ist derzeit mit den vorhandenen Ressourcen der Landesarbeitsgemeinschaften nicht realisierbar. Denkbar wäre hier eine Ziehung von 5 Prozent aller Krankenhausstandorte eines Bundeslandes für ein Erfassungsjahr. Damit bewegt sich die Größenordnung der Vor-Ort-Besuche auf dem Niveau der Stichprobenziehung gemäß § 9 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL). Diese Stichprobenprüfungen wurden von den LAGen (ehemals LQSen) bereits bewältigt, was ein Indiz dafür sein könnte, dass eine Durchführung in diesem Umfang mit den vorhandenen

Ressourcen in den LAGen weiterhin zu schaffen sein sollte.

- Bezüglich der Ressourcen beim Expertenteam, das an den externen QS-Audits teilnimmt, wird der Rückgriff auf die bestehenden Fachkommissionen auf Landesebene kritisch eingeschätzt, da die Experten*innen ganztägig freigestellt werden müssten. Dies ist mit der bisherigen Fachkommissionstätigkeit nicht vergleichbar, da hier der Stundenumfang pro Sitzungstag deutlich geringer ausfällt. Im Übrigen weisen die LAGen bereits seit geraumer Zeit auf die zunehmende Schwierigkeit hin, Fachkommissionsmitglieder zu gewinnen. Dies wird sich bei ganztägigen Audits noch schwieriger gestalten bzw. es werden sich keine Experten finden lassen. Abhilfe könnte hier eine Honorarvergütung sein. Dies bedeutet aber nicht automatisch, dass der Experte dann auch in der für die Audits vorgesehene Zeit verfügbar ist, da letztlich der Arbeitgeber den Experten an dem Termin freistellen muss. Es wird an dieser Stelle auf die hohe Arbeitsbelastung und den Personalmangel in den Krankenhäusern verwiesen.¹
- Bei der Stichprobenziehung auf Fallebene sollte zusätzlich zu den Einschusskriterien des QS-Filters der Patientenbefragung im jeweiligen Erfassungsjahr auch die Fachabteilungen eines Krankenhausstandortes einbezogen werden. Nur so kann ein breiter Querschnitt der Einrichtung bei der Dokumentenprüfung sichergestellt werden. Eine fachabteilungsbezogene Auswahl der Fälle für das externe QS-Audit kann so besser zu reliablen Ergebnissen bei der Bewertungssystematik beitragen. Die Praxis zeigt mitunter deutliche Unterschiede zwischen den Fachabteilung bei der Umsetzung des Entlassmanagements.

¹ u.a.

<https://www.merkur.de/politik/mangel-an-aerzten-und-pflegekraeften-droht-zu-wachsen-zr-93033620.html>;

<https://www.bdo.de/de-de/news/2024/krankenhauser-sehen-wegen-personalmangel-fur-die-nahe-zukunft-schwarz>

<https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/wirtschaft/wenige-aerzte-pflegekraefte-ehlen-100.html>

QS-Verfahren Entlassmanagement – IQTIG-Beteiligungsworkshop am 7./8.11.2024

Unterlagen vom 16. Oktober 2024

Anmerkungen KCQ, 24.10.2024

Der Bericht des IQTIG liefert zu allen Auftragsbestandteilen eine differenzierte und handlungsleitende Aufarbeitung. Die abgeleiteten Empfehlungen sind konkret und begründet, so dass sie eine sehr gute Beratungsgrundlage darstellen.

Im Folgenden wird einiger aus Sicht des KCQ dennoch bestehender Diskussions- und Erläuterungsbedarf dargestellt.

Fallbezogene QS-Auslösung

Hervorzuheben sind die ausgewogenen, differenzierten und nachvollziehbaren Abwägungen in Bezug auf die fachlich-methodische Güte einerseits und Praktikabilität und Aufwand andererseits.

Sehr hilfreich ist dabei der Abgleich mit dem ursprünglich entwickelten Prognosemodell.

Die vom IQTIG empfohlene Option 6 erscheint nachvollziehbar begründet, auch wenn eine recht hohe Zahl von ca. 1,8 Millionen ausgelösten Fällen und ca. 350.000 zu versendenden Fragebögen (Seite 20) resultiert.

Die Heterogenität der ausgelösten Fälle wird nachvollziehbar als Stärke der empfohlenen Option herausgestellt. Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass nicht alle einbezogenen Fälle gleichermaßen vom Fragebogen adressiert werden (Seite 20):

„... gilt es, für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens Entlassmanagement zu beachten, dass nicht alle befragten Patientinnen und Patienten in jedem Qualitätsindikator der Patientenbefragung berücksichtigt werden – z. B. wenn ein Qualitätsindikator die Umsetzung spezifischer Weiterversorgungsmaßnahmen prüft, die jedoch nicht für alle Fälle erforderlich sind (z. B. die Information und Aufklärung zur Entlassmedikation). Über eine explizite Einschränkung der Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators oder implizit über Filterfragen bzw. die Antwortoption „Brauchte ich nicht“ oder „Trifft auf mich nicht zu“ kann die relevante Fallzahl, je nach Qualitätsziel des Indikators, im Vergleich zur Gesamtzahl an befragten Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zusätzlich reduziert werden“

Wie ist die „explizite Einschränkung der Grundgesamtheit eines Qualitätsindikators“ konkret geplant? Derzeit steht auch für Indikatoren, die solche Sachverhalte betreffen (z.B. Entlassmedikation, Einbeziehung Sozialdienst), in den Rechenregeln:

„Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.“

Einrichtungsbezogene Erfassung

Die Überführung der ehemals fallbezogenen Indikatoren (die nicht zur Patientenbefragung gehören) in eine einrichtungsbezogene Erfassung ist fachlich klar und nachvollziehbar begründet.

Nicht ganz klar erscheint, wie die Auslösung der einrichtungsbezogenen Dokumentation erfolgen soll.

Nachvollziehbar ist, dass eine Machbarkeitsprüfung für die einrichtungsbezogene Dokumentation nicht für erforderlich gehalten wird (Seite 57).

„QS-Audit“

Das Konzept des „QS-Audits“ ist sorgfältig und fachlich differenziert entwickelt. Die beiden Elemente der Dokumenten- und Prozessprüfung erscheinen passend und gut aufeinander abgestimmt.

Verwendung des Begriffs „Audit“

Problematisch erscheint zunächst die Verwendung des Begriffs „Audit“, der nicht sachgerecht eine Nähe z.B. zu Zertifizierungsaudits suggeriert. Dieser Begriff wird in der Beauftragung auch nicht verwendet.

Komplette Abgrenzung des „Audits“ von Indikatoren aus Einrichtungs- und Patientenbefragung

Es ist nicht verständlich, warum dieses Instrument vom IQTIG zwingend als eigenständig neben den Indikatoren aus der Einrichtungs- und Patientenbefragung angewendet werden soll (Auftragsverständnis, Seite 9):

„Entwicklung eines eigenständigen Instruments neben den Indikatoren der QS-Dokumentation und der Patientenbefragung, welches auf die Identifikation von Verbesserungspotenzialen und der Ableitung von Maßnahmen der Qualitätsförderung ausgerichtet ist“

In der Beauftragung ist vielmehr dargestellt, dass eine Verbindung mit den Ergebnissen der Indikatoren hergestellt werden sollte:

„Darüber hinaus soll in Zusammenarbeit mit den LAGen und einem Expertengremium ein qualitatives Bewertungsverfahren konzipiert und auf seine Umsetzbarkeit hin geprüft werden.

...

Hierzu soll das IQTIG differenzierte Überlegungen für verschiedene Stichproben von Leistungserbringern erarbeiten, bspw. für Leistungserbringer, die im Rahmen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation, der Patientenbefragung oder der Erhebung mit Sozialdaten (§ 299 Absatz 1a SGB V) auffällig geworden sind.“

Effizienz und Praktikabilität

Die Parallelität der beiden Konzepte (Indikatoren und „QS-Audit“) erscheint auch sachlich nicht ganz nachvollziehbar begründet.

Allein aus Effizienzgründen erscheint es sinnvoll, eine tiefgehende Analyse von Dokumenten und Prozessen bei solchen Einrichtungen durchzuführen, bei denen es konkrete Hinweise auf Verbesserungspotential (aus den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren) gibt.

Das „QS-Audit“ erfordert recht erhebliche Ressourcen sowohl bei den betroffenen Einrichtungen als auch bei den durchführenden Institutionen. Wenn eine rechnerische Auffälligkeit besteht, sollte die Wahrscheinlichkeit, dass der Einsatz dieser Ressourcen zu konkreten Verbesserungen führt, deutlich

höher sein als bei Einrichtungen, die keine solchen Auffälligkeiten aufweisen (andernfalls würden die Indikatoren ja ihren Zweck verfehlen).

Insofern erscheint es naheliegend, Auffälligkeiten bei den Indikatoren als Aufgreifkriterien zu nutzen – wie dies auch in der Beauftragung angelegt bzw. angeregt ist.

Neben diesen fachlichen- und effizienzgeleiteten Erwägungen sollte auch die Praktikabilität des empfohlenen Vorgehens auf Seite 35 diskutiert werden:

„... wird für die zufällige Auswahl von Standorten empfohlen, diejenigen Standorte auszuschließen, bei denen eine rechnerische Auffälligkeit in den Indikatoren der Patientenbefragung oder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Vorjahr vorlag.

...

Eine Stichprobengröße von mindestens 10 % der Standorte wird als notwendig angesehen, so dass in einem Zeitraum von 10 Jahren im Regelfall alle Standorte einbezogen werden können.“

Derzeit ist nicht absehbar, wie viele Einrichtungen bei den Indikatoren auffällig werden. Nach den Erfahrungen mit der Patientenbefragung im Verfahren QS PCI könnte dies eine erhebliche Anzahl von Einrichtungen betreffen. Auch bei den Indikatoren aus der Einrichtungsbefragung erscheint es realistisch, dass ggf. eine größere Zahl weiterer Einrichtungen auffällig wird.

Angesichts der hohen Anzahl an Einrichtungen (Seite 20: ca. 2.300) könnten die Indikatoren rechnerische Auffälligkeiten bei mehreren Hundert Einrichtungen generieren, die im Stellungnahmeverfahren zu analysieren wären. Ist es tatsächlich empfehlenswert, hierzu „on top“ noch in weiteren 10% der Einrichtungen ein alternatives QS-Instrument einzurichten?

Nicht ganz verständlich ist die Darstellung auf Seite 34:

„Das IQTIG empfiehlt für das externe QS-Audit aus den nachfolgenden Gründen keine anlassbezogene Stichprobe:

- Das externe QS-Audit würde sich auf eine Auffälligkeit in den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens beziehen, die bis zur Durchführung des externen QS-Audits bereits zwei Jahre alt ist, sodass das Bestehen eines erhöhten Verbesserungspotenzials beim Leistungserbringer nicht sichergestellt ist.*

Warum sind die Auffälligkeiten „bereits zwei Jahre alt“?

Würden aber nach dem empfohlenen Konzept (Ausschluss von Auffälligkeiten im Vorjahr) nicht die „Audits“ gerade auch in Einrichtungen durchgeführt werden, bei denen eine Auffälligkeit bereits zwei Jahre alt ist (auffälliges Krankenhaus ist im Folgejahr nicht auffällig, wird im Folge-Folgejahr dann aber in die Stichprobe für das „Audit“ gezogen)?

Konzentration auf „eigene Qualitätsmerkmale“

Diskutabel erscheint auch die Konzentration auf „eigene Qualitätsmerkmale“ für das „Audit“ (Seite 34):

„Das externe QS-Audit betrachtet eigene Qualitätsmerkmale mit den dazugehörigen Qualitätsanforderungen. Eine Auslösung für das externe QS-Audit auf Grundlage auffälliger Struktur- oder Prozessindikatoren wäre nicht nachvollziehbar, wenn im externen QS-Audit inhaltlich nicht mehr auf diese Auffälligkeiten eingegangen wird“

In der Anlage ist hierzu z.B. auf Seite 62 dargestellt, dass die Qualitätsmerkmale z.B. aus der Einrichtungsbefragung ausdrücklich ausgeschlossen werden sollen:

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Aufnahme in externes QS-Audit
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	nein
	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen	nein
	Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs	nein

Dies erscheint nicht ganz verständlich. Dieses Vorgehen würde ja bedeuten, dass ein „Audit“ gemacht wird, in dem ganz zentrale Anforderungen an das Entlassungsmanagement ausgeblendet werden, weil diese ja bereits bei der Einrichtungsbefragung mit „ja“ beantwortet wurden oder in der Patientenbefragung thematisiert sind.

Anders formuliert: die Indikatoren konzentrieren sich (gemäß Entwicklungsmethodik des IQTIG) auf die wichtigsten Qualitätsmerkmale – und im Audit sollen dann genau diese Merkmale „ausgeblendet“ werden?

Vor diesem Hintergrund erscheint es auch recht theoretisch, dass Merkmale wie beispielsweise „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ (Anhang Seite 62) als völlig unabhängig von den Ergebnissen der Indikatoren insbesondere aus der Patientenbefragung anzusehen sind. Auch wird in der Verfahrensregelung die Festlegung eines Zeitraums für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs festgelegt – soll dies dann bei den Aktenprüfungen keine Rolle mehr spielen?

Transparenz und Konsequenzen

Problematisch erscheint, dass Ergebnisse der „QS-Audits“ nicht veröffentlicht werden sollen, sondern dass nur die Verweigerung der Teilnahme im Qualitätsbericht der Krankenhäuser öffentlich gemacht werden soll.

Das IQTIG formuliert als Begründung für diese Empfehlung (z.B. Seite 38):

„So wird ein offener Austausch über mögliche Schwächen des Entlassmanagements mit dem Leistungserbringer begünstigt und sozial erwünschte Antworten in der Prozessprüfung und der Nachbesprechung können reduziert werden. Dies dient schließlich dazu, effektive Maßnahmen beim Leistungserbringer zu initiieren.“

oder Seite 34:

„Die Krankenhäuser sollen von der Teilnahme am externen QS-Audit für ihr Entlassmanagement profitieren, das keine Sanktionen nach sich zieht, sodass die Fokussierung auf Standorte mit auffälligen Indikatorergebnissen dem Ziel einer breiten Qualitätsförderung durch das externe QS-Audit zuwiderlaufen würde.“

Im Umkehrschluss wäre dann davon auszugehen, dass bei den Indikatoren (deren Ergebnisse veröffentlicht werden) sozial erwünschte Antworten anzunehmen sind und „effektive Maßnahmen“ durch die Einrichtungen oder eine „breite Qualitätsförderung“ nicht zu erwarten sind.

Es erscheint auch kommunikativ schwierig, ein Verfahren einzusetzen, das nach anderen Regeln „funktioniert“ als dies bislang in der DeQS-Richtlinie vorgesehen ist und dies damit zu begründen, dass eine höhere Wirksamkeit erwartet wird.

Erläutert werden sollte auch der Begriff „Sanktionen“.

Bedeutet die Formulierung, dass das Verfahren „keine Sanktionen nach sich zieht“, dass in Fällen, in denen im „Audit“ massives Verbesserungspotential erkannt wird, keine Konsequenzen resultieren, auch wenn vom Krankenhaus keine angemessenen Maßnahmen eingeleitet werden?

In der vorgestellten Form kann das „QS-Audit“ als Instrument gesehen werden, das die Grundprinzipien der DeQS-Richtlinie verlässt, sozusagen als Parallelverfahren angesehen werden kann, und keine systematische Transparenz und klare Konsequenzen gewährleistet.

Erläuterungsbedarf

Auf Seite 37 wird dargestellt:

„Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer gemäß § 18 Teil 1 DeQS-RL (jährlich zum 31.05.) enthalten ausschließlich quantitative Auswertungen, sodass für die leistungserbringerbezogenen quantitativen Ergebnisse des externen QS-Audits eine Gegenüberstellung zu den aggregierten Ergebnissen auf Bundesebene erfolgen kann.“

Warum erhalten die Einrichtungen erst mit Verzögerung von einem Jahr noch einmal einen Rückmeldebericht ergänzend zum Ergebnisbericht? Sind die „quantitativen Ergebnisse“ nicht bereits mit dem Ergebnisbericht übermittelt worden?

Patientenbefragung

Das IQTIG stellt zum Stellungnahmeverfahren auf Seite 47 dar:

„Mit Blick auf das gestufte Vorgehen zeichnet sich ab, dass die Kategorien U und D für die Patientenbefragung nicht gleichermaßen sinnvoll anwendbar sind. Das IQTIG empfiehlt einen plausiblen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Kategorien unter Berücksichtigung des Leitgedankens, dass sich die qualitative Beurteilung bei Indikatoren der Patientenbefragung nicht auf das Indikatorergebnis bezieht, sondern auf die Qualitätsbewertung der dahinterstehenden Versorgungsleistung.“

Diese Begründung erscheint nicht ganz schlüssig.

Was ist, wenn die Patientenbefragung eine Auffälligkeit zeigt, aber in der „Praxisanalyse“ keine echten, relevanten Verbesserungspotentiale erkannt werden?

Wäre in diesem Fall nicht eine Bewertung „Trotz des rechnerisch auffälligen Ergebnisses konnten keine relevanten Verbesserungsnotwendigkeiten / Defizite erkannt werden“ angemessen – was einer Bewertung in Kategorie „U“ rechtfertigt?

Auch wenn das Verfahren als Praxisanalyse bezeichnet wird, handelt es sich faktisch dennoch um eine qualitative Bewertung zu einem in der Patientenbefragung verwendeten Qualitätsmerkmal.

Weitere Anmerkung

Das IQTIG nimmt einen „umfassenden“ Bedarf für ein Entlassmanagement an, wenn auch nur eine einzelne Verordnung erforderlich ist (Seite 12)

„Ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement liegt gemäß der Definition des IQTIG dann vor, wenn für die Patientinnen und Patienten zusätzlich zum Entlassbrief mindestens eine weiterführende Versorgungsleistung oder Maßnahme zur Sicherstellung einer lückenlosen bedarfsgerechten Nach- und Weiterversorgung im Rahmen der Entlassung verordnet und organisiert werden muss (z. B. verordnete Heil- und Hilfsmittel oder Medikamente, Anschlussbehandlungen, medizinische Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflegeleistungen oder Haushaltshilfen)“

Der Begriff „umfassend“ erscheint nicht ganz passend. Nach der Definition des IQTIG ist als „umfassendes“ Entlassmanagement ja beispielsweise bereits die Verordnung eines Medikaments bei Entlassung anzusehen. Auch werden über diese Definition solche einfachen Erfordernisse gleichgesetzt mit hoch komplexem Bedarf beispielsweise neu aufgetretener hoher Pflegebedürftigkeit.



QBS - Geschäftsstelle der LAG Saarland - Talstraße 30 - 66119 Saarbrücken

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

per E-Mail: verfahrensentwicklung-postfach@iqtig.org

4. November 2024

**Beteiligungsverfahren: Weiterentwicklung des Konzeptes und der
Umsetzungsvorschläge im QS-Verfahren Entlassmanagement**

Sehr geehrter Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme im Beteiligungsverfahren im Rahmen der Weiterentwicklung des Konzeptes und der Umsetzungsvorschläge im QS-Verfahren Entlassmanagement.

Anbei erhalten Sie die aus meiner Sicht wichtigen Aspekte, ohne dass mir aufgrund der Kürze der Frist eine vollumfängliche Stellungnahme zu allen Punkten möglich gewesen ist.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bücheler'.

