

QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Weiterentwicklung des Konzepts und der Umsetzungsvorschläge

Anhang zum Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

Ansprechperson Dr. Veronika Andorfer, Jonas Plange

Datum der Abgabe 13. Dezember 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

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

Datum des Auftrags 6. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Weiterentwicklung der Fallauslösung	5
Anhang A.1: Operationalisierung der eingeschlossenen Kriterien	6
Anhang A.2: Auswertung des MD-Bund zur Anzahl der Begutachtungen der Pflegegrade.....	42
Anhang A.3: Ausgeschlossene Kriterien	44
Anhang A.4: Analysen der Routinedaten	46
Übersicht der analysierten Routinedaten je eingeschlossenem Kriterium	46
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad und hoher pflegerischer Aufwand (Szenario 1a)	47
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand und Transplantationen (Szenario 1b)	48
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und chronische Krankheiten (Szenario 2)	49
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und Operationen (Szenario 3)	50
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und psychische Erkrankungen (Szenario 4)	51
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, chronische und psychische Erkrankungen (Szenario 5)	52
Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, Operationen und psychische Erkrankungen (Szenario 6)	53
Anhang B: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	55
Anhang C: Externes QS-Audit.....	63
Anhang C.1: Übersicht der Qualitätsmerkmale.....	64
Anhang C.2: Leitfaden zur Dokumentenprüfung.....	68
Anhang C.3: Erläuterungen zur Dokumentenprüfung	71
Anhang C.4: Leitfaden zur Prozessprüfung.....	75
Anhang C.5: Evidenzbelege zu den Qualitätsanforderungen des externen QS-Audits	80
Anhang C.6: Berechnungsvorlage zur Dokumenten- und Prozessprüfung	104
Anhang C.7: Vorlage zum Ergebnisbericht zum externen QS-Audit	108
Anhang C.8: Abfrage zur Umsetzung des Maßnahmenplans.....	119

Anhang D: Umgang mit den Indikatorergebnissen des QS-Verfahrens <i>Entlassmanagement</i> im Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL	123
Anhang D.1: Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen für die Indikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens <i>Entlassmanagement</i>	124
Anhang D.2: Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	145
Anhang D.2.1: Gründe zur rechnerischen Auffälligkeit und Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen	146
Anhang D.2.2: Kriterien zur Bewertung des Indikatorergebnisses	151
Anhang E: Externe Beteiligung	153
Anhang E.1: Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Sitzung des Expertengremiums vom 5. September 2024	154
Anhang E.2: Ergebnisse der externen Beteiligung und Empfehlungen des IQTIG	156
Literatur	173
Impressum.....	175

Anhang A: Weiterentwicklung der Fallauslösung

Anhang A.1: Operationalisierung der eingeschlossenen Kriterien

Tabelle 1: Übersicht der eingeschlossenen Kriterien mit Operationalisierung anhand ICD-/OPS-Kodes

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
Pflegegrad	■ 9-984 Pflegebedürftigkeit: ▫ 9-984.8 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3¹ ▫ 9-984.9 Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4² ▫ 9-984.a Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5³ ▫ 9-984.b Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad⁴	Siehe Operationalisierung Erwachsene
Hoher pflegerischer Aufwand (Komplexbehandlungen, Dekubitus)	■ 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): ▫ 8-980.9 5.521 bis 7.360 Aufwandspunkte ▫ 8-980.a 7.361 bis 9.200 Aufwandspunkte ▫ 8-980.b 9.201 bis 11.040 Aufwandspunkte ▫ 8-980.c 11.041 bis 13.800 Aufwandspunkte ▫ 8-980.d 13.801 bis 16.560 Aufwandspunkte ▫ 8-980.e 16.561 bis 19.320 Aufwandspunkte ▫ 8-980.f 19.321 oder mehr Aufwandspunkte ■ 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	Siehe Operationalisierung Erwachsene Zusätzliche Kodes: ■ 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) ▫ 8-98d.h 5.881 bis 6.860 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.j 6.861 bis 7.840 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.k 7.841 bis 9.800 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.m 9.801 bis 11.760 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.n 11.761 bis 13.720 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.p 13.721 bis 16.660 Aufwandspunkte

¹ Zur Auswertung der Routinedaten wurde der Code 9-984.1 Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit) aus der OPS Version 2016 zur Operationalisierung genutzt

² Zur Auswertung der Routinedaten wurde der Code 9-984.2 Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit) aus der OPS Version 2016 zur Operationalisierung genutzt

³ Zur Auswertung der Routinedaten wurde der Code 9-984.3 Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (H) (schwerste Pflegebedürftigkeit, Härtefall) aus der OPS Version 2016 zur Operationalisierung genutzt

⁴ Zur Auswertung der Routinedaten wurde der Code 9-984.4 Erfolgter Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe aus der OPS Version 2016 zur Operationalisierung genutzt

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	■ 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) ▫ 8-98f.9 5.521 bis 7.360 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.a7.361 bis 9.200 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.b9.201 bis 11.040 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.c11.041 bis 13.800 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.d13.801 bis 16.560 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.e 16.561 bis 19.320 Aufwandspunkte ▫ 8-98f.f 19.321 oder mehr Aufwandspunkte ■ 8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst ■ 8-98i Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ■ 8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ■ 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung ■ Dekubitalgeschwür und Druckzone: ▫ L89.2-Dekubitus, Stadium 3 ▫ L89.3-Dekubitus, Stadium 4	▫ 8-98d.q 16.661 bis 19.600 Aufwandspunkte ▫ 8-98d.r 19.601 oder mehr Aufwandspunkte ■ 8-972 Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie ■ 8-973 Komplexbehandlung bei Spina bifida ■ Sepsis ▫ A02.1 Salmonellensepsis ▫ A32.7 Listeriensepsis ▫ A39.1 Waterhouse-Friderichsen-Syndrom ▫ A39.2 akute Meningokokkensepsis ▫ A40 Streptokokkensepsis ▫ A41 Sonstige Sepsis ▫ B37.7 Candida-Sepsis ▫ R57.2 Septischer Schock ▫ P36 bakterielle Sepsis beim Neugeborenen
Transplantationen	■ 5-375 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation ■ 5-411 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark ■ 5-528 Transplantation von Pankreas(gewebe) ■ 5-335 Lungentransplantation ■ 5-504 Lebertransplantation ■ 5-555 Nierentransplantation	Siehe Operationalisierung Erwachsene
Operationen	■ Operationen am Herzen/vaskuläre Operationen: ▫ 5-35 Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße	Siehe Operationalisierung Erwachsene Zusätzliche Codes:

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-36 Operationen an den Koronargefäßen ▪ 5-82 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz ▪ 5-83 Operationen an der Wirbelsäule: ▫ 5-835 Knochenersatz an der Wirbelsäule ▫ 5-836 Spondylodese ▫ 5-837 Wirbelkörperersatz ▫ 5-838 Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (bei Kindern und Jugendlichen)⁵ ▫ 5-839 Andere Operationen an der Wirbelsäule ▪ 5-86 Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und Operationen an den Bewegungsorganen ▪ Neurochirurgische Operationen: ▫ 5-01 Inzision (Trepanation), Exzision und Destruktion an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten ▫ 5-02 Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten ▫ 5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal ▫ 5-04 Operationen an Nerven und Nervenganglien ▫ 5-05 Andere Operationen an Nerven und Nervenganglien	5-42 bis 5-54: Operationen am Verdauungstrakt UND Alter <1 Jahr
Tumorerkrankungen ⁶	ICD Kode: ▪ C00 bis C97 Bösartige Neubildungen ▪ D37 bis D48 Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens OPS Kode:	Siehe Operationalisierung Erwachsene Zusätzliche Kodes: ▪ 5-399.5 Implantation oder Wechsel von venösen Katheterversweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)

⁵ In der OPS Version 20016 unter 5-837 Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule zusammengefasst.

⁶ Bei diesem Kriterium muss eine Verknüpfung von Diagnose (ICD -Kode) und Prozedur (OPS-Kode) vorhanden sein, um zur Fallauslösung zu dienen. Die Verknüpfung erfolgt mit einer UND-Verbindung im Auswertungskode. Innerhalb der ICD- oder OPS-Kodes kann die Verknüpfung mit einer ODER-Verbindung erfolgen.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▪ 8-52 Strahlentherapie ▪ 8-53 Nuklearmedizinische Therapie ▪ 8-54 Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie ▪ 8-98 Sonstige Multimodale Komplexbehandlungen: ▫ 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung ▫ 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung ▫ 8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst⁷ Operationen der Tumore⁸ ▪ Gehirn/Nerven: ▫ 5-014 Stereotaktische Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten ▫ 5-015 Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellm Gewebe ▫ 5-016 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen ▫ 5-017.1 Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien: Resektion ▫ 5-017.2 Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien: Destruktion ▫ 5-017.x Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien, Sonstige ▫ 5-017.y Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien, N.n.bez. ▫ 5-018 Mikrovaskuläre Dekompression von intrakraniellen Nerven	

⁷ In der OPS Version 2016 ist der Code nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden.

⁸ Zur Extraktion der passenden OPS-Kodes wurde sich an den Listen der tumorspezifischen OPS-Kodes der Krebsregister von Rheinland-Pfalz (Krebsregister RLP 2024) und Nordrhein-Westfalen (LKR NRW 2020) orientiert.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-025.2 Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen, Präparation und Resektion ▫ 5-025.5 Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen, Präparation und Destruktion, intrazerebral ▫ 5-025.6 Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen, Präparation und Destruktion, extrazerebral ▫ 5-025.9 Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen, Sonstige kombinierte Verfahren ▫ 5-025.x Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen, Sonstige ▫ 5-025.y Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen - N.n.bez. ▫ 5-029.x Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten, Sonstige ▫ 5-029.y Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten, N.n.bez. ▫ 5-035 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkshäute ▫ 5-037.0 Operationen an intraspinalen Blutgefäßen, Präparation und Resektion ▫ 5-037.1 Operationen an intraspinalen Blutgefäßen, Präparation und Destruktion ▫ 5-037.x Operationen an intraspinalen Blutgefäßen, Sonstige ▫ 5-037.y Operationen an intraspinalen Blutgefäßen, N.n.bez. ▫ 5-038.x Operationen am spinalen Liquorsystem, Sonstige ▫ 5-038.y Operationen am spinalen Liquorsystem, N.n.bez ▫ 5-039.x Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen, Sonstige ▫ 5-039.y Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen, N.n.bez. ▫ 5-041 Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-04c Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven⁹ ▫ 5-059.x Andere Operationen an Nerven und Ganglien, Sonstige ▫ 5-059.y Andere Operationen an Nerven und Ganglien, N.n.bez. ■ Endokrine System: ▫ 5-06a Destruktion von erkranktem Gewebe der Schilddrüse¹⁰ ▫ 5-061 Hemithyreoidektomie ▫ 5-062 Andere partielle Schilddrüsenresektion ▫ 5-063 Thyreoidektomie ▫ 5-064 Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie ▫ 5-065 Exzision des Ductus thyreoglossus ▫ 5-066 Partielle Nebenschilddrüsenresektion ▫ 5-067 Parathyreoidektomie ▫ 5-068 Operationen an der Nebenschilddrüse durch Sternotomie ▫ 5-069.2 Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, Exzision einer Zungengrundschilddrüse ▫ 5-069.x Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, Sonstige ▫ 5-069.y Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, N.n.bez. ▫ 5-069.x Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, Sonstige ▫ 5-071 Partielle Adrenalektomie ▫ 5-072 Adrenalektomie ▫ 5-073.4 Andere Operationen an der Nebenniere: Destruktion	

⁹ In der OPS Version 20016 unter 5-041 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven zusammengefasst.

¹⁰ In der OPS Version 2016 ist der Code nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-073.x Andere Operationen an der Nebenniere, Sonstige ▫ 5-073.y Andere Operationen an der Nebenniere, N.n.bez. ▫ 5-074 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe des Corpus pineale ▫ 5-075 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse ▫ 5-076 Andere Operationen an der Hypophyse ▫ 5-077 Exzision und Resektion des Thymus ▫ 5-078.x Andere Operationen am Thymus, Sonstige ▫ 5-078.y Andere Operationen am Thymus, N.n.bez. ■ Augen/ Tränendrüse: ▫ 5-081 Exzision von (erkranktem) Gewebe der Tränendrüse ▫ 5-082.x Andere Operationen an der Tränendrüse, Sonstige ▫ 5-082.y Andere Operationen an der Tränendrüse, N.n.bez. ▫ 5-085 Exzision von erkranktem Gewebe an Tränensack und sonstigen Tränenwegen ▫ 5-089.x Andere Operationen an den Tränenwegen, Sonstige ▫ 5-089.y Andere Operationen an den Tränenwegen, N.n.bez. ▫ 5-090 Inzision des (erkrankten) Augenlides ▫ 5-091 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides ▫ 5-099.x Andere Operationen am Augenlid, Sonstige ▫ 5-099.y Andere Operationen am Augenlid, N.n.bez. ▫ 5-10e.x Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln, Sonstige ▫ 5-10e.y Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln, N.n.bez ▫ 5-10j.x Andere Operationen an den schrägen Augenmuskeln, Sonstige ▫ 5-10j.y Andere Operationen an den schrägen Augenmuskeln, N.n.bez.	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-10k Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln ▫ 5-10m Andere Operationen an den Augenmuskeln ▫ 5-112 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva ▫ 5-119.x Andere Operationen an der Konjunktiva, Sonstige ▫ 5-119.y Andere Operationen an der Konjunktiva, N.n.bez. ▫ 5-123 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea ▫ 5-129.x Andere Operationen an der Kornea, Sonstige ▫ 5-129.y Andere Operationen an der Kornea, N.n.bez. ▫ 5-133.a0 Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation, Trabekulektomie ab interno, Durch Exzision ▫ 5-133.ax Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation, Trabekulektomie ab interno, Sonstige ▫ 5-135 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Iris, Corpus ciliare und Sklera ▫ 5-136.1 Andere Iridektomie und Iridotomie, Iridotomie mit Laser ▫ 5-136.x Andere Iridektomie und Iridotomie, Sonstige ▫ 5-136.y Andere Iridektomie und Iridotomie, N.n.bez. ▫ 5-137.x Andere Operationen an der Iris, Sonstige ▫ 5-137.y Andere Operationen an der Iris, N.n.bez. ▫ 5-138.x Operationen an der Sklera, Sonstige ▫ 5-138.y Operationen an der Sklera, N.n.bez. ▫ 5-139.0 Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare, Parazentese ▫ 5-139.3 Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare, Exzision einer Epitheleinwachsung	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-139.x Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare, Sonstige ▫ 5-139.y Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare, N.n.bez. ▫ 5-149.25 Andere Operationen an der Linse, Sonderform der Intraokularlinse, Intraokularlinse mit Winkelverschiebung ▫ 5-155 Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea ▫ 5-156.0 Andere Operationen an der Retina, Retinotomie ▫ 5-156.1 Andere Operationen an der Retina, Retinektomie ▫ 5-156.x Andere Operationen an der Retina, Sonstige ▫ 5-156.y Andere Operationen an der Retina, N.n.bez. ▫ 5-157.1 Andere Operationen an der Choroidea, Exzision von subretinalem Gewebe ▫ 5-157.2 Andere Operationen an der Choroidea, Blockexzision der Choroidea ▫ 5-157.x Andere Operationen an der Choroidea, Sonstige ▫ 5-157.y Andere Operationen an der Choroidea, N.n.bez. ▫ 5-162 Entfernung des Augeninhaltes [Eviszeration] ▫ 5-163 Entfernung des Augapfels [Enukleation] ▫ 5-164 Andere Exzision, Destruktion und Exenteration der Orbita und Orbitainnenhaut ▫ 5-168.1 Operationen am N. opticus: Exzision von erkranktem Gewebe des N. opticus ▫ 5-168.x Operationen am N. opticus, Sonstige ▫ 5-168.y Operationen am N. opticus, N.n.bez. ▫ 5-169.x Andere Operationen an Orbita, Auge und Augapfel, Sonstige ▫ 5-169.y Andere Operationen an Orbita, Auge und Augapfel, N.n.bez. ■ Ohr:	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-181 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres ▫ 5-182 Resektion der Ohrmuschel ▫ 5-189.x Andere Operationen am äußeren Ohr, Sonstige ▫ 5-189.y Andere Operationen am äußeren Ohr, N.n.bez. ▫ 5-193 Andere Operationen an den Gehörknöchelchen ▫ 5-199 Andere mikrochirurgische Operationen am Mittelohr ▫ 5-203 Mastoidektomie ▫ 5-205 Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr ▫ 5-209.0 Andere Operationen am Mittel- und Innenohr, Tympanosympathektomie ▫ 5-209.1x Andere Operationen am Mittel- und Innenohr, Operation an der Tuba auditiva, Sonstige ▫ 5-209.6 Andere Operationen am Mittel- und Innenohr, Remastoidektomie ▫ 5-209.x Andere Operationen am Mittel- und Innenohr, Sonstige ▫ 5-209.y Andere Operationen am Mittel- und Innenohr, N.n.bez. ■ Nase: ▫ 5-212 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase ▫ 5-213 Resektion der Nase ▫ 5-214.0 Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums, Submuköse Resektion ▫ 5-214.6 Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums, Plastische Korrektur mit Resektion ▫ 5-214.x Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums, Sonstige ▫ 5-214.y Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums, N.n.bez. ▫ 5-215 Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-219.x Andere Operationen an der Nase, Sonstige ▫ 5-219.y Andere Operationen an der Nase, N.n.bez. ▫ 5-221.0 Operationen an der Kieferhöhle, Fensterung über unteren Nasengang ▫ 5-221.4 Operationen an der Kieferhöhle, Radikaloperation (z.B. Operation nach Caldwell-Luc) ▫ 5-221.6 Operationen an der Kieferhöhle, Endonasal ▫ 5-221.x Operationen an der Kieferhöhle, Sonstige ▫ 5-221.y Operationen an der Kieferhöhle, N.n.bez. ▫ 5-222.1 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie von außen ▫ 5-222.2 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, endonasal ▫ 5-222.3 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, transmaxillär ▫ 5-222.4 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidotomie, endonasal ▫ 5-222.5 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidotomie von außen ▫ 5-222.6 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidotomie, transseptal ▫ 5-222.7 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidotomie, transmaxilloethmoidal ▫ 5-223.0 Operationen an der Stirnhöhle, Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens (OP nach Ritter-Jansen) ▫ 5-223.1 Operationen an der Stirnhöhle, Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Killian) ▫ 5-223.2 Operationen an der Stirnhöhle, Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Riedel) ▫ 5-223.3 Operationen an der Stirnhöhle, Osteoplastische Operation ▫ 5-223.5 Operationen an der Stirnhöhle, Endonasale Stirnhöhlenoperation	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-223.x Operationen an der Stirnhöhle, Sonstige ▫ 5-223.y Operationen an der Stirnhöhle, N.n.bez. ▫ 5-224.3 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Ethmoidspheenoidektomie, endonasal ▫ 5-224.4 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal Nein ▫ 5-224.5 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal mit Einbruch in die Flügelgaumengrube, kombiniert transfazial und transmandibulär ▫ 5-224.6 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal ▫ 5-224.7 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert endonasal und von außen ▫ 5-224.x Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen, Sonstige ▫ 5-224.y Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen, N.n.bez. ▫ 5-229 Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen ▪ Mundhöhle und Gesicht: ▫ 5-242.0 Andere Operationen am Zahnfleisch, Kürettage von Zahnfleischtaschen ▫ 5-242.1 Andere Operationen am Zahnfleisch, Operation am Schlotterkamm ▫ 5-242.2 Andere Operationen am Zahnfleisch: Exzision von erkranktem Gewebe ▫ 5-242.3 Andere Operationen am Zahnfleisch, Gingivektomie ▫ 5-242.x Andere Operationen am Zahnfleisch, Sonstige ▫ 5-242.y Andere Operationen am Zahnfleisch, N.n.bez. ▫ 5-243 Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers ▫ 5-249.x Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen, Sonstige	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-249.y Andere Operationen und Maßnahmen an Gebiss, Zahnfleisch und Alveolen, N.n.bez. ▫ 5-250.2 Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge, Exzision ▫ 5-250.3 Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge, Destruktion ▫ 5-250.x Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge, Sonstige ▫ 5-250.y Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge, N.n.bez. ▫ 5-251 Partielle Glossektomie ▫ 5-252 Glossektomie ▫ 5-259.x Andere Operationen an der Zunge, Sonstige ▫ 5-259.y Andere Operationen an der Zunge, N.n.bez. ▫ 5-261 Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges ▫ 5-262 Resektion einer Speicheldrüse ▫ 5-269.1 Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang, Destruktion einer Speicheldrüse ▫ 5-269.3 Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang: Elektrochemotherapie¹¹ ▫ 5-269.4 Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum mit Verlagerung der Glandula parotis¹¹ ▫ 5-269.x Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang, Sonstige ▫ 5-269.y Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang, N.n.bez. ▫ 5-272 Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens	

¹¹ In der OPS Version 2016 ist der Code nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-273 Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle ▫ 5-277 Resektion des Mundbodens mit plastischer Rekonstruktion ▫ 5-278 Resektion der Wange mit plastischer Rekonstruktion ▫ 5-279.x Andere Operationen am Mund, Sonstige ▫ 5-279.y Andere Operationen am Mund, N.n.bez. ▫ 5-281 Tonsillektomie (ohne Adenotomie) ▫ 5-282 Tonsillektomie mit Adenotomie ▫ 5-284 Exzision und Destruktion einer Zungengrundtonsille ▫ 5-285 Adenotomie (ohne Tonsillektomie) ▫ 5-289.0 Destruktion von erkranktem Gewebe ▫ 5-289.4 Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Exzision von erkranktem Gewebe ▫ 5-289.x Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln, Sonstige ▫ 5-289.y Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln, N.n.bez. ■ Pharynx, Larynx, Trachea: ▫ 5-291.1 Operationen an Kiemengangsresten, Exzision einer lateralen Halszyste ▫ 5-291.2 Operationen an Kiemengangsresten, Exzision einer lateralen Halsfistel ▫ 5-291.3 Operationen an Kiemengangsresten, Sekundärer Eingriff ▫ 5-291.x Operationen an Kiemengangsresten, Sonstige ▫ 5-291.y Operationen an Kiemengangsresten, N.n.bez. ▫ 5-292 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx ▫ 5-295 Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion] ▫ 5-299.x Andere Operationen am Pharynx, Sonstige ▫ 5-299.y Andere Operationen am Pharynx, N.n.bez.	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-300 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx ▫ 5-301 Hemilaryngektomie ▫ 5-302 Andere partielle Laryngektomie ▫ 5-303 Laryngektomie ▫ 5-314 Exzision, Resektion und Destruktion (von erkranktem Gewebe) der Trachea ▫ 5-319.x Andere Operationen an Larynx und Trachea, Sonstige ▫ 5-319.y Andere Operationen an Larynx und Trachea, N.n.bez. ■ Lunge und Bronchus: ▫ 5-320 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus ▫ 5-321.0 Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms), Keilexzision ▫ 5-321.1 Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms), Bronchusresektion mit End-zu-End-Anastomose ▫ 5-321.2 Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms), Bifurkationsresektion (mit Rekonstruktion) ▫ 5-321.x Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms), Sonstige ▫ 5-321.y Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms), N.n.bez. ▫ 5-322 Atypische Lungenresektion ▫ 5-323 Segmentresektion und Bisegmentresektion der Lunge ▫ 5-324 Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge ▫ 5-325 Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge ▫ 5-327 Einfache (Pleuro-)Pneum(on)ektomie	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-328 Erweiterte (Pleuro-)Pneum(on)ektomie ▫ 5-339.2 Andere Operationen an Lunge und Bronchien, Destruktion von erkranktem Lungengewebe ▫ 5-339.x Andere Operationen an Lunge und Bronchien, Sonstige ▫ 5-339.y Andere Operationen an Lunge und Bronchien, N.n.bez. ▫ 5-340.a Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, offen chirurgisch ▫ 5-340.b Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, thorakoskopisch ▫ 5-342 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums ▫ 5-343 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand ▫ 5-344 Pleurektomie ▫ 5-347.3 Exzision von erkranktem Gewebe ▫ 5-347.x Operationen am Zwerchfell, Sonstige ▫ 5-347.y Operationen am Zwerchfell, N.n.bez. ▫ 5-349.x Andere Operationen am Thorax, Sonstige ▫ 5-349.y Andere Operationen am Thorax, N.n.bez. ■ Herz: ▫ 5-354 Andere Operationen an Herzklappen ▫ 5-372 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Perikardes und Perikardektomie ▫ 5-373.0 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Exzision am Vorhof ▫ 5-373.1 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Exzision am Ventrikel ▫ 5-373.5 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, MAZE-Verfahren (Alternative Verfahren)	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-373.6 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Exzision am Reizleitungssystem, am Ventrikel ▫ 5-373.7 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Destruktion am Reizleitungssystem, am Vorhof ▫ 5-373.8 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Destruktion am Reizleitungssystem, am Ventrikel ▫ 5-373.x Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, Sonstige ▫ 5-373.y Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens, N.n.bez. ▫ 5-379.5 Andere Operationen an Herz und Perikard, Reoperation ▫ 5-379.x Andere Operationen an Herz und Perikard, Sonstige ▫ 5-379.y Andere Operationen an Herz und Perikard, N.n.bez. ■ Blutgefäße ▫ 5-382 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung ▫ 5-383 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen ▫ 5-384 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta ▫ 5-386 Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme ▫ 5-394.x Revision einer Blutgefäßoperation, Sonstige ▫ 5-394.y Revision einer Blutgefäßoperation, N.n.bez. ▫ 5-398 Operationen am Glomus caroticum und anderen Paraganglien ▫ 5-399.x Andere Operationen an Blutgefäßen, Sonstige ▫ 5-399.y Andere Operationen an Blutgefäßen, N.n.bez. ■ Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem: ▫ 5-401 Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-402 Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff ▫ 5-403 Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection] ▫ 5-404 Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff ▫ 5-405.x Operationen am Ductus thoracicus, Sonstige ▫ 5-405.y Operationen am Ductus thoracicus, N.n.bez. ▫ 5-406 Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation ▫ 5-407 Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation ▫ 5-408.5 Andere Operationen am Lymphgefäßsystem, Destruktion von erkrankten Lymphknoten durch Thermoablation, perkutan ▫ 5-408.7 Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer zervikalen Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe ▫ 5-408.x Andere Operationen am Lymphgefäßsystem, Sonstige ▫ 5-408.y Andere Operationen am Lymphgefäßsystem, N.n.bez. ▫ 5-413 Splenektomie ▫ 5-419.3 Andere Operationen an der Milz, Thermokoagulation ▫ 5-419.4 Andere Operationen an der Milz, Laserkoagulation ▫ 5-419.x Andere Operationen an der Milz, Sonstige ▫ 5-419.y Andere Operationen an der Milz, N.n.bez. ■ Verdauungstrakt: ▫ 5-422 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus ▫ 5-423 Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität ▫ 5-424 Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-425 (Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität ▫ 5-426 (Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität ▫ 5-429.e Andere Operationen am Ösophagus, Endoskopische Injektion ▫ 5-429.x Andere Operationen am Ösophagus, Sonstige ▫ 5-429.y Andere Operationen am Ösophagus, N.n.bez. ▫ 5-42a Weitere Operationen am Ösophagus ▫ 5-432.2 Operationen am Pylorus: Pylorusresektion mit Gastroduodenostomie (z.B. bei Pylorusatresie) ▫ 5-432.x Operationen am Pylorus, Sonstige ▫ 5-432.y Operationen am Pylorus, N.n.bez. ▫ 5-433 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens ▫ 5-434 Atypische partielle Magenresektion ▫ 5-435 Partielle Magenresektion (2/3-Resektion) ▫ 5-436 Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion) ▫ 5-437 (Totale) Gastrektomie ▫ 5-438 (Totale) Gastrektomie mit Ösophagusresektion ▫ 5-439 Andere Inzision, Exzision und Resektion am Magen ▫ 5-447.c Revision nach Magenresektion, Nachresektion eines Schlauchmagens ▫ 5-447.x Revision nach Magenresektion, Sonstige ▫ 5-447.y Revision nach Magenresektion, N.n.bez. ▫ 5-449.e Andere Operationen am Magen, Injektion ▫ 5-449.e3 Andere Operationen am Magen, Injektion, Endoskopisch¹²	

¹² In der OPS Version 2016 ist der Code nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-449.x0 Andere Operationen am Magen, Sonstige, Offen chirurgisch¹³ ▫ 5-449.x1 Andere Operationen am Magen, Sonstige, Laparoskopisch ▫ 5-449.x2 Andere Operationen am Magen, Sonstige, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch ▫ 5-449.xx Andere Operationen am Magen, Sonstige, Sonstige ▫ 5-449.y Andere Operationen am Magen, N.n.bez. ▫ 5-44a Weitere Operationen am Magen ▫ 5-451 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes ▫ 5-452 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes ▫ 5-454 Resektion des Dünndarmes ▫ 5-455 Partielle Resektion des Dickdarmes ▫ 5-456 (Totale) Kolektomie und Proktokolektomie ▫ 5-464.x Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma, Sonstige ▫ 5-464.y Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma, N.n.bez. ▫ 5-469.x Andere Operationen am Darm, Sonstige ▫ 5-469.y Andere Operationen am Darm, N.n.bez. ▫ 5-46a Weitere Operationen am Darm ▫ 5-470 Appendektomie ▫ 5-471 Simultane Appendektomie ▫ 5-479.x Andere Operationen an der Appendix, Sonstige ▫ 5-479.y Andere Operationen an der Appendix, N.n.bez. ▫ 5-482 Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	

