



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Februar 2023

Impressum

Thema:

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Abschlussbericht

Ansprechpartnerin:

Kathrin Wehner

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

17. Juni 2021

Datum der Abgabe:

15. Februar 2023

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Kurzfassung

Hintergrund

Die Versorgungsstruktur im deutschen Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch ihre strikte Trennung in den stationären und ambulanten Sektor. Die Ausgestaltung des Übergangs aus dem Krankenhaus in die weiterführende Versorgung hat damit für die Patientinnen und Patienten eine hohe Bedeutung und ist eine Voraussetzung für eine kontinuierliche, hohe Versorgungsqualität. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) beschreibt dabei in seinen Gutachten Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen den Versorgungssektoren und adressiert wiederholt das Thema einer verbesserten sektorenübergreifenden Versorgung. Der SVR Gesundheit führt dabei das Entlassmanagement als ein Beispiel dafür an, wie eine interprofessionelle, sektorenübergreifende und patientenorientierte Zusammenarbeit zu einer bedarfsgerechten und besseren Versorgung führen kann.

Das Entlassmanagement umfasst den Prozess zur Organisation und Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs von Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung in die weiterführende Anschlussversorgung. Das Ziel besteht darin, Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung dieser Übergangsphase zu unterstützen, die Versorgungskontinuität zu gewährleisten und das Risiko vermeidbarer Wiederaufnahmen und anderer Komplikationen aufgrund von Versorgungslücken zu senken.

Bereits 2012 wurde vom Gesetzgeber der Anspruch auf ein Entlassmanagement für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten in § 39 SGB V rechtlich verankert. Darüber hinaus wurde mit dem GKV-VSG 2015 die Ausgestaltung eines Rahmenvertrags Entlassmanagement gemäß § 115 SGB V vorgesehen, der verbindliche Regelungen zu Art und Umfang des Entlassmanagements beinhaltet. In der externen Qualitätssicherung wurde das Thema Entlassmanagement erstmals mit dem Auftrag des G-BA im Jahr 2014 an die damalige Institution nach § 137a (AQUA-Institut) aufgegriffen. In diesem Auftrag wurde die Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungs- und sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren veranlasst. Das IQTIG wurde folglich am 20. September 2018 mit einer Überprüfung und Aktualisierung der vom AQUA-Institut recherchierten Qualitätspotenziale und Versorgungsziele beauftragt. Der entsprechende Zwischenbericht *Entlassmanagement* mit dem entwickelten Qualitätsmodell samt patientenrelevanten Qualitätsaspekten wurde dem G-BA am 31. Juli 2019 vorgelegt und bildet die Grundlage für den vorliegenden Bericht.

Auftrag und Auftragsverständnis

Gemäß Beauftragung des G-BA soll das Ziel des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung sein. Auf Basis des Zwischenberichts *Entlassmanagement* und des darin beschriebenen Qualitätsmodells (Teil A der Beauftragung) sollen Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die mit der fall- bzw. einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer, den Abrechnungsdaten der Leistungserbringer bzw. mit den

Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden können (Teil B der Gesamtbeauftragung). Zudem wurde ebenfalls die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung) beauftragt (Teil C der Gesamtbeauftragung). Die zu entwickelnden Indikatoren sollen dabei auf Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement fokussieren und dafür geeignet sein, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements aus einer voll- und teilstationären Krankenhausversorgung einrichtungsvergleichend abzubilden. Die Beauftragung des G-BA gibt hierbei vor, dass die Entwicklung von Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung folgender patientenrelevanter Endpunkte vorzunehmen ist (G-BA 2018):

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

Zudem sieht die Beauftragung vor, ein Datenflussmodell sowie ein Auswertungskonzept zu entwickeln. Die Entwicklung der Qualitätsindikatoren und Instrumente zur Abbildung der Patientenperspektive ist Gegenstand eines gesonderten Entwicklungsstrangs und dementsprechend kein Bestandteil des vorliegenden Berichts.

Methodisches Vorgehen

Die Grundlage für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren bildeten jene 10 der 14 Qualitätsaspekte des entwickelten Qualitätsmodells, die sich über die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und die Sozialdaten bei den Krankenkassen angemessen abbilden lassen.

Das methodische Vorgehen erfolgte entsprechend den zum Zeitpunkt der Beauftragung geltenden Methodischen Grundlagen V1.1 des IQTIG. Ausgehend vom Zwischenbericht *Entlassmanagement* erfolgte zunächst eine Aktualisierung der Recherche nach themenrelevanten Leitlinien und Expertenstandards der Pflege sowie eine systematische Literaturrecherche zur aktuellen Versorgungssituation und Darlegung des Potenzials zur Verbesserung. Darüber hinaus wurde orientierend nach möglichen Risikofaktoren für die relevanten Outcomes (u. a. Wiederaufnahmen) recherchiert. Die Ableitung patientenrelevanter Qualitätsmerkmale erfolgte durch den anschließenden Syntheseprozess der Empfehlungen des Expertenstandards Entlassmanagement und der internationalen Leitlinien, der Vorgaben aus dem vorliegenden Rahmenvertrag Entlassmanagement sowie der systematisch recherchierten Literatur. Anschließend wurden die abgeleiteten Qualitätsmerkmale hinsichtlich ihrer Abbildbarkeit über die verfügbaren Datenquellen sowie entlang der Eignungskriterien des Qualitätsziels (u. a. Vorliegen eines Potenzials zur Verbesserung, Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer) geprüft.

Bei dieser Prüfung wurden, gemäß der Beauftragung des G-BA, auch Sozialdaten bei den Krankenkassen (gemäß § 299 Abs. 1a SGB V) einbezogen. Ausgehend von der Prüfung zur Nutzbarkeit der Sozialdaten aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement* erfolgte eine Analyse im Hinblick auf die Eignung der Sozialdaten zur Abbildung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale. Das IQTIG forderte dafür anonymisierte Routinedaten einer großen Krankenkasse an. Es erfolgte eine analysegerechte Aufbereitung der Daten. Anhand dieses aufbereiteten Datenpools wurden

anschließend wo möglich Analysen zur Abbildbarkeit der identifizierten Qualitätsmerkmale, zu merkmalsbezogenen Verbesserungspotenzialen und zur Operationalisierung der Qualitätsmerkmale durchgeführt.

Im Rahmen der Entwicklung der Qualitätsindikatoren wurde zudem ein beratendes Expertengremium einbezogen. Dieses bestand aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern, Vertreterinnen und Vertretern der stationären und ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung, darunter aus dem Bereich des Case Managements, Entlassmanagements bzw. Sozialdienstes, sowie Fachexpertinnen und Fachexperten von Kranken- bzw. Pflegekassen sowie aus der Pflegewissenschaft und Versorgungsforschung. In den Treffen mit dem Expertengremium wurden die abgeleiteten Qualitätsmerkmale sowie daran anschließend die Entwürfe der Qualitätsindikatoren inhaltlich-fachlich diskutiert und bewertet.

Des Weiteren wurde mittels eines Beteiligungsverfahrens weitere externe Fachexpertise einbezogen, indem gemäß § 137a Abs. 7 SGB V berechnete Organisationen zu einer schriftlichen Stellungnahme aufgefordert wurden. Darüber hinaus erhielten die Mitglieder des projektbezogenen Expertengremiums die Möglichkeit, Stellung zu nehmen.

Eingrenzung des QS-Verfahrens

In Deutschland gibt es pro Jahr etwa 16,2 Millionen Entlassungen von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten aus einem voll- bzw. teilstationären Krankenhausaufenthalt (GBE-Bund 2021b), die entsprechend § 39 Abs. 1a SGB V grundsätzlich alle einen Anspruch auf ein Entlassmanagement während der Krankenhausversorgung haben. Um eine inhaltliche Fokussierung und Praktikabilität für das QS-Verfahren zu gewährleisten, ist daher eine Reduktion der Grundgesamtheit erforderlich. Zu diesem Zweck wurde bereits im Teilauftrag A ein Prognosemodell entwickelt, welches Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf an Entlassmanagement identifizieren kann. Mit dem im Rahmen der vorliegenden Beauftragung weiter optimierten Prognosemodell kann im ersten Schritt eine Reduzierung der Zielpopulation auf circa 55 % erfolgen. Damit würden weiterhin insgesamt circa 9 Millionen Fälle Teil des QS-Verfahrens bleiben. Um die Anzahl der QS-pflichtigen Fälle weiter auf ein praktikables Maß zu reduzieren, wird daher vom IQTIG im zweiten Schritt eine zusätzlich nachgelagerte Stichprobe anhand der eGK-Versichertennummer innerhalb des QS-Filters empfohlen, sodass das QS-Verfahren schlussendlich circa 300.000 QS-pflichtige Fälle umfasst.

Ergebnisse und Empfehlungen

Im Rahmen des Entwicklungsprozesses wurden insgesamt sieben Qualitätsindikatoren zur Abbildung der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells zum Entlassmanagement entwickelt. Zwei Indikatoren beziehen sich dabei auf die Strukturqualität und werden einrichtungsbezogen erhoben:

- Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung

Fünf Indikatoren adressieren die Prozessqualität und sollen fallbezogen erfasst werden:

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

Zusätzlich zu den aufgeführten sieben umsetzbaren Qualitätsindikatoren wurde ein Qualitätsindikator entwickelt, der für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens vorgesehen werden soll. Dieser Qualitätsindikator ist noch kein Bestandteil des empfohlenen Qualitätsindikatorenssets, da er aufgrund der derzeit fehlenden flächendeckenden Telematikinfrastruktur noch nicht vollständig umsetzbar ist:

- Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung

Das zukünftige QS-Verfahren sollte länderbezogen durchgeführt werden. Anstatt einer Vollerhebung wird ein zweistufiges Stichprobenverfahren empfohlen, um die Grundgesamtheit für das QS-Verfahren zu reduzieren (angestrebt werden circa 300.000 voll- bzw. teilstationäre Fälle) und damit den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer in einem praktikablen Umfang zu halten. Für fünf der insgesamt sieben umsetzbaren Qualitätsindikatoren wird eine fallbezogene QS-Dokumentation vorgesehen (37 fallbezogene Datenfelder). Zwei weitere Qualitätsindikatoren werden über eine nur einmal jährlich zu dokumentierende, einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erhoben (16 einrichtungsbezogene Datenfelder). Der Aufwand für die Leistungserbringer wird dementsprechend insgesamt als moderat angesehen, sollte jedoch im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung anhand realer Krankenhausfälle genauer eingeschätzt werden.

Das Prognosemodell als Hauptelement des QS-Filters bedarf einer regelmäßigen Überprüfung im Regelbetrieb, um die QS-Auslösung aktuell zu halten. Hierfür wird eine Aktualisierung alle zwei Jahre u. a. anhand von Sozialdaten bei den Krankenkassen oder ggf. anhand der vorliegenden Abrechnungsdaten aller Versicherten beim Forschungsdatenzentrum des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) empfohlen.

Fazit und Ausblick

Im Rahmen des Entwicklungsprozesses wurden insgesamt sieben dokumentationsdatenbasierte Qualitätsindikatoren erarbeitet. Diese adressieren wesentliche struktur- und prozessbezogene Qualitätsaspekte des Entlassmanagements im Krankenhaus und konzentrieren sich auf die Verbesserungspotenziale bei der Organisation des Übergangs von Patientinnen und Patienten in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung. Zusammen mit den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teilauftrag C), welche u. a. auch die Ergebnisqualität des Entlassmanagements adressieren, wird somit ein ausgewogenes und umsetzbares Set an Qualitätsindikatoren

vorliegen, das geeignet ist, die Versorgungsqualität beim Übergang der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in die Nach- und Weiterversorgung abzubilden.

Darüber hinaus liegt mit dem im Rahmen der Entwicklung optimierten Prognosemodell ein innovatives Konzept vor, welches einen Algorithmus für die Selektion von Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement zur Auslösung des QS-Verfahrens bietet. Zusätzlich wird erstmals für dieses QS-Verfahren eine Stichprobenziehung über den QS-Filter etabliert, um damit den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer in einem praktikablen Umfang zu halten. Ein entsprechendes Datenflussmodell und Auswertungskonzept wurde entwickelt.

Das IQTIG empfiehlt im Anschluss an die Entwicklung der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren die Durchführung einer Machbarkeitsprüfung und darauf aufbauend die Erstellung der Spezifikation der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	3
Tabellenverzeichnis.....	12
Abbildungsverzeichnis.....	15
Abkürzungsverzeichnis.....	16
Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen.....	19
1 Einleitung.....	20
1.1 Hintergrund.....	20
1.2 Beauftragung durch den G-BA (Teil B)	22
1.3 Auftragsverständnis	22
2 Methodisches Vorgehen	24
2.1 Literatur- und Leitlinienrecherche	24
2.2 Analyse quantitativer Daten	26
2.3 Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen	28
2.4 Expertenbeteiligung.....	28
2.5 Beteiligungsverfahren	32
Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen.....	34
3 Versorgungspraxis	35
3.1 Versorgungspolitischer Rahmen	35
3.1.1 Rahmenvertrag Entlassmanagement.....	35
3.1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Bezug zum Entlassmanagement.....	37
3.2 Versorgungspraxis des Entlassmanagements.....	40
4 Eingrenzung des QS-Verfahrens.....	46
4.1 Zentrale inhaltliche Anforderungen und Ziele der Weiterentwicklung des Prognosemodells.....	47
4.2 Modellentwicklung.....	50
4.2.1 Datengrundlage und Datenaufbereitung.....	50
4.2.2 Operationalisierung und Ergebnisse zur eBEM-Zielvariable	51
4.2.3 Regressionsmodellierung der eBEM-Zielvariable	56

4.2.4	Alternative Modellierungsansätze und weitere Modellierungsmöglichkeiten.....	58
4.2.5	Ergebnisse der Regressionsmodellierung	60
4.2.6	Schwellenwert als Entscheidungskriterium für die Selektion QS- pflichtiger Fälle	62
4.2.7	Validierung des Selektionsalgorithmus anhand von Entlassfällen aus dem Jahr 2016	64
4.2.8	Bemerkungen zur Anwendbarkeit im Regelbetrieb.....	66
4.3	Weitere Reduktion der selektierten Fallpopulation über Stichprobenverfahren	67
4.3.1	Anvisierte Anzahl von QS-pflichtigen Fällen für das QS-Verfahren	68
4.3.2	Fallzahlreduktion mittels Stichprobenverfahren im QS-Filter	69
4.4	Beschreibung der selektierten Fallpopulation	71
4.4.1	Demographische und versorgungsspezifische Merkmale der Patientinnen und Patienten	71
4.4.2	Verteilung der selektierten Fallpopulation auf die Leistungserbringer	75
5	Entwicklung der Qualitätsindikatoren.....	79
5.1	Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“	83
5.1.1	Qualitätsmerkmale.....	83
5.1.2	Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“	96
5.1.3	Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“	98
5.2	Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“	101
5.2.1	Qualitätsmerkmale.....	101
5.3	Qualitätsaspekt „Entlassplanung“	106
5.3.1	Qualitätsmerkmale.....	106
5.3.2	Qualitätsindikator „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans“	118
5.4	Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“	121
5.4.1	Qualitätsmerkmale.....	121
5.4.2	Qualitätsindikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“	128

5.5	Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“	129
5.5.1	Qualitätsmerkmale.....	130
5.6	Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“	130
5.6.1	Qualitätsmerkmale.....	131
5.6.2	Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“	141
5.6.3	Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“	142
5.7	Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“	144
5.7.1	Qualitätsmerkmale.....	144
5.8	Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“	157
5.8.1	Qualitätsmerkmale.....	157
5.8.2	Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“	166
5.9	Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“	168
5.9.1	Qualitätsmerkmale.....	168
5.9.2	Qualitätsindikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“	177
5.9.3	Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“	179
5.9.4	Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“	181
5.10	Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“	183
5.10.1	Qualitätsmerkmal.....	183
5.10.2	Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“	190
6	Empfohlenes Qualitätsindikatorensset.....	192
7	Umsetzungs- und Auswertungskonzept.....	202
7.1	Allgemeine Informationen zur Datenerfassung	202
7.1.1	Verfahrensart	202

7.1.2	Vollerhebung/Stichprobe.....	202
7.1.3	Einbezogene Datenquellen und Erfassungsinstrumente	202
7.2	Fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation	203
7.2.1	Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen	203
7.2.2	Datenselektion (QS-Filter).....	204
7.2.3	Erforderliche Datenfelder	206
7.2.4	Prüfung der Datenqualität	207
7.2.5	Vollzähligkeit (Soll-Ist-Abgleich)	208
7.3	Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	208
7.4	Grundmodell des Datenflusses	214
7.4.1	Erhebung und Pseudonymisierung von patienten- und leistungserbringeridentifizierenden Daten	214
7.4.2	Datenflüsse.....	215
7.4.3	Erfassungszeiträume, Lieferfristen und Datenexporte	216
7.5	Statistische Auswertungsmethodik.....	216
7.5.1	Zielsetzung.....	216
7.5.2	Stichprobenart	217
7.5.3	Berechnungsart	217
7.5.4	Bewertungsart.....	217
7.6	Berichtswesen	218
7.6.1	Berichte an die Leistungserbringer	218
7.6.2	Landes- und bundesbezogene Berichte	219
7.6.3	Berichtszeitpunkte	220
7.6.4	Ergebnisveröffentlichung	221
7.7	Bewertung der Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen.....	221
Teil III: Ausblick.....		222
8	Schritte bis zum Regelbetrieb	223
9	Fazit	224
Teil IV: Literatur		226
Literatur.....		227

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO-Schema	24
Tabelle 2: Zielkriterien zur Abbildung von poststationären Versorgungsmaßnahmen und deren Operationalisierung über Sozialdaten	52
Tabelle 3: Kennzahlen zur selektierten Fallpopulation für verschiedene Schwellenwerte im Selektionsalgorithmus.....	62
Tabelle 4: Empirische Analyse zur Anzahl ausgelöster QS-pflichtiger Fälle und zur erwarteten Anzahl eingehender Fragebögen aus der Patientenbefragung (PB) pro Leistungserbringer (LE)	69
Tabelle 5: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“	83
Tabelle 6: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“	95
Tabelle 7: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und daraus operationalisierte Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“	96
Tabelle 8: Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“	98
Tabelle 9: Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“	100
Tabelle 10: Abgeleitetes Qualitätsmerkmal zum Qualitätsaspekt "Risikoeinschätzung (initiales Assessment)"	101
Tabelle 11: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels des abgeleiteten Qualitätsmerkmals zum Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung“	105
Tabelle 12: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Entlassplanung“	106
Tabelle 13: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Entlassplanung“	117
Tabelle 14: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und daraus operationalisierte Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Entlassplanung“	118
Tabelle 15: Qualitätsindikator „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans "	120
Tabelle 16: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“	121
Tabelle 17: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“	127
Tabelle 18: Konkretisiertes Qualitätsmerkmal und daraus operationalisierter Qualitätsindikator des Qualitätsaspekts „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“	128
Tabelle 19: Abgeleitetes Qualitätsmerkmal zum Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“	130

Tabelle 20: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“	131
Tabelle 21: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“	140
Tabelle 22: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und daraus operationalisierte Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Medikamentenmanagement“	141
Tabelle 23: Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“	142
Tabelle 24: Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“	143
Tabelle 25: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“	144
Tabelle 26: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“	155
Tabelle 27: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“	157
Tabelle 28: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbeziehung von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“	165
Tabelle 29: Konkretisiertes Qualitätsmerkmal und daraus operationalisierter Qualitätsindikator des Qualitätsaspekts „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“	166
Tabelle 30: Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ (derzeit noch nicht umsetzbar)	167
Tabelle 31: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“	168
Tabelle 32: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“	176
Tabelle 33: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und daraus operationalisierte Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Entlassdokumente“	177
Tabelle 34: Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“	181
Tabelle 35: Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“	182
Tabelle 36: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“	183
Tabelle 37: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“	189

Tabelle 38: Konkretisiertes Qualitätsmerkmal und daraus operationalisierte Kennzahl des Qualitätsaspekts „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“	190
Tabelle 39: Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren Entlassmanagement.....	192
Tabelle 40: Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts	194
Tabelle 41: Qualitätsindikator für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens (derzeit noch nicht umsetzbar)	197
Tabelle 42: Zuordnung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für die dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren aus Teilauftrag B und Teilauftrag C zur Entwicklung einer Patientenbefragung	199
Tabelle 43: Lieferfristen für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (gemäß DeQS-RL 2022)	203
Tabelle 44: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene stationäre QS-Dokumentation.....	206
Tabelle 45: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die einrichtungsbezogene stationäre QS-Dokumentation.....	207
Tabelle 46: Übersicht der Datenbestände aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Aktualisierung des Prognosemodells	212
Tabelle 47: Für den Zweck der Aktualisierung des Prognosemodells relevante Datenfelder in den Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	213
Tabelle 48: Mögliche Berichtszeitpunkte für die dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren Entlassmanagement	220

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil an Entlassfällen, bei denen die jeweiligen Zielkriterien zutreffen. Pro Entlassfall können mehrere Zielkriterien zutreffen. Insgesamt umfasst die Grundgesamtheit der Modelldaten 1.633.359 Entlassfälle des Jahres 2017.	54
Abbildung 2: Boxplot-Grafik zur altersabhängigen Verteilung der Vorhersagewerte π_j für die Entlassfälle innerhalb der Modellgrundgesamtheit stratifiziert nach Geschlecht und eBEM (ja/nein)	61
Abbildung 3: Anteil der als QS-relevant selektierten Entlassfälle nach Alter auf Basis der Daten der Indexjahre 2016 und 2017	66
Abbildung 4: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Alter (oben) sowie zusätzlich stratifiziert nach Geschlecht und eBEM vs. kein eBEM (unten)	73
Abbildung 5: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Verweildauer im Krankenhaus.....	74
Abbildung 6: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Pflegegrad bei Aufnahme ins Krankenhaus	75
Abbildung 7: Oben: Verteilung der Anzahl der Entlassfälle in der Grundgesamtheit der Modelldaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Histogramm (Spannweite der Gruppen: 25 Fälle). Unten: Anteil der als QS-relevant selektierten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle)	76
Abbildung 8: Verteilung der Anzahl der als QS-relevant selektierten Entlassfälle über die Krankenhäuser als Histogramm (Spannweite der Gruppen: 5 Fälle), basierend auf den Modelldaten der Grundgesamtheit	78
Abbildung 9: Entwicklungsschritte vom Qualitätsmodell bis zum Qualitätsindikatorenset.....	79
Abbildung 10: Dokumentations- bzw. sozialdatenbasierte Qualitätsaspekte	80
Abbildung 11: Schritte der QS-Auslösung im QS-Verfahren Entlassmanagement	205
Abbildung 12: Aktualisierung des Prognosemodells für den QS-Filter	210
Abbildung 13: Datenfluss der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus	215

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AKI-RL	Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außer-klinische Intensivpflege-Richtlinie)
AM-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie)
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
AUC	Fläche unter der Kurve (<i>Area Under the Curve</i>)
B	Befragte/Befragter
BAS	Bundesauswertungsstelle
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumenten-schutz
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
DAS	Datenannahmestelle
DAS-KK	Datenannahmestelle Krankenkassen
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DF	Datenfeld
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups
eAU	Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
eBEM	erhöhter Bedarf für Entlassmanagement
EDOK	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EI	Einzelinterview
Entlass	Entlassmanagement
ePA	Elektronische Patientenakte

Abkürzung	Erläuterung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Gesundp	Gesundheitsprofessionen
GKV-IPReG	Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz)
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GOP	Gebührenordnungsposition
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HilfsM-RL	Hilfsmittel-Richtlinie
hkk	Handelskrankenkasse
I	Interviewerin/Interviewer
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IKNR	Institutionskennzeichennummer (IK-Nummer)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KIS	Krankenhausinformationssystem
KSVPsych-RL	Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAG	Landesarbeitsgemeinschaften
LASSO	Least Absolute Shrinkage and Selection Operator
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft

Abkürzung	Erläuterung
MD	Medizinischer Dienst
MIO	Medizinische Informationsobjekte
N	Grundgesamtheit
n	Teilgesamtheit
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OR	Odds Ratio
p	p-Wert
PID	patientenidentifizierende Daten
PPV	positiver Vorhersagewert (<i>positive predictive value</i>)
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QS	Qualitätssicherung
RL	Richtlinie
RR	Relatives Risiko
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch
ST-RL	Soziotherapie-Richtlinie
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
T	Teilnehmerin/Teilnehmer
TSVG	Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz)

Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die Versorgungsstruktur des deutschen Gesundheitswesens ist gekennzeichnet durch ihre strikte Trennung in den stationären und ambulanten Sektor. Die Gestaltung des Übergangs von einem stationären Krankenhausaufenthalt in die weitergehende ambulante Versorgung erhält damit für die Patientinnen und Patienten eine besondere Bedeutung. Reibungslose Übergänge zwischen den Sektoren sind eine Voraussetzung, um eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen (Appelrath und Messerle 2018). In verschiedenen Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) werden jedoch Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen den Versorgungssektoren dargelegt, in denen wiederholt das Thema einer verbesserten sektorenübergreifenden Versorgung adressiert wird (Appelrath und Messerle 2018). Durch die fortbestehende sektorale Trennung entstehen verschiedene Schnittstellenprobleme, die eine lückenlose, sektorenübergreifende Versorgung von Patientinnen und Patienten behindern und die Wahrscheinlichkeit von Versorgungsbrüchen erhöhen (SVR Gesundheit 2012). So können beispielsweise vermeidbare gesundheitliche Komplikationen entstehen, die die Lebens- und Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten negativ beeinflussen. In Folge daraus können außerdem ungeplante Wiederaufnahmen ins Krankenhaus notwendig und damit Folgekosten verursacht werden, die möglicherweise vermeidbar sind (SVR Gesundheit 2012). Das Entlassmanagement wird daher als ein Beispiel dafür angeführt, wie eine interprofessionelle, sektorenübergreifende und patientenorientierte Zusammenarbeit zu einer bedarfsgerechten und besseren Versorgung führen kann (SVR Gesundheit 2018). Für das Entlassmanagement ist sowohl in Deutschland als auch im internationalen Raum derzeit keine einheitliche Begriffsdefinition vorhanden (AQUA 2015). Doch im Allgemeinen wird unter dem Begriff *Entlassmanagement* das koordinierte und strukturierte Vorgehen sowie die Organisation von Maßnahmen verstanden, die die kontinuierliche, bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor sicherstellen sollen (SVR Gesundheit 2018, Khan 2018: 125-126).

Die gesetzlichen Vorgaben zur Gestaltung eines besseren Übergangs aus dem Krankenhaus in die weiterführende Versorgung wurden in den vergangenen Jahren vom Gesetzgeber sukzessiv erhöht. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) 2007, dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 2012 sowie dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG) 2015 und der damit verbundenen Ausgestaltung eines Rahmenvertrags Entlassmanagement gemäß § 115 SGB V wurden die Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement fortlaufend weiterentwickelt.

Auch in der externen Qualitätssicherung gelangte das Thema Entlassmanagement zunehmend in den Fokus. So beauftragte der G-BA am 19. Juni 2014 die damalige Institution nach § 137a SGB V, das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen

GmbH (AQUA-Institut), mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein einrichtungs- und sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zum Entlassmanagement. Die Ergebnisse der AQUA-Konzeptskizze zeigten, dass ein solches QS-Verfahren wesentlich zur Förderung und Optimierung von Entlass- und Überleitungsprozessen aus dem Krankenhaus beitragen könnte (AQUA 2015). Auch wenn jede Patientin / jeder Patient im Krankenhaus einen Anspruch auf ein Entlassmanagement hat, sollte sich später das QS-Verfahren auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement fokussieren. In der Folge wurde das IQTIG 2018 vom G-BA mit der Entwicklung eines krankenhausesbezogenen datengestützten QS-Verfahrens *Entlassmanagement* beauftragt. Im ersten Teil der Beauftragung sollte die AQUA-Konzeptskizze auf Grundlage der aktualisierten Rahmenbedingungen überarbeitet und weiterentwickelt werden. Der entsprechende Zwischenbericht *Entlassmanagement* wurde dem G-BA am 31. Juli 2019 vorgelegt (IQTIG 2019a). Der vorliegende Bericht adressiert nun den zweiten Teil der Beauftragung: die Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren für die im Qualitätsmodell identifizierten Qualitätsaspekte (siehe Abschnitt 1.2). Parallel dazu werden in Teil C der Beauftragung Qualitätsindikatoren und Instrumente zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung) entwickelt.

Hintergrund des vorliegenden Berichts

Die Grundlage für den vorliegenden Bericht bildet der 2019 vorgelegte Zwischenbericht *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a). Das Ergebnis des Zwischenberichts war ein Qualitätsmodell mit 14 patientenrelevanten Qualitätsaspekten, für die ein Verbesserungspotenzial in der Versorgung für den Bereich des Entlassmanagements gesehen wurde (IQTIG 2019a):

- Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus
- Risikoeinschätzung (initiales Assessment)
- Entlassplanung
- Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten
- Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung
- Information und Aufklärung zur Medikation
- Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
- Entlassgespräch
- Medikamentenmanagement
- Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung
- Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern
- Entlassdokumente
- Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung
- Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Für die Qualitätsaspekte wurde nach vorläufiger Prüfung der Umsetzbarkeit eine Datenerfassung über die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Patientenbefragung empfohlen. Darüber hinaus hat das IQTIG im Rahmen der Überarbeitung das entwickelte Prognosemodell zur Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement methodisch optimiert und als

Algorithmus für die Auslösung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* empfohlen (IQTIG 2019a).

Auf dieser Basis erfolgten nun die Entwicklungen der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren sowie der Patientenbefragung für ein QS-Verfahren *Entlassmanagement*.

1.2 Beauftragung durch den G-BA (Teil B)

Am 20. September 2018 beauftragte der G-BA das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes QS-Verfahren, inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement (G-BA 2018).

Das Ziel des einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens soll die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung sein. Auf Basis des am 31. Juli 2019 vorgelegten Zwischenberichts *Entlassmanagement* und des darin beschriebenen Qualitätsmodells (Teil A der Gesamtbeauftragung) wurde das IQTIG am 17. Juni 2021 mit der Umsetzung von Teil B der Gesamtbeauftragung, der Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die mit der fall- bzw. einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer, den Abrechnungsdaten der Leistungserbringer bzw. mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden können, beauftragt (G-BA 2021a). Die zukünftigen Indikatoren sollen dabei geeignet sein, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements aus der voll- und teilstationären Krankenhausversorgung einrichtungsvergleichend abzubilden. Die Beauftragung des G-BA gibt hierbei vor, dass die Entwicklung von Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung folgender patientenrelevanter Endpunkte vorzunehmen ist (G-BA 2018):

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

Zudem sieht die Beauftragung vor, ein Datenflussmodell sowie ein Auswertungskonzept zu entwickeln. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive (Teil C der Gesamtbeauftragung) ist Gegenstand eines gesonderten Entwicklungsstrangs (G-BA 2018).

1.3 Auftragsverständnis

Gegenstand der Beauftragung ist die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements in Krankenhäusern abbilden. Dabei sollen u. a. die o. g. patientenrelevanten Endpunkte berücksichtigt werden. Im Verständnis des IQTIG bezieht sich dies sowohl auf die Bearbeitung des Teilauftrags B zur Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren als auch auf den Teilauftrag C zur Entwicklung der Patientenbefragung. Daraus folgt, dass nicht alle der genannten patientenrelevanten Endpunkte zwingend bei der Entwicklung der dokumentations- und sozialdatenbasierten

Qualitätsindikatoren zu adressieren sind. Beispielsweise handelt es sich bei dem patientenrelevanten Endpunkt „Patientin/Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess“ um einen Endpunkt, der ausschließlich aus der Sicht der betroffenen Patientinnen und Patienten eingeschätzt werden kann und daher im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung Berücksichtigung finden sollte.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Literatur- und Leitlinienrecherche

Zielsetzung und Fragestellungen

Die Literatur- und Leitlinienrecherche unterstützt gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den weiteren Wissensbeständen die Identifizierung und Beschreibung spezifischer Qualitätsmerkmale sowie die Prüfung und Darlegung von Potenzialen zur Verbesserung.

Das primäre Ziel der Recherche und Evidenzanalyse bestand darin, im Rahmen einer Aktualisierung die bereits erlangten Erkenntnisse zu den Qualitätsaspekten aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a, IQTIG 2019b) mit der aktuellen Studienlage abzugleichen und ggf. zu ergänzen. Ausgehend von diesem Ziel wurden sowohl eine Aktualisierung der damaligen Recherchen (Updates) als auch ergänzende Recherchen durchgeführt. In Anlehnung an das Vorgehen im Zwischenbericht *Entlassmanagement* erfolgte eine Unterteilung der Informationsbeschaffungen (Leitlinien, systematische Reviews, Primärliteratur) sowie eine Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragen:

- Informationsbeschaffung – Standards/Leitlinien
 - Welche Kriterien beschreiben die Qualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?
- Informationsbeschaffung – Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen
 - Welche Kriterien beschreiben die Qualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?
 - Wie sieht die aktuelle Versorgungssituation aus?
 - Was sind relevante Risikofaktoren für die beschriebenen Outcomes (z. B. Wiederaufnahmen, Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung)?
- Informationsbeschaffung – Primärliteratur
 - Wie sieht die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland, Österreich und der Schweiz aus?

Die recherchierbaren Fragestellungen für die systematische Literatur- und Leitlinienrecherche wurden dabei mithilfe des PICO-Schemas (**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome) definiert (Tabelle 1).

Tabelle 1: PICO-Schema

P	Patientinnen und Patienten jeden Alters mit einer Krankenhausbehandlung
I/C	alle Prozesse, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. der Überleitung aus dem Krankenhaus in die weiterführende Versorgung Anwendung finden

O	Sämtliche Outcomes, die den Entlass- und Überleitungsprozess betreffen, z. B. Mortalität, ungeplante Wiederaufnahme, Notfallkontakte u. a.
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Recherchekonzept und Vorgehen

Die Literatur und Leitlinien wurden – orientiert an der Methodik des Scoping Reviews – systematisch recherchiert und aufbereitet (IQTIG 2022). Die Recherche nach Leitlinien/deutschen Expertenstandards der Pflege erfolgte zwischen dem 17. und 25. August 2021 und die systematischen Literaturrecherchen erfolgten im Zeitraum vom 1. bis 15. September 2021. Darüber hinaus wurde eine aktuelle Website-Recherche nach zusätzlich relevanter Primärliteratur durchgeführt.

Zur Beantwortung der Frage nach aktuellen Standards wurden bei der Update-Recherche ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien eingeschlossen, die auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Empfehlungen sollten formal eindeutig als solche gekennzeichnet sein. Da den wissenschaftlichen Standards ein großes Gewicht bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale zukommt, wurden abweichend von der Methodik eines Scoping Reviews die Leitlinien einer kritischen Bewertung unter Verwendung der deutschen Übersetzung des Appraisal of Guideline for Research and Evaluation II-Instruments unterzogen (AGREE Next Steps Consortium 2017). Bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* identifizierte Leitlinien wurden auf ihre Aktualität und Gültigkeit hin geprüft. Nähere Informationen zum Vorgehen der Update-Recherche sind im Recherchebericht in Anhang A.1 zu finden.

Um für die Ableitung der Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild über die aktuelle Versorgungssituation und die Kriterien zu erhalten, welche die Qualität der Entlass- und Überleitungsprozesse aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung beschreiben, wurden Reviews recherchiert, die auf einer systematischen Recherche beruhen (z. B. systematische Reviews, Scoping Reviews, Umbrella Reviews u. ä.). Darüber hinaus wurden Reviews gesucht, die sich mit möglichen Risikofaktoren für die relevanten Outcomes (u. a. Wiederaufnahmen) beschäftigen. Dabei wurden ausschließlich Publikationen eingeschlossen, die die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO-Stratum A gehören, berücksichtigt. Zudem wurde eine Prüfung der bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* eingeschlossenen Reviews vorgenommen. Hierbei wurde auf Publikationen fokussiert, die die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten bei der Entlassung/Überleitung aus dem Krankenhaus bzw. der Organisation der weiterführenden Versorgung krankheitsübergreifend adressieren.

Darüber hinaus wurde nach Primärliteratur mit Hinweisen auf eine mögliche Über-, Unter- und Fehlversorgung recherchiert, um das Potenzial zur Verbesserung für die abgeleiteten Qualitätsmerkmale darzulegen. Hierfür wurden qualitative und quantitative Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen, begrenzt auf Deutschland, Österreich und die Schweiz, systematisch recherchiert. Zusätzlich erfolgte auch hier die Prüfung der im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* eingeschlossenen Primärliteratur (krankheitsübergreifend).

Das konkrete Vorgehen einschließlich der angewandten Suchstrategien, der methodisch-formalen sowie inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Übersichten zu den eingeschlossenen Referenzen aus den Recherchen sind im Recherchebericht in Anhang A.1 dokumentiert. Die Charakteristika der eingeschlossenen Publikationen sind in den Anhängen A.2.4 bis A.2.8 zu diesem Bericht zusammengefasst.

Recherche nach bestehenden Qualitätsindikatoren

Für die Ableitung und Einordnung von Qualitätsmerkmalen sowie die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* wurde als Hintergrundinformation zusätzlich zur systematischen Literatur- und Leitlinienrecherche eine orientierende Recherche nach bestehenden nationalen und internationalen Qualitätsindikatoren durchgeführt. Die Recherche erfolgte im August und September 2021. Die Suche umfasste die Begriffe „Entlassmanagement“, „discharge“, „transition“, „transfer of care“, „care management“, „patient discharge“, „continuity of care“, „quality indicator“, „performance indicator“, „health indicator“, „quality measure“, „performance measure“ oder „health measure“. Dabei wurden Webseiten von bekannten nationalen und internationalen Institutionen, die Leitlinien/Expertenstandards und/oder Qualitätsindikatoren zum Thema Entlassmanagement erstellen bzw. im Bereich der medizinischen Qualitätssicherung und -messung tätig sind, durchsucht. Im Anhang B zu diesem Abschlussbericht sind die recherchierten Qualitätsindikatoren aufgeführt.

2.2 Analyse quantitativer Daten

Bei der Entwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* sollen gemäß der Beauftragung des G-BA die Sozialdaten bei den Krankenkassen (gemäß § 299 Abs. 1a SGB V) einbezogen werden (G-BA 2018). Bereits im Rahmen der Erarbeitung von Teil A der Beauftragung (Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze) wurde daher die Nutzbarkeit der Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Abbildung der identifizierten Qualitätsaspekte geprüft. Außerdem geprüft wurden anonymisierte Routinedaten einer Krankenkasse zur Weiterentwicklung des vorliegenden Prognosemodells zur Identifikation der Zielpopulation aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen (IQTIG 2019a).

In der vorliegenden Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren (Teil B der Beauftragung) waren dementsprechend die Sozialdaten bei den Krankenkassen im Hinblick auf ihre Eignung zur Abbildung der aus den Qualitätsaspekten abgeleiteten Qualitätsmerkmale zu analysieren. Darüber hinaus wurde ein aktueller Datensatz mit anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse benötigt, um die – bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* angedachten – Modifikationen zur weiteren Optimierung des bestehenden Prognosemodells zu evaluieren und umzusetzen (IQTIG 2019a).

Zu diesem Zweck wurde vom IQTIG erneut die Datenbereitstellung durch eine Krankenkasse angefragt. Die Anfrage beinhaltete die Anforderungen des Auftrags, einen Auswertungsplan für die empirischen Analysen und die vorgesehenen Auswertungsschritte.

Für die Bearbeitung des Entwicklungsauftrags wurden folgende Datenbestände aus den Jahren 2015 bis 2018 angefordert:

- Datenbestand nach § 284 SGB V: Versichertenstammdaten
- Datenbestand nach § 295 SGB V: Abrechnungsdaten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungen
- Datenbestand nach § 295a SGB V: Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen
- Datenbestand nach § 300 SGB V: Abrechnungsdaten der Apotheken und anderer Anbieter von Arzneimitteln
- Datenbestand nach § 301 SGB V: Abrechnungsdaten der Krankenhäuser
- Datenbestand nach § 302 SGB V: Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer (Heil- und Hilfsmittel)
- Datenbestand nach § 43 SGB V: Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche)
- Datenbestand nach § 44 SGB V: Krankengeld (Arbeitsunfähigkeit)
- Datenbestand nach § 132 SGB V: Versorgung mit Haushaltshilfe
- Datenbestand nach § 132a SGB V: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege
- Datenbestand nach § 132b SGB V: Versorgung mit Soziotherapie
- Datenbestand nach § 132d SGB V: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- Datenbestand nach § 132h SGB V: Erbringung von Kurzzeitpflege
- Datenbestand nach § 133 SGB V: Versorgung mit Krankentransportleistungen
- Datenbestand nach § 42 SGB IX: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Datenbestand nach § 105 SGB XI: Abrechnung pflegerischer Leistungen

Für die Übermittlung der Daten wurde eine Feldspezifikation mit der kooperierenden Krankenkasse konsentiert. Die Datenlieferung umfasste alle Versicherten, die

- im Jahr 2016 bzw. 2017 aus einer voll-, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung mit einer Verweildauer von mindestens 2 Tagen entlassen wurden **und**
- die im Untersuchungszeitraum geboren, durchgängig versichert oder verstorben sind.