Ärztin im Qualitätsbüro
Leitung der Geschäftsstelle

Stellungnahme zur Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Stand 01.11.2024

Fallauslösung

- Als dokumentationspflichtig gelten Standorte mit Entlassfällen, die einen umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement benötigen. Unklar im Konzept bleibt, wem die Ergebnisse des Verfahrens zugeschrieben werden. Die QS-Verfahren der DeQS-RL für den Krankenhaussektor unterscheiden derzeit in Abhängigkeit von der Zuschreibbarkeit der Ergebnisse nach aufnehmendem, leistungserbringendem und entlassendem Standort. Da das Entlassmanagement, wie selbst beschrieben, in verschiedenen Fachabteilungen stattfinden kann, gilt dies ebenso für die Standorte eines Krankenhauses. Interne Verlegungen werden vor dem Hintergrund des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz zunehmen, da den Standorten bestimmte Leistungsgruppen (ICD-/OPS-Kodes) zugewiesen werden, d.h. nicht jeder Standort erbringt alle Leistungen.
- Die für die Fallauslösung bestimmte Einschlusskriterien (ICD-/OPS-Kodes) berücksichtigen nicht in ausreichender Form das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz. Mit der Zuweisung bestimmter Leistungsgruppen einem Krankenhausstandort durch die zuständige Landesbehörde wird es zu einer Spezialisierung der Krankenhausstandorte kommen. Damit eingehend wird es auch zu einer Konzentration von besonders morbidem Patienten*innen an bestimmten Standorten kommen. Andere Standorte wiederum werden eher „leichtere“ Behandlungsfälle versorgen. Im Ergebnis gestaltet sich das Patientenklintel zwischen den Einrichtungen sehr unterschiedlich, so dass auch der Bedarf der Patienten*innen für eine Anschlussversorgung – ein Entlassmanagement – sehr unterschiedlich sein wird. Mit der geplanten Fallauslösung würden bestimmte Krankenhausstandorte gar nicht in das QS-Verfahren Entlassmanagement bzw. andere überproportional oft einbezogen werden, obwohl alle Krankenhäuser zum Entlassmanagement verpflichtet sind (§ 39 SGB V) und dieses auch allen Patienten*innen, unabhängig vom Schwerebedarf ihrer Erkrankungen zu Teil kommen sollte. D.h., auch Krankenhäuser mit Patienten*innen, die ggf. nur einen geringen Bedarf für ein Entlassmanagement benötigen, haben die entsprechenden Strukturen und Prozesse vorzuhalten.

Externes QS-Audit

- Aus Ressourcengründen wäre eine anlassbezogene Stichprobeprobe zu bevorzugen, gerade weil hier ein Zusammenspiel von externem QS-Audit mit den anderen Instrumenten (Patientenbefragung, einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation) ermöglicht würde. Denkbar wäre, dass das QS-Audit als ein Instrument der Maßnahmenstufe 1, wie in der DeQS-RL vorgesehen, zur Anwendung kommt. Denn die Maßnahmenstufe 1 hat ebenso wie im Konzept zum Entlassmanagement vorgesehen, die Qualitätsförderung zum Ziel.
- Eine Zufallsstichprobe erfordert zusätzlichen Aufwand und sollte daher gut begründet sein. Eine Stichprobengröße von mindestens 10 Prozent ist derzeit mit den vorhandenen Ressourcen der Landesarbeitsgemeinschaften nicht realisierbar. Denkbar wäre hier eine Ziehung von 5 Prozent aller Krankenhausstandorte eines Bundeslandes für ein Erfassungsjahr. Damit bewegt sich die Größenordnung der Vor-Ort-Besuche auf dem Niveau der Stichprobenziehung gemäß § 9 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL). Diese Stichprobenprüfungen wurden von den LAGen (ehemals LQSen) bereits bewältigt, was ein Indiz dafür sein könnte, dass eine Durchführung in diesem Umfang mit den vorhandenen Ressourcen in den LAGen weiterhin zu schaffen sein sollte.

- Bezüglich der Ressourcen beim Expertenteam, das an den externen QS-Audits teilnimmt, wird der Rückgriff auf die bestehenden Fachkommissionen auf Landesebene kritisch eingeschätzt, da die Experten*innen ganztätig freigestellt werden müssten. Dies ist mit der bisherigen Fachkommissionstätigkeit nicht vergleichbar, da hier der Stundenumfang pro Sitzungstag deutlich geringer ausfällt. Im Übrigen weisen die LA-Gen bereits seit geraumer Zeit auf die zunehmende Schwierigkeit hin, Fachkommissionsmitglieder zu gewinnen. Dies wird sich bei ganztätigen Audits noch schwieriger gestalten bzw. es werden sich keine Experten finden lassen. Abhilfe könnte hier eine Honorarvergütung sein. Dies bedeutet aber nicht automatisch, dass der Experte dann auch in der für die Audits vorgesehene Zeit verfügbar ist, da letztlich der Arbeitgeber den Experten an dem Termin freistellen muss. Es wird an dieser Stelle auf die hohe Arbeitsbelastung und den Personalmangel in den Krankenhäusern verwiesen.¹
- Bei der Stichprobenziehung auf Fallebene sollte zusätzlich zu den Einschusskriterien des QS-Filters der Patientenbefragung im jeweiligen Erfassungsjahr auch die Fachabteilungen eines Krankenhausstandortes einbezogen werden. Nur so kann ein breiter Querschnitt der Einrichtung bei der Dokumentenprüfung sichergestellt werden. Eine fachabteilungsbezogene Auswahl der Fälle für das externe QS-Audit kann so besser zu reliablen Ergebnissen bei der Bewertungssystematik beitragen. Die Praxis zeigt mitunter deutliche Unterschiede zwischen den Fachabteilung bei der Umsetzung des Entlassmanagements.

¹ u.a.

<https://www.merkur.de/politik/mangel-an-aerzten-und-pflegekraefte-droht-zu-wachsen-zr-93033620.html>;

<https://www.bdo.de/de-de/news/2024/krankenhauser-sehen-wegen-personalmangel-fur-die-nahe-zukunft-schwarz>

<https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/wirtschaft/wenige-aerzte-pflegekraefte-fehlen-100.html>

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org



QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

**Würdigung der Hinweise und Anregungen aus dem
Beteiligungsverfahren nach § 137 a Abs. 7 SGB V**

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge. Würdigung der Hinweise und Anregungen aus dem Beteiligungsverfahren nach § 137 a Abs. 7 SGB V

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer, Jonas Plange

Datum der Abgabe 13. Dezember 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Datum des Auftrags 6. November 2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Verzeichnis der beteiligten Organisationen	6
1 Allgemeine Anmerkungen und Hinweise.....	7
2 Weiterentwicklung der Fallauslösung.....	10
2.1 Allgemeine Hinweise zur Weiterentwicklung der Fallauslösung	10
2.2 Hinweise zu eingeschlossenen und nicht (ausreichend) berücksichtigten Kriterien ...	11
3 Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren.....	13
3.1 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“	14
3.2 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“	14
4 Konzept des externen QS-Audits	17
4.1 Ableitung und Operationalisierung der Inhalte	22
4.2 Nachbesprechung und Entwicklung des Maßnahmenplans.....	25
4.3 Entwicklung eines Stichprobenkonzeptes	26
4.3.1 Stichprobenziehung auf Standortebebene	26
4.3.2 Stichprobenziehung auf Fallebene	32
4.4 Berichts- und Rückmeldewesen (aggregierte Veröffentlichung)	33
4.5 Leistungserbringerbezogene Veröffentlichung.....	35
4.6 Rahmenbedingungen.....	37
4.7 Aufwand-Nutzen Verhältnis	39
5 Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen des QS-Verfahrens Entlassmanagement im Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL	42
5.1 Indikatorergebnisse der Patientenbefragung.....	43
5.2 Indikatorergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	45
6 Empfehlungen für den Start der Patientenbefragung und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	48
6.1 Empfehlungen für den Start der Patientenbefragung.....	48
6.2 Empfehlung für den Start der QS-Dokumentation	52
Literatur	53
Impressum.....	56

Einleitung

Für die Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) *Entlassmanagement* wurde die Beteiligungspflicht des IQTIG in Form eines Beteiligungsworkshops für die nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen sowie weitere Institutionen umgesetzt. Die folgenden, gemäß § 137a Abs. 7 SGB V berechtigten Organisationen und Institutionen wurden zur Teilnahme am Beteiligungsverfahren gebeten:

- Kassenärztliche Bundesvereinigungen
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen
- Verband der Privaten Krankenversicherung
- Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer
- Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe
- wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
- die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene
- der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
- zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreterinnen bzw. Vertreter
- Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind (§ 137a SGB V)

Zusätzlich wurden die folgenden Institutionen zur Teilnahme am Beteiligungsverfahren vom IQTIG aufgefordert:

- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V.
- Bundesverband Bunter Kreis e. V.
- Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V.
- Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.
- Kompetenzzentrum Qualitätssicherung beim MD Baden-Württemberg

Darüber hinaus wurde auch den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften sowie den Mitgliedern des projektbezogenen Expertengremiums die Möglichkeit zu einem schriftlichen Kurzstatement gegeben. Die Landesarbeitsgemeinschaften konnten zusätzlich zwei Vertreterinnen bzw. Vertreter zur Teilnahme am Beteiligungsworkshop benennen.

Der Beteiligungsworkshop fand am 7. und 8. November 2024 in den Räumen des IQTIG statt. Zur Vorbereitung erhielten die registrierten Organisationen am 16. Oktober 2024 Beratungsunterlagen. Die Organisationen konnten im Vorfeld des Workshops ein Kurzstatement mit inhaltlichen Hinweisen und Anregungen zu den Beratungsunterlagen im Umfang von max. 1.800 Wörtern einreichen. Insgesamt haben 14 Organisationen die Möglichkeit zur Beteiligung wahrgenommen; 12 Organisationen haben ein Kurzstatement eingereicht; 10 Organisationen nahmen am Beteiligungsworkshop teil (siehe Verzeichnis der teilnehmenden Organisationen). Das IQTIG bedankt sich bei allen teilnehmenden Organisationen für die Rückmeldungen, die aktive Teilnahme und die konstruktiven Hinweise im Workshop.

Die schriftlichen und mündlichen Hinweise und Anregungen wurden dahingehend geprüft, ob sich daraus Änderungen für die Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* ergeben. Nachfolgend werden die zentralen Themen der Organisationen aus dem Beteiligungsverfahren zusammenfassend dargestellt. Im Anschluss daran erfolgt jeweils eine kurze Diskussion, in der darauf eingegangen und begründet wird, inwiefern die Hinweise der stellungnahmeberechtigten Organisationen in der Weiterentwicklung berücksichtigt wurden.

Verzeichnis der beteiligten Organisationen

Übersicht der teilnehmenden Organisationen

(eingegangene Kurzstatements sind mit * gekennzeichnet)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e. V. (Bündnis KJG) *

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) *

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) *

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF) *

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) *

Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKind)

Kompetenzzentrum Qualitätssicherung beim MD Baden-Württemberg (KCQ) *

Landesarbeitsgemeinschaft Bayern (LAG Bayern) *

Landesarbeitsgemeinschaft für medizinische Qualität in Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LAG Mecklenburg-Vorpommern) *

Landesarbeitsgemeinschaft Nordrhein-Westfalen (LAG Nordrhein-Westfalen) *

Maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V (PatV) *

Qualitätsbüro Geschäftsstelle der LAG Saarland / Landesarbeitsgemeinschaft Saarland (LAG Saarland) *

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) *

1 Allgemeine Anmerkungen und Hinweise

Von drei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden die Beratungsunterlagen als gut strukturiert und im Hinblick einer differenzierten und handlungsleitenden Aufarbeitung gelobt (DKG, KCQ, DNQP). Des Weiteren wurde angemerkt, dass es gelungen sei, die gemäß Beauftragung geforderte Verbesserung des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses umzusetzen (DKG). Die abgeleiteten Empfehlungen wurden als konkret und begründet bezeichnet (KCQ). Weiterhin wurde die Ausgewogenheit über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität positiv hervorgehoben (DNVF). Von drei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde jedoch angemerkt, dass durch das Konzept die Komplexität des QS-Verfahrens zunehme (LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen, DNQP).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die positiven Rückmeldungen. Bezüglich der Zunahme an Komplexität des QS-Verfahrens geht das IQTIG in den nachfolgenden Kapiteln näher auf die einzelnen Kritikpunkte ein.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass die Methodik nachvollziehbar beschrieben sei (GKV-SV, DNVF). Bezüglich der Literaturrecherche wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation hingegen kritisch angemerkt, dass der hierin eingeschlossene Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege einen multiprofessionellen Standard nicht ersetzen könne. Es wurde daher auf das 2022 aktualisierte Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) hingewiesen, das für die Profession der Fachkräfte der Sozialen Arbeit entsprechende Grundlagen für die Tätigkeit im Entlassmanagement beinhalte. Weiterhin wurde kritisiert, dass die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, die seit 2019 in der vierten überarbeiteten Fassung vorliegt, unberücksichtigt geblieben sei. Des Weiteren wurden Publikationen empfohlen, die auf weitere Ausrichtungen des Entlassmanagements fokussieren, wie der teilhabeorientierten Ausrichtung eines sozialarbeiterischen Case Managements als mehrdimensionales Handlungskonzept oder dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems in Krankenhaussozialdiensten (DVSG).

IQTIG: In der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren wurde eine breite systematische Literatur- und Leitlinienrecherche durchgeführt (IQTIG 2023b). Entsprechend den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022b: Kapitel 9) sind für die Literatur- und Leitlinienrecherche vorab jedoch sowohl methodisch-formale als auch inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, die im Rahmen der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren geprüft wurden. Die genannten Publikationen der Sozialen Arbeit konnten zur Ableitung von Qualitätsmerkmalen und somit von konkreten Qualitätsanforderungen nicht berücksichtigt werden, da es sich nicht um Leitlinien oder Expertenstandards handelt und somit die vorab festgelegten methodisch-formalen Einschlusskriterien

nicht erfüllt worden sind. Auf das Positionspapier „Entlassmanagement durch Soziale Arbeit“ (DVSG 2022) wird im Abschlussbericht verwiesen.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass an einigen Stellen der Beratungsunterlagen der wissenschaftliche Abwägungsprozess, der zur Empfehlung geführt habe, fehle und der Lösungsweg zwischen Problemstellung und Empfehlung teilweise intransparent sei (DKG). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angeregt, im Indikatorenset der Patientenbefragung die Evidenzgrundlage für die Indikatoren der Patientenbefragung auszuweisen (DNVF).

IQTIG: Im Rahmen der Beratungsunterlagen wurden die Inhalte der Weiterentwicklung zu allen Auftragsgegenständen der Beauftragung kurz und prägnant für die stellungnahmeberechtigten Organisationen aufbereitet. Im Rahmen des Abschlussberichts werden die einzelnen Entwicklungsschritte ausführlicher dargestellt. Für eine kompakte Übersicht der Indikatoren der Patientenbefragungen wird deren Evidenzgrundlage in den jeweiligen Abschlussberichten und zugehörigen Anhängen dargestellt.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kritisiert, dass durch die generische Patientenbefragung spezifische Anforderungen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin nicht in angemessener Weise berücksichtigt würden (Bündnis KJG). Insbesondere Bedarfe von komplexen pädiatrischen Fällen wie chronisch kranken Kindern und Jugendlichen und sehr kleinen Frühgeborenen blieben unberücksichtigt (Bündnis KJG). Ein eigenes, auf die pädiatrische Versorgung ausgerichtetes Qualitätssicherungsverfahren sei erforderlich (Bündnis KJG).

IQTIG: Ausgehend von den Rahmenbedingungen der ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung, ein Befragungsinstrument zu entwickeln, das Anforderungen an das Entlassmanagement einer heterogenen Zielpopulation abdeckt, sieht das IQTIG die Möglichkeit, mit der weiterentwickelten Fallauslösung über den Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte die Versorgungsqualität im Entlassmanagement auch bei Kindern/Jugendlichen zu betrachten. Gleichwohl teilt das IQTIG die Anregung, dass für spezifische Zielgruppen in der pädiatrischen Versorgung eine eigenständige Betrachtung im Rahmen der Qualitätssicherung zielführend sei. Das IQTIG regt daher an, eine separate Befragung, die gezielt auf die Bedürfnisse von Eltern Früh- und Neugeborener eingeht, bspw. im Rahmen des QS-Verfahrens *Perinatalmedizin (QS PM)* anzusiedeln; „Erkrankungen im Perinatalalter“ wurden als Kriterium für die Fallauslösung bei der Betrachtung der Szenarien daher nicht weiter berücksichtigt (siehe Abschnitt 3.4.3 im Abschlussbericht).

Für die weiterentwickelte Fallauslösung empfiehlt das IQTIG, die eingeschlossenen Kriterien neben ICD- und OPS-Kodes für erwachsene Patientinnen und Patienten gezielt auch anhand spezifischer Kodes für Kinder und Jugendliche zu operationalisieren. Nach Einschätzung des IQTIG sollten Entlassungen von Kindern und Jugendlichen nicht

von vornherein aus dem QS-Verfahren *Entlassmanagement* ausgeschlossen werden. Im Verlauf der Erprobungsphase der Patientenbefragung empfiehlt das IQTIG, zu prüfen, inwiefern weitere ICD-/OPS-Kodes, die bereits im KIS hinterlegt sind, für eine Verbesserung der Fallauslösung von Kindern und Jugendlichen mit umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement herangezogen werden sollten.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass mit einem Einschluss von psychischen Erkrankungen in die Fallauslösung eine Etablierung der gesetzlichen Qualitätssicherung für stationäre psychiatrische Einrichtungen einhergehe (BPtK, DKG). Obwohl das Entlassmanagement in der psychiatrischen Versorgung durchaus vom Entlassmanagement in der somatischen Versorgung abweiche, sollten psychische Erkrankungen für die Fallauslösung beibehalten werden (BPtK). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dargestellt, dass mit Blick auf die Einführung der Qualitätssicherung im Bereich der psychiatrischen Versorgung das QS-Verfahren *Schizophrenie* mit der dort vorgesehenen Patientenbefragung fokussiert werden sollte (DKG). Erst danach solle eine generisch angelegte Patientenbefragung, wie die Patientenbefragung *Entlassmanagement*, im Bereich der psychiatrischen Versorgung umgesetzt werden. Das vom IQTIG empfohlene Szenario 6 bei der Weiterentwicklung der Fallauslösung werde abgelehnt (DKG).

IQTIG: In Abschnitt 7.1.2 des Abschlussberichts legt das IQTIG hinsichtlich der Umsetzbarkeit der Patientenbefragung mit überarbeiteter Fallauslösung seine Empfehlung dar, sowohl somatische als auch psychische Erkrankungen im QS-Verfahren *Entlassmanagement* einzubeziehen und dahingehend die entsprechenden ICD-Diagnosen F20 und F25 zusammen mit weiteren Diagnosen für schwere psychischen Erkrankungen in die Fallauslösung aufzunehmen.

2 Weiterentwicklung der Fallauslösung

2.1 Allgemeine Hinweise zur Weiterentwicklung der Fallauslösung

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Weiterentwicklung der Fallauslösung als nachvollziehbar, differenziert und positiv gewertet (DNVF, GKV-SV, KCQ). Der Verzicht auf das Prognosemodell bei der Fallauslösung wurde positiv hervorgehoben (DKG, GKV-SV), ebenso der Abgleich der eingeschlossenen Kriterien mit dem ursprünglich entwickelten Prognosemodell (KCQ). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass anhand der Beratungsunterlagen nicht nachvollziehbar sei, wie die Auswahl der ICD- und OPS-Codes erfolgte (DKG). Weiterhin wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass Literaturquellen zur Beurteilung hilfreich wären (DNVF).

IQTIG: Im Abschlussbericht ist das grundlegende methodische Vorgehen zur Weiterentwicklung der Fallauslösung in Abschnitt 2.1 enthalten. Die inhaltliche Fokussierung und Operationalisierung der eingeschlossenen Kriterien anhand von ICD- und OPS-Kodes wird in Abschnitt 3.2 jeweils mit einer zusammenfassenden Darstellung der Hinweise aus der recherchierten Literatur und der einbezogenen Expertinnen und Experten dargestellt. Gründe für den Ausschluss von Kriterien für die Fallauslösung können in Abschnitt 3.3 und 3.4 des Abschlussberichtes nachvollzogen werden.

Hinsichtlich der Definition eines umfassenden Bedarfs für ein Entlassmanagement, die als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der Fallauslösung dient, wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation (KCQ) auf folgende Konstellation hingewiesen: Der Begriff „umfassend“ sei nicht passend, wenn ein solcher Bedarf bereits dann vorliege, wenn zusätzlich zum Entlassbrief mindestens eine weitere Versorgungsleistung oder Maßnahme zur Sicherstellung der Nach- und Weiterversorgung im Zuge des Entlassmanagements verordnet oder organisiert werden muss und dies sowohl für einfache Erfordernisse (z. B. Verordnung eines Medikaments) als auch für komplexe Bedarfe (neu aufgetretene hohe Pflegebedürftigkeit) zutreffen könne.

