

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 beigefügten 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 viszeralen 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 Codes 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 Codes, 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.

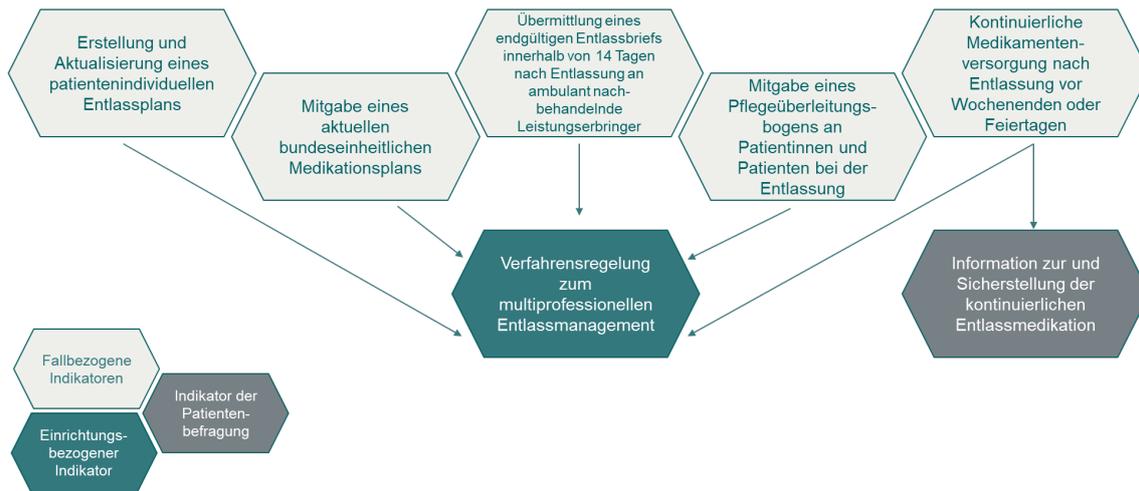


Abbildung: Ergebnis der Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation

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 krankenhausespezifischen 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 Datenfelder	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 Einwilligungstatus** 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 Koronarangiographie</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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 verordnungsbzw. 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 einfürend 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 Themenschließung 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

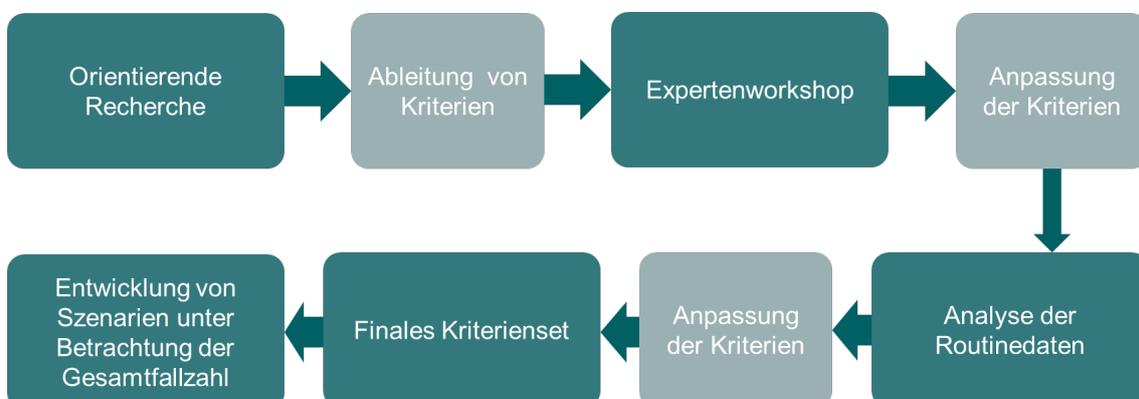


Abbildung 1: Übersicht der Entwicklungsschritte zur Weiterentwicklung der Fallauslösung

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 Aufenthalten 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 Stellungnahmeverfahren 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 Stellungnahmeverfahrens 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 Stellungnahmeverfahren 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 Registrierungsauftrag 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 Vertraulichkeitserklärung 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 Kode 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 unbekanntem 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 Katheterverweilsystemen (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 sollte 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 abhängigkeits erzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter

3.2.7 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hinweise aus der Literatur

Herzkrankungen 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 Herzkrankungen können Herzkrankungen 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 Herzkrankungen 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 Lungenerkrankung¹⁸

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 Atemwegkrankheit 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 Codes der untergeordneten Subkategorie verwendet. Eine ausführliche Aufschlüsselung aller verwendeten Codes 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 Codes 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:

- Codes 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen ▪ Chronische Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen ▪ Operationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen ▪ Psychische Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegegrad ▪ Hoher pflegerischer Aufwand ▪ Transplantationen ▪ Chronische Erkrankungen ▪ Psychische Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 %