¹³ In der OPS Version 2016 ist der Code nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-484 Rektumresektion unter Sphinktererhaltung ▫ 5-485.0 Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, Abdominoperineal ▫ 5-485.2 Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, Abdominosakral ▫ 5-485.4 Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, Sakroperineal ▫ 5-485.5 Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, Perineal ▫ 5-485.x Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, Sonstige ▫ 5-485.y Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung, N.n.bez. ▫ 5-489.x Andere Operation am Rektum, Sonstige ▫ 5-489.y Andere Operation am Rektum, N.n.bez. ▫ 5-490 Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion ▫ 5-492 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals ▫ 5-492.0 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals, Exzision ▫ 5-499.x Andere Operationen am Anus, Sonstige ▫ 5-499.y Andere Operationen am Anus, N.n.bez. ▫ 5-501 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion) ▫ 5-502 Anatomische (typische) Leberresektion ▫ 5-509.x Andere Operationen an der Leber, Sonstige ▫ 5-511 Cholezystektomie ▫ 5-513.3 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Exzision ▫ 5-513.4 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Destruktion ▫ 5-513.x Endoskopische Operationen an den Gallengängen, Sonstige ▫ 5-513.y Endoskopische Operationen an den Gallengängen, N.n.bez. ▫ 5-514.3 Andere Operationen an den Gallengängen, Exzision	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-514.d Andere Operationen an den Gallengängen, Revision (als selbständiger Eingriff) ▫ 5-514.q Andere Operationen an den Gallengängen, Destruktion durch Elektrokoagulation ▫ 5-514.r Andere Operationen an den Gallengängen, Destruktion durch photodynamische Therapie ▫ 5-514.s Andere Operationen an den Gallengängen, Destruktion durch Radiofrequenzablation ▫ 5-514.t Andere Operationen an den Gallengängen, Destruktion durch sonstige Verfahren ▫ 5-514.u Andere Operationen an den Gallengängen, Therapeutische perkutan-transhepatische Endoskopie der Gallenwege ▫ 5-514.x Andere Operationen an den Gallengängen, Sonstige ▫ 5-514.y Andere Operationen an den Gallengängen, N.n.bez. ▫ 5-515 Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge ▫ 5-518.3 Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major, Destruktion von erkranktem Gewebe der Papilla duodeni major ▫ 5-518.4 Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major, Exzision der Papilla duodeni major mit Replantation des Ductus choledochus ▫ 5-518.5 Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major, Sonstige Exzision oder Destruktion ▫ 5-518.x Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major, Sonstige ▫ 5-518.y Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major, N.n.bez. ▫ 5-519.x Andere Operationen an Gallenblase und Gallengängen, Sonstige ▫ 5-519.y Andere Operationen an Gallenblase und Gallengängen, N.n.bez ▫ 5-521 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas ▫ 5-524 Partielle Resektion des Pankreas ▫ 5-525 (Totale) Pankreatektomie	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-526.3 Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Exzision ▫ 5-526.4 Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Destruktion ▫ 5-526.x Endoskopische Operationen am Pankreasgang, Sonstige ▫ 5-526.y Endoskopische Operationen am Pankreasgang, N.n.bez. ▫ 5-529.3 Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Exzision des Ductus pancreaticus ▫ 5-529.4 Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Destruktion des Ductus pancreaticus ▫ 5-529.d Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang, Revision (als selbständiger Eingriff) ▫ 5-529.t Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang, Transgastrale Chemoablation einer neoplastischen Pankreaszyste ▫ 5-529.u Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang, Transduodenale Chemoablation einer neoplastischen Pankreaszyste ▫ 5-529.x Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang, Sonstige ▫ 5-529.y Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang, N.n.bez. ▫ 5-542 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand ▫ 5-543 Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe ▫ 5-547 Resektion von Gewebe in der Bauchregion ohne sichere Organzuordnung ▫ 5-549.x Andere Bauchoperationen, Sonstige ▫ 5-549.y Andere Bauchoperationen, N.n.bez. ▪ Harnorgane: ▫ 5-552 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere ▫ 5-553 Partielle Resektion der Niere	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-554 Nephrektomie ▫ 5-559.3 Andere Operationen an der Niere, Revisionsoperation ▫ 5-559.x Andere Operationen an der Niere, Sonstige ▫ 5-559.y Andere Operationen an der Niere, N.n.bez. ▫ 5-561.3 Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, Resektion, offen chirurgisch ▫ 5-561.4 Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, Resektion, perkutan-transvesikal ▫ 5-561.5 Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, Resektion, transurethral ▫ 5-561.8 Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, Resektion, laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch ▫ 5-561.x Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, Sonstige ▫ 5-561.y Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums, N.n.bez. ▫ 5-563 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie ▫ 5-569.7 Andere Operationen am Ureter, Revisionsoperation ▫ 5-569.x Andere Operationen am Ureter, Sonstige ▫ 5-569.y Andere Operationen am Ureter, N.n.bez. ▫ 5-573 Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase ▫ 5-574 Offen chirurgische und laparoskopische Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase ▫ 5-575 Partielle Harnblasenresektion ▫ 5-576 Zystektomie	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-57a Perkutane Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase ▫ 5-579.3 Andere Operationen an der Harnblase: Exzision von erkranktem Gewebe aus einer Ersatzharnblase ▫ 5-579.7 Andere Operationen an der Harnblase, Revision ▫ 5-579.x Andere Operationen an der Harnblase, Sonstige ▫ 5-579.y Andere Operationen an der Harnblase, N.n.bez. ▫ 5-582 Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra ▫ 5-583 Urethrektomie als selbständiger Eingriff ▫ 5-585 Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra ▫ 5-589.3 Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe, Exzision von periurethralem Gewebe ▫ 5-589.x Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe, Sonstige ▫ 5-589.y Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe, N.n.bez. ▫ 5-590.4 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, Exzision von perirenalem Gewebe ▫ 5-590.5 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, Exzision von retroperitonealem Gewebe ▫ 5-590.8 Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, Resektion von Gewebe ohne sichere Organzuordnung ▫ 5-590.x Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, Sonstige ▫ 5-590.y Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe, N.n.bez. ▫ 5-591 Inzision und Exzision von perivesikalem Gewebe ▫ 5-595.y Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation, N.n.bez. ▫ 5-599.x Andere Operationen am Harntrakt, Sonstige	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-599.y Andere Operationen am Harntrakt, N.n.bez. ▪ Genitalorgane: ▫ 5-601 Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe ▫ 5-602 Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe ▫ 5-603 Exzision und Destruktion von Prostatagewebe ▫ 5-604 Radikale Prostatovesikulektomie ▫ 5-605 Andere Exzision und Destruktion von Prostatagewebe ▫ 5-606.1 Operationen an den Vesiculae seminales: Exzision ▫ 5-606.2 Operationen an den Vesiculae seminales: Exstirpation ▫ 5-606.x Operationen an den Vesiculae seminales: Sonstige ▫ 5-606.y Operationen an den Vesiculae seminales: N.n.bez. ▫ 5-607.2 Inzision und Exzision von periprostatischem Gewebe: Exzision ▫ 5-607.x Inzision und Exzision von periprostatischem Gewebe, Sonstige ▫ 5-607.y Inzision und Exzision von periprostatischem Gewebe, N.n.bez. ▫ 5-609.7 Andere Operationen an der Prostata, Revision ▫ 5-609.x Andere Operationen an der Prostata, Sonstige ▫ 5-609.y Andere Operationen an der Prostata, N.n.bez. ▫ 5-612 Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe ▫ 5-619 Andere Operationen an Skrotum und Tunica vaginalis testis ▫ 5-621 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens ▫ 5-622 Orchidektomie ▫ 5-629.x Andere Operationen am Hoden, Sonstige ▫ 5-629.y Andere Operationen am Hoden, N.n.bez.	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-631.x Exzision im Bereich der Epididymis, Sonstige ▫ 5-631.y Exzision im Bereich der Epididymis, N.n.bez. ▫ 5-633 Epididymektomie ▫ 5-639.x Andere Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens, Sonstige ▫ 5-639.y Andere Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens, N.n.bez. ▫ 5-640.2 Operationen am Präputium, Zirkumzision ▫ 5-640.x Operationen am Präputium, Sonstige ▫ 5-640.y Operationen am Präputium, N.n.bez. ▫ 5-641 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis ▫ 5-642 Amputation des Penis ▫ 5-649.x Andere Operationen am Penis, Sonstige ▫ 5-649.y Andere Operationen am Penis, N.n.bez. ▫ 5-651 Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe ▫ 5-652 Ovariectomie ▫ 5-653 Salpingoovariectomie ▫ 5-659 Andere Operationen am Ovar ▫ 5-661 Salpingektomie ▫ 5-665 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina ▫ 5-669 Andere Operationen an der Tuba uterina ▫ 5-671 Konisation der Cervix uteri ▫ 5-672 Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri ▫ 5-673 Amputation der Cervix uteri	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-679.x Andere Operationen an der Cervix uteri, Sonstige ▫ 5-679.y Andere Operationen an der Cervix uteri, N.n.bez. ▫ 5-681 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus ▫ 5-682 Subtotale Uterusexstirpation ▫ 5-683 Uterusexstirpation [Hysterektomie] ▫ 5-684 Zervixstumpfexstirpation ▫ 5-685 Radikale Uterusexstirpation ▫ 5-686 Radikale Zervixstumpfexstirpation ▫ 5-687 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens ▫ 5-689 Andere Inzision und Exzision des Uterus ▫ 5-690 Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri] ▫ 5-692 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien ▫ 5-699 Andere Operationen an Uterus und Parametrien ▫ 5-702 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes ▫ 5-703 Verschluss und (sub-)totale Exstirpation der Vagina ▫ 5-709.x Andere Operationen an Vagina und Douglasraum, Sonstige ▫ 5-709.y Andere Operationen an Vagina und Douglasraum, N.n.bez. ▫ 5-711.2 Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste), Exzision ▫ 5-711.x Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste), Sonstige ▫ 5-711.y Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste), N.n.bez. ▫ 5-712 Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva ▫ 5-713 Operationen an der Klitoris ▫ 5-714 Vulvektomie	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-715 Radikale Vulvektomie ▫ 5-718.x Andere Operationen an der Vulva, Sonstige ▫ 5-718.y Andere Operationen an der Vulva, N.n.bez. ▫ 5-719 Andere Operationen an den weiblichen Genitalorganen ■ Kiefer- und Gesichtsschädel: ▫ 5-770 Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens ▫ 5-771 Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens ▫ 5-772 Partielle und totale Resektion der Mandibula ▫ 5-779.x Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen, Sonstige ■ Bewegungsorgan: ▫ 5-782 Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe ▫ 5-789.5 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Thermoablation mittels Laser, perkutan ▫ 5-789.6 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Radiofrequenzthermoablation, perkutan ▫ 5-789.7 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Magnetresonanz-gesteuerten fokussierten Ultraschall [MRgFUS], perkutan ▫ 5-789.8 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Mikrowellenablation, perkutan ▫ 5-789.9 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch irreversible Elektroporation ▫ 5-789.a Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Kryoablation, perkutan ▫ 5-801.0 Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel ▫ 5-812.0 Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe ▫ 5-832 Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule ▫ 5-839.5 Andere Operationen an der Wirbelsäule, Revision einer Wirbelsäulenoperation ▫ 5-839.h Andere Operationen an der Wirbelsäule, Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, ▫ 5-844.1 Andere Operationen an der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe ▫ 5-849.3 Andere Operationen an der Hand: Radikale Exzision von erkranktem Gewebe ▫ 5-849.4 Andere Operationen an der Hand: Radikale Exzision von erkranktem Gewebe mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation ▫ 5-849.5 Andere Operationen an der Hand: Radikale Exzision von erkranktem Gewebe mit erweiterter Präparation ▫ 5-852 Exzision an Muskel, Sehne und Faszie ▫ 5-859.x0 Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln, Sonstige, Kopf und Hals ▫ 5-862 Amputation und Exartikulation obere Extremität ▫ 5-863 Amputation und Exartikulation Hand ▫ 5-864 Amputation und Exartikulation untere Extremität ▫ 5-865 Amputation und Exartikulation Fuß ▪ Mamma: ▫ 5-870 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ▫ 5-872 (Modifizierte radikale) Mastektomie ▫ 5-874 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm pectorales majores et minores und Thoraxwandteilenresektion ▫ 5-877 Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ 5-879 Andere Exzision und Resektion der Mamma ▫ 5-882.1 Operationen an der Brustwarze, Exzision ▫ 5-882.x Operationen an der Brustwarze, Sonstige ▫ 5-882.y Operationen an der Brustwarze, N.n.bez. ▫ 5-889.x Andere Operationen an der Mamma, Sonstige ▫ 5-889.y Andere Operationen an der Mamma, N.n.bez. ■ Haut und Unterhaut: ▫ 5-894 Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ▫ 5-895 Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ▫ 5-896 Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ▫ 5-898.4 Operationen am Nagelorgan: Exzision des Nagels, partiell ▫ 5-898.5 Operationen am Nagelorgan: Exzision des Nagels, total ▫ 5-898.6 Operationen am Nagelorgan: Exzision von erkranktem Gewebe des Nagelbettes ▫ 5-898.a Operationen am Nagelorgan: Ausrottung der Nagelmatrix ▫ 5-899 Andere Exzision an Haut und Unterhaut ▫ 5-913 Entfernung oberflächlicher Hautschichten ▫ 5-915 Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ▫ 5-919 Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung	
Erkrankungen im Perinatalalter	Keine Operationalisierung für Erwachsene vorgesehen	■ P07.0 Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht ▫ P07.00 Geburtsgewicht unter 500 Gramm

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
		▫ P07.01 Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm ▫ P07.02 Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm ■ P07.1 Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht ▫ P07.10 Geburtsgewicht 1000 bis unter 1250 Gramm ▫ P07.11 Geburtsgewicht 1250 bis unter 1500 Gramm ■ P07.2 Neugeborenes mit extremer Unreife ■ P21.0 Schwere Asphyxie unter der Geburt ■ P91.6 Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen ■ P91.7 Erworbener Hydrozephalus beim Neugeborenen ■ P96.1 Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	■ I21 Akuter Myokardinfarkt ■ I46 Herzstillstand ▫ I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung ■ I50 Herzinsuffizienz ▫ I50.04! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung (NYHA Stadium III)¹⁴ ▫ I50.05! Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA Stadium IV)¹⁴ ▫ I50.13 Mit Beschwerden bei leichterer Belastung (NYHA-Stadium III) ▫ I50.14 Mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV) ■ I63 Hirninfarkt (4. Stelle zeigt Region) ■ I61 Intrazerebrale Blutung (4. Stelle zeigt Region) ■ Lähmungen ▫ G80.- Infantile Zerebralparese ▫ G81.- Hemiparese und Hemiplegie ▫ G82.- Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie ■ G83.- Sonstige Lähmungssyndrome	Siehe Operationalisierung Erwachsene Zusätzliche Codes: ■ Komplexe Herzerkrankungen ▫ Q20.1 Rechter Doppelausstromventrikel ▫ Q20.2 Linker Doppelausstromventrikel ▫ Q20.4 Doppeleinstromventrikel ▫ Q22.6 Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom ▫ Q23.4 Hypoplastisches Linksherzsyndrom ▫ I27.8 + Q Kode (außer 21.1): Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten ▫ Q21.88 + Q Kode (außer 21.1): Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten: Eisenmenger-Defekt ▫ Q20.3 Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung ▫ Q20.5 Diskordante atrioventrikuläre Verbindung ▫ Q20.0 Truncus arteriosus communis ▫ Q26.2 Totale Fehleinmündung der Lungenvenen P52.2 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Fetus und Neugeborenen

¹⁴ In der OPS Version 2016 ist der Kode nicht vorhanden und konnte daher nicht zur Auswertung berücksichtigt werden.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
Chronische Erkrankungen	■ G12 Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome ■ G20 Parkinson ▫ G20.1-Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung ▫ G20.2-Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung ■ G35 Multiple Sklerose ▫ G35.0 Erstmanifestation einer multiplen Sklerose ▫ G35.11 Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression ▫ G35.21 Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression ▫ G35.31 Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression ■ G93.3 Chronisches Fatigue Syndrom¹⁵ ■ J43 Emphyse ■ J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankungen ▫ J44.00 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes ▫ J44.01 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes ▫ J44.10 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes ▫ J44.11 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes	Siehe Operationalisierung Erwachsene Zusätzliche Codes: ■ P27.- Chronische Atemwegskrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode ■ E84.0 Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen ■ K91.2 Malabsorption nach chirurgischem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert ■ E40 Kwashiorkor ■ E41 Alimentärer Marasmus ■ E42 Kwashiorkor-Marasmus ■ E43 Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung ■ E44.- Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades ■ E45 Entwicklungsverzögerung durch Energie- und Eiweißmangelernährung ■ E46 Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung

¹⁵ In der OPS Version von 2016 noch als Chronisches Müdigkeitssyndrom bezeichnet.

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▫ J44.80 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes ▫ J44.81 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes ▫ J44.90 Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes ▫ J44.91 Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥35 % und <50 % des Sollwertes	
Psychische Erkrankungen	■ F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom ■ F20 Schizophrenie ■ F25 schizoaffective Störung ■ F31 Bipolare affektive Störung ▫ F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome ▫ F31.5 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen ■ F32 Depressive Episode ▫ F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome ▫ F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen ■ F33 rezidivierende depressive Störung ▫ F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen ▫ F33.8 Sonstige rezidivierende depressive Störungen ▫ F33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	Siehe Operationalisierung Erwachsene

Kriterium	Operationalisierung Erwachsene	Operationalisierung Kinder
	▪ F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ▪ F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	

Anhang A.2: Auswertung des MD-Bund zur Anzahl der Begutachtungen der Pflegegrade

Tabelle 2: Alle Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit der 15 Medizinischen Dienste ohne SMD der Knappschaft für Diagnosen nach ICD-Kapitel

ICD-Kapitel	Nein	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gesamt
ungültig	4.982	15.990	35.195	34.083	19.288	6.440	115.978
1	735	985	1.639	1.328	642	321	5.650
2	16.688	29.315	71.679	71.379	43.452	20.676	253.189
3	695	710	1.133	692	317	80	3.627
4	9.385	14.447	17.847	10.086	2.915	673	55.353
5	31.042	59.804	134.994	155.780	114.308	56.132	552.060
6	13.693	28.407	57.816	57.135	33.792	16.268	207.111
7	6.412	9.111	13.875	8.614	2.414	422	40.848
8	3.181	4.542	4.619	1.960	376	37	14.715
9	36.165	67.066	129.933	107.658	51.384	21.733	413.939
10	14.153	24.921	41.577	28.337	10.180	2.590	121.758
11	3.097	3.140	4.914	3.627	1.691	636	17.105
12	1.301	1.466	1.740	726	242	64	5.539
13	69.678	136.374	201.572	106.535	27.225	4.862	546.246

ICD-Kapitel	Nein	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gesamt
14	2.172	2.956	5.771	5.040	2.340	744	19.023
15	39	12	17	12	3	1	84
16	808	397	1.417	1.472	966	170	5.230
17	2.954	2.844	6.531	7.312	3.425	894	23.960
18	30.980	70.948	127.968	96.438	41.909	16.916	385.159
19	12.815	15.144	23.693	14.069	5.011	1.790	72.522
20	6.743	5.335	7.393	4.567	1.749	833	26.620
Gesamt	267.718	493.914	891.323	716.850	363.629	152.282	2.885.716

Hinweise: Ergebnisse für das Jahr 2023 des MD-Bund; Stand: 10. Juni 2024. ICD-Kapitel: 1 = bestimmte infektiöse Krankheiten, 2 = Neubildungen, 3 = Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, 4 = Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, 5 = Psychische und Verhaltensstörungen, 6 = Krankheiten des Nervensystems, 7 = Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde, 8 = Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes, 9 = Krankheiten des Kreislaufsystems, 10 = Krankheiten des Atmungssystems, 11 = Krankheiten des Verdauungssystems, 12 = Krankheiten der Haut und der Unterhaut, 13 = Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, 14 = Krankheiten des Urogenitalsystems, 15 = Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, 16 = Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben, 17 = Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien, 18 = Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind, 19 = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, 20 = Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität

Anhang A.3: Ausgeschlossene Kriterien

Erkrankungen/Prozeduren/Maßnahmen

- Akutes Nierenversagen
- Asthmaeinweisung
- Delir
- Demenz
- Erkrankungen des Atmungssystems oder der Harn- und Geschlechtsorgane bei Entlassung
- Gastrointestinales System betroffen
- Geriatric Giants (Immobility, confusion, incontinence)
- Infektionen
- kognitive Einschränkungen
- Organversagen
- Pneumonie
- Unterernährung
- wichtiges Organsystem bei Aufnahme betroffen
- Polytrauma
- Bluttransfusion
- Dauerkatheter
- Dialysebedarf

Patientenmerkmale

- Alleinleben
- Art der Gehhilfe
- Alter
- Behinderung / kognitive Einschränkung
- Body Mass Index
- Geringe Mobilität
- Geschlecht
- Komorbidität
- Komorbide psychische Erkrankungen / Abhängigkeiten
- Lebensqualität
- Müdigkeit
- Rauchen
- Schlechte selbstbewertete Gesundheit
- Soziale Unterstützung
- Strecke, die Patientinnen und Patienten laufen können
- Zugang zu Versorgungsstruktur (z. B. ländliche Umgebung)

Strukturmerkmale

- Entlassung/Aufnahme an einem Freitag/Samstag/Sonntag
- Fachabteilung
- Länge des Krankenhausaufenthaltes
- Notfalleinweisung (Art der Aufnahme)
- Verlegung in ein/aus einem Pflegeheim
- Wiederaufnahme nach Entlassung / vorherigen Aufnahmen

Sonstige Merkmale

- Polymedikation
- Schwere der psychischen Symptome
- Sturzgefahr
- Vorbestehende Defizite

Anhang A.4: Analysen der Routinedaten

Übersicht der analysierten Routinedaten je eingeschlossenem Kriterium

Tabelle 3: Übersicht der analysierten Routinedaten je Kriterium separat für Kinder und Erwachsene

Kriterium	Anzahl der eingeschlossenen Fälle	Anteil der eingeschlossenen Fälle	Geschätzte Anzahl ausgelöster Fälle im Regelbetrieb	Überschneidung mit Prognosemodell
Pflegegrad				
Erwachsene	2.211	0,14 %	21.658	98,8 %
Kinder	5	< 0,01 %	49	80,0 %
Hoher pflegerischer Aufwand				
Erwachsene	12.132	0,74 %	118.842	97,8 %
Kinder	482	0,03 %	4.722	50,0 %
Transplantationen				
Erwachsene	315	0,02 %	3.086	98,4 %
Kinder	24	< 0,01 %	235	95,8 %
Operationen				
Erwachsene	135.640	8,30 %	1.328.697	88,1 %
Kinder	3.865	0,24 %	37.861	23,9 %
Herz-Kreislauf-Erkrankungen				
Erwachsene	195.823	11,99 %	1.918.236	83,0 %
Kinder	1.649	0,1 %	16.153	77,4 %
Chronische Erkrankungen				
Erwachsene	49.536	3,03 %	485.243	80,7 %
Kinder	470	0,03 %	4.604	59,8 %
Psychische Erkrankungen				
Erwachsene	49.192	3,01 %	481.873	57,6 %
Kinder	324	0,02 %	3.174	29,6 %
Tumor-erkrankungen				
Erwachsene	418.389	25,62 %	4.098.440	56,0 %
Kinder	9.585	0,59 %	93.892	23,9 %
Erkrankungen im Perinatalalter	136	< 0,01 %	1.332	45,6 %

Tabelle 4: Anzahl der über die Szenarien eingeschlossenen Fälle

Szenario	Anzahl insgesamt eingeschlossene Fälle	Anzahl Erwachsenen	Anzahl Kinder
Szenario 1	15.032	14.524	508
Szenario 2	64.001	63.044	957
Szenario 3	153.093	148.752	4.341
Szenario 4	64.101	63.277	824
Szenario 5	111.471	110.202	1.269
Szenario 6	200.233	195.578	4.655

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad und hoher pflegerischer Aufwand (Szenario 1a)

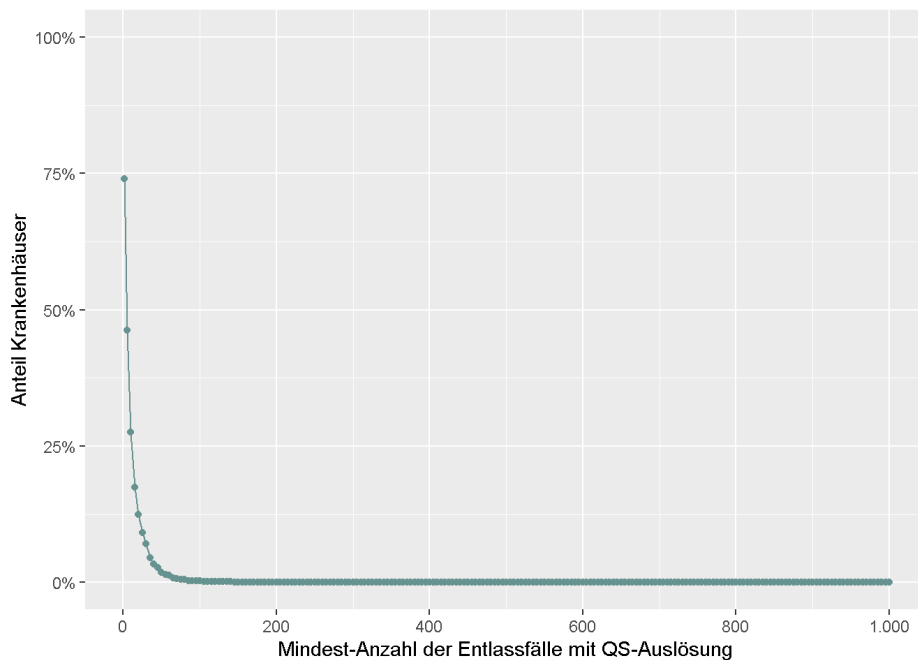


Abbildung 1: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfällen mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad und hoher pflegerischer Aufwand.

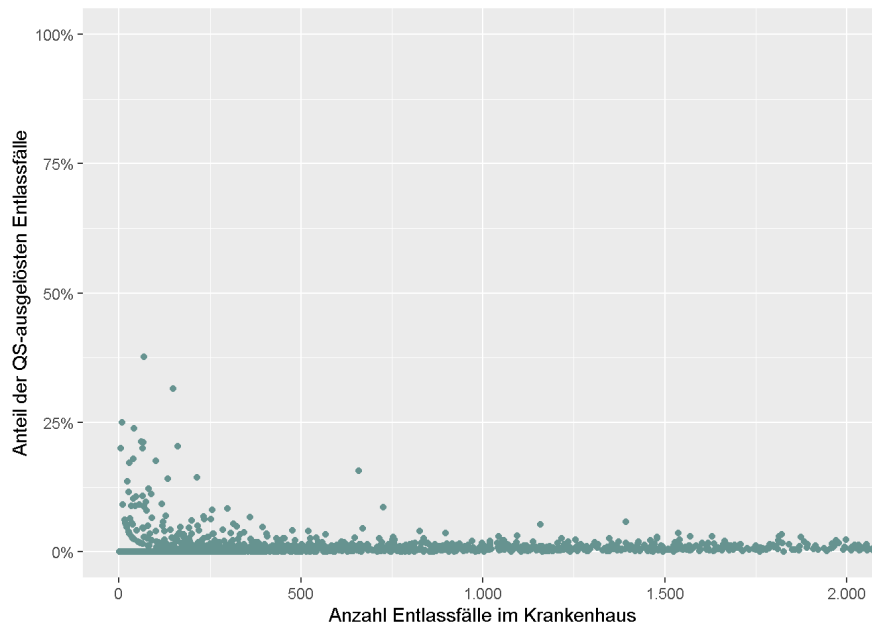


Abbildung 2: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad und hoher pflegerischer Aufwand. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand und Transplantationen (Szenario 1b)

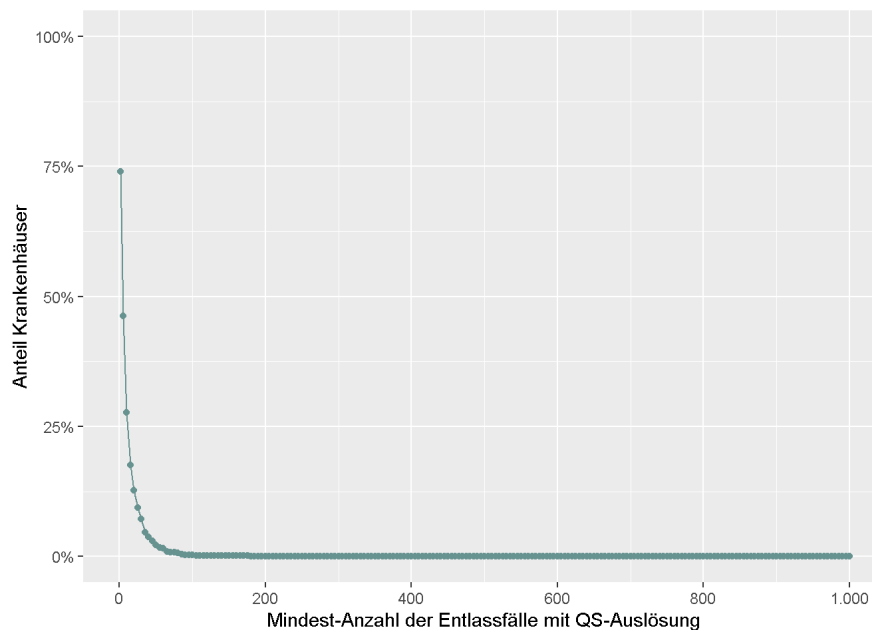


Abbildung 3: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfällen mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand und Transplantationen.