IQTIG: Das IQTIG legt für die Weiterentwicklung der Fallauslösung die Definition eines umfassenden Bedarfs für ein Entlassmanagement aus der ursprünglichen Entwicklung des QS-Verfahrens zugrunde (IQTIG 2023b: Abschnitt 4.1). Weder bei der damaligen Entwicklung einer QS-Auslösung anhand des Prognosemodells noch im Zuge der Recherchen zur aktuellen Weiterentwicklung der Fallauslösung ohne Prognosemodell konnten Hinweise gefunden werden, anhand deren eine Priorisierung von Versorgungsleistungen für die Definition eines umfassenden Bedarfs für ein Entlassmanagement vorgenommen werden kann. Zudem fanden sich keine Hinweise, dass die vom IQTIG verwendete Definition nicht für die Weiterentwicklung der Fallauslösung verwendet werden sollte.

2.2 Hinweise zu eingeschlossenen und nicht (ausreichend) berücksichtigten Kriterien

Von einigen Organisationen wurde angemerkt, dass spezifische Erkrankungen in der Fallauslösung unberücksichtigt blieben bzw. eine stärkere Fokussierung innerhalb einzelner Kriterien erforderlich sei (BPtK, DNVF, PatV, LAG Bayern, Bündnis KJG); dahingehend wurden z. B. kognitive Erkrankungen/Demenz, Pflegegrad II, Hochaltrigkeit, Erstmanifestationen von chronischen Erkrankungen v. a. bei Kindern und Jugendlichen wie Diabetes mellitus Typ 1, Epilepsie, Autismus-Spektrum-Störung sowie schwere psychische Erkrankungen wie Borderline-Störungen von den stellungnahmeberechtigten Organisationen angeführt. Weiterhin wurden von mehreren Organisationen explizite Hinweise zur Ergänzung der Kriterien (z. B. Post-Covid, Sepsis, komplexes Schmerzsyndrom oder Dehydrierung und entgleister Insulinspiegel als Hinweise auf eine problematische Versorgung in der Häuslichkeit) gegeben, da für Patientinnen und Patienten mit diesen Erkrankungen auch ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement vorliege (LAG Bayern, PatV).

IQTIG: Das IQTIG hat die Hinweise und Vorschläge zur Finalisierung der Fallauslösung herangezogen. Gleichwohl gilt es aus Sicht des IQTIG zu berücksichtigen, dass die Operationalisierung der Fallauslösung anhand konkreter ICD- und OPS-Kodes zum Ziel hat, eine geeignete Stichprobe auf Fallebene zu identifizieren, die als Grundlage zur Messung der Versorgungsqualität des Entlassmanagements einen Vergleich von Leistungserbringern ermöglicht. Daher werden mit der Weiterentwicklung der Fallauslösung und der damit einhergehenden inhaltlichen Eingrenzung nicht alle Patientinnen und Patienten bzw. alle Subgruppen erfasst, die einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen. Wesentlich ist nach Einschätzung des IQTIG, dass mit den eingeschlossenen Kriterien und deren Operationalisierung anhand von ICD-/OPS-Kodes ein Querschnitt abgebildet wird, der es ermöglicht, die Versorgungsqualität bei einer Vielzahl von Leistungserbringern zu messen.

Die Auswahl der Kriterien erfolgte anhand von drei Prüfschritten (Kriterium ist im KIS vor allem über § 21 KHEntgG abbildbar, Kriterium ist von anderen Kriterien abgrenzbar, Kriterium wurde in einschlägigen Publikationen oder/und von Expertinnen und Experten als maßgeblich zur Definition der Zielgruppe angesehen). Sofern ein Prüfschritt nicht erfüllt wurde, erfolgte der Ausschluss des Kriteriums (siehe Abschnitt 2.1 des Abschlussberichtes). Im Abschlussbericht werden Einschränkungen in der Operationalisierung (z. B. Identifikation von Erstmanifestationen chronischer Erkrankungen oder Schweregrad von Erkrankungen anhand des ICD) sowie der Ausschluss von Erkrankungen (z. B. Pflegegrad II, Demenz oder Sepsis) begründet. Kriterien, die weder von den Expertinnen und Experten noch in der recherchierten Literatur erwähnt wurden, kamen nicht als Kriterien für die Fallauslösung in Betracht.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass Personen, die bereits in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden, einen geringeren Aufwand an Entlassmanagement aufwiesen als Personen, die in die Häuslichkeit entlassen werden (LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen).

IQTIG: In den Fragebögen wird der Entlassort der Patientinnen und Patienten erfasst, sodass dieser für die Berechnung der Indikatoren herangezogen werden kann. In der Erprobung der Patientenbefragung können mögliche Unterschiede im Verbesserungspotenzial für Subgruppen betrachtet werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass bei Kindern und Jugendlichen ein Pflegegrad häufig erst nach der Entlassung vorliege, außerdem sei eine Fallauslösung alleinig über einen hohen stationären Pflegeaufwand nicht ausreichend (Bündnis KJG). Zudem wurde angeregt, in der Weiterentwicklung der Fallauslösung Kinder und Jugendliche (mit chronischen Erkrankungen) für die Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ umfassender zu berücksichtigen (GKind).

IQTIG: In der Versorgungspraxis können bei der Beantragung eines Pflegegrads für Kinder oder Erwachsene Unterschiede vorhanden sein, die sich ggf. auf die Codierung im stationären Bereich auswirken. Aus dem BARMER Pflegereport 2023 (Rothgang und Müller [2023]) ist ersichtlich, dass Kinder und Jugendliche im Vergleich zu allen Personen, die einen Pflegegrad aufweisen, einen deutlich geringeren Anteil aufweisen. Obwohl der Anteil der Kinder sehr gering ist, geht das IQTIG davon aus, dass gerade bei den Kindern, bei denen bereits während des Krankenhausaufenthalts ein Pflegegrad besteht oder neu beantragt wird, ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement vorhanden ist. Entsprechend den Darlegungen im Abschlussbericht empfiehlt das IQTIG, im Verlauf der Erprobungsphase der Patientenbefragung, zu prüfen, inwiefern weitere ICD-/OPS-Kodes, die bereits im KIS hinterlegt sind, für eine Verbesserung der Fallauslösung von Kindern und Jugendlichen mit umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement herangezogen werden sollten.

3 Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren

Die Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren in die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und Patientenbefragung wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen als positiv und fachlich klar nachvollziehbar bewertet (GKV-SV, KCQ). Die Überführung entspreche dem Ziel der Aufwands- und Komplexitätsreduktion, was positiv bewertet wurde (GKV-SV). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hingegen angemerkt, dass im Hinblick der Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren die zugrunde liegende Evidenz sowie der Erhebungszeitpunkt zu klären seien (DNVF).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die positiven Rückmeldungen. Eine Prüfung zur vorliegenden Evidenz der einzelnen Qualitätsmerkmale wurde bereits in der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren im Rahmen einer Literatur- und Leitlinienrecherche durchgeführt und im Abschlussbericht ausführlich dargestellt (IQTIG 2023b: Kapitel 2). Nach der Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren wird nur noch eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation empfohlen, die nach Abschluss eines jeden Erfassungsjahres durch den Leistungserbringer einmal erfolgen muss.

Im Hinblick auf die beiden einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation hinsichtlich der am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. der in der Verfahrensregelung festgelegten Verantwortlichkeiten angemerkt, dass es keiner separaten Aufsplittung in der ergänzenden Bezeichnung des Datenfeldes bedarf, und auf die initiale Empfehlung „beteiligte Professionen“ hingewiesen (DVSG). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vor allem die Betonung der Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen als positiv gewertet (DNQP).

IQTIG: Im Rahmen der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren stimmte das IQTIG den Anmerkungen aus dem schriftlichen Beteiligungsverfahren bereits zu, dass die am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht zwingend einer Gesundheitsprofession angehören, und hat daher die Bezeichnungen im Abschlussbericht der Neuentwicklung der Qualitätsindikatoren sowie im dazugehörigen Indikatorenset entsprechend auf „die am Entlassmanagement beteiligten Professionen“ angepasst (IQTIG 2023c). Für den Qualitätsindikator zur Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung ist es darüber hinaus notwendig, eindeutig zu definieren, welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Berechnung des Indikators zu berücksichtigen sind.

3.1 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde begrüßt, dass Schulungen der am Entlassmanagement beteiligten Professionen als Qualitätsmerkmal berücksichtigt wurden (DNQP). Es wäre jedoch wünschenswert, wenn durch eine vorherige Feststellung von weitergehenden Fortbildungsbedarfen auch eine aufgaben- und professionsbezogene Stärkung der Kompetenzen gefordert werden würde (DNQP). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde bezüglich der Datenfelder des Qualitätsindikators angemerkt, dass es nicht verständlich sei, ob sich die Einschränkung auf im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglichen Beschäftigungsdauer von mindestens sechs Monaten ausschließlich auf das Erfassungsjahr beziehe oder darüber hinaus gehe (DKG). Darüber hinaus wurde von der stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass der Referenzbereich für den Indikator von $\geq 95\%$ für den Verfahrensstart niedriger angesetzt werden solle (DKG).

IQTIG: Das IQTIG hat den Qualitätsindikator auf die Ersts Schulung aller neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fokussiert, um die breite Funktionalität des Entlassmanagements am gesamten Krankenhausstandort sicherzustellen. Die Anforderung besteht darin, die im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten in dem Erfassungsjahr und bis einschließlich dem 31. Januar des Folgejahres zur hausinternen Verfahrensregelung zu schulen. Diese Frist gilt auch für z. B. im Dezember neu eingestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese müssen ebenfalls bis zum Ende des Erfassungsjahres oder bis zum 31. Januar des Folgejahres geschult werden. Der Referenzbereich wurde im Rahmen der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG vorgeschlagen und unter Einbeziehung der Beratungsergebnisse aus dem Expertengremium vom IQTIG empfohlen (IQTIG 2023b) (siehe Anhang E.2.1). Die endgültige Festlegung der Referenzbereiche obliegt dem G-BA.

3.2 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen kamen Anmerkungen zum Teilprozess zur Erstellung eines Entlassbriefes, der gemäß dem Qualitätsindikator zur Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement zu regeln ist. Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde eingeschätzt, dass die 14-Tage-Frist zur Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefes nicht eingehalten werden könne, da die Krankenhäuser häufig keinen Einfluss auf bestimmte Prozesse haben, wie bspw. Tumorboard-Entscheidungen, Befunde aus der Histologie und Genetik oder Konsil-Berichte (DKG). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorge-

schlagen, stattdessen einen vorläufigen Entlassbrief zu fordern (DVSG). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde betont, dass gerade die Lücke, warum kein endgültiger Entlassbrief erstellt werden konnte, interessant sei (PatV). Dass die Anforderung zur Übermittlung des Entlassbriefs an ambulante nachbehandelnde Leistungserbringer keiner gesetzlichen Grundlage unterliege, da die Patientin bzw. der Patient die Entscheidung über den Adressaten selbst treffe, wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt (DVSG).

IQTIG: Der Qualitätsindikator zur Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement fordert, dass in der Verfahrensregelung festzuhalten ist, dass zum Zeitpunkt der Entlassung ein Entlassbrief an die Patientin bzw. den Patienten ausgehändigt werden muss. Sofern die Aushändigung des endgültigen Entlassbriefs am Entlasstag nicht möglich ist, muss ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden sowie der endgültige Entlassbrief an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer übermittelt werden. Dazu muss in der Verfahrensregelung ein Zielwert von bis zu 14 Tagen festgelegt sein. Sofern einzelne Befunde aufgrund einer längeren Latenz erst zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden können, muss der endgültige Entlassbrief einen entsprechenden Hinweis enthalten. Die Nachreichung eines Einzelbefundes ist kein Grund, alle anderen Informationen zurückzuhalten. Die Übermittlung des Entlassbriefs an ambulant nach- und weiterbehandelnde Leistungserbringer darf mit Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten erfolgen, die in der Regel bei Aufnahme in das Krankenhaus eingeholt wird.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, die Nutzung patientenverständlicher Entlassbriefe entsprechend den Umsetzungsempfehlungen des Innovationsprojekts „PASTA“ im Rahmen der Einrichtungsbefragung zu erheben und entsprechend als Qualitätsmerkmal zu berücksichtigen (PatV).

IQTIG: Das IQTIG weist darauf hin, dass im Rahmen der Weiterentwicklung keine erneute Themenerschließung und Ableitung von Qualitätsmerkmalen erfolgte. Patientenverständliche Entlassbriefe stellen jedoch 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 *Entlassmanagement* aufgegriffen werden kann.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass im Qualitätsindikator zur Verfahrensregelung der geforderte Entlassplan als ein eigenständiges Dokument nicht zielführend und redundant sei, da sämtliche Eintragungen im KIS erfasst werden würden (DKG).

IQTIG: Bereits in der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren wurden aus der recherchierten Literatur sowie aus den Einzelinterviews und Fokusgruppen Hinweise dargelegt, dass vorhandene Informationen zum Entlassmanagement häufig dezentral oder für die Beteiligten schlecht zugänglich vorliegen und dadurch ein optimaler Prozessablauf im Entlassmanagement verhindert wird (IQTIG 2023b: Kapitel 5). Aus Sicht des IQTIG ist daher ein zentral vorliegender, umfassender Entlassplan eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde bezüglich des Teilprozesses zur Mitgabe und Übermittlung eines Pflegeüberleitungsbogens hervorgehoben, dass bei Entlassung in eine Übergangspflege gemäß § 39e SGB V, welche im gleichen Krankenhaus erfolgt, ein Überleitungsbogen nicht notwendig sei (DVSG).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für den Hinweis und hat die Übergangspflege aus der Definition der stationären pflegerischen Versorgung gestrichen.

4 Konzept des externen QS-Audits

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die inhaltliche Entwicklung des externen QS-Audits als fachlich differenziert und nachvollziehbar hervorgehoben (KCQ, DKG, DNVF, KCQ, GKV-SV). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass die Konzeption des externen QS-Audits als zusätzliches Instrument für die externe Qualitätssicherung als positiv bewertet wird (DKG). Von zwei weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Einführung eines Peer-Review-Verfahrens zur Qualitätsverbesserung grundsätzlich befürwortet, u. a. auch, weil für die Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften dadurch ein neues Aufgabenspektrum vorgesehen ist (LAG Nordrhein-Westfalen, LAG Bayern). Von zwei anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde dagegen angemerkt, dass die Empfehlungen des IQTIG für das externe QS-Audit wesentliche Anforderungen der Beauftragung sowie der normativen Grundlage der DeQS-RL nicht berücksichtigen würden und demnach eine Anpassung des Konzeptes notwendig sei (GKV-SV, PatV).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die positiven Rückmeldungen und geht in den nachfolgenden Würdigungen auf die Kritikpunkte und die daraus abgeleitete Überarbeitung des Konzeptes des externen QS-Audits ein.

Von drei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass das externe QS-Audit nicht als eigenständiges Instrument neben der Patientenbefragung und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation entwickelt werden sollte, sondern als Teil der qualitativen Beurteilung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens für die bestehenden Instrumente (PatV, GKV-SV, KCQ). Dazu sollten laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation im Sinne einer integrierten Verfahrensentwicklung Bewertungskriterien sowie Vorschläge für eine vertiefte qualitative Ursachenanalyse entwickelt werden. Die im Beteiligungsworkshop dargelegten Empfehlungen für das externe QS-Audit sollten aus Sicht der stellungnahmeberechtigten Organisation dahingehend weiterentwickelt werden (PatV). Es wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass äquivalent zum externen QS-Audit im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens bereits eine Ursachenanalyse vorgenommen werde, auf deren Grundlage Maßnahmen eingeleitet werden würden und dass die DeQS-RL ebenso das Ziel einer Qualitätsverbesserung verfolge. Insofern sei die Abgrenzung nicht nachvollziehbar und die Inhalte des externen QS-Audits könnten in das Stellungnahmeverfahren integriert werden (KCQ). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darüber hinaus angemerkt, dass sich die Prozessanalyse im externen QS-Audit nicht von dem empfohlenen Vorgehen zum Stellungnahmeverfahren für die Indikatorergebnisse der Patientenbefragung unterscheide (GKV-SV). Dagegen wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass gemäß Teil I

§ 17 DeQS-RL im Stellungnahmeverfahren weiterhin Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren und die dahinterliegenden Prozesse und Strukturen betrachtet werden sollen, das externe QS-Audit hingegen, gemäß Beauftragung, durch eine Sichtung von Behandlungs- und Entlassdokumentationen und eine Begehung darüber hinausgehen sollte (DKG). Entsprechend wurde von der stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass das Instrument des externen QS-Audits gut dazu geeignet sei, das Instrumentenportfolio der externen Qualitätssicherung zu erweitern (DKG).

IQTIG: In der Beauftragung zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* ist die Erarbeitung der Sicherstellung einer qualitativen und einrichtungsübergreifenden Beurteilung aller erhobenen Qualitätsindikatoren vorgesehen. Das IQTIG legt hierfür Konzepte vor (siehe Kapitel 6 im Abschlussbericht), wie mit Indikatorergebnissen aus der Patientenbefragung und aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Stellungnahmeverfahren nach den derzeitigen Regelungen in Teil I § 17 DeQS-RL umgegangen werden kann. Das IQTIG wurde parallel zum Projektzeitraum zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* mit der Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Beurteilung beauftragt (G-BA 2024). Aus Sicht des IQTIG ist es demnach nicht zielführend, ein neues Verfahren zur qualitativen Beurteilung für den Versorgungsbereich des Entlassmanagements zu entwickeln, wenn zeitgleich Empfehlungen zur grundsätzlichen Neuausrichtung des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL erarbeitet werden. Das IQTIG hat entsprechend mit dem externen QS-Audit ein neues, eigenständiges Instrument entwickelt, das sich von der qualitativen Beurteilung der Indikatorergebnisse nach Teil I § 17 DeQS-RL abgrenzt und als Alternative für die vormals vorgesehene fallbezogene QS-Dokumentation dienen kann. Auf Grundlage der Rückmeldungen im Beteiligungsverfahren hebt das IQTIG im Abschlussbericht hervor, dass im Rahmen der Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Beurteilung überlegt werden kann, inwieweit das Konzept bzw. Teile davon auch für eine qualitative Beurteilung und die Neuausrichtung des Stellungnahmeverfahrens genutzt werden können (siehe Abschnitt 5.8.4 im Abschlussbericht).

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden Vorschläge zur Einordnung des externen QS-Audits im Rahmen der DeQS-RL hervorgebracht. Von drei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde vorgeschlagen, das externe QS-Audit als Instrument der Maßnahmenstufe 1 vorzusehen, da sowohl die Maßnahmenstufe 1 als auch das externe QS-Audit die Zielsetzung der Qualitätsförderungen innehaben (LAG Saarland, LAG Mecklenburg-Vorpommern, LAG Bayern). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, die Dokumentenanalyse des externen QS-Audits als optionales und ergänzendes Modul für die qualitative Bewertung vorzusehen (GKV-SV).

IQTIG: Das IQTIG stimmt zu, dass sowohl die Maßnahmenstufe 1 nach Teil I § 17 DeQS-RL als auch das externe QS-Audit das Ziel der Qualitätsförderung verfolgen. Das externe QS-Audit wurde allerdings als ein eigenständiges Instrument entwickelt, das neben der

einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und der Patientenbefragung vor allem die ursprünglich auf Basis der fallbezogenen QS-Dokumentation zu betrachtenden Prozesse adressiert. Als eigenständiges Instrument, das nicht nachgelagert zu einer qualitativen Auffälligkeit eingesetzt wird, kann mit dem externen QS-Audit eine Qualitätsförderung des Entlassmanagements im Laufe mehrerer Jahre für fast alle Leistungserbringer erreicht werden. Im Sinne einer größtmöglichen Verbesserung der Patientenversorgung im Entlassmanagement können somit mehr Impulse gesetzt werden, als es nur mit der Konzentration auf Leistungserbringer mit auffälligen Indikatorergebnissen der Fall wäre. Anders als im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL wird im externen QS-Audit für jeden einbezogenen Leistungserbringer ein Maßnahmenplan formuliert, dessen Umsetzung nachverfolgt wird. Im aktuellen Stellungnahmeverfahren geschieht dies durch Maßnahmenvereinbarungen im Rahmen der Maßnahmen nach Stufe 1 jedoch nur für einen Teil der Leistungserbringer mit rechnerischen und qualitativ auffälligen Indikatorergebnissen. Das externe QS-Audit sollte damit im Sinne des Handlungsanschlusses nachhaltiger sein. Weiterhin bietet das externe QS-Audit in dem vom IQTIG empfohlenen Konzept neben der Qualitätsförderung die Möglichkeit, erfassungsjahrbezogen zusammen mit den Ergebnissen der indikatorbasierten Instrumente über die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse des Entlassmanagements aggregiert zu berichten. Durch die Konzeption als eigenständiges Instrument, das nicht abhängig von den Indikatorergebnissen ist, können valide Aussagen über den bundesweiten Stand des Entlassmanagements ermöglicht werden. Eine Verortung des externen QS-Audits nachgelagert zur qualitativen Beurteilung im Stellungnahmeverfahren würde diese Möglichkeit der Berichtserstattung verhindern.