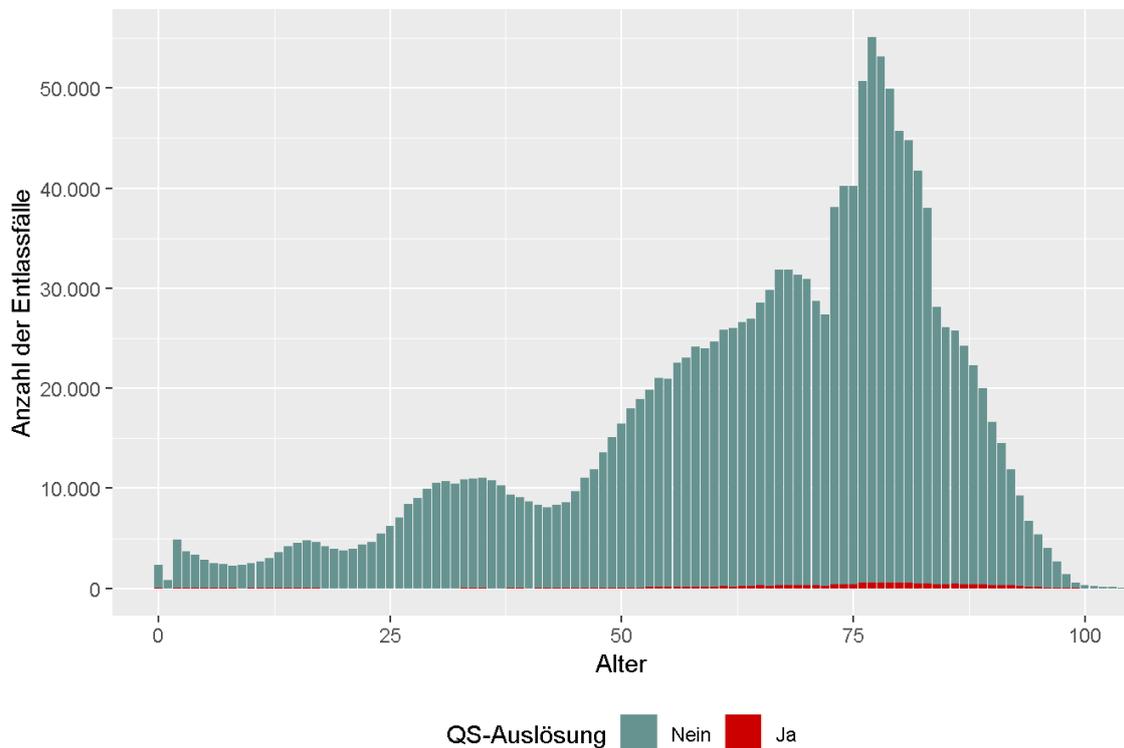
Szenario 1: Basiskriterien (inklusive Transplantationen)

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

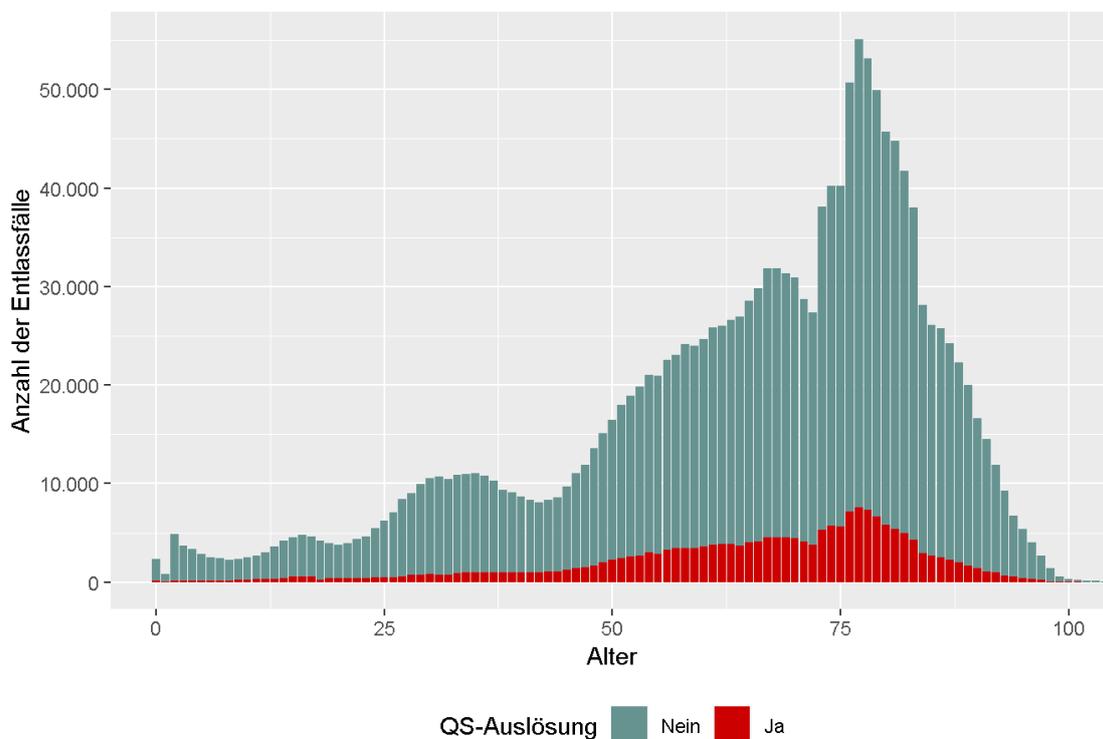


Abbildung 3: Altersverteilung der Entlassfälle für das Szenario 6

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).