Bei den Verordnungsdaten sollten Verordnungen von Krankenhäusern, die im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 1a SGB V ausgestellt wurden, gesondert ausgewiesen werden. Für die sektoren- und jahresübergreifende Auswertung der Behandlungsfälle war es wichtig, dass die Patienteninformationen sowohl über die erfolgten Behandlungen als auch über die Jahrgrenzen hinweg verknüpfbar waren. Dies konnte durch anonymisierte Patienten- und Einrichtungsdaten gewährleistet werden.

Validierung und Aufbereitung der gelieferten anonymisierten Routinedaten

Die Daten wurden einer Prüfung auf Vollständigkeit, Kohärenz und Plausibilität unterzogen und anschließend in analyserechter Form aufbereitet. Die Datenaufbereitung umfasste das Prüfen und Entfernen von Sonderzeichen und die einheitliche Verwendung von Großbuchstaben bei Kodes der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) sowie bei Gebührenordnungspositionen (GOP). Dies war für die Sicherstellung einer einheitlichen Formatierung notwendig, die für die Analysen erforderlich ist. Weiterhin wurden u. a. Haupt- und Nebendiagnosen, Pharmazentralnummern und Heilmittelpositionsnummern für die Berechnungen entsprechend aufbereitet.

Nach der Validierung der zur Verfügung gestellten anonymisierten Routinedaten wurde die Grundgesamtheit für die explorativen Analysen zur Prüfung der Abbildbarkeit der abgeleiteten Qualitätsmerkmale über die Sozialdaten bei den Krankenkassen und das Vorliegen von merkmalsbezogenen Verbesserungsbedarfen und -potenzialen sowie für die weiteren Modifikationen des Prognosemodells definiert (siehe Abschnitt 4.2).

2.3 Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen

Als weiterer Wissensbestand wurden die Ergebnisse der im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a) geführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen erneut gesichtet und im Rahmen der Ableitung patientenrelevanter Qualitätsmerkmale sowie deren Prüfung im Hinblick auf das Vorliegen von Verbesserungspotenzialen genutzt.

2.4 Expertenbeteiligung

In die Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren ist gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2019c) der Einbezug eines beratenden Expertengremiums vorgesehen. Die Konsultation der Expertinnen und Experten hat zum Ziel, Hinweise zu den vom Qualitätsmodell abgeleiteten Qualitätsmerkmalen, zur Operationalisierung der Qualitätsindikatoren sowie der Gesamtbeurteilung des Qualitätsindikatorensatzes zu erhalten.

Registrierungsverfahren für das Expertengremium

In einem öffentlichen Registrierungsaufruf wurden interessierte Expertinnen und Experten eingeladen, sich für die aktive Teilnahme am Expertengremium zu melden. Hierzu wurde ein entsprechender Aufruf am 19. August 2021 auf der Website des IQTIG veröffentlicht. Ergänzend hierzu wurden wissenschaftliche Fachgesellschaften, Organisationen, Berufsverbände, Arbeitsgemeinschaften und Einzelpersonen (z. B. Expertinnen und Experten, die bereits im Rahmen der Erstellung des Zwischenberichts *Entlassmanagement* einbezogen waren) vom IQTIG angeschrieben, um auf das Registrierungsverfahren aufmerksam zu machen. Die Registrierung war im Zeitraum vom 19. August 2021 bis 1. Oktober 2021 möglich.

Expertinnen und Experten aus den folgenden Tätigkeitsbereichen wurden explizit aufgerufen, sich zu registrieren:

- Expertinnen und Experten aus dem stationären Sektor
 - Ärztinnen und Ärzte
 - Pflegefachkräfte
 - Entlassmanagement/Case Management bzw. Pflegeüberleitung im Krankenhaus
 - Sozialdienst
- Expertinnen und Experten aus dem weiterversorgenden Sektor
 - niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte
 - ambulanter Pflegedienst

- stationäre Pflegeeinrichtung
- Expertinnen und Experten von Kranken- bzw. Pflegekassen sowie aus der Wissenschaft
 - Fachexpertinnen und -experten von Kranken- bzw. Pflegekassen mit Erfahrung in der Unterstützung des Entlassmanagements
 - Fachexpertinnen und -experten aus der Versorgungsforschung – insbesondere sektorenübergreifende Versorgung, Pflegewissenschaft

Darüber hinaus wurde die Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung beim G-BA gebeten, Patientenvertreterinnen bzw. -vertreter der maßgeblichen Patientenorganisationen auf Basis des § 140f SGB V zu benennen.

Auswahl und Zusammensetzung des Expertengremiums

Ziel der kriteriengestützten Auswahl war es, ein Expertengremium zu bilden, welches sich aus 20 bis 25 Expertinnen und Experten mit hoher fachlicher bzw. inhaltlicher Kompetenz sowie praktischer Erfahrung mit dem Thema Entlassmanagement zusammensetzt. Insgesamt haben sich 117 Bewerberinnen und Bewerber registriert.

Die Auswahlkriterien zielten zum einen auf die persönliche Qualifikation und das spezifische Fachwissen der Bewerberinnen und Bewerber und zum anderen auf die ausgewogene Zusammensetzung des Gremiums ab. Im Detail wurden für die Auswahl der Expertinnen und Experten folgende Kriterien zugrunde gelegt:

1. Formale Voraussetzungen:

- Vollständigkeit der eingereichten Unterlagen

2. Fehlen relevanter Interessenkonflikte

3. Inhaltliche Voraussetzungen:

- Erfüllung der Registrierungskriterien, insbesondere hinsichtlich spezifischen Fachwissens oder langjähriger, praktischer Erfahrung in der Umsetzung des Entlassmanagements im stationären sowie weiterversorgendem Sektor, Expertise vonseiten einer Kranken- bzw. Pflegekasse oder Qualifikationen im Bereich der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung:
 - fachliche Kompetenz sowie praktische Erfahrungen in der Umsetzung des Entlassmanagements im Krankenhaus (z. B. Somatik, Psychiatrie, Pädiatrie)
 - Erfahrungen mit Entlassmanagement aus Sicht des weiterversorgenden Sektors
 - Erfahrung in der Unterstützung des Entlassmanagements vonseiten einer Kranken- bzw. Pflegekasse
 - wissenschaftliche Expertise mit Bezug zu Entlassmanagement
 - mögliche zusätzliche Qualifikationen bspw. im Bereich der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung

4. Möglichst ausgewogene Beteiligung von Expertinnen und Experten aus

- stationärer und ambulanter Versorgung,
- unterschiedlichen stationären Versorgungsstufen (Maximalversorgung, Schwerpunktversorgung, Regelversorgung oder Grundversorgung),

- verschiedenen Bundesländern sowie
- unterschiedlichen Regionen (groß-, mittelstädtisch, ländlich).

Die ausgewählten Expertinnen und Experten wurden im Vorfeld zu potenziellen Interessenkonflikten befragt. Expertinnen und Experten, deren Unterlagen unvollständig waren oder bei denen relevante Interessenkonflikte vorlagen, wurden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen (IQTIG 2022: 108f). Die potenziellen Interessenkonflikte wurden durch die zuständige Kommission für Interessenkonflikte des IQTIG gesichtet und bewertet (IQTIG 2022: 108f). Der Fragenkatalog des „Formblatts zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ findet sich in Anhang C.3 des Abschlussberichts. Es wurden keine relevanten Interessenkonflikte, die einer Aufnahme in das Expertengremium widersprechen würden, durch die Kommission beanstandet.

Die Auswahl der Expertinnen und Experten erfolgte in Abwägung der genannten Kriterien durch das IQTIG. Im Anhang C.1 zu diesem Abschlussbericht sind die Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten für das Expertengremium grafisch dargestellt. Von der Koordinierungsstelle Patientenbeteiligung beim G-BA wurden zusätzlich zwei Patientenvertreterinnen und -vertreter benannt. Insgesamt setzte sich das Expertengremium somit aus 25 Expertinnen und Experten zusammen. Eine Übersicht der teilnehmenden Expertinnen und Experten kann Anhang C.2 zum Abschlussbericht entnommen werden.

Ablauf des Expertengremiums

Die Einbindung der Expertinnen und Experten fand sowohl schriftlich als auch im Rahmen von insgesamt drei geplanten Veranstaltungen statt. Alle drei Veranstaltungen wurden aufgrund der COVID-19-Pandemie in Form einer Hybrid-Veranstaltung abgehalten.

Einschätzung der Qualitätsmerkmale

In Vorbereitung der ersten Sitzung des Expertengremiums erhielten alle Expertinnen und Experten einen zusammenfassenden Kurzbericht zu den zentralen Ergebnissen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a), den Inhalten der dreiteiligen Beauftragung durch den G-BA sowie eine Einführung zu den methodischen Schritten der Entwicklung von Qualitätsindikatoren. Zudem erhielten die Expertinnen und Experten einen Bericht mit der Beschreibung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zur Vorabbewertung. Für die Vorabbewertung wurde eine Onlinebefragung durchgeführt, in der die Expertinnen und Experten gebeten wurden, die abgeleiteten Qualitätsmerkmale jeweils einzeln anhand folgender Kriterien zu bewerten:

- Verbesserungspotenzial für die Erfüllung der Merkmalsanforderung
- Zuschreibbarkeit der Verantwortung der Leistungserbringer für die Ausprägung des Qualitätsmerkmals (schließt die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer ein).

Die Erfassung der Meinung der Expertinnen und Experten zu beiden Kriterien erfolgte in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Mittels der neunstufigen Likert-Skala (z. B. von „1 = kein Verbesserungsbedarf bis 9 = sehr hoher Verbesserungsbedarf“) sowie einem

offenen Feld für schriftliche Anmerkungen und Ergänzungen konnte eine merkmalsbezogene Einschätzung erfolgen.

Im Zuge der ersten Sitzung des Expertengremiums fand in Kenntnis der aggregierten Ergebnisse aus der Vorabbewertung eine offene Diskussion sowie eine zweite Bewertung der Qualitätsmerkmale anhand der oben genannten Kriterien durch die Expertinnen und Experten statt. Die Abgabe der Bewertung erfolgte schriftlich und anonym. Ein Konsens des Expertengremiums über die Erfüllung eines Bewertungskriteriums wurde vom IQTIG dann angenommen, wenn in der zweiten Bewertung mehr als 75 % der Expertinnen und Experten (ähnlich der Konsensstärke, die die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) bei Abstimmungen über Leitlinienempfehlungen verwendet) einen Punktwert von 7 oder höher vergeben hatten (IQTIG 2022: 61).

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

Einschätzung der Operationalisierung

Im Rahmen der zweiten Sitzung am 18. Mai 2022 trafen die Expertinnen und Experten erneut zusammen. In diesem Treffen wurden die vom IQTIG operationalisierten Qualitätsmerkmale vorgestellt und diskutiert sowie anhand folgender Kriterien von den Expertinnen und Experten überprüft:

- Angemessenheit der Anforderungen des Qualitätsindikators (inkl. Notwendigkeit von Ausschlusskriterien)
- Korrektheit, Vollständigkeit und Verständlichkeit der Datenfelder für die einrichtungs- und fallbezogene QS-Dokumentation (inkl. Notwendigkeit von erläuternden Ausfüllhinweisen)
- Korrektheit und Vollständigkeit der vorgeschlagenen Codes für die sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren/Kennzahlen

Referenzbereiche und Indikatorenset

Anhand der aufbereiteten Qualitätsindikatoren wurden mit den Expertinnen und Experten in einem dritten Treffen die vorgeschlagenen Referenzbereiche für die Qualitätsindikatoren diskutiert und das Qualitätsindikatorensset reflektiert. Das Qualitätsindikatorensset wurde dabei hinsichtlich folgender Fragestellungen betrachtet (IQTIG 2019c: 65):

- Liegen Überschneidungen zwischen den Indikatoren vor?
- Sollen Qualitätsindikatoren zu Indizes zusammengeführt werden?
- Kann das Indikatorenset als ein ausgewogenes Bündel angesehen werden, dessen Ziele/Anreize miteinander im Gleichklang stehen? Gibt es Widersprüche?
- Handelt es sich um ein in der Erhebung datensparsames, im Aufwand für die Leistungserbringer angemessenes und auf die wichtigsten Verbesserungsbedarfe fokussiertes Indikatorenset?

- Werden konkrete Umsetzungshürden für das ausgestaltete QS-Verfahren erwartet und wenn ja, welche?

2.5 Beteiligungsverfahren

Für die Entwicklung von indikatorbasierten QS-Verfahren holt das IQTIG externe Fachexpertise neben dem Einbezug eines Expertengremiums auch mittels eines Beteiligungsverfahrens ein. Im Rahmen dessen wurden die folgenden, gemäß § 137a Abs. 7 SGB V berechtigten Organisationen und Institutionen um eine schriftliche Stellungnahme gebeten:

- Kassenärztliche Bundesvereinigungen
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen
- Verband der Privaten Krankenversicherung
- Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer
- Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe
- wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
- die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene
- der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
- zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmende Vertreterinnen bzw. Vertreter
- Bundesoberbehörden im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, soweit ihre Aufgabenbereiche berührt sind (§ 137a SGB V)

Ziel war es, eine möglichst umfassende Beurteilung der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Entwicklungsergebnisse einzuholen, um so die Sachkenntnis der zu Beteiligten in die fachliche Entwicklungsarbeit einbinden zu können. Darüber hinaus wurde auch den Mitgliedern des projektbezogenen Expertengremiums die Möglichkeit zu einer persönlichen Stellungnahme gegeben.

Daher wurden nach Abschluss der Verfahrensentwicklung die Ergebnisse in einem Vorbericht für das schriftliche Beteiligungsverfahren zusammengefasst. In diesem wurden zum einen der Entwicklungsprozess sowie das vorgesehene Qualitätsindikatorenset dargelegt. Zum anderen enthielt der Vorbericht Ausführungen und Informationen zur Umsetzung des QS-Verfahrens (IQTIG 2022: 66-67). Den zu Beteiligten wurde nach vorheriger Ankündigung der vertraulich zu behandelnde Bericht (Vorbericht) übermittelt, zu dem innerhalb von sechs Wochen eine schriftliche Stellungnahme eingereicht werden konnte. Um an dem Beteiligungsverfahren teilnehmen zu können, musste im Vorhinein eine Vertraulichkeitserklärung ausgefüllt und dem IQTIG übermittelt werden. Der entsprechende Aufruf zur Teilnahme erfolgte seitens des IQTIG Mitte August 2022.

Das Beteiligungsverfahren für den vorgelegten Vorbericht wurde am 10. Oktober 2022 begonnen. Bis zum 18. November 2022 konnten die Stellungnahmen zum Vorbericht eingesendet werden.

Insgesamt haben 24 Organisationen/Institutionen entsprechend § 137a Abs. 7 SGB V sowie 3 Expertinnen und Experten des beratenden Expertengremiums eine Stellungnahme eingereicht.

Die eingegangenen Stellungnahmen wurden nach Ende des Beteiligungszeitraums durch das IQTIG aufbereitet und die darin vorgebrachten Argumente fachlich gewürdigt (siehe die Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht). Ergab sich aus ihnen ein begründeter Anpassungsbedarf der Entwicklungsergebnisse, so wurde dieser im vorliegenden Abschlussbericht an den G-BA vorgenommen. Mit der Freigabe der Veröffentlichung des Abschlussberichts durch den G-BA werden auch die eingegangenen Stellungnahmen sowie deren schriftliche Würdigung durch das IQTIG veröffentlicht.

Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

3 Versorgungspraxis

3.1 Versorgungspolitischer Rahmen

3.1.1 Rahmenvertrag Entlassmanagement

Mit dem zum 1. Oktober 2017 zusammen mit einer ersten Änderungsvereinbarung in Kraft getretenen Rahmenvertrag Entlassmanagement wurde erstmals das allen gesetzlich Versicherten zustehende Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a SGB V konkretisiert (GKV-Spitzenverband et al. 2016, GKV-Spitzenverband et al. 2017). Darin wurden der strukturelle Rahmen des Entlassmanagements vorgegeben, das Verordnungsrecht bei Entlassung aus dem Krankenhaus dargestellt und die Pflichten des Krankenhauses sowohl gegenüber den Patientinnen und Patienten als auch gegenüber den Krankenkassen sowie die Pflicht der Krankenkassen zur Unterstützung des Entlassmanagements geregelt. Der Rahmenvertrag Entlassmanagement wurde seitdem mehrfach angepasst und dies jeweils in einer Änderungsvereinbarung von den Vertragsparteien Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) festgehalten.

Mit der 2. Änderungsvereinbarung, die zum 1. Januar 2019 in Kraft trat, wurde konkretisiert, dass der Entlassbrief auch einem gesetzlichen Vertreter oder Betreuer einer Patientin oder eines Patienten ausgehändigt werden soll. Die Information über das Vorliegen der Einwilligung in das Entlassmanagement bzw. eines Widerrufs muss seitdem elektronisch an die Krankenkasse übermittelt werden. Die Möglichkeit der Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen des Entlassmanagements bereits vor dem Entlasstag wurde ergänzt. Außerdem wurden die Anlage 1a *Patienteninformation* und Anlage 1b *Einwilligungserklärung des Patienten* neu gefasst und mit den Anlagen 3a *Antrag auf Anschlussrehabilitation* und 3b *Ärztlicher Befundbericht – Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation* bundeseinheitliche Antragsformulare eingeführt, die seit dem 1. Januar 2020 für die Beantragung einer Anschlussrehabilitation zu nutzen sind (GKV-Spitzenverband et al. 2018).

Neben redaktionellen Anpassungen und dem Einfügen einschlägiger Paragraphen wurde im Rahmen der 3. Änderungsvereinbarung (in Kraft getreten am 1. Juli 2020) § 4 *Veranlasste Leistungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6* des Rahmenvertrags Entlassmanagement um Nr. 12 (*Verordnung von Krankentransporten*) und Nr. 14 (*spezialisierte ambulante Palliativversorgung*) erweitert. In Bezug auf die Verordnung von Arzneimitteln wurde eine Fußnote ergänzt, die explizit auf § 8 Abs. 3a Satz 1 der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA hinweist, wonach die durchgehende Versorgung einer oder eines Versicherten mit Arzneimitteln nach dem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen ist. Eine Sonderregelung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, die die Verordnung von Arzneimitteln bis zum größten Packungsgrößenkennzeichen ermöglichen soll, wurde eingeführt; diese sollte mit Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, spätestens zum 31. März 2021, außer Kraft treten. Zudem wurde klargestellt, dass eine Empfehlung einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 7 Abs. 1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA nicht im Rahmen des Entlassmanagements getroffen werden kann.

Schließlich wurden weitere Vorgaben betreffend die Befüllung der Verordnungsvordrucke ergänzt, z. B. die Verwendung der bundesweit vergebenen Krankenhausarzt Nummer gemäß § 293 Abs. 7 SGB V. Die Anlagen 1a, 3a und 3b wurden neu gefasst (GKV-Spitzenverband et al. 2020a).

Die 4. Änderungsvereinbarung, die zum 1. Januar 2021 in Kraft trat, bezog sich auf die zu verwendenden Vordruckmuster, wonach infolge einer Überarbeitung der Heilmittelrichtlinie des G-BA das neu vereinbarte Muster 13 die seitherigen Vordruckmuster 13, 14 und 18 ersetzt (GKV-Spitzenverband et al. 2020b).

Aufgrund geänderter gesetzlicher Bestimmungen war eine 5. Änderungsvereinbarung erforderlich, die zum 31. März 2021 in Kraft trat. Diese ermöglichte bei fortbestehender epidemischer Lage von nationaler Tragweite eine Verlängerung der durch die 3. Änderungsvereinbarung geschaffenen COVID-19-Sonderregelung im Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2021a).

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 wurde die verpflichtende elektronische Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse eingeführt (eAU). Diese gilt seit dem 1. Oktober 2021 auch im Rahmen des Entlassmanagements. Dementsprechend wurden in einer 6. Änderungsvereinbarung zum 1. Oktober 2021 die erforderlichen Anpassungen im Rahmenvertrag Entlassmanagement sowie in einer aktualisierten Fassung der Anlage 2 *Technische Anlage* festgelegt (GKV-Spitzenverband et al. 2021b).

Eine weitere Änderungsvereinbarung wurde hinsichtlich der am 25. November 2021 ausgelaufenen epidemischen Lage von nationaler Tragweite geschlossen, um die COVID-19-Sonderregelung des Rahmenvertrag Entlassmanagement erneut zu verlängern. So wurde im Rahmen der 7. Änderungsvereinbarung, die am 25. November 2021 in Kraft trat, die Geltungsdauer der Sonderregelung an die zugrunde liegende SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung gekoppelt; die Sonderregelung bleibt damit bis zu dem Tag gültig, an dem § 1 Abs. 2 Satz 1 der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung außer Kraft tritt (GKV-Spitzenverband et al. 2021c).

Mit der 8. Änderungsvereinbarung (GKV-Spitzenverband et al. 2022a) (in Kraft getreten am 1. April 2022) zum Rahmenvertrag Entlassmanagement wurde weiteren gesetzlichen Neuregelungen Rechnung getragen. So wurden die *digitalen Gesundheitsanwendungen* gemäß § 33a SGB V als nach den entsprechenden Regelungen verordnungsfähige Leistung ergänzt (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 4 Abs. 3). Außerdem wurden Regelungen zu der 2021 neu eingeführten *Übergangspflege im Krankenhaus* (§ 39e SGB V) getroffen. Demnach ist das Krankenhaus verpflichtet, sobald die Erforderlichkeit einer Übergangspflege im Krankenhaus absehbar ist, umgehend die Krankenkasse der Patientin oder des Patienten in das Entlassmanagement einzubeziehen und ihr die notwendigen Informationen zur Anschlussversorgung auf elektronischem Wege zu übermitteln (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 5). Sofern sich unmittelbar an die Krankenhausbehandlung eine Übergangspflege anschließt, gilt für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit der Tag der Entlassung aus der Übergangspflege als Entlasstag; sofern eine Versorgung mit Hilfsmitteln erforderlich ist, ist im Verordnungsfeld das voraussichtliche Entlassdatum aus der Übergangspflege anzugeben (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 6 Abs. 3). Durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) vom 23. Oktober 2020 wurde die Möglichkeit einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung durch

Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus geschaffen (§ 39 Abs. 1a Satz 7 SGB V). Da die Verordnung von Krankenhausbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements ursprünglich ausgeschlossen war, wird nun mit Verweis auf § 3 der Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 8 KHEntgG über das Nähere zu Abschlagen bei Nichteinschätzung des Beatmungsstatus/Beatmungsentwöhnungspotenzials und fehlender Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung (B-BEP-Abschlagsvereinbarung) (GKV-Spitzenverband et al. 2021d) im Rahmenvertrag Entlassmanagement die Verordnung von Krankenhausbehandlung in diesen Fällen ermöglicht (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 4 Abs. 7). Dabei sind vom Krankenhaus die Kriterien der B-BEP-Abschlagsvereinbarung für die Erforderlichkeit der Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung zu beachten; die Verordnung erfolgt formlos (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 6 Abs. 1).

Durch die aktuelle 9. Änderungsvereinbarung (GKV-Spitzenverband et al. 2022c) vom 7. Dezember 2022 (in Kraft getreten am 1. Januar 2023) wurden die formalen Vorgaben für eine Verordnung von außerklinischer Intensivpflege im Rahmenvertrag Entlassmanagement konkretisiert. Demnach sollen Leistungen der außerklinischen Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements zukünftig entsprechend den Vorgaben der AKI-RL und mit den dafür vorgesehenen Mustern gem. Anlage 2/2a/2b BMV-Ä verordnet werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022c: § 4 Abs. 6). Mit der Änderungsvereinbarung ist nunmehr das elektronische Verfahren gem. Anlage 2b BMV-Ä bei der Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit im Rahmenvertrag Entlassmanagement verbindlich vorgegeben (GKV-Spitzenverband et al. 2022c: § 5 Abs. 3). Zusätzlich wurden Vorgaben zur verpflichtenden Verwendung eines Standortkennzeichens gem. § 293 Abs. 6 SGB V bei der Bedruckung von Verordnungen oder Bescheinigungen bzw. für elektronische Verordnungen und Bescheinigung im Rahmen des Entlassmanagements ab dem 1. Juli 2023 ergänzt (GKV-Spitzenverband et al. 2022c: § 5 Abs. 4).

3.1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Bezug zum Entlassmanagement

Richtlinien des G-BA mit Bezug zum Entlassmanagement wurden im Zwischenbericht *Entlassmanagement* des IQTIG mit ihren jeweiligen, für das Entlassmanagement einschlägigen Regelungen im Einzelnen ausführlich dargestellt (IQTIG 2019a). Diese gelten im Wesentlichen unverändert fort. In einigen Richtlinien wurden jedoch inhaltliche Anpassungen vorgenommen.

Zum Berichtsjahr 2018 wurde in den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)¹ eine übersichtlichere Darstellung der Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit eingeführt. In ihrem Qualitätsbericht können Krankenhäuser nun insbesondere Maßnahmen in Bezug auf die Entlassung darstellen, die der strukturierten und sicheren Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an

¹ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 16. Juni 2022, in Kraft getreten am 30. Juli 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am: 11.08.2022).

weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte dienen sowie die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit erforderlichen Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen sicherstellen sollen (Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2021 A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen Qb-R).

Auch die Richtlinie über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinie)² wurde aktualisiert und die Verordnung von Krankentransportleistungen durch das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements in der Richtlinie geregelt. Demnach können nun auch Krankenhausärztinnen und -ärzte sowie Krankenhauspsychotherapeutinnen und -therapeuten eine Krankentransportleistung entsprechend der Richtlinie verordnen, sofern es für die Versorgung unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. aus einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erforderlich ist (§ 2 Abs. 5 Krankentransport-Richtlinie).

Zum 4. Februar 2020 wurde die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie³ dahingehend angepasst, dass die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen im Rahmen des Entlassmanagements auch bei der Entlassung aus einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung entsprechend erfolgen kann (§ 4a Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie).

Ebenso wurde die Möglichkeit der Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen des Entlassmanagements in der Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL)⁴ zum 15. Februar 2020 auf die Entlassung aus einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erweitert (§ 6a Abs. 4 HilfsM-RL).

Auch in der Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL)⁵ wurde zum 4. Juli 2020 die Möglichkeit einer Verordnung von Soziotherapie im Rahmen des Entlassmanagements auf die Entlassung aus einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erweitert (§ 4a ST-RL).

Aufgrund einer Neuregelung durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde in der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie⁶ zum 5. Dezember 2020 die Verordnungskompetenz für eine psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Psychologische Psychotherapeutin-

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V. In der Fassung vom 22. Januar 2004, zuletzt geändert am 17. September 2020, in Kraft getreten am 1. Oktober 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/25/> (abgerufen am: 11.08.2022).

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V. In der Fassung vom 14. November 2013, zuletzt geändert am 19. November 2021, in Kraft getreten am 19. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/2/> (abgerufen am: 11.08.2022).

⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 21. Dezember 2011/15. März 2012, zuletzt geändert am 18. März 2021, in Kraft getreten am 1. April 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/13/> (abgerufen am: 11.08.2022).

⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 18. März 2021, in Kraft getreten am 1. April 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/24/> (abgerufen am: 11.08.2022).

⁶ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 19. November 2021, in Kraft getreten am 26. März 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/> (abgerufen am: 11.08.2022).

nen oder Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erweitert. Dementsprechend wurde auch die Regelung zur Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege im Rahmen des Entlassmanagements in der Richtlinie um diese Berufsgruppen als Verordnungsberechtigte ergänzt (§ 7 Abs. 5 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie).

Die Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL)⁷ wurde zum 1. Januar 2021 dahingehend erweitert, dass eine Verordnung von Ergotherapie im Rahmen des Entlassmanagements auch durch eine Krankenhauspsychotherapeutin oder einen Krankenhauspsychotherapeuten erfolgen kann, sofern es für die Versorgung unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. aus einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erforderlich ist (§ 16a Abs. 1 und 6 HeilM-RL).

Seit 18. Dezember 2021 ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)⁸ in Kraft. Die Richtlinie regelt die Versorgung schwer psychisch erkrankter Versicherter mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf und beinhaltet auch Regelungen für den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Demnach kann im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer teilstationären, vollstationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung bzw. einer Rehabilitationsbehandlung eine Empfehlung zu einer Behandlung gemäß der Richtlinie gegeben werden (§ 7 Abs. 3 KSVPsych-RL). Patientinnen und Patienten müssen dann vom Krankenhaus bzw. der Rehabilitationseinrichtung über das Versorgungsangebot und die regionalen Netzverbände informiert werden. Im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten soll dann ein Termin für einen Erstkontakt einer Eingangssprechstunde in dem von der Patientin oder dem Patienten ausgewählten Netzverbund vereinbart werden (§ 7 Abs. 4 KSVPsych-RL).

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL)⁹ trat am 18. März 2022 in ihrer Erstfassung in Kraft. In der Richtlinie werden auch die Besonderheiten bei der Überleitung aus der stationären Versorgung in die außerklinische Intensivpflege im Rahmen des Entlassmanagements geregelt (§ 10 AKI-RL). Dies beinhaltet u. a. die Maßgabe, dass eine außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung von einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt mit der entsprechenden Qualifikation gemäß

⁷ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 19. Mai 2011, in Kraft getreten am 1. Juli 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> (abgerufen am: 11.08.2022).

⁸ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. In der Fassung vom 2. September 2021, in Kraft getreten am 18. Dezember 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/126/> (abgerufen am: 11.08.2022).

⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege. In der Fassung vom 19. November 2021, in Kraft getreten am 18. März 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/123/> (abgerufen am: 11.08.2022).

Richtlinie verordnet werden kann, sofern dies für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist. Zudem soll unverzüglich die Krankenkasse der oder des Versicherten durch das Krankenhaus informiert und in die Organisation der Anschlussversorgung einbezogen werden, sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege absehbar ist. Bei vorbestehender Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege erfolgt eine neue Verordnung durch das Krankenhaus nur, wenn ein Änderungsbedarf in erheblichem Umfang notwendig ist. Außerdem sollen die weiterbehandelnden Vertragsärztinnen oder -ärzte vom Krankenhaus frühzeitig informiert werden, um eine nahtlose Anschlussversorgung sicherzustellen. Verordnungen entsprechend der Richtlinie sollen ab dem 01.01.2023 erfolgen.

Sonderregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgrund der COVID-19-Pandemie

Über die dargestellten Veränderungen und Anpassungen der Richtlinien hinaus wurden vom G-BA seit 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie weitere bundeseinheitliche Sonderregelungen beschlossen, die sich auch auf das Entlassmanagement beziehen und in die jeweiligen Richtlinien aufgenommen wurden. So wurden u. a. in der Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL)¹⁰ Sonderregelungen eingeführt, die eine erweiterte Auslegung der Erforderlichkeit, die Möglichkeit, Medikamente in allen Packungsgrößen zu verordnen sowie eine Fristverlängerung auf sechs Werktage für die Belieferung von Arzneimittelverordnungen im Rahmen des Entlassmanagements, beinhalten (§ 3a AM-RL). Weitere Sonderregelungen betreffen einen verlängerten Zeitraum (14 Tage) für die Verordnung von sonstigen in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkten, Häuslicher Krankenpflege, Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV), Soziotherapie, Hilfs- und Heilmitteln sowie Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (G-BA 2021b).

3.2 Versorgungspraxis des Entlassmanagements

Die Versorgungspraxis für das Entlassmanagement wurde bereits im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durch das IQTIG umfassend aufbereitet und beschrieben (IQTIG 2019a). Diese Beschreibung der Versorgungspraxis wurde im Rahmen der vorliegenden Beauftragung zur Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* zusammengefasst und Aktualisierungen hervorgehoben. Dargestellt werden als Übersicht die regelhaften Abläufe, wie sie im Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2022b) gefordert und im Expertenstandard Entlassmanagement (DNQP 2019) empfohlen werden. Inwieweit diese Prozessschritte in der Versorgung aktuell umgesetzt werden, wird bei der merkmalsbezogenen Prüfung der Verbesserungspotenziale dargestellt (siehe Kapitel 5).

¹⁰ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009, zuletzt geändert am 19. Mai 2022, in Kraft getreten am 2. August 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/3/> (abgerufen am: 11.08.2022).

Ziele des Entlassmanagements

Durch die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen entstehen für Patientinnen und Patienten Versorgungsübergänge zwischen der stationären und ambulanten Versorgung (Heberlein und Heberlein 2017: 217-218). Hierbei bietet das Entlassmanagement eine Steuerungsmöglichkeit, die eine kontinuierliche Versorgung von Patientinnen und Patienten beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor sicherstellt (SVR Gesundheit 2018, Khan 2018: 125-126, Appellrath und Messerle 2018: 10-11). Das Entlassmanagement ist dabei keine vereinzelte Maßnahme, sondern ein Prozess, der eine ganzheitliche Betrachtung des gesundheitlichen Zustands der Patientinnen und Patienten erfordert und sich der komplexen Aufgabe der Sicherstellung der Weiterversorgung sowie der Vorbereitung von Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen während des Krankenhausaufenthalts auf die Zeit nach der Entlassung widmet (SVR Gesundheit 2018, Khan 2018: 125-126).

Als übergeordnete Ziele des Entlassmanagements können genannt werden:

- die Sicherung einer bedarfsgerechten, lückenlosen sowie individuellen Versorgung der Patientinnen und Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 2 Abs. 1)
- die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung des Übergangs in ein anderes Versorgungssetting (SVR Gesundheit 2018)
- die Sicherstellung des versorgungsrelevanten Informationsflusses für nachversorgende Leistungserbringer mithilfe fester Ansprechpartner (SKG 2018)
- die Verbesserung der Kommunikation zwischen dem beteiligten ambulanten und stationären Versorgungssektor (Nowack et al. 2018: 65-66)
- die Vermeidung von „Drehtüreffekten“ in Form von ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus (AQUA 2015, IQTIG 2019a)

Beteiligte Akteure im Entlassmanagementprozess im Krankenhaus

Der Prozess des Entlassmanagements stellt mit seinen Schwerpunkten ein multidisziplinäres Geschehen dar, wobei das Krankenhaus mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Hauptakteur im Entlassmanagement betrachtet wird (IQTIG 2019a). Bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* wurden unter anderem folgende beteiligte Akteure im Entlassmanagement im Krankenhaus herausgearbeitet (IQTIG 2019a):

- Ärztinnen und Ärzte
- Pflegefachkräfte und Hebammen/Entbindungspfleger
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes, Case Management bzw. Entlassmanagements
- nicht medizinische Therapeutinnen und Therapeuten
- Krankenhausapothekerinnen und -apotheker
- Psychologinnen und Psychologen
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem administrativen Bereich

Im Rahmen des Entlassmanagementprozesses sollen die beteiligten Akteure im Krankenhaus mit verschiedenen nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern aus der ambulanten Versorgung kooperieren. Zu den externen Leistungserbringern zählen z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung), Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Therapeutinnen und Therapeuten, Sanitätshäuser sowie Kranken- bzw. Pflegekassen. Zusätzlich können auch Beratungsstellen wie z. B. Selbsthilfegruppen, Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder unabhängige Patientenberatungsstellen als mögliche beteiligte Akteure im Entlassmanagement relevant sein (IQTIG 2019a).

Eine ausführliche Beschreibung der beteiligten Akteure und ihrer Rollen im Entlassmanagement findet sich im veröffentlichten Zwischenbericht *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a).

Population

Das Entlassmanagement gilt gemäß § 39 Abs. 1 SGB V und konkretisierend festgehalten im Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 1 Abs. 1) für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen durch das Krankenhaus (gilt auch für Kinder und nicht einwilligungsfähige Patientinnen und Patienten über die gesetzliche Vertretung oder Betreuung).

Der Bedarf für ein Entlassmanagement hängt von vielen Kriterien ab, die sowohl national im Expertenstandard Entlassmanagement durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2019) als auch international (Ziebarth und Campbell 2016) bereits beschrieben wurden. Dabei wurden Patientenmerkmale wie z. B. das hohe Alter oder vorbestehende Diagnosen, eine Pflegebedürftigkeit, allein lebende Patientinnen und Patienten, oder benötigte Hilfsmittel als Kriterien für einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement herausgearbeitet (IQTIG 2019a: 37-38).

Prozess des Entlassmanagements im Krankenhaus

Im Folgenden werden die übergreifenden Prozessschritte des Entlassmanagements in Anlehnung an den Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 1-8) näher erläutert. Eine umfassende Darstellung der einzelnen Phasen des Versorgungspfades findet sich im Zwischenbericht *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a).

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement (siehe Abschnitt 3.1) enthält verbindliche Vorgaben für das Entlassmanagement im Sinne standardisierter Prozesse, einschließlich der Anwendung eines Entlassplans, die Implementierung einer Koordinationsfunktion sowie für die Festlegung der Koordinationsverantwortung im Entlassprozess (IQTIG 2019a). Entsprechende Standards sollen schriftlich fixiert und für alle am Entlassprozess beteiligten Akteure zugänglich und transparent sein (IQTIG 2019a).

Das Entlassmanagement bezieht sich auf die Versorgung im Krankenhaus und beginnt bereits bei Aufnahme der Patientin oder des Patienten ins Krankenhaus. Es lässt sich in folgende Schritte gliedern:

1. Einwilligung

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

2. Risikoeinschätzung

Willigt die Patientin oder der Patient in die Durchführung eines Entlassmanagements ein, sollte im nächsten Schritt des Versorgungspfads eine Risikoeinschätzung erfolgen (DKG 2017). Die Risikoeinschätzung wird in ein initiales und ein differenziertes Assessment unterteilt. Beim initialen Assessment soll der grundlegende Bedarf der Patientinnen und Patienten für ein Entlassmanagement abgeschätzt werden, um sicherzustellen, dass alle notwendigen Maßnahmen für eine nachstationäre Versorgung zeitgerecht erfolgen können und die Patientinnen und Patienten bedarfsorientiert entlassen werden können (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 2-3, DNQP 2019, IQTIG 2019a). Die Identifikation des Bedarfs sollte frühestmöglich, spätestens innerhalb von 24 bis 72 Stunden nach Aufnahme, erfolgen. Für die Durchführung des initialen Assessments bietet es sich an, ein Assessmentinstrument z. B. in Form eines Fragebogens einzusetzen (IQTIG 2019a).

Bei den durch das initiale Assessment identifizierten Risikopatientinnen und -patienten sollte im Anschluss ein differenziertes Assessment durchgeführt werden, mit dem Ziel, umfassend und genau die individuellen Probleme und Bedarfe der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu erheben (IQTIG 2019a). Insbesondere die Beurteilung von gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen, die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit sowie der Unterstützungsbedarf bei Aufgaben des täglichen Lebens (z. B. bei Waschen, Ernährung, Ausscheiden) sollten in diesem Assessment berücksichtigt werden (DNQP 2019). Auf dieser Basis können konkrete Ziele festgelegt und entsprechende Maßnahmen für die Zeit nach der Entlassung eingeleitet werden (IQTIG 2019a, DNQP 2019).

3. Erstellung eines Entlassplans

Anhand des patientenindividuellen Bedarfs, der durch die Anwendung eines geeigneten Assessments identifiziert wurde, sollte als nächster Schritt im Versorgungspfad ein Entlassplan erstellt werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 2). Diese Planung sollte multiprofessionell mit allen am Entlassprozess beteiligten Akteuren sowie unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten sowie ihres sozialen Umfelds erfolgen (DNQP 2019, IQTIG 2019a). Der Entlassplan beinhaltet gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 3) den voraussichtlichen Versorgungsbedarf sowie die Planung und Vorbereitung der notwendigen Unterstützungsmaßnahmen für die Patientinnen und Patienten nach Entlassung (IQTIG 2019a, DNQP 2019). Hierbei sollte der Grundsatz der Patientenorientierung und damit die Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten sowie ihre Unterstützungsmöglichkeiten in ihrer unmittelbaren Umgebung identifiziert und berücksichtigt werden (DNQP 2019, IQTIG 2019a). Des Weiteren erfolgt bei der Erstellung des Entlassplans eine Überprüfung

der Erforderlichkeit für Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 2) sowie die Abschätzung des voraussichtlichen Entlasstermins, der frühzeitig mit den Patientinnen und Patienten sowie deren sozialem Umfeld besprochen werden soll (DNQP 2019, BMASGK 2018). Darüber hinaus beinhaltet die Entlassplanung auch, dass der Entlassplan und die daraus abgeleiteten Maßnahmen kontinuierlich überprüft und an die sich fortentwickelnden Bedarfe der Patientinnen und Patienten angepasst werden sollen (IQTIG 2019a, DNQP 2019, BMASGK 2018).

4. Umsetzung der Maßnahmen

Auf Basis des identifizierten Versorgungsbedarfes aus dem differenzierten Assessment und der Erstellung des Entlassplans erfolgt die Umsetzung der notwendigen Maßnahmen. Ein wichtiges Handlungsfeld hierbei ist die kontinuierliche Information, Beratung und Schulung, inklusive der gemeinsamen Formulierung von Therapiezielen mit den Patientinnen und Patienten sowie ggf. mit den Angehörigen (BMASGK 2018, DNQP 2019). Außerdem können Maßnahmen wie beispielsweise die Organisation von Heil- und Hilfsmitteln, von ambulanter oder stationärer Pflege sowie von therapeutischen Diensten, die dem zu erwartenden Unterstützungs- und Versorgungsbedarf entsprechen, eingeleitet werden (BMASGK 2018).