Das IQTIG führt unter dem Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL (siehe Abschnitt 6.1 im Abschlussbericht) bereits an, dass es bspw. im Rahmen der Maßnahmenstufe 1 sinnvoll sein kann, bei einem auffälligen Indikatorergebnis über Begehungen und Begutachtungen vor Ort im Krankenhaus anhand zufällig gewählter Patientenakten zu analysieren, welche Prozesse und Strukturen zum Indikatorergebnis beitragen. Aus Sicht des IQTIG ist es demnach auch vorstellbar, dass die im externen QS-Audit konzipierte Dokumentenprüfung zu einer qualitativen Beurteilung der Indikatorergebnisse im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens beitragen kann. Dazu müsste diese allerdings hinsichtlich sowohl der zugrunde liegenden Fallstichprobe als auch der adressierten Strukturen und Prozessen umfangreicher ausgestaltet sein, als es für die Ableitung von Optimierungsmaßnahmen im externen QS-Audit notwendig ist. Das externe QS-Audit wurde konzipiert für die Qualitätsförderung, das Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL muss hinsichtlich der Qualitätsbewertung optimiert werden, zwei Zielrichtungen, die nach Einschätzung des IQTIG nur begrenzt im selben Instrument vereint werden können. Inwieweit die Dokumentenprüfung

in dieser Hinsicht modifiziert werden und zur qualitativen Bewertung von Indikatorergebnissen im Stellungnahmeverfahren beitragen kann, kann im Rahmen der Weiterentwicklung des Verfahrens zur qualitativen Beurteilung durchdacht werden.

In Bezug auf die sanktionsfreie Konzeption des externen QS-Audits kamen von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen unterschiedliche Anmerkungen. Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass vonseiten des IQTIG erläutert werden sollte, was unter dem Begriff „Sanktionen“ in diesem Kontext zu verstehen ist. Da aus Sicht dieser stellungnahmeberechtigten Organisation eine vollständige inhaltliche Abgrenzung von den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* nicht möglich ist, sollte geprüft werden, ob das externe QS-Audit ebenfalls Sanktionen nach sich ziehen könnte (KCQ). Im Rahmen der Diskussion wurde von dieser stellungnahmeberechtigten Organisation und einer weiteren angemerkt, dass Sanktionen nicht das primäre Ziel der DeQS-RL seien, sondern nur als allerletzte Eskalationsmaßnahme anzuwenden seien. In der Praxis komme es allerdings nur selten zu einer Umsetzung von Sanktionsmaßnahmen (KCQ, DKG). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die externe Qualitätssicherung mit der DeQS-RL vorsieht, dass bei Qualitätsdefiziten, anhaltenden Mängeln oder fehlender Kooperation verbindliche Maßnahmen festgelegt und durchgesetzt werden können und dies auch für ein qualitatives Verfahren gelte (GKV-SV). Die aus diesem Grund fehlende Abgrenzung zum internen Qualitätsmanagement wurde von dieser und einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation kritisiert (GKV-SV, PatV). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dagegen angemerkt, dass durch das externe QS-Audit eine Qualitätsförderung bewirkt werden könne, die ohne die Drohung von Sanktionen auskomme (DKG). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass für den Beschluss einer sanktionsbewährten Zielvereinbarung eine Genehmigung des jeweiligen Lenkungsgremiums erfolgen muss (LAG Bayern).

IQTIG: Das IQTIG weist in Bezug auf die angeführte Sanktionsfreiheit für das externe QS-Audit darauf hin, dass hierbei nicht wie im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß Teil I § 17 DeQS-RL Maßnahmen getroffen werden können, die in einem längeren Prozedere durch die jeweilige gesamte Fachkommission des zukünftigen QS-Verfahrens zu beschließen und anschließend durch das jeweilige Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft zu genehmigen sind. Stattdessen sollen direkt im Vor-Ort-Besuch mit Unterstützung des Expertenteams (drei Expertinnen bzw. Experten) Ziele und Vorschläge für Optimierungsmaßnahmen erarbeitet werden, die anschließend durch den Leistungserbringer weiter ausgearbeitet und intern abgestimmt werden sollen. Das externe QS-Audit ermöglicht somit einen unmittelbaren Handlungsanschluss. Das Instrument des externen QS-Audits ist durch das empfohlene Vorgehen aber nicht dazu geeignet, Maßnahmen der Maßnahmenstufe 2 (Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit) gemäß Teil I § 17 DeQS-RL rechtssicher zu begründen.

Hierbei liegen grundsätzlich verschiedene Zielrichtungen zugrunde: auf der einen Seite, ob, wie im externen QS-Audit, mittels eines kurzen Vor-Ort-Besuches mit der Prüfung weniger Behandlungs- und Entlassdokumentationen sowie einem Einblick in die Prozesse Ansätze für Optimierungsmaßnahmen gefunden werden sollen, und auf der anderen Seite, ob eine rechtssichere Mängelbewertung des Leistungserbringers vorgenommen werden soll. Die Anmerkung der stellungnahmeberechtigten Organisationen, dass es im Rahmen der DeQS-RL nur selten zu einer Anwendung solcher Maßnahmen komme, ist aus Sicht des IQTIG ein weiteres Argument dafür, im Rahmen dieses Instruments weiterhin die Empfehlung für eine Sanktionsfreiheit auszusprechen. Dennoch besteht die Möglichkeit, wenn im Vor-Ort-Besuch des externen QS-Audits gravierende Mängel der Patientensicherheit erkannt werden, gemäß § 137 Absatz 3 Satz 5 SGB V und § 15 MD-QK-RL eine Meldung an die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder vorzunehmen. Des Weiteren empfiehlt das IQTIG im externen QS-Audit u. a. auch eine Veröffentlichung vorzunehmen, ob vom Leistungserbringer ein Maßnahmenplan aufgestellt worden ist und inwieweit dieser ein Jahr nach dem Vor-Ort-Besuch umgesetzt worden ist (siehe Abschnitt 5.6 im Abschlussbericht). Die Darlegung zur Empfehlung der Sanktionsfreiheit im externen QS-Audit wurde im Abschlussbericht präzisiert (siehe Kapitel 5 im Abschlussbericht).

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass das externe QS-Audit sich nicht im Rahmen der DeQS-RL einordnen lasse bzw. die Grundprinzipien dieser Richtlinie verlassen würde (PatV, KCQ).

IQTIG: Mit dem externen QS-Audit wurde ein Konzept für ein neues Instrument für die datengestützte einrichtungsvergleichende Qualitätssicherung entwickelt. Sollte sich der G-BA für die Anwendung dieses Instruments entscheiden, müsste Teil I der DeQS-RL entsprechend erweitert werden.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Schwierigkeit zur Kommunikation des neuen Instrumentes hervorgehoben. Durch die verschiedenen Instrumente des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* sei der Zusammenhang zwischen diesen und die Abgrenzung zum Stellungnahmeverfahren und zu kollegialen Gesprächen gemäß Teil I § 17 DeQS-RL komplex und nur schwer für die Leistungserbringer zu unterscheiden (LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen). Außerdem sei es für die Kommunikation des externen QS-Audits sinnvoll, die Einsparung des Dokumentationsaufwandes für die Leistungserbringer aufgrund des Wegfalls der fallbezogenen QS-Dokumentation hervorzuheben (LAG Nordrhein-Westfalen).

IQTIG: Das IQTIG stimmt zu, dass für die Einführung eines neuen Instrumentes im Rahmen der externen Qualitätssicherung eine frühzeitige Kommunikation mit den betreffenden Leistungserbringern notwendig ist. Hierbei müssen vor allem, wie auch von den stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, die Unterschiede und Abgren-

zungen in der Zielsetzung und Durchführung zu den bestehenden, etablierten Instrumenten der DeQS-RL verdeutlicht werden. Diese Kommunikation sollte möglichst frühzeitig vor einem perspektivischen Regelbetrieb z. B. im Rahmen der Anwendertreffen erfolgen. Dabei sollten vor allem auch die Vorteile gegenüber einer fallbezogenen QS-Dokumentation für die Leistungserbringer hervorgehoben werden.

Von den stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Bezeichnung des Instruments als „externes QS-Audit“ kritisiert, da der Begriff „Audit“ suggeriere, dass es sich um ein Zertifizierungsprogramm handele. Es solle eine andere Bezeichnung für das Instrument gewählt werden, die sich stärker von Audit-Konzepten, aber auch von freiwilligen Peer-Review-Verfahren abgrenzt und die Zielsetzung des Instruments stärker repräsentiert (GKV-SV, DKG, KCQ, LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen).

IQTIG: Gemäß der Beauftragung soll ein sog. „qualitatives Bewertungsverfahren“ konzipiert werden, das sich aus Sicht des IQTIG sprachlich nicht ausreichend von dem weiteren Auftragsgegenstand zum „qualitativen Beurteilungsverfahren“ gemäß Teil I § 17 DeQS-RL abgrenzt. Entsprechend wurde eine Bezeichnung für das neue Instrument gewählt, die eine klare Abgrenzung zum Stellungnahmeverfahren erkennen lässt. Inhaltlich orientiert sich die Bezeichnung an den Begriffsbestimmungen der Bundesärztekammer zu Peer-Review-Verfahren und Audits oder Zertifizierungen (BÄK [2023]). Auch aus Sicht des IQTIG ist eine Abgrenzung des externen QS-Audits als verpflichtendes Instrument der externen Qualitätssicherung zu bestehenden, teils freiwilligen Verfahren notwendig, sodass die Bezeichnung „externes QS-Audit“ in einer Folgebeauftragung weiter modifiziert werden kann, falls dies vom G-BA nicht als hinreichend gegeben angesehen wird. Im Beteiligungsverfahren konnte hierfür allerdings keine alternative Bezeichnung herausgearbeitet werden.

4.1 Ableitung und Operationalisierung der Inhalte

Auf der einen Seite wurde die methodische Ausarbeitung der Leitfäden zur Prozess- und Dokumentenprüfung sowie die Ausgestaltung der Leitfäden als sich ergänzende Teilprüfungen zur systematischen Analyse der Strukturen und Prozesse des Entlassmanagements von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen als positiv bewertet (DNVF, GKV-SV, KCQ). Auf der anderen Seite wurde jedoch die inhaltliche Abgrenzung zu den anderen Erfassungsinstrumenten des QS-Verfahrens (Patientenbefragung und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisch gesehen, da eine inhaltliche Überschneidung der Qualitätsmerkmale und der zu analysierenden Strukturen und Prozesse zwischen den einzelnen Erfassungsinstrumenten unvermeidbar sei (GKV-SV, KCQ). Von einer dieser stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass zentrale Qualitätsanforderungen des Entlassmanagements, die den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zugrunde liegen, im externen QS-Audit künstlich ausgeblendet werden würden (KCQ).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die positiven Rückmeldungen zur inhaltlichen Ausarbeitung der Leitfäden zur Prozess- und Dokumentenprüfung. Das externe QS-Audit wurde als eigenständiges Instrument zur Qualitätsförderung entwickelt, das als zusätzliche Säule im QS-Verfahren *Entlassmanagement* neben der Patientenbefragung und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation die Prozesse des Entlassmanagements beim Leistungserbringer betrachten soll. Die Qualitätsaspekte mit ihren Qualitätsmerkmalen, die auch der inhaltlichen Ausarbeitung des externen QS-Audits zugrunde liegen, wurden gemäß den Vorarbeiten aus der Konzeptstudie und der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren (IQTIG 2019: Kapitel 4, IQTIG 2023b: Kapitel 5), den Erfassungsinstrumenten zugeordnet, mit denen sie am sinnvollsten zu erheben sind. Somit wurden lediglich die Qualitätsmerkmale für das externe QS-Audit ausgeschlossen, die am geeignetsten aus Patientensicht im Rahmen der Patientenbefragung (z. B. Durchführung eines abschließenden Gesprächs) oder, auf struktureller Ebene, auf Basis der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (z. B. Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess), zu beurteilen sind. Mit der Überführung der Inhalte aus den fallbezogenen Qualitätsindikatoren in die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation werden einige Qualitätsmerkmale, z. B. die Erstellung eines Medikationsplans, nur noch indirekt auf struktureller Ebene durch eine Verfahrensregelung (Qualitätsindikator: Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement) adressiert. Diese zentralen Teilprozesse des Entlassmanagements werden auch im Rahmen des externen QS-Audits einrichtungsbezogen und fallübergreifend hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzung begutachtet. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass Qualitätsmerkmale, die für das externe QS-Audit nicht als Inhalte definiert wurden, weiterhin durch die anderen Erfassungsinstrumente des QS-Verfahrens bewertet werden und potenziell in einem Stellungnahmeverfahren nachverfolgt werden können. Das IQTIG räumt ein, dass sich trotzdem Überschneidungen der Inhalte des externen QS-Audits zu der Prozessanalyse der Indikatorergebnisse der Patientenbefragung im Stellungnahmeverfahren ergeben können. Auch aus diesem Grund wird für das externe QS-Audit empfohlen, nur die Leistungserbringer zu betrachten, bei denen keine rechnerische Auffälligkeit vorlag und die somit nicht ins Stellungnahmeverfahren eingehen. Aus Sicht des IQTIG kann somit eine Doppelerhebung und -bewertung durch die verschiedenen Erfassungsinstrumente vermieden werden, die unnötige Aufwände erzeugt und möglicherweise zu unterschiedlichen Qualitätsaussagen führt. Das externe QS-Audit bietet aus Sicht des IQTIG somit die Möglichkeit, über die anderen Erfassungsinstrumente hinaus, zusätzliche Erkenntnisse zur Umsetzung des Entlassmanagements beim Leistungserbringer zu gewinnen und eine Qualitätsförderung bei weiteren Leistungserbringern anzustoßen.

Durch zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen wurden Rückfragen zur Operationalisierung der Qualitätsanforderungen zu verschiedenen thematischen Gruppen in den Leitfäden gestellt (DVSG, DNVF). Beispielsweise wurde auf Doppelungen zu den an-

deren Erfassungsinstrumenten hingewiesen sowie darauf, dass im Leitfaden der Prozessprüfung in der Gruppe des Entlassplans auch die chronologische Umsetzung der im Einzelfall notwendigen Handlungsschritte des Entlassmanagements überprüft werden sollte (DVSG).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die ausführlichen inhaltlichen Anmerkungen und hat die Leitfäden hinsichtlich ihrer Operationalisierung und möglicher Dopplungen zu den Fragebögen der Patientenbefragung erneut überprüft. Die Qualitätsmerkmale, die im externen QS-Audit als Inhalte definiert wurden, werden entsprechend den Gründen in der letztgenannten Würdigung nicht durch die anderen Erfassungsinstrumente adressiert. Bezogen auf das Beispiel zur Frage der chronologischen Umsetzung der im Einzelfall notwendigen Handlungsschritte des Entlassmanagements gemäß Entlassplan weist das IQTIG darauf hin, dass diese Anforderung bereits in der Prozess- und Dokumentenprüfung enthalten ist: In beiden Teilprüfungen wird betrachtet, ob und wie der patientenindividuelle Entlassplan von den am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen fortlaufend aktualisiert wird. Darüber hinaus ist bei vulnerablen Patientinnen und Patienten auch die Angemessenheit der Unterstützung zur Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung zu betrachten (siehe Anhang C.2 und C.4).

Bezüglich des Leitfadens zur Dokumentenprüfung wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass die sozialmedizinische Nachsorge als Maßnahme in die Gruppe zur „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten“ aufgenommen werden sollte (Bündnis KJG). Insgesamt wurde für die Ausgestaltung der Leitfäden darauf hingewiesen, dass die Begriffe „angemessen“ und „adäquat“ eindeutiger definiert werden sollten (DVSG).

IQTIG: Die sozialmedizinische Nachsorge als Maßnahme zur Anschlussversorgung wird bereits durch die Patientenbefragung im Fragebogen zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus (siehe Fragebogen) adressiert und aufgrund der Ausrichtung als ergänzendes und inhaltlich überschneidungsfreies Instrument nicht weiter im externen QS-Audit aufgenommen. Die Formulierungen „adäquat“ und „angemessen“, die im Rahmen der Items der Dokumentenprüfung verwendet werden, zielen darauf ab, ob die dahinterliegenden evidenzbasierten Mindestanforderungen erfüllt worden sind. Auf der vierstufigen Antwortskala der Dokumentenprüfung kann eine differenzierte Einschätzung durch die Expertinnen und Experten erfolgen, ob alle, die Mehrheit, eine Minderheit oder keine der Qualitätsanforderungen gemäß den Erläuterungen zu den Items (siehe Anhang C.3) erfüllt worden sind. Eine vollständige adäquate bzw. angemessene Umsetzung liegt dann vor, wenn alle Qualitätsanforderungen erfüllt sind. In der Prozessprüfung ist ein Prozess dann „angemessen“ ausgestaltet, wenn der Leistungserbringer darstellen und begründen kann, dass die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen und Fristen sowie die Berücksichtigung

der relevanten Inhalte des Prozesses zum Entlassmanagement vollumfänglich sichergestellt sind. Dies entspricht dann der Antwortkategorie „trifft voll zu“ auf der sechsstufigen Antwortskala. Die Evidenz gibt keine Mindestanforderungen für die angemessene Umsetzung eines Prozesses vor, sodass die Einschätzung anhand der Gesprächssituation mit dem Leistungserbringer, unter Einbezug der fachlichen Expertise und im Konsens des Expertenteams erfolgen muss. Eine ausführliche Darstellung der Dokumenten- und Prozessprüfung und des Vorgehens hierfür findet sich im Abschlussbericht in den Abschnitten 5.3.1.1 und 5.3.1.2.

4.2 Nachbesprechung und Entwicklung des Maßnahmenplans

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die Nachbesprechung als gute Methode für einen Austausch auf Augenhöhe und Formulierung von zielführenden Maßnahmen hervorgehoben, da ähnliche Erfahrungen bereits im Rahmen von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst bekannt seien (LAG Bayern). In Bezug auf die Übertragbarkeit von Best-Practice-Beispielen wurde darauf hingewiesen, dass diese nicht universell für alle Krankenhäuser anwendbar seien, da die Versorgungslandschaft und interne Organisation in den Krankenhäusern zu heterogen seien. Somit sei es wichtig, zunächst Best-Practice-Beispiele aus verschiedenen Krankenhäusern zu sammeln (DNVF). Bezüglich der Erarbeitung eines Maßnahmenplans in der Nachbesprechung wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass eine Formulierung detaillierter Maßnahmen in der verfügbaren Zeit der Nachbesprechung nicht möglich sei und dass lediglich Ziele für das Entlassmanagement durch den Leistungserbringer formuliert werden könnten (DVSG, DKG). Daher wurde das IQTIG darum gebeten, weiter zu erläutern, wie detailliert in der Nachbesprechung auf die Maßnahmen eingegangen werden soll (KCQ). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass ein größerer Zeitraum für die nachträgliche interne Abstimmung des Maßnahmenplans bei den Leistungserbringern angesetzt werden sollte. Beispielsweise hätten die Krankenhäuser im Rahmen von Zertifizierungsprogrammen zwei Monate Zeit, um die Maßnahmenpläne nachträglich zu überarbeiten (DVSG). Weiterhin wurde die Notwendigkeit hervorgehoben, auch die heterogenen Voraussetzungen für die Umsetzbarkeit von Maßnahmen zu berücksichtigen, da diese einen maßgeblichen Einfluss auf die Implementierung von Optimierungsmaßnahmen beim Leistungserbringer hätten (DNVF, LAG Nordrhein-Westfalen).