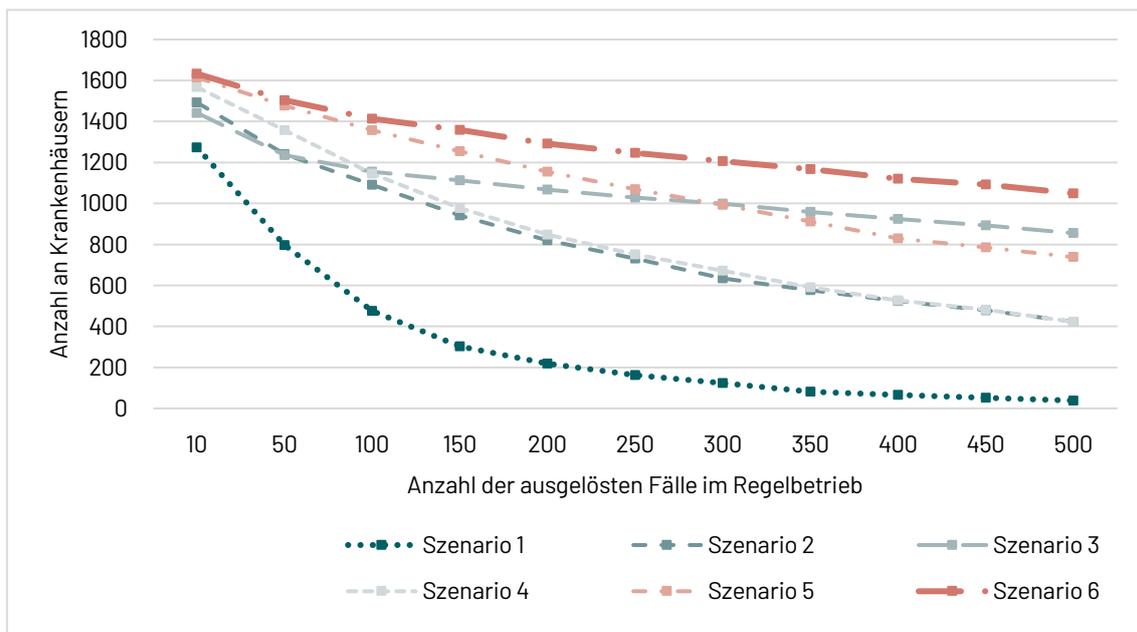


Abbildung 4: Darstellung der Anzahl der eingeschlossenen Krankenhäuser pro Szenario in Abhängigkeit von der Anzahl der ausgelösten Fälle

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 Qualitätsmerkmalsebene 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 Chefärztin 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 Entlasstag 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 multiprofessionellen 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
- krankenhauserne 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.
Indikatorart	Strukturindikator
Zähler	<p>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.</p> <p>In der Verfahrensregelung müssen konkret festgelegt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilprozesse des Entlassmanagements, mindestens: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Mitgabe und Übermittlung des Entlassbriefs <ul style="list-style-type: none"> – 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 <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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 Qualitätsindikatorensets 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 Qualitätsindikatorenset 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 Indikatorensets 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).

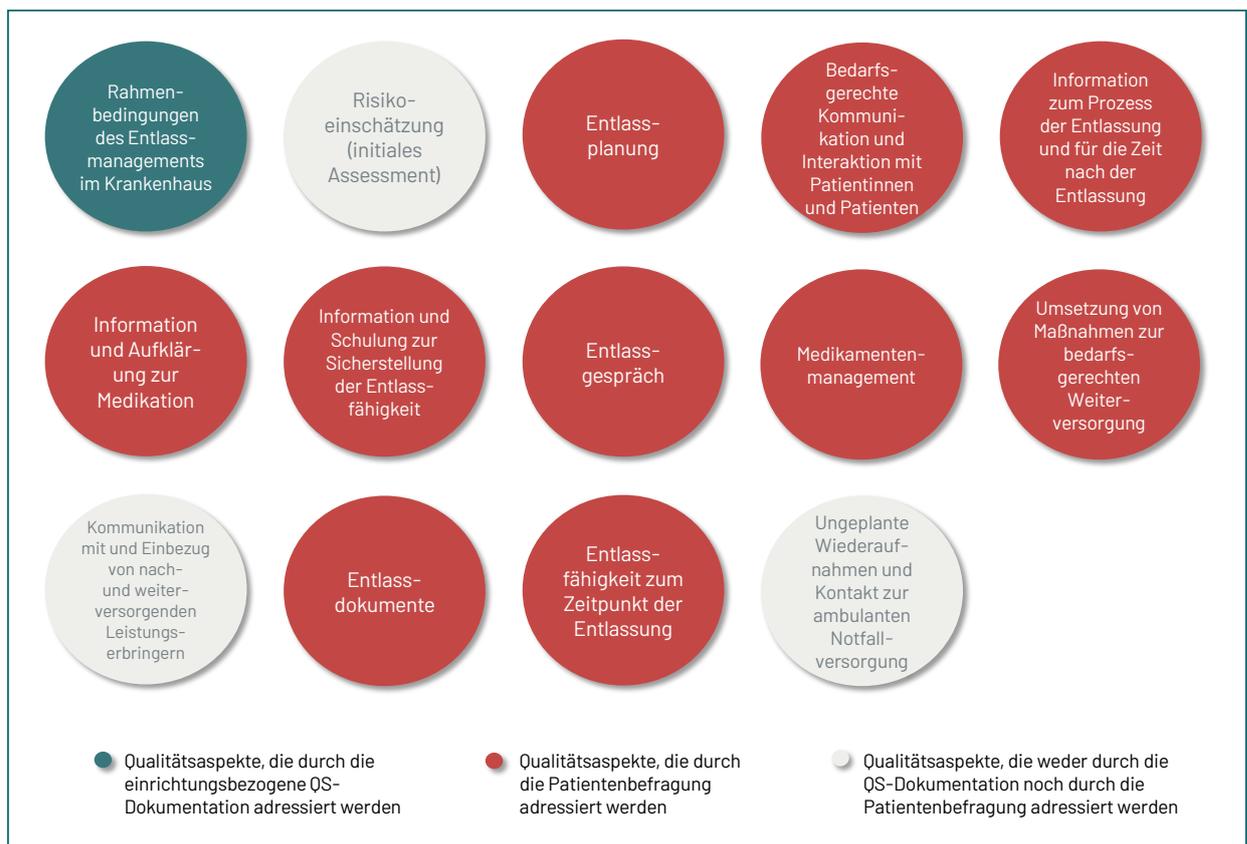


Abbildung 5: Qualitätsmodell Entlassmanagement nach Weiterentwicklung

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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement ▪ Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation

Qualitätsdimen- sion des Rah- menkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Ba- sis der QS-Dokumentation	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung
Angemessenheit	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung durch den Sozialdienst im Kranken- haus
Koordination und Kontinuität	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 synergetisch 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 dienen 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 Themenschließung, 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 (einrichtungsbegleite QS-Dokumentation und Patientenbefragung) mit Qualitätsindikatoren, die im Rahmen dieser Beauftragung überarbeitet wurden (siehe Kapitel 3). Das externe QS-Audit ist unabhängig von der einrichtungsbegleitenden 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 soweit 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 bedarfsge- rechten Weiterversorgung“, „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgen- den Leistungserbringern“ und „Entlassdokumente“ im Qualitätsmodell ab (siehe Abbildung 6). Alle Phasen des Entlassmanagements (Aufnahme, Behandlung, Entlassung, Nach-/Weiterbehand- lung) können mit mindestens einem abgeleiteten Qualitätsmerkmal adressiert werden, sodass sich eine umfassende Betrachtung der Prozesse des Entlassmanagements ergibt. Die in der Be- auftragung (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 Qualitätsanforderun- gen (siehe Abschnitt 5.3) abgedeckt werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Zusammen- setzung des und die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team nur indirekt durch die ab- geleiteten 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 In- strumenten des QS-Verfahrens, der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und der Patien- tenbefragung, 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. nachsorgenden 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 Versorgungspfad			
			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	

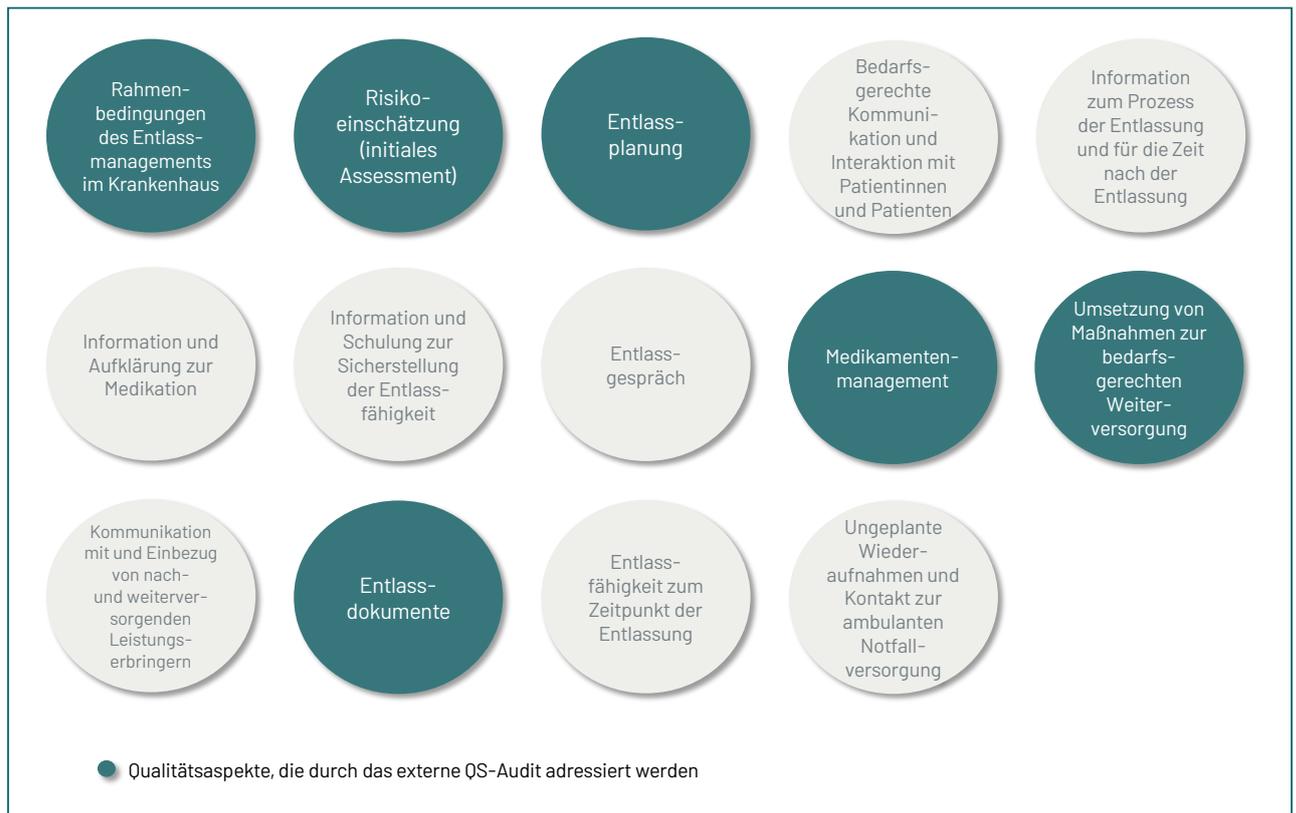


Abbildung 6: Durch das externe QS-Audit adressierte Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells

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 krankenhauserne 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 Erklärungen 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 zurückspiegeln 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

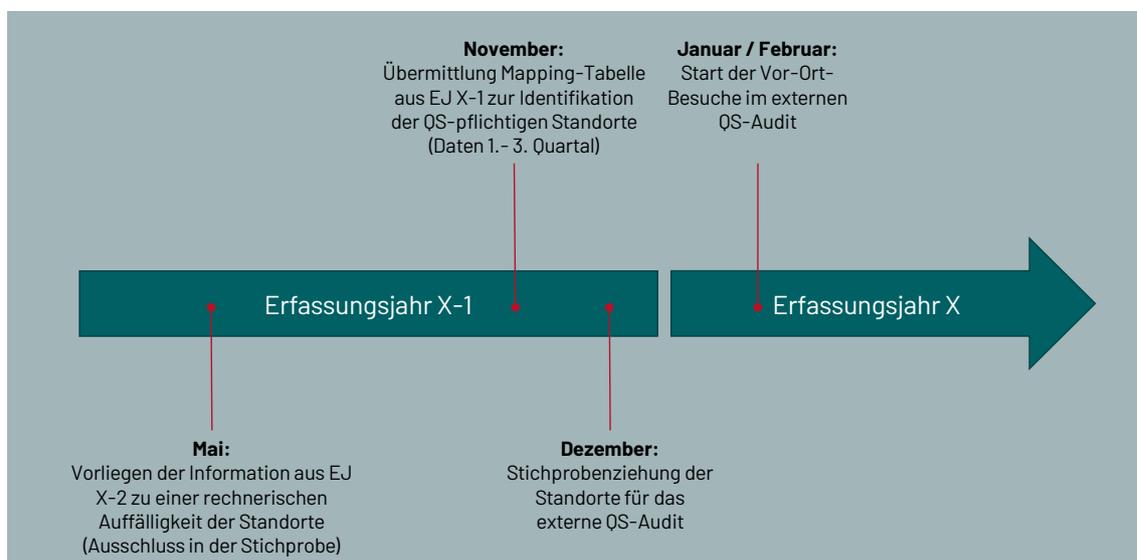


Abbildung 7: Zeitliche Abfolge der Stichprobenziehung der Standorte im externen QS-Audit

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 Leitfadententwicklung 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 Qualitätsindikatorenset 2.0 (siehe Indikatorenset 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 Jahres 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 Jahres 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 Jahres

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 berichtet 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.

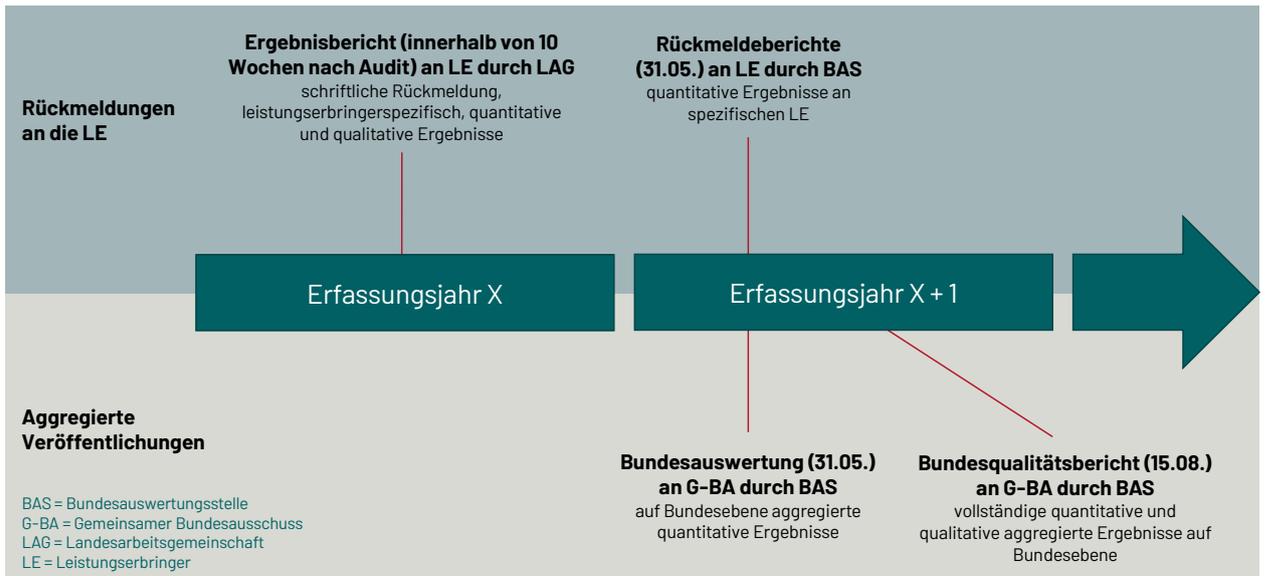


Abbildung 8: Zeitliche Abfolge Berichts- und Rückmeldewesen im externen QS-Audit

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, Vorstellungs- runde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	Prozessprü- fung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)	Dokumenten- prüfung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Expertin- nen und Ex- perten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	Nachbespre- chung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