Darüber hinaus ist das Krankenhaus gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 4) für eine frühzeitige Kontaktaufnahme sowie Sicherstellung des Informationsaustauschs mit den an der Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten beteiligten Leistungserbringern verantwortlich, um diese in den Entlassprozess einzubeziehen. Die zeitnahe Mitteilung des Entlasstermins, die Terminvereinbarung mit nachsorgenden Hausärztinnen und Hausärzten und/oder Fachärztinnen und Fachärzten, die Planung und Organisation weiterführender Versorgungsmaßnahmen, sollen stets unter Einbezug der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen erfolgen.

Ein weiteres Kernelement der Aufgaben der Krankenhäuser im Entlassmanagement sind die neu geschaffenen Verordnungsmöglichkeiten. Krankenhäuser können im Rahmen des Entlassmanagements Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen kurzen Übergangszeitraum verordnen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 4).

Zur abschließenden Entlassplanung sollte der endgültige Entlasstermin mindestens 24 Stunden vor der Entlassung festgelegt sowie an alle an der Entlassung beteiligten Personen mitgeteilt werden (DNQP 2019). Hierdurch wird gewährleistet, dass der Entlassplan und die daraus adaptierten Maßnahmen im Entlassprozess kontinuierlich überprüft und an die sich entwickelnden Bedarfe der Patientinnen und Patienten angepasst werden (IQTIG 2019a).

5. Entlassung

Am Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus sollten die an der Behandlung beteiligten Akteure ein Entlassgespräch mit den Patientinnen und Patienten sowie ggf. ihren Angehörigen durchführen (BMASGK 2018). Hierbei sollten alle notwendigen Entlassdokumente an die Patientin oder den Patienten sowie ggf. ihren Angehörigen ausgehändigt und ihnen erläutert werden (IQTIG 2019a).

Als zwingender Bestandteil des Entlassmanagements muss der Entlassbrief den Patientinnen und Patienten und mit deren Einwilligung den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern zumindest in einem vorläufigen Dokument ausgehändigt werden. Im Rahmen dessen ist das Krankenhaus u. a. verpflichtet eine Rufnummer einer zuständigen Ansprechperson für Rückfragen der nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer anzugeben (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 7). Zusätzlich können weitere Entlassdokumente wie beispielsweise der Medikationsplan oder ein pflegerischer Überleitungsbogen an die Patientinnen und Patienten sowie nach Einwilligung auch an den nach- und weitersorgenden Leistungserbringer übermittelt werden (IQTIG 2019a, DNQP 2019, BMASGK 2018, Rimbach-Schurig 2018).

Im Rahmen einer abschließenden Evaluation sollte das Krankenhaus über die Kontaktaufnahme mit Patientinnen und Patienten sowie mit nachsorgenden Leistungserbringern beurteilen, ob die Entlassplanung angemessen und zufriedenstellend umgesetzt werden konnte (IQTIG 2019a).

4 Eingrenzung des QS-Verfahrens

Mit dem GKV-VStG von 2012 haben alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung explizit Anspruch auf ein Entlassmanagement während der voll- oder teilstationären Behandlung erhalten. Im Jahr 2019 entfielen auf gesetzlich Versicherte ca. 16,2 Millionen vollstationäre Krankenhausaufenthalte und ca. 650.000 teilstationäre Krankenhausbehandlungen (GBE-Bund 2021b). Für das zu entwickelnde QS-Verfahren *Entlassmanagement* soll laut Auftrag des G-BA (2018) „ein Konzept für eine aufwandsarme und zuverlässige QS-Auslösung von Fällen mit vordringlichem Bedarf für Entlassmanagement“ entwickelt werden. Dies bedeutet insbesondere, dass einerseits nur ein reduzierter Anteil aller stationären Fälle mit Anspruch auf ein Entlassmanagement QS-pflichtig sein sollte. Darüber hinaus sollte die ausgelöste Teilmenge der QS-pflichtigen Fälle einen vordringlichen Bedarf für Entlassmanagement aufweisen, also insbesondere keine reine Zufallsstichprobe aus allen stationären Fällen sein.

Im Zwischenbericht *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a) wurden bereits die Herausforderungen in Bezug auf die Auslösung der QS-pflichtigen Fälle der Zielpopulation des QS-Verfahrens umfassend erläutert. Insbesondere wurde ein methodischer Ansatz mittels eines Prognosemodells vorgestellt, um einen Filteralgorithmus (QS-Filter) zu konstruieren, der die Fälle der Zielpopulation identifiziert und diese für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* auslöst. Die Identifikation von Fällen der Zielpopulation betrifft dabei die QS-Auslösung im gesamten QS-Verfahren: die fallbezogene QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern und parallel die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die Patientenbefragung mit einer zusätzlich nachgelagerten Stichprobenziehung aus den ausgelösten Fällen der QS-Dokumentation.

In diesem Kapitel werden Modifikationen in den inhaltlichen Anforderungen an das Prognosemodell, die im Anschluss an den Zwischenbericht *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a: Abschnitt 4.3) entwickelt wurden, sowie daraus resultierende methodische Anpassungen dargestellt und die durch das Prognosemodell selektierte Fallpopulation beschrieben. Zu diesem Zweck werden zunächst die zentralen inhaltlichen Anforderungen und Ziele der Weiterentwicklung des Prognosemodells zusammengefasst (Abschnitt 4.1). Daran schließt sich eine detaillierte Darstellung der Modellentwicklung (Abschnitt 4.2) an. Darüber hinaus wird die anvisierte Anzahl an QS-pflichtigen Fällen für das QS-Verfahren dargestellt sowie ein zusätzliches Stichprobenverfahren erläutert, um die anhand des Prognosemodells selektierte Fallpopulation auf die empfohlene Fallzahl zu reduzieren (Abschnitt 4.3). Abschließend erfolgt eine Beschreibung der selektierten Fallpopulation auf Basis des Prognosemodells (Abschnitt 4.4).

Dabei ist hervorzuheben, dass – anders als noch im Zwischenbericht *Entlassmanagement* angedacht – die durch das weiterentwickelte Prognosemodell selektierte Fallpopulation nicht der Fallpopulation entspricht, die schließlich durch den QS-Filter ausgelöst wird, da zusätzlich ein Stichprobenverfahren innerhalb des QS-Filters implementiert werden muss, um die Anzahl der QS-pflichtigen Fälle auftragsgemäß auf eine überschaubare und praktikable Größe zu reduzie-

ren. Daher wird innerhalb dieses Kapitels von der durch das Prognosemodell inhaltlich *selektierten* Fallpopulation gesprochen, welche innerhalb des letztlichen QS-Filters weiter reduziert wird auf die schließlich *ausgelöste* Fallpopulation (siehe Abschnitt 4.3.2).

4.1 Zentrale inhaltliche Anforderungen und Ziele der Weiterentwicklung des Prognosemodells

Weiterentwicklung der Definition der Zielpopulation im Vergleich zum Zwischenbericht *Entlassmanagement*

Um festzulegen, welche Entlassfälle¹¹ im QS-Verfahren *Entlassmanagement* berücksichtigt werden sollen, wurde innerhalb des Zwischenberichts *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a) eine Definition für „erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement“ entwickelt: Dieser wird als gegeben angenommen, wenn für eine Patientin oder einen Patienten eine oder mehrere weiterführende Versorgungsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausentlassung initiiert werden müssen, z. B. die Verordnung von Hilfs- oder Heilmitteln, die Sicherstellung einer medikamentösen Therapie oder die Einleitung von Maßnahmen bei gestiegenem Pflegegrad. Dies bedeutet, dass der Umfang des Entlassmanagements bei Fällen mit erhöhtem Bedarf stets über die Erstellung eines Entlassbriefs als Basiselement des Entlassmanagements hinausgeht. Im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* wurde der „erhöhte Bedarf für ein Entlassmanagement“ zusätzlich noch hinsichtlich der Anzahl weiterführender Maßnahmen graduiert, d. h., je mehr Weiter Versorgungsmaßnahmen pro Entlassfall angezeigt waren, desto „höher“ war der fallbezogene Bedarf für ein Entlassmanagement (IQTIG 2019a). Aus methodischer Sicht stellte sich dieser Ansatz jedoch als nicht weiterführend heraus, da a priori keine eindeutige Schwelle gegeben war, ab welcher „Bedarfshöhe“ ein Entlassfall zur Zielpopulation des Verfahrens gehörte.

Im Rahmen des vorliegenden Berichts wird die Zielpopulation des gesamten QS-Verfahrens *Entlassmanagement* wie folgt definiert: Die Zielpopulation umfasst all jene Entlassfälle, bei denen *mindestens* eine Maßnahme zur poststationären Weiterversorgung im Rahmen des Entlassmanagements initiiert werden muss. Diese Eigenschaft wird als „umfassender Bedarf für Entlassmanagement“ bezeichnet.¹² Welche konkreten Maßnahmen dies sein können, wird in Abschnitt 4.2.2 näher erläutert. Dabei wird nicht weiter differenziert, ob nur eine oder mehrere Versorgungsmaßnahmen organisiert werden müssen. Das Ziel der Weiterentwicklung des Prognosemodells ist es, Entlassfälle zu selektieren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit die Bedingungen für die Zielpopulation erfüllen.

Notwendigkeit eines Prognosemodells

Im Hinblick auf die Konstruktion eines geeigneten QS-Filters führt diese Definition der Zielpopulation anhand der weiterführenden Versorgung nach wie vor zu der Problematik, dass zum Zeit-

¹¹ Als *Entlassfall* werden die Krankenhausfälle nach Krankenhausentgeltgesetz mit einer Entlassung aus *einem* voll- oder teilstationären Aufenthalt bezeichnet.

¹² Ein „umfassender Bedarf für Entlassmanagement“ ist eine im Rahmen dieses Berichts neu eingeführte Eigenschaft eines Entlassfalls.

punkt der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten die entsprechenden Daten zum unmittelbar anschließenden poststationären Versorgungsgeschehen nicht für die QS-Auslösung zur Verfügung stehen (IQTIG 2019a). Für die Auslösung, die bis zum Zeitpunkt der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten geschehen soll, kann lediglich auf Daten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) zurückgegriffen werden. Da für das gesamte QS-Verfahren auch sozialdatenbasierte Kennzahlen geplant sind, muss die fallbezogene QS-Auslösung auf identische Weise auch bei den Krankenkassen umsetzbar sein, wobei Informationen des KIS auch für die Auslösung bei den Krankenkassen zur Verfügung stehen (§ 301 SGB V). Diese Informationen umfassen unter anderem Angaben zum Geschlecht, Alter, Pflegegrad, Verweildauer sowie Diagnosekodes nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD) und Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Anhand dieser Daten allein kann noch nicht für einen gegebenen Fall entschieden werden, ob dieser „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“ hat und somit zur Zielpopulation gehört. Daher ist eine statistische Prognose erforderlich, sodass auf Basis der für die QS-Auslösung verfügbaren Daten geschätzt wird, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein gegebener Entlassfall zur Zielpopulation gehört.

Ziele der Weiterentwicklung des Prognosemodells im Vergleich zum Zwischenbericht *Entlassmanagement*

Im Zwischenbericht *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a) wurde, aufbauend auf den Überlegungen aus der AQUA-Konzeptskizze (AQUA 2015), ein statistisches Prognosemodell weiterentwickelt. Dieses im Zwischenbericht *Entlassmanagement* des IQTIG dargestellte Prognosemodell (IQTIG 2019a) basierte auf einem binomial-logistischen Regressionsansatz, um die im Zwischenbericht *Entlassmanagement* verwendete Zielvariable zum erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement anhand der Kovariablen zu den verfügbaren Patienteninformationen zu prognostizieren. Basierend auf dem entwickelten Prognosemodell konnte für alle stationär entlassenen Patientinnen und Patienten ein Prognosewert berechnet werden, der als prognostiziertes Ausmaß des erhöhten Bedarfs für Entlassmanagement interpretiert werden konnte. Zusätzlich wurde ein altersabhängiger Schwellenwert zur Klassifikation dieser Prognosewerte gesucht, um so ein algorithmisches Entscheidungskriterium zur QS-Auslösung von Fällen bei Entlassung aus stationärer Behandlung — den QS-Filter — zu definieren. Ein altersabhängiger Schwellenwert sollte verwendet werden, um eine Altersrepräsentativität in der ausgelösten Fallpopulation zu erreichen.

Dieser QS-Filter verursachte jedoch vor allem Schwierigkeiten bei der Interpretierbarkeit und leistungserbringerübergreifenden Vergleichbarkeit der ausgelösten Population. Insbesondere war aufgrund der altersabhängigen Schwellenwerte in jüngeren Altersgruppen ein niedrigerer (prognostizierter) Bedarf für ein Entlassmanagement zur QS-Auslösung hinreichend als im Vergleich zu älteren Altersgruppen. Darüber hinaus war die Schwellenwertsetzung selbst ausschließlich an der Fallzahl orientiert, jedoch nicht inhaltlich gestützt. Das heißt, dass im Zwischenbericht zwar eine Zielpopulation anhand des „erhöhten Bedarfs für Entlassmanagement“ definiert wurde, jedoch beim zu entwickelnden QS-Filter nicht a priori festgelegt wurde, ab wel-

chem (prognostizierten) erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement ein Entlassfall der Zielpopulation zugeordnet werden und somit QS-pflichtig sein sollte. Dies verursachte eine inhomogene Fallpopulation des QS-Verfahrens in dem Sinne, dass für die QS-Auslösung ungleiche Anforderungen an das Ausmaß des erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement gestellt wurden. Dadurch wird aber der Leistungserbringervergleich im Fall von unterschiedlichen Patientenkollektiven erschwert.

Aufgrund der zuvor eingeführten Definition zur Zielpopulation des QS-Verfahrens anhand des „umfassenden Bedarfs für ein Entlassmanagement“ sowie der Anforderung, eine inhaltliche Verzerrung der ausgelösten Population z. B. aufgrund von altersabhängigen Schwellenwerten zu vermeiden, wurde eine Weiterentwicklung des Prognosemodells erforderlich. Das neuentwickelte Modell soll abermals auf Basis der verfügbaren Fallinformationen einen Prognosewert schätzen, der angibt, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein zugrunde liegender Fall „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“ aufweist. Hinsichtlich des Schwellenwerts zur Selektion QS-pflichtiger Fälle¹³ soll diesmal ein einheitlicher Schwellenwert gesetzt werden, um eine einheitliche Selektion anhand der prognostizierten Wahrscheinlichkeit für „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“ in Bezug auf verschiedene Alters- oder sonstige Patientengruppen zu gewährleisten. Dies ermöglicht auch eine klare Interpretation der selektierten Fallpopulation, da übergreifend nur Entlassfälle selektiert werden, die eine festgelegte Mindestwahrscheinlichkeit dafür aufweisen, zur Zielpopulation des QS-Verfahrens zu gehören.

Bereits vorab ist anzumerken, dass im Rahmen der späteren Modellentwicklung (Abschnitt 4.2) die Angabe, ob ein gegebener Entlassfall zur Zielpopulation gehört, nicht anhand der für die Modellentwicklung verfügbaren Daten festgestellt werden kann. Das heißt, dass für einen gegebenen Entlassfall in den verfügbaren Modelldaten nicht eindeutig klar ist, ob für diesen „umfassender Bedarf für Entlassmanagement“ besteht, da insbesondere nicht alle Informationen zu potenziellen poststationären Versorgungsmaßnahmen in den Daten enthalten sind. Daher muss die Angabe „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“ durch eine Zielvariable approximiert werden, die anhand der Daten eindeutig feststellbar bzw. messbar (operationalisierbar) ist. Diese messbare Zielvariable wird in der vorliegenden Weiterentwicklung des Prognosemodells in Anlehnung an die vorangegangenen Entwicklungen mit „erhöhter Bedarf für Entlassmanagement“ (eBEM) bezeichnet.

Ähnlich wie bereits im Zwischenbericht ist es mittels der Wahl des Schwellenwerts möglich, die letztliche Anzahl selektierter Fälle zu steuern. Neben der selektierten Fallzahl sind allerdings z. B. auch die Sensitivität und Spezifität (hinsichtlich der Zugehörigkeit zur Zielpopulation) des finalen Selektionsalgorithmus wichtige Kriterien für die Schwellenwertwahl. Um dennoch, unabhängig von der konkreten Fallselektion durch das Prognosemodell bei einem gegebenen Schwellenwert die ausgelöste Fallzahl weiter reduzieren zu können, werden zusätzlich Verfahren zur Stichprobenziehung innerhalb des QS-Filters betrachtet (Abschnitt 4.3.2). Dabei sind diese Stichprobenverfahren innerhalb des QS-Filters ausdrücklich von der Stichprobenziehung für die Fälle der

¹³ In diesem Kontext wird mit der Selektion QS-pflichtiger Fälle die inhaltliche Selektion von Entlassfällen durch das Prognosemodell als Vorstufe der QS-Auslösung bezeichnet.

Patientenbefragung zu unterscheiden; diese wird nachgelagert zusätzlich als Zufallsstichprobe durch die Versendestelle Patientenbefragung erfolgen.

4.2 Modellentwicklung

In diesem Abschnitt werden Details zu den einzelnen Schritten der Neuentwicklung des Prognosemodells dargestellt. Dies umfasst nähere Beschreibungen der zur Verfügung gestellten anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse und deren Aufbereitung (Abschnitt 4.2.1), die Definition der Zielvariable zum „erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement“, die als messbare Approximation bzw. Operationalisierung für „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“ fungiert (Abschnitt 4.2.2), sämtliche Aspekte zur Regressionsmodellierung dieser eBEM-Zielvariable (Abschnitt 4.2.3 und Abschnitt 4.2.4) und die Ergebnisse der Regressionsmodellierung (Abschnitt 4.2.5) sowie die Definition eines Selektionskriteriums auf Basis der Modell-Prognosewerte anhand eines Schwellenwertvergleichs (Abschnitt 4.2.6). Zudem wird die Validierung des Selektionsalgorithmus anhand von Entlassfällen aus dem Jahr 2016 dargestellt (Abschnitt 4.2.7) und auf die Anwendbarkeit des Prognosemodells im Regelbetrieb (Abschnitt 4.2.8) eingegangen.

4.2.1 Datengrundlage und Datenaufbereitung

Für die Modellentwicklung wurden von einer Krankenkasse anonymisierte Routinedaten zur Verfügung gestellt (siehe Abschnitt 2.2). Diese beinhalten die von dieser Krankenkasse routinemäßig erfassten Daten zu einer Stichprobe von 1.980.168 gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit einem stationären Aufenthalt in den Jahren 2016 oder 2017. Für jede Patientin und jeden Patienten in der Stichprobe enthalten diese Routinedaten u. a. Stammdaten wie Alter und Geschlecht, Angaben zu den stationären Aufenthalten wie z. B. Diagnose(n) und durchgeführte Prozeduren sowie weitere Informationen zu sämtlichen Verordnungen und abgerechneten Behandlungen dieser Patientinnen und Patienten im gesamten Zeitraum von einschließlich 2015 bis 2018. Das heißt, für einen konkreten stationären Aufenthalt 2016 oder 2017 enthalten die Daten mindestens das gesamte Behandlungs- und Verordnungsgeschehen der entsprechenden Patientin oder des Patienten für den Zeitraum von einem Jahr vor bis zu einem Jahr nach dem Aufenthalt.

Bei sich zeitlich überlappenden oder unmittelbar aufeinanderfolgenden Aufenthalten einer Patientin bzw. eines Patienten beim selben Leistungserbringer (bei Entlassung und Aufnahme am selben Tag) wurden diese als ein einzelner zusammenhängender Aufenthalt und somit als ein Entlassfall betrachtet.

Für die Modellentwicklung wurde die Grundgesamtheit der Entlassfälle definiert als alle Entlassungen aus vollstationären Aufenthalten mit Datum der Entlassung im Jahr 2017, das heißt, diese Grundgesamtheit bildet die Trainingsdaten für das zu entwickelnde Prognosemodell. Aus dieser Grundgesamtheit an Entlassfällen ($n = 1.906.546$) wurden auf Basis von Gründen der Datenvalidität und -vollständigkeit bzw. aus inhaltlichen Gründen einzelne Entlassfälle aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. In Bezug auf Datenvalidität betrifft dies folgende Entlassfälle:

- Patientinnen und Patienten mit uneindeutiger Angabe zum Geburtsjahr

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

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

- Entlassungen von gesunden Neugeborenen
- Entlassungen aus Aufenthalten, in denen die Patientin oder der Patient verstarb
- Entlassungen aus Aufenthalten mit einer Verweildauer von weniger als 2 Tagen

Insgesamt besteht die so definierte Grundgesamtheit aus 1.633.359 Entlassfällen im Jahr 2017¹⁴, wobei eine Patientin oder ein Patient mit mehreren Entlassfällen auch mehrfach in der Grundgesamtheit vorkommen kann.

4.2.2 Operationalisierung und Ergebnisse zur eBEM-Zielvariable

Um das Prognosemodell auf Basis der verfügbaren Krankenkassendaten weiterzuentwickeln, ist für die Entlassfälle der zuvor definierten Grundgesamtheit (Abschnitt 4.2.1) jeweils eine Angabe notwendig, ob für diese Fälle „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“ besteht. Dabei ist zu beachten, dass „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“ auf Entlassfälle zutrifft, für die eine weiterführende Versorgung jeglicher Art im Rahmen des Entlassmanagements initiiert wurde. Dagegen sind in den Routinedaten der Krankenkasse ausschließlich die *abrechenbaren* und *tatsächlich abgerechneten* Versorgungsleistungen enthalten, sodass allein auf Basis der verwendeten Routinedaten der Krankenkasse nicht vollumfänglich gemessen werden kann, ob für einen Entlassfall dieser „umfassende Bedarf für ein Entlassmanagement“ vorliegt. Es ist bspw. denkbar, dass es relevante Versorgungsleistungen für ein umfassendes Entlassmanagement gibt, die jedoch nicht in den Routinedaten enthalten sind.¹⁵ Darüber hinaus enthalten die Krankenkassendaten Entlassfälle, für die Weiterversorgungsmaßnahmen zwar notwendig waren, die jedoch nicht initiiert und somit als Fallinformationen letztlich nicht enthalten sind.

Für den Zweck des Prognosemodells wird für die Entlassfälle der Grundgesamtheit eine Zielvariable definiert, die angibt, ob jeweils poststationäre Versorgungsleistungen stattfanden, die einerseits bei den Krankenkassen abgerechnet wurden und andererseits in einem (vermuteten) kausalen Zusammenhang zu dem stationären Aufenthalt stehen, sodass ein entsprechender Mehraufwand im stationären Entlassmanagement entstand. Diese Zielvariable wird wiederum mit „erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement“ (eBEM) bezeichnet und dient als *messbare* Approximation bzw. Operationalisierung der eigentlichen Zielgröße „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“. Ein Entlassfall hat somit „erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement“,

¹⁴ Zur späteren Validierung des zu entwickelnden Modells wurde für das Indexjahr 2016 dieselbe Grundgesamtheit definiert, d. h. eine Grundgesamtheit auf Basis der in den Daten enthaltenen stationären Aufenthalte mit Entlassung im Jahr 2016. Diese umfasst 1.660.235 Entlassfälle.

¹⁵ Dies betrifft z. B. Leistungen zur Behindertenhilfe, die nach SGB XII und SGB IX erfasst werden.

falls für diesen Fall ein unmittelbar poststationäres Versorgungsgeschehen in den Krankenkassendaten sichtbar ist. In diesem Sinne bildet eBEM vielmehr das beobachtete Versorgungs-geschehen ab, als den tatsächlichen Bedarf. Die Approximation der Zielgröße durch eBEM basiert damit unter anderem auf der Annahme, dass bei Entlassfällen mit einem Bedarf für weiterführende Versorgungsmaßnahmen diese in der Regel auch tatsächlich verordnet wurden. Mittels des weiterentwickelten Prognosemodells soll schließlich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von „erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement“ geschätzt werden.

Um die eBEM-Zielvariable zu definieren, wurden konkrete Einzelmaßnahmen identifiziert, zu denen jeweils für den Zweck der Modellierung ein *Zielkriterium* definiert wurde. Falls ein Zielkriterium erfüllt ist, bedeutet dies, dass die zugehörige Versorgungsmaßnahme im Anschluss an den stationären Aufenthalt stattfand und daher im Rahmen des stationären Entlassmanagements entweder organisiert wurde oder vom Krankenhaus hätte organisiert werden müssen. Ob im Einzelfall diese poststationäre Weiterversorgung im Rahmen des Entlassmanagement tatsächlich vorbereitet wurde oder gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt z. B. durch die jeweiligen Hausärztinnen und -ärzte organisiert wurde, ist anhand der Daten nicht messbar. Damit können die einzelnen Zielkriterien hierzu keine Aussage treffen. Entscheidend für die Messung des „erhöhten Bedarfs für Entlassmanagement“ ist jedoch nur, ob ein Mehraufwand im Entlassmanagement bei einzelnen Entlassfällen entstand, unabhängig davon, von welcher Institution diesem nachgegangen wurde.

Insgesamt wurden 16 verschiedene Zielkriterien definiert. Für jedes Zielkriterium wurde für die jeweils zugrunde liegende poststationäre Versorgungsmaßnahme eine konkrete datengestützte binäre Operationalisierung (trifft zu / trifft nicht zu) entwickelt, anhand derer für einen gegebenen Entlassfall in der Grundgesamtheit eindeutig berechnet werden kann, ob dieses Zielkriterium erfüllt ist oder nicht (Tabelle 2). Die jeweiligen Operationalisierungen der einzelnen Zielkriterien verwenden in den meisten Fällen ein Zeitfenster von 14 Tagen zur Detektion von poststationären Maßnahmen, die durch den stationären Aufenthalt verursacht sind. Für die einzelnen Kriterien basiert diese Setzung auf der empirisch beobachteten Häufigkeit der zugrunde liegenden Versorgungsmaßnahme im zeitlichen Verlauf nach Krankenhausentlassung anhand der verfügbaren Routinedaten. Das heißt, die Zeitfenster wurden jeweils so gesetzt, dass sie einen Zeitraum nach einer Entlassung abdecken, innerhalb dessen ein erhöhtes Versorgungsgeschehen beobachtet wurde.

Tabelle 2: Zielkriterien zur Abbildung von poststationären Versorgungsmaßnahmen und deren Operationalisierung über Sozialdaten

Zielkriterium	Operationalisierung
Stationäre Frührehabilitation	Kodierung eines der OPS-Kodes 8-550*, 8-552*, 8-553*, oder 8-559* während des Aufenthalts oder bis spätestens 14 Tage nach der Entlassung
Heilmittel	Verordnung von Heilmitteln ab dem Tag der Entlassung bis spätestens 14 Tage danach

Zielkriterium	Operationalisierung
Hilfsmittel	Verordnung von Hilfsmitteln während des Aufenthalts oder ab dem Tag der Entlassung bis spätestens 14 Tage danach
Stationäre Rehabilitation (einschließlich Anschlussheilbehandlung)	Beginn einer medizinischen Rehabilitation (inkl. Anschlussheilbehandlung) ab dem Tag der Entlassung bis spätestens 30 Tage nach der Entlassung oder Entlassgrund 09 („Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung“)
Häusliche Krankenpflege	Leistungsbeginn am Tag der Entlassung bis spätestens 14 Tage danach
Veränderung des Pflegegrads	Erhöhung des Pflegegrades während des Aufenthalts (inkl. Aufnahmetag) bis innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
Polymedikation	mindestens 5 unterschiedliche ATC-Kodes verordnet während des Aufenthalts oder bis zu 14 Tage nach der Entlassung
Ambulante Pflegeleistung	Leistungsbeginn am Tag der Entlassung bis spätestens 14 Tage danach
Stationäre Pflegeleistung	Leistungsbeginn am Tag der Entlassung bis spätestens 14 Tage danach
Arbeitsunfähigkeit	Beginn der Arbeitsunfähigkeit zwischen Entlassungstag und 5 Tage nach der Entlassung
Soziotherapie	dokumentierte GOP 30810, 30811 oder 30800 in einem Zeitraum ab Aufnahmetag bis zu 14 Tage nach Entlassung oder Leistungsanfang direkt am Entlasstag (Verordnung durch das Krankenhaus über LANR 4444444)
Palliativversorgung	dokumentierte GOP 01425, 01426, 04370, 04373 oder 04372 in einem Zeitraum ab Aufnahmetag bis zu 14 Tage nach Entlassung oder Leistungsanfang direkt am Entlasstag (Verordnung durch das Krankenhaus über LANR 4444444) oder Entlassgrund 11 („Entlassung in ein Hospiz“)
Krankentransport	Beginn einer Krankentransportleistung am Tag der Entlassung
Sozialmedizinische Versorgung	Verordnung während des Krankenhausaufenthalts max. 5 Tage vor Entlassung bis einschließlich 14 Tage nach Entlassung
Kurzzeitpflege	Kurzzeitpflege nach § 132 h SGB V mit Leistungsanfang am Tag der Entlassung bis spätestens 14 Tage nach Entlassung
Haushaltshilfe	Haushaltshilfe nach § 132 SGB V mit Leistungsanfang am Tag der Entlassung bis spätestens 14 Tage nach Entlassung

Pro Entlassfall können keines, eines oder auch mehrere der definierten Zielkriterien zutreffen. Pro Entlassfall wird die eBEM-Zielvariable so definiert, dass für einen Entlassfall „erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement“ gegeben ist, wenn *mindestens eines* der Zielkriterien erfüllt ist.

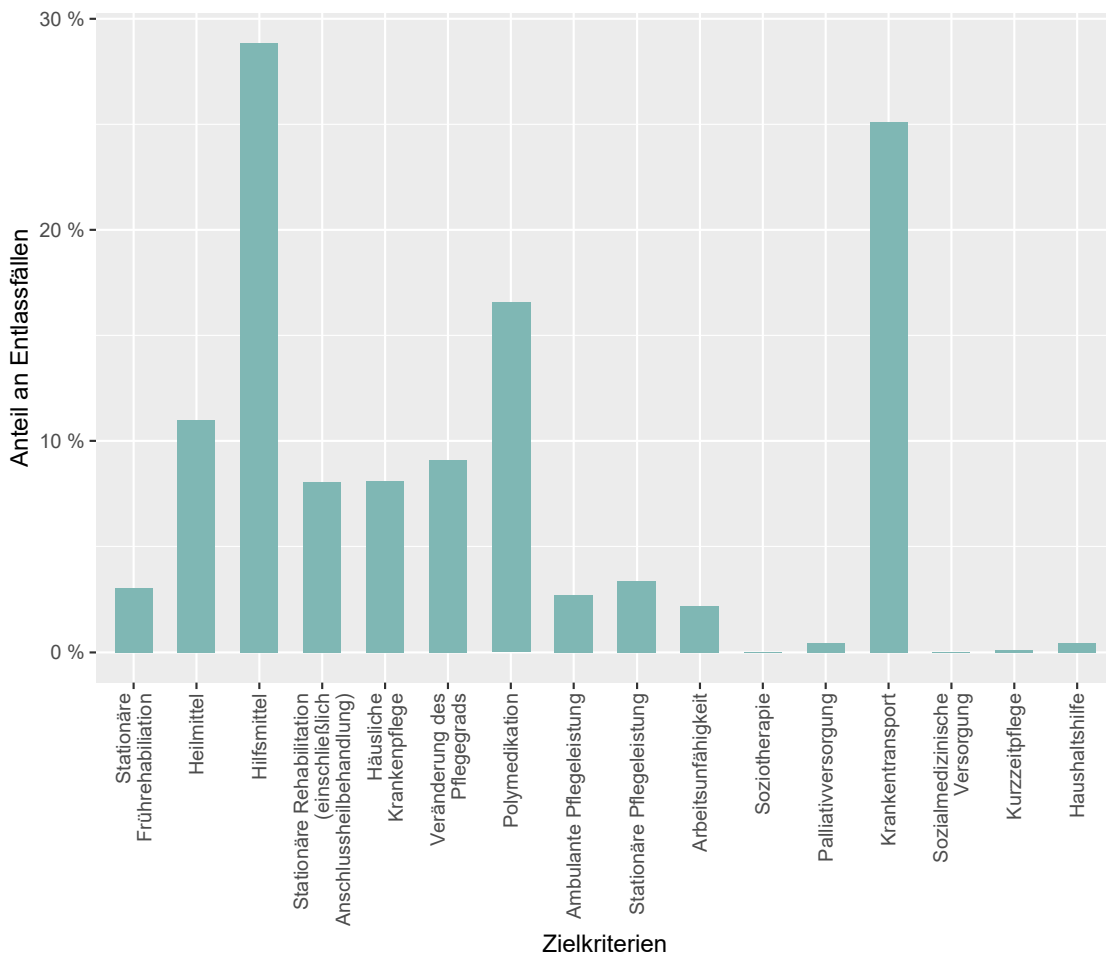


Abbildung 1: Anteil an Entlassfällen, bei denen die jeweiligen Zielkriterien zutreffen. Pro Entlassfall können mehrere Zielkriterien zutreffen. Insgesamt umfasst die Grundgesamtheit der Modelldaten 1.633.359 Entlassfälle des Jahres 2017.

Die so definierten Zielkriterien und die eBEM-Zielvariable wurden für die Grundgesamtheit der Entlassfälle aus dem Jahr 2017 berechnet. Die daraus resultierenden empirischen Häufigkeiten der einzelnen Zielkriterien sind in Abbildung 1 dargestellt. Demnach sind die Verordnung von „Hilfsmitteln“ (ca. 28 %), die Notwendigkeit eines „Krankentransports“ (ca. 25 %) und „Polymedikation“ (ca. 17 %) die am häufigsten auftretenden Zielkriterien. Dagegen sind die fünf Zielkriterien „Soziotherapie“, „Palliativversorgung“, „Sozialmedizinische Versorgung“, „Kurzzeitpflege“ und „Haushaltshilfe“ nur bei jeweils weniger als 1 % der Entlassfälle erfüllt. Insgesamt ist dadurch bei 58,2 % der Entlassfälle der Grundgesamtheit 2017 die eBEM-Zielvariable erfüllt.¹⁶

¹⁶ Die angegebenen relativen Häufigkeiten basieren auf den empirischen Häufigkeiten innerhalb der verfügbaren Datengrundlage und sind nicht alters- oder geschlechtsstandardisiert hochgerechnet auf die bundesweite Gesamtpopulation der gesetzlich Krankenversicherten.

Bemerkungen zur Operationalisierung der eBEM-Zielvariable

Im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a) wurde ebenso eine sozialdatengestützte Zielvariable zur Messung des Bedarfs für Entlassmanagement definiert. Diese basierte auf 11 Zielkriterien, wobei die Zielkriterien „Hilfsmittel“, „Krankentransport“, „Sozialmedizinische Versorgung“, „Kurzzeitpflege“ und „Haushaltshilfe“ für die hier dargestellte Neuentwicklung des Prognosemodells neu hinzugekommen sind. Diese Hinzunahme ist durch die Verfügbarkeit der entsprechenden Information in den zugrunde liegenden Routinedaten der Krankenkasse begründet. Darüber hinaus wurden die Operationalisierungen der bestehenden Zielkriterien teilweise angepasst, um jene Situationen schärfer abzugrenzen, in denen ein tatsächlich erhöhter Aufwand im fallbezogenen Entlassmanagement entsteht. Vor allem die Erhöhung der Anzahl berücksichtigter Zielkriterien im Vergleich zum Zwischenbericht *Entlassmanagement* verbessert die Approximation des „umfassenden Bedarfs für ein Entlassmanagement“ anhand von „erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement“, sodass für mehr Entlassfälle aus der Zielpopulation die eBEM-Zielvariable erfüllt ist. Eine unmittelbare Folge ist, dass im Vergleich zur Datenlage im Zwischenbericht (IQTIG 2019a) anteilsmäßig mehr Entlassfälle mindestens ein Zielkriterium erfüllen und damit eBEM¹⁷ aufweisen.

Die methodischen Limitationen zur Operationalisierung der eBEM-Zielvariable bleiben ansonsten größtenteils unverändert in Bezug auf die Modellierung im Zwischenbericht (IQTIG 2019a). Insbesondere bleibt das Dunkelzifferproblem bestehen bezüglich derjenigen Fälle, für die notwendigen Weiterversorgungsmaßnahmen nicht eingeleitet wurden und in den Daten daher auch nicht sichtbar sind. Darüber hinaus sind nicht alle Zielkriterien für alle Teilpopulationen gleichermaßen relevant, wie z. B. das Kriterium zur Bescheinigung der „Arbeitsunfähigkeit“, welches nur auf erwerbstätige Personen zutrifft.

Ein alternativer Ansatz zur Operationalisierung der eBEM-Zielvariable bestünde darin, mehr als ein erfülltes Zielkriterium für eBEM zu fordern. Durch diese strengere Definition würde die Zielvariable je nach Setzung der erforderlichen Anzahl erfüllter Zielkriterien noch stärker auf Entlassfälle mit sogar stark erhöhtem Bedarf für Entlassmanagement fokussieren. Problematisch dabei ist jedoch die konkrete Festlegung dieser erforderlichen Anzahl, da eine solche Definition nicht mehr der klaren Interpretation von „sämtlichen Maßnahmen, die über den Entlassbrief hinausgehen“ entspräche. In dem Zusammenhang müsste man auch eine Gewichtung der einzelnen Zielkriterien vornehmen, da es Zielkriterien gibt, deren alleiniges Auftreten bereits umfassenden Bedarf für Entlassmanagement anzeigen kann. Die konkrete Gewichtung der Zielkriterien und Festlegung einer eBEM-Schwelle mag daher inhaltlich sinnvoll erscheinen, würde jedoch deutlich mehr Annahmen und Setzungen benötigen, die methodisch und inhaltlich zum Teil nur schwer zu begründen sind. Letztlich ist eine stärkere Fokussierung der Zielpopulation auch bei der bestehenden eBEM-Definition über eine strengere Festlegung des Schwellenwerts zur QS-Auslösung auf Basis der prognostizierten eBEM-Wahrscheinlichkeit möglich (siehe Abschnitt 4.2.6).

¹⁷ Gemäß der aktuellen Definition der eBEM-Zielvariable. Im Zwischenbericht *Entlassmanagement* (IQTIG 2019a) orientierte sich die Definition der eBEM-Zielvariable an der Anzahl erfüllter Zielkriterien.

4.2.3 Regressionsmodellierung der eBEM-Zielvariable

Der primäre Zweck des Prognosemodells ist eine fallweise Einschätzung, mit welcher Wahrscheinlichkeit bei einem zukünftigen Entlassfall die eBEM-Zielvariable erfüllt ist. Diese Einschätzung kann nur auf verfügbaren Daten im KIS, die auch in den Sozialdaten bei den Krankenkassen vorliegen, erfolgen, damit identische Algorithmen für die QS-Auslösung bei den Leistungserbringern und bei den Krankenkassen konstruiert werden können (Abschnitt 4.1). Somit entsteht ein Prognoseproblem, das mithilfe eines Regressionsmodells adressiert werden kann. Verwendet wird ein logistisches Regressionsmodell (Fahrmeir und Tutz 2010), mit der eBEM-Zielvariable als abhängige binäre Variable und den (für die QS-Auslösung) nutzbaren Fallinformationen als Kovariablen.

Während sich die Definition der eBEM-Zielvariable im Vergleich zum Zwischenbericht verändert hat (mehr Zielkriterien), sind die nutzbaren Fallinformationen für die Regressionsmodellierung unverändert geblieben, weshalb diese hier auch lediglich zusammenfassend aufgezählt werden. Diese umfassen Angaben zum Alter, Geschlecht, zu Diagnosen zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung, durchgeführte Operationen und Prozeduren, vorhandener Pflegegrad und Verweildauer der Patientinnen und Patienten.¹⁸

Das Geschlecht sowie die einzelnen möglichen Ausprägungen eines prästationär bestehenden Pflegegrads liegen jeweils als binäre Variable in den Daten vor, während das Alter und die Verweildauer der Patientinnen und Patienten als metrische Variablen vorliegen.

Für die beiden metrischen Variablen wurde jeweils zunächst der univariate Zusammenhang mit der Zielvariable untersucht, indem die empirische Häufigkeit von eBEM in Abhängigkeit von den verschiedenen Ausprägungen der jeweiligen Variablen grafisch dargestellt wurde. Hinsichtlich des Alters war ein monotoner, jedoch nicht linearer Zusammenhang (auf logit-Skala) erkennbar. Bezüglich der Verweildauer stieg der empirische Anteil an Fällen mit eBEM bis zu einer Verweildauer von ca. 22 Tagen und sank für darüber hinaussteigende Verweildauern wieder ab, sodass ein nicht monotoner und nicht linearer Zusammenhang erkennbar war. Für das Alter und die Verweildauer wurden daher jeweils ein stückweise linearer Spline verwendet (Fahrmeir et al. 2009), um einen nicht linearen Effektverlauf innerhalb der Regression zu ermöglichen. Zusätzlich wurde die fallspezifische Verweildauer bei 100 Tagen gedeckelt, d. h., Fällen mit einer Verweildauer von über 100 Tagen wird für den Zweck der Prädiktion eine Verweildauer von 100 Tagen zugewiesen. Dies verhindert, dass die Modellprognose durch Fälle mit Extremwerten bei der Verweildauer verzerrt wird.