IQTIG: Auch aus Sicht des IQTIG kann es keine universelle Best-Practice-Lösung für die Umsetzung des Entlassmanagements für alle Krankenhäuser geben. Daher ist es durchaus sinnvoll, in den ersten Jahren der Umsetzung des externen QS-Audits im Regelbetrieb Best-Practice-Beispiele aus verschiedenen Versorgungsstrukturen zu sammeln. Die Aufgabe der Expertenteams muss es sein, einen Transfer von Best-Practice-Beispielen auf die vorliegenden Strukturen der besuchten Einrichtung vorzunehmen, so-

dass sich z. B. Teilprozesse, die sich in einem anderen Krankenhaus für das Entlassmanagement bewährt haben, für das besuchte Krankenhaus vorschlagen lassen. Das IQTIG stimmt der Einschätzung zu, dass es im Rahmen der Nachbesprechung nicht möglich sein wird, umfassende Maßnahmenpläne zu definieren. Das Ziel der Nachbesprechung soll vielmehr darin liegen, den Leistungserbringer zur Reflexion der vorliegenden Stärken und Schwächen anzuregen, sodass dieser erste Vorschläge für mögliche Ziele und Optimierungsmaßnahmen in einem Entwurf eines Maßnahmenplans formulieren kann. In dem Zuge nimmt das IQTIG auch die Empfehlung an, dass die Zeit für die Nachbereitung und interne Abstimmung des Maßnahmenplans beim Leistungserbringer verlängert werden muss. Das IQTIG hat eine entsprechende Änderung des Zeitraums auf acht Wochen im Abschlussbericht vorgenommen (siehe Abschnitt 5.3.3.2). Für die Formulierung von Optimierungsmaßnahmen und Zielen sollten sich Leistungserbringer möglichst an den SMART-Kriterien orientieren und somit realistische Ziele und damit verbundene einschränkende Rahmenbedingungen am Krankenhausstandort benennen, die für die Implementierung der Maßnahmen berücksichtigt werden sollten. Einschränkende Rahmenbedingungen können z. B. Ressourcenengpässe oder laufende Umstrukturierungen sein. In der Vorlage zur Erstellung des Maßnahmenplans (siehe Anhang C.7) sollen einschränkende Rahmenbedingungen explizit festgehalten werden.

4.3 Entwicklung eines Stichprobenkonzeptes

4.3.1 Stichprobenziehung auf Standortebene

In Bezug auf das vom IQTIG empfohlene Stichprobenkonzept für die Auswahl der Standorte im externen QS-Audit wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass das Vorgehen nachvollziehbar und von Bedeutung sei (DNVF, DKG). Damit könne auf alle Leistungserbringer entlang der gesamten Qualitätsverteilung förderlich eingewirkt werden, anstatt nur auffällige Einrichtungen zu betrachten (DKG). Von anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde dagegen Kritik am empfohlenen Vorgehen geübt. Um die Qualitätsförderung weiter voranzutreiben, sollte sich das externe QS-Audit auf Leistungserbringer beziehen, bei denen konkrete Hinweise für Verbesserungspotenziale durch die Auffälligkeit in den Qualitätsindikatoren der anderen Instrumente des QS-Verfahrens bestehen (GKV-SV, KCQ, PatV). Die ausschließlich zufallsbezogene Auswahl von Standorten für das externe QS-Audit wird von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisch gesehen (GKV-SV, PatV).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die positiven Rückmeldungen zum Stichprobenkonzept zur Auswahl der Standorte im externen QS-Audit. Aus Sicht des IQTIG ist die Annahme, dass man auf Grundlage von Auffälligkeiten in den Indikatorergebnissen Standorte mit einem höheren Verbesserungspotenzial für das externe QS-Audit auswählen könne, fraglich. Das externe QS-Audit könnte sich unter Voraussetzung des Erfassungsjahrbezugs nur auf eine Auffälligkeit aus den anderen Erfassungsinstrumenten bezie-

hen, die bis zur Durchführung des externen QS-Audits bereits zwei Jahre alt ist. Weiterhin ist es aus Sicht des IQTIG nicht zielführend, ein externes QS-Audit bei Leistungserbringern durchzuführen, die im Vorjahr bereits im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL einbezogen wurden und für die Maßnahmen festgelegt wurden, die sich in das Erfassungsjahr des externen QS-Audits erstrecken können. Bei diesen Leistungserbringern ist davon auszugehen, dass sich die Strukturen- und Prozesse des Entlassmanagements zu diesem Zeitpunkt noch in einem Veränderungsprozess befinden. Ein externes QS-Audit wäre aus Sicht des IQTIG zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoller, wenn keine Auffälligkeit in den Indikatorergebnissen mehr vorherrscht.

Neben der Annahme eines erhöhten Verbesserungspotenzials bei einer anlassbezogenen Auswahl von Leistungserbringern für das externe QS-Audit wurde der Ressourceneinsatz in Bezug auf die Auswahl der Leistungserbringer kritisch hinterfragt. Hierbei ist es laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation nicht nachvollziehbar, warum bei dem externen QS-Audit ein größerer Ressourceneinsatz für die betroffenen Einrichtungen und durchführenden Institutionen erfolge als im Stellungnahmeverfahren, das bei auffälligen Einrichtungen durchgeführt wird (KCQ). Auch von zwei weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass aus Ressourcengründen eine anlassbezogene Stichprobe zu bevorzugen wäre, da so ein Zusammenspiel des externen QS-Audits mit den anderen Instrumenten des QS-Verfahrens ermöglicht werden würde (LAG Mecklenburg-Vorpommern, LAG Saarland).

IQTIG: In Bezug auf den unterschiedlichen Ressourceneinsatz im externen QS-Audit und den derzeitigen Empfehlungen und Regelungen zum Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL weist das IQTIG darauf hin, dass dem externen QS-Audit höhere Aufwände immanent sind, da es nicht wie das Stellungnahmeverfahren einer Auffälligkeit in den Strukturen und Prozessen nachgeht, die zu einem auffälligen Indikatorergebnis geführt hat, sondern eine integrative qualitative Betrachtung der Versorgungsqualität des Entlassmanagements und somit eine umfassendere Betrachtung vornimmt. Diese Betrachtungsweise ist nach dem derzeit gültigen Teil I § 17 DeQS-RL gegenwärtig nicht vorgesehen.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde es präferiert, nur die Dokumentenprüfung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens umzusetzen. Dazu wurden von der Organisation Vorschläge eingebracht, wann diese angemessen sein könnte. Dies sei bspw. sinnvoll, wenn die Indikatorergebnisse der Patientenbefragung und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation unterschiedliche Ergebnisse aufweisen, ein schriftliches Stellungnahmeverfahren keinen Aufschluss über die Ursachen der Indikatorergebnisse gibt oder andere Umstände eine vertiefte Analyse mittels Patientenakten angezeigt erscheinen lassen. Andere Umstände wären bspw., wenn sich die Ergebnisse knapp im Referenzbereich befinden oder schwankend sind. Besonders gute Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren könnten dabei Anlass geben, Einrichtungen für die Identifizierung von Best-Practice-Beispielen auszuwählen (GKV-SV).

IQTIG: Die alternativ vorgeschlagenen Gründe, die zu einem Einbezug von Leistungserbringern in eine Dokumentenprüfung führen könnten, werden überwiegend bereits durch das Stellungnahmeverfahren adressiert. Insofern die Indikatorergebnisse der Patientenbefragung und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation unterschiedliche Ergebnisse aufweisen, bedeutet dies, dass mindestens ein Indikatorergebnis auffällig sein muss, sodass ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden muss. Wie bereits angeführt, weist das IQTIG unter dem Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL (siehe Abschnitt 6.1 im Abschlussbericht) darauf hin, dass es im Rahmen der Maßnahmenstufe 1 sinnvoll sein kann, bei einem auffälligen Indikatorergebnis z. B. über Begehungen und Begutachtungen vor Ort und anhand zufällig gewählter Patientenakten / Entlassdokumentationen zu analysieren, welche Prozesse und Strukturen zum Indikatorergebnis beitragen. Durch die vom IQTIG empfohlene Auswahl von Standorten für das externe QS-Audit werden auch gerade die von der stellungnahmeberechtigten Organisation angeführten anderen Umstände berücksichtigt, z. B. wenn sich die Leistungserbringer knapp im Referenzbereich befinden oder besonders gute Ergebnisse erreicht haben. Durch den Verzicht auf eine Auswahl von Standorten auf Grundlage solcher spezifischen Kriterien wird die Festlegung einer fixen Stichprobengröße pro Erfassungsjahr ermöglicht, die eine gleichmäßige Auslastung auf Landesebene und eine bestmögliche Umsetzbarkeit des externen QS-Audits für die Landesarbeitsgemeinschaften gewährleistet.

In Bezug auf die vom IQTIG empfohlene Stichprobengröße von 10 % der Standorte pro Erfassungsjahr wurden von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen unterschiedliche Punkte angemerkt. So sei aus Sicht einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Stichprobengröße zu klein, um das Ziel einer übergreifenden Qualitätsförderung des Entlassmanagements angesichts der gegenwärtigen Dynamik in der deutschen Krankenhauslandschaft zu erreichen (DNVF). Im Gegensatz wurde von zwei anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen darauf hingewiesen, dass die empfohlene Stichprobengröße mit den derzeitigen vorhandenen Ressourcen bei den Landesarbeitsgemeinschaften nicht umzusetzen sei, und stattdessen vorgeschlagen, die Stichprobengröße auf 5 % der Standorte festzulegen. Damit würde sich die Anzahl der Vor-Ort-Besuche an der Stichprobenziehung gemäß § 9 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL) orientieren, die von den Landesarbeitsgemeinschaften bereits bewältigt wurden (LAG Saarland, LAG Mecklenburg-Vorpommern).

IQTIG: Bezogen auf die Anmerkungen zur Stichprobengröße von 10 % der Krankenhausstandorte teilt das IQTIG die Einschätzung, dass die daraus resultierende Anzahl an externen QS-Audits nur mit einem Ressourcenaufbau auf Landesebene bewältigt werden kann. Dennoch wird eine Stichprobengröße von 5 % als zu klein angesehen, um eine Teilnahme für alle Standorte des QS-Verfahrens über einen angemessenen Zeitraum zu

ermöglichen und bundesweit relevante Verbesserungen im Entlassmanagement durch das externe QS-Audit erreichen zu können. Bei einer Stichprobengröße von 5 % verlängert sich der Zeitraum, in dem im Regelfall alle Standorte des QS-Verfahrens einmal in das Audit einbezogen werden könnten, auf 20 Jahre. Aus Sicht des IQTIG ist es demnach nicht angemessen, die Voraussetzungen für die Durchführung von externen QS-Audits zu schaffen (u. a. Aufwände zur Bildung und Schulung von Expertenteams sowie zur Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesarbeitsgemeinschaften) wenn diesem Aufwand, durch die geringe Anzahl der durchgeführten externen QS-Audits, nicht ein ausreichender Nutzen für die bundesweite Versorgung im Entlassmanagement gegenübersteht. Das IQTIG weist auch in Bezug auf die empfohlene Stichprobengröße von 10 % darauf hin, dass dies lediglich eine Mindestgröße darstellt, die einen 10-jährigen Turnus ermöglicht.

Das IQTIG empfiehlt, das externe QS-Audit nur bei den Krankenhausstandorten durchzuführen, bei denen im Jahr vor der Durchführung keine rechnerische Auffälligkeit in den Indikatorergebnissen der anderen Instrumente festgestellt wurde. In Bezug darauf wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass der Nutzen des externen QS-Audits hinfällig wäre, wenn viele Leistungserbringer in den Indikatoren auffällig würden, da folglich die Grundgesamtheit für das externe QS-Audit sehr klein wäre (GKV-SV). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass in der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* eine erhebliche Anzahl von Einrichtungen auffällige Indikatorergebnisse aufgewiesen haben und dies auch im QS-Verfahren *Entlassmanagement* geschehen könnte. Dies sei auch für die Indikatoren der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation realistisch, sodass fraglich sei, wie viele Einrichtungen für die Stichprobenziehung im externen QS-Audit übrigblieben (KCQ).

IQTIG: Das IQTIG weist in Bezug die Stichprobenziehung darauf hin, dass sich die Anzahl der für ein Erfassungsjahr einzubeziehenden Standorte für das externe QS-Audit immer auf die Anzahl der Krankenhausstandorte aus dem Vorjahr der Durchführung der externen QS-Audits bezieht. Standorte, die bereits an einem externen QS-Audit teilgenommen haben, werden in den Folgejahren (in Abhängigkeit der Stichprobengröße) nicht mehr besucht. Die Herausnahme von Krankenhausstandorten aus dem Stichprobenpool, bei denen im Vorjahr der Durchführung eine rechnerische Auffälligkeit in den Indikatorergebnissen der anderen Instrumente festgestellt wurde, erfolgt erst im Anschluss an die Bestimmung der Anzahl der durchzuführenden externen QS-Audits für ein Erfassungsjahr. Auf Grundlage der empfohlenen Stichprobengröße von 10 % geht das IQTIG derzeit davon aus, dass die Anzahl der verbleibenden Einrichtungen im Stichprobenpool ausreichend ist, um bundesweit ca. 180 externe QS-Audits pro Erfassungsjahr durchzuführen. In der Erprobungsphase der indikatorbasierten Instrumente muss geprüft wer-

den, in welchem Umfang sich ein Ausschluss von Standorten mit rechnerischen Auffälligkeiten in den Indikatoren auf die Standort-Grundgesamtheit des externen QS-Audits auswirkt.

In Bezug auf die Empfehlung des IQTIG, Krankenhausstandorte mit weniger als 50 QS-pflichtigen Fällen im Jahr vor der Durchführung des externen QS-Audits aus dem Stichprobenpool für das Erfassungsjahr herauszunehmen, wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen darauf hingewiesen, dass besonders bei kleinen Krankenhäusern unzureichende Ressourcen für ein gutes Entlassmanagement vorhanden seien. Mit dem Ausschluss dieser Krankenhäuser und der Konzentration auf größere Krankenhäuser wäre somit die Chance zur Identifizierung von Verbesserungspotenzialen durch das externe QS-Audit gering (LAG Bayern, KCQ). Verstärkend kommt laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation hinzu, dass es durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) eine Umleitung von Patientenströmen gebe und der Fokus auf den kleineren Krankenhäusern liege (LAG Bayern). Somit ist es laut dieser und einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation zu empfehlen, prospektiv keine starren Grenzen sowie Annahmen für die Stichprobenziehung im externen QS-Audit festzulegen bzw. zu treffen (LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen).

IQTIG: Das IQTIG empfiehlt, das externe QS-Audit nur bei solchen Standorten durchzuführen, die im Vorjahr eine Mindestfallzahl von 50 Entlassfällen gemäß QS-Filter aufweisen, aus zwei Gründen. Zum einen wird somit sichergestellt, dass bereits im Verlauf des ersten Quartals ausreichend QS-pflichtige Fälle aus dem laufenden Erfassungsjahr für die Dokumentenprüfung zur Verfügung stehen (siehe auch Abschnitt 5.4.2 im Abschlussbericht). Zum anderen werden angesichts der durch die Ressourcen der Landesarbeitsgemeinschaften begrenzten Stichprobengröße mehr Patientinnen und Patienten von Verbesserungen des Entlassmanagements profitieren, wenn sich die externen QS-Audits auf Standorte mit einer mittleren und großen Anzahl an Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement fokussieren. Bei Nicht-Berücksichtigung dieses Kriteriums würde sich die Standort-Grundgesamtheit schätzungsweise um ca. 600 Standorte auf 2.375 Standorte erhöhen. Das IQTIG führt unter der Würdigung zu den Anmerkungen zur Stichprobengröße bereits an, dass eine Stichprobengröße von 10 % eine Mindestgröße darstellt, um einen 10-jährigen Turnus einzuhalten und somit eine Teilnahme für alle Standorte des QS-Verfahrens über einen angemessenen Zeitraum zu ermöglichen und bundesweit relevante Verbesserungen im Entlassmanagement durch das externe QS-Audit erreichen zu können. Der Einbezug von allen Krankenhausstandorten, unabhängig von der Fallzahl QS-pflichtiger Fälle, würde aus Sicht des IQTIG zwangsläufig bedeuten, dass bei der Gegebenheit eingeschränkter Ressourcen die Stichprobengröße pro Erfassungsjahr reduziert werden müsste. Für den Start des externen QS-Audits in einem Regelbetrieb empfiehlt das IQTIG demnach, für eine Fokussierung dieses Instruments das Ausschlusskriterium beizubehalten. Hierbei ist anzunehmen, dass es nicht zu einem systematischen Ausschluss von

Grundversorgern aus dem externen QS-Audit kommen wird, da diese in der Regel auch geriatrische Patientinnen und Patienten betreuen, die auf Grundlage des QS-Filters für das externe QS-Audit einbezogen werden. Es ist hingegen wahrscheinlicher, dass bestimmte spezialisierte Fachkliniken bzw. Standorte (z. B. Augenkliniken, HNO-Kliniken, Hautkliniken) die Mindestfallzahl von 50 QS-pflichtigen Fällen nicht erreichen und somit aus der Stichprobe für das externe QS-Audit herausfallen. In der Erprobungsphase des externen QS-Audits müssen diese Auswirkungen geprüft werden. Das IQTIG weist darauf hin, dass Krankenhäuser mit einer geringen Fallzahl im QS-Verfahren weiterhin durch die anderen Instrumente betrachtet werden.

Bezogen auf das Ausschlusskriterium des Nicht-Vorliegens einer Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass gerade die Krankenhäuser, die keine Verfahrensregelung vorlegen können, im externen QS-Audit geprüft werden sollten, da dort die Grundvoraussetzungen des Entlassmanagements fehlen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage aufgeworfen, ob eine fehlende Übermittlung der Verfahrensregelung einer Verweigerung des externen QS-Audits entspreche (DMSG).

IQTIG: Das IQTIG teilt die Einschätzung, dass das Vorliegen einer Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement eine Grundvoraussetzung für ein funktionierendes Entlassmanagement darstellt. Gerade aus diesem Grund wird aus Aufwand-Nutzen-Gründen empfohlen, diejenigen Standorte aus dem externen QS-Audit wieder auszuschließen, die ihre Verfahrensregelung zum Entlassmanagement nicht im Vorfeld des Vor-Ort-Besuches an die Landesarbeitsgemeinschaften übermitteln. In diesem Fall wird eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung des Fehlens der Verfahrensregelung empfohlen. Für das externe QS-Audit ist es aus Sicht des IQTIG maßgeblich, dass Leistungserbringer grundlegende Regelungen für die Prozesse des Entlassmanagements vorliegen haben, um diese beurteilen, diskutieren und schließlich fördern zu können. Der Versand der Verfahrensregelung im Vorfeld des Vor-Ort-Besuchs dient weiterhin der inhaltlichen Vorbereitung des Expertenteams auf die Prozessgestaltung beim jeweiligen Leistungserbringer. Das Vorliegen einer Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassmanagement ist auch im Rahmen eines Indikators der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im QS-Verfahren gefordert. Sofern Leistungserbringer eine solche Verfahrensregelung im Zusammenhang mit der Durchführung des externen QS-Audits nicht vorlegen können, muss der Ursache hierfür im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL nachgegangen werden. Das IQTIG legt hierfür Empfehlungen für den Umgang mit den Ergebnissen der Indikatoren aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Stellungnahmeverfahren vor (siehe Abschnitt 6.2 im Abschlussbericht).

4.3.2 Stichprobenziehung auf Fallebene

Das IQTIG empfiehlt den Ausschluss von Krankenhausstandorten mit weniger als 50 QS-pflichtigen Fällen im Jahr vor der Durchführung des externen QS-Audits auch deshalb, um den Landesarbeitsgemeinschaften die Möglichkeit zu geben, bei Krankenhäusern mit wenigen Entlassfällen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement auch bereits vor Beginn der ressourcen-kritischen Zeiträume (Mai-Oktober) das externe QS-Audit durchzuführen. Somit ist gewährleistet, dass bis zur Durchführung des externen QS-Audits genügend Entlassfälle gemäß QS-Filter für die Dokumentenprüfung im externen QS-Audit zur Verfügung stehen. Diesbezüglich wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass selbiges gewährleistet wäre, wenn man sich auf die letzten zehn abgeschlossenen Fälle bezöge und unabhängig vom Entlassungsdatum der Fälle so lange zurückgehen würde, bis die angestrebte Fallzahl an abgeschlossenen Fällen für die Dokumentenprüfung erreicht wäre. Anderenfalls würden durch die Mindestfallzahl an 50 QS-pflichtigen Fällen die kleineren Krankenhäuser systematisch ausgeschlossen, was aus Sicht der stellungnahmeberechtigten Organisation nicht gerechtfertigt wäre (GKV-SV).