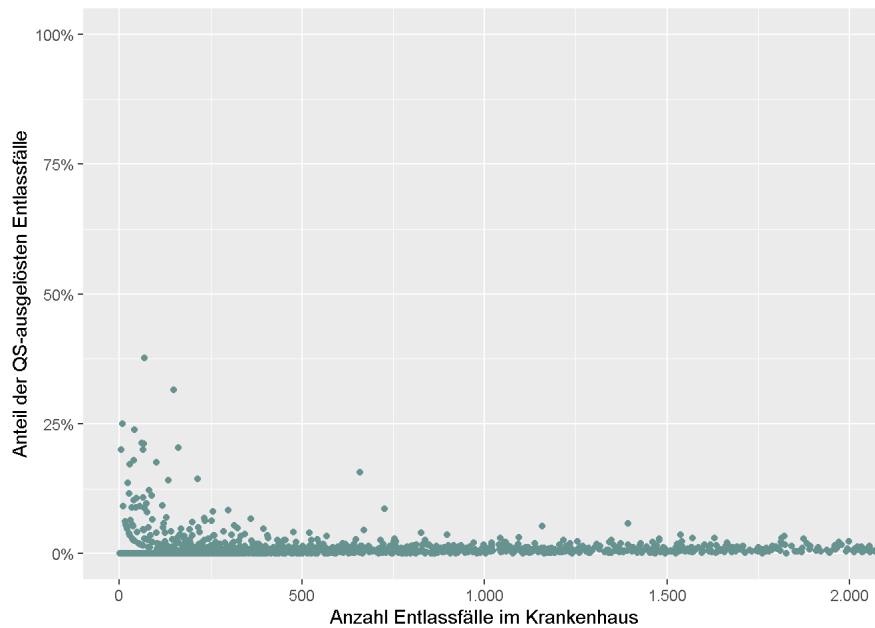


Abbildung 4: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfällen mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand und Transplantationen. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und chronische Krankheiten (Szenario 2)

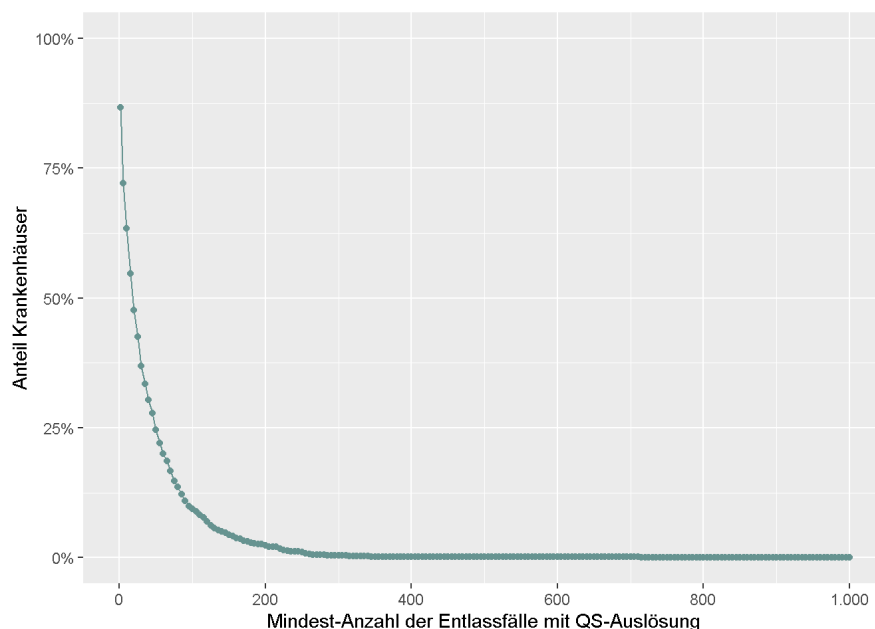


Abbildung 5: Verteilung der Mindest -Anzahl der Entlassfälle mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und chronischer Krankheiten.

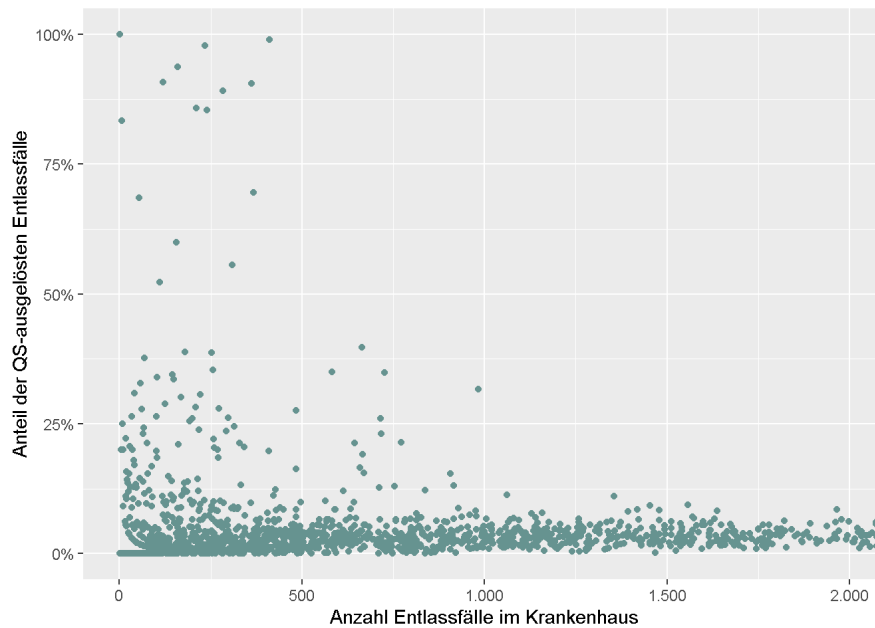


Abbildung 6: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und chronische Krankheiten. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und Operationen (Szenario 3)

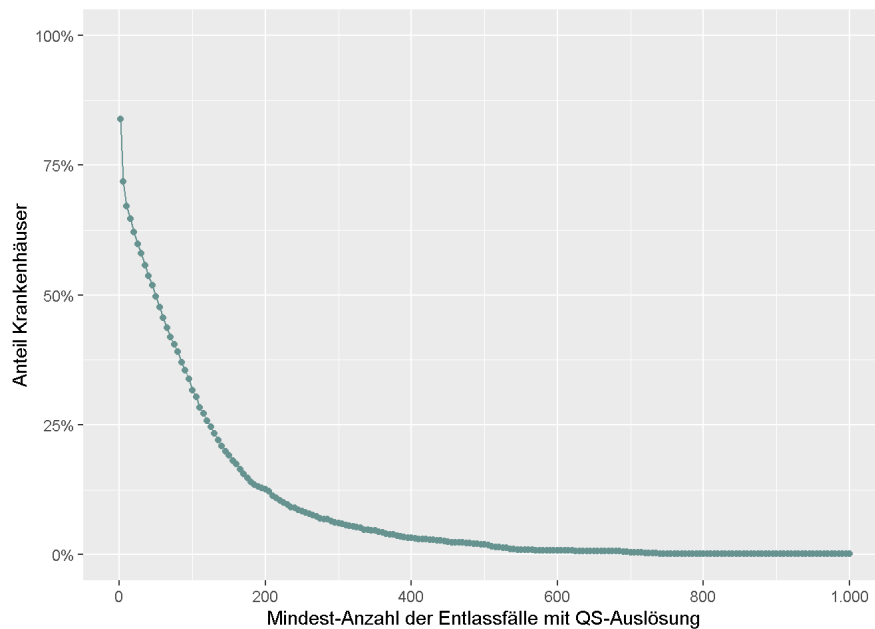


Abbildung 7: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfällen mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und Operationen.

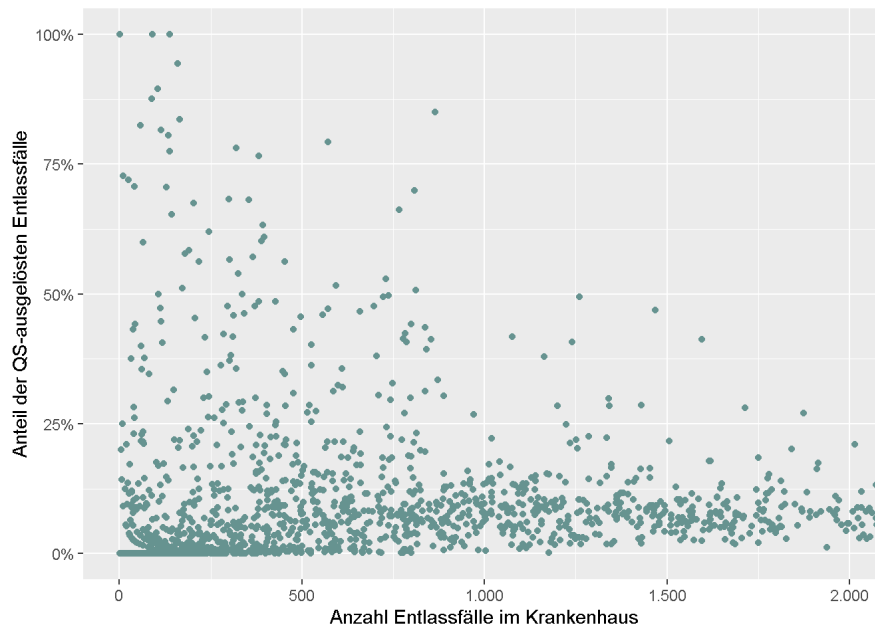


Abbildung 8: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und Operationen. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und psychische Erkrankungen (Szenario 4)

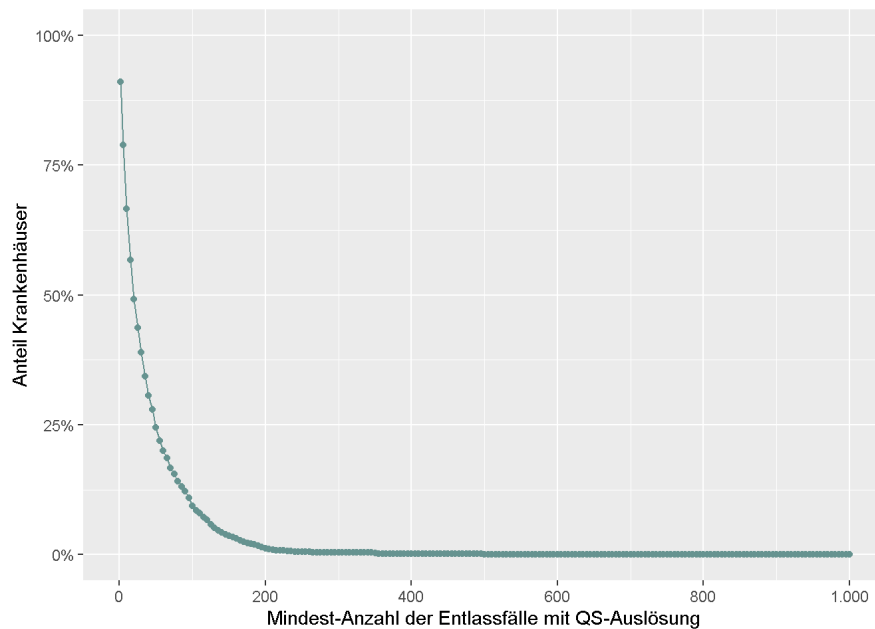


Abbildung 9: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfällen mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm.

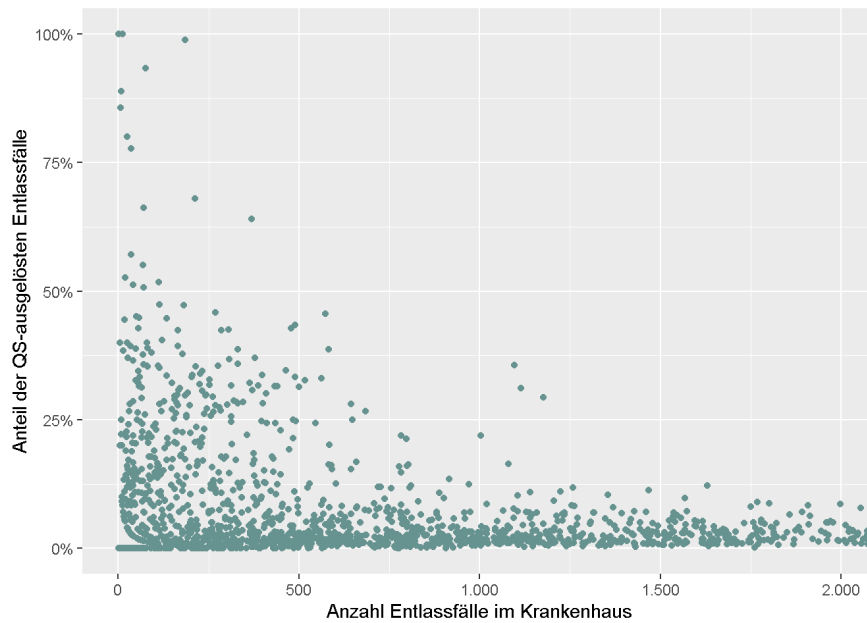


Abbildung 10: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen und psychische Erkrankungen. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, chronische und psychische Erkrankungen (Szenario 5)

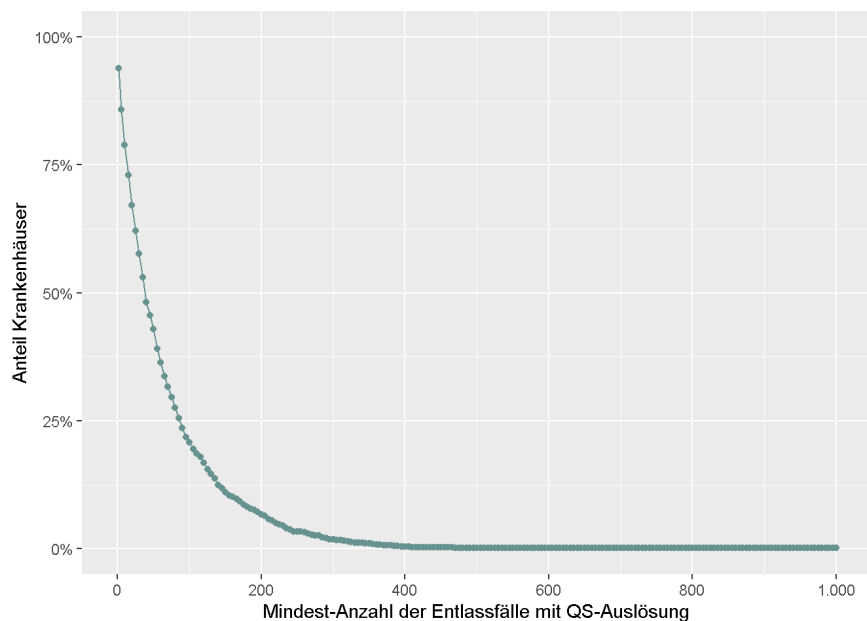


Abbildung 11: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfälle mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, chronische und psychische Erkrankungen.

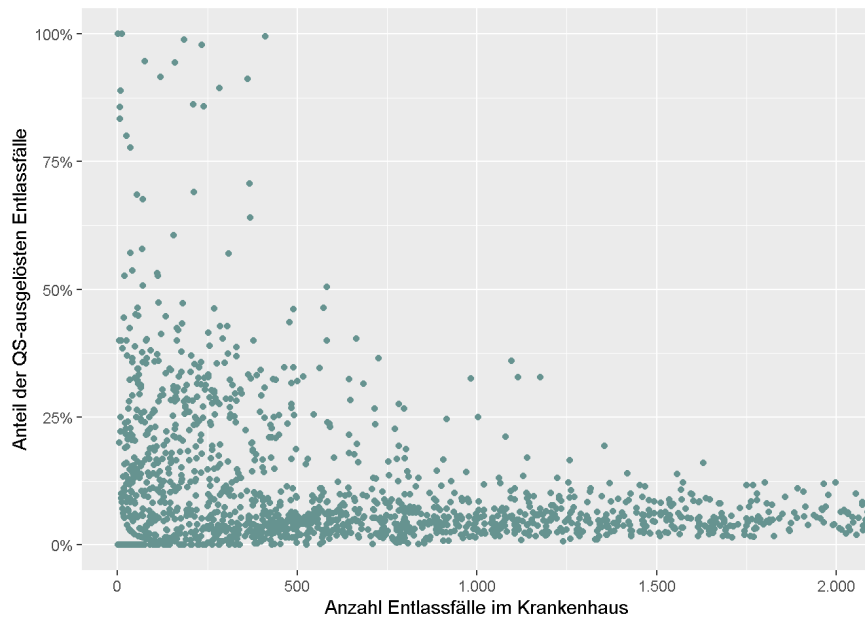


Abbildung 12: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, chronische und psychische Erkrankungen. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet.

Fallzahlverteilung bei Einschluss Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, Operationen und psychische Erkrankungen (Szenario 6)

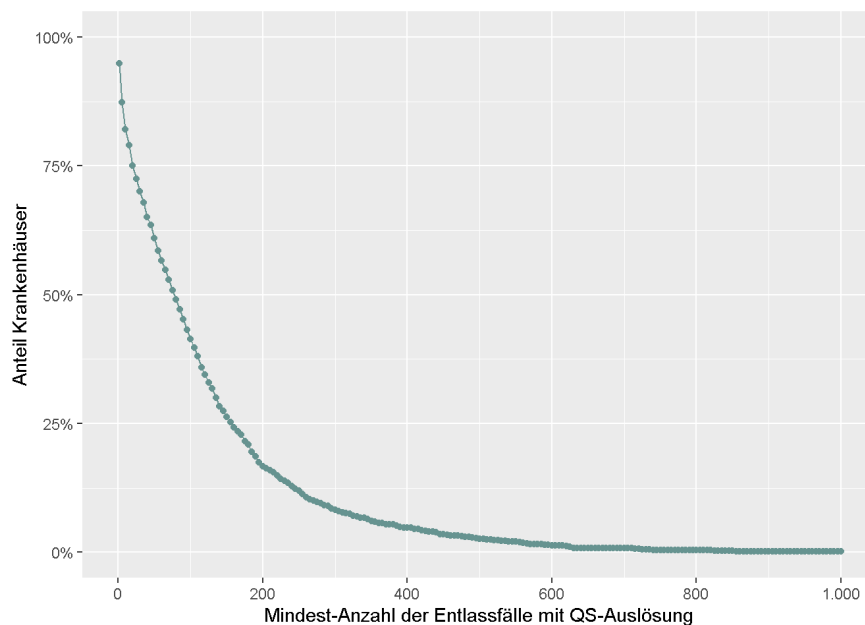


Abbildung 13: Anteil an Krankenhäusern mit einer gegebene Mindest-Anzahl von Entlassfällen mit QS-Auslösung in der Grundgesamtheit der Analysedaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Kurvendiagramm. Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, Operationen und psychische Erkrankungen.

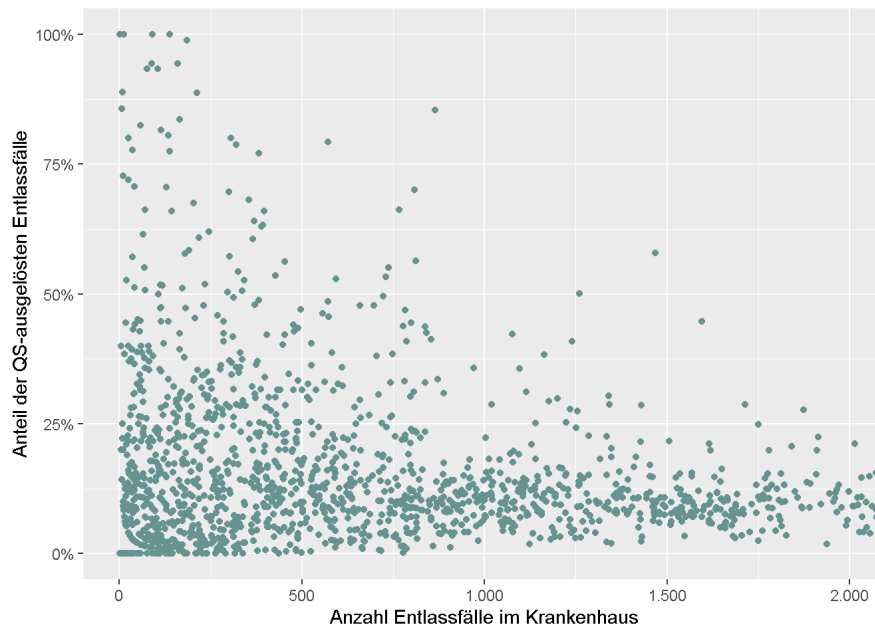


Abbildung 14: Anteil der als QS-ausgelösten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Kriterien, die zur Auslösung eines QS Entlassfalls führen, sind Pflegegrad, hoher pflegerischer Aufwand, Transplantationen, Operationen und psychische Erkrankungen. Krankenhäuser mit mehr als 2.000 Entlassfällen sind teilweise nicht abgebildet..

Anhang B: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arqe-ik.de	
2	Standort	□□□□□□□□	
Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement			
3	Lag in Ihrem Krankenhaus eine im gesamten Erfassungsjahr gültige, schriftliche Verfahrensregelung zum Entlassmanagement vor?	0 = nein 1 = ja	Eine unterjährige Aktualisierung ist zulässig. Die aktualisierte Version muss die vorbestehende nahtlos ablösen.
wenn DF 3 = 1			
4 >	War die Verfahrensregelung durch die Geschäftsführung / den Vorstand klinikweit autorisiert?	0 = nein 1 = ja	
5 >	War die Verfahrensregelung im gesamten Erfassungsjahr allen am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausgehändigt oder digital zugänglich?	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	[Ergänzende Bezeichnung: z. B. im Dokumentenmanagementsystem]		
6 >	War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass eine kriteriengeleitete Ersteinschätzung durchgeführt werden muss? [Ergänzende Bezeichnung: auch initiales Assessment genannt]	0 = nein 1 = ja	
7 >	War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass eine differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs durchgeführt werden muss? [Ergänzende Bezeichnung: auch differenziertes Assessment genannt]	0 = nein 1 = ja	
8 >	War in der Verfahrensregelung festgelegt, dass die Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement für jede Patientin und jeden Patienten individuell in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) zu erfolgen hat? [Ergänzende Bezeichnung: Ein Entlassplan ist ein eigenständiges Dokument, in dem sämtliche Informationen, Aktivitäten und Ergebnisse des Entlassmanagements erfasst werden]	0 = nein 1 = ja	In der Verfahrensregelung müssen folgende Mindestinhalte für einen Entlassplan vorgeben werden: - Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach §§ 39 Abs. 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschlussversorgung - Informationen zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung der Patientin / des Patienten zu geeigneten Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen der Anschlussversorgung oder Anleitung bei der Antragstellung ggf. genehmigungspflichtiger Leistungen für die Anschlussversorgung

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			▪ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterrversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege), sofern dieser festgestellt wird ▪ Abschließende Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung Die im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen sind vom Krankenhaus frühestmöglich einzuleiten.
9 >	War in der Verfahrensregelung die Mitgabe eines bundeseinheitlichen Medikationsplans festgelegt?	0 = nein 1 = ja	In der Verfahrensregelung muss festgehalten sein, dass Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden (gemäß § 31a SGB V), Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform sowie auf Erstellung eines elektronischen Medikationsplans haben. Entsprechend der Vereinbarung gemäß § 31a Absatz 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP) sowie entsprechender Spezifikation sind für die Erstellung eines Medikationsplans im Rahmen des Entlassmanagements mindestens folgende Daten erforderlich, die im Krankenhausinformationssystem vorhanden sein müssen: 1. Medikamente, die vom erstellenden Arzt im Rahmen des Entlassmanagements auf einem Rezept verordnet werden oder als Medikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus empfohlen werden. 2. Medikamente, die von anderen Ärzten verordnet wurden. Diese müssen durch den erstellenden Arzt durch Auswahl aus einer Arzneimitteldatenbank oder durch manuelle Eingabe von Freitext erfasst werden können, sowie ggf. aus geeigneten elektronischen Quellen eingelesen werden können [...]. 3. Medikamente der Selbstmedikation. Diese müssen ebenfalls, wie unter Punkt 2 beschrieben, erfasst werden können.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
10 >	Waren in der Verfahrensregelung Maßnahmen zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung festgelegt?	0 = nein 1 = ja	Die Verfahrensregelung muss darauf hinweisen, dass zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung eine Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen ausgestellt werden muss, sofern es für die Versorgung unmittelbar im Anschluss an die Entlassung erforderlich ist. Wenn auf die Entlassung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt, kann auch die Mitgabe der notwendigen Arzneimittel erfolgen, insbesondere, wenn dadurch eine medikamentöse Behandlung abgeschlossen werden kann (§ 8 Absatz 3a AM-RL). Ausgenommen sind Betäubungsmittel gemäß Betäubungsmittelgesetz (BtMG).
11 >	War in der Verfahrensregelung das Vorgehen zur Mitgabe und Übermittlung des Entlassbriefs festgelegt?	0 = nein 1 = ja	In der Verfahrensregelung muss festgehalten sein, dass zum Zeitpunkt der Entlassung ein Entlassbrief an die Patientin bzw. den Patienten ausgehändigt werden muss. Sofern die Aushändigung des endgültigen Entlassbriefs am Entlasstag nicht möglich ist, muss ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden sowie der endgültige Entlassbrief an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer übermittelt werden. Dazu muss in der Verfahrensregelung ein Zielwert von bis zu 14 Tagen festgelegt sein. Die Übermittlung des Entlassbriefs an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer darf nur nach Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten erfolgen. Der endgültige Entlassbrief muss alle Inhalte gemäß § 9 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement und, sofern einzelne Befunde aufgrund einer längeren Latenz erst zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden können, muss der endgültige Entlassbrief einen entsprechenden Hinweis enthalten. Er ist durch die Klinikleitung bzw. Chefarzt oder Chefärztin oder deren Stellvertretung unterzeichnet. Ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer sind: ▪ die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/der nachbehandelnde Hausarzt und sofern beteiligt ▪ die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/der nachbehandelnde Facharzt ▪ die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/der nachbehandelnde Psychotherapeut

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
12 >	War in der Verfahrensregelung ein Zeitraum für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 12 = 1			
13 >>	Vorgegebener Zeitraum für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs	XXX Tage	In der Verfahrensregelung muss ein Zielwert von bis zu 14 Tagen zur Übermittlung des Entlassbriefs nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer festgelegt sein. Ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer sind: ▪ die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/der nachbehandelnde Hausarzt und sofern beteiligt ▪ die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/der nachbehandelnde Facharzt ▪ die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/der nachbehandelnde Psychotherapeut
wenn DF 3 = 1			
14 >	War in der Verfahrensregelung das Vorgehen zur Mitgabe und Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens festgelegt?	0 = nein 1 = ja	In der Verfahrensregelung muss festgelegt sein, dass Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, entweder ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden muss oder mit Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten dieser an die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer (ambulant/stationär) spätestens bis zum Zeitpunkt der Entlassung übermittelt werden muss. Definition ambulante pflegerische Versorgung: Versorgung durch ambulante Pflegedienste mit Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, einschließlich ambulanter intensivpflegerischer Versorgung, oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Definition stationäre pflegerische Versorgung: Entlassung in eine stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung oder in ein Hospiz.
15 >	Waren in der Verfahrensregelung Abläufe für die einzelnen Teilprozesse vom Aufnahme- bis zum Entlassungstag festgelegt? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. in Form eines Ablaufplans]	0 = nein 1 = ja	
16 >	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für das ärztliche Personal für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
17 >	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für die Pflegekräfte für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
18 >	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
Wenn DF 18 = 0			
19 >>	Waren in der Verfahrensregelung die Verantwortlichkeiten für andere für die soziale Betreuung und Beratung zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die einzelnen Teilprozesse festgelegt?	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
wenn DF 3 = 1			
20 >	Enthielt die Verfahrensregelung konkrete Vorgaben für eine interne Evaluation des Entlassmanagements im multiprofessionellen Team? [Ergänzende Bezeichnung: Unter konkrete Vorgaben zählen Frequenz bzw. Fallauswahl für die Evaluation]	0 = nein 1 = ja	
Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung			
21.1	Anzahl der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren. [Ergänzende Bezeichnung: Hierzu zählen ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter]	---- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig) Gültige Angabe: ≥ 0	Hierunter fallen Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.
21.2	Anzahl der neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren, wurde nicht dokumentiert.	1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Wenn DF 21.1 > 0			
22.1 >	Wie viele von den im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt waren und am Ende des Erfassungsjahres beschäftigt waren, haben im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?	----- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig) Gültige Angabe: ≥ 0	Die Schulungsinhalte müssen nicht in einer eigenständigen Schulung vermittelt werden, sondern können beispielsweise auch in Schulungen zu anderen Themen integriert oder als E-Learning-Schulung angeboten werden.
22.2 >	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen haben, wurde nicht dokumentiert.	1 = ja	

Anhang C: Externes QS-Audit

Anhang C.1: Übersicht der Qualitätsmerkmale

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Aufnahme in externes QS-Audit
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	nein
	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen	nein
	Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs	nein
	Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	ja
	Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	ja
	Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team	ja
	Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement	nein
	Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement	nein
Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	ja
Entlassplanung	Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	ja
	Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	ja
	Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung	nein
	Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	ja
	Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen	nein
	Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	ja
	Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern	nein

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Aufnahme in externes QS-Audit
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen	nein
	Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen	nein
	Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige	nein
Medikamentenmanagement	Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	ja
	Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	ja
	Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung	nein
	Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen	nein
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja
	Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja
	Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja
	Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Aufnahme in externes QS-Audit
	Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	ja
	Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
	Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja
	Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	nein
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten	nein
	Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse	nein
	Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan	nein
	Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung	nein
Entlassdokumente	Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	ja
	Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	ja
	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	ja
	Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	ja
	Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	nein
	Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten	nein
Entlassgespräch	Abschließendes Gespräch vor Entlassung	nein

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Aufnahme in externes QS-Audit
Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung	Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	nein
	Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	nein

Anhang C.2: Leitfaden zur Dokumentenprüfung

1. Gruppe: Assessment						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
1.1	Adäquate Durchführung des initialen Assessments	☐	☐	☐	☐	☐
1.2	Adäquate Durchführung des differenzierten Assessments	☐	☐	☐	☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
2. Gruppe: Entlassplan						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
2.1	Adäquate Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans	☐	☐	☐	☐	☐
2.2	Erforderliche Inhalte im patientenindividuellen Entlassplan vorhanden	☐	☐	☐	☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						