Die verfügbaren ICD-Kodes der Diagnosen Version 2017 (BfArM 2022a) und die OPS-Kodes der durchgeführten Operationen und Prozeduren Version 2017 (BfArM 2022b) sind sehr vielfältig und erlauben durch die jeweils mehrstellige Aufschlüsselung die Unterscheidung in jeweils über 10.000 verschiedene Krankheitsklassen bzw. Operations- und Prozedurenklassen. So wie im Zwischenbericht werden für den Zweck der Regressionsmodellierung sämtliche dokumentierten

¹⁸ Der Wochentag des Entlasstages ist ebenfalls als Fallinformation verfügbar, wird aus Gründen der Beeinflussbarkeit seitens der Leistungserbringer jedoch nicht als Kovariable im Prognosemodell berücksichtigt.

ICD- sowie OPS-Kodes in den Daten jeweils auf die ersten drei Stellen reduziert und entsprechend fallweise aggregiert (IQTIG 2019a). Eine entsprechende medizinische Entdifferenzierung musste aus pragmatischen Gründen hingenommen werden. Infolgedessen enthält die Grundgesamtheit der verfügbaren Entlassfälle insgesamt 1.684 verschiedene dreistellige ICD-Gruppen und 239 verschiedene dreistellige OPS-Gruppen, die pro Entlassfall jeweils binär ausgeprägt sind, da für einen konkreten Entlassfall entweder ein Kode aus einer spezifischen Gruppe dokumentiert wurde oder nicht.

Im Unterschied zum Modell im Zwischenbericht werden für das im folgenden dargestellte Regressionsmodell keine Interaktionsterme der Kovariablen untereinander berücksichtigt (Abschnitt 4.2.4).

Formale Beschreibung des logistischen Regressionsmodells

Im Folgenden bezeichnet $y_j \in \{0,1\}$ die Ausprägung der binären eBEM-Zielvariable für den j 'ten Entlassfall, wobei y_j den Wert 1 annimmt, wenn mindestens eines der Zielkriterien zutrifft, und sonst den Wert 0. Wie oben erwähnt enthält die Datengrundlage insgesamt $J = 1.633.359$ Entlassfälle des Jahres 2017. Die Ausprägungen der insgesamt $K = 1963$ Kovariablen zu den Fallmerkmalen des j 'ten Entlassfalls werden mit x_{jk} ($k=1,\dots,K$) bezeichnet. Diese Kovariablen beinhalten sämtliche binären Fallmerkmale — z. B. Geschlecht¹⁹, Zugehörigkeit zu bestimmten Pflegegraden oder das Vorliegen bestimmter OPS-/ICD-Kodes — sowie die Ausprägungen der metrischen Variablen (Alter und Verweildauer) bzw. der Komponenten der zugehörigen Spline-Basis zur Modellierung des nicht linearen Effektverlaufs.

Die binäre Zielvariable y_j ist Bernoulli-verteilt mit einer Eintrittswahrscheinlichkeit π_j für den j 'ten Entlassfall, d. h.

$$y_j | \pi_j \sim \text{Ber}(\pi_j).$$

Mithilfe eines binär-logistischen Regressionsmodells (z. B. Fahrmeir und Tutz (2010)) wird der Einfluss der Kovariablen auf die Eintrittswahrscheinlichkeit modelliert. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit π_j wird modelliert mittels

$$\text{logit}(\pi_j) = \log\left(\frac{\pi_j}{1 - \pi_j}\right) = \alpha + \sum_{k=1}^K \beta_k x_{jk},$$

wobei α den Interzept und β_k die zu den Kovariablen jeweils zugehörigen Koeffizienten darstellen (z. B. Fahrmeir und Tutz (2010)).

Wie schon im Zwischenbericht wird zur Selektion relevanter Kovariablen und zur Koeffizientenschätzung eine LASSO-Regression (Tibshirani 1996) verwendet. Im Gegensatz zur herkömmlichen Schätzung mittels Likelihood-Maximierung hat das LASSO-Verfahren das Ziel, Kovariablen mit unzureichender Vorhersagekraft oder starker Interkorrelation herauszufiltern, sodass nur

¹⁹ In den verfügbaren Krankenkassendaten aus dem Jahr 2017 ist das Geschlecht binär angegeben.

Variablen im Modell verbleiben, die in ihrer Gesamtheit einen relevanten Einfluss auf die Zielvariable haben²⁰ (siehe auch IQTIG 2019a: Abschnitt 4.3). Ein Vorteil dieses Variablenselektionsverfahrens ist, dass es sich dabei um kein stepwise-Verfahren handelt und somit ohne ein A-priori-Sortierung der Kovariablen und auch ohne eine Setzung des p-Schwellenwerts für den Ausschluss von Variablen auskommt.

Auf Basis des Parameterschätzers $(\hat{\alpha}, \hat{\beta}) = (\hat{\alpha}, \hat{\beta}_1, \dots, \hat{\beta}_K)$ aus der LASSO-Regression lässt sich schließlich die fallspezifische Wahrscheinlichkeit, dass eBEM zutrifft, anhand der zugrunde liegenden Modellformel für zukünftige Entlassfälle wie folgt vorhersagen:

$$\hat{\pi}_j = \text{logit}^{-1} \left(\hat{\alpha} + \sum_{k=1}^K \hat{\beta}_k x_{jk} \right)$$

Dadurch ist der fallspezifische Vorhersagewert $\hat{\pi}_j$ eine für die QS-Auslösung nutzbare Information. Für die abschließende Definition eines Selektionskriteriums ist zusätzlich noch ein Schwellenwert notwendig, mittels dessen die Vorhersagewerte einzustufen sind. Die Überlegungen zur Setzung dieses Schwellenwerts sind in Abschnitt 4.2.6 erläutert.

4.2.4 Alternative Modellierungsansätze und weitere Modellierungsmöglichkeiten

Das oben dargestellte Regressionsmodell mitsamt der beschriebenen Zusammensetzung an Kovariablen ist das abschließende Produkt einer Reihe von Vergleichen zwischen verschiedenen Modellvarianten. Die verglichenen Modellvarianten unterschieden sich dabei unter anderem im zugrunde liegenden Regressionsansatz oder in der Zusammenstellung der berücksichtigten Kovariablen. Die verschiedenen Modelle wurden hinsichtlich ihrer Prognosegüte mittels 5-facher Kreuzvalidierung (Arnold et al. 2019) bewertet, wobei jeweils der mittlere AUC-Wert²¹ (Fawcett 2006) und der mittlere Brier-Score (Brier 1950) auf Basis des Testdatensatzes²² ausgewertet wurde. Zusätzlich zur quantitativen Prognosegüte spielte aber auch die praktische Umsetzbarkeit der resultierenden Prognose-Berechnungsformel innerhalb des QS-Filters eine Rolle bei der Modellselektion.

Insbesondere wurden im Rahmen der Modellselektion auch Modelle betrachtet, die die „Any-or-None“-Indexstruktur der eBEM-Zielvariablen expliziter berücksichtigen. Beispielsweise wurde ein Prognosemodell basierend auf einzelnen zielkriterienspezifischen binär-logistischen Teilmodellen konstruiert. Der Gesamtscore wurde dabei anhand der zielkriterienspezifischen Teilscores konstruiert, unter der Annahme von stochastischer Unabhängigkeit der einzelnen Zielkriterien (bedingt auf die Kovariablenkombination). In einer weiteren Modellvariante wurden die Zielkriterien für diese Teilmodelle anhand der empirischen Korrelation zu konkreten

²⁰ Im Gegensatz zum Zwischenbericht *Entlassmanagement* wird als Penalisierungparameter innerhalb der penalisierten Maximum-Likelihood-Schätzung der optimale Wert hinsichtlich des mittleren Prognosefehlers gemäß Kreuzvalidierung verwendet. Siehe dazu auch die Dokumentation des R-Pakets *glmnet* (Lim und Hastie 2015).

²¹ Der AUC-Wert (Area under the curve) ist ein quantitatives Maß für die Klassifikationsgüte des Prognosemodells.

²² Im Rahmen einer x-fachen Kreuzvalidierung wird pro Iteration jeweils ein Teil der Daten, der Testdatensatz, für die Modellschätzung außen vor gelassen und zur Validierung der jeweiligen Modellgüte verwendet. Diese Prozedere wird x-fach wiederholt, wobei jedesmal ein anderer Teil der Daten als Testdatensatz gewählt wird.

Subzielvariablen voraggregiert — zum Beispiel ist eine bestimmte Subzielvariable erfüllt, wenn eines der einfließenden Zielkriterien erfüllt ist —, um so möglichst (bedingte) stochastische Unabhängigkeit zwischen den Subzielvariablen zu erreichen. Weiterhin wurde die Spezifikation dieser Teilmodelle unter Berücksichtigung der konkreten empirischen Abhängigkeitsstruktur der Zielkriterien untersucht. Zum Beispiel schätzt ein Teilmodell die Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein Entlassfall ein bestimmtes Zielkriterium erfüllt unter der Bedingung, dass dieser Entlassfall alle anderen Zielkriterien nicht erfüllt. Unter anderem mittels des zuletzt beschriebenen Modellsansatzes ließen sich minimale Verbesserungen der Prognosegüte erzielen (Erhöhung des AUC-Werts um $< 0,001$), bei ansonsten identischen verwendeten Kovariablen. Allerdings ist die softwareseitige Implementation eines entsprechenden Prognosealgorithmus deutlich komplexer, sodass vorerst davon abgesehen wird, diesen Ansatz für den Start des QS-Verfahrens zu empfehlen. Für die routinemäßige Weiterentwicklung des Selektionsalgorithmus sollten entsprechende Modelle allerdings weiter in Erwägung gezogen werden.

Im Rahmen der binär-logistischen Regression der eBEM-Zielvariable wurden vor allem verschiedene Zusammenstellungen der Kovariablenmenge untersucht. Insbesondere wurden lineare mit nicht linearen Effekten der metrischen Variablen verglichen und verschiedene Interaktionen zwischen den Kovariablen untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Berücksichtigung von nicht linearen Effekten die Prognosegüte deutlich steigern kann, während selbst Interaktionseffekte zwischen dem Alter und den ICD- und OPS-Kodes nur einen minimalen Mehrwert liefern. Auch hier wurde zugunsten eines simpleren Prognosealgorithmus auf Interaktionsterme im finalen Prognosemodell verzichtet. Weiterhin wurde untersucht, inwieweit eine Selektion QS-pflichtiger Fälle auf Basis der Intervallgrenzen des Konfidenzbereichs um den Prognosewert sinnvoll ist. Hier zeigte sich keine Verbesserung vor allem im AUC-Wert, der ein Maß für die Ranking-Güte des Scores — in diesem Fall die untere Konfidenzintervallgrenze der Prädiktion — ist.

Es existieren weitere Modellierungsmöglichkeiten, die im Rahmen dieser Weiterentwicklung nicht betrachtet wurden und zum Teil auch bereits im Zwischenbericht (IQTIG 2019a: 190) erwähnt wurden. Dazu gehören eine flexiblere Modellierung der nicht linearen Effekte mittels generalisierter additiver Modelle (Wood 2006) oder die Verwendung alternativer Schätzverfahren wie beispielsweise *Group LASSO* (Lim und Hastie 2015) oder *Fused LASSO* (Tibshirani et al. 2005), mittels derer entweder der Teilausschluss von inhaltlich verwandten Kovariablen, wie z. B. verwandte ICD-Kodes, vermieden werden kann bzw. Differenzen in den Effektschätzern von inhaltlich verwandten Kovariablen bestraft werden können. Letztere Ansätze könnten zukünftig eine noch feinere Auflösung über die ersten drei Stellen hinaus bei den ICD- und OPS-Kodes ermöglichen. Prinzipiell sind auch diverse Machine-Learning-Algorithmen (Simeone 2018) zur Konstruktion eines Selektionsalgorithmus anwendbar, allerdings stellt sich hier die Frage, inwiefern ein solcher Algorithmus durch externe Softwareanbieter einfach umsetzbar wäre und inwieweit die notwendige Transparenz bei den Auslösekriterien noch gewährleistet wäre, weshalb das IQTIG von diesem Ansatz bis auf Weiteres abrät.

4.2.5 Ergebnisse der Regressionsmodellierung

Anhand des Schätzers $(\hat{\alpha}, \hat{\beta})$ aus der LASSO-Regression wurden insgesamt 1.675 Koeffizienten als relevant identifiziert, d. h., es verbleiben 1.675 Modellvariablen²³ mit einem zugehörigen Effektschätzer $\hat{\beta}_k \neq 0$. Diese Modellvariablen beinhalten unter anderem 1.427 verschiedene ICD-Kodegruppen und 216 verschiedene OPS-Kodegruppen. Die Effektschätzer zum Geschlecht, zu sämtlichen Pflegegraden sowie zum nicht linearen Verlauf des Alters- und Verweildauereffekts wurden ebenso als relevant identifiziert.

Für die Entlassfälle der Grundgesamtheit, die auch zur Modellschätzung verwendet wurden, lassen sich die Vorhersagewerte, d. h. die vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten für eBEM basierend auf dem Koeffizientenschätzer $(\hat{\alpha}, \hat{\beta})$, berechnen. Die Verteilung dieser Vorhersagewerte, dargestellt als Boxplot-Grafiken, in Abhängigkeit vom Alter, Geschlecht und Ausprägung der eBEM-Zielvariable ist in Abbildung 2 dargestellt.

Hinsichtlich der Prognosegüte des Modells ist vor allem interessant, inwieweit sich die Verteilung der Vorhersagewerte zwischen Entlassfällen, die die eBEM-Zielvariable erfüllen versus nicht erfüllen, unterscheidet. Im Idealfall produziert das Prognosemodell hohe Vorhersagewerte für Entlassfälle mit eBEM und niedrige Vorhersagewerte für Entlassfälle ohne eBEM. Abbildung 2 zeigt einen deutlichen Unterschied in den Verteilungen der Vorhersagewerte (eBEM vs. kein eBEM) für nahezu jedes fixierte Alter und Geschlecht. Für männliche Entlassfälle im Alter von 50 Jahren liegt der Median der Vorhersagewerte z. B. bei Fällen mit eBEM bei 0,68 und bei Fällen ohne eBEM bei 0,31. Bei fast allen anderen Kombinationen von Geschlecht und Alter erreichen ebenso die eBEM-Fälle deutlich höhere Vorhersagewerte als Fälle ohne eBEM. Dieser visuelle Eindruck sowie der AUC-Wert von 0,848 bezeugen eine hohe Prognosegüte des entwickelten Modells. Weitere Analysen zur Klassifikationsgüte des finalen Selektionsalgorithmus befinden sich in Abschnitt 4.2.7.

²³ Ein nicht binäre Kovariable mit mehreren Kategorien (z. B. der Pflegegrad) wird in mehrere Modellvariablen zerlegt, d. h. in eine binäre Modellvariable pro Kategorie.

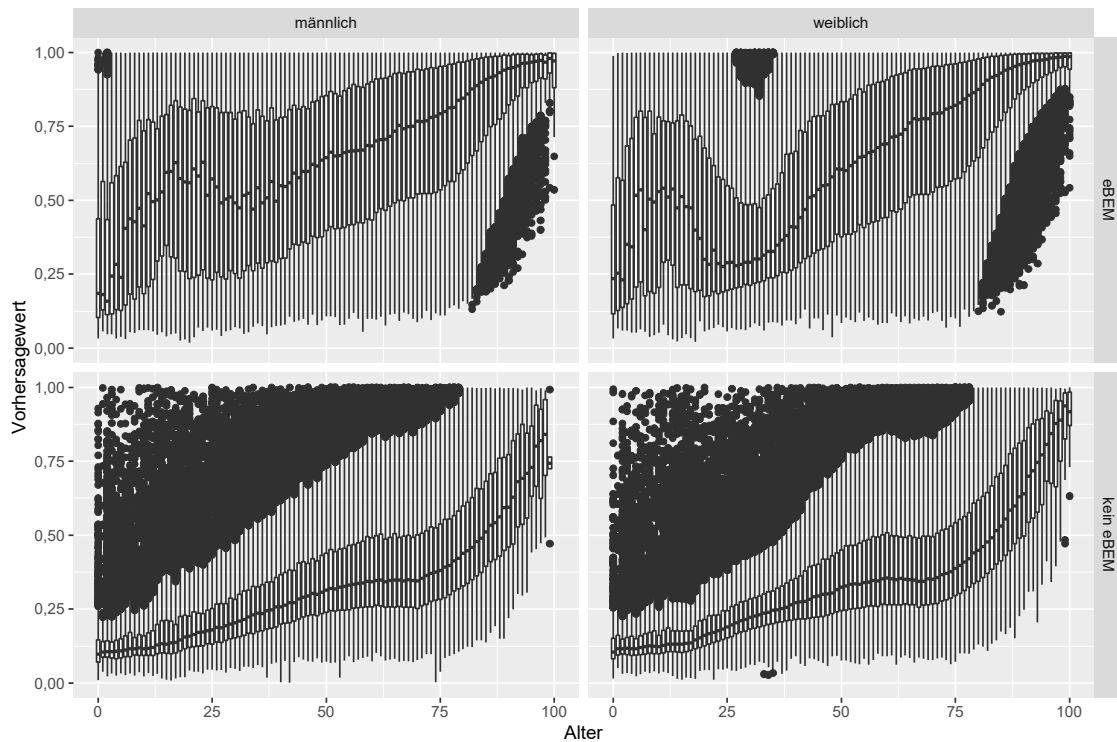


Abbildung 2: Boxplot-Grafik zur altersabhängigen Verteilung der Vorhersagewerte $\hat{\pi}_j$ für die Entlassfälle innerhalb der Modellgrundgesamtheit stratifiziert nach Geschlecht und eBEM (ja/nein). Pro Altersjahr ist jeweils eine (schmale) Box dargestellt. Die schwarzen Linien innerhalb jeder Box markieren jeweils den Median, die Boxenränder stellen jeweils die 25 %- und 75 %-Quartile dar. Senkrechte Linien ober- und unterhalb der Boxen markieren die Whiskers²⁴ (Entlassfälle mit Alter über 100 Jahren ausgeschlossen).

Klar erkennbar ist darüber hinaus der Effekt des Alters auf die Verteilung der Vorhersagewerte, sodass mit zunehmendem Alter auch die Vorhersagewerte ansteigen. Zwischen männlichen und weiblichen Fällen besteht kein sichtbarer Unterschied zwischen den Verteilungen nach Alter, mit Ausnahme der Entlassfälle bei Frauen mit eBEM im Alter zwischen 20 und 40 Jahren. Für diese Gruppe fallen sowohl die Vorhersagewerte deutlich ab im Vergleich zu jüngeren und älteren weiblichen Fällen und liegen z. B. hinsichtlich des Medians verhältnismäßig nahe bei den Werten der weiblichen Entlassfälle ohne eBEM. Für diese Alters-Geschlechts-Gruppe ist die Unterscheidbarkeit anhand der Vorhersagewerte des Prognosemodells demnach unzureichend, was sich letztlich auch auf die Prävalenz dieser Altersgruppe in der selektierten Fallpopulation auswirkt (Abschnitt 4.4). Ein Erklärungsansatz für diese Delle ist der große Anteil an Entlassfällen nach stationärer Entbindung in dieser Gruppe, die bis zu 50 % der stationären Fälle innerhalb einzelner Altersjahre ausmachen. Tiefergehende Analysen haben gezeigt, dass sich der Anteil an Fällen mit eBEM nicht merklich unterscheidet zwischen Entlassfällen nach Entbindung und sonstigen Fällen in dieser Altersgruppe. Für die Entlassfälle nach Entbindung, die sich anhand bestimmter OPS-Kodes identifizieren lassen, liegen dem Modell jedoch nicht ausreichend darüber hinausgehende Informationen vor, um die Prognose innerhalb dieser Gruppe zwischen „eBEM“

²⁴ Die Whiskers einer Boxplot-Grafik markieren den niedrigsten bzw. höchsten Wert der dargestellten Verteilung, begrenzt durch eine maximale Abweichung von den Boxenrändern (Quartile) um 1,5-mal den Interquartilsabstand. Entlassfälle außerhalb dieses Bereichs (Ausreißer) werden als schwarze Punkte dargestellt.

und „kein eBEM“ zu differenzieren. Dies führt dazu, dass die Variabilität der Vorhersagewerte innerhalb dieser Gruppe merklich zurückgeht, sodass sich die Verteilungen der Vorhersagewerte zwischen Fällen mit und ohne eBEM stärker überlappen. Nichtsdestotrotz werden Entlassfälle nach Entbindung durch das Prognosemodell durch diese Problematik nicht prinzipiell ausgeschlossen, da insbesondere die Wahl des Schwellenwerts Einfluss darauf hat, wie viele dieser Entlassfälle trotz der verhältnismäßig niedrigen Vorhersagewerte selektiert werden (Abschnitt 4.2.6).

4.2.6 Schwellenwert als Entscheidungskriterium für die Selektion QS-pflichtiger Fälle

Die Vorhersagewerte $\hat{\pi}_j$ des logistischen Prognosemodells geben eine Einschätzung über die fallspezifische Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von eBEM. Um darauf basierend ein Entscheidungskriterium zu definieren, ob ein gegebener Entlassfall QS-pflichtig werden soll, ist eine binäre Einstufung des entsprechenden Vorhersagewerts notwendig. Das bedeutet, es wird ein fester Schwellenwert q , oberhalb dessen die Vorhersagewerte zu einer Selektion des zugrunde liegenden Entlassfalls führen, benötigt. Das daraus resultierende Selektionskriterium lautet somit

$$\hat{\pi}_j > q.$$

Die konkrete Wahl des Schwellenwerts hat Auswirkungen auf die Größe der so selektierten Fallpopulation bzw. den Anteil der selektierten Entlassfälle unter allen stationären Fällen sowie auf weitere charakteristische Merkmale: Zum Beispiel variiert in Abhängigkeit von der Wahl des Schwellenwerts der Anteil an Fällen mit eBEM innerhalb der selektierten Fallpopulation (*positive predictive value*, PPV) der Anteil unter allen stationären Entlassfällen mit eBEM, die durch den Algorithmus selektiert werden (*Sensitivität*). In Tabelle 3 sind diese Kennzahlen für verschiedene Schwellenwerte zusammengetragen.²⁵

Tabelle 3: Kennzahlen zur selektierten Fallpopulation für verschiedene Schwellenwerte im Selektionsalgorithmus

Schwellenwert	Anteil selektierter Fälle	Sensitivität	PPV
0,4	64,5 %	84,8 %	76,6 %
0,5	54,8 %	77,2 %	82,1 %
0,6	46,7 %	69,4 %	86,5 %
0,7	39,3 %	60,8 %	90,2 %
0,8	31,8 %	50,9 %	93,4 %
0,9	23,1 %	38,1 %	96,3 %

Mit steigendem Schwellenwert wird die Selektion insofern zunehmend spezifischer, als die Selektion vermehrt auf Entlassfälle fokussiert, die eine hohe geschätzte eBEM-Wahrscheinlichkeit

²⁵ Diese basieren auf den Vorhersagewerten für die Trainingsdaten, d. h. die Grundgesamtheit der Entlassfälle, die auch für die Schätzung der Modellkoeffizienten verwendet wurden.

aufweisen. Dies drückt sich einerseits in einem sinkenden Anteil der selektierten Fälle unter allen stationären Fällen sowie in einer sinkenden Sensitivität aus. Das heißt, bei steigenden Schwellenwerten wird der Anteil an selektierten Fällen *selbst unter den Entlassfällen mit eBEM* ebenso zunehmend kleiner. Andererseits steigt mit steigendem Schwellenwert auch die Genauigkeit im Sinne des PPV, unter den selektierten Fällen befänden sich also anteilmäßig mehr Entlassfälle mit eBEM.

In Bezug auf den PPV ist anzumerken, dass die modellierte eBEM-Zielgröße eine messbare Approximation der interessierenden Größe zum „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“ ist, und zwar insofern, als Entlassfälle ohne eBEM zum Teil tatsächlich zur Zielpopulation gehören können. Daher muss auch bei niedrigem PPV davon ausgegangen werden, dass unter den selektierten Fällen, die kein eBEM erfüllen, mitunter für das QS-Verfahren relevante Entlassfälle enthalten sind.

Auch in Bezug auf einzelne demografische oder versorgungsbezogene Merkmale der selektierten Fallpopulation hat die Wahl des Schwellenwerts einen Einfluss. Insbesondere hinsichtlich der Altersverteilung führt ein vergleichsweise hoher Schwellenwert zu einem deutlichen Selektionseffekt hin zu älteren Personen. Das bedeutet, dass die Altersverteilung innerhalb der selektierten Fallpopulation im Vergleich zur Population der Entlassfälle mit eBEM verzerrt ist zugunsten älterer Entlassfälle. Dies ist vor allem durch die Verteilung der Prognosewerte in Abhängigkeit vom Alter erklärbar (Abbildung 2), da in höheren Altersgruppen der Anteil an Entlassfällen, deren Prognosewerte eine gegebene Schwelle überschreiten, stets höher ist als im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen. Insbesondere führt dies dazu, dass der Selektionsalgorithmus in Bezug auf verschiedene Altersgruppen eine unterschiedliche Sensitivität hinsichtlich der Identifikation von eBEM-Fällen aufweist. Diese Sensitivitätsunterschiede sind bei hohen Schwellenwerten vergleichsweise stärker ausgeprägt. Für andere Merkmale, beispielsweise die Verteilung der Pflegegrade oder der Verweildauer innerhalb der selektierten Population, sind ähnliche Selektionseffekte infolge der Schwellenwertwahl zu beobachten. Dies spricht insgesamt für die Verwendung eines niedrigeren Schwellenwerts, da bei hohen Schwellenwerten die selektierte Fallpopulation nicht mehr repräsentativ für die Population der Entlassfälle mit eBEM wäre, z. B. hinsichtlich der Verteilungen des Alters, des Pflegegrads und der Verweildauer.

Empfohlene Setzung des Schwellenwerts für den Regelbetrieb

Auf Basis dieser Betrachtungen empfiehlt das IQTIG, für die Umsetzung des dargestellten Selektionsalgorithmus im Regelbetrieb einen Schwellenwert von 0,5. Diese Wahl ist in erster Linie dadurch begründet, dass eine unerwünschte Verzerrung der selektierten Fallpopulation vermieden werden soll, da durch die Setzung eines höheren Schwellenwerts insbesondere Entlassfälle, die zwar eBEM aufweisen, aber zum Beispiel aufgrund eines jungen Alters oder des Vorliegens eines geringen bzw. keines Pflegegrads niedrige Vorhersagewerte erreichen, systematisch ausgeschlossen würden. Dies hätte unter anderem zur Folge, dass entsprechend spezialisierte Leistungserbringer, zum Beispiel Kinderkliniken oder besondere Fachkliniken (z. B. Spezialisierung auf Augenheilkunde), nicht mehr durch das QS-Verfahren abgedeckt wären, obwohl diese ein für das Verfahren relevantes Patientenkollektiv behandeln. Die konkrete Ausprägung des Alters,

des Pflegegrads und weiterer Merkmale innerhalb der selektierten Fallpopulation zum empfohlenen Schwellenwert sind in Abschnitt 4.4.1 dargestellt.

Der PPV für den Schwellenwert von 0,5 beträgt 82,1 %, sodass knapp ein Fünftel der so selektierten Fälle nicht die eBEM-Zielvariable erfüllen würden. Dieser Anteil stellt für die Auswertung der letztlich ausgelösten Fallpopulation allerdings nicht zwingend ein Problem dar bzw. die QS-Dokumentationspflicht ist für Entlassfälle ohne eBEM nicht ohne Nutzen. Einerseits existieren Qualitätsindikatoren, die sich auf sämtliche QS-pflichtigen Entlassfälle in der Grundgesamtheit beziehen, unabhängig davon, ob bei den Fällen jeweils ein „umfassender Bedarf für Entlassmanagement“ vorliegt oder nicht (z. B. strukturbezogene Qualitätsindikatoren). Andererseits ist, wie zuvor bereits erwähnt, zu erwarten, dass ein Teil der Entlassfälle, die die eBEM-Zielvariable nicht erfüllen, tatsächlich dennoch zur Zielpopulation des QS-Verfahrens gehören, da die eBEM-Zielvariable selbst nur eine messbare Approximation für den „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“ darstellt. Auf diese Weise können prinzipiell auch Entlassfälle QS-pflichtig werden, die aufgrund weiterer Bedarfskriterien, die sich nicht anhand der Krankenkassendaten operationalisieren lassen, verfahrensrelevant sind.

Ein alternativer Ansatz zur Setzung eines geeigneten Schwellenwerts, der für die weitere Entwicklung des Selektionsalgorithmus betrachtet werden sollte, besteht in einer entscheidungstheoriebasierten Herleitung, ähnlich wie es zur Setzung von statistischen Toleranzgrenzen durchgeführt werden kann (IQTIG 2022, Anhang A). Dieser Ansatz erfordert allerdings konkrete Annahmen zu Kosten und Nutzen von korrekt und inkorrekt identifizierten eBEM-Entlassfällen, die zum aktuellen Entwicklungsstand nicht verfügbar sind.

4.2.7 Validierung des Selektionsalgorithmus anhand von Entlassfällen aus dem Jahr 2016

Im Regelbetrieb wird der entwickelte Selektionsalgorithmus auf Entlassfälle aus späteren Indexjahren²⁶ angewandt, sodass diese Entlassfälle nicht in der Datengrundlage zur Schätzung des Prognosemodells enthalten waren. Falls es über die Jahre zu Merkmalsverschiebungen kommt, z. B. hinsichtlich der Altersverteilung, der ICD- oder OPS-Kode-Prävalenz oder deren Zusammenhang zur eBEM-Häufigkeit, kann es demnach auch zu Verzerrungen in den durch das Modell geschätzten eBEM-Wahrscheinlichkeiten kommen. Das bedeutet, das Prognosemodell veraltet im Zeitverlauf und verliert somit an Klassifikationsgüte.

Um einen Anhaltspunkt über das Ausmaß dieses Effekts zu erhalten, wurde der Selektionsalgorithmus, der auf Basis von Daten aus dem Jahr 2017 entwickelt wurde, auf die Grundgesamtheit der Entlassfälle des Indexjahres 2016 angewandt. Diese Fälle entstammen demselben verfügbaren Datensatz derselben Krankenkasse mit den gleichen Informationen zu den Fallmerkmalen und Zielkriterien. Das heißt, die Grundgesamtheiten der Entlassfälle aus den jeweiligen Jahren 2016 und 2017 sind strukturell identisch — sodass sich der Selektionsalgorithmus problemlos übertragen lässt —, aber es existieren durchaus inhaltliche Unterschiede in der eBEM-Häufigkeit und den Effekten der einzelnen Fallmerkmale. Beispielsweise ist eBEM bei der Grundgesamtheit

²⁶ Als Indexjahr wird das Bezugsjahr einer Menge an Entlassfällen bezeichnet, falls alle diese Fälle im selben Jahr (dem Indexjahr) entlassen wurden.

zum Indexjahr 2016 bei 53,8 % der Entlassfälle vorhanden, während eBEM bei 58,2 % der Entlassfälle des Indexjahres 2017 vorhanden ist.

Basierend auf den Vorhersagewerten für die insgesamt 1.660.235 Entlassfälle des Indexjahres 2016 ergibt sich ein *out-of-sample*²⁷-AUC-Wert von 0,827 (zum Vergleich: der *in-sample*-AUC-Wert auf den Daten des Jahres 2017 beträgt 0,848). Dies bedeutet, dass das Modell bezogen auf die Entlassfälle des Jahres 2016 nur geringfügig an Klassifikationsgüte einbüßt. Darüber hinaus ist aufgrund von möglicher Überanpassung (der Parameterschätzer) an die Daten der *out-of-sample*-AUC-Wert typischerweise geringer als der *in-sample*-AUC-Wert²⁸.

In Abbildung 3 wird der Unterschied hinsichtlich der Modellklassifikationsgüte zwischen den Indexjahren anhand des Anteils selektierter Fälle in Abhängigkeit vom Alter veranschaulicht. Der Anteilsverlauf ist für beide Indexjahre 2016 und 2017 nahezu gleich, sowohl für Entlassfälle mit eBEM als auch für Fälle ohne eBEM. Dabei ist bei den Fällen mit eBEM der Anteil selektierter Fälle 2016 für einige Altersspektren etwas geringer, andererseits ist bei den Fällen ohne eBEM der Anteil 2016 teilweise geringfügig höher. Dies ist ein Anzeichen dafür, dass der Selektionsalgorithmus für das Indexjahr 2016 eine etwas geringere Klassifikationsgüte aufweist, da die Selektion QS-pflichtiger Fälle sich hin zu Fällen ohne eBEM verschiebt. Insgesamt betrachtet ist dieser Effekt jedoch marginal, sodass die Übertragbarkeit des entwickelten Selektionsalgorithmus zumindest auf Datenjahre mit geringer Jahresdifferenz gewährleistet zu sein scheint.

²⁷ Die Bezeichnungen „in-sample“ und „out-of-sample“ geben an, ob eine Kennzahl (z. B. der AUC-Wert) anhand eines Datensatzes berechnet wurde, der ebenso auch zur Schätzung der Modellparameter genutzt wurde (in-sample) bzw. der für die Modellparameterschätzung unberücksichtigt blieb (out-of-sample). Entsprechende Datensätze werden auch Trainings- (in-sample) bzw. Testdaten (out-of-sample) bezeichnet.

²⁸ Selbst bei einer Anwendung des Prognosemodells auf einen neuen Datensatz an Entlassfällen aus dem Jahr 2017 von derselben Krankenkasse, ohne jegliche systematische Verschiebungen in den Merkmalsausprägungen, wäre eine kleine Reduktion des AUC-Werts zu erwarten. Dieses Phänomen wird als Überanpassung bezeichnet. Die Verwendung des LASSO-Algorithmus für die Parameterschätzung wirkt der Überanpassung entgegen.

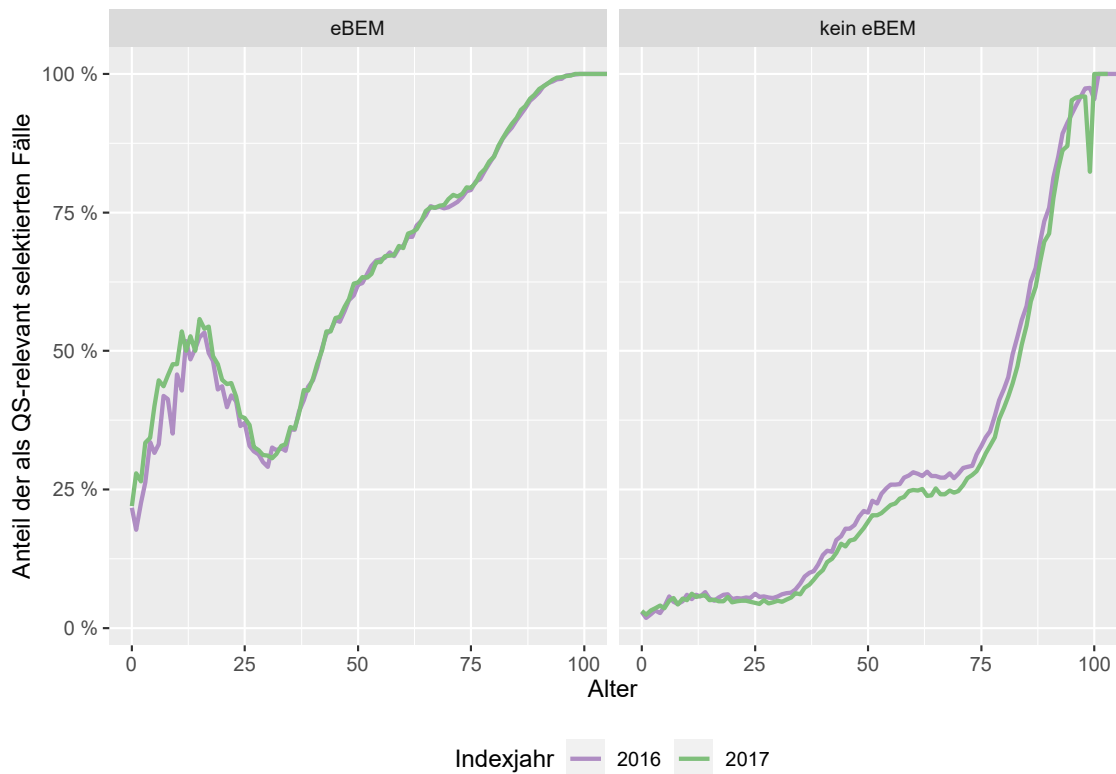


Abbildung 3: Anteil der als QS-relevant selektierten Entlassfälle nach Alter auf Basis der Daten der Indexjahre 2016 und 2017. Die Schätzung der Modellkoeffizienten basiert auf den Daten des Jahres 2017.

4.2.8 Bemerkungen zur Anwendbarkeit im Regelbetrieb

Der in diesem Kapitel vorgestellte Algorithmus zur Selektion QS-pflichtiger Fälle basiert auf einem Modell zur Vorhersage der fallspezifischen eBEM-Wahrscheinlichkeit, das anhand von verfügbaren Sozialdaten bei den Krankenkassen zu stationären Aufenthalten des Jahres 2017 entwickelt wurde.

Der so entwickelte Algorithmus ermöglicht, dass für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* gezielt jene Entlassfälle QS-pflichtig werden, die zur definierten Zielpopulation des Verfahrens gehören. Entlassfälle ohne umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement werden eher aus dem QS-Verfahren ausgeschlossen. Dies ermöglicht insgesamt eine inhaltlich fokussierte Reduzierung der Fallpopulation auf für das QS-Verfahren inhaltlich relevante Fälle, was beispielsweise durch eine reine Zufallsstichprobe nicht gewährleistet wäre.

Der Ansatz auf Basis eines Prognosemodells birgt einzelne methodische Limitationen, die zum Teil bereits im Zwischenbericht erläutert wurden (IQTIG 2019a: Abschnitt 4.3).

Es ist zu verdeutlichen, dass das entwickelte Prognosemodell lediglich eine fallspezifische Wahrscheinlichkeitsprognose für das Erfüllen der eBEM-Zielvariable berechnet. Auf Basis dieser Wahrscheinlichkeit — dem Vorhersagewert des Modells — wird anhand eines Schwellenwertvergleichs durch den Algorithmus die fallspezifische Selektion QS-pflichtiger Fälle initiiert. Bei diesem Ansatz existieren zwei inhärente Unsicherheiten. Erstens ist die eBEM-Zielvariable selbst

nur eine messbare Approximation und damit ein Surrogat für das zugrunde liegende interessierende Merkmal „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“. Zweitens ist der Selektionsalgorithmus nicht in der Lage, Entlassfälle mit und ohne eBEM perfekt voneinander zu trennen, da es Entlassfälle ohne eBEM gibt, deren Vorhersagewerte den notwendigen Schwellenwert übersteigen, und umgekehrt. Daher ist zu berücksichtigen, dass im Regelbetrieb durchaus auch Entlassfälle, die nicht zur Zielpopulation des QS-Verfahrens gehören, QS-pflichtig werden können. Da alle diese Patientinnen und Patienten jedoch auch einen Anspruch auf ein Entlassmanagement haben, sind sie nicht unbegründet im QS-Verfahren. Das statistische Prognosemodell ermöglicht jedoch eine angemessene Fokussierung des QS-Verfahrens auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement.

Entwickelt wurde das Modell anhand von Routinedaten *einer* Krankenkasse zu Fällen *eines* Kalenderjahres. Dabei ist zu bedenken, dass diese Fälle nicht zwingend repräsentativ für die bundesweite Population der stationären Fälle im Jahr 2017 sein müssen, obwohl sie mit 1,6 Millionen Fällen fast 10 % davon ausmachen. Darüber hinaus ist ungewiss, wie sehr die Modellklassifikationsgüte sinkt, falls das Modell z. B. 10 Jahre später auf Entlassfälle aus dem Jahr 2027 angewandt würde (Abschnitt 4.2.7). Daher empfiehlt das IQTIG, das Modell vor dem Start des Regelbetriebes und auch im laufenden Regelbetrieb im regelmäßigen Abstand anhand von jeweils aktuellen repräsentativen Daten zu aktualisieren (siehe dazu Abschnitt 7.3). Im Zuge dessen können auch statistische Neuerungen bei der Spezifikation und Schätzung des zugrunde liegenden Regressionsmodells umgesetzt werden. Darüber hinaus bestünde die Möglichkeit, bei ggf. zukünftigen Modellweiterentwicklungen die Entlassfälle der Grundgesamtheit entsprechend einer repräsentativen Verteilung, z. B. zumindest hinsichtlich des Alters und des Geschlechts, zu gewichten, um mögliche Verzerrungen in den Effektschätzern des Prognosemodells zu vermeiden. Gleichermaßen lassen sich Adjustierungen der Zielvariable um zum Beispiel weitere Versorgungsleistungen oder auch Anpassungen der Grundgesamtheit, zum Beispiel der Einschluss von teilstationären Fällen, bei der Modellierung umsetzen.