IQTIG: Das externe QS-Audit wurde als ergänzendes Instrument zu den indikatorbasierten Instrumenten des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* entwickelt. Die Ergebnisse des externen QS-Audits lassen sich bezogen auf ein Erfassungsjahr entsprechend zusammen mit den Ergebnissen der indikatorbasierten Instrumente an den teilnehmenden Leistungserbringer zurückmelden sowie aggregiert in der Bundesauswertung und im Bundesqualitätsbericht berichten. Ein erfassungsjahrübergreifender Einbezug von Entlassfällen für die Dokumentenprüfung würde dieser Ausrichtung und dem empfohlenen Berichts- und Rückmeldewesen widersprechen. Der Vorschlag der stellungnahmeberechtigten Organisation, sich in der Dokumentenprüfung auf die letzten zehn abgeschlossenen Fälle zu beziehen, ist aus Sicht des IQTIG aus den folgenden Gründen nicht zu empfehlen: Durch den Einbezug von Behandlungs- und Entlassdokumentationen von abgeschlossenen zufällig ausgewählten Fällen soll eine hohe aktuelle Aussagekraft der Dokumente sichergestellt werden, da die zu betrachtenden Fälle dem Leistungserbringer im Vorfeld nicht bekannt sind. Sofern man sich hierbei auf die letzten zehn abgeschlossenen Fälle beziehen würde, ist es für den Leistungserbringer nach Kenntnis des Datums des Vor-Ort-Besuches abzusehen, welche Fälle in die Dokumentenprüfung eingehen. Darüber hinaus ergibt sich mit dem Bezug auf die letzten zehn abgeschlossenen Fälle gemäß QS-Filter die Gefahr, dass ausschließlich Fälle einer Fachabteilung einbezogen werden, da die Entlassung und der Fallabschluss ggf. in Blöcken nach durchgeführten Prozeduren erfolgen. Das IQTIG empfiehlt somit, für die Dokumentenprüfung die zufällige Auswahl von abgeschlossenen Fällen des QS-Filters aus dem jeweiligen Erfassungsjahr beizubehalten. Diese Empfehlung schließt dabei an die

zuvor aufgeführte Empfehlung des IQTIG an, für den Start des externen QS-Audits in einem Regelbetrieb das Ausschlusskriterium für Krankenhausstandorte mit weniger als 50 Entlassfällen gemäß QS-Filter im Vorjahr ebenfalls beizubehalten.

Bezogen auf die Stichprobenziehung auf Fallebene wird von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen angeregt, zusätzlich zu den Einschlusskriterien des QS-Filters der Patientenbefragung auch die Fachabteilung zu berücksichtigen, in denen die Fälle behandelt worden sind. Aus der Praxis seien deutliche Unterschiede zwischen den Fachabteilungen bezogen auf die Umsetzung des Entlassmanagements erkennbar, so dass eine Berücksichtigung der Fachabteilungen zu belastbareren Ergebnissen beitragen könnte (LAG Saarland, LAG Mecklenburg-Vorpommern).

IQTIG: Das IQTIG stimmt zu, dass das Entlassmanagement als Querschnittsthema fachabteilungsübergreifend betrachtet werden sollte. Die Auswahl der Fälle für das externe QS-Audit muss sich hierbei allerdings auf die ausgelösten Fälle des QS-Filters der Patientenbefragung im jeweiligen Erfassungsjahr beschränken. Eine Eingrenzung auf bestimmte Fachabteilungen erfolgt dabei im QS-Filter der Patientenbefragung nicht. Wenn eine solche zusätzliche Eingrenzung vorgenommen werden sollte, müsste eine zusätzliche QS-Software für das Instrument des externen QS-Audits eingesetzt werden. Dies sollte aus Sicht des IQTIG aus Aufwandsgründen und aufgrund der Vergleichbarkeit zwischen den Ergebnissen der Instrumente des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* vermieden werden. Das IQTIG geht davon von aus, dass durch das empfohlene Vorgehen zur Stichprobenziehung auf Fallebene Entlass- und Behandlungsdokumentationen von Fällen einbezogen werden, die auf verschiedenen Fachabteilungen im jeweiligen Krankenhausstandort behandelt worden sind, sodass fachabteilungsbezogene Unterschiede in der Umsetzung in Teilen identifiziert werden können. Für eine fachabteilungsbezogene Betrachtung des Entlassmanagements reichen aber, insbesondere bei größeren Krankenhäusern, die kurze Prozessprüfung und die Dokumentenprüfung von insgesamt nur 10 Fällen nicht aus. Das Ziel des externen QS-Audits ist es, für den Standort Optimierungsmaßnahmen abzuleiten, wobei Impulse aus und für viele Fachabteilungen einbezogen werden können.

4.4 Berichts- und Rückmeldewesen (aggregierte Veröffentlichung)

Bezüglich des Berichts- und Rückmeldewesens wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation befürwortet, dass das externe QS-Audit die aktuelle Versorgungssituation erheben und einen schnellen Handlungsanschluss gewährleisten könne (DKG). Darüber hinaus wurde auch der Ansatz begrüßt, dass Best-Practice-Beispiele durch die Expertinnen und Experten in die Breite der Versorgung getragen werden und dass eine systematische Erfassung von Stärken und Schwächen sowie eine Nachverfolgung der Schwächen anhand der Abfrage zur Umsetzung der Maßnahmenpläne vorgesehen ist (GKV-SV). Es wurde jedoch auch kritisiert, dass nicht klar sei, wie die Ergebnisse des

externen QS-Audits mit den Ergebnissen aus der Patientenbefragung und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation in Zusammenhang gebracht und bewertet werden könnten (DNQP). Laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation war außerdem nicht nachvollziehbar, welche Vorteile sich über die zusätzliche Berichtserstattung der Ergebnisse des externen QS-Audits im Rückmeldebericht, zusätzlich zum Ergebnisbericht, ergeben (KCQ).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die positiven Rückmeldungen zum empfohlenen Berichts- und Rückmeldewesen. Das IQTIG empfiehlt, das externe QS-Audit als ein eigenständiges Instrument parallel neben der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und der Patientenbefragung in einem Erfassungsjahr durchzuführen. Nach Abschluss eines Erfassungsjahres sollen die Leistungserbringer gemäß Teil I § 18 DeQS-RL Rückmeldeberichte zu den von ihnen übermittelten Daten und den Ergebnissen der Patientenbefragungen erhalten. In diesen Rückmeldeberichten sollen, insofern der Leistungserbringer in diesem Erfassungsjahr am externen QS-Audit teilgenommen hat, auch die quantitativen Ergebnisse des externen QS-Audits enthalten sein. Somit erhält der Leistungserbringer einen Bericht, der all seine Ergebnisse zum QS-Verfahren *Entlassmanagement* erhält und somit eine eigenständige Bewertung durch den Leistungserbringer bezogen auf alle relevanten Qualitätsaspekte des Entlassmanagements ermöglicht. Über den Ergebnisbericht des externen QS-Audits hinaus ermöglicht der Rückmeldebericht eine Gegenüberstellung zu den aggregierten Ergebnissen auf Bundesebene. Die Gegenüberstellung dient den Leistungserbringern zur Einordnung ihrer eigenen Ergebnisse zu den bundesweit teilnehmenden Leistungserbringern.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der Einbezug der ambulanten Leistungserbringer im externen QS-Audit maßgeblich sei, weil ein gelungenes Entlassmanagement auch von den Leistungserbringern in der Anschlussversorgung abhängig sei, die im externen QS-Audit nicht einbezogen werden würden (PatV).

IQTIG: Das IQTIG stimmt zu, dass ein Einbezug der ambulanten Leistungserbringer im QS-Verfahren zielführend dafür wäre, insbesondere die Kommunikationsprozesse sowie die Informationsweitergabe zwischen den Krankenhäusern und den nachsorgenden Leistungserbringern zu erfassen. In der Konzeptstudie wurden dazu die Möglichkeiten für eine Datenerfassung bei den nachsorgenden Leistungserbringern geprüft. Vor dem Hintergrund einer realistischen Aufwand-Nutzen-Abwägung kam das IQTIG zu der Empfehlung, dass eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern kaum möglich ist (IQTIG 2019). Diese Einschätzung hat auch gegenwärtig Bestand. Dennoch können mit dem externen QS-Audit, das auch die Evaluation des stationären Leistungserbringers mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern in die Betrachtung nimmt, Schwachstellen in der Überleitung der Patientinnen und Patienten in den ambulanten Bereich aufgedeckt werden. Durch die Berichterstattung der Ergebnisse im

Bundesqualitätsbericht kann eine valide Aussage auf Bundesebene zum Versorgungsgeschehen im Entlassmanagement getätigt werden. Insbesondere durch die qualitativen Ergebnisse können Erkenntnisse für die Gesamtversorgung gewonnen werden, z. B. welche einschränkenden Rahmenbedingungen bei den Leistungserbringern zur Umsetzung des Entlassmanagements vorliegen.

Bezüglich der empfohlenen aggregierten Veröffentlichung der qualitativen Ergebnisse auf Bundesebene sowie der Erkenntnisse zur Weiterentwicklung des Instruments zum externen QS-Audit und der Systemgestaltung des Entlassmanagements im Bundesqualitätsbericht wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angeregt, diese Ergebnisse nicht ausschließlich auf Bundesebene zu aggregieren, sondern auch die Ergebnisse für einzelne Regionen darzustellen. So könnten die regionalen Unterschiede in der Umsetzung des Entlassmanagements besser erkannt werden (DKG).

IQTIG: Das IQTIG befürwortet den Vorschlag der stellungnahmeberechtigten Organisation, die Ergebnisse des externen QS-Audits nicht ausschließlich aggregiert auf Bundesebene im Bundesqualitätsbericht darzustellen. Die Auswertung und Veröffentlichung auf Bundesebene stellt allerdings nach der gegenwärtigen Konzeption des externen QS-Audits eine in jedem Fall empfohlene Ebene dar. Unter Einbezug der Erfahrungen aus einer durchzuführenden Machbarkeitsprüfung soll gemeinsam mit dem Expertengremium eine weitere Aggregationsebene empfohlen werden, die regionale Unterschiede im Versorgungsbereich des Entlassmanagements sinnvoll darstellen kann.

4.5 Leistungserbringerbezogene Veröffentlichung

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Empfehlung des IQTIG für die Veröffentlichung der Ergebnisse des externen QS-Audits kritisch gesehen. Am Ende des externen QS-Audits sollte aus Sicht der stellungnahmeberechtigten Organisationen ein Qualitätsurteil stehen, das leistungserbringerbezogen in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden kann und für die Patientinnen und Patienten Transparenz und eine Grundlage zum Leistungserbringervergleich bietet (GKV-SV, PatV, KCQ, DKG). In dem Zuge sei auch die Angabe zu veröffentlichen, ob ein Leistungserbringer Teil der Stichprobe des externen QS-Audits im Erfassungsjahr war oder nicht, sodass die Patientinnen und Patienten nachvollziehen können, wenn für einen Leistungserbringer kein Ergebnis veröffentlicht werden kann (DKG). Weiterhin wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen argumentiert, dass ein Verzicht auf eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung die Effizienz des Instruments begrenzen könne, da sonst nur geringe Auswirkungen auf die Verbesserung in der Versorgungsqualität zu erwarten seien (DKG, DNVF). Auch sei die leistungserbringerbezogene Veröffentlichung einem offenen Austausch im externen QS-Audit zwischen dem Expertenteam und dem Leistungserbringer nicht hinderlich (KCQ). Für die leistungserbringerbezogene Ergebnisdarstellung des externen

QS-Audits im Allgemeinen wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass bei einer Stichprobe von 10% der Standorte die Ergebnisse über 10 Jahre unverändert veröffentlicht blieben und somit veraltet und nicht mehr aussagekräftig seien. (GKV-SV, LAG Bayern). Das Ergebnis solle daher nach zwei bis drei Jahren aus den Berichten gelöscht werden (LAG Bayern). Trotz des Wunsches nach einer Veröffentlichung eines abschließenden leistungserbringerbezogenen Qualitätsurteils wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen eingeräumt, dass die Bewertung im externen QS-Audit aufgrund des kleinen Teams von drei Expertinnen und Experten sowie einer kleinen Fallstichprobe von zehn Fällen für die Dokumentenprüfung mit einer hohen Unsicherheit (Reliabilität und Validität des Ergebnisses) verbunden sei, sodass ein Qualitätsurteil nur eingeschränkt belastbar sei (PatV, GKV-SV).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die konstruktive Kritik an den Empfehlungen zur leistungserbringerbezogenen Veröffentlichung der Ergebnisse des externen QS-Audits. Aus Sicht des IQTIG ist es nicht empfehlenswert, ein abschließendes Qualitätsurteil aus der Prozess- und Dokumentenprüfung des externen QS-Audits zu berechnen und leistungserbringerbezogen zu veröffentlichen. Die zugrunde liegende qualitative Erhebungsmethodik des externen QS-Audits hat den Vorteil, dass in einem offenen Austausch und in der Interaktion vor Ort mit dem Leistungserbringer eine Vielzahl von Informationen einbezogen werden können, um daraus systemische Stärken und Schwächen des Entlassmanagements zu identifizieren und anwendbare Optimierungsmaßnahmen zu erarbeiten. Zu beachten ist jedoch, dass unter anderem keine harten Vorgaben (Mindestanforderungen) für die praktische Ausgestaltung der krankenhaushausindividuellen Prozesse des Entlassmanagements vorliegen und auch nicht definiert werden können. Auch für die Berechnung der Gruppen-Gesamtwerte der sieben thematischen Gruppen geht das IQTIG nach gegenwärtigem Stand davon aus, dass keine ausreichend belastbare Validität und Reliabilität für einen differenzierten öffentlichen Vergleich der einzelnen Krankenhausstandorte gegeben ist, da zusätzlich zur Unsicherheit in der Prozessprüfung nur eine kleine nicht-repräsentative Fallstichprobe für die Dokumentenprüfung untersucht werden kann. Bei der Berechnung eines abschließenden Gesamtergebnisses würden sich diese Unsicherheiten verstärken, sodass ein abschließendes Qualitätsurteil nach derzeitiger Einschätzung des IQTIG nur begrenzt aussagekräftig wäre. Für die Ableitung von Optimierungsmaßnahmen wird die Validität des Instrumentes dagegen als ausreichend eingeschätzt, sodass unmittelbar konstruktive Handlungsanschlüsse erreicht werden können. Dennoch sieht das IQTIG es als notwendig an, die Validität der Bewertungen in einer Machbarkeitsprüfung nochmals eingehend empirisch zu überprüfen, sodass daraus eine andere Einschätzung der Belastbarkeit der Ergebnisse und eine Veröffentlichung eines abschließenden Qualitätsurteils resultieren können. Offen bliebe in dem Zusammenhang auch, ob eine niedrige Gesamtbewertung eines einzelnen Krankenhausstandortes im externen QS-Audit vor der Veröffentlichung nicht nur durch das Expertenteam, sondern durch die gesamte Fachkommission konsentiert und durch das Lenkungsgremium der Landesarbeitsgemeinschaft

genehmigt werden müsste. Dieses Vorgehen würde eine direkte Ergebnismitteilung und den unmittelbaren Handlungsanschluss unmöglich machen.

Über die Empfehlung zur leistungserbringerbezogenen Veröffentlichung bei Nicht-Erfüllung grundlegender Voraussetzungen für das externe QS-Audit hinaus empfiehlt das IQTIG, zusätzlich eine leistungserbringerbezogene Positiv-Veröffentlichung vorzunehmen. Entsprechend kann in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser dargestellt werden, wenn ein Leistungserbringer Teil der Stichprobe war und die einzelnen Voraussetzungen für das externe QS-Audit (Übermittlung einer Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement, Zustimmung zum Vor-Ort-Besuch, Aufstellung eines Maßnahmenplans) erfüllt hat. Zusätzlich kann veröffentlicht werden, ob der Maßnahmenplan ein Jahr nach dem Vor-Ort-Besuch überwiegend umgesetzt worden ist. In den Qualitätsberichten der Krankenhäuser kann somit im Folgejahr des Erfassungsjahres über die Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der grundlegenden Voraussetzungen für das externe QS-Audit sowie zwei Jahre nach dem Erfassungsjahr über die Umsetzung des Maßnahmenplans berichtet werden. In den weiteren Folgejahren sollen diese Informationen nicht mehr berichtet werden, sodass nur noch dargestellt wird, dass der Leistungserbringer nicht Teil der Stichprobe für das externe QS-Audit war. Dementsprechend finden sich keine veralteten Ergebnisse in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser wieder. Eine entsprechende Erweiterung der Empfehlungen für die Veröffentlichung wurde im Abschlussbericht vorgenommen (siehe Abschnitt 5.6 im Abschlussbericht).

4.6 Rahmenbedingungen

Bezüglich der Expertenteams für das externe QS-Audit wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation befürwortet, dass diese durch verschiedene Berufsgruppen besetzt werden sollen (DVSG). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde der Hinweis eingebracht, dass auch Patientinnen und Patienten im Expertenteam mit einbezogen werden sollten, da diese das Entlassmanagement gut einschätzen könnten (PatV).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die Rückmeldungen und Vorschläge zur Zusammensetzung der Expertenteams. Das IQTIG empfiehlt, für die Durchführung der externen QS-Audits Expertenteams aus Mitgliedern der zukünftigen Fachkommissionen zusammenzustellen, die sich aus Professionen aus dem stationären Versorgungssektor zusammensetzen (Ärztin bzw. Arzt mit Facharztausbildung, Pflegefachkraft, Fachkraft der Sozialen Arbeit). Dadurch soll ein multidisziplinärer fachlicher Austausch im externen QS-Audit sichergestellt werden. Die Patientenvertretung soll dabei, wie in den etablierten QS-Verfahren auch, in den Fachkommission selbst vertreten sein, die im Jahresverlauf aggregierten Ergebnisse der externen QS-Audits mit besprechen und somit auch die Interessen von Patientinnen und Patienten in die Pflege und Weiterentwicklung des externen QS-Audits einbringen können.

Mit Hinblick auf die Dokumentenprüfung wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen hervorgehoben, dass eine Regelung zum Einsichtsrecht in die Behandlungs- und Entlassdokumentation zwingende Voraussetzung für die Durchführbarkeit des externen QS-Audits darstelle (GKV-SV, DNVF). Dabei spielt die Einwilligung durch die Patientinnen und Patienten zur Einsichtnahme in die originale Behandlungs- und Entlassdokumentation eine zentrale Rolle, die, nach Vorschlag einer stellungnahmeberechtigten Organisation, bspw. schon im Zuge der Abfrage zur Einwilligung in das Entlassmanagement bei Aufnahme mit abgefragt werden könnte (LAG Bayern). Der Aufwand für die Bereitstellung der Patientenakten für die Dokumentenprüfung wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen nicht als problematisch wahrgenommen, da zum Start des externen QS-Audits im Regelbetrieb bereits digitale Patientenakten zu erwarten seien (LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen). Allerdings sei auch bei digitalen Patientenakten nicht davon auszugehen, dass diese anonymisiert bereitgestellt werden könnten (LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen). Daher sei vor einer praktischen Umsetzung des externen QS-Audits zwingend eine Einschätzung zum Thema Datenschutz durch das IQTIG zu treffen (LAG Nordrhein-Westfalen).

IQTIG: Das IQTIG hat in der Konzeptentwicklung des externen QS-Audits unter Einbezug der Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften und einer Recherche in den jeweiligen Rechtsvorschriften der Bundesländer die derzeitigen Regelungen zum Einsichtsrecht in die Behandlungs- und Entlassdokumentation geprüft. Im Ergebnis stellt das IQTIG dar, dass ein direktes Einsichtsrecht in die nicht anonymisierte Behandlungs- und Entlassdokumentation in vielen Bundesländern nicht gegeben oder nur auf das ärztliche Personal beschränkt ist. Um die Aufwände für eine Anonymisierung der Behandlungs- und Entlassdokumentation zu vermeiden, sollte zur Umsetzung des Konzeptes in einem Regelbetrieb ein direktes Einsichtsrecht bundesweit auch für die anderen Professionen (der Pflegekräfte und der Fachkräfte der Sozialen Arbeit) der zukünftigen Fachkommissionen gegeben sein, ebenso für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften. Auch die Alternative einer vollautomatisierten Anonymisierung einer digitalen Patientenakte sollte bis zu einem Start des externen QS-Audits in einem Regelbetrieb fortlaufend geprüft werden.