3. Gruppe: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
3.1	Angemessene Unterstützung bei der Organisation spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐	☐
3.2	Angemessene Unterstützung bei der Organisation außerklinischer Intensivpflege	☐	☐	☐	☐	☐
3.3	Angemessene Unterstützung bei der Organisation stationärer Pflege	☐	☐	☐	☐	☐
3.4	Angemessene Unterstützung bei der Organisation von Hospizversorgung	☐	☐	☐	☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
4. Gruppe: Medikationsplan						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
4.1	Erstellung eines Medikationsplans	☐			☐	☐
4.2	Medikationsplan ist aktuell und entspricht den Vorgaben des bundeseinheitlichen Medikationsplans	☐	☐	☐	☐	☐
4.3	Mitgabe des Medikationsplans an die Patientin bzw. den Patienten	☐			☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						

5. Gruppe: Entlassbrief						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
5.1	Endgültiger Entlassbrief enthält erforderliche Informationen	☐	☐	☐	☐	☐
5.2	Übermittlung innerhalb von 14 Tagen oder Mitgabe des endgültigen Entlassbriefs	☐			☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
6. Gruppe: Pflegeüberleitungsbogen						
#	Anforderung	Trifft voll zu	Trifft überwiegend zu	Trifft eingeschränkt zu	Trifft nicht zu	Nicht relevant
6.1	Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens	☐			☐	☐
6.2	Übermittlung oder Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens am Entlassstag	☐			☐	☐
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						

Anhang C.3: Erläuterungen zur Dokumentenprüfung

Item	Erläuterung
1. Gruppe: Assessment	
1.1	■ Wurde das initiale Assessment innerhalb von 24 Std. nach Aufnahme ins Krankenhaus durchgeführt? ▫ Befinden sich Ergebnisse des initialen Assessments in der Patientenakte? ▫ Dokumentation von Datum und Uhrzeit der Durchführung vorhanden? ▫ Dokumentation, welche Pflegefachkraft oder welche Krankenhausärztin bzw. welcher Krankenhausarzt das Assessment durchgeführt hat, vorhanden? ■ Wurde das initiale Assessment angemessen durchgeführt? ▫ Dokumentation zum Assessment vollständig und nachvollziehbar?
1.2	■ Wurde ein differenziertes Assessment durchgeführt? ▫ Befinden sich Ergebnisse des differenzierten Assessments in der Patientenakte? ▫ Dokumentation vom Datum der Durchführung vorhanden? ▫ Dokumentation, welche Pflegefachkraft oder welche Krankenhausärztin bzw. welcher Krankenhausarzt das Assessment durchgeführt hat, vorhanden? ■ Wurde das differenzierte Assessment angemessen durchgeführt? ▫ Dokumentation zum Assessment vollständig und nachvollziehbar?
2. Gruppe: Entlassplan	
2.1	■ Liegt ein patientenindividueller Entlassplan in der Patientenakte als eigenständiges Dokument vor? ▫ Dokumentation, welche Pflegefachkraft oder welche Krankenhausärztin bzw. welcher Krankenhausarzt den Entlassplan aufgestellt hat, vorhanden? ■ Wurde der patientenindividuelle Entlassplan bei relevanten Veränderungen im Versorgungsablauf aktualisiert? ■ Wurde der patientenindividuelle Entlassplan von den am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen fortlaufend aktualisiert?
2.2	■ Enthält der patientenindividuelle Entlassplan die folgenden Mindestinhalte? ▫ Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach §§ 39 Abs. 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschlussversorgung ▫ Informationen zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin / des Patienten ▫ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege), sofern dieser festgestellt wird

Item	Erläuterung
	▫ Es sind Handlungsbedarfe und -anweisungen, verantwortliche Berufsgruppen und entsprechende Zeitplanung aus dem patientenindividuellen Entlassplan nachvollziehbar ▪ Wurde ein voraussichtlicher Entlasstermin im patientenindividuellen Entlassplan festgelegt?
3. Gruppe: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten	
3.1	▪ Bestand eine Indikation für die Organisation spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) für die Zeit unmittelbar nach Entlassung (ggf. ableitbar aus dem differenzierten Assessment, dem Entlassplan oder der Patientenakte)? ▫ Wenn ja, wurden die Vorgaben der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses¹⁶ in gültiger Fassung eingehalten? ▪ Wenn ja, wurde eine Verordnung für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung ausgestellt? ▪ Wurde die spezialisierte ambulante Palliativversorgung organisiert? ▫ Wurde Kontakt zum weiterbehandelnden Leistungserbringer gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 4) aufgenommen?
3.2	▪ Bestand eine Indikation für die Organisation außerklinischer Intensivpflege (AKI) für die Zeit unmittelbar nach Entlassung (ggf. ableitbar aus dem differenzierten Assessment, dem Entlassplan oder der Patientenakte)? ▫ Wenn ja, wurden die Vorgaben der AKI-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses¹⁷ in gültiger Fassung eingehalten? ▪ Wurde eine Verordnung für außerklinische Intensivpflege ausgestellt? ▪ Wurde die außerklinische Intensivpflege organisiert? ▫ Ist eine Kontaktaufnahme zur Krankenkasse mind. 14 Tage vor Entlassung (§ 4 Abs. 6 Rahmenvertrag Entlassmanagement) erfolgt? ▫ Wurde Kontakt zum weiterbehandelnden Leistungserbringer gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 4) aufgenommen?
3.3	▪ Bestand eine Indikation für die Organisation stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung (ggf. ableitbar aus dem differenzierten Assessment, dem Entlassplan oder der Patientenakte)? ▪ Wurde die stationäre Pflege organisiert? ▫ Wurde Kontakt zur Pflegekasse gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 6) aufgenommen? ▫ Wurde Kontakt zur stationären Pflegeeinrichtung gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 4) aufgenommen?

¹⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung. Vom 20. Dezember 2007, zuletzt geändert am 15. April 2010, in Kraft getreten am 25. Juni 2010. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/64/> (abgerufen am: 30.08.2024).

¹⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. In der Fassung vom 19. November 2021, zuletzt geändert am 20. Juli 2023, in Kraft getreten am 15. September 2023. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/123/> (abgerufen am: 02.09.2024).

Item	Erläuterung
3.4	▪ Bestand eine Indikation für die Organisation einer Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung (ggf. ableitbar aus dem differenzierten Assessment, dem Entlassplan oder der Patientenakte)? ▪ Wurde die Hospizversorgung organisiert? ▫ Wurde Kontakt zur Pflegekasse gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 6) aufgenommen? ▫ Wurde Kontakt zu einem Hospiz gem. Rahmenvertrag (§ 3 Abs. 4) aufgenommen?
4. Gruppe: Medikationsplan	
4.1	▪ War der Bedarf für einen Medikationsplan vorhanden (Bedarf bei mind. 3 verordneten Arzneimitteln, die gleichzeitig angewendet werden gem. § 31a SGB V (Abgleich mit der letzten stationären Medikation in der Patientenakte oder im endgültigen Entlassbrief empfohlenen Medikation))? ▪ Liegt ein Medikationsplan vor?
4.2	▪ Entsprechen die Informationen im Medikationsplan der letzten stationären Medikation in der Patientenakte oder der im endgültigen Entlassbrief empfohlenen Medikation? ▪ Richtet sich der Medikationsplan nach dem Inhalt, der Struktur und den näheren Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung des bundeseinheitlichen Medikationsplans? (KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; BÄK [Bundesärztekammer]; DAV [Deutscher Apothekerverband] (2016): Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP) (KBV et al. 2016).
4.3	▪ Ist ersichtlich, ob der Patientin oder dem Patienten, die bzw. der mit einer Medikation von mind. 3 verordneten Arzneimitteln entlassen wurde, ein Medikationsplan mitgegeben worden ist?
5. Gruppe: Entlassbrief	
5.1	▪ Liegt ein endgültiger Entlassbrief vor? ▪ Enthält der Entlassbrief alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen gemäß § 9 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement?
5.2	▪ Ist nachvollziehbar, ob eine Übermittlung an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung stattgefunden hat? ▫ Nach- und weiterversorgende Leistungserbringer sind: ▫ die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/den nachbehandelnden Hausarzt und sofern beteiligt ▫ die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/den nachbehandelnden Facharzt ▫ die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/den nachbehandelnden Psychotherapeuten ▫ Sofern die Anschlussversorgung nicht durch die einweisende Ärztin bzw. den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält diese/dieser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief.

Item	Erläuterung
	▫ Sofern der endgültige Entlassbrief bereits bei Entlassung der Patientin / dem Patienten mitgegeben worden ist, kann auf eine Übermittlung an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer verzichtet werden. ▫ Sollte die Patientin/der Patient die Übermittlung eines Entlassbriefs an bestimmte Ärzte explizit ausgeschlossen haben ist dies zu berücksichtigen.
6. Gruppe: Pflegeüberleitungsbogen	
6.1	▪ War der Bedarf für die Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens für die Patientin / den Patienten gegeben? ▫ Bei Weiterbehandlung durch ambulante Pflegedienste mit Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulanter intensivpflegerischer Versorgung oder SAPV nach § 37b SGB V - ODER ▫ Bei Weiterbehandlung durch stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung oder Entlassung in ein Hospiz ▪ Ist eine Kopie des Pflegeüberleitungsbogens in der Patientenakte vorhanden?
6.2	▪ Ist per Datum nachvollziehbar, dass die Mitgabe bzw. Übermittlung am Entlasstag stattgefunden hat?

Anhang C.4: Leitfaden zur Prozessprüfung

1. Gruppe: Assessment						
Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Assessment						
Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu			Trifft voll zu		
Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden: Wie wird sichergestellt, dass... ■ das initiale Assessment zeitgerecht durchgeführt wird? ■ die Assessments den poststationären Versorgungsbedarf adäquat erfassen? □ Sofern als initiales oder differenziertes Assessment keine externen, validierten Assessment-Instrumente (z. B. BRASS-Index¹⁸, ISAR¹⁹, DRS²⁰, BOOST²¹, „Oncology Discharge Planning Assessment Tool“, TRST²², BRIGHT²³ oder RAPT²⁴ als initiales Assessment bzw. „Katz Index of Independence in Activities of Daily Living“, „Omaha-System“, „Barthel Index“, FIM²⁵ und Zusatzkriterien des FAM²⁶, QTDS²⁷, RHDS²⁸, CAN-EU²⁹, NODPAM³⁰ oder das „OPTIREHA-Assessment“ als differenziertes Assessment) genutzt werden, ist zu prüfen, ob die genutzten Assessment-Instrumente relevante Kriterien zur Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs umfassen: Kriterien nach Empfehlung P1a für das initiale Assessment und Kriterien nach Empfehlung P1b für das differenzierte Assessment des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.) ■ die festgelegten Verantwortlichkeiten in der Durchführung der Assessments eingehalten werden? ■ die Ergebnisse aus dem initialen und differenzierten Assessment weiterverarbeitet werden?						

¹⁸ „Blaylock Risk Assessment Screening“

¹⁹ „Identification of Seniors at Risk“

²⁰ „Discharge Risk Screen“

²¹ „Better Outcome by Optimizing Safe Transitions“ oder „The 8 Ps“

²² „Triage Risk Screening Tool“

²³ „Brief Risk Identification of Geriatric Health Tool“

²⁴ „Risk Assessment and Prediction Tool“

²⁵ „Functional Independence Measure“

²⁶ „Functional Assessment Measure“

²⁷ „Quality of Discharge Teaching Scale“

²⁸ „Readiness for Hospital Discharge“

²⁹ „Camberwell Assessment of Need – European Version“

³⁰ „Needs-oriented Discharge Planning and Monitoring“

der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Durchführung der Assessments und Weiterverarbeitung der Assessmentergebnisse im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)						
Freitextangabe - Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung - Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
2. Gruppe: Entlassplan						
Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Entlassplan						
Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu
Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden: Wie wird sichergestellt, dass... - die festgelegten Verantwortlichkeiten bei der Erstellung des patientenindividuellen Entlassplans eingehalten werden? - der patientenindividuelle Entlassplan die für die jeweiligen Patientinnen und Patienten relevanten Inhalte enthält? - der patientenindividuelle Entlassplan bei relevanten Veränderungen im Versorgungsablauf aktualisiert wird? - der patientenindividuelle Entlassplan von den beteiligten Berufsgruppen fortlaufend aktualisiert wird? - die relevanten Informationen des patientenindividuellen Entlassplans zwischen den beteiligten Berufsgruppen kommuniziert werden? - der patientenindividuelle Entlassplan angemessen umgesetzt wird? - der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Erstellung und Aktualisierung der patientenindividuellen Entlasspläne im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)						
Freitextangabe - Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung - Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						

3. Gruppe: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zur Organisation von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu

Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden:

Wie wird sichergestellt, dass...

- die einzuleitenden Maßnahmen zur Weiterversorgung vulnerabler Patientinnen und Patienten dem individuellen Bedarf entsprechen?
- vulnerable Patientinnen und Patienten bei der Organisation der für sie notwendigen Maßnahmen zur Weiterversorgung angemessen unterstützt werden?
- vulnerable Patientinnen und Patienten die für sie notwendigen Maßnahmen zur Weiterversorgung möglichst unmittelbar nach Entlassung in Anspruch nehmen können?
- vulnerable Patientinnen und Patienten bei der Terminvereinbarung bei einer Haus- oder Fachärztin bzw. einem Haus- oder Facharzt unterstützt werden?
- der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Organisation und von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)

Freitextangabe

- Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung
- Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren

4. Gruppe: Medikationsplan

Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Medikationsplan

Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu

Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden:

Wie wird sichergestellt, dass...

- die Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf für die Erstellung eines Medikationsplan identifiziert werden?

▪ der Medikationsplan dem aktuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten entspricht? ▪ bei der Erstellung von Medikationsplänen ein einheitliches Vorgehen angewendet wird? ▪ die Patientinnen und Patienten sowie nach- und weiterversorgende Leistungserbringer die Informationen über den patientenindividuellen Medikationsbedarf unmittelbar erhalten? ▪ der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Erstellung und Mitgabe von Medikationsplänen im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)						
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
5. Gruppe: Entlassbrief						
Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Entlassbrief						
Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu
Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden: Wie wird sichergestellt, dass... ▪ die endgültigen Entlassbriefe alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientinnen bzw. der Patienten erforderlichen Informationen enthalten? ▪ die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer alle Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten rechtzeitig erhalten? ▪ der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Erstellung und Mitgabe bzw. Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)						
Freitextangabe ▪ Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung ▪ Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren						
6. Gruppe: Pflegeüberleitungsbogen						
Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Pflegeüberleitungsbogen						
Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu

Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden:

Wie wird sichergestellt, dass...

- die Patientinnen und Patienten mit einem Bedarf für die Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens identifiziert werden?
- der patientenindividuelle pflegerische Versorgungsbedarf adäquat erfasst wird?
- die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer notwendige Informationen zum pflegerischen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten unmittelbar nach Entlassung erhalten?
- der Leistungserbringer einen Überblick über den Prozess zur Erstellung und Mitgabe bzw. Übermittlung von Pflegeüberleitungsbögen im tagesaktuellen Versorgungsgeschehen behält? (Möglichkeiten des Monitorings)

Freitextangabe

- Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung
- Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren

7. Gruppe: Evaluationskonzept

Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Evaluationskonzept

Bewertungspunkte:	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
	Trifft nicht zu					Trifft voll zu

Lassen Sie sich den jeweiligen Prozess darstellen und berücksichtigen Sie in der Beurteilung des Prozesses u.a. wie die Einhaltung von Verantwortlichkeiten, zeitlichen Rahmenbedingungen/Fristen sowie die Adressierung von relevanten Inhalten sichergestellt wird. Folgende Leitfragen können zur Beurteilung des Prozesses herangezogen werden:

Wie wird sichergestellt, dass...

- die verschiedenen Perspektiven auf das durchgeführte Entlassmanagement (z.B. des multiprofessionellen Teams, der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer) evaluiert werden?
- Evaluationsergebnisse zur Verbesserung des Versorgungsgeschehens genutzt werden?
- die Evaluationsergebnisse allen am Entlassprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich gemacht werden?
- der Leistungserbringer einen Überblick über den Evaluationsprozess behält? (Möglichkeiten des Monitorings)

Freitextangabe

- Zum Vermerk von Notizen bei der Bewertung
- Stärken, Schwächen, ggf. Best-Practice-Beispiele der Gruppe hier notieren

Anhang C.5: Evidenzbelege zu den Qualitätsanforderungen des externen QS-Audits

Gruppe: Assessment

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	§ 3 Abs. 2: Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt.	DNQP (2019) P1a: Die Pflegefachkraft führt mit allen Patient*innen und deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach Übernahme der pflegerischen Versorgung eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. (...) Aufgrund fehlender spezifischer Instrumente empfiehlt die Expert*innenarbeitsgruppe die Erhebung anhand festgelegter und empirisch gesicherter Kriterien durch die aufnehmende Pflegefachkraft. Folgende Kriterien werden in der Literatur als wichtig für die Einschätzung eines Risikos für einen poststationären Versorgungsbedarf angesehen und machen deutlich, dass das pflegerische Entlassmanagement auf Patient*innen mit einem erhöhten poststationären Versorgungsrisiko abzielt: ▪ Mehrfache Krankenhausaufenthalte oder Aufsuchen der Notaufnahme innerhalb des letzten Jahres; ▪ Pflegebedürftigkeit bereits im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes ▪ Einschränkungen in der Selbstversorgung; ▪ kognitive Einbußen, psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten; ▪ erhebliche Mobilitätseinbußen; ▪ sensorische Defizite;	Dokumentenprüfung: Item 1.1 Prozessprüfung: Gruppe 1 Assessment

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		▪ Geringes Geburtsalter mit gesundheitlichen Risiken und Problemen (z.B. Frühgeborene mit weiterhin bestehenden gesundheitlichen Problemen); ▪ hohes Alter oder prästationär geschwächte Gesamtkonstitution der Patient*innen; ▪ nach der Entlassung voraussichtlich andauernde Pflege und therapiebedingte Anforderungen und Belastungen (auch seitens der Angehörigen); ▪ schwerwiegende Krankheiten, die hohe körperliche oder psychische Belastungen nach sich ziehen; ▪ hohe Anzahl einzunehmender Medikamente; ▪ fehlende informelle Hilfen bei voraussichtlich andauerndem Unterstützungsbedarf; ▪ prekäre Lebens- und Versorgungsumgebung (z.B. Wohnungslose, alte und alleinlebende Patient*innen); ▪ Hinweise, dass möglicherweise ein Umzug in ein Heim erforderlich ist; ▪ bestehende und sich verändernde Hilfsmittelunterstützung; ▪ Patient*innen mit stark begrenzter Lebenserwartung. DNQP (2019) E1: Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor. BMSGPK (2024) B3: Durchführen eines Assessments, um über direktes bzw. in direktes Entlassungsmanagement entscheiden zu können (Assessment direktes/indirektes Entlassungsmanagement)	

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		NICE (2021) 1.1.4: Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review.	
Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	§ 3 Abs. 2: Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen.	DNQP (2019) P1b: Die Pflegefachkraft führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf eine differenzierte Einschätzung mit Patient*in und Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese. <i>(...) Da für die differenzierte Einschätzung ebenfalls keine spezifischen Instrumente empfohlen werden, wird vorgeschlagen folgende wesentliche Bereiche zu berücksichtigen:</i> ▪ allgemeine relevante Informationen (zu Patient*in, der aktuellen Lebenssituation, den Bezugspersonen, zum Grund des Krankenhausaufenthaltes, zu wichtigen Ansprechpartnern außerhalb des Krankenhauses wie Hausarzt, betreuende Einrichtung oder ambulanter Pflegedienst etc.); ▪ die gesundheitliche-pflegerische Situation (Krankheiten und andere gesundheitliche Probleme, gesundheitliche Risiken, Erwartungen von Patient*in und Angehörigen zum weiteren Krankheits- und Versorgungsverlauf, Beeinträchtigungen und Einschränkungen); ▪ kognitive Fähigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten oder emotionale Belastung; ▪ Selbstständigkeit und Ressourcen, mit Einschränkungen im Alltag umzugehen; ▪ Merkmale der Wohnsituation (z.B. Barrieren, materielle Ausstattung oder soziales Umfeld); ▪ verfügbare und benötigte Hilfsmittel;	Dokumentenprüfung: Item 1.2 Prozessprüfung: Gruppe 1 Assessment

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		▪ voraussichtlicher Versorgungsbedarf nach der Krankenhausentlassung; ▪ die aktuelle Versorgungssituation (Unterstützung durch Angehörige oder andere informelle Helfer, durch Pflegedienste und / oder andere Leistungserbringer); ▪ die finanzielle Situation (einschließlich der Frage von Leistungsansprüchen); ▪ Bedarf an Information, Beratung und Schulung; ▪ Unterstützungs- und Edukationsbedarf der Angehörigen; ▪ Beurteilung des krankheits-/gesundheitsbezogenen Selbstmanagements und der Bewältigung von gesundheitsbezogenen Anforderungen (z.B. Gesundheitskompetenz, Fähigkeit mit Änderungen der Lebensführung zurecht zu kommen, selbst weitere Unterstützer hinzuziehen zu können sowie Kompetenz, im Notfall adäquat zu reagieren) DNQP (2019) E1: Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor. BMSGPK (2024) B4: Patientin/Patient wird entsprechend dem Assessmentergebnis dem indirekten bzw. direkten Entlassungsmanagement zugewiesen (Zuweisung indirektes Entlassungsmanagement / Zuweisung direktes Entlassungsmanagement entsprechend dem Assessmentergebnis). NICE (2021) 1.1.4: Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review.	

Gruppe: Entlassplan

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	§ 3 Absatz 2: Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. (...) Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen. § 3 Absatz 3: Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Sofern dem Krankenhaus Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung vorliegen, berücksichtigt es diese Angaben, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen. Das Krankenhaus leitet die aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen frühestmöglich ein. § 3 Absatz 5: (...) Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pfl-	DNQP (2019) E2: Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen. <i>(...) Das heißt, die Planung muss die jeweiligen Maßnahmen, die Akteure und die zeitliche Dimension der Intervention oder Aktivität (Beginn, Dauer, beteiligte Personen und Institutionen, Grundlagen der Durchführung) ausweisen. Aus der Planung ist genau und verbindlich ersichtlich, welcher Handlungsbedarf für wen besteht, aber auch wie er verbindlich wann umgesetzt und verantwortet wird.</i> DNQP (2019) P2: Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit Patient*in und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung eine individuelle Entlassungsplanung. Bei Bedarf wird weitere Fachexpertise hinzugezogen. DNQP (2019) P5: Die Pflegefachkraft führt mit dem Patient*in und Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet. BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement) BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	Dokumentenprüfung: Item 2.1, 2.2 Prozessprüfung: Gruppe 2 Entlassplan

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	gekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert.	BMSGPK (2024) D2: Die Entlassungsplanung soll überprüft, ggf. sollen die Maß nahmen adaptiert werden (Monitoring der Maßnahmen). NICE (2021) 1.3.7 :Start discharge planning at admission or as early as possible when in crisis NICE (2021) 1.1.4: Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review. NICE (2021) 1.5: Health and social care practitioners in the hospital and community should plan discharge with the person and their family, car-ers or advocate. They should ensure that it is collaborative, person-cen-tred and suitably paced, so the person does not feel their discharge is sudden or premature NICE (2021) 1.5.19: Ensure frequent, comprehensive review of the per-son's care plan and progress toward discharge.	
Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanage-ment beteiligten Be-rufsgruppen	§ 3 Absatz 3: (...) Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweili-gen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.	DNQP (2019) E2: Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen. <i>(...) Diese disziplinübergreifende Planung ist für alle beteiligten Berufs-gruppen einsehbar und spiegelt den aktuellen Stand der eingeleiteten Maßnahmen wider.</i>	Dokumenten- prüfung: Item 2.1 Prozessprü- fung: Gruppe 2 Entlassplan
Festlegung eines vo-raussichtlichen Ent-lasstermins zu Be-ginn der Entlassplanung		DNQP (2019) P4a: Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Pati-ent*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufs-gruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlas-sungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab. BMSGPK (2024) C1: Das Krankenhaus legt den voraussichtlichen Ent-lassungstag fest (Fixieren eines Entlassungstages).	Dokumenten- prüfung: Item 2.2 Prozessprü- fung: Gruppe 2 Entlassplan

Gruppe: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	§ 3 Absatz 2: (...) Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen. § 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit. § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von (...) SAPV (...) für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die	DNQP (2019) E4: Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen. DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ <i>Der individuelle Bedarf abschließend erhoben wurde, etwaige Defizite erkannt und bewältigt bzw. entsprechende Maßnahmen (z.B. „Follow-up“-Maßnahmen oder weitere Unterstützungsangebote im nachstationären Bereich) terminiert und eingeleitet wurden</i> ▫ (...) BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement) BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	Dokumentenprüfung: Item 3.1 Prozessprüfung: Gruppe 3 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. § 4 Absatz 4: Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt. Das Verordnungsrecht kann durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden.		
Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	§ 3 Absatz 2: (...) Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen. § 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen	DNQP (2019) E4: Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen. DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ <i>Der individuelle Bedarf abschließend erhoben wurde, etwaige Defizite erkannt und bewältigt bzw. entsprechende Maßnahmen (z.B. „Follow-up“-Maßnahmen oder weitere Unterstützungsangebote im nachstationären Bereich) terminiert und eingeleitet wurden</i> ▫ ... BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement) BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	Dokumentenprüfung: Item 3.2 Prozessprüfung: Gruppe 3 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsversorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein. § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von (...) außerklinischer Intensivpflege (...) für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen, wobei die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind. § 4 Absatz 4: Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt. Das Verordnungsrecht kann durch Krankenhausärzte mit abgeschlossener Facharztweiterbildung ausgeübt werden. §4 Absatz 6: Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege sollen ab dem 01.01.2023 nach den Regelungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erfolgen. Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wird, hat		

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren.		
Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	§ 3 Absatz 2: (...) Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen. § 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch au-	DNQP (2019) E4: Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen. DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ <i>Der individuelle Bedarf abschließend erhoben wurde, etwaige Defizite erkannt und bewältigt bzw. entsprechende Maßnahmen (z.B. „Follow-up“-Maßnahmen oder weitere Unterstützungsangebote im nachstationären Bereich) terminiert und eingeleitet wurden</i> ▫ ... BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement) BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	Dokumentenprüfung: Item 3.3 Prozessprüfung: Gruppe 3 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	Berlinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsvorsorge (Kurzzeitpflege) der Fall sein. §7 Absatz 3: Handelt es sich bei der notwendigen Anschlussversorgung um genehmigungspflichtige Leistungen, stellt das Krankenhaus dem Patienten die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung, unterstützt den Patienten bei der Antragstellung und ggfs. der Weiterleitung an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse.		
Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	§ 3 Absatz 2: (...) Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 SGB V sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit. Zudem ist die Erforderlichkeit weiterer verordnungs-/veranlassungsfähiger Leistungen, z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, zu prüfen. § 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw.	DNQP (2019) E4: Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen. DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ <i>Der individuelle Bedarf abschließend erhoben wurde, etwaige Defizite erkannt und bewältigt bzw. entsprechende Maßnahmen (z.B. „Follow-up“-Maßnahmen oder weitere Unterstützungsangebote im nachstationären Bereich) terminiert und eingeleitet wurden</i> ▫ ... BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement)	Dokumentenprüfung: Item 3.4 Prozessprüfung: Gruppe 3 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsversorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein. §7 Absatz 3: Handelt es sich bei der notwendigen Anschlussversorgung um genehmigungspflichtige Leistungen, stellt das Krankenhaus dem Patienten die notwendigen Antragsunterlagen zur Verfügung, unterstützt den Patienten bei der Antragstellung und ggfls. der Weiterleitung an die Krankenkasse bzw. Pflegekasse.	BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	§ 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen. § 8 Absatz 4: Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnaher Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden.	DNQP (2019) E4: Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen. DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ <i>Der individuelle Bedarf abschließend erhoben wurde, etwaige Defizite erkannt und bewältigt bzw. entsprechende Maßnahmen (z.B. „Follow-up“-Maßnahmen oder weitere Unterstützungsangebote im nachstationären Bereich) terminiert und eingeleitet wurden</i> ▫ ... BMSGPK (2024) C2: Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement) BMSGPK (2024) C3: Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	Prozessprüfung: Gruppe 3 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten

Gruppe: Medikationsplan

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	§ 7 Absatz 3: (...) Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden.	DNQP (2019) E5a: Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. <i>Die Entlassung der Patient*innen ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn</i> ▫ ein aktualisierter Medikationsplan ausgehändigt wurde und die Patient*innen den Nutzen des Medikationsplans für die Kontinuität der Versorgung kennen und ihre Informiertheit und Kompetenz zum Umgang mit der Medikation geprüft wurden ▫ (...)	Dokumentenprüfung: Item 4.1, 4.2 Prozessprüfung: Gruppe 4 Medikationsplan
Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung			Dokumentenprüfung: Item 4.3 Prozessprüfung: Gruppe 4 Medikationsplan

Gruppe: Entlassbrief

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	§ 9 Absatz 3: Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens: ▪ Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum ▪ Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen ▪ Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief ▪ Grund der Einweisung ▪ Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger ▪ Entlassungsbefund ▪ Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren) ▪ Weiteres Prozedere/Empfehlungen ▪ Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel		Dokumentenprüfung: Item 5.1 Prozessprüfung: Gruppe 5 Entlassbrief

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	▪ Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 39 Absatz 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ▪ Nachfolgende Versorgungseinrichtung ▪ Mitgegebene Befunde		
Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	§ 3 Absatz 7: Am Tag der Entlassung erhält der Patient und – sofern erforderlich – dessen gesetzlicher Vertreter/Betreuer und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages. [...] Sofern die Anschlussversorgung nicht durch den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält dieser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief. § 9 Absatz 1: Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisenden/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln. § 9 Absatz 2: Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Absatz 1 Satz 2	BMSGPK (2024) D3: Der „vorläufige“ Entlassungsbrief / die Kurzinformation soll am Entlassungstag mitgegeben werden und ist mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen; der endgültige Entlassungsbrief und das Pflegebegleitschreiben sollen unverzüglich erstellt werden. ▪ Mitgabe des „vorläufigen“ Entlassungsbriefs / der Kurzinformation sowie des Entlassungsbriefs Pflege am Entlassungstag und unverzügliche Anfertigung des endgültigen ärztlichen Entlassungsbriefs (dieser soll innerhalb einer Woche nach Entlassung versandfertig sein). Übermittlung an Adressatinnen/Adressaten nach der Entscheidung der Patientin / des Patienten ▪ Beachtung der Richtlinie für eine ökonomische Verschreibweise („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Entlassungsbrief Pflege) ▪ Der vorläufige Entlassungsbrief ist mit der Patientin / dem Patienten insbesondere hinsichtlich der Medikation und der weiterführenden Maßnahmen zu besprechen. NICE (2021) 1.6.3: At discharge, the hospital psychiatrist should ensure that: Within a week, a discharge summary is sent to the GP and others involved in developing the care plan, subject to the person's agreement. This should include information about why the person was admitted and how their condition has changed during the hospital stay.	Dokumentenprüfung: Item 5.2 Prozessprüfung: Gruppe 5 Entlassbrief

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
	Nummern 6 und 12 sowie Beurteilungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V erfasst sind.		