Abschließend ist noch einmal hervorzuheben, dass der hier vorgestellte Selektionsalgorithmus nicht den finalen QS-Filter bildet, sondern lediglich eine erste inhaltliche Selektion darstellt, die Entlassfälle der für das QS-Verfahren definierten Zielpopulation identifizieren soll. Ein zweite Komponente bildet ein Stichprobenalgorithmus, der innerhalb des QS-Filters eine weitere Fallzahlreduktion der so vorselektierten Population bezwecken soll (siehe folgender Abschnitt 4.3), um den Dokumentationsaufwand pro Leistungserbringer in einem praktikablen Rahmen zu halten. Dabei sind die Fallzahl-Anforderungen für Qualitätsindikatoren auf Basis der Leistungserbringerdokumentation und im Rahmen von Patientenbefragungen zu berücksichtigen.

4.3 Weitere Reduktion der selektierten Fallpopulation über Stichprobenverfahren

Die alleinige Anwendung des Prognosemodells würde bei einem Schwellenwert von 0,5 zu einem Anteil von über 54 % als QS-relevant selektierter Entlassfälle führen. Bei jährlich bundesweit ca. 16,2 Millionen stationären Krankenhausbehandlungen bei gesetzlich Versicherten (GBE-Bund 2021b) entspräche dies ca. 9 Millionen QS-relevanten Fällen. Die QS-Auslösung all dieser

Fälle würde zu einer zu großen, nicht praktikablen Anzahl QS-pflichtiger Fälle für das QS-Verfahren führen.

4.3.1 Anvisierte Anzahl von QS-pflichtigen Fällen für das QS-Verfahren

Das IQTIG empfiehlt die QS-Auslösung von jährlich ca. 300.000 Entlassfälle, um einen für die Leistungserbringer handhabbaren Dokumentationsaufwand zu gewährleisten, aber dennoch eine ausreichende Fallzahl für die Berechnung der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren, aber insbesondere auch für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung, zu erhalten.

Diese Empfehlung zur anvisierten Anzahl von ca. 300.000 Entlassfällen basiert auf Berechnungen zur Leistungserbringer-spezifischen Fallzahlverteilung hinsichtlich der zu erwartenden Anzahl eingehender Fragebögen aus der Patientenbefragung. Aus rein statistischer Perspektive ist prinzipiell eine möglichst hohe Fallzahl pro Leistungserbringer wünschenswert, um die statistische Unsicherheit der einzelnen Indikatorergebnisse zu minimieren (siehe Abschnitt 4.4.2). Während die QS-Dokumentation für alle ausgelösten Fälle erfolgt, ist bei der Patientenbefragung nur von einem Rücklauf von 30 % der angefragten Patientinnen und Patienten auszugehen.²⁹ Bei ansonsten gleichen Annahmen im Rahmen einer Poweranalyse erfordert die Patientenbefragung daher die Auslösung von ca. dreimal so vielen Fällen wie die Indikatoren auf Basis der QS-Dokumentation oder der Sozialdaten.

Hinsichtlich der Verteilung der Fälle aus der Patientenbefragung wurde anhand der verfügbaren Krankenkassendaten simuliert, welche Fallzahlen sich in Abhängigkeit von der anvisierten Fallzahl pro Leistungserbringer erwarten lassen (siehe Tabelle 4). Insbesondere wurde untersucht, bei wie vielen der 1.720 in den Daten enthaltenen Krankenhäusern letztlich i) gar keine, ii) weniger als 4, iii) weniger als 34 und iv) weniger als 67 eingegangene Fragebögen pro Jahr erwartet werden können.³⁰ Die Schwellen von 34 und 67 Fragebögen basieren dabei auf einer Poweranalyse³¹ zur notwendigen Mindestanzahl von Fragebögen, um mit ausreichender statistischer Sicherheit deutliche Qualitätsdefizite detektieren zu können.³¹ Diese Schwellen sind auch für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* relevant.³¹ Die Schwelle von 4 Fällen ist eine aus Datenschutzgründen erforderliche Mindestfallzahl, ab der überhaupt erst eine Leistungserbringer-spezifische Auswertung erfolgen kann.

²⁹ siehe Abschnitt 12.3 im Abschlussbericht zu Teilauftrag C (Abgabe an den G-BA am 31.10.2022)

³⁰ Ein verzerrender Effekt dieser Analyse ist, dass die letztliche Auswertung im Regelbetrieb auf Standort-Ebene erfolgt. Demnach sind im Vergleich zu den Angaben aus Tabelle 3 noch kleinere Fallzahlen pro Standort zu erwarten.

³¹ Diese Poweranalysen gehen von unterschiedlichen QI-Konstruktionen bei einer gewünschten Detektionswahrscheinlichkeit von 80 % aus.

Tabelle 4: Empirische Analyse zur Anzahl ausgelöster QS-pflichtiger Fälle und zur erwarteten Anzahl eingehender Fragebögen aus der Patientenbefragung (PB) pro Leistungserbringer (LE)

Anvisierte Fallzahl QS-pflichtiger Fälle	Erwartete Anzahl eingegangener Fragebögen der PB	Anzahl LE	LE ohne Fälle in PB	LE mit < 4 PB-Fällen	LE mit < 34 PB-Fällen	LE mit < 67 PB-Fällen
100.000	28.193	1.720	207	459	1.458	1.707
200.000	47.190	1.720	149	318	1.067	1.665
300.000	57.981	1.720	125	257	856	1.627
400.000	64.678	1.720	111	221	718	1.602
500.000	69.315	1.720	101	198	626	1.584

Bei 300.000 anvisierten QS-pflichtigen Fällen würden insgesamt lediglich ca. 58.000 Fälle für die Patientenbefragung auswertbar werden (siehe Tabelle 4). Von den 1.720 Krankenhäusern kann bei 257 (14,9 %) Krankenhäusern erwartet werden, dass die für die Auswertung notwendige Mindestfallzahl von 4 Fällen nicht erreicht wird. Die laut Poweranalyse notwendige Fallzahl von 34 oder 67 Fällen (in Abhängigkeit vom zugrunde liegenden Qualitätsindikator) wird voraussichtlich nur von wenigen Leistungserbringern erreicht.

Würde die anvisierte Anzahl an QS-pflichtigen Fällen im Vergleich zu 300.000 deutlich reduziert oder erhöht, so würden sich gleichermaßen die Anzahl auswertbarer Leistungserbringer bzw. die statistische Aussagekraft der Auswertungen der Patientenbefragung ebenso verschlechtern bzw. verbessern. Eine im Sinne einer ausreichend hohen Auswertbarkeit geeignete Fallzahlschwelle ist aus den in Tabelle 4 gezeigten Szenarien nicht eindeutig ersichtlich.

Gleichzeitig mit der statistischen Aussagekraft der Indikatoreauswertungen der Patientenbefragung wächst der Dokumentationsaufwand bei den Leistungserbringern proportional mit der Fallzahl. Die empfohlene Zahl von 300.000 Fällen stellt daher einen Kompromiss dieser zwei gegensätzlichen Fallzahlanforderungen dar.³²

4.3.2 Fallzahlreduktion mittels Stichprobenverfahren im QS-Filter

Um diese Fallzahl der als QS-relevant selektierten Fälle auf etwa 300.000 QS-pflichtige Fälle zu reduzieren, soll ein zusätzliches, nachgelagertes Stichprobenverfahren eingesetzt werden, welches ebenso direkt innerhalb des QS-Filters implementiert wird.

³² Anhand von gesammelten Erfahrungen im Rahmen des Regelbetriebs ließe sich diese Setzung der anvisierten Fallzahl jahresweise anpassen.

Innerhalb des QS-Filters soll dies als zusätzlicher Ein-/Ausschluss-Algorithmus im Sinne einer pseudozufälligen Stichprobenziehung implementiert werden, um die letztliche Zahl QS-pflichtiger Fälle zielgerichtet zu reduzieren. „Pseudozufällig“ bedeutet dabei, dass diese Komponente des Auslösealgorithmus folgende Eigenschaften erfüllt:

- die Ziehung ist nicht durch für das QS-Verfahren inhaltlich relevante Merkmale der Patientinnen und Patienten (z. B. Alter, Diagnose, etc.) beeinflusst und führt somit zu keiner Verzerrung der Stichprobe
- die Ziehung ist nicht durch den Leistungserbringer beeinflussbar
- die Ziehung ist transparent, sodass auf Basis der Fallinformationen eindeutig nachvollziehbar ist, ob ein Fall in die pseudozufällige Stichprobe eingeschlossen wird
- die Ziehung ist deterministisch bzw. reliabel, sodass auch bei mehrmaliger Anwendung des Stichprobenfilters für denselben Fall dieser jeweils immer zum gleichen Ergebnis hinsichtlich Ein- oder Ausschluss führt. Gleiches ist auch für die Durchführung einer SOLL-Statistik nach § 15 DeQS-RL erforderlich.

Der konkrete Ansatz zur Umsetzung einer solchen Stichprobenziehung basiert dabei auf der eGK-Versichertennummer, die im KIS für die QS-Auslösung zugreifbar vorliegt. Für jeden GKV-Versicherten bestehen die ersten 10 Stellen der eGK-Versichertennummer aus einer zufälligen, lebenslang gültigen Nummer, wobei die Stellen 2 bis 9 eine zufällige Ziffernfolge darstellen (GKV-Spitzenverband 2021). Insbesondere die zweistelligen Zahlen basierend auf den Stellen 8 und 9 der eGK-Versichertennummer folgen einer Gleichverteilung über die einhundert möglichen Ausprägungen „00“, „01“, ..., „99“³³. Eine zielgenaue Reduktion des Anteils QS-pflichtiger Fälle ist somit realisierbar, indem nur Fälle ausgelöst werden, deren eGK-Versichertennummer an den Stellen 8 und 9 eine zuvor festgelegt und im QS-Filter festgeschriebene Ausprägung aufweist. Zum Beispiel ließe sich eine Fallzahlreduktion auf ca. 20 % erreichen, falls nur Fälle mit den Stellenausprägungen „00“, „01“, ..., „19“ ausgelöst würden (20 von 100 möglichen Kombinationen). Darüber hinaus ließe sich im Rahmen der jährlichen Anpassung des QS-Filters die verfahrensweite Stichprobengröße nach Bedarf adjustieren, indem auslösende Zahlenkombinationen ergänzt oder entfernt werden. Diese Art der algorithmischen Fallstichprobenziehung erfüllt alle der oben genannten Eigenschaften der Pseudozufälligkeit.

Für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* empfiehlt das IQTIG eine Fallzahl von circa 300.000 Fälle, die durch die Leistungserbringer dokumentiert werden sollen. Dies entspricht einem Anteil von aufgerundet 4 % von den insgesamt etwa 9 Millionen Fällen, die in der ersten Filterstufe durch das Prognosemodell vorselektiert werden. Daher schlägt das IQTIG vor, mittels der Stichprobenkomponente des QS-Filters nur Fälle auszulösen, deren Stellen 8 und 9 der eGK-Versichertennummer eine der vier Ausprägungen „00“, „01“, „02“ oder „03“ aufweisen.

Aufgrund der Eigenschaften der pseudozufälligen Stichprobenziehung betrifft diese Fallzahlreduktion alle Patientengruppen gleichermaßen, das heißt, eine spezifische Schichtung der Stichprobe, zum Beispiel nach Alter oder nach Leistungserbringer, erfolgt nicht. Auf Leistungserbringerebene bedeutet dies, dass sich die Anzahl der durch das Prognosemodell als QS-pflichtig

³³ Schriftliche Auskunft des Referats Datenaustausch des GKV-Spitzenverbands

selektierten Fälle um jeweils ca. den gleichen Anteil verringert, unabhängig von der Größe der ursprünglichen Fallzahl des Leistungserbringers. Eine Herausforderung bei der Setzung der Stichprobengröße ist es, den letztlichen Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer mit insgesamt hohen Fallzahlen angemessen gering zu halten und gleichzeitig eine ausreichende Anzahl QS-pflichtiger Fälle bei Leistungserbringern mit ohnehin kleinen Fallzahlen zu gewährleisten (siehe Abschnitt 4.4.2).

4.4 Beschreibung der selektierten Fallpopulation

Anhand des in Abschnitt 4.2 beschriebenen Prognosemodells zusammen mit dem für die Selektion QS-relevanter Fälle empfohlenen Schwellenwert von 0,5 lässt sich für die Entlassfälle in der Grundgesamtheit zum Jahr 2017 beispielhaft berechnen, welche dieser Fälle mittels des entwickelten Algorithmus selektiert werden würden. Dies umfasst genau jene Entlassfälle, für die das Prognosemodell eine mindestens 50%ige Wahrscheinlichkeit für eBEM vorhersagt. Die zusätzlich Fallzahl-Reduktion dieser Population anhand des Stichprobenverfahrens innerhalb des QS-Filters bleibt bei dieser Beschreibung unberücksichtigt, da diese Reduktion keine verzerrende Wirkung auf die Fallpopulation hat.

Nach aktuellem Stand des Prognosemodells würde die auf diese Weise inhaltlich identifizierte Fallpopulation hinsichtlich demographischer und versorgungsbezogener Merkmale letztlich die Grundlage zur Eingrenzung des QS-Verfahrens auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement bilden³⁴.

Um einen Eindruck von den selektierten Fälle zu erlangen, werden im Folgenden zunächst ausgewählte demographische und versorgungsbezogene Merkmale dieser Fallpopulation beschrieben (Abschnitt 4.4.1). Zudem wird die Verteilung der Entlassfälle auf die Leistungserbringer dargestellt (Abschnitt 4.4.2). Diesbezüglich ist hervorzuheben, dass sich die folgenden Analysen alleinig auf die zur Verfügung gestellten Daten einer Krankenkasse beziehen und die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf die Gesamtpopulation aller gesetzlich versicherten Entlassfälle für den Regelbetrieb nur eingeschränkt möglich ist.

4.4.1 Demographische und versorgungsspezifische Merkmale der Patientinnen und Patienten

Von den insgesamt 1.633.359 Entlassfällen in der Datengrundlage zum Indexjahr 2017 (Grundgesamtheit der Modelldaten) würden durch den Algorithmus 894.550 Entlassfälle (54,8 %) selektiert. Von den selektierten Fällen erfüllen 734.768 Entlassfälle (82,1 %) eBEM.

Die Verteilung der Grundgesamtheit der Modelldaten aller Entlassfälle und der selektierten Fallpopulation nach Alter ist in Abbildung 4 (oben) dargestellt.³⁵ Zusätzlich ist diese Verteilung noch

³⁴ Die zusätzliche Stichprobenziehung innerhalb des QS-Filters führt zu keiner systematischen Verschiebung der dargestellten Fallmerkmale.

³⁵ Diese Angaben basieren auf der empirischen Datenstichprobe, die durch die Krankenkasse zur Verfügung gestellt wurde. Die Angaben sind nicht alters- und geschlechtsstandardisiert hochgerechnet auf die bundesweite Gesamtpopulation der gesetzlich Versicherten.

einmal stratifiziert nach Geschlecht und nach eBEM vs. kein eBEM dargestellt (Abbildung 4, unten). Es ist deutlich erkennbar, dass der Anteil sowie die Anzahl an Personen innerhalb der Grundgesamtheit der Modelldaten ab einem Alter von ca. 50 Jahren deutlich ansteigt und das Maximum bei einem Alter von 78 Jahren erreicht, gleichermaßen unter Fällen mit oder ohne eBEM. Der Anteil selektierter Fälle (rot gekennzeichnet) ist für ältere Personen stets höher im Vergleich zu jüngeren Entlassfällen, unabhängig von Geschlecht und eBEM. Für die weitere Entwicklung ist zu berücksichtigen, dass basierend auf diesen Daten z. B. Entlassfälle unter 40 Jahren oder Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren nur einen geringen Anteil von 4,2 % bzw. 0,8 % der selektierten Population ausmachen. Im Gegensatz dazu beträgt der entsprechende Anteil unter allen Entlassfällen mit eBEM 7,6 % (unter 40 Jahren) bzw. 1,4 % (Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren).

Der Anteil der selektierten Fälle unterscheidet sich erwartungsgemäß deutlich zwischen den Fällen mit und ohne eBEM über das gesamte Altersspektrum. Dieser Unterschied ist ein visueller Indikator für die Klassifikationsgüte des Selektionsalgorithmus. Zwischen männlichen und weiblichen Fällen gibt es kaum erkennbare Unterschiede hinsichtlich der Altersverteilung der gesamten Fallpopulation, deren Aufteilung in Fälle mit oder ohne eBEM und in der Altersverteilung der tatsächlich selektierten Fälle. Auffällig ist lediglich die vergleichsweise hohe Anzahl stationärer Fälle bei Frauen im Alter zwischen 25 und 40 Jahren, die auf den hohen Anteil an Entlassfällen nach einer Entbindung in dieser Altersgruppe zurückgeführt werden kann. Wie bereits in Abschnitt 4.2.5 beschrieben, ist die Vorhersagegüte des Modells in dieser Teilpopulation vergleichsweise gering, sodass z. B. die Anzahl der selektierten Fälle mit eBEM nicht proportional mit der Gesamtanzahl an Fällen mit eBEM in dieser Altersgruppe ansteigt.



Abbildung 4: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Alter (oben) sowie zusätzlich stratifiziert nach Geschlecht und eBEM vs. kein eBEM (unten)

Die Verteilung der durch den Algorithmus selektierten und nicht selektierten Entlassfälle in Abhängigkeit von der stationären Verweildauer ist in Abbildung 5 dargestellt.³⁶ In der Grundgesamtheit der Modelldaten haben 18,0 % der Entlassfälle eine Verweildauer von 2 Tagen, wobei die Anzahl der Fälle mit steigender Verweildauer kontinuierlich abnimmt. Stationäre Fälle mit einer Verweildauer von weniger als 2 Tagen wurden nicht in der Grundgesamtheit der Modelldaten berücksichtigt (Abschnitt 4.2.1). Der Anteil der selektierten Entlassfälle steigt mit zunehmender Verweildauer, bei einer Verweildauer von 2 Tagen werden beispielsweise nur 27,9 % der Fälle selektiert, ab einer Verweildauer von 6 Tagen mehr als die Hälfte und ab 10 Tagen bereits mehr als 80 % der Fälle.

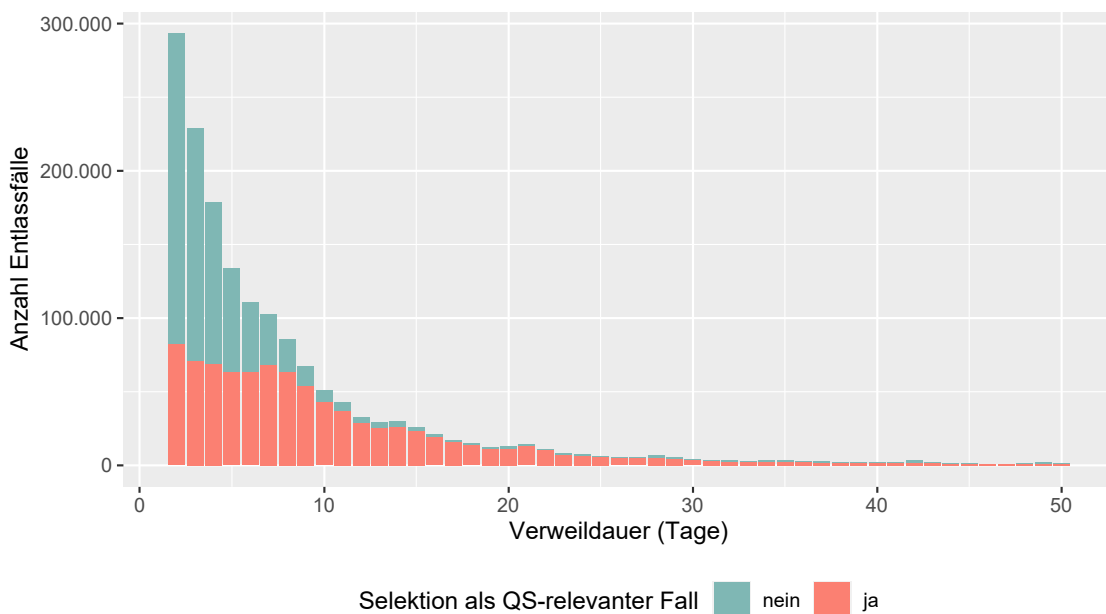


Abbildung 5: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Verweildauer im Krankenhaus. Fälle mit einer Verweildauer von mehr als 50 Tagen sind nicht dargestellt

Der Anteil selektierter Fälle in Abhängigkeit vom Pflegegrad ist in Abbildung 6 gezeigt. Deutlich erkennbar ist der hohe Anteil von Entlassfällen ohne Pflegegrad an allen Fällen in der Grundgesamtheit der Modelldaten (80,5 %). Ebenso auffällig ist, dass fast alle Entlassfälle (> 99 %) mit einem prästationär vorhandenen Pflegegrad selektiert werden, während es bei den Fällen ohne Pflegegrad nur 44,1 % sind. Ein prästationär vorhandener Pflegegrad ist somit ein entscheidender Prädiktor für die Selektion eines Entlassfalls als QS-pflichtigen Fall. Im Vergleich erfüllen allerdings nur 90,7 % aller Entlassfälle mit einem Pflegegrad tatsächlich die eBEM-Zielvariable, so dass der Algorithmus diesbezüglich zu sensitiv selektiert.

³⁶ Eine zusätzlich stratifizierte Darstellung nach Geschlecht und eBEM bietet keine weiteren nennenswerten Erkenntnisse.

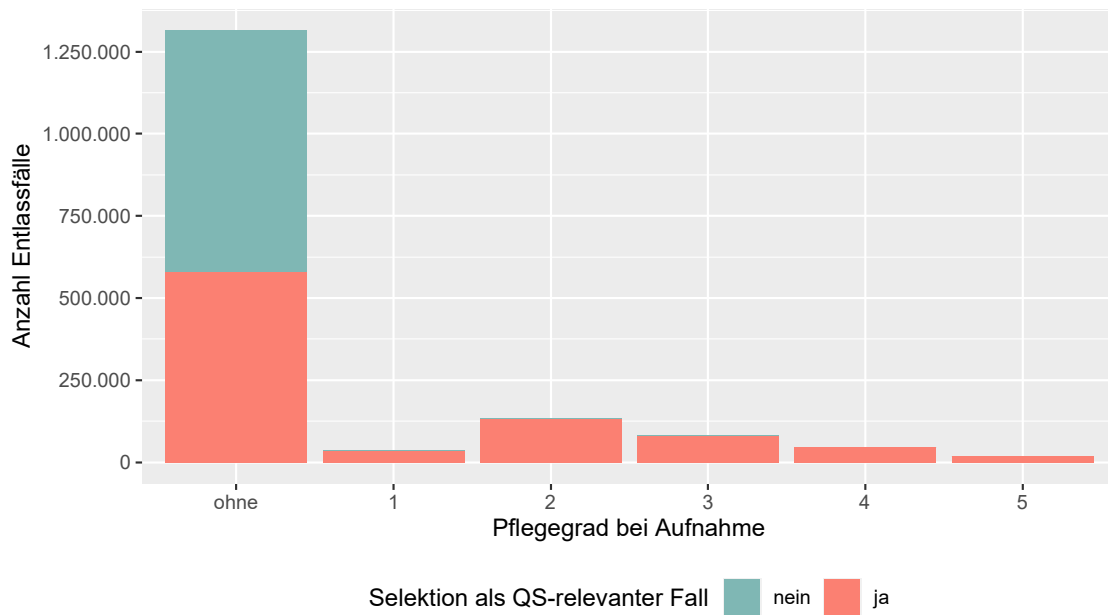


Abbildung 6: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Pflegegrad bei Aufnahme ins Krankenhaus

4.4.2 Verteilung der selektierten Fallpopulation auf die Leistungserbringer

Um einen Eindruck darüber zu gewinnen, wie sich die selektierte Fallpopulation im QS-Verfahren *Entlassmanagement* auf die verschiedenen Krankenhäuser verteilt, wurde auf Basis der verfügbaren Grundgesamtheit der Modelldaten die entsprechende Fallzahl pro Krankenhaus berechnet.

Es ist zu beachten, dass diese Grundgesamtheit der Modelldaten eine Stichprobe von 1,63 Millionen Entlassfällen aus dem Jahr 2017 darstellt und somit nur ca. 10 % von allen gesetzlich versicherten Entlassfällen des Jahres 2017 umfasst.³⁷ Darüber hinaus beinhalten die verfügbaren Daten nur Angaben zu den Krankenhäusern, die jeweils anhand der Institutionskennzeichennummer (IK-Nummer) unterschieden werden, jedoch nicht zu den weiter zu differenzierenden Krankenhausstandorten, die für eine QS-Auswertung herangezogen würden. Der hier dargestellten Analyse liegt somit eine etwas gröbere Auswertungsebene zugrunde.

Insgesamt umfassen die verwendeten Routinedaten der Krankenkasse Entlassfälle von 1.720 verschiedenen Krankenhäusern. Bundesweit existierten 2017 laut Statistischem Bundesamt (GBE-Bund 2021a) 1.942 Krankenhäuser. Dass einzelne Krankenhäuser nicht in den Daten enthalten sind, ist vermutlich auf die Unvollständigkeit der Datenstichprobe zurückzuführen, sodass insbesondere viele kleine Krankenhäuser u. U. nicht enthalten sind.

³⁷ Laut KG-2-Statistik der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes gab es im Jahr 2017 16.530.843 Krankenhausfälle (GBE-Bund 2020).

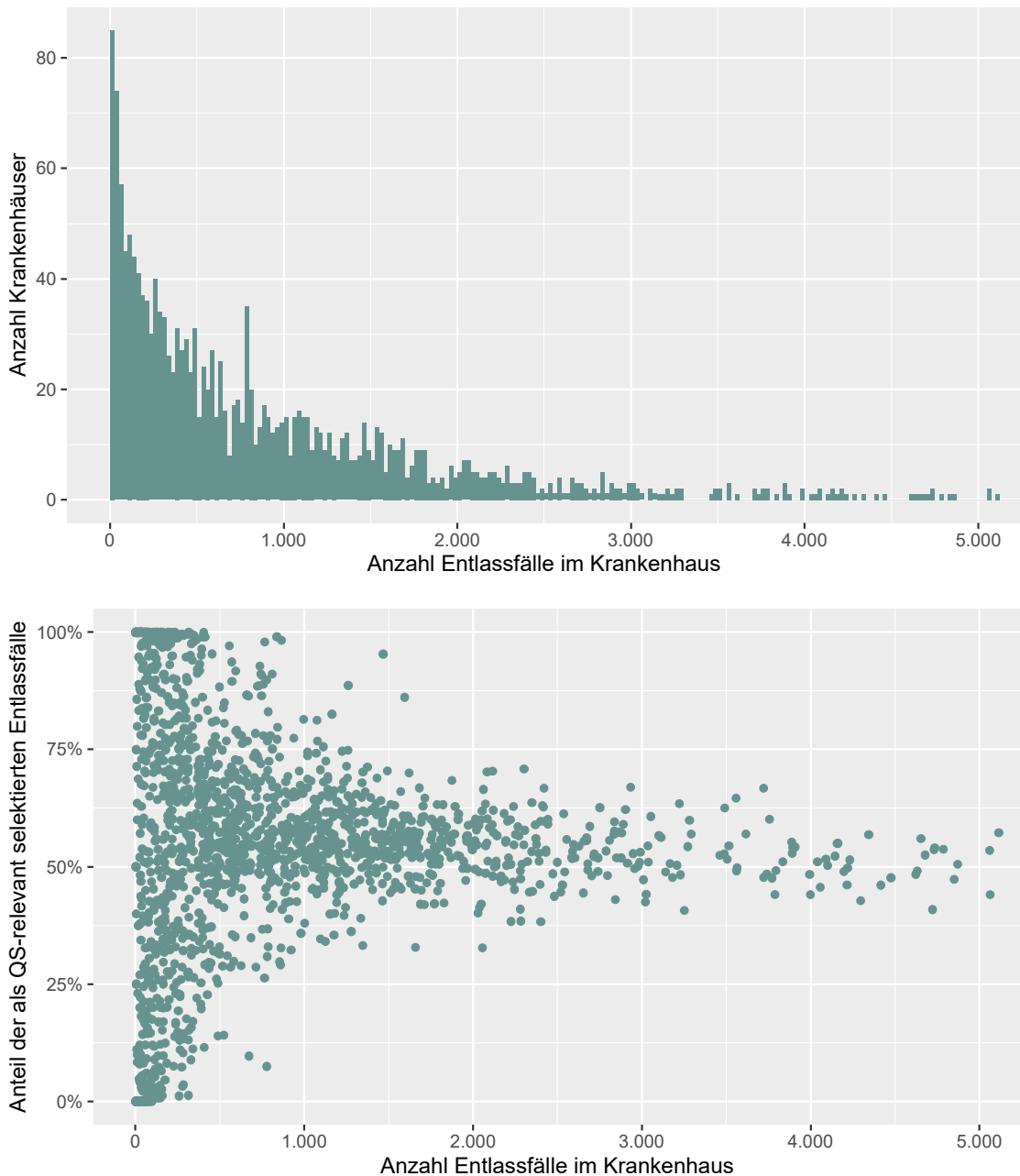


Abbildung 7: Oben: Verteilung der Anzahl der Entlassfälle in der Grundgesamtheit der Modelldaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Histogramm (Spannweite der Gruppen: 25 Fälle). Unten: Anteil der als QS-relevant selektierten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Krankenhäuser mit mehr als 5.000 Entlassfällen ($n = 21$) sind in beiden Grafiken teilweise nicht abgebildet.

Die Verteilung der Entlassfälle auf die Krankenhäuser ist in Abbildung 7 (oben) dargestellt. Auf sehr viele Krankenhäuser ($n = 258$) fallen weniger als 100 Entlassfälle der Grundgesamtheit. Insgesamt 1.142 Krankenhäuser behandelten höchstens 1.000 Entlassfälle. Das größte Krankenhaus behandelte 20.036 Entlassfälle (nicht dargestellt).

Welcher Anteil der Entlassfälle pro Krankenhaus zur selektierten Fallpopulation gehört, ist in Abbildung 7 (unten) dargestellt. Entsprechend des Gesamtanteils selektierter Fälle schwankt auch der krankenhausspezifische Anteil um 54 %. Die Variabilität dieses Anteils geht dabei über zufällige Schwankungen hinaus, so existieren z. B. unter den Krankenhäusern mit ca. 100 Entlassfällen sowohl Krankenhäuser, bei denen alle Entlassfälle selektiert würden oder aber gar kein Entlassfall selektiert würde. Daher ist davon auszugehen, dass unter den Krankenhäusern versorgungsbezogene Unterschiede (z. B. hinsichtlich fachlicher Spezialisierung oder Patientenklintel) vorliegen, die diese Unterschiede im Anteil selektierter Entlassfälle verursachen.

Hinsichtlich der statistischen Aussagekraft der Indikatorergebnisse auf Basis der QS-Daten durch die Leistungserbringer ist die Verteilung der Anzahl QS-pflichtiger Fälle pro Krankenhaus von besonderem Interesse. Zu diesem Zweck wird auf der verfügbaren Datenstichprobe von Entlassfällen auf die bundesweite Fallpopulation sowie auf die durch den QS-Filter mitsamt Stichprobenalgorithmus ausgelöste QS-Fallpopulation hochgerechnet. Ausgehend davon, dass die Datenstichprobe ca. 10 % aller bundesweiten jährlichen Entlassfälle enthält und dass wiederum der QS-Filter ca. 4 % der jährlichen Entlassfälle für die Auslösung in Betracht zieht³⁸ (siehe Abschnitt 4.3.2), müssen die Fallzahlen auf Basis der Datenstichprobe auf zu erwartende Fallzahlen im späteren Regelbetrieb hochgerechnet werden. Konkret bedeutet dies, dass beispielsweise für ein Krankenhaus mit laut Datengrundlage 28 durch das Prognosemodell selektierten Fällen erwartet werden kann, dass bei Anwendung des QS-Filters mitsamt Fallselektion und Stichprobenziehung auf alle Entlassfälle des Krankenhauses eine Anzahl von 10 QS-pflichtigen Fällen erwartet werden kann. Es ist zu beachten, dass diese Art der Hochrechnung von der Annahme ausgeht, dass die verwendeten Routinedaten der Krankenkasse vollständig repräsentativ sind. Zudem lässt die Hochrechnung jegliche Art von statistischer Variabilität unberücksichtigt.

³⁸ Dies bedeutet, dass der QS-Filter ca. 4 % der Fälle mittels des eGK-Versichertennummern-basierten Stichprobenverfahrens vorselektiert, ungeachtet des fallbasierten Einschlusskriteriums anhand des Prognosemodells.

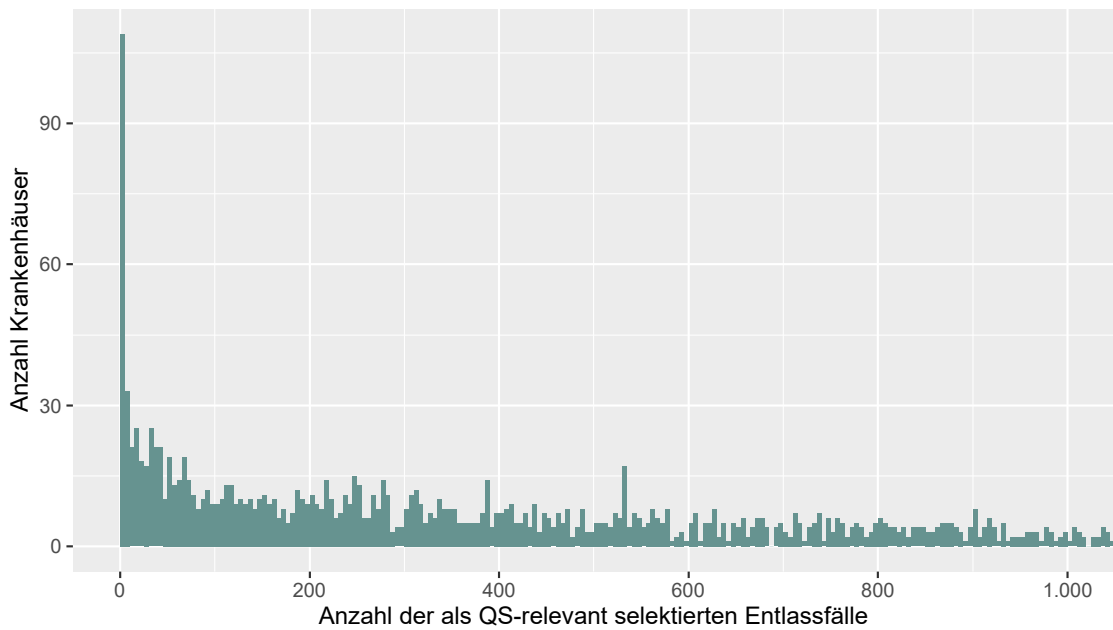


Abbildung 8: Verteilung der Anzahl der als QS-relevant selektierten Entlassfälle über die Krankenhäuser als Histogramm (Spannweite der Gruppen: 5 Fälle), basierend auf den Modelldaten der Grundgesamtheit. Krankenhäuser mit mehr als 1.000 Entlassfällen ($n = 578$) sind teilweise nicht abgebildet.

In Abbildung 8 ist die Verteilung der Anzahl selektierter Fälle pro Krankenhaus entsprechend der verfügbaren Grundgesamtheit der Modelldaten dargestellt. Insgesamt weisen 211 (12,2 %) Krankenhäuser weniger als 28 selektierte Entlassfälle auf, während die meisten Krankenhäuser deutlich mehr als 28 selektierte Entlassfälle erreichen. Es zeigt sich jedoch auch, dass es durchaus Krankenhäuser ($n = 38$) ohne einen einzigen selektierten Fall in der Datenstichprobe gibt.

5 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Die Neuentwicklung der Qualitätsindikatoren erfolgte auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Beauftragung geltenden Methodischen Grundlagen V1.1 des IQTIG (IQTIG 2019c) anhand folgender Entwicklungsschritte (siehe Abbildung 9): Zunächst wurde die Ableitung und Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen vorgenommen, die anschließend zu Qualitätsindikatoren operationalisiert wurden. Die Qualitätsindikatoren bilden nach abschließender Zusammenführung ein Set an Qualitätsindikatoren, das einem Beteiligungsverfahren mit den zu beteiligenden Organisationen nach § 137a Abs. 7 SGB V unterzogen wird (IQTIG 2019c: 58-66).

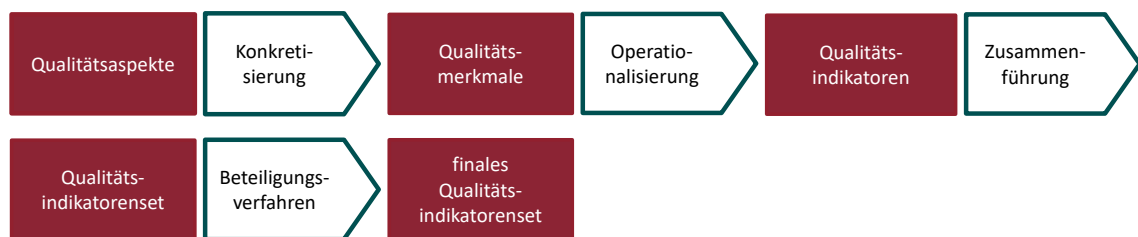


Abbildung 9: Entwicklungsschritte vom Qualitätsmodell bis zum Qualitätsindikatorensatz

Im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* wurde vom IQTIG ein Qualitätsmodell mit den patientenrelevanten Qualitätsaspekten zur Gestaltung eines möglichst reibungslosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die anschließende Nach- und Weiterversorgung (IQTIG 2019a) entwickelt, das die inhaltliche Grundlage für die weitere Entwicklung der Qualitätsindikatoren bildet. In Abbildung 10 ist das Qualitätsmodell dargestellt, in der jene Qualitätsaspekte farblich hervorgehoben sind, für die eine Abbildung über die Datenquellen der QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern bzw. den Sozialdaten bei den Krankenkassen als möglich eingeschätzt wurde. Nur diese wurden dementsprechend in den folgenden Entwicklungsarbeiten weiter adressiert. Die grau unterlegten Qualitätsaspekte wurden im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung aufgegriffen.

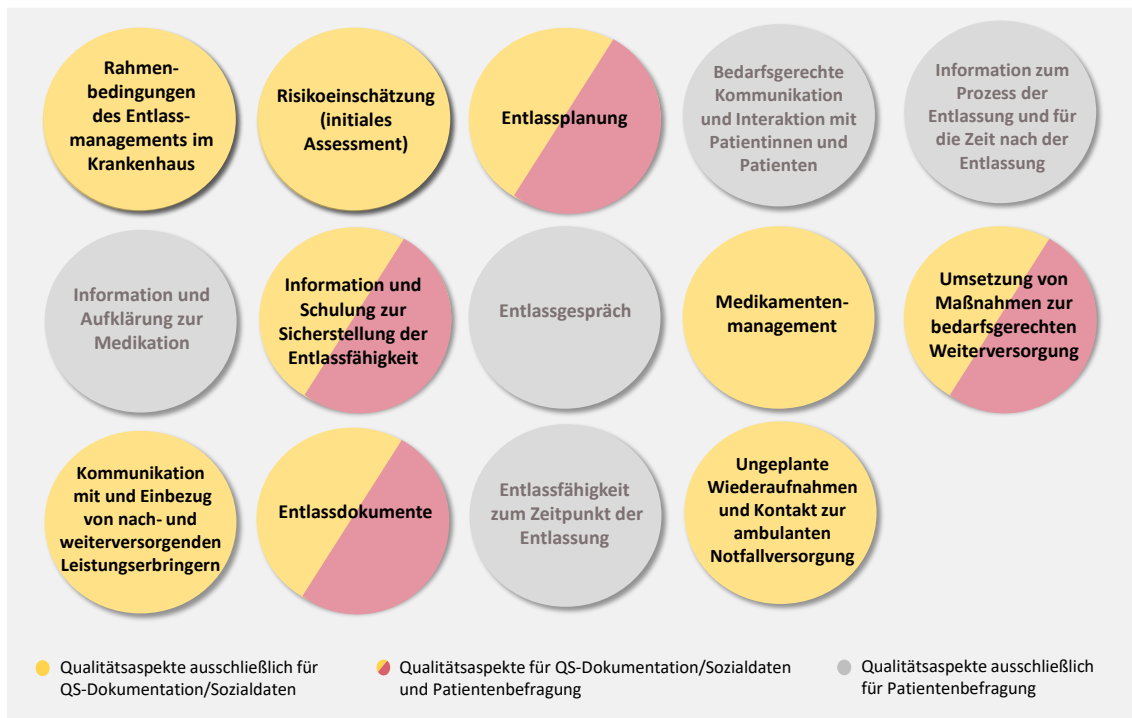


Abbildung 10: Dokumentations- bzw. sozialdatenbasierte Qualitätsaspekte

Ableitung der Qualitätsmerkmale

In einem ersten Arbeitsschritt wurden für die ausgewählten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells die entsprechenden patientenrelevanten Qualitätsmerkmale der Versorgung identifiziert, die wichtige Teile des jeweiligen Aspekts abbilden. Diese Qualitätsmerkmale beziehen sich auf konkret begründete Qualitätsanforderungen an die Versorgungspraxis (Struktur, Prozess, Ergebnis), die im Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung überprüft werden sollen. Hierfür wurden, bezogen auf die konkreten Qualitätsaspekte, Empfehlungen aus internationalen Leitlinien, Expertenstandards der Pflege und den Vorgaben aus dem Rahmenvertrag Entlassmanagement extrahiert sowie systematisch recherchierte Studien (systematische Reviews, quantitative und qualitative Primärstudien und Sekundärdatenanalysen) herangezogen und in einem Syntheseprozess Qualitätsmerkmale abgeleitet und den einzelnen Qualitätsaspekten zugeordnet. Als Ergebnis der Literatur- und Leitlinienrecherche standen hierfür insgesamt 3 evidenzbasierte Leitlinien (einschließlich des Expertenstandards Entlassungsmanagement), 71 systematische Reviews, 63 Primärstudien und Sekundärdatenanalyse sowie 3 Publikationen aus der ergänzenden Recherche zur Versorgungssituation zur Verfügung.