Der Vorschlag der stellungnahmeberechtigten Organisation, die Einwilligung zur Einsichtnahme in die nicht-anonymisierte Behandlungs- und Entlassdokumentation bereits im Zuge der Abfrage zur Einwilligung in das Entlassmanagement einzuholen, ist aus Sicht des IQTIG aus Gründen der Datensparsamkeit kritisch zu bewerten. So würde nur bei einem kleinen Anteil der eingeholten Einwilligung die Einsicht in die Behandlungs- und Entlassdokumentation notwendig werden. Weiterhin sieht das IQTIG die Gefahr, dass dadurch möglicherweise die Patientinnen und Patienten die beiden zu tätigen Einwilligungen in einen Zusammenhang bringen und entsprechend die Einwilligung in das Entlassmanagement beschränkt wird.

4.7 Aufwand-Nutzen Verhältnis

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen waren sich dahingehend einig, dass für die Umsetzung des externen QS-Audits ein erheblicher Aufwand notwendig sei. So würde insbesondere für die Landesarbeitsgemeinschaften ein großer Aufwand für die Organisation, Koordination und abschließende Berichtserstellung anfallen und auch die Besetzung der Fachkommissionen für die Bildung von Expertenteams sei eine große Herausforderung (GKV-SV, LAG Mecklenburg-Vorpommern, LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen, LAG Saarland, KCQ). Für die Umsetzbarkeit des externen QS-Audits seien die personellen Ressourcen konkret zu kalkulieren, zwingend aufzustocken und entsprechend zu finanzieren, dazu sei eine Honorarvergütung für die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen notwendig, da der Aufwand für die Durchführung eines externen QS-Audits deutlich zeitintensiver sei als die bisherige Tätigkeit in den Fachkommissionen (LAG Mecklenburg-Vorpommern, LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen, LAG Saarland).

IQTIG: Das IQTIG stimmt den stellungnahmeberechtigten Organisationen zu, dass für die Organisation und Durchführung der externen QS-Audits sowohl aufseiten der Landesarbeitsgemeinschaften als auch aufseiten der Fachkommissionsmitglieder ein erheblicher Aufwand entsteht. Für die Leistungserbringer selbst kann aus Sicht des IQTIG, im Vergleich zur ursprünglich für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* empfohlenen fallbezogenen QS-Dokumentation, der Aufwand reduziert werden. Das IQTIG hat in der Konzeptentwicklung zu den Aufwänden für die Landesarbeitsgemeinschaften und der Expertenteams bereits eine erste Aufwandsschätzung vorgenommen, die auf Grundlage der Erprobung des Konzeptes in einer Machbarkeitsprüfung weiter konkretisiert werden muss (siehe Abschnitt 5.7.4 im Abschlussbericht). Weiterhin weist das IQTIG im Bericht auch darauf hin, dass für die Durchführung der externen QS-Audits eine angemessene Aufwandsentschädigung der Expertinnen und Experten vorzusehen ist.

Hinsichtlich des Nutzens des externen QS-Audits waren sich die stellungnahmeberechtigten Organisationen uneinig. Auf der einen Seite wurde der Nutzen des Instruments in der breiten Qualitätsförderung bei einer Vielzahl an Krankenhäusern gesehen (DKG). Auf der anderen Seite wurde das externe QS-Audit als eigenständiges, paralleles Instrument neben der Patientenbefragung und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation nicht als effizient angesehen, da es einen hohen Personalaufwand erfordere und die 10-%-Stichprobe der Standorte keinen regelmäßigen Erhebungs-Turnus zulasse (GKV-SV, KCQ, DNQP). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde argumentiert, dass der Aufwand für das externe QS-Audit nicht gerechtfertigt sei, da es dem internen Qualitätsmanagement diene und nicht der externen datengestützten Qualitätssicherung (PatV).

IQTIG: Das IQTIG weist darauf hin, dass Aufwand und Nutzen des externen QS-Audits erst im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung konkreter abgeschätzt werden können und

auf dieser Grundlage schließlich das Aufwand-Nutzen-Verhältnis bewertet werden kann. Der Nutzen des externen QS-Audits wird für den einzelnen Leistungserbringer in der Identifikation seiner Stärken und Schwächen und der Erarbeitung effektiver Optimierungsmaßnahmen im Dialog mit dem Expertenteam liegen. Insofern die einzelnen Leistungserbringer einen Nutzen für ihr Entlassmanagement sehen, kann aus Sicht des IQTIG das externe QS-Audit zu einer breiteren Qualitätsförderung des Entlassmanagements beitragen, als es durch die indikatorbasierten Instrumente der DeQS-RL möglich wäre. Durch das empfohlene Stichprobenkonzept kann eine größere Anzahl von Patientinnen und Patienten von dieser Qualitätsförderung profitieren, da über einen 10-Jahres-Turnus alle Leistungserbringer einbezogen werden sollen. Darüber hinaus ist durch die Verpflichtung zur Aufstellung und Umsetzung eines Maßnahmenplans ein Handlungsanschluss stärker und unmittelbarer sichergestellt als in den etablierten Instrumenten der DeQS-RL.

Da mit dem externen QS-Audit ein verpflichtendes Instrument im Versorgungsbereich des Entlassmanagements implementiert werden soll, für den der G-BA die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens beauftragt hat, und auch eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung der Teilnahme und der aggregierten Ergebnisse empfohlen wird (siehe Abschnitt 5.5 und 5.6 im Abschlussbericht), stellt das externe QS-Audit aus Sicht des IQTIG ein Instrument dar, das der externen Qualitätssicherung zugehörig ist und – wie alle Instrumente der DeQS RL – an der Schnittstelle zum internen Qualitätsmanagement verortet werden kann.

Weiterhin wurde sich seitens einer stellungnahmeberechtigten Organisation dafür ausgesprochen, den erwarteten Nutzen des externen QS-Audits bereits vor der Erprobung bei den Leistungserbringern abzufragen (DNVF). Zur Reduktion des Aufwandes wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgeschlagen, einerseits die Leitfäden und Begleitdokumente weniger umfangreich und verständlicher auszugestalten, um Bürokratie bei den Landesarbeitsgemeinschaften und den Expertenteams zu vermeiden, und andererseits das externe QS-Audit als zweistufiges, z. T. online durchzuführendes Verfahren umzusetzen, bei dem zunächst eine Fernprüfung der Behandlungs- und Entlassdokumentation vorgenommen werden könnte (LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen).

IQTIG: Wie in der zuvor aufgeführten Würdigung dargestellt, ist für eine Aufwand-Nutzen-Abschätzung, die für die Einführung eines neuen Instruments im Rahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung ausreichend belastbar ist, eine empirische Prüfung erforderlich. Die Abfrage eines theoretischen Nutzens ist hierfür nicht ausreichend.

Neben der Nutzenabschätzung muss in der Machbarkeitsprüfung auch eine Erprobung der Leitfäden erfolgen, die unter anderem darauf ausgerichtet sein soll, die Verständ-

lichkeit der Dokumenten- und Prozessprüfung zu optimieren. Dem Vorschlag der stellungnahmeberechtigten Organisationen zur Reduktion des Aufwands durch ein zweistufiges Verfahren mit einer vorgelagerten Fernprüfung der Behandlungs- und Entlassdokumentation kann das IQTIG nicht folgen: Ziel des externen QS-Audits soll es sein, eine integrative Betrachtung des Entlassmanagements zu erreichen und in einem offenen Austausch mit dem Leistungserbringer sowohl Schwächen als auch Stärken zu identifizieren, auf deren Grundlage gemeinsam Ansätze für Maßnahmen zur Qualitätsoptimierung entwickelt werden sollen. Dazu sind die Interaktion zwischen dem Expertenteam und den Verantwortlichen des Entlassmanagements, die Darstellung der Prozesse des Entlassmanagements und insbesondere die Nachbesprechung vor Ort wesentlich. Eine An- und Abreise zum bzw. nach dem Vor-Ort-Besuch beim Leistungserbringer ist daher zwangsläufig erforderlich, sodass auch eine vorgelagerte Fernprüfung der Behandlungs- und Entlassdokumentation keine Aufwandsreduktion für die Expertenteams und Mitarbeitenden der Landesarbeitsgemeinschaften bewirken würde. Darüber hinaus erscheint es wesentlich, dass die Dokumentenprüfung nachgelagert, in Kenntnis aller Informationen aus der Prozessprüfung und nicht unabhängig davon erfolgt. Zeitgleich würde sich der Aufwand für die Leistungserbringer zur Übermittlung der Behandlungs- und Entlassdokumentation erhöhen, sodass das IQTIG weiterhin die zusammenhängende Durchführung des externen QS-Audits bei einem Leistungserbringer empfiehlt.

5 Konzept zum Umgang mit den Indikator- ergebnissen des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* im Stellungnahme- verfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL

Die empfohlenen Konzepte und Vorschläge für die indikatorspezifischen Leitfragen zur Unterstützung für die Beurteilung einer rechnerischen Auffälligkeit wurden von einer stellungnahmeberechtigten Organisation als gut ausgearbeitet und hilfreich gelobt (GKV-SV). Von verschiedenen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde allerdings auch deutlich gemacht, dass das Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* im Stellungnahmeverfahren mit der parallelen Beauftragung zur Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach Teil 1 § 17 DeQS-RL (G-BA 2024) abgestimmt werden müsse (GKV-SV, LAG Bayern, PatV). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde betont, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse aus den einrichtungsbezogenen Indikatoren und der Patientenbefragung Auslöser bzw. Aufgreifkriterium für eine vertiefte qualitative Analyse im Stellungnahmeverfahren, unter Einsichtnahme in Strukturen und Prozesse der jeweiligen Einrichtung und unter Einbeziehung von Fachexpertise, z. B. im Rahmen von Begehungen, sein sollten (DKG, PatV). Es sei erwartet worden, dass hierzu verfahrensspezifisch sowohl einheitliche Kriterien zur Auslösung von Stellungnahmeverfahren vorgelegt worden wären als auch Kriterien für die Bewertung im Stellungnahmeverfahren und für die aus den Ergebnissen abzuleitenden Handlungsanschlüsse / Maßnahmen erarbeitet worden wären; dies solle nachgeholt werden (PatV).

IQTIG: Da die Empfehlungen zur Neuausrichtung des Stellungnahmeverfahrens auftragsgemäß erst zum September 2025 vorliegen werden, orientierte sich die Entwicklung von Empfehlungen für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* an den derzeitigen Bestimmungen von Teil I § 17 DeQS-RL. Die im Abschlussbericht dargestellten Empfehlungen wurden dabei in Abstimmung mit der Beauftragung zur Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens entwickelt. Eine Vorwegnahme zur grundlegenden Neuausrichtung kann mit der Beauftragung zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* allerdings nicht erfolgen.

Das IQTIG stellt im Abschlussbericht dar, wie mit Indikatorergebnissen aus der Patientenbefragung und aus der einrichtungsbezogenen Dokumentation im Stellungnahmeverfahren nach Teil I § 17 DeQS-RL umgegangen werden kann (siehe Kapitel 6 im Abschlussbericht).

5.1 Indikatorergebnisse der Patientenbefragung

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde nach der konkreten Umsetzung zur Einschränkung der Grundgesamtheit eines Indikators für die Berechnung des Indikatorergebnisses gefragt, da das IQTIG ausführt, dass nicht alle befragten Patientinnen und Patienten in jedem Qualitätsindikator der Patientenbefragung *Entlassmanagement* berücksichtigt werden (KCQ).

IQTIG: Gemäß Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (IQTIG 2024) besitzen die Qualitätsmerkmale eines Indikators die gleiche Grundgesamtheit. Ausfälle in der Grundgesamtheit können durch unterschiedliche Gründe zustande kommen: fehlende Antworten, Verwendung von Ausweichkategorien zur Beantwortung einer Frage oder der systematische Ausschluss von Teilpopulationen durch Filterführung im Fragebogen oder Festlegung zum Ausschluss in der Definition des Indikators. Diese Konstellationen werden für die Berechnung des Indikatorergebnisses berücksichtigt, in dem nur gültige („informative“) Antworten herangezogen werden.

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden Hinweise zu der vom IQTIG dargelegten dreistufigen Vorgehensweise für den Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung im Stellungnahmeverfahren gegeben. Die vom IQTIG vertretene Position, dass bei Indikatoren der Patientenbefragung keine Verifizierung/Falsifizierung der Patientenperspektive erfolge und demzufolge im Stellungnahmeverfahren aus rechnerisch auffälligen keine qualitativ unauffälligen Indikatorergebnisse folgten, wurde insbesondere mit Blick auf spezifische Konstellationen des Entlassmanagements und der Nach- und Weiterversorgung kritisch hinterfragt (DKG, GKV-SV, KCQ, PatV).

IQTIG: Ausgehend von der Arbeitshilfe für die Patientenbefragung *QS PCI* hat das IQTIG ein Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung *Entlassmanagement* als durchschnittliche Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung/Versorgung eines Leistungserbringers für das Stellungnahmeverfahren erarbeitet. Mit den Erfahrungen, die aktuell erstmalig bei der Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens für rechnerisch auffällige Indikatorergebnisse der Patientenbefragung *QS PCI* gemacht werden, lässt sich das Vorgehen gezielt verbessern. Zentral für den Umgang mit den Indikatorergebnissen ist aus Sicht des IQTIG, dass eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Patientenbefragung vor dem Hintergrund einer grundlegenden Patientenorientierung erfolgt. Bei der Ausgestaltung von Maßnahmen und Handlungsanschlüssen können von den Landesarbeitsgemeinschaften auch die Besonderheiten und Strukturen der Versorgungsbereiche der jeweiligen Patientenbefragung betrachtet werden. Wenn Patientinnen und Patienten Aspekte ihre Versorgung kritisch erlebt haben, kann diese Wahrnehmung nicht im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens negiert werden, weshalb eine „qualitative Unauffälligkeit“ nicht zielführend ist.

Zudem wurden von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen Hinweise zum Einstufungsschema für die qualitative Bewertung des Stellungnahmeverfahrens gegeben. Die vom IQTIG dargelegte Verwendung des Einstufungsschemas für Indikatorergebnisse der Patientenbefragung bleibe unklar (KGV-SV) und sei nicht schlüssig (KCQ), da möglicherweise trotz rechnerisch auffälligem Indikatorergebnis das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens sein könne, dass der Leistungserbringer keine relevanten Notwendigkeiten zur Verbesserung aufweise; die Verwendung der Kategorie „U – Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig“ sei dann gerechtfertigt. Zudem wurde nachgefragt, inwiefern das IQTIG im Zuge der Bearbeitung der vom G-BA beauftragten Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung ein Einstufungsschema für die Patientenbefragung erarbeite (GKV-SV).

IQTIG: Es ist zu trennen zwischen der Rückmeldung der Patientinnen und Patienten und dem Umgang der Leistungserbringer mit den Ergebnissen. Konkret bedeutet dies, dass ein Indikatorergebnis rechnerisch auffällig sein kann, ein Leistungserbringer jedoch die Dringlichkeit, Maßnahmen einzuleiten, individuell bewertet. Daraus ergibt sich jedoch nicht, dass das Indikatorergebnis qualitativ unauffällig ist. Vielmehr gilt es zu betrachten, ob eine vom Leistungserbringer als niedrig eingeschätzte Priorisierung oder eine – aus Sicht des Leistungserbringers – fehlende Notwendigkeit zur Einleitung von Maßnahmen von den Landesarbeitsgemeinschaften nachvollzogen werden kann. Im Kontext der Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens wird geprüft, inwiefern das vorliegende Kategorienschema für die Patientenbefragung erweitert werden muss.

Weiterhin wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass mit einem hohen Ressourcenaufwand für den Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung zu rechnen sei (DKG, LAG Bayern). Eine hohe Anzahl an rechnerisch auffälligen Indikatorergebnissen wie etwa bei der Patientenbefragung *QS PCI* könne von den Fachkommissionen nicht bearbeitet werden; eine Reduktion sei notwendig, um Verbesserungen anstreben zu können (LAG Bayern). Eine Bewertung des Prozesses zum Umgang mit auffälligen Indikatorergebnissen sei noch nicht möglich, da dem G-BA noch keine Erfahrung vorliegen (DKG).

IQTIG: Im Abschlussbericht regt das IQTIG an, die indikatorspezifischen Leitfragen, die den Rahmen für eine bundeseinheitliche Festlegung zu Struktur und Inhalten der angeforderten Stellungnahmen bieten, im Erprobungszeitraum der Patientenbefragung anhand der Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften zu verbessern. Zudem werden im Kontext der Patientenbefragung *QS PCI* Handlungsempfehlungen für das im Jahr 2025 anstehende verpflichtende Stellungnahmeverfahren entwickelt, die grundsätzliche Aspekte für das Stellungnahmeverfahren zu Patientenbefragungen enthalten werden; diese Handlungsempfehlungen können damit auch auf die Patientenbefragung *Entlassmanagement* übertragen werden. Schließlich werden im Rahmen des G-BA-Auf-

trags zur Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung die Besonderheiten der Patientenbefragung adressiert, die auch den angesprochenen Herausforderungen Rechnung tragen werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass bereits in den quartalsweisen Zwischenberichten vorläufige Indikatorergebnisse der Patientenbefragung berichtet werden, da eine Auseinandersetzung der Einrichtungen mit den Ergebnissen aus den jährlichen Rückmeldeberichten im Folgejahr im Unterschied zu den Indikatorergebnissen aus der fallbezogenen QS-Dokumentation nicht frühzeitig im internen unterjährigen Monitoring erfolgen könne (DKG).

IQTIG: Eine vorläufige Berechnung der Indikatoren von Patientenbefragungen und deren Darstellung in den Zwischenberichten ist aus Sicht der IQTIG nicht angemessen, da insbesondere bei Einrichtungen mit Vollerhebungen solche vorläufigen Ergebnisse keine aussagekräftige Basis für die Leistungserbringer darstellen.

5.2 Indikatorergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Im Hinblick auf die Ergebnisanalyse erfolgte von einer stellungnahmeberechtigten Organisation der Vorschlag, dass eine automatisierte Ermittlung darüber, welches Datenfeld die entsprechende Auffälligkeit im Qualitätsindikator hervorgerufen hat, stattfinden sollte, um somit gezielt dem Leistungserbringer eine Aufforderung zur Stellungnahme zuschicken zu können. Dadurch könne Zeit im Prozess eingespart werden (LAG Nordrhein-Westfalen).

IQTIG: Auch aus Sicht des IQTIG sollte das Vorgehen zur Identifikation und Prüfung rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse möglichst aufwandsarm möglich sein. Dazu sollen nach Empfehlung des IQTIG die Gründe, die zur Auffälligkeit geführt haben, automatisiert anhand der Antworten zu den Datenfeldern ausgegeben werden und in der mandantenfähigen Datenbank hinterlegt werden. Dadurch ist die gezielte Aufforderung des Leistungserbringers zu einer schriftlichen Stellungnahme aufwandsarm möglich.

Hinsichtlich der Bewertungskategorien für die Einordnung rechnerischer auffälliger Indikatorergebnisse der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation wurden unterschiedliche Anmerkungen getätigt. Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass die vorgeschlagenen Kriterien für die Einordnung in die Kategorien hilfreich seien, dass es aber keine eigene Kategorie (Kategorie K) nur für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* geben sollte (KCQ). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde eine einheitliche Bewertungskategorie dafür begrüßt, wenn Leistungsgruppen im Krankenhausstandort nicht mehr erbracht werden (LAG Bayern). Weiterhin wurde hinsichtlich der K-Kategorie angemerkt, dass die Erläuterun-

gen in den Beratungsunterlagen unspezifisch seien. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die Bewertungskategorie auch für andere QS-Verfahren zutreffend sein könne (DKG).

IQTIG: Das IQTIG weist darauf hin, dass die Empfehlung der Einführung einer K-Kategorie „K: Keine qualitative Bewertung möglich“ vorbehaltlich einer Weiterentwicklung des Kategoriensystems im Rahmen der Beauftragung zur Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach Teil I § 17 DeQS-RL erfolgt. Sollte das Kategoriensystem in dieser Weiterentwicklung anderweitig ausgestaltet werden bzw. die K-Kategorie nicht übernommen werden, ist eine alternative Einordnung in die bestehende Kategorie „S: Sonstiges“ vorzusehen. Die Kriterien, die zur Einordnung in die K-Kategorien vorgesehen sind, können dafür übernommen werden. Die in den Beratungsunterlagen in Kürze dargestellten Gründe zur Einführung einer neuen Kategorie sind im Abschlussbericht ausführlicher dargestellt (siehe Abschnitt 6.2.4 im Abschlussbericht).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass prospektiv keine Gründe ersichtlich seien, die eine Einordnung eines rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses in die U-Kategorie begründen. Der vorgenommene Ausschluss der U-Kategorie erscheine vor dem Hintergrund langjähriger Erfahrungen mit der datengestützten Qualitätssicherung perspektivisch nicht haltbar (DKG). In Bezug auf die D-Kategorie wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf aufmerksam gemacht, dass es grundsätzlich das Ziel sei, die Dokumentation so zu vereinfachen, dass es weniger Dokumentationsfehler gibt und die Bewertungskategorie somit nur selten zur Anwendung kommt (LAG Bayern).