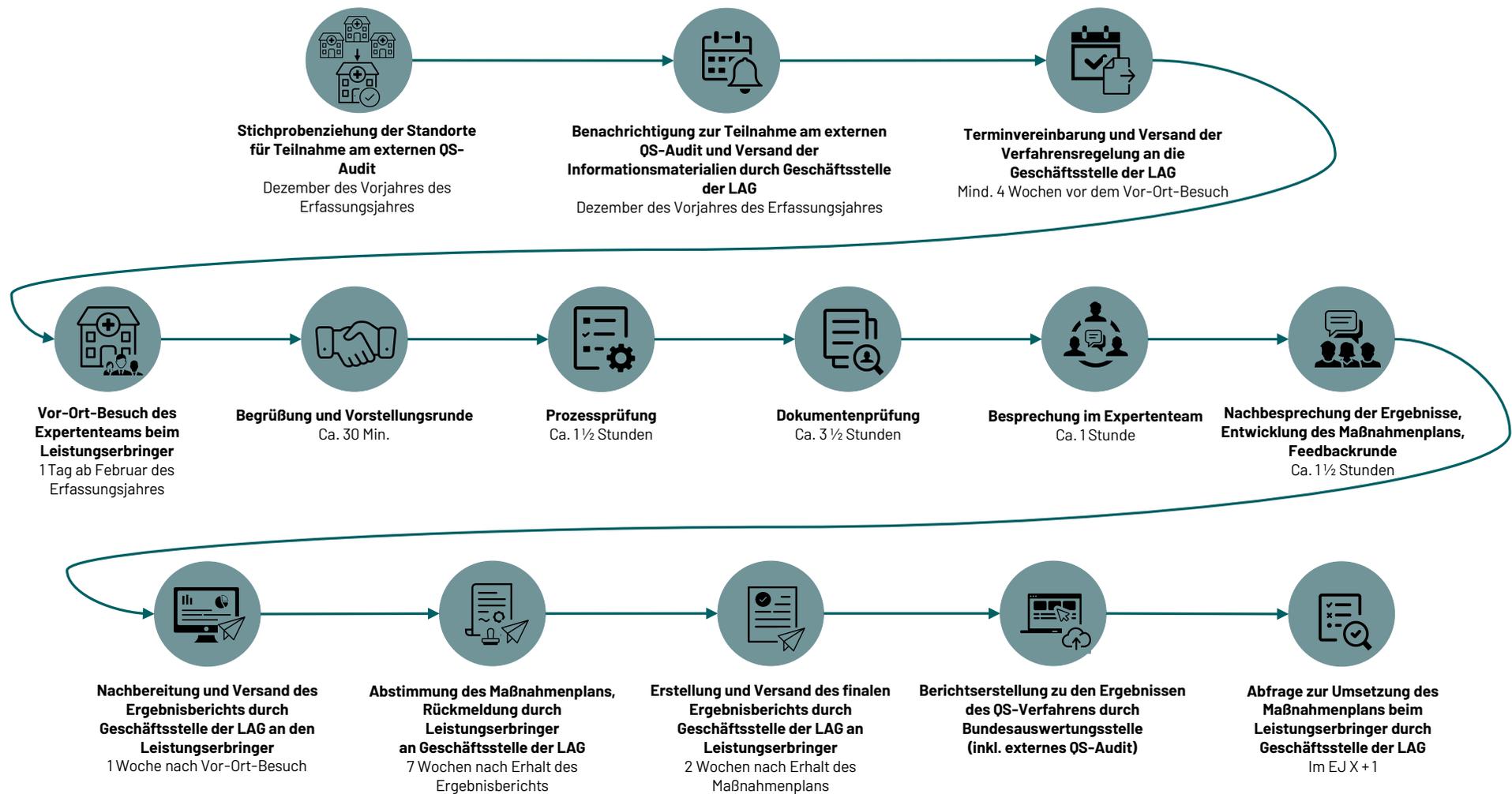


Abbildung 9: Ablauf des externen QS-Audits

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.

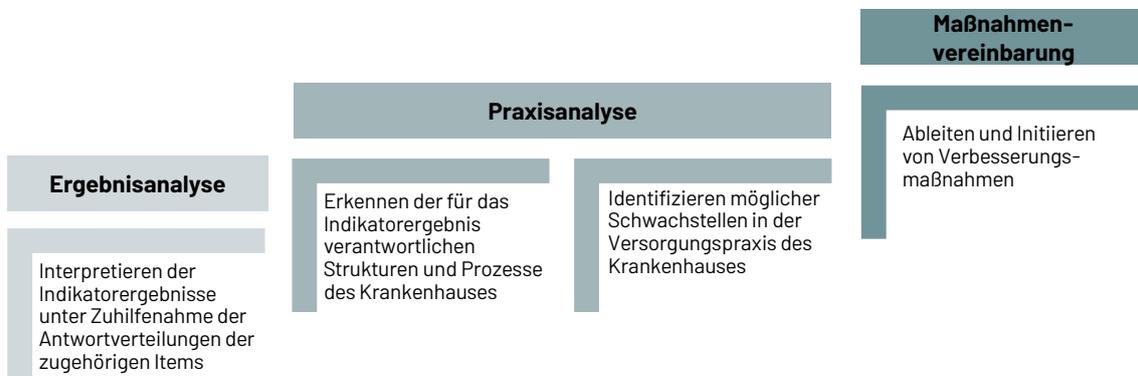


Abbildung 10: Übersicht zum gestuften Vorgehen für die Analyse der Versorgungspraxis auf Basis der Indikatorergebnisse der Patientenbefragung