Die abgeleiteten Qualitätsmerkmale werden in den folgenden Abschnitten ausführlich dargestellt. Für jedes abgeleitete Qualitätsmerkmal finden sich im Anhang A.2.2 die zugrunde liegenden Vorgaben aus dem Rahmenvertrag Entlassmanagement sowie in Anhang A.2.3 die konkreten Empfehlungen (inkl. entsprechender Empfehlungsgrade und Evidenzstärken) aus dem Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie den internationalen Leitlinien aufgeführt.

Die Qualitätsmerkmale wurden nachfolgend hinsichtlich spezifischer Eignungskriterien für die Qualitätsindikatoren der Qualitätssicherung gemäß den zum Auftragszeitpunkt geltenden „Methodischen Grundlagen V 1.1“ (IQTIG 2019c: 135-143) geprüft:

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel
- Übereinstimmung mit einem Qualitätsaspekt
- Potenzial zur Verbesserung
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer

Die Prüfung der ersten beiden Eignungskriterien wird jeweils in den Unterabschnitten zur „Ableitung der Qualitätsmerkmale“ mit dargestellt. Aufgrund der Ableitung der Qualitätsmerkmale auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie des Expertenstandards Entlassungsmanagement wird die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten sowie der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel als gegeben angenommen, da die Sicherstellung einer kontinuierlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung beim Übergang in die poststationäre Versorgung explizit die Zielsetzung sowohl des Rahmenvertrags (§ 2 GKV-Spitzenverband et al. 2022b) als auch des Expertenstandards Entlassungsmanagement (Vorwort DNQP 2019) ist. Darüber hinaus konnte teilweise die systematische Literatur herangezogen werden, um den Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel zusätzlich darzulegen. Die Übereinstimmung mit einem Qualitätsaspekt des Qualitätsmodells spiegelt sich in der Zuordnung der Qualitätsmerkmale in die Kapitel der Qualitätsaspekte wider.

Hinsichtlich der Prüfung des Eignungskriteriums „Potenzial zur Verbesserung“ wurden die Qualitätsmerkmale anhand der Ergebnisse aus der Literaturrecherche sowie anhand der Ergebnisse der leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement* überprüft (IQTIG 2019a). Zudem wurden alle Qualitätsmerkmale mit dem Expertengremium diskutiert.

Da die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer immer auch die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch den Leistungserbringer voraussetzt, wird die gemeinsame Prüfung jeweils in den Unterabschnitten „Zuschreibbarkeit der Verantwortung“ dargestellt.

Expertengremium

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

- Potenzial zur Verbesserung
 - Es handelt sich um ein Qualitätsmerkmal, für das Potenzial zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung vorliegt.

- Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer (schließt die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer ein)
 - Es handelt sich um ein Qualitätsmerkmal, das dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) verantwortlich zugeschrieben werden kann.

Nach der Aufbereitung der Rückmeldungen des Expertengremiums zu den abgeleiteten Qualitätsmerkmalen und abschließender Prüfung der Qualitätsmerkmale hinsichtlich der o. g. Eignungskriterien des Qualitätsziels durch das IQTIG (siehe jeweils die tabellarischen Darstellungen zu allen Merkmalen des Qualitätsaspekts) wurden im zweiten Entwicklungsschritt die abgeleiteten Qualitätsmerkmale zu Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen operationalisiert.

Operationalisierung der Qualitätsmerkmale

Die Operationalisierung der Qualitätsmerkmale orientierte sich an den Eignungskriterien des Messverfahrens: Objektivität, Reliabilität, Datenqualität, Validität und Praktikabilität (IQTIG 2019c). Zunächst wurde final festgelegt, welches der verfügbaren Erfassungsinstrumente am besten geeignet ist, um das jeweilige Qualitätsmerkmal abzubilden. Im vorliegenden Kontext kommen hierbei die fallbezogene bzw. die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation oder Sozialdaten bei den Krankenkassen in Betracht. Die Bestandteile und Anforderungen der einzelnen Erfassungsinstrumente sind in den Methodischen Grundlagen des IQTIG ausführlich dargelegt (IQTIG 2019c).

Darüber hinaus umfasst die Operationalisierung eines Qualitätsmerkmals zu einem Qualitätsindikator einen Vorschlag zu möglichen Risikofaktoren sowie für den Referenzbereich (IQTIG 2019c). Zu einem späteren Zeitpunkt sollen diese Risikofaktoren bei der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells auf Basis empirischer Daten berücksichtigt werden. Die Vorschläge der Referenzbereiche wurden unter Kenntnis des Versorgungsgeschehens sachlogisch abgeleitet und mit dem Expertengremium konsentiert.

Am Ende dieses Entwicklungsschrittes wurde erneut das Expertengremium beratend einbezogen, um die Entwürfe der Qualitätsindikatoren/Kennzahlen hinsichtlich der Operationalisierung zu beraten. Darüber hinaus wurde die Angemessenheit der vorgeschlagenen Referenzbereiche mit den Expertinnen und Experten diskutiert (IQTIG 2019c).

Analog zur Konkretisierung der Qualitätsmerkmale wurde auch im Rahmen der Operationalisierung eines Qualitätsmerkmals zu einem Qualitätsindikator der Qualitätsindikatortitel weiter konkretisiert. Zum einheitlichen Verständnis wurde in den jeweiligen Abschnittstiteln zu den Qualitätsindikatoren immer der endgültige Titel verwendet.

Nachfolgend werden in den Abschnitten 5.1 bis 5.10, ausgehend von den Qualitätsaspekten, zuerst die Ergebnisse der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale dargelegt. Anschließend wird bei den konkretisierten Qualitätsmerkmalen je Qualitätsaspekt die Operationalisierung zum Qualitätsindikator beschrieben.

5.1 Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“

Die Bedeutung der Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement wurden bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* dargelegt (IQTIG 2019a). Der Qualitätsaspekt fokussiert dabei auf die strukturellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus für das Entlassmanagement (Personal, Qualifikation, Ausgestaltung, Organisation, Evaluation). Die Ergebnisse zeigten, dass die strukturellen Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern auch nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags Entlassmanagement weiterhin nicht überall ausreichend geschaffen sind, weshalb noch ein deutliches Verbesserungspotenzial identifiziert wurde (IQTIG 2019a).

5.1.1 Qualitätsmerkmale

Für den Qualitätsaspekt wurden auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie den Empfehlungen des Expertenstandards Entlassmanagement und weiterer Leitlinien **acht** Qualitätsmerkmale abgeleitet (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“

Qualitätsaspekt	Abgeleitete Qualitätsmerkmale
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess
	Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement
	Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement
	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen
	Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs
	Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)
	Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen
	Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern

5.1.1.1 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Im Rahmenvertrag Entlassmanagement sind verbindliche Vorgaben für ein Entlassmanagement für Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V enthalten. Diese gelten verpflichtend für alle Krankenhäuser bundesweit (GKV-Spitzenverband et al. 2022b). Demnach müssen Krankenhäuser ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicherstellen und **schriftlich definierte Standards etablieren** (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 1). Als Beispiel für einen Standard in der Pflege wird im Rahmenvertrag Entlassmanagement der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege genannt. Des Weiteren müssen **Verantwortlichkeiten aller am Entlassprozess beteiligten Professionen verbindlich geregelt** sein (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 1).

Der im Rahmenvertrag Entlassmanagement genannte Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2019) empfiehlt explizit, dass das Krankenhaus über eine schriftliche **Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassmanagement**, mit der die erforderlichen Abläufe und fachlichen Rahmenbedingungen gewährleistet werden, verfügen soll. Diese beinhaltet beispielsweise die Definition der Zielgruppe, Benennung verantwortlicher Personen, das Festlegen von Vorgehensweisen und eine Konkretisierung der Rahmenbedingungen (DNQP 2019). Des Weiteren wird empfohlen, dass die am Entlassprozess beteiligte Pflegefachkraft zur Koordination des Entlassprozesses sowie zu dessen Evaluation befähigt und autorisiert sein soll (DNQP 2019).

In mehreren systematischen Reviews konnte belegt werden, dass das Vorhandensein von standardisierten Interventionen zum Entlassmanagement (bspw. Nutzung von Assessments, Entlassplanung, Follow-up-Anrufe) zu einer Verringerung der Wiederaufnahmen nach 30 Tagen führt (Braet et al. 2016, Saunders et al. 2019, Fønss Rasmussen et al. 2021). In der Metaanalyse von Braet et al. (2016) konnte festgestellt werden, dass durch den Einsatz eines standardisierten Entlassmanagementprozesses bei chirurgischen Patientinnen und Patienten die Wiederaufnahmerate innerhalb von 3 Monaten über alle Studien hinweg signifikant reduziert werden konnte (Relatives Risiko (RR) = 0.77; 95 % Konfidenzintervall (KI) 0.70–0.84; $p < .001$). Auch für Patientinnen und Patienten in der Palliativversorgung, die eine spezielle Intervention zum Entlassmanagement erhalten hatten, konnte in den Interventionsgruppen eine Reduzierung der Wiederaufnahmen festgestellt werden (Saunders et al. 2019). Jedoch konnten im systematischen Review von Kavanagh et al. (2021) keine signifikanten Verbesserungen der Wiederaufnahmeraten durch Anwendung bestimmter Interventionen zum Entlassmanagement festgestellt werden.

Um für das Entlassmanagement notwendige personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen zu können, ist gemäß § 39 Abs. 1a SGB V zunächst eine vorherige **Information der Patientinnen und Patienten über Ziele und Inhalte des Entlassmanagements** in schriftlicher Form erforderlich. Auch der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement gibt dementsprechend in § 7 Abs. 1 vor, dass das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements zu informieren hat (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 7 Abs. 1). Zu diesen Zwecken sind im Anhang des Rahmenvertrags Entlassmanagement bundeseinheitliche und verbindlich anzuwendende Formulare vorgesehen

(Anlage 1a Information) (GKV-Spitzenverband et al. 2020a). Auch der österreichische Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement empfiehlt die Patientin oder den Patienten über das Entlassmanagement im Krankenhaus zu informieren (BMASGK 2018).

Neben der Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement ist es auch notwendig, gemäß § 39 Abs. 1a SGB V eine **Einwilligung der Patientin oder des Patienten zum Entlassmanagement** in schriftlicher Form einzuholen, um personenbezogene Daten für das Entlassmanagement erheben, verarbeiten und nutzen zu können. Im Rahmenvertrag Entlassmanagement wird dementsprechend vorgegeben, dass das Krankenhaus neben der Information über ein Entlassmanagement zusätzlich, sofern der Bedarf einer Anschlussversorgung besteht, die schriftliche Einwilligung der Patientinnen und Patienten für die Durchführung des Entlassmanagement einzuholen hat (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 7 Abs. 1). Zu diesen Zwecken sind im Anhang des Rahmenvertrags Entlassmanagement bundeseinheitliche und verbindlich anzuwendende Formulare vorgesehen (Anlage 1b Einwilligung) (GKV-Spitzenverband et al. 2018). Eine Einwilligung kann von den Patientinnen und Patienten jederzeit widerrufen werden, die Formulare enthalten hierzu die näheren Regelungen (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 7 Abs. 1).

Des Weiteren wird im Expertenstandard Entlassungsmanagement empfohlen, dass **die am Entlassprozess beteiligten Pflegefachkräfte die Auswahl und Anwendung von Maßnahmen hinsichtlich der Risikoeinschätzung sowie des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung beherrschen sollen** (DNQP 2019). So sollten sie über Planungs- und Steuerungskompetenzen bei der Durchführung der Entlassplanung verfügen. Durch die vorzuhaltenden Kompetenzen sind die zuständigen Pflegefachkräfte zur Koordination des Entlassprozesses befähigt und autorisiert. Darüber hinaus wird empfohlen, dass die zuständigen Pflegefachkräfte in der Lage sind, die Entlassplanung hinsichtlich des individuellen Bedarfs und der Fähigkeiten der Patientin oder des Patienten zu überprüfen (DNQP 2019), wofür eine entsprechende Schulung der beteiligten Gesundheitsprofessionen wichtig ist.

Darüber hinaus muss das Krankenhaus gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement bspw. im Rahmen von **Schulungen gewährleisten, dass die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten** vollständig und korrekt vornimmt (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 4 Abs. 4).

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfiehlt im Hinblick auf die **Evaluation des Entlassungsprozesses**, dass diese durch verbindliche Festlegungen im Entlassmanagement verankert sein soll und **im Krankenhaus entsprechende Strukturen dafür vorhanden sein sollen** (DNQP 2019). So sollen vom Krankenhaus Ressourcen zur Erhebung von Daten für eine **interne Evaluation** zur Verfügung gestellt werden. Die Evaluationsergebnisse können den Krankenhäusern dann ggf. für die Optimierung der Rahmenbedingungen des Entlassmanagements dienen. Zudem wird im Expertenstandard darauf verwiesen, dass es für eine einrichtungsinterne Evaluation zur Steuerung der Qualität des Entlassmanagements erforderlich ist, dass in einem Evaluationskonzept die Verantwortlichen, die Art der Durchführung sowie Dokumentation geregelt sind (DNQP 2021).

Aus der Empfehlung des Expertenstandards Entlassmanagement geht zudem hervor, dass die Pflegefachkraft innerhalb von 48 bis 72 Stunden **nach der Entlassung Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten bzw. Angehörigen aufnehmen soll, um das Ergebnis des Entlassprozesses zu überprüfen** (DNQP 2019). Die Evaluationen können und sollen in unterschiedlichen situations- und bedarfsorientierten Formen angeboten werden, beispielsweise durch schriftliche oder telefonische Befragung. Die dokumentierte Evaluation des Entlassprozesses soll regelmäßig ausgewertet werden und die Ergebnisse bewertet, fachlich reflektiert und in die Weiterentwicklung von Kriterien und Abläufen einbezogen werden (DNQP 2019). Auch die Leitlinie von NICE (2021) empfiehlt die Durchführung einer Evaluation mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen. Es soll innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung ein Follow-up-Kontakt erfolgen bzw. innerhalb von 48 Stunden, wenn ein Suizidrisiko besteht (NICE 2021).

Systematische Reviews zeigen, dass die Durchführung einer Evaluation mit den Patientinnen und Patienten nach Entlassung bspw. in Form von Telefonanrufen positive Effekte auf Entlassmanagement-bezogene Outcomes hat (Weber et al. 2017, Jones et al. 2016, Fønss Rasmussen et al. 2021, Hegedüs et al. 2018, Hamline et al. 2018, Conroy et al. 2020, Facchinetti et al. 2020, G-BA [kein Datum]). Darüber betonten Woods et al. (2019), dass telefonische Nachfassaktionen viele potenzielle Vorteile, wie bspw. die Verbesserung der Patientenzufriedenheit, des Selbstmanagements und der Patientenoutcomes haben.

Der Expertenstandards Entlassmanagement empfiehlt darüber hinaus, dass die Pflegefachkraft innerhalb von 48 bis 72 Stunden nach der Entlassung, neben der Kontaktaufnahme mit den Patientinnen und Patienten, ebenfalls **Kontakt mit der weiterversorgenden Einrichtung aufnehmen soll, um das Ergebnis des Entlassprozesses zu überprüfen** (DNQP 2019). Die Evaluationen sollen auch hier in unterschiedlichen, situations- und bedarfsorientierten Formen angeboten werden, beispielsweise durch schriftliche oder telefonische Befragung. Die dokumentierte Evaluation des Entlassprozesses soll regelmäßig ausgewertet werden und die Ergebnisse bewertet, fachlich reflektiert und in die Weiterentwicklung von Kriterien und Abläufen einbezogen werden (DNQP 2019).

5.1.1.2 Prüfung des Erfassungsinstruments

Für den Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“ wurde die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als geeignetes Erfassungsinstrument eingeschätzt. Auch auf Merkmalebene ergibt sich keine andere Einschätzung im Hinblick auf die Eignung des Erfassungsinstruments. Die abgeleiteten Qualitätsmerkmale sind alle auf Einrichtungsebene umzusetzen und dementsprechend über die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zu erfassen, um so die einrichtungsübergreifenden, strukturellen Rahmenbedingungen für ein Entlassmanagement in den Krankenhäusern zu bestimmen.

5.1.1.3 Potenzial zur Verbesserung

Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess

In der systematischen Literaturrecherche konnte hinsichtlich des Qualitätsmerkmals deutliche Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial gefunden werden. So werden in der Literatur als Defizite bei der Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Entlassmanagements von Lingnau et al. (2021) fehlende einheitliche Standards für den Prozess der Entlassung genannt. Das Deutsche Krankenhausinstitut stellte 2018 in einer Repräsentativbefragung fest, dass nur rund 56 % der befragten Krankenhäuser (n = 249) den Expertenstandard Entlassungsmanagement oder eine hauseigene Verfahrensregelung zum Entlassmanagement nutzen (Blum et al. 2018). Rund 11 % der Krankenhäuser nutzen die Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, welche die Aufgaben der klinischen Sozialarbeit unter anderem bei der Organisation der ambulanten, stationären und rehabilitativen Nachsorge nach Entlassung aus dem Krankenhaus beschreibt (Blum et al. 2018).

Das Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP 2021) zeigte, dass 7 von insgesamt 8 befragten Krankenhäusern eine Verfahrensregelung zum Entlassmanagement haben. Jedoch sind die Akzeptanz und der Stellenwert des Entlassmanagements unter den Pflegefachkräften sehr heterogen. Als Gründe wurden u. a. fehlendes Wissen in Bezug auf das Entlassmanagement sowie eine hohe Arbeitsverdichtung genannt (DNQP 2021). Weitere Barrieren für die Durchführung von Interventionen zum Entlassmanagement sind eine unzureichende Abstimmung von Organisationszielen, Pflegeprozessen und Verfahrensregelungen sowie eine mangelnde Klarheit über die Rollen und Zuständigkeiten des Pflegefachpersonals bei der Koordinierung der Patientenversorgung (Moore et al. 2021).

Ein personell gut abgestimmtes und fachlich kompetentes Entlassmanagementteam ist der Grundstein für einen optimalen Entlassmanagementprozess sowie eine reibungslose Anschlussbehandlung (Scheidt et al. 2020, Willms et al. 2016). Ein unklares Rollenverständnis der am Entlassmanagement beteiligten Akteure, sowohl bezogen auf die eigene als auch auf die Rolle anderer Professionen, kann Ursache für eine unzureichende Koordination des Entlassprozesses sein und damit die Qualität beeinträchtigen (Pinelli et al. 2017). Auch in einer Analyse zum Versorgungskontext vom Bundesamt für Gesundheit in der Schweiz wurde festgestellt, dass gerade bei hochbetagten und multimorbiden Menschen mit komplexem Versorgungs- und Koordinationsbedarf an der Schnittstelle zum ambulanten Sektor aber auch innerhalb der Einrichtungen oftmals Verantwortlichkeiten und Kompetenzen im Entlassprozess unzureichend geregelt sind, sodass die Expertinnen und Experten hier Handlungsbedarf identifiziert haben (BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015). Welche Berufsgruppe die Gesamtkoordination im Rahmen des Entlassmanagements übernehmen soll, wird in der wissenschaftlichen Literatur sowie je nach Fachgesellschaft unterschiedlich gesehen (DNQP 2019, SVR Gesundheit 2018).

In den im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) (IQTIG 2019a: 54-72) mit den am Entlassprozess beteiligten Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen stellte sich ein heterogenes Bild in Bezug auf vorhandene Rahmenbedingungen zum Entlassmanagement im

Krankenhaus dar. Es zeigte sich, dass z. T. standardisierte Prozesse etabliert und die Verantwortlichkeiten im Entlassprozess definiert sind. Jedoch äußerten die befragten Akteure auch häufig, dass sie die Implementierung von Standards und die Schaffung struktureller Voraussetzungen in der Verantwortung des Krankenhausmanagements sehen. Kritik wurde beispielsweise auch in Bezug auf den hohen Umsetzungsaufwand des Rahmenvertrags Entlassmanagement geäußert, sowohl hinsichtlich technischer als auch personeller Voraussetzungen. Des Weiteren wurde betont, wie wichtig es sei, multiprofessionell klare Verantwortlichkeiten im Entlassprozess zu bestimmen und diese Ressourcen personell auch vorzuhalten (IQTIG 2019a).

Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement

Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die notwendige formale Information aller Patientinnen und Patienten über die Möglichkeiten und Inanspruchnahme des Entlassmanagements im Rahmen ihrer Krankenhausbehandlung. Entsprechende Literatur mit Hinweisen auf ein Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie auch internationalen Versorgungskontext wurde nicht gefunden. Auch in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) wurden für dieses Qualitätsmerkmal keine Aussagen im Hinblick auf das Vorliegen eines Versorgungsdefizits getätigt.

Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement

Für das Qualitätsmerkmal ergab sich aus der Literatur ein Hinweis auf ein Verbesserungspotenzial. So ermittelten Blum et al. (2018) in einer Befragung, dass im 1. Quartal 2018 80 % der vollstationären Patientinnen und Patienten ins Entlassmanagement und damit in die verbundene Datenverarbeitung eingewilligt haben. Auffällig war, dass mit steigender Größe des Krankenhauses die Bereitschaft zur Einwilligung merklich abnahm (Blum et al. 2018). Weitere und vertiefende Literatur mit Hinweisen auf ein Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie auch internationalen Versorgungskontext wurden nicht gefunden. Auch gab es für dieses Qualitätsmerkmal in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) keine Aussagen, die auf ein Versorgungsdefizit hinweisen.

Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen

Um ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement durchführen zu können, bedarf es entsprechender Qualifikationen und Kompetenzen der am Entlassprozess beteiligten Gesundheitsprofessionen (Willms et al. 2016). Sowohl das Pflegefachpersonal als auch Ärztinnen und Ärzten mangle es an notwendigen Kenntnissen im Rahmen des Versorgungsübergangs.

Im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege vom DNQP (2021) wurden 171 Pflegefachkräfte gefragt, ob sie Schulungsbedarf zu Entlassmanagement-relevanten Themen haben. Bei 64,1 % bzw. 70,2 % der befragten Pflegefachkräfte gab es Schulungsbedarf bei den Themen Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs bzw. Planung und Steuerung der Entlassplanung (DNQP 2021). Des Weiteren gaben 69,6 % der Pflegefachkräfte an, Bedarf an einer Fortbildung zur Koordination des Entlassprozesses zu haben. Auch die Einschätzung der Entlassfähigkeit sollte gemäß 63,4 % der Pflegefachkräfte besser geschult

werden. 69,6 % der Pflegefachkräfte wünschten sich vermehrt Fortbildungen dazu, wie sie Patientinnen und Patienten im Entlassprozess am besten informieren, schulen bzw. beraten (DNQP 2021).

Die in der Literatur bemängelten fehlenden Kenntnisse und Kompetenzen zu Entlassmanagement-bezogenen Themen wurden auch in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen, insbesondere von stationären Vertreterinnen und Vertretern, genannt. Des Weiteren wurden auch Wünsche von mehr Schulungsangeboten zu Entlassmanagement-bezogenen Themen ausgesprochen (IQTIG 2019a).

Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs

Für das Qualitätsmerkmal ergaben sich in mehreren Studien Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial. So wird in den systematischen Reviews von Schwarz et al. (2019) und Unnewehr et al. (2015) z. B. dargestellt, dass sowohl Ärztinnen und Ärzte in der Ausbildung als auch Medizinstudierende nur unzureichend angeleitet und geschult werden, wie man medizinische Entlassbriefe verfasst. Das Fehlen von Schulungen zum Verordnungswesen sowie zum Verfassen von Entlassbriefen führt häufig zu einem unstrukturierten, ineffizienten und gelegentlich fehlerhaften Learning by Doing, was die adäquate Durchführung dieser für ein gutes Entlassmanagement relevanten Prozesse gefährdet und in der Folge zu vermeidbaren Wiederaufnahmen von Patientinnen und Patienten führen kann (Unnewehr et al. 2015). Des Weiteren führen fehlerhafte bzw. unvollständige Entlassbriefe zu Missverständnissen bspw. bei Medikamentenverordnungen oder Nachsorgemaßnahmen im ambulanten Bereich (Unnewehr et al. 2015, Hoffmann et al. 2019).

Defizite hinsichtlich der ärztlichen Kompetenz zur Erstellung von Entlassbriefen wurden durch mehrere Untersuchungen als Quelle von fehlerhaften intersektoralen Informationstransfers identifiziert (Hoffmann et al. 2019, Schwarz et al. 2019, Moore et al. 2021). Informationen und Schulungen zum Verfassen von Entlassbriefen wirken sich positiv auf die Qualität von Entlassbriefen aus, verbessern die Kommunikation mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern und verhindern Fehler während des Entlassprozesses (Schwarz et al. 2019, Unnewehr et al. 2015).

Die im Rahmenvertrag Entlassmanagement neu festgelegte Möglichkeit, Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten ausstellen zu können, hatte die Krankenhäuser vor große Herausforderungen gestellt. Einige der Vertreterinnen und Vertreter von stationär tätigen Gesundheitsprofessionen aus den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) bezeichneten die Verordnungspraxis als „systemfremd“. Daher und angesichts unwägbarer Regressrisiken sei z. B. die Praxis der Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sehr zurückhaltend (IQTIG 2019a).

Die Aussagen der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen sind vor dem Hintergrund der im oberen Textabschnitt beschriebenen rechtlichen Rahmenbedingungen zu sehen. Das Verordnen von Leistungen und Medikamenten unter Anwendung der jeweiligen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gehörte bisher nicht zum typischen

Tätigkeitsspektrum von Krankenhausärztinnen und -ärzten. Daraus ergibt sich unmittelbar die Notwendigkeit für die Krankenhäuser, die am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, insbesondere die zum Verordnen berechtigten Fachärztinnen und -ärzte, hinsichtlich dieser sehr speziellen Anforderungen zu schulen und die notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen (IQTIG 2019a).

Auch ambulant tätige Vertreterinnen und Vertreter sehen Schulungsbedarf bei unerfahrenen Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus, weil diese oft nicht wüssten, welche Informationen Patientinnen und Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung benötigen, aber auch nachsorgende Leistungserbringer, die infolgedessen auch kein gutes Entlassmanagement durchführen könnten (IQTIG 2019a).

Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)

Hinweise auf das Vorliegen eines Verbesserungspotenzials geben die Ergebnisse des Praxisprojekts zum Expertenstandard Entlassmanagement. Die Durchführung einer internen Evaluation hat im Praxisprojekt in nur 47,8 % der Fälle (n = 209) stattgefunden. Als Gründe für eine fehlende Evaluation wurden u. a. Personalmangel sowie fehlende Verfahrensregelungen angegeben (DNQP 2021). Weitere und tiefergreifende Literatur mit Hinweisen auf das Vorliegen eines Verbesserungspotenzials für den nationalen sowie auch internationalen Versorgungskontext wurden nicht gefunden. Auch wurden für dieses Qualitätsmerkmal keine Aussagen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) getätigt, die auf ein Versorgungsdefizit hinweisen.

Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen

Für dieses Qualitätsmerkmal fanden sich wenige Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial in der Literatur. Im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassmanagement konnte bspw. nur in 20 % der Fälle (n = 235) im Nachgang der Entlassung Kontakt mit den Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen aufgenommen werden (DNQP 2021).

Die befragten Vertreterinnen und Vertreter von stationär tätigen Gesundheitsprofessionen machten in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) keine Aussagen darüber, ob sie nach der Entlassung Kontakt im Rahmen einer Evaluation zu den Patientinnen und Patienten aufnehmen. Jedoch erläuterten einige Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen, dass eine persönliche Kontaktaufnahme nach Entlassung sehr hilfreich wäre, um zu überprüfen, ob die organisierten Maßnahmen im Entlassmanagement nach der Entlassung auch so umgesetzt wurden (IQTIG 2019a).

Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern

Für das Qualitätsmerkmal ergab sich ein Hinweis auf ein Verbesserungspotenzial aus der Literatur. Im Krankenhausbarometer von Blum et al. (2015) gaben 63 % der Krankenhäuser an, eine Befragung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchzuführen. Die Befragung findet je-

doch standardmäßig im Rahmen des Qualitätsmanagements statt und nicht nach jeder Entlassung von Patientinnen und Patienten. 37 % der befragten Krankenhäuser führten keine Evaluation durch.

Vonseiten der Krankenhäuser wird berichtet, dass von den nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern wenig bis gar kein Feedback bei dem Versuch, eine Evaluation durchzuführen, kommt (Lingnau et al. 2021). Auch die Auditergebnisse des Praxisprojektes zum Expertenstandard Entlassmanagement bestätigen, dass nur in 20 % der Fälle (n = 235) im Nachgang der Entlassung Kontakt mit den weiterversorgenden Einrichtungen aufgenommen werden konnte (DNQP 2021).

Die Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichteten, dass eine Evaluation über den Prozess der Entlassung im Krankenhaus stattfindet und der weiter- und nachversorgende Leistungserbringer zum Entlassprozess des Krankenhauses befragt wird. Beispielsweise wird ein Qualitätszirkel mit ambulanten und stationären Leistungserbringern initiiert, bei dem einmal im Quartal Fragen und Probleme zu Entlassmanagement-bezogenen Themen besprochen werden. Jedoch schilderten die Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen eher heterogene Vorgehensweisen (IQTIG 2019a).

5.1.1.4 Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Alle genannten Qualitätsmerkmale können nach erster Einschätzung dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) verantwortlich zugeschrieben werden. Die Krankenhäuser sind für die Sicherstellung eines standardisierten Entlassmanagements in multidisziplinärer Zusammenarbeit sowie für die Etablierung schriftlich definierter Standards verantwortlich. Darüber hinaus liegt es in der Verantwortung der Krankenhäuser, die Verantwortlichkeiten aller am Entlassmanagement beteiligten Professionen verbindlich zu regeln, Schulungen anzubieten und eine Evaluation der eigenen Entlassprozesse vorzunehmen. Die Information und Einholung der Einwilligung der Patientinnen und Patienten zum Entlassmanagement liegt ebenfalls in der Verantwortung der Krankenhäuser.

5.1.1.5 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG das Verbesserungspotenzial des Qualitätsmerkmals sowie der Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer (einschließlich der Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer) durch die Expertinnen und Experten diskutiert und beurteilt (IQTIG 2019c: 60-61).

Das Qualitätsmerkmal „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess“ wurden von den Expertinnen und Experten als notwendige strukturelle Voraussetzung für ein gut funktionierendes Entlassmanagement bewertet. Bezüglich der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer wurde von einigen Expertinnen und Experten auf die fehlenden personellen Ressourcen der Krankenhäuser zur Umsetzung der Anforderungen aus der Verfahrensregelung hingewiesen. Insgesamt zeigte sich

jedoch ein Konsens des Expertengremiums sowohl im Hinblick auf das Vorliegen eines Potenzials zur Verbesserung bei diesem Qualitätsmerkmal, als auch auf die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

Das Verbesserungspotenzial für das Qualitätsmerkmal „Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement“ im Sinne einer formalen Information über den Anspruch auf ein Entlassmanagement wurde von den Expertinnen und Experten kontrovers diskutiert. Für das Qualitätsmerkmal bestehe insbesondere Verbesserungspotenzial in der Form, wie den Patientinnen und Patienten die Informationen über das Entlassmanagement übermittelt werde und ob diese verständlich seien. Vielfach würde lediglich in der Patientenaufnahme das Informationsblatt ausgehändigt und darüber hinaus erfolge keine weitere Information. Einige Expertinnen und Experten merkten wiederum ein geringes Verbesserungspotenzial an, da eine Information über das Entlassmanagement im Rahmen der administrativen Aufnahme der Patientinnen und Patienten als erster Schritt ausreiche, um die Patientinnen und Patienten über das Angebot eines Entlassmanagements grundsätzlich zu informieren. Weitergehende Informationen würden dann während des Aufenthalts gegeben. Die Expertinnen und Experten sprachen sich daher dafür aus, das Qualitätsmerkmal vor dem Hintergrund der zunehmenden Bürokratisierung nicht weiter zu verfolgen. Insgesamt konnte kein Konsens im Hinblick auf das Vorliegen eines Verbesserungspotenzials erreicht werden.

Für das Qualitätsmerkmal „Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement“ lag im Expertengremium bezüglich der Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer ein Konsens vor. In den weiteren Diskussionen wurde von den Expertinnen und Experten jedoch betont, dass vielmehr entscheidend sei, dass die Aufklärung der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement stattfindet, bevor diese die Einwilligung unterschreiben. Da die Einwilligung eine strafbewehrte, juristische Notwendigkeit ist, gingen die Expertinnen und Experten davon aus, dass diese auch immer vorliege.

Im Hinblick auf das Vorliegen eines Verbesserungspotenzials für das Qualitätsmerkmal „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen“, ging im Expertengremium ein klarer Konsens hervor. Im Rahmen der Diskussion wurde mehrfach betont, dass es sinnvoll sei, durch Schulungen ein Grundverständnis über das Entlassmanagement bei den Gesundheitsprofessionen zu schaffen. Dabei sei vor allem das Erkennen eines poststationären Unterstützungs- und Weiterversorgungsbedarfs und daher die Kompetenz zur initialen Risikoeinschätzung bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wichtig. Im Expertengremium wurde die Bedeutung des Begriffs „Schulung“ hinterfragt, dies sei noch näher zu definieren bzw. müsse zwischen Schulung und Aufrechterhaltung von Qualifikationen unterschieden werden. Außerdem solle es möglich sein, diese in ein bestehendes Einarbeitungskonzept zu integrieren. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass es ebenfalls Beschäftigte im Krankenhaus gibt, z. B. Honorarkräfte, die nicht direkt beim Leistungserbringer angestellt sind, aber dennoch geschult werden sollten. Zudem wurde angemerkt, dass entsprechende Grundschulungen zu den internen Entlassprozessen hierbei vor allem auf neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fokussieren sollten. Bei entsprechenden Änderungen in den Entlassprozessen, beispielsweise aufgrund von Neuerungen durch den Gesetzgeber, sollten zudem auch multiprofessionelle Schulungen für alle

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten werden. Die Forderung einer verpflichtenden jährlichen Fortbildung sei jedoch nicht angemessen. Auch hinsichtlich der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer lag ein Konsens vor.

Beim Qualitätsmerkmal „Schulung des ärztlichen Personals zum Ordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs“ wurde von den Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass beide Anforderungen nicht über ein einziges Qualitätsmerkmal abgebildet werden sollten. Daher wurde insbesondere im Hinblick auf die Operationalisierung eine Trennung dieser beiden Anforderungen vorgeschlagen. Zudem dürfe der Begriff „Schulung“ keine jährlich durchzuführende Veranstaltung implizieren, vielmehr solle der Fokus auf neue ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gelegt werden. Hinsichtlich des Ordnungswesens wurde betont, dass vielfache Handlungsunsicherheiten aufgrund von Regressrisiken bei Ärztinnen und Ärzten bestünden. Bezüglich der Verantwortungszuschreibung wurde darauf hingewiesen, dass diese Defizite nicht allein durch Schulungen zu lösen seien, sondern es bedürfe auch einer Erweiterung der gesetzlichen Bestimmungen. Im Hinblick auf den Entlassbrief wurde das Verwenden von Textbausteinen kontrovers diskutiert. Vorgegebene Standards, die durch Schulungen vermittelt werden würden, könnten zu einem unreflektierten Umgang mit dem Entlassbrief führen. In der Bewertung durch die Expertinnen und Experten ergab sich sowohl zum Vorliegen eines Verbesserungspotenzials als auch zur Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer kein Konsens.

Im Rahmen der Diskussion des Qualitätsmerkmals „Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)“ wurde von den Expertinnen bzw. Experten die Durchführbarkeit diskutiert. Trotz des hohen Aufwands sei gleichwohl eine regelhafte Prozessevaluation sinnvoll, da dadurch organisatorische Defizite und ein entsprechender Handlungsbedarf für die Verbesserung des Entlassmanagementprozesses erkannt werden könnten. Es wurde darauf hingewiesen, dass es Instrumente gebe, die mit relativ wenig Aufwand Prozesse evaluieren könnten. Im Ergebnis lag zu diesem Merkmal ein Konsens hinsichtlich des Verbesserungspotenzials sowie zur Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer vor.

Zum Qualitätsmerkmal „Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen“ wurde von den Expertinnen bzw. Experten geäußert, dass diese sehr schwierig und nur mit hohem Aufwand umzusetzen sei. Weitere Expertinnen bzw. Experten hielten Qualitätsverbesserungen für möglich, wenn bestimmte Patientengruppen mit hohem Entlassmanagementbedarf fokussiert würden. Zumindest könne eine stichprobenartige Evaluation sinnvoll umgesetzt werden, wobei hier auch Bedenken bezüglich der Erreichbarkeit der Patientinnen und Patienten geäußert wurden. In der abschließenden Bewertung lag sowohl in Bezug auf ein Verbesserungspotenzial als auch auf die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer kein Konsens vor.

Entsprechend den Diskussionen zum Qualitätsmerkmal zur Evaluation des Entlassprozesses mit den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen wurde ebenfalls in der Diskussion des Qualitätsmerkmals „Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern“ von den Expertinnen und Experten problematisiert, dass eine Evaluation mit den weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern mit einem sehr hohem Aufwand verbunden

sei und zudem, vor allem aufgrund von Problemen der (telefonischen) Erreichbarkeit von auskunftsfähigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern bei den weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern, nicht immer auch erfolgreich umzusetzen sei. Daher wurde die Beeinflussbarkeit durch die Krankenhäuser und somit auch die Zuschreibbarkeit der Verantwortung für das Gelingen einer Evaluation des Entlassprozesses mit den weiter- und nachsorgenden Leistungserbringern kritisch gesehen. Dementsprechend ergab auch hier die abschließende Bewertung im Expertengremium keinen Konsens im Hinblick auf das Vorhandensein eines Verbesserungspotenzials und der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

5.1.1.6 Ergebnisse der Konkretisierung

Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese den Ergebnissen aus den oben genannten Wissensquellen gegenübergestellt und in der Zusammenschau entschieden, welche konkretisierten Qualitätsmerkmale im Weiteren operationalisiert werden. In Tabelle 6 ist die zusammenfassende Bewertung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels für den Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“ dargestellt. Für die Qualitätsmerkmale „Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement“, „Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement“, „Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs“, „Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen“ und „Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern“ wurde auf Grundlage der Literatur und den Hinweisen aus dem Expertengremium entschieden, diese fünf Qualitätsmerkmale aufgrund eines fehlenden Verbesserungspotenzials bzw. einer fehlenden Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer nicht in die weitere Operationalisierung miteinzubeziehen. Dementsprechend wurden drei konkretisierte Qualitätsmerkmale in den nächsten Entwicklungsschritt überführt und im Weiteren zu Qualitätsindikatoren operationalisiert (siehe Tabelle 7).

Tabelle 6: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“

Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	Abgeleitete Qualitätsmerkmale	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel	Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	ja	ja	ja	ja	ja
	Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement	ja	ja	ja	nein	ja
	Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement	ja	ja	ja	nein	ja
	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen	ja	ja	ja	ja	ja
	Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs	ja	ja	ja	nein	nein
	Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)	ja	ja	ja	ja	ja
	Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	ja	ja	ja	nein	nein
	Evaluation des Entlassprozesses mit weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	ja	ja	ja	nein	nein

Tabelle 7: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und daraus operationalisierte Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	QI: Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen	QI: Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung
	Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)	QI: Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement

5.1.2 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Mit dem Qualitätsindikator soll erfasst werden, ob eine Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement in den Krankenhäusern vorhanden ist. Ziel des Indikators ist, dass alle Krankenhäuser über eine schriftliche Verfahrensregelung zu einem multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen sollen. Der Indikator fragt Strukturbestandteile ab, die in der Verfahrensregelung geregelt sein müssen. Die Bestandteile orientieren sich dabei an den im Rahmenvertrag festgelegten relevanten Prozessen für das Entlassmanagement.