Gruppe: Pflegeüberleitungsbogen

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung		DNQP (2019) P4b: Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeiter*innen der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten an. <i>Angehörige sollen eine ihnen verständliche und nachvollziehbare Übergabe erhalten, die sie in die Lage versetzt, Verlauf, Status und Begründung der Versorgung zu verstehen, auf Krisen- und Notfallsituationen vorbereitet zu sein und sie bewältigen zu können. Sinnvoll ist, Informationsmaterial und auch Hinweise vorzuhalten, die unterstützend für die Versorgung sind (...). In der Verfahrensregelung sollte beschrieben werden, wann welche Form der Übergabe angeboten wird: zum Beispiel, wenn Angehörige erstmals die Pflege übernehmen oder eine veränderte Pflegesituation vorliegt. Pflegefachkräfte anderer Einrichtungen sollten eine Übergabe erhalten, wenn ein grundlegend anderer Bedarf entstanden ist oder neue spezifische Pflegemaßnahmen durchgeführt werden sollen.</i> BMSGPK (2024) D3: Der „vorläufige“ Entlassungsbrief / die Kurzinformation soll am Entlassungstag mitgegeben werden und ist mit der Patientin / dem Patienten zu besprechen; der endgültige Entlassungsbrief und das Pflegebegleitschreiben sollen unverzüglich erstellt werden.	Dokumentenprüfung: Item 6.1, 6.2 Prozessprüfung: Gruppe 6 Pflegeüberleitungsbogen

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		▫ Mitgabe des „vorläufigen“ Entlassungsbriefs / der Kurzinformation sowie des Entlassungsbriefs Pflege am Entlassungstag und unverzügliche Anfertigung des endgültigen ärztlichen Entlassungsbriefs (dieser soll innerhalb einer Woche nach Entlassung versandfertig sein). Übermittlung an Adressatinnen/Adressaten nach der Entscheidung der Patientin / des Patienten ▫ Beachtung der Richtlinie für eine ökonomische Verschreibeweise („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Entlassungsbrief Pflege) ▫ Der vorläufige Entlassungsbrief ist mit der Patientin / dem Patienten insbesondere hinsichtlich der Medikation und der weiterführenden Maßnahmen zu besprechen.	
Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	§ 3 Absatz 7: (...) Die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer erhalten aufgrund der Einwilligung des Patienten die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung. § 8 Absatz 1: Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.	DNQP (2019) P4b: Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeiter*innen der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten an. <i>Die Einbeziehung der ambulant und stationär weiterversorgenden Pflegefachkräfte in die Verlegung durch eine fachliche Übergabe ist eine Möglichkeit, über den Verlauf der Versorgung, die Entwicklung und die Wahrnehmung der Patient*innen kollegial zu sprechen. (...) Pflegefachkräfte andere Einrichtungen sollten eine Übergabe erhalten, wenn ein grundlegend anderer Bedarf entstanden ist oder neue spezifische Pflegemaßnahmen durchgeführt werden sollen.</i> BMSGPK (2024) D3: Der „vorläufige“ Entlassungsbrief / die Kurzinformation soll am Entlassungstag mitgegeben werden und ist mit	Dokumentenprüfung: Item 6.1, 6.2 Prozessprüfung: Gruppe 6 Pflegeüberleitungsbogen

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		der Patientin / dem Patienten zu besprechen; der endgültige Entlassungsbrief und das Pflegebegleitschreiben sollen unverzüglich erstellt werden. ▫ Mitgabe des „vorläufigen“ Entlassungsbriefs / der Kurzinformation sowie des Entlassungsbriefs Pflege am Entlassungstag und unverzügliche Anfertigung des endgültigen ärztlichen Entlassungsbriefs (dieser soll innerhalb einer Woche nach Entlassung versandfertig sein). Übermittlung an Adressatinnen/Adressaten nach der Entscheidung der Patientin / des Patienten ▫ (...) NICE (2021) 1.5.20: Send a copy of the care plan to everyone involved in providing support to the person at discharge and afterwards.	

Gruppe: Evaluationskonzept

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)		DNQP (2019) S6a: Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen. <i>Die Entlassplanung schließt mit der Evaluation nach der Entlassung ab. Dabei geht es zum einen um die Evaluation des einrichtungsinternen Entlassungsmanagements mit der Prüfung, ob die multiprofessionellen Maßnahmen frühzeitig eingeleitet wurden und bei Entlassung alle erforderlichen Schritte für eine gut vorbereitete Entlassung abgeschlossen werden konnten. (...) Die Einrichtung definiert Form und Kriterien der Evaluation und legt auf dieser Basis die Anlässe fest, wann welche Form zum Einsatz kommt.</i> DNQP (2019) S6b: Die Einrichtung stellt Ressourcen zur Erhebung von Daten zum internen Entlassungsmanagement zur Verfügung. <i>Die Evaluationsergebnisse des Entlassungsmanagements stellen die multiprofessionelle Zusammenarbeit und den Organisationsstand des Entlassungsmanagements im Krankenhaus dar und liefern gleichzeitig Ergebnisse über die Qualität der Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtung und mit nachversorgenden Einrichtungen bzw. Kooperationspartnern. Diese können durch interne Fallbesprechungen, Qualitätszirkel oder interne Audits gestützt und ausgewertet werden und damit der Weiterentwicklung von Kompetenzen dienen.</i> DNQP (2019) E6b: In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.	Prozessprüfung: Gruppe 7 Evaluationskonzept

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		<i>Die dokumentierte Evaluation des Entlassungsprozesses wird in regelmäßigen Abständen ausgewertet, die Ergebnisse werden bewertet, sind Gegenstand der fachlichen Reflexion und gehen in die Weiterentwicklung von Kriterien und Verfahren ein. (...) Die Ergebnisse dieser Auswertung müssen für die Mitarbeiter der Einrichtung einsehbar und Grundlage von Fachdiskursen sein, um so auch Erkenntnisse und Lernprozesse zu ermöglichen und die Grundlagen der eigenen Arbeit weiterzuentwickeln.</i>	
Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen		DNQP (2019) E6b: In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor. <i>Die dokumentierte Evaluation des Entlassungsprozesses wird in regelmäßigen Abständen ausgewertet, die Ergebnisse werden bewertet, sind Gegenstand der fachlichen Reflexion und gehen in die Weiterentwicklung von Kriterien und Verfahren ein. (...) Die Ergebnisse dieser Auswertung müssen für die Mitarbeiter der Einrichtung einsehbar und Grundlage von Fachdiskursen sein, um so auch Erkenntnisse und Lernprozesse zu ermöglichen und die Grundlagen der eigenen Arbeit weiterzuentwickeln.</i> DNQP (2019) P6: Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte. DNQP (2019) S6a: Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen. <i>(...) Zum anderen geht es um die individuelle Evaluation des pflegerischen Entlassungsmanagements, bei dem es um das Entlassungsmanagement bei Patient*innen mit einem erhöhten poststationären</i>	Prozessprüfung: Gruppe 7 Evaluationskonzept

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		<i>pflegerischen, Versorgungs- und Unterstützungsbedarf geht. Mit ihr wird überprüft, ob nach der Entlassung die Maßnahmen in der weiteren Versorgung wie geplant umgesetzt wurden und ob sie wirksam sind. Unabhängig davon, dass die Evaluation verbindlicher Bestandteil der Entlassplanung ist, sollen Kriterien vorliegen, aufgrund derer transparent und begründet entschieden wird, in welcher Form und Intensität die Evaluation fallbezogen umgesetzt wird.</i> NICE (2021) 1.6.7: Follow up a person who has been discharged within 7 days. NICE (2021) 1.6.8: Follow up a person who has been discharged within 48 hours if a risk of suicide has been identified.	
Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern		DNQP (2019) P6: Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte. <i>Neben dieser eher formalen Prüfung soll die Evaluation aber auch überprüfen, ob die Maßnahmen der Entlassplanung dazu dienen, die vereinbarten Ziele zu erreichen (...). Zudem ist im Austausch mit den nachsorgenden Einrichtungen bzw. den Patient*innen und den Angehörigen nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.</i> DNQP (2019) E6b: In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor. <i>Die dokumentierte Evaluation des Entlassungsprozesses wird in regelmäßigen Abständen ausgewertet, die Ergebnisse werden bewertet, sind Gegenstand der fachlichen Reflexion und gehen in die Weiterentwicklung von Kriterien und Verfahren ein. (...) Die Ergebnisse dieser</i>	Prozessprüfung: Gruppe 7 Evaluationskonzept

Qualitätsmerkmal	Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2024)	Leitlinienempfehlungen / Empfehlungen aus Expertenstandards	Qualitätsanforderung
		<i>Auswertung müssen für die Mitarbeiter der Einrichtung einsehbar und Grundlage von Fachdiskursen sein, um so auch Erkenntnisse und Lernprozesse zu ermöglichen und die Grundlagen der eigenen Arbeit weiterzuentwickeln.</i>	

Anhang C.6: Berechnungsvorlage zur Dokumenten- und Prozessprüfung

Dokumentenprüfung

Item/Score	Anzahl	Bewertungs- möglichkeiten	Berechnung
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Assessment	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Assessment
Adäquate Durchführung des initialen Assessments	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Adäquate Durchführung des differenzierten Assessments	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Entlassplan	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Entlassplan
Adäquate Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Erforderliche Inhalte im patientenindividuellen Entlassplan vorhanden	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung
Angemessene Unterstützung bei der Organisation spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Angemessene Unterstützung bei der Organisation außerklinischer Intensivpflege	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Angemessene Unterstützung bei der Organisation stationärer Pflege	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Angemessene Unterstützung bei der Organisation von Hospizversorgung	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle

Item/Score	Anzahl	Bewertungs- möglichkeiten	Berechnung
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Medikationsplan	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Medikationsplan
Erstellung eines Medikationsplans	10	0, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Medikationsplan ist aktuell und entspricht den Vorgaben des bundeseinheitlichen Medikationsplans	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Mitgabe des Medikationsplans an die Patientin bzw. den Patienten	10	0, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Entlassbrief	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Entlassbrief
Endgültiger Entlassbrief enthält erforderliche Informationen	10	0, 33, 67, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Übermittlung innerhalb von 14 Tagen oder Mitgabe des endgültigen Entlassbriefs	10	0, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Pflegeüberleitungsbogen	1	0-100	Mittelwert aller Item-Gesamtwerte Gruppe Pflegeüberleitungsbogen
Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens	10	0, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle
Übermittlung oder Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens am Entlasstag	10	0, 100, /	Als Ergebnis in Form von Item-Gesamtwert: Mittelwert der 10 Fälle

Prozessprüfung

Item/Score	Anzahl	Bewertungs- möglichkeiten	Berechnung
Prozessprüfungs-Gruppenwert Assessment	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Entlassplan	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Medikationsplan	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Entlassbrief	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Pflegeüberleitungsbogen	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-
Prozessprüfungs-Gruppenwert Evaluationskonzept	1	0, 20, 40, 60, 80, 100	-

Gruppen-Gesamtwerte

Item/Score	Anzahl	Bewertungs- möglichkeiten	Berechnung
Gruppen-Gesamtwert Assessment	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Assessment und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Assessment
Gruppen-Gesamtwert Entlassplan	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Entlassplan und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Entlassplan
Gruppen-Gesamtwert Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung
Gruppen-Gesamtwert Medikationsplan	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Medikationsplan und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Medikationsplan
Gruppen-Gesamtwert Entlassbrief	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Entlassbrief und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Entlassbrief
Gruppen-Gesamtwert Pflegeüberleitungsbogen	1	0-100	Mittelwert aus Prozessprüfungs-Gruppenwert Pflegeüberleitungsbogen und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert Pflegeüberleitungsbogen
Gruppen-Gesamtwert Evaluationskonzept	1	0-100	Entspricht Prozessprüfungs-Gruppenwert Evaluationskonzept

Anhang C.7: Vorlage zum Ergebnisbericht zum externen QS-Audit

Ergebnisbericht zum externen QS-Audit im Rahmen des QS-Verfahrens Entlassmanagement der externen Qualitätssicherung nach § 137a SGB V

Institutionskennzeichen	 http://www.arqe-ik.de
Standort	
Datum des externen QS-Audits	dd.mm.yyyy

Gruppen-Gesamtwerte

Gruppe	Gruppen-Gesamtwert	Priorität ³¹	Stärken	Schwächen	Kommentar des Leistungserbringers in der Nachbesprechung
Assessment					
Entlassplan					
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten					
Medikationsplan					
Entlassbrief					
Pflegeüberleitungsbogen					
Evaluationskonzept ³²					

³¹Priorität A (überdurchschnittliches Ergebnis) = der Gruppen-Gesamtwert liegt oberhalb des dritten Quartils der Verteilung der bundesweiten Gruppen-Gesamtwerte aus dem Vorjahr
 Priorität B (unterdurchschnittliches Ergebnis) = der Gruppen-Gesamtwert liegt unterhalb des ersten Quartils der Verteilung der bundesweiten Gruppen-Gesamtwerte aus dem Vorjahr
 Priorität C (erhebliche Differenz zwischen Prozessprüfungs-Gruppenwert und Dokumentenprüfungs-Gruppenwert) = Gruppenwert-Differenz liegt oberhalb des 90. Perzentils der Verteilung der bundesweiten Gruppenwert-Differenzen aus dem Vorjahr

Priorität D (durchschnittliches Ergebnis) = der Gruppen-Gesamtwert liegt zwischen dem ersten und dem dritten Quartil der Verteilung der bundesweiten Gruppen-Gesamtwerte aus dem Vorjahr

³² Die thematische Gruppe zum Evaluationskonzept kann keine Priorität C erhalten, da diese Gruppe ausschließlich durch die Prozessprüfung adressiert wird.

Maßnahmenplan

Assessment			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Entlassplan			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen

Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen

Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Medikationsplan			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen

Entlassbrief			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Pflegeüberleitungsbogen			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen

Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Evaluationskonzept			Freigabe durch den Leistungserbringer
Ziele des Leistungserbringers			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Ziele sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen
Einschränkende Rahmenbedingungen			
			Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Hürden sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen

Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortliche Funktionsträger	
			<i>Bestätigung und ggf. Ergänzung sowie Freigabe der formulierten Optimierungsmaßnahmen (inkl. Zeitplan und verantwortlicher Funktionsträger) sind im Nachgang durch den Leistungserbringer hier einzutragen</i>

Best-Practice Beispiele

Folgende Best-Practice Beispiele sind in dem Entlassmanagement des besuchten Krankenhauses festgestellt worden und werden für das Entlassmanagement anderer Krankenhäuser zur Orientierung zur Verfügung gestellt:

Best-Practice-Beispiel	Zuordnung zur thematischen Gruppe	Freigabe durch den Leistungserbringer
		Im Nachgang durch Leistungserbringer auszufüllen
		Im Nachgang durch Leistungserbringer auszufüllen
		Im Nachgang durch Leistungserbringer auszufüllen
		Im Nachgang durch Leistungserbringer auszufüllen

Item-Gesamtwerte**Prozessprüfung**

Gruppe	Item	Item-Ergebnis
Assessment	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Assessment	
Entlassplan	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Entlassplan	
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zur Organisation von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten	
Medikationsplan	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Medikationsplan	
Entlassbrief	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Entlassbrief	
Pflegeüberleitungsbogen	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Pflegeüberleitungsbogen	
Evaluationskonzept	Angemessene Ausgestaltung des Prozesses zum Evaluationskonzept	

Dokumentenprüfung

Gruppe	#	Item	Item-Ergebnis
Assessment	1.1	Adäquate Durchführung des initialen Assessments	
	1.2	Adäquate Durchführung des differenzierten Assessments	
Entlassplan	2.1	Adäquate Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans	
	2.2	Erforderliche Inhalte im patientenindividuellen Entlassplan vorhanden	
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten	3.1	Angemessene Unterstützung bei der Organisation spezialisierter ambulanter Palliativversorgung bei Bedarf	
	3.2	Angemessene Unterstützung bei der Organisation außerklinischer Intensivpflege bei Bedarf	
	3.3	Angemessene Unterstützung bei der Organisation stationärer Pflege bei Bedarf	
	3.4	Angemessene Unterstützung bei der Organisation von Hospizversorgung bei Bedarf	
Medikationsplan	4.1	Erstellung eines Medikationsplans bei Bedarf	
	4.2	Medikationsplan ist aktuell und entspricht den Vorgaben des bundeseinheitlichen Medikationsplans	

Gruppe	#	Item	Item-Ergebnis
	4.3	Mitgabe des Medikationsplans an die Patientin bzw. den Patienten	
Entlassbrief	5.1	Endgültiger Entlassbrief enthält erforderliche Informationen	
	5.2	Übermittlung innerhalb von 14 Tagen oder Mitgabe des endgültigen Entlassbriefs	
Pflegeüberleitungsbogen	6.1	Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens bei Bedarf	
	6.2	Übermittlung oder Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens am Entlasstag	

Anhang C.8: Abfrage zur Umsetzung des Maßnahmenplans

Abfrage zum Umsetzungsstand des Maßnahmenplans zum externen QS-Audit im Rahmen des QS-Verfahrens Entlassmanagement der externen Qualitätssicherung nach §137a SGB V

Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de
Standort	□□□□□□□□
Datum des externen QS-Audits	dd.mm.yyyy

Assessment						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Entlassplan						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung bei vulnerablen Patientinnen und Patienten						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Medikationsplan						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Entlassbrief						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Pflegeüberleitungsbogen						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
Evaluationskonzept						
Optimierungsmaßnahme(n)	Bis wann?	Verantwortlicher Funktionsträger	Umsetzungsstand			Gründe für verzögerte Umsetzung
			vollständig umgesetzt	teilweise umgesetzt	noch nicht umgesetzt	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	

Anhang D: Umgang mit den Indikatorergebnissen des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* im Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL

Anhang D.1: Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen für die Indikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*

Die nachfolgenden Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen sind für die Ergebnisanalyse durch die Landesarbeitsgemeinschaften zur Festlegung der Struktur und der Inhalte der angeforderten Stellungnahmen nutzbar. Zugleich dienen die Leitfragen auch den Einrichtungen selbst zur Praxisanalyse anhand der Rückmeldeberichte insbesondere bei der Erstellung von Stellungnahmen. Sowohl für die Ergebnis- als auch die Praxisanalyse sollen die Antwortverteilungen der Items, die in dem jeweiligen Indikator zugeordnet sind sowie die maßgeblich initial aufnehmenden und die entlassenden Fachabteilungen berücksichtigt werden. Die Leitfragen sind für das Entlassmanagement von erwachsenen Patientinnen und Patienten (Fragebogen „Erwachsene“) konzipiert. Soweit nicht anders angegeben, können die Leitfragen gleichermaßen für das Entlassmanagement von Kindern/Jugendlichen (Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“) verwendet werden.

45xx00 Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus

ID	45xx00
Qualitätsziel	Vor dem Verlassen des Krankenhauses sollen Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus Informationen erhalten, die sie vorab für die konkrete Planung zum Verlassen des Krankenhauses am Entlasstag benötigen. Dafür sollen Patientinnen und Patienten über den voraussichtlichen Entlasstermin und ihre Entlassvoraussetzungen informiert und die Beförderung zum Entlassort geklärt worden sein. Zudem soll im Krankenhaus mit den Patientinnen und Patienten deren Entlassfähigkeit thematisiert worden sein.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin ▫ Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein. (Ja/Nein/Weiß nicht) ■ Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen ▫ Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)? (Ja/Nein/Weiß nicht)

	▪ Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort ▫ Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)? (Ja/Nein/Weiß nicht) ▪ Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten ▫ Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind? (Ja/Nein/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin:</i> ▪ Wann erhalten die Patientinnen und Patienten regelhaft Informationen zum voraussichtlichen Entlasstermin? Wer informiert die Patientinnen und Patienten darüber? ▪ Von wem, wie und wann werden Patientinnen und Patienten über Änderungen des Entlasstermins informiert? ▪ Welche internen Regelungen (z. B. SOP) zu Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der Information der Patientinnen und Patienten über den Entlasszeitpunkt gibt es? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken, Dienstpläne, Personalschlüssel o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen:</i> ▪ Welche Voraussetzungen sind für die Entlassung der Patientinnen und Patienten maßgeblich (z. B. gesundheitsbezogene Parameter, Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten, soziales Umfeld der Patientinnen und Patienten, freie Kapazitäten zur bedarfsgerechten Weiterversorgung)? Wie werden die Entlassvoraussetzungen patientenindividuell festgelegt? ▪ Von wem und in welcher Form (mündlich und/oder schriftlich) werden die Patientinnen und Patienten über ihre individuellen Voraussetzungen für die Entlassung informiert? ▪ Wann und von wem werden Entlassvoraussetzungen festgelegt und dokumentiert (z. B. in Form von Behandlungszielen)? <i>Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort:</i> ▪ Mit welchen Patientinnen und Patienten wird regelhaft über die Beförderung für den Entlasstag gesprochen? Welche Profession ist hierfür verantwortlich?

	- Wie und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) wird mit Patientinnen und Patienten die Beförderung für den Entlasstag besprochen? - Welche internen Vorgaben und Regelungen gibt es hierzu? <i>Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten:</i> - Welche internen Regelungen (z. B. SOP) zu Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form zum Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten gibt es? - Welche Themen werden am Ende des Krankenhausaufenthalts regelhaft mit den Patientinnen und Patienten bzgl. ihrer Entlassfähigkeit besprochen? - Wie und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) wird mit Patientinnen und Patienten besprochen, ob sie bereit für die Entlassung sind? Welche Profession bespricht die Entlassvoraussetzungen mit den Patientinnen und Patienten?
--	---

45xx01 Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung

ID	45xx01
Qualitätsziel	Für die Planung der Nach- und Weiterversorgung für die Zeit nach der Entlassung sollen im Krankenhaus neben der Abklärung der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten auch eine Beratung zu weiteren Unterstützungsangeboten sowie eine Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen erfolgen. Damit wird die Lebens- und Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in die Planung der poststationären Versorgung einbezogen und eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung ermöglicht.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	- Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung - Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) - Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten - Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)

	■ Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen ▫ Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung ▫ Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	■ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ■ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach der Entlassung:</i> ■ Wie werden die Vorgehensweise, Verantwortlichkeiten und die Dokumentation der Abklärung der Versorgungssituation geregelt (bspw. schriftliche Vorgaben)? ■ Wie wird der patientenindividuelle Versorgungsbedarf mit den Patientinnen und Patienten erfasst und besprochen? ■ Welche Professionen informieren und beraten die Patientinnen und Patienten regelhaft für die Planung und Unterstützung der poststationären Versorgungssituation? ■ Wie wird sichergestellt, dass alle relevanten Aspekte der Lebens- und Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten vor dem Krankenhausaufenthalt beleuchtet werden (Wohnung, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel, etc.)? ■ Wie wird sichergestellt, dass die Inhalte von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses, die über Patientinnen und Patienten zu Unterstützungsangeboten beraten, in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise den Patientinnen und Patienten vermittelt werden? ■ Wie werden die Informationen und Beratungsinhalte zur Nach- und Weiterversorgung hinsichtlich der jeweiligen Lebenssituation der Patientinnen und Patienten aufbereitet? ■ Wie werden die zuständigen Beschäftigten über diese Regelungen und Vorgaben informiert? ■ Wie wird die Einhaltung der Regelungen überprüft (z. B. interne Audits, Statistiken Dienstpläne, Personalschlüssel o.ä.)? ■ Werden Maßnahmen aus den Überprüfungsergebnissen abgeleitet? <i>Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten:</i> ■ Zu welchen Unterstützungsangeboten werden die Patientinnen und Patienten beraten (z. B. stationäre/ambulante Pflege, Versorgung in einem Pflegeheim, Kostenerstattungen und Anträgen in verschiedenen Sozialgesetzbüchern, Jugend- und Sozialhilfen, ambulanten Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen)?

	▪ Welche (standardisierten) Informationen zu Unterstützungsangeboten, Hilfen oder Anträgen für die Nach- und Weiterversorgung erhalten die Patientinnen und Patienten? <i>Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen:</i> ▪ Für welche genehmigungspflichtigen Leistungen (z. B. Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung) ist regelhaft eine Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Antragsstellung vorgesehen? ▪ Wie wird der Bedarf der Patientinnen und Patienten für genehmigungspflichtige Leistungen bestimmt? ▪ Von wem, wie und wann werden Patientinnen und Patienten dabei unterstützt, genehmigungspflichtige Leistungen vor der Entlassung zu beantragen? ▪ Wie erfahren die Patientinnen und Patienten, welche Leistungen bereits im Krankenhaus beantragt wurden? <i>Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach der Entlassung:</i> ▪ Wie werden Patientinnen und Patienten basierend auf ihren Bedürfnissen und Bedarfen bei Entscheidungen zu ihrer Nach- und Weiterversorgung einbezogen? ▪ Wie werden die mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam getroffenen Entscheidungen zur Nach- und Weiterversorgung im Entlassplan und Informationen hierzu für die beteiligten Professionen hinterlegt? ▪ Welche internen Leitlinien existieren, um die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten bzw. ihren Angehörigen in die Entscheidungsfindung bei der Weiterversorgung zu ermöglichen?
--	--

45xx02 Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus

ID	45xx02
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten, die einen Bedarf an Unterstützung durch den Sozialdienst des Krankenhauses haben, sollen diesen als Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und Beratung nutzen. Damit können die patientenindividuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die poststationäre Versorgung adressiert werden.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	▪ Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten ▫ Wurden Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/ Ich wollte/brauchte das nicht/Weiß nicht) ▪ Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses

	▫ War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich? (Ja/Nein/Weiß nicht) ▫ Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat sich für mich und meine Situation interessiert. (Immer/Meistens/Selten/Nie/Weiß nicht) ▫ ... mir aufmerksam zugehört. (Immer/Meistens/Selten/Nie/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Verteilungsbasierter Referenzbereich ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten:</i> ▪ Welche Patientinnen und Patienten nutzen im Krankenhaus den Sozialdienst? Wie werden die Patientinnen und Patienten identifiziert, die vom Sozialdienst beraten werden sollen? ▪ Von wem und wie werden Patientinnen und Patienten über die Möglichkeit, die Beratung durch den Sozialdienst in Anspruch nehmen zu können, informiert? ▪ Wie können Patientinnen und Patienten den Sozialdienst erreichen? ▪ Welche internen Regelungen und Vorgaben zur Nutzung des Sozialdienstes durch die Patientinnen und Patienten gibt es? ▪ Wie wird die Einhaltung der Regelungen (z. B. SOP) überprüft (z. B. interne Audits, Statistiken, Personalschlüssel, Dienstpläne o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses:</i> ▪ Wie wird sichergestellt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes die persönliche Situation und die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigen? ▪ Wie erfährt der Sozialdienst, inwiefern die Beratung für die Patientinnen und Patienten hilfreich war?

45xx03 Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung

ID	45xx03
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus umfassend über für sie notwendige medizinische und pflegerische Maßnahmen und Behandlungen, Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen sowie den möglichen Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung informiert werden. Damit werden informierte Entscheidungen der Patientinnen und Patienten zu ihrer poststationären Versorgung und eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung ermöglicht.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung ▫ Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... welche medizinische Behandlung nach Ihrer Entlassung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge ▫ Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... welche weiteren Therapien oder Behandlungen nach Ihrer Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Information zu Hilfsmitteln ▫ Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... welche Hilfsmittel Sie nach Ihrer Entlassung benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung ▫ Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung ▫ Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung. (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)

Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Alle fünf oben genannten Qualitätsmerkmale:</i> ▪ Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten für die Vorbereitung der Entlassung prinzipiell zu folgenden Themen der Nach- und Weiterversorgung informiert werden (z. B. anhand einer Check-Liste)? ▫ Weiterführende ambulante ärztliche Versorgung durch Hausärztinnen/Hausärzte bzw. Fachärztinnen/Fachärzte ▫ Weitere therapeutische Maßnahmen der medizinischen Nachsorge (Heilmittel wie Physio- oder Sprachtherapie, Soziotherapie, ambulante/stationäre Rehabilitation) ▫ Notwendige Hilfsmittel ▫ Ansprechpersonen im Krankenhaus oder außerhalb des Krankenhauses bei medizinisch-pflegerischen Fragen für die Zeit nach der Entlassung (z. B. Fragen zum Gesundheitszustand, zur Genesung, zur Medikation, zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung) ▫ Möglicher Verlauf bzw. Prognose der Erkrankung bzw. des Gesundheitszustands nach der Entlassung ▪ Von wem und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) werden die Patientinnen und Patienten in der Regel informiert? ▪ Welche internen Regelungen zur Festlegung von Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der Information der Patientinnen und Patienten gibt es? ▪ Wie werden die Inhalte vermittelt (z. B. allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material?) ▪ Wie wird sichergestellt, dass die Inhalte von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses, die über die medizinische und pflegerische Weiterversorgung nach der Entlassung informieren, in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise vermittelt werden? Gibt es z. B. Schulungen zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten? ▪ Gibt es standardisierte Unterlagen in patientenverständlicher Sprache, die Patientinnen und Patienten mitnehmen können?