IQTIG: Das IQTIG empfiehlt, für die qualitative Bewertung der einrichtungsbezogenen Indikatorergebnisse des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* keinen Ausschluss der U-Kategorie vorzunehmen. Es sind hierfür allerdings prospektiv, vor Beginn des Erprobungszeitraums, keine Gründe ersichtlich, die eine Einordnung eines rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses in diese Kategorie begründen. Im Erprobungszeitraum muss mit der Durchführung des Stellungnahmeverfahrens anhand der Rückmeldungen der Landesarbeitsgemeinschaften geprüft werden, ob Gründe erkenntlich sind, die eine Einordnung in diese Kategorie begründen. Auch das IQTIG verfolgt in der Entwicklung der QS-Verfahren das Ziel, die Indikatoren und Datenfelder so zu operationalisieren, dass die Wahrscheinlichkeit für Dokumentationsfehler aufgrund von Unklarheiten möglichst reduziert wird. Für die beiden einrichtungsbezogenen Indikatoren wurde dafür auf Erkenntnisse aus Machbarkeitsprüfungen anderer Versorgungsbereiche mit denselben Schwerpunkten zurückgegriffen (IQTIG 2023d, IQTIG 2022a). Die dadurch durchgeführten Präzisierungen an der Operationalisierung sind im Abschlussbericht unter Abschnitt 4.2.3 und 4.3.3 dargestellt.

Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ausgeführt, dass im Hinblick der Bewertung der Qualitätsindikatoren mehr Spielräume geschaffen werden sollten, indem nicht nur auf das Vorhandensein detaillierter formaler Regelungen und deren Einhaltung fokussiert wird. Vielmehr solle die Einhaltung auch unter kritischen Bedingungen wie z. B. bei Personalengpässen ermöglicht werden und der Fokus auf der praktischen Umsetzung liegen (LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen).

IQTIG: In den Kriterien zur Bewertung der Indikatorergebnisse empfiehlt das IQTIG für die beiden einrichtungsbezogenen Indikatoren, dass die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung aufgrund von Ressourcengründen, z. B. einem Personalmangel, eine qualitative Auffälligkeit nach sich ziehen sollte. Dies soll dementsprechend ein Qualitätsdefizit darstellen, für das der Leistungserbringer verantwortlich ist. Die Qualitätsanforderungen der beiden Qualitätsindikatoren stellen grundlegende Voraussetzung für ein funktionierendes Entlassmanagement dar, die auch bei Personalengpässen niedrigschwellig zu erfüllen sind. So ist es z. B. für die Schulungen von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch zulässig, die Schulungen über ein E-Learning-Angebot durchzuführen, welches gewährleistet, dass alle neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die über das Jahr hinweg am Standort neu beschäftigt werden, zeitnah und unabhängig von Ressourcenengpässen geschult werden können.

In einer weiteren Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass sich einzelne Fragen im Duktus von den eher offenen Fragen unterscheiden. So wurde zum Beispiel vorgeschlagen, die Frage „Sind in der Verfahrensregelung die Abläufe der Teilprozesse gänzlich nicht festgelegt oder nur für einzelne Teilprozesse?“ in „Inwiefern sind in der Verfahrensregelung die Abläufe der Teilprozesse festgelegt?“ umzuformulieren (DNVF).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für den Hinweis und hat die indikatorspezifischen Leitfragen erneut geprüft und eine Überarbeitung vorgenommen.

6 Empfehlungen für den Start der Patientenbefragung und der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

6.1 Empfehlungen für den Start der Patientenbefragung

Zu den vom IQTIG dargestellten Entlassungsgründen nach Schlüssel 5 für die Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass sich nicht erschließe, warum Patientinnen und Patienten in die Befragung einbezogen werden sollten, die die Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet haben (DKG).

IQTIG: Bei Patientinnen und Patienten, die ihre stationäre Behandlung gegen ärztlichen Rat beenden und das Krankenhaus (vorzeitig) verlassen, geht das IQTIG davon aus, dass auch in diesen Situationen vom Krankenhaus (zumindest in Teilen) die Nach- und Weiterversorgung angestoßen wird. Entsprechende Hinweise zu einer solchen Versorgungspraxis wurden im Beteiligungsworkshop aufgezeigt. In den Fragebögen wird erfasst, ob eine Beendigung gegen ärztlichen Rat erfolgt ist, sodass im Rahmen der Erprobung eine Betrachtung der Befragungsergebnisse möglich ist. Das IQTIG empfiehlt daher, für den Start der Patientenbefragung den entsprechenden Entlassungsgrund im QS-Filter einzuschließen.

Weiterhin wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation um eine ausführlichere Darstellung gebeten, wie die Übergangspflege gemäß § 39 e SGB V im Verfahren QS Entlassmanagement berücksichtigt wird (GKV-SV).

IQTIG: Im Abschlussbericht wird bei den Empfehlungen zum Start der Patientenbefragung in Abschnitt 7.1.1 die Übergangspflege mit Blick auf die allgemeinen Rahmenbedingungen für den Start der Patientenbefragung nun ausführlicher dargestellt. Es ist nach Einschätzung des IQTIG vertretbar, für den Start der Patientenbefragung Entlassungen mit anschließender Übergangspflege (Entlassungsgrund 30) nicht für den QS-Filter zu berücksichtigen und im Verlauf der Erprobungsphase abzuwägen, unter welchen Bedingungen ein Einschluss dieser Leistung zielführend ist.

Hinsichtlich der vom IQTIG empfohlenen monatlichen Datenübermittlung für die Umsetzung der Patientenbefragung Entlassmanagement und den Aufwänden, die hierfür entstehen, wird von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf hingewiesen, dass Datenübermittlungsprozesse immer mit Aufwand verbunden seien; auch bei einer automatisierten Datenübermittlung müssten bei den Leistungserbringern Prozesse zur Falldokumentation abgeschlossen sein und jede Datenübermittlung dokumentiert wer-

den, sodass unerwartete Probleme (bspw. aufgrund der Software oder deren Spezifikation) bearbeitet werden könnten (DKG). Ausgehend von den Erfahrungen, die für die Datenübermittlung für die Patientenbefragung *QS PCI* gemacht werden, wurde zudem im Beteiligungsworkshop erläutert, dass ein längerer Zeitraum für die Übermittlung der Daten dazu führen könne, dass Dokumentationsprozesse bspw. hinsichtlich Korrekturen bei der Codierung bei den Leistungserbringern bereits abgeschlossen sein können (DKG); mögliche Aufwände müssten klar benannt werden (GKinD). Weiterhin sei zu beachten, dass eine Befragung der Patientinnen und Patienten möglichst zeitnah nach Entlassung durchgeführt werde, um eine Beeinflussung der Antworten aufgrund von (schlechten) Erfahrungen mit der Nachversorgung zu minimieren (LAG Bayern).

IQTIG: Aus methodischer Sicht empfiehlt das IQTIG entsprechend der ursprünglichen Entwicklung der Patientenbefragung *Entlassmanagement* eine monatliche Datenübermittlung. Ausgehend von den Hinweisen aus dem Beteiligungsverfahren ist nach Einschätzung des IQTIG eine Abwägung von methodischen Anforderungen und Aufwänden der Datenübermittlung hinsichtlich des Umgangs mit Indikatorergebnissen geboten, deren Zuschreibbarkeit bei längeren Intervallen für die Datenübermittlung aufgrund längerer Erinnerungszeiträume und externer Einflüsse auf das Antwortverhalten eingeschränkt sein kann.

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen gab es Hinweise bzgl. der vom IQTIG vorgestellten drei Varianten für den Umgang mit dem Einwilligungsstatus der Patientinnen und Patienten ins Entlassmanagement. Im Beteiligungsworkshop wurden unterschiedliche Vorgehensweisen zur Einholung der Einwilligung ins Entlassmanagement in der Versorgungspraxis, die Verfügbarkeit der Angabe im KIS, die Auswirkungen auf die Organisation von Maßnahmen der Nach- und Weiterversorgung im Rahmen des Entlassmanagements und pragmatische Ansätze für den Start der Patientenbefragung ausgetauscht (BPtK, DKG, DGSV, GKinD, GKV-SV, PatV). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde um eine rechtliche Einschätzung vonseiten des IQTIG gebeten, ob die vom IQTIG empfohlene Variante 1, bei der der Einwilligungsstatus nicht im QS-Filter berücksichtigt werden soll, umsetzbar sei. Weiterhin wurde angemerkt, dass Informationen zum Einwilligungsstatus der Patientinnen und Patienten bereits einheitlich strukturiert und zum Zeitpunkt der Entlassung digital vorlägen; um eine Machbarkeit der Umsetzung von Variante 3, bei der der Einwilligungsstatus als Ein- und Ausschlusskriterium im QS-Filter verwendet werde, wurde gebeten (GKV-SV).

IQTIG: Ausgehend von den Hinweisen der stellungnahmeberechtigten Organisationen hat das IQTIG im Bericht eine erste rechtliche Einschätzung zur Umsetzbarkeit von Variante 1 ergänzt. Nach Einschätzung des IQTIG ist ein Beschluss durch den G-BA notwendig, aus dem hervorgeht, dass eine Durchführung der Patientenbefragung *Entlassmanagement* gemäß § 299 Abs. 1 und Abs. 4 SGB V erfolgen soll. Eine detailliertere Erarbeitung der Machbarkeit für die Umsetzung von Variante 3 erfordert aus Sicht des

IQTIG einen intensiveren Austausch mit relevanten Verfahrensteilnehmern, der erst im Zuge einer vom G-BA beauftragten Spezifikation erfolgen kann. Zudem empfiehlt das IQTIG, die Indikatoren der Patientenbefragung mit mittelwertbasierten Referenzbereichen umzusetzen. So können mögliche Konstellationen in der Versorgungspraxis, bei denen Einrichtungen aufgrund einer fehlenden Einwilligung der Patientinnen und Patienten nicht vollumfänglich im Rahmen des Entlassmanagements tätig werden konnten, für die Bewertung der Versorgungsqualität berücksichtigt werden.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde konstatiert, dass ein fester Referenzbereich von > 95 Punkten für den Start zu hoch sei, und der Umgang mit den vom IQTIG empfohlenen mittelwertbasierten Referenzbereichen für den Start der Patientenbefragung und für den Erprobungszeitraum erfragt (DKG).

IQTIG: Im Bericht legt das IQTIG beim Konzept zum Umgang mit den Indikatorergebnissen der Patientenbefragung dar, Indikatoren mit einem festen Referenzbereich im Rahmen des Erprobungszeitraums als Zwischenziel jeweils mit einem mittelwertbasierten Referenzbereich umzusetzen und im Verlauf der Erprobung der Patientenbefragung schrittweise Zielwerte zu bestimmen, die die Veränderungsmotivation der Einrichtungen unterstützen. Die festen Referenzbereiche bleiben als begründete Zielwerte der jeweiligen Indikatoren bestehen.

Ausgehend von Szenario 6 und den daraus resultierenden Schätzungen von vergleichsweise hohen Fallzahlen im Regelbetrieb wurde mit Blick auf die Kapazitäten der Versendestelle *Patientenbefragung* von einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Umsetzung einer Stichprobenziehung angeregt, bei der für Einrichtungen, die 200 Fälle erreicht haben, im Erfassungsjahr keine weitere Datenlieferung erfolgen soll. Zudem solle genauer und gemeinsam mit der Versendestelle *Patientenbefragung* geprüft werden, wie die Datensatzmengen bei der Stichprobenziehung mit Listenverfahren darstellbar sein (GKV-SV).

IQTIG: Für eine Umsetzung der Patientenbefragung *Entlassmanagement* im Regelbetrieb empfiehlt das IQTIG für die Stichprobenziehung das für die Patientenbefragung *QS PCI* verwendete Vorgehen unter Maßgabe möglicher Verbesserungen der Fristen und der Durchführung von Stichprobenziehung und Fragebogenversand, die sich aufgrund von Erfahrungen mit dem Regelbetrieb der Patientenbefragung *QS PCI* ergeben. Das vorgeschlagene Vorgehen, eine Datenübermittlung der Leistungserbringer zu stoppen, sobald 200 Fälle erreicht wurden, birgt nach Einschätzung des IQTIG das Risiko, dass die Bedeutung von möglichen saisonalen Effekten in der Versorgungspraxis in die Stichprobenziehung einfließen; Prozesse von Entlassungen zum Jahresende können sich bspw. systematisch von Entlassungen zu anderen Jahreszeiten unterscheiden.

Ein erster Austausch zwischen dem IQTIG und der Versendestelle *Patientenbefragung* zu Kapazitäten für die Verarbeitung größerer Fallzahlen hat stattgefunden; es wurden keine grundlegenden Problematiken für die Verarbeitung der Datenmengen benannt.

Von drei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Bedeutung von Online-Befragungen und einer Digitalisierung hervorgehoben (DNVF, LAG Bayern, PatV). Zudem wurde nach dem Zugang zur Befragung für Patientinnen und Patienten mit geringen Deutschkenntnissen gefragt (PatV).

IQTIG: Die bislang ausschließlich in deutscher Sprache und als papierbasierte Fragebögen entwickelten Patientenbefragungen des IQTIG sollen schrittweise um barrierefreie Angebote und Übersetzungen der Fragebögen in Fremdsprachen erweitert werden (siehe auch Beauftragung des G-BA (2023)). Voraussetzung hierfür ist die Möglichkeit, Patientenbefragungen im Online-Modus umzusetzen. Ein Konzept zu onlinebasierten Patientenbefragungen ist im Bericht des IQTIG (2021) dargestellt.

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen gab es Hinweise und Anregungen u. a. zur Formulierung von einzelnen Items, zum Umfang der Fragebögen und damit möglichen Belastungen der Patientinnen und Patienten beim Ausfüllen, zur Berücksichtigung von Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 4 Abs. 3 Rahmenvertrag *Entlassmanagement* und zum Fehlen von Antworten als Freitext (BPtK, DKG, DNQP, DNVF, DVSG, LAG Bayern, LAG Nordrhein-Westfalen, PatV). Hinsichtlich der Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte wurde dargelegt, dass die vom IQTIG verwendeten Anschlusstherapien, Pflegedienst und Haushaltshilfe die besonderen Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für die Nachsorge nicht ausreichend abdecken; von zentraler Bedeutung sei der Zugang zu spezifischen Anschlussversorgungen und sozialmedizinischer Nachsorge (Bündnis KJG).

IQTIG: Das IQTIG nimmt die Hinweise und Anregungen dankend zur Kenntnis. Im Zuge der Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* wurden keine Änderungen am Befragungsinstrument vorgenommen, die eine erneute Pretestung/Validierung notwendig machen. Ausgehend von den Ergebnissen der ausführlichen dreistufigen Validierung des Befragungsinstruments aus dem Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung *Entlassmanagement* (IQTIG 2023a) sieht das IQTIG die beiden Fragebögen als geeignet für die Umsetzung im Regelbetrieb und die Beantwortung durch die Zielpopulation an.

Eine eigene Fragebogenversion für die Entlassung von Kindern und Jugendlichen ermöglicht es nach Einschätzung des IQTIG, trotz eines notwendigerweise generischen Befragungsansatzes spezifische Anforderungen für diese Zielpopulation bspw. über Ankerbeispiele in den Items zu berücksichtigen; so wird z. B. sozialmedizinische Nachsorge im Themenblock zur Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung in Item 37 genannt.

Im Rahmen der Erprobung können die Hinweise und Anregungen anhand von Erkenntnissen, die sich aus der Datengrundlage des Regelbetriebs ergeben, abgewogen werden.

6.2 Empfehlung für den Start der QS-Dokumentation

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Verzicht auf eine Machbarkeitsprüfung für die verbliebenen zwei einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation als nachvollziehbar und begründet angesehen (DNVF, KCQ). Es wurde aber auch empfohlen, eine begleitende Evaluation durchzuführen (DNVF).

IQTIG: Das IQTIG bedankt sich für die Befürwortung einer direkten Umsetzung für das Instrument der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation. Eine Evaluation der Verfahren der externen Qualitätssicherung gemäß DeQS-RL ist standardmäßig vorgesehen.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde darauf hingewiesen, dass nicht klar sei, wie die Auslösung der einrichtungsbezogenen Dokumentation erfolgen soll (KCQ).

IQTIG: Im Rahmen des Abschlussberichts wird die Auslösung der einrichtungsbezogenen Dokumentation ausführlich dargestellt (siehe Abschnitt 7.2.2 im Abschlussbericht). Bei Leistungserbringern, bei denen mindestens für eine Patientin oder einen Patienten eine QS-Auslösung im Erfassungsjahr für die Patientenbefragung stattgefunden hat, muss die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer erfolgen.

Literatur

- BÄK [Bundesärztekammer] ([2023]): Abgrenzung zu anderen Verfahren: Austausch statt Kontrolle. Berlin: BÄK. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/peer-review/was-ist-ein-aerztliches-peer-review/abgrenzung-zu-anderen-verfahren-austausch-statt-kontrolle> (abgerufen am: 19.09.2024).
- DVSG [Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen] (2022): Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken [Positionspapier]. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. [Stand:] Mai 2022. Berlin: DVSG. ISBN: 978-3-9817885-4-9. URL: https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Entlassungsmanagement-2022-05.pdf (abgerufen am: 26.11.2024).
- 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: 12.12.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit einem Konzept zur barrierefreien Durchführung von Patientenbefragungen. [Stand:] 01.11.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6257/2023-11-01_IQTIG-Beauftrag_Konzept-barrierefreie-Patientenbefragung.pdf (abgerufen am: 09.12.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung des Verfahrens der qualitativen Beurteilung. [Stand:] 06.03.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6502/2024-03-06_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-Verfahren-qual-Beurteilung_DeQS-RL.pdf (abgerufen am: 19.03.2024).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Stand: 18.10.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_UE_berarbeitung_2019-10-18.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Konzept für eine onlinebasierte Patientenbefragung im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 SGB V. Abschlussbericht. Stand: 19.11.2021. Berlin: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Konzept-onlinebasierte-Patientenbefragung_Abschlussbericht_2021-11-19.pdf (abgerufen am: 09.12.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a):

Machbarkeitsprüfung für das Qualitätssicherungsverfahren „Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“.

Abschlussbericht. Stand: 24.05.2022. Berlin: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Schizophrenie_Abschlussbericht_2022-05-24_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.08.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b):

Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen-Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 10.10.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023a):

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren

Entlassmanagement. Abschlussbericht. Stand: 28.04.2023. Berlin: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG-Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-04-28-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.02.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023b):

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Abschlussbericht.

Stand: 15.02.2023. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-](https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-Neuentwicklung_Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-02-15-barrierefrei.pdf)

[Neuentwicklung_Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-02-15-barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-Neuentwicklung_Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-02-15-barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 29.04.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023c):

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Indikatorenset V1.1.

Stand: 15.02.2023. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-](https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-Neuentwicklung_Entlassmanagement_Indikatorenset-V1.1_2023-02-15-barrierefrei.pdf)

[Neuentwicklung_Entlassmanagement_Indikatorenset-V1.1_2023-02-15-barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-Neuentwicklung_Entlassmanagement_Indikatorenset-V1.1_2023-02-15-barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 28.08.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023d):

Qualitätssicherungsverfahren „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis“.

Machbarkeitsprüfung. Abschlussbericht. [Stand:] 30.06.2023. Berlin: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Machbarkeitspruefung-Sepsis_Abschlussbericht_2023-06-30-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 28.08.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2024):

Konstruktion und Auswertungsmethodik für die Qualitätsindikatoren der

Patientenbefragung. [Stand:] 31.05.2024. Berlin: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/downloads/berichte/2024/IQTIG-Auswertungsmethodik-QIs-Patientenbefragung_2024-05-31.pdf (abgerufen am: 09.12.2024).

Rothgang, H; Müller, R ([2023]): BARMER Pflegereport 2023. Pflegebedürftige im Krankenhaus. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44). Berlin: BARMER. ISBN: 978-3-946199-92-2. URL:
<https://www.barmer.de/resource/blob/1247448/7532f52aba867d21712439e492c675b4/dl-pflegereport-2023-data.pdf> (abgerufen am: 14.11.2024).

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)