Im Rahmen der Operationalisierung wurde das Qualitätsmerkmal „Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)“ als ein wesentlicher Inhalt des Entlassprozesses in den vorliegenden Qualitätsindikator integriert. Ebenfalls wurde das Qualitätsmerkmal „Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen“ aus dem Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ mit in den Qualitätsindikator aufgenommen. Beide Qualitätsmerkmale fokussieren auf wichtige Anforderungen, die im Rahmen des Entlassmanagements umzusetzen sind, für die es in der Verfahrensregelung eine übergeordnete Regelung geben sollte, und für die es nicht als erforderlich angesehen wird, eine Erfassung auf Fallebene vorzusehen.

In der Operationalisierung des Indikators wurde die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser weiterhin als geeignetes Erfassungsinstrument übernommen, worüber die Abbildung des Zählers und Nenners erfolgt. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Datenfelder zur Berechnung des Zählers des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset V1.1 detailliert aufgelistet.

Als Referenzbereich für den Qualitätsindikator wird die Erfüllung aller Teilanforderungen vorgeschlagen. Im Sinne des Ziels des Qualitätsindikators, dass die Verfahrensregelung die strukturellen Anforderungen an das Entlassmanagement sicherstellen soll, ist es nicht sinnvoll, einzelne der grundlegenden Bestandteile als nicht obligate Anforderungen herauszunehmen. Dabei ist die Erstellung einer schriftlichen Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement für alle Krankenhäuser niedrigschwellig umsetzbar. Ein Toleranzbereich erscheint daher nicht angemessen.

5.1.2.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Rahmen des Expertengremiums wurde im Hinblick auf die inhaltlich definierten Mindestanforderungen der Verfahrensregelung vorgeschlagen, bei den beteiligten Gesundheitsprofessionen die Berufsgruppe des Sozialdienstes in „Fachkraft der Sozialen Arbeit“ zu konkretisieren. Dies sei als Standard zu fordern, um langfristig Qualitätsstandards für die soziale Beratung und Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern zu etablieren. Allerdings wurde auch die Problematik thematisiert, da die Berufsbezeichnungen dahingehend sehr heterogen und nicht normiert seien. Zur Anforderung der zentralen Dokumentation des Entlassplans in der Patientenakte wurde angemerkt, dass bis zum Start des Verfahrens vermutlich alle Akten digital vorliegen würden. Auch die elektronische Patientenakte (ePA) wurde als alternativer Speicherort für den Entlassplan genannt, in dieser wären die Inhalte z. B. auch für ambulante Leistungserbringer verfügbar. Dem wurde jedoch mehrheitlich widersprochen, da die Entscheidungshoheit für die Inhalte sowie Zugriffsrechte auf die ePA allein bei der Patientin bzw. dem Patienten liege und dadurch nicht alle Informationen auch zwangsläufig für alle gleichermaßen einsehbar wären. Für die QS sei nur die Dokumentation im Krankenhaus verfügbar.

Der vorgeschlagene Referenzbereich wurde vom Expertengremium befürwortet.

5.1.2.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Im Rahmen des durchgeführten Beteiligungsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass der Begriff „zeitliche Abläufe“ im Hinblick auf die Festlegung der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag in der Zählerbeschreibung unklar sei und es daher begrifflich einer Klarstellung bedürfe. Da bei der Festlegung der Abläufe der Teilprozesse des Entlassmanagements vom Aufnahme- bis Entlassungstag nicht zwingend die Festlegung von genauen zeitlichen Vorgaben gefordert werden soll, wurde die Zählerbeschreibung dahingehend konkretisiert, dass in der Verfahrensregelung etwas zu den generellen Abläufen der Teilprozesse festzulegen ist. Die Ergänzung „zeitlich“ wurde daher aus der Beschreibung der Anforderung gelöscht. Der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ ist Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8: Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Bezeichnung	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
Qualitätsziel	Alle Krankenhäuser sollen über eine schriftliche Verfahrensregelung zu einem multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen.
Indikatortyp	Strukturindikator
Zähler	<p>Krankenhausstandorte mit einer schriftlichen, klinikweit autorisierten Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement, in der sowohl die Verantwortlichkeiten als auch die zeitlichen Abläufe festgelegt sind und auf die von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern jederzeit und aufwandsarm zugegriffen werden kann.</p> <p>In der Verfahrensregelung müssen konkret festgelegt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ relevante Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag, u. a. <ul style="list-style-type: none"> ▫ Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment) ▫ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment) ▪ Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement Beteiligten (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gem. § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) für die einzelnen Teilprozesse gemäß Rahmenvertrag ▪ Abläufe der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag ▪ Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte ▪ krankenhauserinterne Evaluation im multiprofessionellen Team <ul style="list-style-type: none"> ▫ Vorgaben zu Frequenz und Fallauswahl
Nenner	nicht anwendbar (Indikator wird nicht als Rate berechnet)

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

Der Qualitätsindikator dient der Erfassung der Anzahl aller neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen, die bis zum 31. Januar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung teilgenommen haben. Das Ziel des Qualitätsindikators ist, dass möglichst alle

am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement geschult werden.

Im Zuge der Operationalisierung wurde der Qualitätsindikator unter Berücksichtigung der Diskussionen aus dem Expertengremium dahingehend konkretisiert, dass nicht nur direkt beim Krankenhaus angestellte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, sondern ebenfalls Beschäftigte erfasst werden sollen, die nicht beim Leistungserbringer direkt angestellt sind (z. B. nach dem Arbeitnehmerüberlassungs-Gesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer oder Honorarkräfte). Daher wurde für die Beschreibung des Zählers und Nenners die allgemeinere Formulierung „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ gewählt. Zudem wurde der Qualitätsindikator dahingehend präzisiert, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten zu erfassen.

In der Operationalisierung des Indikators wurde die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser weiterhin als geeignetes Erfassungsinstrument übernommen, worüber sich die für den Zähler und Nenner erforderliche Information ableiten lässt. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Datenfelder zur Berechnung des Zählers des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset V1.1 detailliert aufgelistet.

Als Referenzbereich für den Qualitätsindikator wird ein fester Referenzbereich $\geq 95\%$ vorgeschlagen. Die Schulungsanforderung des Indikators ist für alle neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der genannten Gesundheitsprofessionen im Krankenhaus sachgerecht. Ein Toleranzbereich von 5 % erscheint jedoch sinnvoll, da in der Versorgungspraxis auf Einzelfälle bezogene Faktoren eine Schulung im geforderten Rahmen verhindern können. Dieser Toleranzbereich ist in der Einschätzung des IQTIG auch im Hinblick auf die Patientensicherheit akzeptabel. Dies bedeutet, dass diejenigen Leistungserbringer rechnerisch auffällig werden, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant weniger als 95 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung geschult haben.

5.1.3.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde der einzubeziehende Kreis der neu eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontrovers diskutiert. Einerseits wurde befürwortet, alle neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus zu schulen, z. B. auch Beschäftigte aus der Verwaltung oder Patientenaufnahme, die mit dem Entlassmanagement grundsätzlich vertraut sein sollten. Es wurde jedoch eingewandt, dass dies zu weit führen würde und es vor allem wichtig sei, diejenigen Gesundheitsprofessionen zu schulen, die direkt am Entlassprozess beteiligt seien und hierbei eine (Teil-)Verantwortung tragen würden.

Die Expertinnen und Experten befürworteten den vorgeschlagenen Referenzbereich.

5.1.3.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Im Rahmen des durchgeführten Beteiligungsverfahrens wurde bezüglich der zu schulenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kritisiert, dass die am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen nicht ausreichend klar abgegrenzt seien, dies jedoch eine Voraussetzung für die Ermittlung einer entsprechenden Rate sei. Zudem wurde vorgeschlagen, „Professionen“ zu

adressieren, anstatt „Gesundheitsprofessionen“, und explizit die „Fachkräfte der Sozialen Arbeit“ in die Beschreibung von Zähler und Nenner aufzunehmen. Es wurde außerdem angemerkt, dass die Indikatorbezeichnung in Bezug zum Qualitätsziel sowie die Definition des Zählers nicht konsistent sei. Des Weiteren wurde kritisch angemerkt, dass unklar sei, wie mit der Antwortoption „Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht dokumentiert“ bei der Berechnung des Indikators umgegangen werde. Das IQTIG hat die Hinweise aus den Stellungnahmen aufgenommen und im Indikatortitel die Bezeichnung „Gesundheitsprofessionen“ zur sprachlichen und inhaltlichen Präzisierung durch „neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ ersetzt. „Fachkräfte der Sozialen Arbeit“ wurden dem Hinweis entsprechend explizit in die Aufzählung der relevanten Berufsgruppen aufgenommen. Zugleich wurden in die jeweiligen Datenfelder ergänzende Hinweise zur Definition der für die Berechnung der Rate relevanten Berufsgruppen eingefügt. Demnach gehen abschließend 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 in Zähler und Nenner ein. Bezüglich der Antwortoption „Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht dokumentiert“ wurde klargestellt, dass diese ebenfalls zu einer rechnerischen Auffälligkeit führt. Eine entsprechende Erläuterung wurde ergänzt.

Der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ ist Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9: Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“

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

Nenner	Im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten (Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungs-Gesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer), die am Entlassmanagement beteiligt sind (ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter).
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5.2 Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“

Eine systematische und frühzeitige Risikoeinschätzung (initiales Assessment) von Patientinnen und Patienten ist Voraussetzung für ein optimales, am individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtetes Entlassmanagement. Dabei ist es notwendig zu Beginn einer Krankenhausbehandlung über eine erste Einschätzung einen möglichen poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarf bei den Patientinnen und Patienten zu identifizieren (initiales Assessment), um daraufhin eine differenzierte Erfassung der individuell zu organisierenden Maßnahmen (differenziertes Assessment) durchzuführen. So kann sichergestellt werden, dass ggf. erforderliche Maßnahmen für eine nahtlose Weiterversorgung zeitgerecht eingeleitet werden. Trotz der hohen Bedeutung für ein erfolgreiches Entlassmanagement zeigen die Ergebnisse des Zwischenberichts *Entlassmanagement*, dass eine Risikoeinschätzung häufig noch nicht regelhaft in den Krankenhäusern umgesetzt wird (IQTIG 2019a).

5.2.1 Qualitätsmerkmale

Für den Qualitätsaspekt wurde auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie der Empfehlungen des Expertenstandards Entlassmanagement und weiterer Leitlinien ein Qualitätsmerkmal abgeleitet (siehe Tabelle 5).

Tabelle 10: Abgeleitetes Qualitätsmerkmal zum Qualitätsaspekt "Risikoeinschätzung (initiales Assessment)"

Qualitätsaspekt	Abgeleitetes Qualitätsmerkmal
Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs

5.2.1.1 Ableitung des Qualitätsmerkmals

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement enthält verbindliche Vorgaben im Sinne einer standardisierten **Risikoeinschätzung**, um einen nahtlosen Versorgungsübergang zu gewährleisten (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 2). Demnach soll unter Verantwortung der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes eine kriteriengeleitete Einschätzung erfolgen, damit der patientenindividuelle Bedarf für die Weiterversorgung möglichst frühzeitig erfasst werden kann. Die frühzeitige Bedarfsermittlung ist notwendige Grundlage für die Erstellung eines Entlassplans (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 2).

Empfehlungen, unmittelbar zu Beginn der Krankenhausbehandlung eine **kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs** durchzuführen, finden sich ebenfalls im Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie in internationalen Leitlinien wieder (DNQP 2019, BMASGK 2018, NICE 2021). Diese erste Einschätzung soll es ermöglichen, Patientinnen und Patienten mit dem Risiko für einen fortbestehenden Unterstützungs- und Versorgungsbedarf möglichst frühzeitig zu identifizieren, um die Entlassplanung zeitgerecht realisieren zu können. Eine frühzeitige kriteriengestützte Bedarfserhebung ist unabdingbar, um poststationäre Risiken und spezifische Anforderungen an die Versorgung zu erfassen und diesen adäquat begegnen zu können (DNQP 2019)

So empfiehlt das DNQP (2019), dass die Pflegefachkraft mit allen Patientinnen und Patienten innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme eine kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs durchführen soll.

Auch der österreichische Qualitätsstandard empfiehlt die Durchführung einer Risikoeinschätzung zur Erfassung des poststationären Versorgungsbedarfs innerhalb von 24 Stunden (bei geplanter Aufnahme) bzw. innerhalb von 24 bis 48 Stunden (bei ungeplanter Aufnahme) für alle Patientinnen und Patienten (BMASGK 2018). Für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen empfiehlt die Leitlinie von (NICE 2021) ebenso die Ermittlung des Bedarfs für ein Entlassmanagement zu Beginn der Krankenhausbehandlung.

Grundsätzlich zeigt sich, dass die Durchführung eines initialen Assessments dazu führen kann, dass Wiederaufnahmen reduziert werden können. So zeigen z. B. die Ergebnisse von Fønss Rasmussen et al. (2021), dass die Durchführung eines Assessments einen positiven Effekt auf die Reduzierung von Wiederaufnahmeraten von Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus hat.

Gardner et al. (2019) untersuchten, ob durch den Einsatz des *Comprehensive Geriatric Assessments* (CGA) sich patientenrelevante Endpunkte wie Wiederaufnahmen nach Entlassung verbessern. Die Ergebnisse des Reviews zeigen, dass wenig bis keine Verbesserungen der Rehospitalisierungen aufgetreten sind (RR = 1,02; 95 % KI 0.94-1.11). Auch in den systematischen Reviews von Straßner et al. (2020a) und Conroy et al. (2020) konnten keine Verbesserungen der Rehospitalisierungen durch den Einsatz eines Assessments festgestellt werden.

Jedoch erhöhte der Einsatz des CGA die Wahrscheinlichkeit, dass Patientinnen und Patienten nach Hause entlassen werden konnten (RR = 1,05; 95 % KI 1.01-1.10) und verringerte die Wahrscheinlichkeit, dass Patientinnen und Patienten in eine Pflegeeinrichtung entlassen wurden (RR = 0,89; 95 % KI 0.8–0.98) (Gardner et al. 2019).

5.2.1.2 Prüfung des Erfassungsinstruments

Für den Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“ wurde im Zwischenbericht *Entlassmanagement* die fallbezogene QS-Dokumentation als geeignetes Erfassungsinstrument eingeschätzt (IQTIG 2019a). Auch auf Merkmalsebene ergibt sich für das Qualitätsmerkmal keine andere Einschätzung der Auswahl des Erfassungsinstruments, da nur fallbezogen erfragt werden

kann, ob nach Aufnahme ins Krankenhaus eine initiale Risikoeinschätzung anhand bestimmter Kriterien durchgeführt wurde.

5.2.1.3 Potenzial zur Verbesserung

In mehreren Studien aus dem deutschen Versorgungskontext gibt es Hinweise darauf, dass hinsichtlich der Umsetzung eines initialen Assessments nur ein geringes Verbesserungspotenzial besteht (Blum et al. 2018, DNQP 2021). So haben in einer Befragung von Krankenhäusern im ersten Quartal 2018 nach Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement bereits 42 % der befragten Krankenhäuser angegeben, das standardisierte initiale Assessment weitestgehend umgesetzt zu haben oder sich hinsichtlich der Umsetzung dessen sehr verbessert zu haben (Blum et al. 2018). Auch im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassungsmanagement wurde 2020 bei 63,3 % (n = 270) der Patientinnen und Patienten eine Ersteinschätzung des poststationären Pflege- und Versorgungsbedarfs durchgeführt (DNQP 2021). Dabei fiel auf, dass Einrichtungen mit einer bestehenden Verfahrensregelung und Integration der Einschätzung in die digitale Patientenakte höhere Zielerreichungsgrade erzielt haben (DNQP 2021).

Aus den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten Einzelinterviews sowie Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) innerhalb und außerhalb der stationären Versorgung gehen für das Jahr 2019 heterogene Aussagen hervor, ob im Krankenhaus ein initiales Assessment durchgeführt wird. Einige der befragten Gesundheitsprofessionen berichteten, dass sie standardmäßig bei Aufnahme der Patientinnen und Patienten ein initiales Assessment durchführen. Allerdings wird in den Einzelinterviews auch erwähnt, dass kein initiales Assessment durchgeführt werde. Es wird dargestellt, dass in einigen Fällen lediglich eine allgemeine Pflegeanamnese erfolge und verschiedene weitere Berufsgruppen jeweils eine spezifische Anamnese ergänzen würden (IQTIG 2019a).

5.2.1.4 Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Das aufgeführte Qualitätsmerkmal kann nach erster Einschätzung dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) verantwortlich zugeschrieben werden. So liegt es in der Verantwortung des Leistungserbringers, eine kriteriengeleitete Risikoeinschätzung durchzuführen, um den patientenindividuellen Bedarf einer Anschlussversorgung möglichst frühzeitig zu erfassen.

Hierfür existieren bereits verschiedene Assessmentinstrumente, mit denen frühzeitig der patientenindividuelle Bedarf einer Anschlussversorgung ermittelt werden kann. Beispielsweise wird im Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie im österreichischen Qualitätsstandard der Blaylock Risiko Assessment Score (BRASS-Index) als initiales Assessmentinstrument genannt, der schnelle Ergebnisse liefert und sich durch eine gute Praxistauglichkeit auszeichnet (DNQP 2019, BMASGK 2018).

Weitere in der Literatur beschriebene Assessmentinstrumente sind bspw. der Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, Mini-Mental State Examination (MMSE), Charlson Comorbidity Index, Discharge Risk Screen (DRS), Identification of Seniors At Risk (ISAR), Triage Risk Screening Tool (TRST), Barthel Index, Comprehensive Geriatric Assessments (CGA), Patient

Complexity Assessment und das Risk Assessment and Prediction Tool (RAPT) (DNQP 2019, Häsel-Quart et al. 2021, Schwab et al. 2019, D'Souza et al. 2021, Gardner et al. 2019, Liechti et al. 2021).

Von den genannten Instrumenten sind der ISAR und TRST die am weitesten verbreiteten Scores, die mehrfach extern validiert wurden und sowohl ungeplante Wiedereinweisungen als auch Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung vorhergesagt haben (Schwab et al. 2019, Scharf et al. 2019). Jedoch wird bisher – z. B. im Expertenstandard Entlassungsmanagement – kein konkretes Assessmentinstrument favorisiert (DNQP 2019).

5.2.1.5 Ergebnisse des Expertengremiums

Für das Qualitätsmerkmal bestand im Expertengremium Konsens, dass die frühzeitige Ersteinschätzung zur Ermittlung des Bedarfs einer Anschlussversorgung notwendig sei. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Ersteinschätzung aktuell regelhaft z. B. im Rahmen der Anamnese multiprofessionell von verschiedenen Berufsgruppen durchgeführt werde. Wichtiger sei zudem, dass im Anschluss an die Ersteinschätzung die differenzierte Erfassung und Organisation der erforderlichen Maßnahmen erfolge. Dies stelle jedoch wiederum einen eigenen Prozess dar, der bereits über gesonderte Qualitätsmerkmale im Rahmen anderer Qualitätsaspekte (z. B. Entlassplanung oder Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung) adressiert werde. Die anschließende Bewertung zeigte dementsprechend keinen Konsens des Expertengremiums im Hinblick auf das Vorliegen eines Verbesserungspotenzials.

5.2.1.6 Ergebnisse der Konkretisierung

Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese den Ergebnissen aus den oben genannten Wissensquellen gegenübergestellt und in der Zusammenschau entschieden, ob das konkretisierte Qualitätsmerkmal im Weiteren operationalisiert wird. In Tabelle 11 ist die zusammenfassende Bewertung des abgeleiteten Qualitätsmerkmals anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels für den Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“ dargestellt. Auf Grundlage der Literatur und der Hinweise aus dem Expertengremium wurde entschieden, das Qualitätsmerkmal aufgrund des fehlenden Verbesserungspotenzials nicht in die weitere Operationalisierung miteinzubeziehen.

Tabelle 11: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels des abgeleiteten Qualitätsmerkmals zum Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung“

Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	Abgeleitetes Qualitätsmerkmal	Bedeutung für die Patientin- nen und Pati- enten	Zusammen- hang mit ei- nem unmittel- bar patientenrele- vanten Ziel	Übereinstim- mung mit dem Quali- tätsaspekt	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbar- keit durch den Leistungser- bringer
	Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	ja	ja	ja	nein	ja

5.3 Qualitätsaspekt „Entlassplanung“

Bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* wurde dargelegt, wie wichtig eine konsequente Planung des Entlassprozesses für eine kontinuierliche Versorgung im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ist (IQTIG 2019a). Zur Gewährleistung und Sicherstellung eines kontinuierlichen Übergangs vom stationären in den ambulanten Versorgungssektor soll ein individueller Entlassplan für die Patientin oder den Patienten erstellt werden. Der Entlassplan beschreibt den voraussichtlichen Bedarf für eine weiterführende Versorgung und beinhaltet die dafür geplante Organisation und Umsetzung. Die Ergebnisse zeigen, dass eine strukturierte Entlassplanung noch nicht überall ausreichend umgesetzt wird, sodass hier noch ein Verbesserungspotenzial festzustellen war (IQTIG 2019a).

5.3.1 Qualitätsmerkmale

Für den Qualitätsaspekt wurden auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie den Empfehlungen des Expertenstandards Entlassmanagement und weiterer Leitlinien **sieben** Qualitätsmerkmale abgeleitet (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Entlassplanung“

Qualitätsaspekt	Abgeleitete Qualitätsmerkmale
Entlassplanung	Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf
	Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
	Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung
	Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen
	Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen
	Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern
	Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung

5.3.1.1 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Im Rahmenvertrag Entlassmanagement ist in § 3 Abs. 2 geregelt, dass der poststationäre Versorgungsbedarf durch ein **geeignetes Assessment** ermittelt werden und ein Entlassplan erstellt werden soll. Er empfiehlt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf vor

der Erstellung des Entlassplans ein **differenziertes Assessment** für ein umfassendes Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 2).

Bei Patientinnen und Patienten, bei denen in der ersten Risikoeinschätzung (initiales Assessment) ein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement festgestellt wurde, soll gemäß der eingeschlossenen Leitlinien eine aktuelle und systematische Einschätzung in Form eines **differenzierten Assessments der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs** durchgeführt werden (DNQP 2019, BMASGK 2018, NICE 2021).

Das differenzierte Assessment kommt zur Anwendung, um die individuellen Probleme und Bedarfe der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zu erheben, um auf dieser Basis Versorgungsziele festzulegen und entsprechende Maßnahmen für die Zeit nach der Entlassung einzuleiten (DNQP 2019).

Desai et al. (2015) untersuchten in einem systematischen Review die Auswirkungen einer Bedarfsanalyse während des Krankenhausaufenthalts für die Zeit nach der Entlassung. Es konnte festgestellt werden, dass die Bedarfsanalyse für die Erstellung einer individuellen Entlassplanung der Patientinnen und Patienten genutzt wurde (Desai et al. 2015). Obwohl die Einschätzung der Probleme und Bedarfe der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehöriger nur eine Komponente einer gebündelten Entlassintervention waren, berichteten alle im systematischen Review eingeschlossenen Studien über bessere Gesundheitsergebnisse und eine signifikante Verringerung der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung nach der Entlassung (Desai et al. 2015).

Im systematischen Review von Fønss Rasmussen et al. (2021) wird dargestellt, dass die Durchführung eines Assessments einen positiven Effekt auf die Reduzierung der Wiederaufnahmen von Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus hat. Jedoch berichten verschiedene andere systematische Reviews, dass keine explizite Veränderung der Rehospitalisierungsraten durch den Einsatz eines differenzierten Assessments festgestellt werden konnten (Conroy et al. 2020, Gardner et al. 2019, Mabire et al. 2016, Straßner et al. 2020a).

Des Weiteren gibt der Rahmenvertrag Entlassmanagement vor, dass der Entlassplan den **patientenindividuellen Bedarf** für die weiterführende Versorgung und die geplante Umsetzung enthalten soll (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 2) . Der Entlassplan beschreibt den voraussichtlichen Bedarf für eine weiterführende Versorgung und seine geplante Umsetzung und soll bei relevanten Veränderungen aktualisiert und an den Versorgungsbedarf angepasst werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 3). Ein Bedarf für eine Anschlussversorgung kann von allen am **multidisziplinären Entlassmanagement** Beteiligten festgestellt werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 4). Die **multiprofessionelle Zusammenarbeit** wird im Rahmenvertrag Entlassmanagement dabei als die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen (z. B. Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und Sozialdienst) im Krankenhaus beschrieben (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 1). Mabire et al. (2018) stellen in einer Metaanalyse fest, dass eine effektive Kommunikation im multiprofessionellen Team und die Koordination über verschiedene Berufe als ein grundlegendes Element einer wirksamen pflegerischen Entlassplanung gelten. Als mögliche Barrieren werden jedoch Unklarheiten über die Verantwortung

der einzelnen am Entlassprozess beteiligten Akteure, eine mangelnde Koordination in der Entlassplanung sowie ineffektive Beziehungen zwischen den Gesundheitsberufen geschildert. Darüber hinaus konnte zudem festgestellt werden, dass es auch entscheidend ist, welche Berufsgruppe eine Entlassungsplanung durchführt (Sheehan et al. 2021, Scheidt et al. 2020).

Auch gemäß dem Expertenstandard Entlassungsmanagement und den eingeschlossenen Leitlinien wird empfohlen, unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung des poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs eine patientenindividuelle Entlassplanung im multiprofessionellen Team zu erstellen (DNQP 2019, BMASGK 2018, NICE 2021). Aus dem Entlassplan sollen Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen. Dieser soll eine verbindliche Planung der für eine kontinuierliche Versorgung und die Förderung der Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten erforderlichen Maßnahmen enthalten, spezifische Bedürfnisse und Wünsche sowie z. B. Details über den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten adressieren und Informationen zur Medikation beinhalten (DNQP 2019, NICE 2021). Der Entlassplan soll als zentrales internes Kommunikationselement für alle am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen dienen (DNQP 2019). Eine regelmäßige Aktualisierung und Anpassung wird ebenfalls von den eingeschlossenen Leitlinien empfohlen (DNQP 2019, BMASGK 2018, NICE 2021).

Das abgeleitete Qualitätsmerkmal „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ adressiert damit zusammenfassend die Erstellung und Umsetzung eines Entlassplans, die Zusammenarbeit und Abstimmung im multiprofessionellen Team sowie die regelmäßige Aktualisierung des Entlassplans.

Im systematischen Review von Fønss Rasmussen et al. (2021) wird dargestellt, dass das Vorhandensein einer Entlassplanung einen positiven Effekt auf die Reduzierung der Wiederaufnahmeraten von Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus hat. Auch Hamline et al. (2018) konnten in ihrem systematischen Review feststellen, dass die Erstellung eines individuellen Entlassplans positive Auswirkungen auf die Rehospitalisierungsraten bei Neugeborenen und Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen hat. Mehrere weitere systematische Reviews bestätigen die positiven Effekte einer Entlassplanung hinsichtlich der Reduzierung von Wiederaufnahmen ins Krankenhaus nach Entlassung (Jones et al. 2016, Scott et al. 2020, Coffey et al. 2019, Gonçalves-Bradley et al. 2016, Braet et al. 2016). Jedoch berichten auch vereinzelte systematische Reviews, dass keine Verbesserungen der Rehospitalisierungen durch die Erstellung und Durchführung einer Entlassplanung festgestellt werden konnten (Conroy et al. 2020, Mabire et al. 2016).

Hinsichtlich einer Abstimmung eines voraussichtlichen Entlasstermins gibt der Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie der österreichische Qualitätsstandard die Empfehlung, dass das Krankenhaus **frühzeitig** in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten den voraussichtlichen **Entlasstermin festlegen** soll (DNQP 2019, BMASGK 2018). Des Weiteren empfiehlt der Expertenstandard Entlassungsmanagement, **den voraussichtlichen Entlasstermin frühzeitig** sowohl mit den weiteren **am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen als auch mit den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern abzustimmen** (DNQP 2019). Die frühzeitige Ent-

lassterminierung soll dabei als Orientierung in der Entlassplanung dienen und kann in Abstimmung mit den am Entlassprozess beteiligten Gesundheitsprofessionen jederzeit abgeändert werden (DNQP 2019, BMASGK 2018).

Ein weiterer Aspekt, der hinsichtlich des Entlassplans im Rahmenvertrag Entlassmanagement vorgegeben wird, besteht darin, dass der **Entlassplan für alle am Entlassprozess beteiligten Akteure im Krankenhaus zugänglich** sein muss (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 3).

Auch der Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie der österreichische Qualitätsstandard empfehlen **spätestens 24 Stunden vor Entlassung die Überprüfung der Entlassplanung** hinsichtlich der Frage, ob diese bedarfsgerecht ist (DNQP 2019, BMASGK 2018).

5.3.1.2 Prüfung des Erfassungsinstruments

Für den Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ wurden im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* die fallbezogene QS-Dokumentation und die Patientenbefragung als geeignete Erfassungsinstrumente eingeschätzt (IQTIG 2019a). Auch auf Merkmalsebene ergibt sich im Hinblick auf die QS-Dokumentation keine andere Einschätzung, da die Informationen für die abgeleiteten Qualitätsmerkmale so patientenindividuell sind, dass sie nur fallbezogen erfasst werden können.

5.3.1.3 Potenzial zur Verbesserung

Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf

Dass die differenzierte Einschätzung und Entlassplanung wichtige Faktoren eines qualitativ hochwertigen Entlassmanagements sind, wird von Willms et al. (2016) dargelegt. Dazu gab es in der Literatur jedoch keine stringenten Hinweise auf ein deutliches Verbesserungspotenzial.

Das Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassungsmanagement beschreibt, dass 2020 bereits bei 71,3 % (n = 244) aller Patientinnen und Patienten eine differenzierte Einschätzung des poststationären Pflege- und Versorgungsbedarfs durchgeführt wurde (DNQP 2021). Bei der Datenauswertung wurde jedoch eine große Spannweite der Ergebnisse der einzelnen Krankenhäuser festgestellt. Zudem fiel auf, dass Einrichtungen mit einer bestehenden Verfahrensregelung zur Durchführung eines differenzierten Assessments und Integration der Einschätzung in die digitale Patientenakte höhere Zielerreichungsgrade erzielt haben (DNQP 2021). In den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten Einzelinterviews sowie Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) wurden keine Aussagen gemacht, die auf ein Versorgungsdefizit hinweisen.

Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team

Für das Qualitätsmerkmal ergaben sich Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial aus der Literatur. Im Krankenhausbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts wurde festgestellt, dass durch die Einführung des Rahmenvertrags Entlassmanagement frühzeitiger mit der Entlassplanung begonnen wird (Blum et al. 2018).

Während im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassmanagement zwar häufig eine differenzierte Einschätzung des poststationären Pflege- und Versorgungsbedarfs durchgeführt wurde, konnte nur noch bei 55,9 % der Patientinnen und Patienten eine individuelle Entlassplanung in der Patientenakte gefunden werden. Des Weiteren wird im Praxisprojekt geschildert, dass das Vorhandensein einer differenzierten Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs nicht zwangsläufig zu einer individuellen Entlassplanung führt (DNQP 2021). In den Pflegedokumentationen wurden zudem nur wenige Inhalte zum Entlassmanagement dokumentiert, während der Sozialdienst über entsprechende Dokumentationen verfügte. Berichtet wurde im Praxisprojekt auch, dass es in den Akten von Patientinnen und Patienten unterschiedliche Orte gab, an denen Hinweise auf geplante und durchgeführte Aktivitäten zum Entlassmanagement zu finden waren, ohne dass dadurch eine durchgängige Struktur identifiziert werden konnte (DNQP 2021).

Pinelli et al. (2017) stellen im systematischen Review dar, dass 23 % der befragten Gesundheitsfachkräfte von einem mangelnden Verständnis gegenüber anderen Berufsgruppen, aber auch von einem Missverständnis ihrer eigenen Berufsrolle bei der Entlassplanung berichteten. Zusätzlich äußerten 10 % der Befragten, dass patientenzentrierte, teambasierte Runden nicht regelmäßig bzw. gar nicht stattfinden und es generell an einer Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen mangelt, wodurch Lücken in der Kommunikation über aktuelle Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten entstehen können (Pinelli et al. 2017). Ähnliche Ergebnisse schildern auch Thoma und Waite (2018) in ihrer Studie.

Die Erstellung eines Entlassplans wurde von den stationär tätigen Gesundheitsprofessionen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) als sehr aufwendig beschrieben und daher oft nicht erstellt. Einige Kliniken griffen eher auf eine kurze und niederschwellige Checkliste zurück, um die Entlassung zu planen (IQTIG 2019a).

Wenn der Entlassplan aber erstellt wurde, berichteten die Teilnehmenden der Einzelinterviews und Fokusgruppen sehr unterschiedlich darüber, zu welchem Zeitpunkt dieser erstellt wurde. Bei einigen Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen beginne der Entlassplan als einheitliches Dokument, welches für alle zugänglich sei, mit dem Aufnahmetag der Patientinnen und Patienten und ende mit der Entlassung aus dem Krankenhaus. Andere Vertreterinnen und Vertreter berichteten hingegen, dass der Entlassplan erst im Laufe der Behandlung im Krankenhaus erstellt werde.

Die Verantwortung für die Erstellung des Entlassplans liege dabei häufig bei der Pflege. Jedoch wurde auch dargestellt, dass die Entlassplanung von Patientinnen und Patienten vielfach im Rahmen von interdisziplinären Besprechungen, Fallkonferenzen oder Visiten durchgeführt werden und der Entlassplan in der gemeinsamen Visite besprochen werde. Die Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen wiesen dabei aber auch darauf hin, dass eine multiprofessionelle Entlassplanung abhängig von der jeweiligen Einrichtung sei und es zwischen den Berufsgruppen durchaus Unterschiede bei der Durchführung und Umsetzung einer Entlassplanung gebe (IQTIG 2019a).

Von den stationär tätigen Gesundheitsprofessionen wurde eine unzureichende bzw. fehlende Kommunikation beklagt, in Form von fehlenden Absprachen unter den Berufsgruppen sowie kurzfristigen Entlassungen von Patientinnen und Patienten. Des Weiteren wurde angemerkt, dass der Entlassplan nicht die direkte Kommunikation untereinander ersetze (IQTIG 2019a).

Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung

Für das vorliegende Qualitätsmerkmal zur Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung durch das Krankenhaus ergaben sich keine klaren Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial. Im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassungsmanagement konnten zwar bei 71,1 % der Patientinnen und Patienten (n = 266) in der Pflegedokumentationen oder Entlassplanungen Hinweise auf die frühzeitige Abstimmung des Entlassungstermins zwischen den am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen und den Patientinnen und Patienten gefunden werden (DNQP 2021).

Jedoch äußerten sich die befragten Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) auch dahingehend, dass die Festlegung eines Entlasstermins durch die Erstellung eines Entlassplans sich bisher noch nicht ausreichend verbessert habe und in der Praxis auch noch nicht angekommen sei, wie wichtig es für alle Akteure sowie die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige ist, frühzeitig einen Entlasstermin mitgeteilt zu bekommen, um notwendige Maßnahmen zu planen und zu organisieren zu können (IQTIG 2019a).

Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen

Im systematischen Review von Sheehan et al. (2021) wurde u. a. als Barriere für eine erfolgreiche Entlassplanung geschildert, dass Empfehlungen und Berichte von nicht allen am Entlassprozess beteiligten Akteuren in den Entlassplan aufgenommen werden konnten. Als verbesserungsbedürftig wurde zudem im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassungsmanagement zur Entlassplanung genannt, dass es in den Akten von Patientinnen und Patienten unterschiedliche Orte gebe, an denen Hinweise auf geplante und durchgeführte Aktivitäten zum Entlassmanagement zu finden waren, ohne dass dadurch eine durchgängige Struktur identifiziert werden konnte (DNQP 2021).

Auch in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen wurde auf einen unzureichenden Zugang zum Entlassplan für allen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hingewiesen (IQTIG 2019a).

Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen

Für dieses Qualitätsmerkmal ergab sich in den Wissensquellen ein insgesamt heterogenes Bild zum Verbesserungspotenzial. Im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassungsmanagement wurde bei 83,6 % (n = 269) der dokumentierten Fälle ein geplanter Entlasstermin mit im Krankenhaus am Entlassprozess beteiligten Gesundheitsprofessionen abgestimmt (DNQP 2021).

Die Vertreterinnen und Vertreter der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen schilderten dagegen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung), dass die Kommunikation und Interaktion in Bezug auf die Abstimmung des Entlasstermins zwischen den am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen momentan noch schleppend verlaufe und manchmal auch die Entlasszeitpunkte nicht immer allen Berufsgruppen reibungslos kommuniziert werden würden (IQTIG 2019a).

Für das vorliegende Qualitätsmerkmal konnten einzelne Aussagen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) gefunden werden, die auf ein Versorgungsdefizit hinweisen. Jedoch konnte keine weitere Literatur mit Hinweisen auf eine Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie internationalen Versorgungskontext gefunden werden.

Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern

Für dieses Qualitätsmerkmal zeigte sich im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassungsmanagement, dass bei 77,1 % (n = 240) der dokumentierten Fälle ein geplanter Entlasstermin mit weiterversorgenden Einrichtungen abgestimmt wurde (DNQP 2021). Weitere und vertiefende Literatur mit Hinweisen auf eine Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie auch internationalen Versorgungskontext wurde jedoch nicht gefunden. Auch wurden für dieses Qualitätsmerkmal keine Aussagen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) getätigt, die auf ein Versorgungsdefizit hinweisen.

Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung

Eine abschließende Überprüfung der Entlassplanung wurde im Praxisprojekt des Expertenstandards Entlassungsmanagement bei 71,6 % (n = 268) der Patientinnen und Patienten durchgeführt (DNQP 2021). Die Ergebnisse deuten jedoch auf eine Qualitätsproblematik bei der Dokumentation sowie auch der Erhebung der Studiendaten hin, da mehr Entlassplanungen evaluiert wurden, die zuvor nicht Teil einer expliziten Entlassplanung waren (DNQP 2021). Tiefergreifende Literatur mit Hinweisen auf eine Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie internationalen Versorgungskontext wurde nicht gefunden. Auch wurden für dieses Qualitätsmerkmal keine Aussagen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) gefunden, die auf ein Versorgungsdefizit hinweisen.

5.3.1.4 Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Alle genannten Qualitätsmerkmale können nach erster Einschätzung dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) verantwortlich zugeschrieben werden. Die Leistungserbringer sind im Rahmen des Entlassmanagements dafür verantwortlich, den patientenindividuellen Bedarf für eine Anschlussversorgung möglichst frühzeitig zu erfassen und in einem Entlassplan zu

dokumentieren sowie regelmäßig zu überprüfen. Wie bereits im Qualitätsmerkmal „Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs“ dargestellt wurde, liegen auch für die differenzierte Risikoeinschätzung eine Reihe validierter Assessmentinstrumente vor, ohne dass jedoch bisher ein konkretes Instrument favorisiert werden kann, da jedes Assessment für sich verschiedene spezifische Schwerpunkte setzt und die einzelnen Assessmentinstrumente nicht alle Versorgungsbedarfe abdecken sowie häufig in der Einschätzung die persönliche und soziale Situation der Patientinnen und Patienten außer Acht lassen (DNQP 2019). Darüber hinaus liegt es in der Verantwortung der Krankenhäuser, dass die Informationen zu den erforderlichen Maßnahmen für alle am Entlassprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügbar sind und mit den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern abgestimmt werden.

5.3.1.5 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass das differenzierte und kriteriengeleitete Assessment mit der Entlassplanung in einem prozesshaften Verhältnis stehe und daher nicht unbedingt mit einem eigenen Qualitätsmerkmal abgebildet werden müsse. Ohne eine vorausgehende differenzierte Erfassung des poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs könne ein patientenindividueller Entlassplan nicht erstellt werden. Der Fokus sollte – auch unter Berücksichtigung des Aufwands für die Leistungserbringer – daher eher auf der Erstellung und Aktualisierung des Entlassplans im multiprofessionellen Team liegen, da vor allem hier ein Verbesserungspotenzial bestehe. Die abschließende Bewertung durch das Expertengremium zeigte zwar einen Konsens im Hinblick auf die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer, jedoch gab es entsprechend der zuvor dargestellten Diskussion keinen Konsens im Hinblick auf das Vorliegen eines zusätzlichen Verbesserungspotenzials als eigenständiges Qualitätsmerkmal.

Für das Qualitätsmerkmal „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ wurde vonseiten der Expertinnen und Experten ein bestehendes Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Erstellung eines Entlassplans für alle Patientinnen und Patienten, für die ein poststationärer Versorgungs- und Unterstützungsbedarf identifiziert wurde, konsentiert. In der Versorgungspraxis habe sich die vom Rahmenvertrag explizit geforderte Erstellung eines separaten, in der Patientenakte auffindbaren Entlassplans noch nicht durchgesetzt. Dabei wurde hier auf die Chancen durch eine Digitalisierung der Patientenakten hingewiesen. Hierdurch könnten auch die Anforderung der multiprofessionellen Erstellung und Zugänglichkeit für alle beteiligten Berufsgruppen niedrigschwelliger umgesetzt werden. Des Weiteren wurde die Notwendigkeit der Einbeziehung von Softwareanbietern betont, um den Bedarf einer Digitalisierung u. a. des Entlassplans zu verdeutlichen und praxistauglichere Angebote umzusetzen. Die anschließende Bewertung der Expertinnen und Experten zeigte dementsprechend sowohl bezüglich eines bestehenden Verbesserungspotenzials als auch in Bezug auf die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer einen Konsens.