45xx04 Information zur und Sicherstellung der kontinuierlichen Entlassmedikation

ID	45xx04
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen im Krankenhaus umfassend über neue bzw. umgestellte Medikamente, die sie nach der Entlassung einnehmen müssen, informiert werden. Die Versorgung mit Medikamenten bei einer Entlassung vor einem Wochenende oder einem gesetzlichen Feiertag soll sichergestellt werden. Damit soll für die Zeit nach der Entlassung eine sichere Medikamenteneinnahme und eine wirksame medikamentöse Behandlung für die Patientinnen und Patienten gewährleistet werden.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation ▫ Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ▫ ... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ■ Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation ▫ Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ■ Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation ▫ Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ▫ ... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ▫ ... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)? (Für jedes Medikament/Für die meisten Medikamente/Nur für wenige Medikamente/Für gar kein Medikament/Weiß nicht) ■ Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung ▫ Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, Medikamente mitbekommen? (Ja/Nein, ich habe keine Medikamente mitbekommen/Nein, ich wollte keine Medikamente mitnehmen/Nein, ich musste keine Medikamente mitnehmen/Weiß nicht) ▫ Haben Sie bei der Entlassung, bzw. als Sie nach Hause gegangen sind, ein Rezept für Medikamente mitbekommen? (Ja/Nein/Weiß nicht)

Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Für alle drei Qualitätsmerkmale zur Information zur Entlassmedikation:</i> ▪ Welche internen Regelungen und Vorgaben gibt es zu Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der Information der Patientinnen und Patienten zu diesem Thema? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken, Personalschlüssel, Dienstpläne o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation:</i> ▪ Wie wird Patientinnen und Patienten von einer Ärztin / einem Arzt erklärt, warum Medikamente nach der Entlassung eingenommen werden müssen? ▪ In welcher Gesprächssituation werden die Patientinnen und Patienten darüber informiert? Wie werden die Informationen vermittelt (allein mündlich; zusätzliche schriftliche Unterlagen bspw. Medikationsplan)? ▪ Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten über die Notwendigkeit der Entlassmedikation in patientenverständlicher Sprache informiert werden? <i>Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation:</i> ▪ In welcher Gesprächssituation werden die Patientinnen und Patienten von einer Ärztin / einem Arzt darüber informiert, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen (z. B. mit anderen Medikamenten oder Lebensmitteln) vorliegen können? Wie werden die Informationen vermittelt (allein mündlich; zusätzliche schriftliche Unterlagen bspw. Medikationsplan)? ▪ Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten über möglichen Neben- und Wechselwirkungen in patientenverständlicher Sprache informiert werden? <i>Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation:</i> ▪ Welche Informationen zu den Einnahmeregeln erhalten die Patientinnen und Patienten? ▪ Welche Professionen besprechen mit den Patientinnen und Patienten die Einnahmeregeln (z. B. Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonal)? ▪ Wie werden die Informationen vermittelt (allein mündlich; zusätzliche schriftliche Unterlagen bspw. Medikationsplan)? ▪ Wie wird sichergestellt, dass die Informationen von allen informierenden Personen in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise vermittelt werden? ▪ Wie wird sichergestellt, dass die Informationen von den Patientinnen und Patienten verstanden und erinnert werden?

	<i>Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung:</i> ▪ Welche internen Regelungen zu Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der der Medikamentenversorgung der Patientinnen und Patienten bei Entlassungen vor Wochenenden und Feiertagen) gibt es? ▪ Wie wird die Mitgabe von Medikamenten oder Verordnungen/Rezepten bei Entlassungen vor Wochenenden oder Feiertagen umgesetzt? ▪ Wann und von wem erhalten die Patientinnen und Patienten die Medikamente bzw. Verordnungen/Rezepte? ▪ Anhand welcher Kriterien wird entschieden, ob Medikamente mitgegeben werden oder ein Rezept ausgestellt wird? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken, Personalschlüsse, Dienstpläne o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden?
--	--

45xx05 Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung

ID	45xx05
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen im Krankenhaus vor der Entlassung dazu befähigt werden, die medizinisch-pflegerischen Erfordernisse der poststationären Selbstversorgung zu bewältigen. Damit wird eine wirksame Versorgung mit Hilfsmitteln ermöglicht und eine Erfüllung von medizinisch-pflegerischen Anforderungen gewährleistet.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag ▫ Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ▪ Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln ▫ Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen? (Ja für alle Hilfsmittel/Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel/Nein, für keine Hilfsmittel/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ▪ Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung ▫ Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... wie Sie sich nach Ihrer Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)

	▪ Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen ▫ Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... wie Sie sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Für alle drei Qualitätsmerkmale zur Wissensvermittlung:</i> ▪ Welche internen Regelungen und Vorgaben gibt es zu Zuständigkeiten, Zeitpunkt und Form der Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung der Patientinnen und Patienten? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag:</i> ▪ Für welche Patientinnen und Patienten ist die Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung vorgesehen (z. B. für die Wundversorgung, Schmerzmanagement, Umgang mit Symptomen, Umgang mit körperlichen Einschränkungen im Alltag)? ▪ Wie werden Patientinnen und Patienten zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung angeleitet (z. B. Schulungen, Kurse, Informationsbroschüren)? Wie werden die notwendigen Inhalte vermittelt (allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material, Unterstützung mit Videos, Unterstützung durch Anleitung/Trainings?) ▪ Welche Professionen führen die Wissensvermittlung durch? Wie wird sichergestellt, dass die Wissensvermittlung in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise erfolgt? <i>Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln:</i> ▪ Wie wird Patientinnen und Patienten erklärt und mit ihnen geübt, wie sie mit Hilfsmitteln, die bereits im Krankenhaus benutzt wurden oder bei der Entlassung mitgegeben werden, umgehen? ▪ Welche Professionen führen die Wissensvermittlung durch? Wie wird sichergestellt, dass die Wissensvermittlung in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise erfolgt? ▪ Wie werden die notwendigen Inhalte vermittelt (allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material, Unterstützung mit Videos, Unterstützung durch Anleitung/Trainings?) <i>Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach der Entlassung:</i> ▪ Welche Hinweise erhalten die Patientinnen und Patienten und welche Regeln werden ihnen erklärt (z. B. Art und Dauer der Schonung, Alltagsbelastungen, Bewegung/Sport, Verzehr von Lebensmitteln)?

	▪ Welche Professionen führen die Wissensvermittlung durch? Wie wird sichergestellt, dass die Wissensvermittlung in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise erfolgt? ▪ Wie werden die notwendigen Inhalte vermittelt (allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material, Unterstützung mit Videos, Unterstützung durch Anleitung/Trainings?) <i>Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen:</i> ▪ Wie wird Patientinnen und Patienten erklärt, wie sie Komplikationen und Warnsignale erkennen können und was sie selbst tun können (z. B. Atemnot, Wundinfektion, Symptome psychischer Erkrankungen/Suizidgedanken)? ▪ Welche Professionen führen die Wissensvermittlung durch? Wie wird sichergestellt, dass die Wissensvermittlung in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise erfolgt? ▪ Wie werden die notwendigen Inhalte vermittelt (allein mündlich, Unterstützung mit schriftlichem Material, Unterstützung mit Videos, Unterstützung durch Anleitung/Trainings?) ▪ Wie wird sichergestellt, dass die Informationen von den Patientinnen und Patienten verstanden und erinnert werden? Gibt es standardisierte Unterlagen in patientenverständlicher Sprache, die Patientinnen und Patienten mitnehmen können?
--	---

45xx06 Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung

ID	45xx06
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen vom Krankenhaus bei der Organisation von Anschlusstherapien und (pflegerischer) Unterstützung, welche für sie als Maßnahmen unmittelbar notwendig sind, unterstützt werden. Damit kann eine koordinierte und kontinuierliche Weiterversorgung sichergestellt werden.
Grundgesamtheit	▪ Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben. ▪ Weiterhin werden für die Berechnung des Indikators nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt, für die im Fragebogen als Entlassort „nach Hause“ angegeben wurde, da die Organisation der genannten Maßnahmen insbesondere Entlassungen in die Häuslichkeit bzw. in Strukturen des Betreuten Wohnens betreffen. ▪ Damit werden nur Fälle eingeschlossen, die im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen und für die Krankenhäuser gemäß § 4 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement Leistungen für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung notwendige Versorgung verordnen können.

Qualitätsmerkmale Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung ▫ Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ■ Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe ▫ Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... einen Pflegedienst zu organisieren? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht) ... eine Haushaltshilfe zu organisieren? (Ja/Nein/Brauchte ich nicht/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	■ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ■ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Indikator zielt nicht auf die erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung durch das Krankenhaus ab, sondern auf die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Organisation ■ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Für beide Qualitätsmerkmale:</i> ■ Für welche Patientinnen und Patienten und wie wird eine Verordnung von Leistungen zur unmittelbaren Versorgung nach Krankenhausbehandlung gemäß § 4 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement umgesetzt? ■ Welche internen Regelungen zu Zuständigkeiten für die Unterstützung von Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten gibt es? ■ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken o.ä.)? ■ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung:</i> ■ Wie werden Patientinnen und Patienten dabei unterstützt, für sie notwendige Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge bzw. Anschlusstherapien (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie; sozialmedizinische Versorgung bei Kindern/Jugendlichen) zu organisieren (z. B. Liste mit Kontaktdaten, Rezept bzw. Verordnung)? ■ Welche Professionen unterstützen die Patientinnen und Patienten bei der Organisation?

	<i>Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe:</i> ■ Wie werden Patientinnen und Patienten dabei unterstützt, einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe zu organisieren (z. B. Liste mit Kontaktdaten, Rezept bzw. Verordnung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege/Haushaltshilfe)? ■ Welche Professionen unterstützen die Patientinnen und Patienten bei der Organisation?
--	--

45xx07 Entlassgespräch

ID	45xx07
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen am Ende ihrer Krankenhausbehandlung im Rahmen eines abschließenden Gesprächs die Möglichkeit haben, ihre Anliegen zur Entlassung zu thematisieren. Erwachsene Patientinnen und Patienten sollen Vertrauenspersonen zum Entlassgespräch mitbringen können.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Durchführen eines abschließenden Gesprächs ▫ Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt? (Ja/Nein/Weiß nicht) ■ Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch ▫ Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Ich wollte/brauchte das nicht/Weiß nicht) ■ Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung (nur in Fragebogen „Erwachsene“ enthalten) ▫ Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen? (Ja/Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte/Ich wollte/brauchte das nicht/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	■ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ■ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Keine Risikoadjustierung

Leitfragen	<i>Durchführen eines abschließenden Gesprächs:</i> ▪ In welcher Form bzw. nach welchem Konzept werden Entlassgespräche mit den Patientinnen und Patienten umgesetzt (z. B. ein gemeinsames Abschlussgespräch mit den zentralen Professionen; einzelne, separate Abschlussgespräche der Professionen?) ▪ Welche Professionen führen Entlassgespräche durch? Welche internen Regelungen zu Zuständigkeiten für die Durchführung von Abschlussgesprächen gibt es? ▪ Wie wird sichergestellt, dass mit den Patientinnen und Patienten vor der Entlassung ein abschließendes Gespräch bzw. abschließende Gespräche geführt werden? ▪ Wie und wann werden Patientinnen und Patienten darüber informiert, dass ein abschließendes Gespräch ansteht? ▪ Wird den Patientinnen und Patienten bei der Durchführung des Abschlussgesprächs mitgeteilt, dass es sich um das Abschlussgespräch handelt? ▪ Wo bzw. in welchen Räumlichkeiten werden die abschließenden Gespräche geführt und wie lange dauern diese? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden? <i>Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch:</i> ▪ Welche Themen werden mit den Patientinnen und Patienten beim abschließenden Gespräch besprochen? ▪ Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten die für sie relevanten Themen im abschließenden Gespräch besprechen können? <i>Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung (nur für Entlassungen von erwachsenen Patientinnen und Patienten):</i> ▪ Wie, wann und von wem werden Patientinnen und Patienten darüber informiert, dass die Möglichkeit besteht, dass Vertrauenspersonen am abschließenden Gespräch teilnehmen können? ▪ Wie wird organisatorisch bzw. terminlich die Möglichkeit geschaffen, dass Vertrauenspersonen das Angebot wahrnehmen können?
-------------------	--

45xx08 Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten

ID	45xx08
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen spätestens am Tag der Entlassung im Krankenhaus einen vorläufigen oder endgültigen Entlassbrief erhalten, sodass die darin enthaltenen relevanten Informationen für eine kontinuierliche und koordinierte Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten vorliegen.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	▪ Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag ▫ Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein. Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten? (Ja/Nein/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	▪ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ▪ Fester Referenzbereich von 95 Punkten ▪ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ▪ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag:</i> ▪ Wann und in welcher Form erhalten die Patientinnen und Patienten den (vorläufigen) Entlassbrief? Wer übergibt den Entlassbrief an die Patientin bzw. den Patienten? ▪ Wie wird den Patientinnen und Patienten oder Vertrauenspersonen vermittelt, dass es sich bei dem Dokument um den (vorläufigen) Entlassbrief handelt? ▪ Wie werden Probleme bei der Erstellung und Übergabe des (vorläufigen) Entlassbriefs identifiziert (z. B. Gibt es ein Qualitätssicherungskonzept für die Erstellung der Entlassbriefe)? Falls ja, wie ist das Konzept ausgestaltet? Gibt es bspw. ein Monitoring für die Erstellung von Arztbriefen? ▪ Welche internen Regelungen zu Zuständigkeiten und Zeitpunkt zur Übergabe des Entlassbriefs gibt es? ▪ Wie werden interne Überprüfungen zu diesem Thema durchgeführt (z. B. interne Audits, Statistiken o.ä.)? ▪ Sind aus den Erkenntnissen dieser Überprüfungen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet worden?

45xx09 Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung

ID	45xx09
Qualitätsziel	Für eine bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion sollen Patientinnen und Patienten eine widerspruchsfreie Information zur Entlassung erhalten und Fragen zur Entlassung entsprechend den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten geklärt werden.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung ▫ Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten? (Ja/Nein/Weiß nicht) ■ Zeit für Fragen zur Entlassung ▫ Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten? (Immer/Meistens/Selten/Nie/Weiß nicht) ▫ Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben? (Immer/Meistens/Selten/Nie/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	■ Fragebogenübergreifende Berechnung des Indikators ■ Verteilungsbasierter Referenzbereich ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Keine Risikoadjustierung
Leitfragen	<i>Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung:</i> ■ Wie wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten widerspruchsfreie Informationen zu ihrer Entlassung erhalten (z. B. zum Datum der Entlassung, zu den Voraussetzungen der Entlassung)? ■ Wie werden relevante Informationen zur Entlassung der jeweiligen Patientin / des jeweiligen Patienten intern kommuniziert und dokumentiert? Welche Professionen sind daran beteiligt? ■ Wie können widersprüchliche Informationen, welche Patientinnen und Patienten möglicherweise zu ihrer Entlassung erhalten haben, erkannt werden? ■ Welche besonderen Maßnahmen werden bei kurzfristiger Änderung der Entlassplanung in Bezug auf die Information der Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen getroffen? <i>Zeit für Fragen zur Entlassung:</i> ■ Wer ist für die Beantwortung von Fragen der Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen zur Entlassung verantwortlich? ■ Wie erfahren Patientinnen und Patienten, welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Fragen zur Entlassung zuständig sind? ■ Wie werden Fragen der Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung intern an die zuständige Profession weitergegeben?

45xx10 Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten

ID	45xx10
Qualitätsziel	Erwachsene Patientinnen und Patienten sollen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sowohl hinsichtlich ihrer körperlichen und psychischen Verfassung als auch hinsichtlich der Unterstützung durch Dritte wie Familie oder ambulante Pflegedienste bereit sein, das Krankenhaus zu verlassen. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements sichergestellt werden.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	■ Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten ▫ Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? - Ich war in Bezug auf ... meine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden. ... meine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden. ... die Unterstützung durch andere bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst). (Voll und ganz bereit/Eher bereit/Eher nicht bereit/Gar nicht bereit/Trifft auf mich nicht zu/Weiß nicht)
Weitere Hinweise	■ Spezifische Berechnung des Indikators basierend auf den Fragebogen „Erwachsene“ ■ Verteilungsbasierter Referenzbereich ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Risikoadjustierung basierend auf Angaben aus der Patientenbefragung vorgesehen. Mögliche Variablen: ▫ Alter der Patientin / des Patienten ▫ Geschlecht der Patientin / des Patienten ▫ Anzahl Komorbiditäten ▫ Polymedikation ▫ Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte ▫ Geplante oder ungeplante Aufnahme ▫ Dauer des Krankenhausaufenthalts ▫ Entlassort
Leitfragen	■ Wie und wann wird mit Patientinnen und Patienten besprochen, wann sie körperlich und psychisch sowie mit der Unterstützung durch andere Personen bereit für die Entlassung sind (z. B. Entlassung erfolgt, sobald keine medizinische Notwendigkeit für stationäre Behandlung vorliegt, jedoch wird die Genesung erst nach der Entlassung erfolgen)? ■ Welche Gründe kann es geben, dass Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung nicht bereit waren, das Krankenhaus zu verlassen?

	▪ Welche dieser Gründe treffen für alle drei Dimensionen der Entlassbereitschaft aus Patientensicht (körperlich, psychisch, Unterstützung durch andere) zu? Welche Gründe betreffen nur einzelne Dimensionen? ▪ Treffen die Gründe für die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten zu? Verbindung zu QI 45xx00 (Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus/Besprechen der Entlassfähigkeit): ▪ Welche Themen werden regelhaft mit den Patientinnen und Patienten bzgl. ihrer Entlassfähigkeit besprochen? ▪ Wie und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) wird mit Patientinnen und Patienten besprochen, ob sie bereit für die Entlassung sind? Welche Profession bespricht die Entlassvoraussetzungen mit den Patientinnen und Patienten? ▪ Welche Maßnahmen werden ergriffen, wenn eine Entlassung erfolgt, obwohl die Patientin oder der Patient sich nicht bereit fühlt, entlassen zu werden?
--	---

45xx11 Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten

ID	45xx11
Qualitätsziel	Minderjährige Patientinnen und Patienten und deren Eltern/Sorgeberechtigte sollen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sowohl hinsichtlich der körperlichen und psychischen Verfassung des Kindes als auch hinsichtlich der Unterstützung der Eltern/Sorgeberechtigten durch Dritte und der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung bereit sein, das Krankenhaus zu verlassen. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements sichergestellt werden.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items (inkl. Antwortoptionen)	▪ Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten ▫ Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden. ... psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden. (Voll und ganz bereit/Eher bereit/Eher nicht bereit/Gar nicht bereit/Trifft auf mein Kind nicht zu/Weiß nicht) ▫ Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, durch einen Pflegedienst). ... bereit, den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können). (Voll und ganz bereit/Eher bereit/Eher nicht bereit/Gar nicht bereit/Trifft auf mich nicht zu/Weiß nicht)

Weitere Hinweise	■ Spezifische Berechnung des Indikators basierend auf den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ ■ Verteilungsbasierter Referenzbereich ■ Empfehlung für mittelwertbasierten Referenzbereich zu Beginn der Erprobung ■ Risikoadjustierung basierend auf Angaben aus der Patientenbefragung vorgesehen. Mögliche Variablen: ▫ Alter der Patientin / des Patienten ▫ Geschlecht der Patientin / des Patienten ▫ Anzahl Komorbiditäten ▫ Polymedikation ▫ Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte ▫ Geplante oder ungeplante Aufnahme ▫ Dauer des Krankenhausaufenthalts ▫ Entlassort
Leitfragen	■ Wie und wann wird mit Patientinnen und Patienten besprochen, wann sie körperlich und psychisch sowie mit der Unterstützung durch andere Personen bereit für die Entlassung sind (z. B. Entlassung erfolgt, sobald keine medizinische Notwendigkeit für stationäre Behandlung vorliegt, jedoch wird die Genesung erst nach der Entlassung erfolgen)? ■ Welche Gründe kann es geben, dass minderjährige Patientinnen und Patienten und ihre Eltern/Sorgeberechtigte zum Zeitpunkt der Entlassung nicht bereit waren, das Krankenhaus zu verlassen? ■ Welche dieser Gründe treffen für die körperliche und psychische Verfassung des Kindes zu? Welche dieser Gründe betreffen die Unterstützung der Eltern/Sorgeberechtigten durch dritte Personen (bspw. Familie/Angehörige) und die Wahrnehmung der Eltern, nach der Entlassung den Alltag mit dem Kind bewältigen zu können? ■ Treffen die Gründe für die Mehrzahl der minderjährigen Patientinnen und Patienten und deren Eltern/Sorgeberechtigten zu? Verbindung zu QI 45xx00 (Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus/Besprechen der Entlassfähigkeit): ■ Welche Themen werden regelhaft mit den Eltern/Sorgeberechtigten und ihren Kindern bzw. mit den Jugendlichen bzgl. der Entlassfähigkeit besprochen? ■ Wie und in welcher Gesprächssituation (Zeit und Ort) wird mit Eltern/Sorgeberechtigten und den Kindern/Jugendlichen besprochen, ob sie bereit für die Entlassung sind? Welche Profession bespricht die Entlassvoraussetzungen? ■ Welche Maßnahmen werden ergriffen, wenn eine Entlassung erfolgt, obwohl die Eltern/Sorgeberechtigten bzw. die Kinder/Jugendlichen sich nicht bereit fühlen, entlassen zu werden?

Anhang D.2: Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Anhang D.2.1: Gründe zur rechnerischen Auffälligkeit und Vorschläge für indikatorspezifische Leitfragen

Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit	QI-Ergebnis / Antwort im Datenfeld	Indikatorspezifische Leitfragen
Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“		
Keine Verfahrensregelung vorhanden	DF 3 = 0 ³³	Welche Organisationseinheit ist für die Erstellung einer Verfahrensregelung für das Entlassmanagement verantwortlich? Welche Akteure (Funktionsbezeichnung) /Fachabteilungen müssen in die Erstellung miteinbezogen werden? Welche Ressourcen (personelle, technische oder zeitliche) sind notwendig, um die Prozesse des Entlassmanagements in der praktischen Versorgung einheitlich umzusetzen und eine Verfahrensregelung zu erstellen? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um eine Verfahrensregelung zu erstellen?
Verfahrensregelung nicht autorisiert	DF 4 = 0	Welche Organisationseinheit ist für die Einholung der Freigabe einer Verfahrensregelung für das Entlassmanagement verantwortlich? Welche Akteure (Funktionsbezeichnung) /Fachabteilungen müssen in die Erstellung miteinbezogen werden?

³³ Sofern der Leistungserbringer im Erfassungsjahr für eine Teilnahme im externen QS-Audit vorgesehen war, dieser im Rahmen dessen aber keine Verfahrensregelung übermittelt hat, wird angenommen, dass eine Verfahrensregelung nicht über das gesamte Erfassungsjahr vorlag. In diesem Fall ist, unabhängig von einer rechnerischen Auffälligkeit, ein Stellungnahmeverfahren einzuleiten, mit dem Grund für die Auffälligkeit „Keine Verfahrensregelung vorhanden“.

Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit	QI-Ergebnis / Antwort im Datenfeld	Indikatorspezifische Leitfragen
		Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um die Verfahrensregelung zu autorisieren?
Verfahrensregelung nicht zugänglich	DF 5 = 0	Welche digitalen/analoge hausinternen Möglichkeiten bestehen, um die Verfahrensregelung zugänglich zu machen (z. B. durch ein Dokumentenmanagementsystem)? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um die Verfahrensregelung allen am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich zu machen?
Teilprozesse des Entlassmanagement nicht geregelt		
▪ Kriteriengeleitete Ersteinschätzung	DF 6 = 0	Welche Akteure (Funktionsbezeichnungen) /Fachabteilungen müssen in die Regelung und den Ablauf des Teilprozesses einbezogen werden? Welche Ressourcen (personelle, technische oder zeitliche) sind notwendig, um den Teilprozess in der praktischen Versorgung einheitlich umzusetzen und in der Verfahrensregelung mit aufzunehmen? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um den Teilprozess zu regeln und in die Verfahrensregelung mit aufzunehmen?
▪ Differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs	DF 7 = 0	
▪ Dokumentation im Entlassplan	DF 8 = 0	
▪ Mitgabe eines bundeseinheitlichen Medikationsplans	DF 9 = 0	
▪ Maßnahmen zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Medikamentenversorgung bei Entlassung	DF 10 = 0	
▪ Mitgabe und Übermittlung des Entlassbriefes	DF 11 = 0	
▪ Zeitraum für die Übermittlung des Entlassbriefes	DF 12 = 0 ODER DF 12 = 1 UND DF 13 ≤ 14	

Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit	QI-Ergebnis / Antwort im Datenfeld	Indikatorspezifische Leitfragen
Mitgabe und Übermittlung des Pflegeüberleitungsboogens	DF 14 = 0	
Abläufe für die Teilprozesse nicht geregelt	DF 15 = 0	Inwiefern fehlt eine Festlegung von Abläufen für die Teilprozesse in der Verfahrensregelung? Welche Akteure (Funktionsbezeichnungen) /Fachabteilungen müssen in die Festlegung des Ablaufs des Teilprozesses/der Teilprozesse miteinbezogen werden? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um den Ablauf des Teilprozesses/der Teilprozesse zu regeln und in die Verfahrensregelung mit aufzunehmen?
Verantwortlichkeiten nicht geregelt		
Ärztliche Personal	DF 16 = 0	Inwiefern fehlt eine Festlegung der Verantwortlichkeiten für die Teilprozesse in der Verfahrensregelung? Welche Akteure (Funktionsbezeichnung) /Fachabteilungen müssen in die Regelung der Verantwortlichkeiten für den Teilprozess einbezogen werden? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um die Verantwortlichkeiten für den Teilprozess/die Teilprozesse zu regeln und in die Verfahrensregelung mit aufzunehmen?
Pflegekräfte	DF 17 = 0	
Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	DF 18 = 0 ODER DF 19 = 0	
Krankenhausinterne Evaluation des Entlassmanagement nicht geregelt	DF 20 = 0	Inwiefern fehlen Vorgaben für die interne Evaluation des Entlassmanagements in der Verfahrensregelung? Sind Frequenz bzw. Fallauswahl für die interne Evaluation in der Verfahrensregelung festgehalten?

Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit	QI-Ergebnis / Antwort im Datenfeld	Indikatorspezifische Leitfragen
		Welche Akteure (Funktionsbezeichnung) / Fachabteilungen müssen in die Regelung zur internen Evaluation einbezogen werden?
Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“		
Schulungsquote nicht erreicht	Signifikante Abweichung vom Referenzbereich	In welcher Frequenz werden Schulungen zur hausinternen Verfahrensregelung angeboten? In welchem Format werden die Schulungen angeboten (Präsenz/Online/E-Learning)? Welche Professionen führen die Schulungen durch? Wie wird sichergestellt, dass die Schulungen in gleichem Ausmaß und in gleicher Art und Weise erfolgt? Wie werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die verpflichtenden Schulungen hingewiesen? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um die Schulungen zur hausinternen Verfahrensregelung gemäß den Anforderungen umzusetzen?
Schulungen nicht dokumentiert	DF 21.2 = 1 ODER DF 22.2 = 1	In welchem Format werden die Schulungen angeboten (Präsenz/Online/E-Learning)? Welche Professionen führen die Schulungen durch? Welche hausinternen Möglichkeiten zur Dokumentation bestehen für das Schulungsformat? Welche Akteure (Funktionsbezeichnung) sind dafür verantwortlich, die Schulungen zu dokumentieren?

Grund für die indikatorspezifische rechnerische Auffälligkeit	QI-Ergebnis / Antwort im Datenfeld	Indikatorspezifische Leitfragen
		Wie werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter identifiziert, die für die Schulungen zur hausinternen Verfahrensregelung von Relevanz sind? Welche Maßnahmen können eingeleitet werden bzw. wurden bereits eingeleitet, um die durchgeführten Schulungen zu dokumentieren?