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 substanziale 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 indikatorspezifische 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 indikatorspezifischen Leitfragen als Beispiele für die Patientenbefragung Entlassmanagement in Anhang D.1 ermöglichen eine bundeseinheitliche Festlegung zu Struktur und Inhalten der angeforderten Stellungnahmen. Diese indikatorspezifischen 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 indicatorspezifische 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 indicatorspezifische 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 45x06 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welches Qualitätsziel soll durch den Indikator abgebildet werden? ▪ Welcher Referenzbereich ist für den Indikator vorgesehen? ▪ Welche Patientengruppe adressiert der Indikator? 	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzung der vom IQTIG bereitgestellten Dokumente 	LAG
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungserbringerbezogene Rückmeldeberichte 	LE
Schritt 1: Ergebnisanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Indikatoren weisen ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis auf? ▪ Welche konkreten Qualitätsanforderungen eines Indikators wurden anhand der Antwortverteilungen der jeweiligen Items nicht erreicht? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse anhand des jeweiligen Rückmeldeberichts ▪ Tiefergehende Interpretation anhand der Antwortverteilungen der zugehörigen Items im Rückmeldebericht 	LE
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderung einer schriftlichen Stellungnahme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Prozesse und Strukturen des Leistungserbringers beeinflussen die Qualitätsanforderung bzw. das Qualitätsziel des Indikators? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verfassen einer schriftlichen Stellungnahme nach Vorgaben der LAG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verwendung der indikatorspezifischen Leitfragen, um strukturierte Praxisanalyse durchzuführen 	LE
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Akteure und Schnittstellen des Leistungserbringers sind daran beteiligt? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse der vom LE dargelegten Sachverhalte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzung der indikatorspezifischen Leitfragen, um Sachverhalte zu beurteilen 	LAG
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wo liegen in den Prozessen oder Strukturen des Leistungserbringers Schwachstellen bzw. Qualitätsprobleme vor, die das Indikatorergebnis beeinflussen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschließende Bewertung des Stellungnahmeverfahrens 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitfragen zur übergreifenden Bewertung der Stellungnahme ▪ Einheitlicher Umgang mit Darlegungen zu besonderen Patientenmerkmalen ▪ Spezifika der Patientenbefragung für das Einstufungsschema 	LAG
Schritt 3: Maßnahmenvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.)? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entscheidung der LAG über Notwendigkeit, Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen zur Qualitätsförderung ▪ Ableiten und Initiieren von Verbesserungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Stellungsverfahren 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 Stellungnahmeverfahrens 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 Stellungnahmeverfahrens 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 Stellungnahmeverfahren 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Indikatoren weisen ein rechnerisch auffälliges Indikatorergebnis auf? ▪ Welche konkreten Qualitätsanforderungen wurden anhand der Antworten zu den jeweiligen Datenfeldern nicht erreicht? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikation und Prüfung der Gründe rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikation und Prüfung der Gründe rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikation rechnerisch auffälliger Indikatorergebnisse anhand des jeweiligen Rückmeldeberichts ▪ Prüfung der Gründe der Auffälligkeit anhand der Antworten der zugehörigen Datenfelder im Rückmeldebericht 	LE
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anforderung einer schriftlichen Stellungnahme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Festlegung zu Struktur und Inhalten der angeforderten Stellungnahmen 	LAG
Schritt 2 - Qualitative Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welcher Ursache hat zur Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung geführt? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verfassen einer schriftlichen Stellungnahme nach Vorgaben der LAG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Darlegung in der schriftlichen Stellungnahme, welche Ursache zur rechnerischen Auffälligkeit geführt hat 	LE
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewertung des rechnerisch auffälligen Indikatorergebnisses (qualitative Bewertung) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialog mit der LAG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Maßnahmen können ergriffen werden, um Verbesserungen in den Prozessen und Strukturen zu erzielen, sodass die Qualitätsanforderungen der Indikatoren erfüllt werden? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dialog mit dem LE ▪ Entscheidung der LAG über Notwendigkeit, Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen zur Qualitätsförderung ▪ Ableiten und Initiieren von Verbesserungsmaßnahmen (Maßnahmenstufe 1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Vollzähligkeit 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 Versandestelle 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.