Anhang D.2.2: Kriterien zur Bewertung des Indikatorergebnisses

Kategorie gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)	Kriterien zur Einordnung
A-Kategorie	Die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung ist durch Ressourcen-gründe wie z. B. einen Personalmangel begründet (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)
	Die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung ist durch Strukturän-derungen im Krankenhaus wie z. B. Personalwechsel oder Umstel-lung der IT-Systeme begründet (A71: Hinweis auf Struktur- und Pro-zessmängel)
	Die Nicht-Erfüllung der Qualitätsanforderung ist bereits durch Maß-nahmen behoben worden (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozess-mängel)
	Nicht-Abgabe oder unvollständige Abgabe einer Stellungnahme (A72: keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt)
	Darlegungen und Erläuterungen beziehen sich nicht auf die Pro- zesse und Strukturen, die mit der Nicht-Erfüllung der Qualitätsan- forderung zusammenhängen (A72: keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt)
	Nicht-Information über die Dokumentationspflicht (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)
	Überschreiten der Datenlieferfrist (A71: Hinweis auf Struktur- und Prozessmängel)
U-Kategorie	<i>Für die U-Kategorie sind prospektiv, vor Beginn des Erprobungszeit-raums, keine Gründe ersichtlich, die eine Einordnung eines rechner-isch auffälligen Indikatorergebnisses in diese Kategorie begründen.</i>
D-Kategorie	Qualitätsindikator Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement: Sofern der Leistungserbringer darlegt, dass es sich beim dem Grund, der zur Auffälligkeit geführt hat, nur um ei-nen Dokumentationsfehler handelt, muss der Leistungserbringer eine Kopie der Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Ent-llassmanagement an die Geschäftsstelle der LAG übermitteln. Durch eine Validierung der Dokumentation aus dem Erhebungsbogen mit der übersendeten Verfahrensregelung kann geprüft werden, ob es sich beim Grund der rechnerischen Auffälligkeit ausschließlich um einen Dokumentationsfehler handelt. Da keine Neuberechnung der Indikatorergebnisse nach der derzeitig gültigen DeQS-RL möglich ist, muss in diesem Fall die Kategorie D vergeben werden (D80: un-vollständige oder falsche Dokumentation oder D81: Softwareprob-leme haben falsche Dokumentation verursacht)

Kategorie gemäß Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)	Kriterien zur Einordnung
	Qualitätsindikator Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung: Sofern der Leistungserbringer darlegt, dass es sich beim dem Grund, der zur Auffälligkeit geführt hat, nur um einen Dokumentationsfehler handelt muss die Primärdokumentation (digital oder analog) der Schulungen eingefordert werden, aus der ersichtlich wird, dass eine Dokumentation der Schulungen stattgefunden hat und welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu welchem Datum geschult worden sind. Die Dokumentation ist dafür im Vorfeld durch den Leistungserbringer zu anonymisieren. Weiterhin muss vom Krankenhaus dargelegt werden, welche Angabe aus dem Dokumentationsbogen somit fehlerhaft war. Da auch hier keine Neuberechnung möglich ist, muss in diesem Fall die Kategorie D vergeben werden (D80: unvollständige oder falsche Dokumentation oder D81: Softwareprobleme haben falsche Dokumentation verursacht).
K-Kategorie	Unterjährige Gründung des Standortes im Erfassungsjahr
	Aufgabe des Standortes im Erfassungsjahr
	Aufgabe des Standortes im Auswertungsjahr
	(Nationale) Situationen mit besonderer Tragweite für die stationären Leistungserbringer, z. B. in Folge einer epidemischen/ pandemischen Situation
	Qualitätsindikator Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung: Unterjähriger, anhaltender Datenverlust durch den Ausfall des IT-Systems, sodass keine Dokumentation der Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für das gesamte Erfassungsjahr gewährleistet werden konnte. Hierbei muss der Leistungserbringer durch eine Veröffentlichung des Datenverlustes darstellen, inwiefern die Umstände einen Nachweis der durchgeführten Schulungen verhindert hat.
S-Kategorie	Stellungnahmeverfahren konnte nicht fristgerecht abgeschlossen werden (S92: DeQS Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden)
	Keine andere der einrichtungsbezogenen Kategorien ist zutreffend (S99: Sonstiges inkl. Kommentierung)

Anhang E: Externe Beteiligung

Anhang E.1: Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Sitzung des Expertengremiums vom 5. September 2024

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation
Hr. Prof. Dr. med. Alexander Beck	▪ Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Sportmedizin und Sportverletzungen des Klinikums Würzburg Mitte gGmbH ▪ Facharzt für Chirurgie und für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Unfallchirurgie
Fr. Karin Borchert	▪ Patientenmanagerin Neonatologie an der Charité-Universitätsklinikum Berlin ▪ examinierte Pflegefachkraft (Pädiatrie)
Hr. Tobias Cramer	▪ Patientenvertretung beim G-BA
Hr. Dr. med. Matthias Fabian	▪ Oberarzt der Abteilung Hämatologie/Onkologie des Katharinenhospitals im Klinikum Stuttgart ▪ Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
Fr. Barbara Giavarra-Kalker	▪ Leitung Case Management der AGAPLESION Frankfurter Diakonie Kliniken ▪ examinierte Pflegefachkraft (Pädiatrie)
Fr. Marie-Caroline Hammerer	▪ Chefärztin in der Klinik für Akutpsychosomatik für Erwachsene MEDICLIN Seepark Klinik Bad Bodenteich ▪ Fachärztin für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin
Fr. PD Dr. med. Britta Hüning	▪ Oberärztin Neonatologie, Klinik für Kinderheilkunde, Ärztliche Leitung Pädiatrisches Entlassmanagement am Universitätsklinikum Essen ▪ Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt Neonatologie
Fr. Theresia Jaffke	▪ Stellvertretende Pflegedirektion Klinikum Lüneburg ▪ Dipl. Pflegewirtin

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation
Hr. Dr. med. Robin John	- Niedergelassen tätig in Gemeinschaftspraxis Schönebeck - Facharzt für Allgemeinmedizin
Fr. Marie-Julie Kelm	- Sozialdienst im Evangelischen Diakonie Krankenhaus gGmbH Bremen - Pflegewissenschaftlerin, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Fr. Sibylle Kraus	- Leitung Sozialdienst/Case Management; Leitung Therapeutische Dienste Somatik der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH - Dipl.-Sozialarbeiterin (FH), Sozialmanagerin, Case Managerin (DGCC)
Fr. Cordula Mühr	Patientenvertretung beim G-BA
Fr. Astrid Schenck	- Leitung Sozial- und Case Management im RoMed Klinikverbund Rosenheim - Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Fr. PD Dr. med. Sarah Bettina Stanzel geb. Schwarz	Fachärztin für Innere Medizin (Pneumologie) Universität Witten/Herdecke
Hr. Heiko Stehling	- Geschäftsführung Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege der Hochschule Osnabrück - Pflegewissenschaftler (MScN), examinierter Krankenpfleger
Hr. Prof. Dr. med. Christoph Stellbrink	- Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin an den Städtischen Kliniken Bielefeld - Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie
Fr. Cindy Stoklossa	- Leitung Sozialdienst, Care- und Case Management Charité-Universitätsmedizin Berlin - Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, M.A. Sozialmanagement, examinierte Pflegefachkraft
Fr. Felizitas Winkler	- Leitung Zentrales Qualitätsmanagement in der Wicker Klinik Bad Wildungen - Soziologin (M.A.), examinierte Pflegefachkraft

Zusätzlich haben jeweils eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften Nordrhein-Westfalen und Bayern an der Sitzung des Expertengremiums teilgenommen.

Anhang E.2: Ergebnisse der externen Beteiligung und Empfehlungen des IQTIG

Anhang E.2.1: Überführung der fallbezogenen Qualitätsindikatoren der QS-Dokumentation

Anhang E.2.1.1: Überarbeitung der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Ergebnisse des Expertengremiums

Der Qualitätsindikator wurde in seiner überarbeiteten Operationalisierung den Expertinnen und Experten inklusive des vom IQTIG empfohlene Referenzbereich vorgestellt. Vom Expertengremium wurden hierzu keine Notwendigkeiten zur Anpassung geäußert.

Anhang E.2.1.2: Überarbeitung der Operationalisierung des Qualitätsindikators „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“

Ergebnisse des Expertengremiums

Der Qualitätsindikator wurde in seiner überarbeiteten Operationalisierung den Expertinnen und Experten inklusive des vom IQTIG empfohlenen Referenzbereich vorgestellt. Vom Expertengremium wurden hierzu keine Notwendigkeiten zur Anpassung geäußert. Weiterhin hat das IQTIG den Vorschlag ins Gremium eingebracht, für den Indikator ausschließlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Indikator einzubeziehen, die in der Summe mindestens 3 Monate im Erfassungsjahr arbeitsfähig war. Damit sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der Leistungserbringer nur die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schulen kann, die in einem ausreichenden Ausmaß im Erfassungsjahr arbeitsfähig waren. Die Expertinnen und Experten konnten dem Vorschlag des IQTIG folgen, sprachen sich jedoch dafür aus, diesen Tatbestand, insofern er eine Erfüllung der geforderten Schulungsquote entgegensteht, im Stellungsverfahren zu berücksichtigen, da der Aufwand für die Erfassung und Angabe der Arbeitsfähigkeit zu hoch sei.

Empfehlungen IQTIG

Das IQTIG kann der Einschätzung des Expertengremiums bezüglich eines erhöhten Aufwandes zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit folgen. Da allerdings im Stellungsverfahren keine Neuberechnung der Indikatoren möglich ist und somit bei jedem Leistungserbringer, bei dem eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter längerfristig nicht arbeitsfähig war, aus der qualitativen Bewertung des Indikators herausfallen würde, hat das IQTIG die Operationalisierung des Indikators anderweitig angepasst. Der Indikator soll nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfassen, die am Ende des Erfassungsjahres noch am Krankenhausstandort beschäftigt waren. Das IQTIG geht davon aus, dass neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im ersten Jahr der Anstellung längerfristig

nicht arbeitsfähig waren, nicht über das Jahr hinaus beim Leistungserbringer beschäftigt bleiben. Weitere, vereinzelte Abwesenheiten neuer Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter, die z. B. durch Mutterschutz entstehen können, können durch den Referenzbereich abgefangen werden.

Anhang E.2.2: Externes QS-Audit

Anhang E.2.2.1: Ergebnisse der Ableitung der Inhalte für das externe QS-Audit

LAG-Treffen

Im Rahmen der Konzeptpräsentation und Beratung mit den Vertreterinnen und Vertretern der LAG-Geschäftsstellen wurde auf die Bedeutung der Schnittstellenproblematik zwischen den entlassenden Leistungserbringern und den nach- und weiterrversorgenden Leistungserbringern hingewiesen. So fände ein wichtiger Informationsaustausch beim Übergang der Patientin bzw. des Patienten in die Weiterversorgung statt und es sei entsprechend sinnvoll, auch die nach- und weiterrversorgenden Leistungserbringer in das externe QS-Audit einzubeziehen. Darüber hinaus wurde der Aspekt des „Drehtüreffekts“ im Rahmen von Wiederaufnahmen angemerkt, der ein wichtiges Outcome im Entlassmanagement darstellt, das gemessen werden sollte.

Sitzung des Expertengremiums

In der Sitzung des Expertengremiums wurde insbesondere die Festlegung der Merkmale aus dem Aspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ für das externe QS-Audit diskutiert. Aus Sicht der Expertinnen und Experten sei es notwendig, auch weitere Maßnahmen im externen QS-Audit, wie z. B. die sozialmedizinische Nachsorge, Anschlussheilbehandlung und ambulante Pflege, zu betrachten. Für das ursprünglich als Inhalt definierte Merkmal zur „Organisation notwendiger Krankentransporte unmittelbar nach Entlassung“ wurde von einer Expertin argumentiert, dass dieser Prozess in der Versorgungspraxis kein Problem darstelle und man sich vielmehr auf die Prozesse konzentrieren solle, die in der Praxis verbesserungswürdig seien. Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass es wichtig sei, das digitale Überleitungsmanagement zu prüfen und in dem Zusammenhang beispielsweise die digitale Übermittlung von Medikationsplänen und Entlassbriefen an den (ambulant) weiterbehandelnden Leistungserbringer eine wichtige Schnittstelle zwischen Leistungserbringern darstelle.

Empfehlungen IQTIG

Bezogen auf die Anmerkungen der Landesarbeitsgemeinschaften zur Schnittstellenproblematik zwischen den entlassenden und nach- und weiterrversorgenden Leistungserbringern weist das IQTIG darauf hin, dass eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern, die insbesondere relevante Kommunikationsprozesse an der Schnittstelle erfassen könnte, vor dem Hintergrund einer realistischen Aufwand-Nutzen-Abwägung derzeit nicht empfohlen wird. Die Durchführbarkeit der Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern wurde dazu bereits in der Konzeptstudie geprüft (IQTIG 2019). Wie auch durch das Expertengremium angemerkt

stellt die digitale Übermittlung von Entlassdokumenten einen wichtigen Prozess an der Schnittstelle zwischen Leistungserbringern dar, daher soll insbesondere in der Prozessprüfung ein Augenmerk auf den digitalen Arbeitsmitteln und Routinen bei den Übermittlungsprozessen liegen.

In Bezug auf die Anmerkungen der Landesarbeitsgemeinschaften zu „Drehtüreffekten“ weist das IQTIG daraufhin, dass zum Qualitätsmerkmal „Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ aufgrund einer nicht eindeutigen Zuschreibbarkeit der Verantwortlichkeit zum Leistungserbringer ein zentrales Kriterium für einen Qualitätsindikator nicht erfüllt ist (IQTIG 2023). Auch im Rahmen des externen QS-Audits ergibt sich dazu keine veränderte Einschätzung. Außerdem könnten nur Wiederaufnahmen am selben Standort betrachtet werden (siehe Abschnitt 5.2.2.5 im Abschlussbericht). Ein Bezug zum Outcome des Entlassmanagements im Gesamtverfahren besteht weiterhin durch die Patientenbefragung. Bezüglich der Anmerkung des Expertengremiums zur Aufnahme weiterer Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung muss herausgestellt werden, dass im externen QS-Audit ausschließlich Merkmale enthalten sind, deren Qualitätsanforderungen nicht bereits durch andere Erfassungsinstrumente des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* adressiert werden. Merkmale zur Organisation von Anschlussheilbehandlung, sozialmedizinischer Nachsorge und ambulanter Pflege sind bereits durch die Fragebögen der Patientenbefragung abgedeckt. Die Merkmale zur Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung, die für das externe QS-Audit ausgewählt worden sind, zielen auf eine Patientengruppe ab, die sowohl aus verfahrenstechnischer als auch ggf. kognitiver Sicht nur eingeschränkt durch eine Patientenbefragung erreicht werden kann. In Abhängigkeit der zeitlichen Ressourcen beim Vor-Ort-Besuch können über die definierten Inhalte hinaus selbstverständlich auch weitere Prozesse von den Expertinnen und Experten einrichtungsspezifisch betrachtet werden. Aufgrund dessen, dass von einer Person aus dem Expertengremium eine gute Umsetzung von Krankentransporten in der Versorgungspraxis hervorgehoben wurde und eine ähnliche Argumentation bereits in der Sitzung des Expertengremiums in der Qualitätsindikatorentwicklung angeführt wurde, entschied das IQTIG, das zugehörige Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger Krankentransporte unmittelbar nach Entlassung“ nicht weiter als Inhalt für das externe QS-Audit zu berücksichtigen.

Anhang E.2.2.2: Element der Dokumenten- und Prozessprüfung

LAG-Treffen

Im Austausch mit den Landesarbeitsgemeinschaften wurde bezüglich der Dokumenten- und Prozessprüfung angemerkt, dass die unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben der Landeskrankenhausgesetze bei der Prüfung von Qualitätsanforderungen im externen QS-Audit berücksichtigt werden müssen. Dies könne sich auf die Ausgestaltung der Prozesse und die Dokumentationsqualität auswirken, z. B. wenn Krankenhäuser eines Bundeslandes regelhaft eine Stationsapothekerin bzw. einen Stationsapotheker vorhalten müssen. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass festgelegt werden müsse, wie bei Feststellung erheblicher Missstände und Verstöße gegen die gesetzlichen Vorgaben des Entlassmanagements vorzugehen sei.

Sitzung des Expertengremiums

In der Sitzung des Expertengremiums wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass die Leitfäden zur Prozess- und Dokumentenprüfung vor einem Regelbetrieb detailliert geprüft und z. T. inhaltlich ergänzt bzw. überarbeitet werden sollten. Am Beispiel des Medikationsplans wurde argumentiert, dass sich in der Erstellung und Dokumentation von Arzneimitteln im Medikationsplan im Zuge der Digitalisierung im Gesundheitswesen und der Umstellung auf die elektronische Patientenakte zukünftig Änderungen ergeben werden, die sich auch auf die Leitfragen bzw. Erläuterungen in der Prozess- und Dokumentenprüfung auswirken können. Weiterhin wurde angemerkt, dass es schwierig sei, auf der vierstufigen Antwortskala der Dokumentenprüfung eine Einschätzung zu treffen, da die Qualitätsanforderungen unterschiedlich zu gewichten seien. Eine einfache Auswahl zwischen den Kategorien „trifft zu“ und „trifft nicht zu“ sei hier bevorzugt. Bezüglich der Anforderung zur Mitgabe von Entlassdokumenten wurde darauf hingewiesen, dass die Mitgabe derzeit sehr unterschiedlich in den Patientenakten dokumentiert werde, dies aber zukünftig im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens standardmäßig abzubilden sei. Bezüglich der Anforderung aus dem Rahmenvertrag Entlassmanagement und der ursprünglich in der Dokumentenprüfung formulierten Anforderung, dass für die Einleitung und Umsetzung von Maßnahmen zur Weiterversorgung eine frühzeitige Kontaktaufnahme der Krankenhäuser zu den weiterbehandelnden Leistungserbringern sowie ggf. zur Kranken- bzw. Pflegekasse stattfinden soll, wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass eine genauere Definition des Begriffs „frühzeitig“ aufgrund der patientenindividuellen Bedürfnisse und der dynamischen Prozesse im Krankenhaus nicht festgelegt werden könne. Die Expertinnen und Experten kritisierten darüber hinaus, dass die Merkmale zur Evaluation des Entlassprozesses zu umfangreich seien und dass eine Umsetzung eines umfassenden Evaluationskonzeptes sehr aufwändig sei. Die Expertinnen und Experten waren sich uneinig, ob eine Integration einer Abfrage zur Evaluation des Entlassprozesses auf Ebene einzelner Fälle, z. B. bei vulnerablen Patientinnen und Patienten, in der Dokumentenprüfung (siehe Abschnitt 5.3.1.1 im Abschlussbericht) sinnvoll wäre. Die Relevanz einer Evaluation sahen die Expertinnen und Experten im Sinne des PDCA-Zyklus zwar grundsätzlich als hoch an, jedoch würde in der Versorgungspraxis eher aufgrund von einzelnen Beschwerden im multiprofessionellen Team evaluiert.

Empfehlungen IQTIG

Bezüglich der Anmerkungen aus dem Treffen mit den Landesarbeitsgemeinschaften ist hervorzuheben, dass bei der Prozess- und Dokumentenprüfung regelhaft die einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und somit auch die jeweiligen gesetzlichen Vorgaben des Bundeslandes vom Expertenteam und der Vertreterin bzw. dem Vertreter der Landesarbeitsgemeinschaft zu berücksichtigen sind. Im externen QS-Audit können dabei strukturelle Rahmenbedingungen, wie z. B. die Beschäftigung einer Stationsapothekerin bzw. eines Stationsapothekers und die Auswirkungen auf die Umsetzung des Entlassmanagements, herausgearbeitet werden, über die anschließend bundesweit aggregiert und qualitativ berichtet wird. Für die spätere Ergebnisbetrachtung auf

Leistungserbringerebene sind unterschiedliche gesetzliche Vorgaben außerdem unproblematisch, da keine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung der Bewertungsergebnisse des externen QS-Audits vorgesehen ist (siehe Abschnitt 5.6 im Abschlussbericht). Insofern im Rahmen des externen QS-Audits gravierende Mängel der Patientensicherheit erkannt werden ist gemäß § 137 Abs. 3 Satz 5 SGB V und § 15 MD-QK-RL eine Meldung an die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder vorzunehmen.

Bezüglich der Anmerkungen aus der Sitzung des Expertengremiums zur Überprüfung der Leitfäden weist das IQTIG darauf hin, dass diese Überprüfung wesentlicher Bestandteil einer Machbarkeitsprüfung im Rahmen einer Folgebeauftragung sein muss. Im Zuge dessen muss auch geprüft werden, ob die Antwortskalen der Prozess- und Dokumentenprüfung geeignet und reliabel anwendbar sind. Zur Anwendung der vierstufigen Antwortskala wurden bereits im Konzept die Definitionen der einzelnen Antwortkategorien vorgestellt (siehe Abschnitt 5.3.1.1 im Abschlussbericht). Bezüglich der Anmerkungen zur Dokumentation von Mitgaben der Entlassdokumente ist es aus Sicht des IQTIG notwendig, dass diese in der Behandlungs- und Entlassdokumentation nachvollziehbar dokumentiert werden, da diese einen wesentlichen Prozess des Entlassmanagements und der Informationsweitergabe an weiter- bzw. nachsorgende Leistungserbringer darstellen. Angesichts der Diskussion im Expertengremium, dass eine Definition des Begriffs „frühzeitig“ nicht möglich sei, entschied das IQTIG, die Formulierung in den Erläuterungen zur Dokumentenprüfung nicht weiter beizubehalten und ausschließlich abzufragen, ob eine Organisation der Maßnahmen zur Weiterversorgung erfolgte (siehe Anhang C.3). Weiterhin sollen die Merkmale zur Evaluation des Entlassprozesses infolge der Anmerkungen durch das Expertengremium nur auf einer Prozessebene (siehe Abschnitt 5.3.1.2 im Abschlussbericht) und nicht auf Ebene einzelner Entlassfälle oder, wie vormals empfohlen, als separates Evaluationskonzept geprüft werden. Auf einer strukturellen Ebene wird eine krankenhausinterne Evaluation als Bestandteil der Verfahrensregelung (siehe Anlage Indikatorenset 2.0 der QS-Dokumentation) gefordert.

Anhang E.2.2.3: Element der Nachbesprechung

LAG-Treffen

Die Mehrheit der Vertreterinnen und Vertreter der Landesarbeitsgemeinschaften bestätigten bezüglich der Nachbesprechung im externen QS-Audit, dass der Aufgabenumfang für die Vertreterin bzw. den Vertreter der Landesarbeitsgemeinschaften (Moderation und Protokollierung) zielführend und zu bewältigen sei. Es wurde weiterhin darauf hingewiesen, dass eine unmittelbare und konkrete Formulierung von Optimierungsmaßnahmen durch die Leistungserbringer aufgrund der zeitlichen Ressourcen in der Nachbesprechung nicht erwartbar sei und dies eine umfangreiche Vorbereitung des Leistungserbringers voraussetzen würde. Somit sei es nicht realistisch, dass nach Abschluss des Vor-Ort-Besuchs bereits ein verbindlicher Maßnahmenplan vorläge. Die Landesarbeitsgemeinschaften sprachen sich dafür aus, lediglich Ideen und Vorschläge für Optimierungsmaßnahmen zu sammeln, die im Anschluss durch die Leistungserbrin-

ger genauer zu definieren seien. In dem Zusammenhang sei allerdings auch der vom IQTIG zunächst vorgeschlagene Zeitrahmen von zwei Wochen zur internen Konsentierung und Ausarbeitung des Maßnahmenplans beim Leistungserbringer zu kurz gewählt. Außerdem wurde durch die Landesarbeitsgemeinschaften angemerkt, dass die Umsetzung der konsentierten Maßnahmen bei den Leistungserbringern im Nachgang des externen QS-Audits nicht mehr evaluiert werden würden und somit ein Anreiz für die Leistungserbringer bestünde, diese nicht weiterzuverfolgen. Des Weiteren wurde der Vorschlag begrüßt, dass Leistungserbringer ihre Teilnahme am externen QS-Audit und ihre Ergebnisse sowie ggf. Best-Practice-Beispiele eigenständig veröffentlichen können, da zunächst nach Empfehlungen des IQTIG keine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung der Teilnahme vorgenommen werden sollte.

Empfehlungen IQTIG

Wie in Abschnitt 5.7 des Abschlussberichtes ausführlich erläutert, findet bereits im Vorfeld des Vor-Ort-Besuchs ein Austausch zwischen den LAG-Geschäftsstellen und den teilnehmenden Leistungserbringern zur Terminabsprache und zum Informationsaustausch statt. Im Zuge dessen erhalten die Leistungserbringer auch die notwendigen Informationsmaterialien, anhand derer sie sich über den Ablauf des Vor-Ort-Besuchs sowie die Prüfinhalte informieren und erste Überlegungen zu ihren Prozessen des Entlassmanagements und möglichen Optimierungsansätzen machen sollen. Aus Sicht des IQTIG ist anzunehmen, dass die Leistungserbringer dadurch ausreichende Vorbereitungen treffen, um ihr Entlassmanagement in der Nachbesprechung kritisch zu reflektieren und in diesem Rahmen bereits, unterstützt durch das Expertenteam, mögliche Optimierungsmaßnahmen formulieren können. Auf Grundlage der Rückmeldungen aus dem Treffen mit den Landesarbeitsgemeinschaften sowie aus dem Beteiligungsverfahren wurde der Zeitraum für die Abstimmung des Maßnahmenplans bei den Leistungserbringern im Nachgang des Vor-Ort-Besuchs von zwei auf acht Wochen verlängert. Die Anmerkung zur Notwendigkeit einer Evaluation der festgelegten Maßnahmen ist aus Sicht des IQTIG nachvollziehbar. Da eine erneute Begehung zur Evaluation mit erheblichem Mehraufwand für die Landesarbeitsgemeinschaften und Expertenteams verbunden wäre und auch der mögliche Stichprobenumfang entsprechend angepasst werden müsste, hat das IQTIG eine schriftliche Abfrage in Form einer Selbstauskunft zur Umsetzung des Maßnahmenplans in das Konzept integriert. Diese soll im Folgejahr des externen QS-Audits durch die Landesarbeitsgemeinschaften an die Leistungserbringer versendet werden. Anschließend kann eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung erfolgen, ob Maßnahmen des Maßnahmenplans überwiegend umgesetzt bzw. nicht umgesetzt werden konnten. Eine Vorlage für die Abfrage ist in Anhang C.8 ersichtlich. In Abschnitt 5.7 des Abschlussberichtes wird die zeitliche Einordnung der Abfrage zur Umsetzung des Maßnahmenplans im Ablauf des externen QS-Audits erläutert. Das IQTIG versteht die Aufstellung eines Maßnahmenplans darüber hinaus als Anstoß zur Qualitätsförderung, der intern durch das Qualitätsmanagement der Krankenhäuser evaluiert werden soll.

Anhang E.2.2.4: Entwicklung eines Stichprobenkonzeptes

LAG-Treffen

Im Treffen mit den LAG-Geschäftsstellen wurde hinsichtlich der Empfehlung zur Stichprobenziehung der Krankenhausstandorte die Zugangsvoraussetzung der Übermittlung der hausinternen Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement hinterfragt. Es wurde infrage gestellt, ob es überhaupt Krankenhäuser gäbe, die keine Verfahrensregelung vorliegen haben, da dies eine Mindestanforderung gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement und somit gesetzliche Verpflichtung sei. Unter dieser Annahme sei ein Ausschluss von Krankenhausstandorten, die keine Verfahrensregelung vorlegen können, nicht relevant. Weiterhin wurde angemerkt, dass bei dem Stichprobenkonzept zur Ziehung der Krankenhausstandorte die perspektivischen Umstrukturierungen in der Versorgungslandschaft im Rahmen der Krankenhausreform berücksichtigt werden müssen. Mit der Eingrenzung des QS-Verfahrens auf Standorte, die Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement behandelt haben, würden bestimmte Krankenhausstandorte überhaupt nicht und andere Krankenhausstandorte überproportional häufig in das QS-Verfahren eingeschlossen werden. Die Eingrenzung auf Krankenhausstandorte, die mindestens 50 solcher Fälle im Vorjahr des Erfassungsjahres behandelt haben, würde diesen Effekt weiter verstärken. In der Folge würden nicht alle Krankenhausstandorte in die Qualitätsförderung eingeschlossen, obwohl alle Krankenhausstandorte zur Umsetzung des Entlassmanagements verpflichtet seien. Die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen befürworteten den Vorschlag des IQTIG, die Krankenhausstandorte aus der Stichprobe für das externe QS-Audit auszuschließen, die im Vorjahr des Erfassungsjahres rechnerisch auffällig wurden. Da Maßnahmen des Stellungnahmeverfahrens, wie z. B. Begehungen, auch bis in das Erfassungsjahr hineinreichen können, könnte dies zu einer Überschneidung mit dem externen QS-Audit führen. Während des LAG-Treffens kam zudem die Frage auf, ob alle Leistungserbringer eine QS-Software zur Auslösung der für das externe QS-Audit relevanten Patientinnen und Patienten auf Fallebene benötigen würden. Zum Abschluss der Vorstellung des Konzepts zum externen QS-Audit wurden die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen vom IQTIG gebeten, eine Einschätzung zum möglichen Umfang der Stichprobe auf Standortebene, in Abhängigkeit der gegenwärtigen Ressourcen ihrer Geschäftsstellen, abzugeben. Die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen waren sich einig, dass eine ad-hoc-Einschätzung während des LAG-Treffens ungenau und wenig belastbar sei, sodass nach dem LAG-Treffen eine erneute Online-Abfrage erfolgt ist (siehe Abschnitt 5.4.1.2 im Abschlussbericht). Es bestand zudem Einigkeit unter den LAG-Vertreterinnen und Vertretern darüber, dass das externe QS-Audit in der vorgestellten Konzeptversion seitens der Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften nur mithilfe eines Aufbaus weiterer Ressourcen leistbar sei.

Als Alternative zur vom IQTIG empfohlenen Stichprobe wurde für das QS-Audit eine übergreifende Ziehung von 5 % aller Krankenhausstandorte je Bundesland vorgeschlagen, ungeachtet des Kriteriums des Vorhandenseins von Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für

eine Entlassmanagement. Die daraus resultierende Stichprobe für die Vor-Ort-Besuche läge in einer Größenordnung, die von den Landesarbeitsgemeinschaften bereits im Zuge der Stichprobenziehung gemäß § 9 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL)³⁴ durchgeführt wurde. Weiterhin wurde vorgeschlagen statt übergeordneter Krankenhausstandorte die Fachabteilungen der Krankenhausstandorte zu adressieren. Die Expertinnen und Experten für die externen QS-Audits ließen sich so gezielter bestimmen und die Vergleichbarkeit der Auditergebnisse mit anderen Krankenhausstandorten bzw. deren Abteilungen würde steigen.

Sitzung des Expertengremiums

In der Sitzung des Expertengremiums wurde grundsätzlich die Konzeption des externen QS-Audits als ergänzendes Instrument im QS-Verfahren *Entlassmanagement* diskutiert. Aus Sicht der Patientenvertretung im G-BA solle das externe QS-Audit aufgrund von Auffälligkeiten in der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation und/oder der Patientenbefragung des QS-Verfahrens, d. h. bei einer anlassbezogenen Stichprobe, zum Einsatz kommen. Aus Sicht der Vertretung der Landesarbeitsgemeinschaft NRW sei es nicht zielführend ein Instrument zu entwickeln, das in einem ähnlichen Format (in Form einer Begehung) wie im Stellungnahmeverfahren (gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL³⁵) durchgeführt wird, da hieraus unterschiedliche Kommunikationswege mit den Leistungserbringern im Rahmen der externen Qualitätssicherung entstehen würden. Es solle vielmehr möglich sein, das neue Instrument des externen QS-Audits mit den Ergebnissen aus dem Stellungnahmeverfahren zu verknüpfen. Ein Experte argumentierte, dass es bereits Eigeninitiativen bei den Leistungserbringern zur Qualitätsförderung gäbe und aufgrund des Rahmenvertrags Entlassmanagement viele Vorgaben für die Umsetzung des Entlassmanagements einzuhalten sind; somit sei keine Notwendigkeit für ein externes QS-Audit gegeben. Auf der anderen Seite wurde die Fokussierung auf die Qualitätsförderung des externen QS-Audits von anderen Expertinnen und Experten als sinnvoll eingeschätzt, da das Entlassmanagement in der Versorgungspraxis derzeit sehr unterschiedlich umgesetzt werde. Zwei Experten befürworteten das Konzept des externen QS-Audits, da es einerseits eine Reduktion des bürokratischen Aufwandes für die Leistungserbringer und andererseits eine intensivere Betrachtung der Prozesse vor Ort ermögliche, wodurch positive Praxisbeispiele des Entlassmanagements identifiziert und implementiert werden können. Es wurde jedoch angemerkt, dass die empfohlene Stichprobengröße von 10 % der Krankenhausstandorte für das Ziel einer breiten Qualitätsförderung zu gering sei, da somit nur wenige Leistungserbringer jährlich die Chance zur Teilnahme am externen QS-Audit erhalten und

³⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (nicht mehr in Kraft).

³⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 18. Juli 2024, in Kraft getreten am 27. November 2024. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 11.12.2020).

auch nur einzelne Best-Practice-Beispiele identifiziert werden können, die zur Qualitätsentwicklung genutzt werden können.

Empfehlungen IQTIG

Bezogen auf die Rückmeldung der Landesarbeitsgemeinschaften, wonach angenommen werden könne, dass Krankenhäuser aufgrund der gesetzlichen Anforderungen grundsätzlich über eine Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen, weist das IQTIG darauf hin, dass bereits in der Qualitätsindikatorenentwicklung ein relevantes Verbesserungspotenzial für das Qualitätsmerkmal „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess“ identifiziert werden konnte. Aus der Prüfung geht hervor, dass nicht alle Krankenhäuser in Deutschland eine Verfahrensregelung zum Entlassmanagement nutzen (IQTIG 2023: Kapitel 5). Für das externe QS-Audit ist es aus Sicht des IQTIG allerdings maßgeblich, dass Leistungserbringer grundlegende Regelungen für die Prozesse des Entlassmanagements vorliegen haben, um diese beurteilen, diskutieren und schließlich fördern zu können. Der Versand der Verfahrensregelung im Vorfeld des Vor-Ort-Besuchs dient weiterhin der inhaltlichen Vorbereitung des Expertenteams auf die Prozessgestaltung beim jeweiligen Leistungserbringer. Hinsichtlich der Anmerkung der Landesarbeitsgemeinschaften zur Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft im Rahmen der Krankenhausreform weist das IQTIG darauf hin, dass sich die Stichprobe immer auf die aktuellen Standortzahlen bezieht, sodass die Veränderungen durch die Krankenhausreform in jedem Fall berücksichtigt werden. Zur Auswirkung auf die Zusammensetzung der Stichprobe kann derzeit keine Aussage getroffen werden. Auf Grundlage der entwickelten QS-Auslösung kann anhand von anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse abgeschätzt werden, dass ein Ausschluss von Standorten mit weniger als 50 Fällen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement ca. 25 % der Krankenhausstandorte betreffen würde (siehe Abschnitt 5.4.1 im Abschlussbericht). Die Fokussierung auf Krankenhausstandorte mit Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement ist in Anbetracht der begrenzten Ressourcen zur Durchführung des externen QS-Audits angemessen und wird vom IQTIG weiterhin empfohlen. Da das externe QS-Audit als ergänzendes Erfassungsinstrument im QS-Verfahren *Entlassmanagement* entwickelt worden ist, kann es sich nur auf die Standorte beziehen, die auch im Rahmen der Patientenbefragung und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation QS-pflichtig werden. Somit schließt sich die Stichprobenziehung der Standorte an die Auswahl durch den QS-Filter für die Patientenbefragung an. Für das externe QS-Audit ist es aus Aufwand-Nutzen-Gründen außerdem sinnvoll, eine Prüfung der Behandlungs- und Entlassdokumentation von Entlassfällen vorzunehmen, aus denen eine besonders hohe Aussagekraft über die Ausgestaltung der Prozesse des Entlassmanagements hervorgeht. Der Ausschluss von Standorten mit weniger als 50 QS-pflichtigen Entlassfällen aus dem Vorjahr dient der Fokussierung der Standort-Grundgesamtheit bei begrenzten Ressourcen und der notwendigen Voraussetzung, dass eine ausreichende Anzahl an überprüfbaren Behandlungs- und Entlassdokumentationen in der Dokumentenprüfung vorliegen. Damit das externe QS-Audit über das gesamte Erfassungsjahr von den Landesarbeitsgemeinschaften durchgeführt werden

kann und entsprechend frühzeitig in Erfassungsjahr mit den Vor-Ort-Besuchen gestartet werden kann, ist eine Einschränkung der Mindestfallzahl aus Sicht des IQTIG notwendig (siehe Abschnitt 5.4.1.2 im Abschlussbericht). In Bezug auf die Frage zur Notwendigkeit einer neuen QS-Software zur Auslösung der für das externe QS-Audit relevanten Patientinnen und Patienten weist das IQTIG darauf hin, dass sich die Fallauslösung für das externe QS-Audit möglichst an den QS-Filter der Patientenbefragung anschließen soll und somit keine neue QS-Software explizit für die Auslösung der Patientinnen und Patienten für das externe QS-Audit notwendig wäre.

Das IQTIG empfiehlt weiterhin den Einbezug von Einrichtungen auf Standortebene, da das Entlassmanagement auch im externen QS-Audit als Querschnittsthema fachabteilungsübergreifend begutachtet werden soll, sodass eine Einschätzung bezogen auf den Standort getroffen werden kann. Ein direkter Vergleich zwischen Standorten, die unterschiedliche Fachabteilungen aufweisen können, ist nicht vorgesehen. Auch die Auswahl der Expertenteams ist hierdurch nicht eingeschränkt, da im externen QS-Audit nicht die Indikation oder Behandlung, sondern das Entlassmanagement begutachtet werden soll.

Bezüglich der Anmerkungen aus dem Expertengremium zur Ausrichtung des Konzeptes weist das IQTIG darauf hin, dass die Beauftragung vorsieht, dass für alle erhobenen Indikatoren des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* weiterhin eine qualitative und einrichtungsübergreifende Beurteilung sicherzustellen ist. Somit werden rechnerische Auffälligkeiten in den Indikatorergebnissen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nach Teil 1 § 17 DeQS-RL überprüft und bei Bedarf Zielvereinbarungen zur Qualitätsförderung getroffen. Das IQTIG empfiehlt auch aus diesem Grund eine Abgrenzung der Stichprobe und der Inhalte des externen QS-Audits. Das externe QS-Audit kann aus Sicht des IQTIG neben dem Stellungnahmeverfahren und dem Verzicht auf eine fallbezogene QS-Dokumentation als ergänzendes Instrument eine wertvolle zusätzliche Perspektive auf die Umsetzung des Entlassmanagements in der Versorgungspraxis gewähren und eine breite Qualitätsförderung erreichen. Hinsichtlich der Anmerkung aus dem Expertengremium zur Stichprobengröße weist das IQTIG darauf hin, dass es sich bei der Empfehlung um eine ressourcenbedingte Mindeststichprobengröße handelt.

Anhang E.2.2.5: Rückmelde- und Berichtswesen (aggregierte Veröffentlichung)

LAG-Treffen

Im Rahmen des LAG-Treffens wurde angemerkt, dass die Zuständigkeiten bei der Erstellung von Berichten für das externe QS-Audit klarer herausgestellt werden sollten. Es sei nicht eindeutig, wie der Austausch zwischen den Leistungserbringern und den Landesarbeitsgemeinschaften im Nachgang der Vor-Ort-Besuche ablaufen solle und wie die Zuständigkeiten geregelt sind.

Sitzung des Expertengremiums

Von den Expertinnen und Experten wurde bezüglich des Berichts- und Rückmeldewesens angemerkt, dass nach Übermittlung des schriftlichen Ergebnisberichts, in dem der finalisierte Maßnahmenplan enthalten ist, auch eine Überprüfung stattfinden sollte, ob die vereinbarten Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung des Entlassmanagements bei den Einrichtungen beigetragen haben und ob z. B. zu implementierende Best-Practice-Beispiele auch in den spezifischen Einrichtungen erfolgreich umgesetzt werden konnten.

Empfehlungen IQTIG

Für die Aufgabenverteilung im Rahmen der Erstellung der Berichte empfiehlt das IQTIG, dass die Ergebnisberichte durch die Vertreterin bzw. den Vertreter der Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft im Nachgang des Vor-Ort-Besuchs aufzubereiten und an den jeweiligen Leistungserbringer versendet werden soll. Die Zuständigkeit für die Erstellung des Ergebnisberichtes liegt somit bei den Geschäftsstellen. Die Prozess- und Dokumentenprüfung sowie die Diskussion mit den Leistungserbringern vor Ort ist durch das Expertenteam der Fachkommissionen zu verantworten. Die Bewertung im Rahmen des externen QS-Audits ist von allen Mitgliedern des Expertenteams zu tragen und bedarf keiner weiteren Abstimmung mit der Landesarbeitsgemeinschaft. Für die Anfertigung der Rückmeldeberichte, Bundesauswertung sowie des Bundesqualitätsberichts sind durch die LAG-Geschäftsstellen einerseits die quantitativen Ergebnisse des externen QS-Audits leistungserbringerbezogen und andererseits die qualitativen Ergebnisse (Stärken, Schwächen, Maßnahmen) aggregiert an die Bundesauswertungsstelle zu übersenden. Die Erstellung der Rückmeldeberichte, Bundesauswertung und Bundesqualitätsberichte erfolgt durch die Bundesauswertungsstelle. Für die Übermittlung der Ergebnisse an die Bundesauswertungsstelle sind die Geschäftsstellen verantwortlich. Bezogen auf die Rückmeldung der Expertinnen und Experten zur Überprüfung der Umsetzung des aufgestellten Maßnahmenplans hat das IQTIG im Konzept die Empfehlung angefügt, dass zum Ende des Folgejahres des Erfassungsjahres (EJ X + 1) eine Abfrage durchgeführt werden soll, inwieweit die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt werden konnten. Daraus kann sowohl der Nutzen des externen QS-Audits für den einzelnen Leistungserbringer abgeleitet werden als auch aggregiert im Bundesqualitätsbericht über den Umsetzungsgrad der Maßnahmen aus dem Erfassungsjahr X berichtet werden. Die Ergebnisse aus der Abfrage können darüber hinaus auf Länderebene dazu genutzt werden, Vorschläge zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens sowie zur Systemgestaltung abzuleiten.

Anhang E.2.2.6: Leistungserbringerbezogene Veröffentlichung

LAG-Treffen

In Bezug auf die leistungserbringerbezogene Veröffentlichung wurde im Rahmen des LAG-Treffens angemerkt, dass dem QS-Verfahren insgesamt eine hohe Bedeutung beigemessen wird. Ein QS-Instrument ohne Sanktionen und leistungserbringerbezogene Veröffentlichung eines Ergeb-

nisses sei neuartig und bewirke eine strategische Neuausrichtung der Landesarbeitsgemeinschaften, die normalerweise vorwiegend beratende Tätigkeiten ausführt. Im Hinblick auf eine sanktionsfreie Kultur innerhalb der Qualitätssicherung wurde von den Vertreterinnen und Vertretern der LAG-Geschäftsstellen angemerkt, dass es sinnvoll sein kann, wenn Leistungserbringer besonders positive Ergebnisse veröffentlichen können.

Sitzung des Expertengremiums

Vonseiten der Patientenvertretung im G-BA wurde angemerkt, dass die Patientinnen und Patienten keinen Nutzen aus einer ausschließlich aggregierten Veröffentlichung der Ergebnisse ziehen könnten. Von einzelnen Expertinnen und Experten kamen die Vorschläge, zumindest die Teilnahme an einem externen QS-Audit (und nicht das Ergebnis) oder auch die vereinbarten Maßnahmenpläne leistungserbringerbezogen in den strukturierten Qualitätsberichten zu veröffentlichen. Das Gremium räumte allerdings auch ein, dass ein schlechtes Ergebnis bei einer leistungserbringerbezogenen Veröffentlichung aufgrund des empfohlenen Stichprobenverfahrens für einen längeren Zeitraum in den strukturierten Qualitätsberichten stehen bleiben würde.

Empfehlungen IQTIG

Aus Sicht des IQTIG ist im Zusammenhang mit der leistungserbringerbezogenen Veröffentlichung die Fokussierung des neuen Instruments auf qualitätsfördernde Aspekte entscheidend, die durch eine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung eines Ergebnisses erschwert würde. Ein abschließendes Qualitätsurteil wäre im externen QS-Audit mit verschiedenen Limitationen verbunden, die die Aussagekraft des Qualitätsurteils deutlich einschränken (z. B. fehlende Mindestanforderungen für die Prozessprüfung, kleine Fallstichprobe für die Dokumentenprüfung). Das IQTIG empfiehlt nach dem Beteiligungsverfahren allerdings zusätzlich zu der bereits zuvor empfohlenen Veröffentlichung der Nicht-Erfüllung der Voraussetzungen für die Durchführung des externen QS-Audits eine Positiv-Veröffentlichung vorzunehmen. Entsprechend kann in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser dargestellt werden, wenn ein Leistungserbringer Teil der Stichprobe war und die Voraussetzungen für das externe QS-Audit (Übermittlung einer Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement, Zustimmung zum Vor-Ort-Besuch, Aufstellung eines Maßnahmenplans) erfüllt hat. Zusätzlich kann veröffentlicht werden, ob der Maßnahmenplan ein Jahr nach dem Vor-Ort-Besuch überwiegend umgesetzt worden ist.

Anhang: E.2.2.7: Ablauf des externen QS-Audits

LAG-Treffen

Die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen merkten übergreifend an, dass die zunächst vom IQTIG veranschlagten Zeiten für die einzelnen Elemente des externen QS-Audits zu knapp bemessen seien und der Arbeitsaufwand für die Durchführung der externen QS-Audits bei einer Stichprobe von 10 % der Krankenhausstandorte unter der Voraussetzung zu hoch sei. So

seien beispielsweise die An- und Abreise zum jeweiligen Ort des Audits nicht mit in die Arbeitszeitplanung des externen QS-Audits einberechnet worden. Diesbezüglich schlugen die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen vor, grundsätzlich einen weiteren Arbeitstag für die Dienstreisen zur An- und Abreise einzuplanen. In Bezug auf die Prozessprüfung wurde im Rahmen des LAG-Treffens angemerkt, dass die Aufgaben, die die Expertinnen und Experten der Fachkommissionen in der vorgegebenen Zeit durchführen sollen, in 90 Minuten nicht in angemessener Form zu leisten seien. Auch die benötigte Zeit für die Vor- und Nachbereitung des externen QS-Audits sei zu gering veranschlagt. Hier schlugen die LAG-Vertreterinnen und -Vertreter vor, mit mindestens einem Tag zu kalkulieren. Zur leichteren Umsetzbarkeit wurde außerdem ein zweistufiges Verfahren für das externe QS-Audit vorgeschlagen, bei dem anstatt einer reinen Vor-Ort-Prüfung zunächst die Dokumentenprüfung als Online-Fernprüfung stattfinden solle und nur bei weiterem Bedarf eine Prozessprüfung vor Ort vorgesehen wäre. Sollten keine Abweichungen in der Dokumentenprüfung festgestellt werden, solle keine weitere Prozessprüfung mehr vorgenommen werden. Dadurch können zum einen der zeitliche Aufwand für das Expertenteam als auch der Prüfaufwand beim Vor-Ort-Besuch reduziert werden. Als weiterer Vorschlag wurde eine regelmäßige landesbezogene Evaluation im Nachgang des externen QS-Audits in Form eines Workshop-Tages eingebracht, damit sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen LAG-Geschäftsstellen und die zugehörigen Expertinnen und Experten der Fachkommissionen intern zur Umsetzung der externen QS-Audits austauschen können.

Sitzung des Expertengremiums

Von den Expertinnen und Experten wurde angemerkt, dass die geplanten Aufwände für die Expertenteams zur Durchführung eines externen QS-Audits in den ersten Jahren der Erprobung großzügiger angesetzt werden sollten. Perspektivisch sollten sich die Aufwände pro Audit insgesamt auf ca. 1,5 Tage reduzieren lassen. Die Expertinnen und Experten waren sich uneins, wie viele Fälle in dem veranschlagten Zeitraum von 240 Minuten für die Dokumentenprüfung untersucht und bewertet werden können und empfahlen Werte zwischen 5 und 20 Fälle. Hinsichtlich der Abschätzung der geplanten Zeiten der einzelnen Audit-Elemente sprachen sich die Expertinnen und Experten dafür aus, die veranschlagten Werte in einer Machbarkeitsprüfung zu überprüfen und ggf. anzupassen. Grundsätzlich waren sie sich einig, dass das Audit mit den geplanten Inhalten an einem Tag durchgeführt werden könne.

Empfehlungen IQTIG

Nach der Rückmeldung aus dem LAG-Treffen wurde die Aufwandsabschätzung für die LAG-Geschäftsstellen überarbeitet, sodass nun insgesamt vier Arbeitstage für eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter der Landesarbeitsgemeinschaft für ein externes QS-Audit einzuplanen sind (siehe Abschnitt 5.7.4 im Abschlussbericht). Die veranschlagten Zeiten der einzelnen Elemente des externen QS-Audits wurden im Rahmen der Sitzung des Expertengremiums überprüft und überarbeitet. Darüber hinaus müssen diese in einer Machbarkeitsprüfung weiter überprüft werden. Den

Vorschlag der Landesarbeitsgemeinschaften, das vorgestellte Konzept in ein zweistufiges Prüfverfahren zu überarbeiten, bei dem die Dokumentenprüfung durch eine Fernprüfung und die Prozessprüfung vor Ort nur im Falle einer Feststellung von Abweichungen durchgeführt würde, lehnt das IQTIG aus den folgenden Gründen ab: Das externe QS-Audit zielt darauf ab, die Qualität des Entlassmanagements zu fördern und keine reine Validierung der Behandlungs- und Entlassdokumentation vorzunehmen. Da über die Behandlungs- und Entlassdokumentation hinaus auch die Umsetzung der Prozesse am Krankenhausstandort für die Qualität des Entlassmanagements wesentlich sind, sollte eine Prozessprüfung bei jedem Krankenhausstandort der Stichprobe erfolgen und nicht nur bei Standorten, bei denen Abweichungen in der Dokumentenprüfung festgestellt wurden. Das Ziel soll es sein, eine integrative Betrachtung des Entlassmanagements zu erreichen und sowohl Schwächen als auch Stärken zu identifizieren und auf dieser Grundlage Maßnahmen zur Qualitätsoptimierung gemeinsam mit dem Leistungserbringer zu entwickeln. Dazu ist die Interaktion zwischen dem Expertenteam und den Verantwortlichen des Entlassmanagements und insbesondere die Nachbesprechung vor Ort sinnvoll.

Bezüglich der Rückmeldungen aus dem Expertengremium zur Aufwandsabschätzung für die Expertenteams bleibt das IQTIG bis zu einer Machbarkeitsprüfung bei der Einschätzung von drei Personentagen pro durchgeführten externen QS-Audit. Hinsichtlich der zeitlichen Abschätzung der einzelnen Elemente des externen QS-Audits folgt das IQTIG der Einschätzung der Expertinnen und Experten und hält die Prüfung der derzeit nur geschätzten Zeitangaben in einer Machbarkeitsprüfung für entscheidend, auch hinsichtlich dessen, bei wie vielen Fällen eine Dokumentenprüfung stattfinden kann.

Anhang E.2.2.8: Rahmenbedingungen und notwendige Schritte bis zum Regelbetrieb

LAG-Treffen

Zur Zusammensetzung der Expertenteams stellte das IQTIG zur Diskussion, die Fachkommissionen durch hauptamtliche statt ehrenamtliche Expertinnen und Experten zu besetzen. Die Vertreterinnen und Vertreter der LAG-Geschäftsstellen legten dar, dass es aus ihrer Perspektive nicht sinnvoll erscheine, hauptamtliche Expertinnen und Experten für das externe QS-Audit einzusetzen. Stattdessen müsse die bestehende Fachkommission um weitere ehrenamtlich tätige Expertinnen und Experten ergänzt werden, damit es genügend Expertinnen und Experten für die Durchführung der externen QS-Audits gäbe und diese sich gegenseitig bei Befangenheit vertreten können. Diesbezüglich wurde aber auch darauf aufmerksam gemacht, dass die Akquise neuer Fachkommissionsmitglieder gegenwärtig bereits schwierig sei und dass der Arbeitsumfang für die Durchführung des externen QS-Audits ein weiterer erschwerender Faktor zur Gewinnung von neuen ehrenamtlich tätigen Expertinnen und Experten sei. Gerade Fachkräfte der Sozialen Arbeit seien noch nicht als Mitglieder von Fachkommissionen durch die DeQS-RL definiert und erfordern damit eine neue Akquise dieser Fachkräfte. Die LAG-Vertreterinnen und Vertreter hoben die begrenzten Ressourcen von ehrenamtlichen Expertinnen und Experten aufgrund von hoher Arbeitsbelastung und Personalmangel in den Krankenhäusern hervor und wiesen darauf hin, dass für die

Mitarbeit am externen QS-Audit immer eine Freistellung durch den Arbeitgeber notwendig sei, die ebenso verweigert werden könne. Eine Honorarvergütung wäre aus Sicht der Landesarbeitsgemeinschaften ein sinnvoller Anreiz, über den die Akquise neuer Expertinnen und Experten für die Fachkommissionen erleichtert werden würde. Einige Vertreterinnen und Vertreter machten zudem deutlich, dass sie besonders bei kleineren Bundesländern Bedenken bezüglich der Herausgabe vertraulicher Informationen durch Krankenhäuser an auditierende Expertinnen und Experten hätten, da diese in konkurrierenden Krankenhäusern beschäftigt sein könnten. Das könne dazu führen, dass die Bereitschaft der Leistungserbringer, ihre Betriebsgeheimnisse mit diesen Personen zu teilen, sinkt. Eine zusätzliche Anforderung müsse sein, dass sich die Expertinnen und Experten neben ihrer praktisch-fachlichen Tätigkeit auch fortlaufend bezüglich des externen QS-Audits fortbilden.

Sitzung des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde auf die Nachfrage des IQTIG empfohlen, hinsichtlich der Zusammensetzung der Expertenteams keine Eingrenzung auf Fachbereiche vorzunehmen, da nicht die medizinische Plausibilität überprüft werde, sondern es sich um standardisierte Erhebungen zum Entlassmanagement handle. Zudem müsse durch Schulungen relevante methodische und fachliche Inhalte vermittelt werden, sodass auch Expertinnen und Experten, die nicht derselben Fachrichtung angehören, in der Lage seien, das Entlassmanagement aller Krankenhausabteilungen zu beurteilen. In den Schulungen sollte dann besonders auf die Vermittlung von Wissen zu Besonderheiten der Entlassung spezieller Patientengruppen, wie z. B. pädiatrische oder psychiatrische Patientinnen und Patienten, geachtet werden. Die vom IQTIG empfohlenen Berufsgruppen seien somit hinreichend. Das Expertengremium hat sich allerdings dafür ausgesprochen, dass es entscheidend sei, dass die Expertenteams, die das Audit durchführen, in ihrer Berufspraxis eine verantwortliche Funktion im Entlassmanagement innehaben. Die Expertinnen und Experten merkten an, dass es sinnvoll sein könne, eine aktive, klinische/praktische Tätigkeit und einen generellen Facharztstatus ohne Einschränkung auf eine Fachausrichtung als Voraussetzung vorzugeben. Einige Experten sprechen sich dafür aus, bei der Zusammensetzung des Expertenteams für das QS-Audit auch Expertise aus der ambulanten Versorgung mit einzubeziehen, da es sich beim Entlassmanagement um ein Schnittstellenthema handle.

Empfehlungen IQTIG

Die Bedenken der Landesarbeitsgemeinschaften hinsichtlich des Vorschlags zur Etablierung von hauptamtlichen Expertinnen und Experten für das externe QS-Audit sind aus Sicht des IQTIG nachvollziehbar, weshalb weiterhin empfohlen wird, ehrenamtliche Expertinnen und Experten einzusetzen. Eine angemessene Aufwandsentschädigung für die Durchführung der externen QS-Audits sollte für die Expertinnen und Experten vorgesehen werden. Das Konzept sieht vor, dass die Expertinnen und Experten im Vorfeld der Auditierungen umfassend geschult werden, um sie auf die Begehungen vorzubereiten (siehe Abschnitt 5.8.1 im Abschlussbericht). Das IQTIG beabsichtigt an seinem bisherigen Konzept zur Etablierung weiterer paralleler Fachkommissionen in

größeren Bundesländern festzuhalten, da bei immer größer werdenden Fachkommissionen ansonsten die Konsensfindung sowie die Abstimmung und Koordination für die Stellungnahmeverfahren und die Durchführung der externen QS-Audits erschwert werden würden.

Bezüglich der Bedenken der Landesarbeitsgemeinschaften zur Vertraulichkeit sensibler Informationen insbesondere in kleineren Bundesländern empfiehlt das IQTIG, dass die Zusammensetzung der Fachkommissionen immer eine Vertretung der Expertinnen und Experten bei Befangenheit ermöglichen muss. Weiterhin sind die Expertinnen und Experten per Erklärung zur Vertraulichkeit verpflichtet; ihnen ist es nur erlaubt, Best-Practice-Beispiele weiterzutragen, falls der auditierte Krankenhausstandort dies autorisiert.

Das IQTIG hat die Anmerkungen aus dem Expertengremium zur Vermittlung der Besonderheiten bei der Entlassung spezieller Patientengruppen in diesem Bericht und für eine perspektivische Folgebeauftragung zur Ausarbeitung eines Schulungskonzepts aufgenommen. Das IQTIG befürwortet außerdem, dass die Expertinnen und Experten in einer für das Entlassmanagement verantwortlichen Position tätig sein müssen und fachliche Expertise über die Anschlussprozesse bei ambulant nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern verfügen sollten. Beide Punkte hat das IQTIG im Konzept zu der Zusammensetzung der Expertenteams ergänzt.

Anhang E.2.3: Umgang mit den Indikatorergebnissen der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation des QS-Verfahrens Entlassmanagement im Stellungnahmeverfahren nach Teil 1 § 17 DeQS-RL

Sitzung des Expertengremiums

Nach Vorstellung seitens des IQTIG zu den Kriterien zur Bewertung der Indikatorergebnisse wurde seitens einer LAG-Geschäftsstelle angemerkt, dass neben den definierten Kriterien, die den Leistungserbringer betreffen, auch berücksichtigt werden müsse, dass durch einen Fehler in den Rechenregeln seitens der Bundesauswertungsstelle eine rechnerische Auffälligkeit entstehen kann, die nicht zu Lasten des Leistungserbringers bzw. zur Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens gewertet werden könnte. Bezüglich des Kriteriums, dass ein unterjähriger, anhaltender Datenverlust durch den Ausfall des IT-Systems, einen Nachweis der Dokumentation der Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für das gesamte Erfassungsjahr verhindern könne, wird vom Expertengremium als ein Umstand angesehen, der Berücksichtigung in der Bewertung des Indikatorergebnisses finden müsse. Uneinigkeit bestand darin, in welchem Detailgrad der Umstand des Datenverlustes vorab definiert werden müsse, um eine Vergleichbarkeit in der Bewertung der Indikatorergebnisse zu schaffen.

Empfehlung des IQTIG

Das IQTIG hat die Regelung für den Umstand, dass ein Fehler in den Rechenregeln seitens der Bundesauswertungsstelle eine rechnerische Auffälligkeit verursacht, in das Konzept mit aufgenommen. Um eine einheitliche Regelung für den Umstand eines unterjährigen Datenverlusts zu treffen, wurde im Konzept präzisiert, dass der Leistungserbringer durch eine Veröffentlichung des

Datenverlustes darstellen muss, inwiefern die Umstände einen Nachweis der durchgeführten Schulungen verhindert hat.

Literatur

BMSGPK [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] (2024):

Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [Stand:] April 2024. Wien, AT:

BMSGPK. URL: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:ba0d5fca-c521-4308-8674-8f4cd0fb8c73/AUFEM_2024.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019):

Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.

GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV

[Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2024): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 12. Änderungsvereinbarung vom 03.06.2024. Inkrafttreten zum 01.07.2024. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 12.09.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019):

Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Stand: 18.10.2019. Berlin: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_UE_berarbeitung_2019-10-18.pdf (abgerufen am: 30.09.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023):

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Abschlussbericht.

Stand: 15.02.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_QI-Neuentwicklung_Entlassmanagement_Abschlussbericht_2023-02-15-barrierefrei.pdf (abgerufen am: 29.04.2024).

KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; BÄK [Bundesärztekammer]; DAV [Deutscher Apothekerverband] (2016): Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP). [Stand:] 30.04.2016. Berlin: KBV [u. a.]. URL: <https://www.kbv.de/media/sp/Medikationsplan.pdf> (abgerufen am: 10.10.2024).

Krebsregister RLP [Krebsregister Rheinland-Pfalz] (2024): OPS-Katalog. Stand: 07.05.2024.

[Mainz]: IDG [Institut für digitale Gesundheitsdaten RLP]. URL: https://www.krebsregister-rlp.de/fileadmin/user_upload/2024-05-05 OPS-Katalog.pdf (abgerufen am: 29.05.2024).

LKR NRW [Landeskrebsregister Nordrhein-Westfalen] (2020): Liste der tumorspezifischen OPS-Codes die angibt, für welche Lokalisation dieser Code zulässig ist und ob eine Angabe der R-Klassifikation erwartet werden kann. Stand 17.03.2020. [Bochum]: LKR NRW. URL:

https://www.landeskrebsregister.nrw/fileadmin/user_upload/dokumente/melderinformation/tumorspez.-OPS-Codes-mit-R-Status-17032020.pdf (abgerufen am: 29.05.2024).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Guidance]. Published: 30.08.2016, [Surveillance report: 20.07.2017], last updated: February 2021.

London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-2023-5. URL:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/resources/transition-between-inpatient-mental-health-settings-and-community-or-care-home-settings-pdf-1837511615941> (abgerufen am: 10.10.2024).

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)