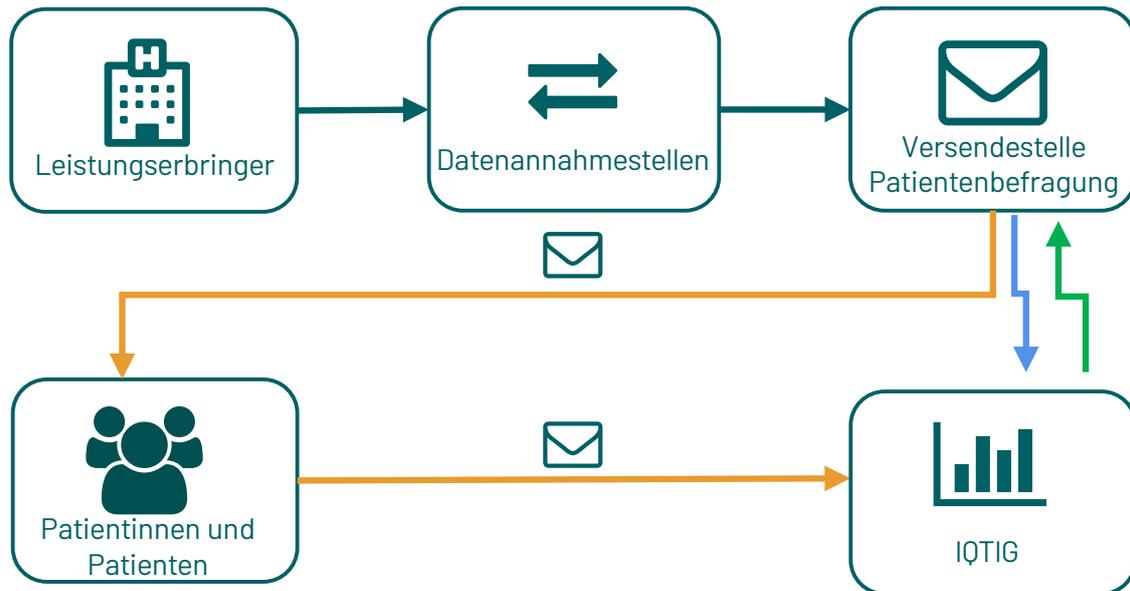


Abbildung 12: Datenfluss für stationäre Leistungserbringer zur Durchführung der Patientenbefragung

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).

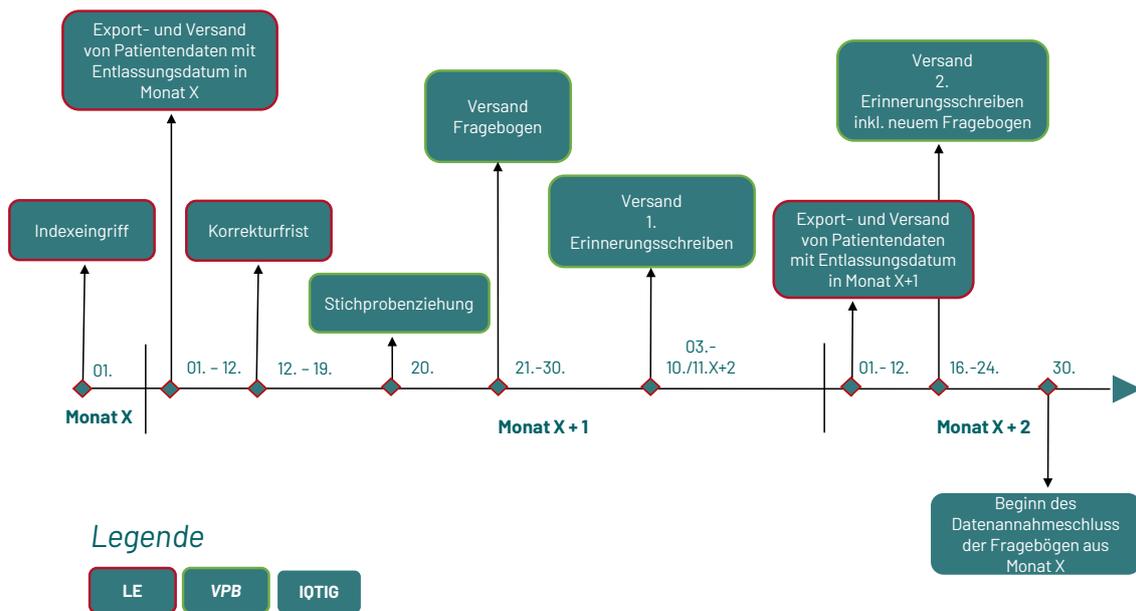


Abbildung 13: Schema der Zeitpunkte für Datenübermittlung und Fragebogenversand

LE = Leistungserbringer; VPB = Versendestelle Patientenbefragung

Die Leistungserbringer übermitteln bis spätestens zum 12. Tag jeden Monats die Versendedatenätze 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 Erstanschreibens von der Versendestelle geplant. Das bedeutet, dass bei einem Versand des Erstanschreibens 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 Grenzverweildauer 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 Grenzverweildauer 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 (Institutskennezeichen 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.

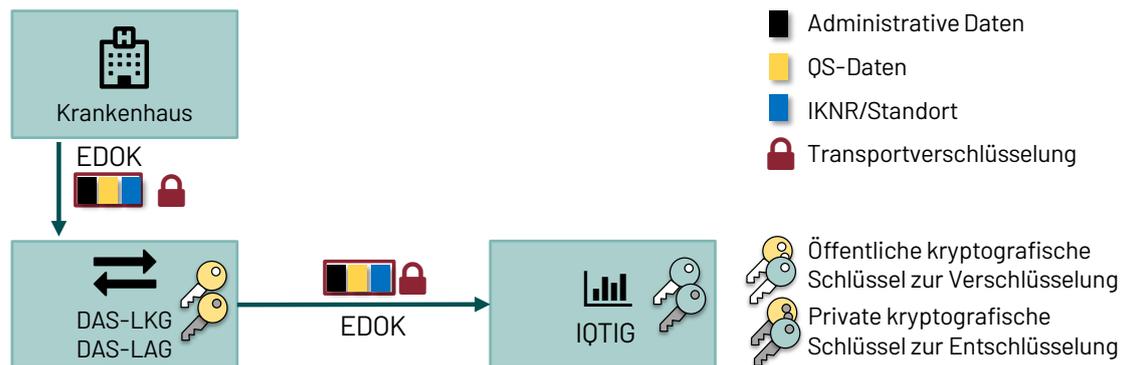


Abbildung 14: Datenfluss der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus

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 <i>Entlassmanagement</i>	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 Einwilligungsstatus 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/Gesundheitssystem-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/024-025_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 Stellungsnehmerverfahren. 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. *European 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.genhosppsy.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: 10.1124/jbisrir-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 Entlassmanagement 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