Zum Qualitätsmerkmal „Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung“ gab es eine kontroverse Diskussion zwischen den Expertinnen und Experten. Einige Expertinnen und Experten äußerten, der Entlasstermin ergebe sich erst durch den Verlauf der

Behandlung und könne noch nicht frühzeitig avisiert werden, zumindest nicht „zu Beginn“ der Entlassplanung. Das Entlassdatum sei daher flexibel und könne verlaufsabhängig modifiziert werden. Andere Expertinnen und Experten wiesen jedoch darauf hin, dass immer zumindest ein vorläufiger Termin als Zeithorizont für eine zeitgerechte Planung von Maßnahmen festzulegen sei. Dieser sei problemlos in die Entlassplanung zu übertragen, da im DRG-System ohnehin bereits bei Aufnahme die voraussichtliche Verweildauer (mittlere Grenzverweildauer der DRG) berechnet würde. Außerdem sei es im Hinblick auf eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht opportun, frühzeitig einen Entlasstermin zu dokumentieren. Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass es vor allem in der Neonatologie schwierig sei, einen voraussichtlichen Entlasstermin festzulegen, da die Entlassung von Voraussetzungen (z. B. Gewicht) abhängig sei, die erfüllt sein müssten, bevor die Patientin oder der Patient entlassen werden kann. Die abschließende Bewertung durch das Expertengremium zeigte dementsprechend keinen Konsens zum Vorliegen eines Verbesserungspotenzials.

In der Diskussion zum Qualitätsmerkmal „Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen“ wurde betont, wie wichtig es sei, dass der Entlassplan für alle beteiligten Berufsgruppen einsehbar sei, beispielsweise indem der Entlassplan in der Patientenakte hinterlegt werde. Einige Expertinnen und Experten haben von Beispielen berichtet, in denen der Entlassplan im Krankenhausinformationssystem hinterlegt sei und so die elektronische Zugänglichkeit gewährleistet werden könne. Somit könnten die beteiligten Berufsgruppen den Entlassplan und etwaige Aktualisierungen jederzeit zentral einsehen. Dies werde allerdings in der Praxis noch nicht überall gut umgesetzt. Es wurde angeregt, dieses Qualitätsmerkmal möglicherweise in das Qualitätsmerkmal zur Verfahrensregelung zu integrieren, da dies eine übergeordnete Anforderung an den Entlassplan darstelle und es dementsprechend auf Einrichtungsebene eine Regelung hierfür geben sollte. In den anschließenden Bewertungen für das Qualitätsmerkmal bestand unter den Expertinnen und Experten ein Konsens bezüglich eines bestehenden Verbesserungspotenzials sowie zur Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

In der Diskussion des Qualitätsmerkmals „Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen“ wurde angemerkt, dass es hier nicht unbedingt notwendig sei, den Fokus auf die Abstimmung zu setzen, sondern es vielmehr darauf ankommt, dass alle beteiligten Berufsgruppen über den Entlasstermin informiert seien, um ihre Prozesse daran orientieren zu können. Eine Abstimmung mit den direkt beteiligten Berufsgruppen (u. a. Ärzte, Pflege, Sozialdienst) erfolge bereits über die täglichen Visiten oder Teamkonferenzen. Daher sei hier vielmehr die Zugänglichkeit des Entlassplans für die beteiligten Berufsgruppen wichtig, der als Instrument zur Abstimmung/Information über den Entlasstermin dienen könne. Durch die zusätzliche Ausgestaltung von digitalen Strukturen des Entlassplans könne die Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen noch besser gewährleistet werden. Die Abstimmung des Entlasstermins mit den Patientinnen bzw. Patienten ist Gegenstand der Fragebogenentwicklung für die Patientenbefragung. Die anschließenden Bewertungen für das Qualitätsmerkmal unter den Expertinnen und Experten zeigte keinen Konsens zu einem bestehenden Verbesserungspotenzial.

In Bezug auf die „Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern“ merkten einige Expertinnen und Experten an, dass vor allem die Information über den Entlasstermin relevant sei, z. B. für ambulante Pflegedienste. Bei den meisten anderen nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern, wie z. B. stationären Rehabilitations- oder stationären Pflegeeinrichtungen, sei es ohnehin zwingend erforderlich, den Termin abzustimmen, da ohne die Zusage der jeweiligen Einrichtung eine Entlassung in diese gar nicht erfolgen könne. Eine Abstimmung mit grundsätzlich allen nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern sei jedoch aufgrund des hohen Organisations- und Koordinationsaufwands nicht leistbar. Es sollte, wenn überhaupt, eher auf die *Information* der entsprechenden Leistungserbringer fokussiert werden. In der anschließenden Bewertung lag aus Sicht des Expertengremiums für dieses Qualitätsmerkmal kein Konsens sowohl hinsichtlich eines bestehenden Verbesserungspotenzials als auch im Hinblick auf die Zuschreibbarkeit der Verantwortung vor.

Beim Qualitätsmerkmal „Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung“ wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass eine Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung grundsätzlich wichtig sei, jedoch die abschließende Überprüfung nicht unmittelbar auf die 24 Stunden vor Entlassung begrenzt sein sollte. Vielmehr sei es wichtig, dass an den Vortag(en) der Entlassung eine Überprüfung vorgenommen werde, ob alle erforderlichen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen angestoßen wurden. Daher wurde das Qualitätsmerkmal von den Expertinnen und Experten als ein integraler Bestandteil des Entlassplans gesehen, weshalb vorgeschlagen wurde, das Qualitätsmerkmal nicht eigenständig auf Fallebene zu erfassen, sondern als relevanten Inhalt in das Qualitätsmerkmal zur Erstellung und Aktualisierung des Entlassplans mit aufzunehmen. In der abschließenden Bewertung zum Vorhandensein eines Verbesserungspotenzials und der Zuschreibbarkeit der Verantwortung lag kein Konsens vor, um dieses Merkmal als ein eigenständiges Qualitätsmerkmal weiterzuführen.

5.3.1.6 Ergebnisse der Konkretisierung

Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese den Ergebnissen aus den oben genannten Wissensquellen gegenübergestellt und in der Zusammenschau entschieden, welche konkretisierten Qualitätsmerkmale im Weiteren operationalisiert werden. In Tabelle 13 ist die zusammenfassende Bewertung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels für den Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ dargestellt.

Für das Qualitätsmerkmal zum differenzierten kriteriengeleiteten Assessment wurden die Hinweise aus dem Expertengremium aufgegriffen und entschieden, das Merkmal nicht als eigenständigen Qualitätsindikator zu operationalisieren. Vielmehr wird die Anforderung des Qualitätsmerkmals strukturell dahingehend einbezogen, dass die Durchführung eines differenzierten Assessments in den Verfahrensregelungen festgelegt sein soll. Ebenso wurde beim Qualitätsmerkmal „Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen“ entschieden, dieses im Sinne einer Mindestanforderung in den Qualitätsindikator zur Verfahrensregelung zu integrieren. Hinsichtlich der Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung sowie im Hinblick auf die Abstimmung des Entlasstermins

mit den beteiligten Gesundheitsprofessionen bzw. mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern wurde auf Grundlage der Literatur und der Hinweise aus dem Expertengremium entschieden, diese drei Qualitätsmerkmale nicht in den nächsten Entwicklungsschritt zu überführen. Für das Qualitätsmerkmal „Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor der Entlassung“ wurde ebenfalls entschieden, dieses nicht als eigenständigen Qualitätsindikator zu operationalisieren. Dieses wurde im Sinne einer Mindestanforderung in den Qualitätsindikator „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ integriert. Dementsprechend wurden vier Qualitätsmerkmale in den nächsten Entwicklungsschritt überführt und zu einem Qualitätsindikator operationalisiert bzw. in einen weiteren Qualitätsindikator integriert (siehe Tabelle 14).

Tabelle 13: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Entlassplanung“

	Abgeleitete Qualitätsmerkmale	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel	Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
Entlassplanung	Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	ja	ja	ja	ja	ja
	Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des patienten-individuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	ja	ja	ja	ja	ja
	Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	ja	ja	ja	nein	ja
	Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	ja	ja	ja	ja	ja
	Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen	ja	ja	ja	nein	ja
	Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern	ja	ja	ja	nein	nein
	Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung	ja	ja	ja	ja	ja

Tabelle 14: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und daraus operationalisierte Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Entlassplanung“

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Entlassplanung	Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	QI: Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans
	Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor der Entlassung	QI: Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans
	Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	QI: Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement (siehe Abschnitt 5.1.2)
	Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	QI: Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement

5.3.2 Qualitätsindikator „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans“

Mit dem Qualitätsindikator werden Patientinnen und Patienten erfasst, für die ein individueller Entlassplan im multiprofessionellen Team erstellt und aktualisiert wurde. Ziel dabei ist, dass bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten die Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team erfolgen soll.

Im Rahmen der Operationalisierung wurden Mindestanforderungen für die Erstellung und Aktualisierung des Entlassplans definiert. Der Entlassplan soll hierbei als ein eigenständiges Dokument in der Patientenakte vorhanden sein und entsprechende Mindestinhalte umfassen:

- Ergebnis des differenzierten Assessments
- Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen und weiterer Maßnahmen und Verordnungen für die Anschlussversorgung
- Verlaufsdocumentation bezüglich der jeweiligen erforderlichen Maßnahmen durch die beteiligten Gesundheitsprofessionen (mind. Ärzteschaft, Pflege bzw. Sozialdienst)
- Angaben bezüglich eines erforderlichen Informationsaustauschs mit Leistungserbringern der Anschlussversorgung
- Datum der voraussichtlichen/geplanten Entlassung
- Ergebnisse der abschließenden Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung

Darüber hinaus wurde der Qualitätsindikator dahingehend präzisiert, eine Aktualisierung des Entlassplans im Verlauf lediglich „bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung“ (§ 3 Abs. 5) vorzunehmen. Damit wurde der Begriff „regelmäßig“ im Titel gestrichen, da dies sonst eine Überprüfung und entsprechende Dokumentation bei unverändertem Bedarf in festgelegten Intervallen nahelegen würde. Eine solche Praxis wäre jedoch nicht sachgerecht und ist auch nicht erforderlich.

In der Operationalisierung des Indikators wurde die fallbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser weiterhin als geeignetes Erfassungsinstrument übernommen, worüber sich die für den Zähler erforderliche Information ableiten lässt. Die inhaltliche Ausgestaltung sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset V1.1 detailliert aufgelistet.

Für den Qualitätsindikator wird ein Referenzbereich von $\geq 95\%$ vorgeschlagen. Die Erstellung und Aktualisierung eines individuellen Entlassplans ist für alle stationären Patientinnen und Patienten zu fordern. Ein Toleranzbereich von 5 % erscheint jedoch sinnvoll, da in der Versorgungspraxis auf Einzelfälle bezogene Faktoren eine Umsetzung der Indikatoranforderung verhindern können. Dieser Toleranzbereich ist in der Einschätzung des IQTIG auch im Hinblick auf die Patientensicherheit akzeptabel. Dies bedeutet, dass diejenigen Leistungserbringer rechnerisch auffällig werden, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant bei weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten einen Entlassplan entsprechend den festgelegten Anforderungen erstellt haben.

5.3.2.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Bezüglich der Anforderung der Erstellung eines Entlassplans als eigenständiges Dokument wurde im Expertengremium angemerkt, es sei nicht sinnvoll, die Erstellung eines Entlassplans für alle Patientinnen und Patienten zu fordern. Dies solle auf Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Versorgungs- und Unterstützungsbedarf eingeschränkt werden. Zudem wurde kritisch hinterfragt, ob der Entlassplan als ein eigenständiges Dokument vorliegen müsse, da die Informationen bezüglich erforderlicher bzw. bereits getroffener Maßnahmen ohnehin im KIS vorlägen. Außerdem würden sämtliche Eintragungen bzw. Änderungen im KIS-System patientenbezogen datumsgenau erfasst werden, weshalb die Anforderung einer Verlaufsdokumentation im Entlassplan obsolet sei. Bezüglich der Anforderung, im Entlassplan einen voraussichtlichen Entlasstermin festzulegen, erfolgte im Expertengremium der Hinweis, dass dies standardmäßig bereits bei der administrativen Aufnahme im KIS hinterlegt werde, dort auch veränderbar und während des gesamten Behandlungsverlaufes ersichtlich sei. Diese Tatsache mit einem extra Datenfeld abzufragen wurde als unangemessener Dokumentationsaufwand und nicht sinnvoll eingeschätzt.

Das IQTIG erläuterte im Rahmen der Diskussion bezüglich der durch das Verfahren zu adressierenden Fälle mit umfassendem Versorgungsbedarf, dies sei in der Grundgesamtheit bereits durch die Ausgestaltung des Prognosemodells mit dessen entsprechenden Parametern sichergestellt. Aus Sicht des IQTIG sei es Sinn und Zweck des Entlassplans als eigenständigem Dokument, alle patientenbezogenen Informationen zum Entlassmanagement strukturiert zusammenzuführen, um so allen Beteiligten einen jederzeitigen Überblick über den Status und die

dar aus abzuleitenden Handlungsanschlüsse zu ermöglichen. Allein das Vorliegen einzelner Informationen zum Entlassmanagement im KIS sei nicht ausreichend als Grundlage für ein strukturiertes und planvolles Entlassmanagement. Auch die Ersteinschätzung des patientenindividuellen Versorgungsbedarfs sei bereits Teil des Entlassmanagements und das Ergebnis gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement in einem Entlassplan festzuhalten. Dieser diene daher auch der Dokumentation, dass ein Entlassmanagement durchgeführt wurde, unabhängig davon, wie umfangreich die Maßnahmen des Entlassmanagements ausfielen. So solle z. B. auch ein im Verlauf neu identifizierter Versorgungsbedarf im Entlassplan als Veränderung dokumentiert werden.

Der vorgeschlagene Referenzbereich von $\geq 95\%$ wurde vom Expertengremium als angemessen beurteilt.

5.3.2.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens wurde der ursprüngliche Titel des Qualitätsindikators „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ als nicht treffend kritisiert, da eine „Aktualisierung“ sowie die Erstellung des Entlassplans „im multiprofessionellen Team“ eigentlich nicht adressiert würden. Der Hinweis wurde aufgenommen und der Titel des Qualitätsindikators entsprechend angepasst.

Der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans“ ist Tabelle 15 zu entnehmen.

Tabelle 15: Qualitätsindikator „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans“

Bezeichnung	Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten soll die Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans erfolgen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	<p>Patientinnen und Patienten, für die ein individueller Entlassplan erstellt wurde.</p> <p><u>Hierfür muss mindestens erfüllt sein:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorhandensein eines eigenständigen Dokuments in der Patientenakte, welches als „Entlassplan“ identifizierbar ist ▪ Mindestinhalte des Entlassplans: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach §§ 39 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

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege), sofern dieser festgestellt wird. ▫ Abschließende Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung
Nenner	Alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit

5.4 Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“

Der Qualitätsaspekt adressiert die Information und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. deren (pflegenden) Angehörigen vor der Entlassung, anhand der die Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden soll. Im Zwischenbericht *Entlassmanagement* wurde bereits dargelegt, dass die Entlassfähigkeit, d. h. die Fähigkeit, für sich bzw. die zu pflegenden Angehörigen nach der Entlassung angemessen zu sorgen, nicht immer sichergestellt ist. Es bestehen weiterhin Defizite hinsichtlich Schulungen und Informationen z. B. zu Verhaltensweisen, Symptomen und möglichen Warnsignalen, was zu Unsicherheiten nach der Entlassung, einem schlechteren Gesundheitszustand und höheren Wiederaufnahmeraten führen kann (IQTIG 2019a). Der Qualitätsaspekt adressiert insbesondere die Schulung zum adäquaten Umgang z. B. mit Hilfsmitteln oder Medikamenten, die in den verschiedenen Wissensbeständen ein wichtiges Thema sind.

5.4.1 Qualitätsmerkmale

Für den Qualitätsaspekt wurde auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie den Empfehlungen des Expertenstandards Entlassungsmanagement und weiterer Leitlinien **drei** Qualitätsmerkmale abgeleitet (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“

Qualitätsaspekt	Abgeleitete Qualitätsmerkmale
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
	Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige
	Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

5.4.1.1 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement enthält hinsichtlich eines „Konzepts zur Information, Beratung und Schulung“ keine konkrete Anforderung. Jedoch soll, entsprechend seiner Zielsetzung, das Entlassmanagement „patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert [erfolgen] und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten [...] dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung“ (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 2 Abs. 2). Außerdem ist das Krankenhaus gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement verpflichtet, „den Patienten über die seinem Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung“ (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 7 Abs. 2) zu informieren. Dabei muss das Krankenhaus den Wahlrechten der Patientinnen und Patienten gemäß §§ 2 und 8 SGB XI, also den Möglichkeiten zu selbstbestimmtem und selbständigem Leben unter Berücksichtigung der persönlichen Lebenssituation, Rechnung tragen (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 7 Abs. 4).

Im Weiteren sieht der Expertenstandard Entlassmanagement vor, dass Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen bedarfsgerechte Informationen, Beratung und Schulung angeboten werden sollen, damit sie informierte Entscheidungen treffen können und in der Lage sind, den Anforderungen an Pflege und Versorgung nach der Entlassung begegnen zu können (DNQP 2019). Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Angehörigen sollen, angepasst an die individuelle Gesundheitskompetenz, Informationen über bestehende oder neu aufgetretene Erfordernisse der Erkrankung bzw. Genesung sowie über die Anschlussversorgung vermittelt werden, aber auch der Umgang mit Hilfsmitteln oder die Applikation von Therapeutika (DNQP 2019). Im österreichischen Qualitätsstandard (BMASGK 2018) wird empfohlen, den Patientinnen und Patienten oder auch Angehörigen Informationen sowohl zu ihrer Erkrankung als auch zur Prävention zu vermitteln sowie ggf. bestimmte praktische Fähigkeiten zur Bewältigung der poststationären Anforderungen (BMASGK 2018). Es soll ein „bedarfsgerechtes Beratungs- und Schulungsgespräch“ (BMASGK 2018: 30) durchgeführt werden. Für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen empfiehlt die Leitlinie NICE (2021) eine individuelle Psychoedukation vor der Entlassung, um diese in ihrer Selbstfürsorge zu unterstützen und ihr Bewusstsein für Symptomatik und Bewältigungsstrategien zu stärken (NICE 2021).

Ein einrichtungsübergreifendes **Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen** zur einheitlichen und systematischen Anwendung der unterschiedlichen Maßnahmen greift diese Empfehlungen des Expertenstandards Entlassmanagement auf und stellt zudem sicher, dass den genannten Anforderungen des Rahmenvertrags Entlassmanagement Rechnung getragen wird.

In mehreren systematischen Reviews wird diesbezüglich dargestellt, dass im Rahmen von Entlassprogrammen, die u. a. Schulungsmaßnahmen enthalten, die Wiederaufnahmerate signifikant gesenkt werden kann (O'Donnell et al. 2021, Facchinetti et al. 2020, Jones et al. 2016, Tomlinson et al. 2020, Oh et al. 2021) bzw. die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme sinkt (Branowicki et al. 2017, Couturier et al. 2016, Jones et al. 2016, Fønss Rasmussen et al. 2021). Die Lebensqualität und Eigenständigkeit sowie die physische und psychische Gesundheit bei älteren Patientinnen und Patienten verbessern sich (O'Donnell et al. 2021) und bei chirurgischen

Patientinnen und Patienten kann ein Entlassmanagementprogramm mit Schulungskomponenten auch die Infektionsrate signifikant reduzieren (Jones et al. 2016). Die von Patientinnen und Patienten wahrgenommene Selbstfürsorgekompetenz und Kenntnisse zur Versorgung in der Zeit nach der Entlassung wirken sich auch auf die Entlassungsbereitschaft (*readiness for hospital discharge*) aus (Galvin et al. 2017). Diese ist höher bei Patientinnen und Patienten, die zuvor entsprechend geschult wurden (Mabire et al. 2019).

Darüber hinaus wird im Expertenstandard Entlassungsmanagement empfohlen, dass die Einrichtungen **zielgruppenspezifische Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige** zur Verfügung halten sollen (DNQP 2019). Diese sollen die Schulung und Beratung unterstützen und dabei z. B. unterschiedliche Bildungsniveaus, sprachliche, kulturelle oder altersspezifische Unterschiede berücksichtigen sowie weiterführende Informationen zu ambulanten Beratungs- oder Hilfeangeboten enthalten (DNQP 2019).

Zudem sollen die Einrichtungen **geeignete Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen** zur Verfügung stellen (DNQP 2019). Dabei sollen die Räumlichkeiten über eine entsprechende Ausstattung verfügen, um z. B. spezifische Trainings oder Beratungen in ungestörter Umgebung durchführen zu können (DNQP 2019).

5.4.1.2 Prüfung des Erfassungsinstruments

Für den Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“ wurde neben der Patientenbefragung auch die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als geeignetes Erfassungsinstrument eingeschätzt, um einrichtungsbezogene Merkmale des Aspekts zu erfassen (IQTIG 2019a). Für die drei abgeleiteten Qualitätsmerkmale ergibt sich auch auf Merkmalsebene keine andere Einschätzung. Die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation ist am besten geeignet, die davon umfassten Inhalte und Anforderungen auf Einrichtungsebene abzubilden.

5.4.1.3 Potenzial zur Verbesserung

Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich keine Studien, die direkt ein „Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen“ untersuchen. Allerdings sind einzelne Informations-, Schulungs- oder Aufklärungsmaßnahmen als Komponenten von Entlassprozessen mit Bezug zu unterschiedlichen Outcomes in Studien enthalten, aus denen ein Potenzial zur Verbesserung abgeleitet werden kann. Zwei in Deutschland durchgeführte Untersuchungen (Straßner et al. 2020b, Tezcan-Güntekin 2017) stellen als Ergebnis von Patientinnen- und Patientenbefragungen und Fokusgruppen dar, dass bspw. 23 % der Patientinnen und Patienten keine Informationen zu möglichen Anzeichen einer Verschlechterung und 17 % keine Informationen hinsichtlich gesundheitsfördernder Verhaltensweisen bekamen (Straßner et al. 2020b). Insbesondere hinsichtlich der Durchführung einer individuellen Beratung im Umgang mit Medikation erkennt Tezcan-Güntekin (2017) ein strukturelles Defizit. In einer

weiteren Forschungsarbeit wird dargelegt, dass sich die Pflegebereitschaft von Angehörigen zwischen der Gruppe der gut informierten und der weniger gut informierten signifikant unterscheidet und dass die Angehörigen, die sich besser informiert fühlen, sich auch der Übernahme der Pflege eher gewachsen fühlen (Weiler et al. 2019). Aus einer aktuellen Studie zur Implementierung des Expertenstandards Entlassmanagement in der Praxis geht hervor, dass es lediglich in 59,8 % (n = 261) der ausgewerteten Fälle Hinweise auf das Angebot einer bedarfsgerechten Information, Anleitung und Beratung gegeben habe und auch nur in 69,4 % der Fälle (n = 265) Informationen über Wissen und Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Umgangs mit möglichen poststationär aufkommenden Anforderungen dokumentiert seien. Von den zuständigen Pflegefachkräften gaben dabei lediglich 76,6 % (n = 252) an, dass es ihnen vor dem Hintergrund u. a. der bestehenden Rahmenbedingungen sowie ihrer zeitlichen Ressourcen möglich gewesen sei, ein Informations-, Beratungs- oder Schulungsangebote zu machen (DNQP 2021).

In den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) wurde von den ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen betont, wie wichtig es sei, dass Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt gut informiert sind. Allerdings wird Beratung und Schulung durch das Krankenhaus häufig als unzureichend wahrgenommen. Sowohl hinsichtlich des Umgangs mit Medikamenten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln als auch hinsichtlich unterstützender Angebote und Pflegeleistungen seien Patientinnen und Patienten häufig nicht ausreichend informiert oder geschult (IQTIG 2019a).

Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige

Aus der Literatur können lediglich Hinweise für ein vorliegendes Verbesserungspotenzial bei einer kleinen Patientensubgruppe abgeleitet werden. Das systematische Review, das familienzentrierte Übergangsprozesse bei der Krankenhauserlassung von Neugeborenen untersucht, zeigt, dass die Mitgabe eines Anleitungsblattes mit Piktogrammen bei Eltern zu signifikant besserem Kenntnis der Medikationsverabreichung, größerer Adhärenz und einer geringeren Rate an Medikationsfehlern führt (Desai et al. 2015). Außerdem nehmen Eltern, die schriftliche Anleitungen in ihrer Sprache erhalten, signifikant mehr Warnsignale und Symptome wahr (Desai et al. 2015).

Weitere Literatur mit Hinweisen auf eine Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie auch internationalen Versorgungskontext wurde nicht gefunden. Auch wurden für dieses Qualitätsmerkmal keine Aussagen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) getätigt, die auf ein Versorgungsdefizit hinweisen.

Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen

Entsprechende Literatur mit Hinweisen auf eine Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie auch internationalen Versorgungskontext wurde nicht gefunden. Auch wurden für dieses

Qualitätsmerkmal keine Aussagen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) gemacht, die auf ein Versorgungsdefizit hinweisen.

5.4.1.4 Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Alle genannten Qualitätsmerkmale können nach erster Einschätzung dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) verantwortlich zugeschrieben werden. Zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit sind die Krankenhäuser für die Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen verantwortlich. Dies kann durch das Vorliegen eines einrichtungsübergreifenden Konzepts strukturiert und unterstützt werden. Darüber hinaus liegt es in der Verantwortung der Krankenhäuser, Informations- und Anschauungsmaterialien sowie geeignete Räumlichkeiten für Schulungen den Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen zur Verfügung zu stellen.

5.4.1.5 Ergebnisse des Expertengremiums

Für das Qualitätsmerkmal „Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen“ bekräftigte das Expertengremium, dass das Vorhandensein eines Konzepts sehr relevant sei. Es wurde mehrheitlich darauf hingewiesen, dass für das vorzuhaltende Konzept eine einheitliche Struktur vorgegeben werden müsse, um für die Ausgestaltung des Informations- und Beratungsangebots einen Standard für die Krankenhäuser zu setzen. Insgesamt bestand für das Qualitätsmerkmal vonseiten des Expertengremiums ein Konsens, dass ein Verbesserungspotenzial vorliege und auch die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer gegeben sei.

Für das Qualitätsmerkmal „Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige“ wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass in der Praxis Informationsmaterialien für die Patientinnen und Patienten bereits vielfach vorhanden seien. Darüber hinaus wurde diskutiert, ob nicht ggf. eher auch die Krankenkassen in der Verantwortung stehen würden, solche Informations- und Anschauungsmaterialien zur Verfügung zu stellen. In der Bewertung des Qualitätsmerkmals lag hinsichtlich eines bestehenden Verbesserungspotenzials kein Konsens vor.

Das Verbesserungspotenzial für das Qualitätsmerkmal „Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen“ wurde vonseiten der Expertinnen und Experten als gering eingestuft. In der Diskussion wurde u. a. darauf hingewiesen, dass die Verfügbarkeit eigener Räumlichkeiten für Beratungen und Anleitungen im Hinblick auf die adäquate Umsetzung von Beratungen und Anleitungen von relativ geringerer Relevanz sei. Vielmehr sei es notwendig, dass Schulungen in einem geschützten Rahmen durchgeführt würden. Hierfür könnten sich u. a. durchaus – wie zurzeit in der Praxis gehandhabt – auch die Patientenzimmer eignen, wenn auf die Wahrung der Privatsphäre geachtet werde. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass die strukturellen Gegebenheiten in vielen Krankenhäusern es nicht erlauben könnten, gesonderte Räumlichkeiten zum Zwecke der Information, Beratung und

Schulung zur Verfügung zu stellen. Dies könne letztendlich auch nicht unbedingt in die Verantwortung des Krankenhauses gestellt werden, wenn keine geeigneten Räumlichkeiten, gesondert für Beratungen und Schulungen, zur Verfügung stehen, da die strukturellen Gegebenheiten nur bedingt beeinflussbar seien. Die abschließende Bewertung durch das Expertengremium zeigte dementsprechend keinen Konsens in Bezug auf die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

5.4.1.6 Ergebnisse der Konkretisierung

Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese den Ergebnissen aus den oben genannten Wissensquellen gegenübergestellt und in der Zusammenschau entschieden, welche konkretisierten Qualitätsmerkmale im Weiteren operationalisiert werden. In Tabelle 17 ist die zusammenfassende Bewertung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels für den Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“ dargestellt.

Auf Grundlage der Literatur und der Hinweise aus dem Expertengremium bezüglich der Qualitätsmerkmale zur Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien sowie hinsichtlich der Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten wurde entschieden, diese aufgrund eines fehlenden Verbesserungspotenzials nicht in die weitere Entwicklung miteinzubeziehen. Dementsprechend wurde ein konkretisiertes Qualitätsmerkmal in den nächsten Entwicklungsschritt überführt und im Weiteren zu Qualitätsindikatoren operationalisiert (siehe Tabelle 18).

Tabelle 17: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“

Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	Abgeleitete Qualitätsmerkmale	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel	Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
	Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen	ja	ja	ja	ja	ja
	Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige	ja	ja	ja	nein	ja
	Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen	ja	ja	ja	nein	nein

Tabelle 18: Konkretisiertes Qualitätsmerkmal und daraus operationalisierter Qualitätsindikator des Qualitätsaspekts „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Qualitätsindikator
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen	QI: Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

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

Mit dem Qualitätsindikator soll erfasst werden, ob ein schriftliches Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen in den Krankenhäusern zur Verfügung steht. Ziel ist es, dass ein solches Konzept in allen Krankenhäusern mit mindestens einem Entlassfall vorliegt.

In der Operationalisierung des Indikators wurde die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser weiterhin als geeignetes Erfassungsinstrument übernommen, worüber die Abbildung des Zählers erfolgt. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset V1.1 detailliert aufgelistet.

Im Rahmen der Operationalisierung wurde der Indikatortitel in Anlehnung an die Begrifflichkeit aus den Expertenstandards in der Pflege in „Information, Beratung und **Anleitung** von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“ angepasst. Dadurch ist zudem eine begriffliche Abgrenzung zu Schulungen, die für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser angeboten werden (siehe z. B. Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“, Abschnitt 5.1.3), geschaffen.

Als Referenzbereich für den Qualitätsindikator wird ein fester Referenzbereich im Sinne der qualitativen Erfüllung aller Merkmalsanforderungen vorgeschlagen (erfüllt / nicht erfüllt, wobei die Gesamtanforderung nur dann als erfüllt gilt, wenn alle Teilanforderungen erfüllt sind). Diese umfassen konkret zu benennende Themen, für die Informationen, Beratungen und/oder Anleitungen angeboten werden, die Zielgruppe des jeweiligen Themas, das Format der Information, Beratung oder Anleitung sowie die durchführenden bzw. verantwortlichen Professionen. Im Sinne des Ziels des Qualitätsindikators, dass durch ein transparentes, krankenhausesinternes Konzept die Basis für die Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen sichergestellt werden soll, ist es nicht sinnvoll, einzelne der grundlegenden Bestandteile als nicht obligate Anforderungen herauszunehmen. Dabei ist die Erstellung eines schriftlichen Konzepts für alle Krankenhäuser niedrigschwellig umsetzbar. Ein Toleranzbereich erscheint daher nicht angemessen.

5.4.2.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Von den Expertinnen und Experten wurde darauf hingewiesen, durch einen Ausfüllhinweis zu konkretisieren, dass auch die Beratungen zu sozialrechtlichen Themen nach § 112 Abs. 2 SGB V einbezogen sind. Darüber hinaus regten einige Expertinnen und Experten an, ebenfalls in einem Ausfüllhinweis des Qualitätsindikators klarzustellen, dass ein schriftliches Konzept zur Information, Beratung und Anleitung für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige auch ein integraler Bestandteil bereits anderer Verfahrensregelungen (z. B. zum Entlassmanagement) sein kann. In der weiteren Diskussion befürworteten die Expertinnen und Experten zudem die Umbenennung des Indikatortitels in „Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“, um eine Abgrenzung zur Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern deutlich zu machen.

Der vorgeschlagene Referenzbereich der vollständigen Erfüllung der Strukturanforderung wurde von den Expertinnen und Experten befürwortet.

5.4.2.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Im Rahmen des durchgeführten Beteiligungsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass das Entscheidende eines derartigen Konzeptes dessen Anwendung und Nutzen sei, darüber könne jedoch mit dem vorliegenden Qualitätsindikator keine Aussage getroffen werden; zudem werde das Thema auch bereits durch die Patientenbefragung adressiert. Des Weiteren wurde empfohlen, den Indikator zurückzustellen, da er über die gesetzlichen Anforderungen hinausginge. Zudem sei der Bezug des Indikators unklar und werde mit der Indikatorbezeichnung nicht deutlich. Es wurde daher empfohlen, die Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die diese Konzepte erstellt werden müssten, je nach Fachbereich einzugrenzen. Die Hinweise wurden aufgenommen und der Indikator vor dem Hintergrund der eingegangenen Stellungnahmen erneut kritisch bewertet. Da das Thema des Qualitätsindikators ebenfalls durch die Patientenbefragung adressiert wird, wurde schließlich entschieden, den Indikator nicht in das endgültige Indikatorenset zu übernehmen.

5.5 Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“

Der Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“ beschreibt, ob und wann im Krankenhaus ein Entlassgespräch mit der Patientin oder dem Patienten stattfindet. Des Weiteren fokussiert der Qualitätsaspekt darauf, ob den Patientinnen und Patienten nach der Entlassung eine Ansprechpartnerin / ein Ansprechpartner vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt wurde, die/den sie bei Rückfragen kontaktieren können. Die Ergebnisse aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement* zeigten, dass das Stattfinden eines finalen Entlassgesprächs spätestens einen Tag vor der Entlassung als hilfreich und wichtig angesehen wird und unterstreichen die Bedeutung der Durchführung eines Entlassgesprächs und die Nennung von Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartnern (IQTIG 2019a).

5.5.1 Qualitätsmerkmale

Für den Qualitätsaspekt wurde auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie der Empfehlungen des Expertenstandards Entlassungsmanagement und weiterer Leitlinien ein Qualitätsmerkmal abgeleitet (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Abgeleitetes Qualitätsmerkmal zum Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“

Qualitätsaspekt	Abgeleitetes Qualitätsmerkmal
Entlassgespräch	Abschließendes Gespräch vor Entlassung

5.5.1.1 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Aus der Empfehlung des österreichischen Qualitätsstandards geht hervor, dass das **Entlassgespräch koordiniert und durchgeführt werden soll**. Dabei sollen alle geplanten und weiterführenden Schritte überprüft und bestätigt werden (BMASGK 2018).

5.5.1.2 Prüfung des Erfassungsinstruments

Für den Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“ wurden im Zwischenbericht *Entlassmanagement* die fallbezogene QS-Dokumentation und die Patientenbefragung als geeignete Erfassungsinstrumente identifiziert. Da in der Patientenbefragung ein entsprechendes Qualitätsmerkmal zur Durchführung eines abschließenden Gesprächs vor Entlassung mit den Patientinnen und Patienten abgeleitet wurde, entschied das IQTIG, das Qualitätsmerkmal in der vorliegenden Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren nicht weiter zu verfolgen und dieses allein über die Patientenbefragung zu erfassen, um eine Doppelerfassung zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund wird das Qualitätsmerkmal im vorliegenden Bericht nicht weiter adressiert.

5.6 Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“

Die Bedeutung des Qualitätsaspekts „Medikamentenmanagement“ wurde bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* dargestellt (IQTIG 2019a) Der Qualitätsaspekt adressiert u. a. die Erstellung eines Medikationsplans für Patientinnen und Patienten, die Mitgabe von notwendigen Medikamenten bzw. das Ausstellen von Arzneimittelverordnungen bei der Entlassung sowie eine entsprechende Informationsweitergabe an nachbehandelnde Leistungserbringer zur Sicherstellung einer erforderlichen Medikamentenversorgung nach der Entlassung. Die Ergebnisse zeigten, dass Patientinnen und Patienten nicht immer einen Medikationsplan erhalten, bzw. deren kontinuierliche Versorgung nicht immer sichergestellt ist, wenn dies erforderlich wäre, und auch, dass wichtige Informationen zu Änderungen der Medikation nicht in erforderlichem Maße kommuniziert werden (IQTIG 2019a).

5.6.1 Qualitätsmerkmale

Für den Qualitätsaspekt wurde auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie der Empfehlungen des Expertenstandards Entlassungsmanagement und weiterer Leitlinien vier Qualitätsmerkmale abgeleitet (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“

Qualitätsaspekt	Abgeleitete Qualitätsmerkmale
Medikamentenmanagement	Erstellung bzw. Aktualisierung eines Medikationsplans
	Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung
	Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen
	Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung

5.6.1.1 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement soll für Patientinnen und Patienten ein **Medikationsplan** entsprechend den Vorgaben des § 31a SGB V **erstellt** und diesen **mitgegeben** werden, wenn sie mit einer Medikation entlassen werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 7 Abs. 3). Demnach muss er diejenigen verschreibungspflichtigen Arzneimittel enthalten, die **bei Erstellung oder Aktualisierung** des Medikationsplans bzw. unmittelbar anschließend angewendet werden (KBV et al. 2016). Der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfiehlt die **Aushändigung eines Medikationsplans**, damit die Patientin oder der Patient bedarfsgerecht auf die Entlassung vorbereitet ist und sicher entlassen werden kann (DNQP 2019).

Die Erstellung und Mitgabe des Medikationsplans ersetzt gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement nicht die **Information des nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringers** über notwendige Medikamentenanpassungen bzw. -umstellungen (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 7 Abs. 3). Dazu ist in der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA in § 8 Abs. 3a, S. 6–8 festgelegt, dass die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer über die medikamentöse Therapie im Krankenhaus sowie die weitere medikamentöse Behandlung nach dem stationären Aufenthalt frühzeitig zu informieren sind und ggf. Änderungen einer vor Aufnahme bestehenden Medikation darzustellen bzw. zu erläutern sind.

Zu einer bedarfsgerechten Vorbereitung und einer sichereren Entlassung aus dem Krankenhaus empfiehlt der Expertenstandard Entlassungsmanagement die **Aushändigung von notwendigen Rezepten und Verordnungen** (DNQP 2019). Im österreichischen Qualitätsstandard wird ebenfalls empfohlen, dass der Patientin oder dem Patienten im Zuge des Entlassmanagements eine Verordnung für benötigte Arzneimittel ausgestellt werden soll (BMSGK 2018).

Für das Entlassmanagement wurde das Verordnungsrecht für Arzneimittel novelliert (§ 39 Abs. 1a SGB V). Dazu wird im Rahmenvertrag Entlassmanagement konkretisiert, dass die

Verordnung durch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus mit abgeschlossener Facharztausbildung erfolgen muss und diese die **erforderlichen Medikamentenverordnungen** in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen vornehmen können (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 4 Abs. 3-4) . Dies soll der Überbrückung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung dienen, wenn aus medizinischen oder organisatorischen Gründen eine **nahtlose Arzneimittelversorgung** sonst nicht gewährleistet wäre (§ 8 Abs. 3a AM-RL). Weiterhin ist auch die **Mitgabe von Medikamenten** aus dem Krankenhaus gemäß § 14 Abs. 7 Apothekengesetz (ApoG) möglich, wenn z. B. eine Behandlung damit abgeschlossen werden kann oder auf die Entlassung der Patientin oder des Patienten unmittelbar ein Wochenende oder ein Feiertag folgt (§ 8 Abs. 3a AM-RL).

Wie wichtig die Erstellung von Medikationsplänen sowie der Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern zum Medikamentenmanagement der Patientinnen und Patienten sind zeigen mehrere Studien, die sich mit Medikationsfehlern nach Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus beschäftigt haben (Alqenae et al. 2020, Cortejoso et al. 2016, Pereira et al. 2021). So werden als Hindernisse für ein erfolgreiches Entlassmanagement u. a. das Fehlen von Verordnungen für Medikamente oder auch die unzureichende Mitgabe von Medikamenten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beschrieben (Schulte-Marin 2018, Dräger 2016, Mehrmann und Ollenschläger 2014).

Im Vergleich zur Standardversorgung verringerten medikamentenbezogene Interventionen, wie die Erstellung eines Medikationsplans, im systematischen Review von Daliri et al. (2021) die Zahl der Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung um 3,8 % (RR = 0.79; 95 % KI 0.65-0.96). Eine Meta-Regressionsanalyse ergab, dass die Wiederaufnahmeraten pro zusätzlicher Interventionskomponente (z. B. Medikationsplan plus Schulung) um 17 % gesenkt werden konnten (RR = 0.83; 95 % KI 0.75–0.91) (Daliri et al. 2021).

In einer Metaanalyse von Mekonnen et al. (2016) wurden die Auswirkungen von elektronischen Medikationsplänen bei Krankenhausübergängen (entweder nur bei der Aufnahme oder nur bei der Entlassung) untersucht. Durch die Nutzung von elektronischen Medikationsplänen konnte die Rate an Medikationsdiskrepanzen zu beiden Zeitpunkten signifikant reduziert werden (RR = 0.34; 95 % KI 0.23–0.50) (Mekonnen et al. 2016). Medikationsfehler (z. B. Doppeleinnahmen oder Fehldosierungen) oder eine mangelnde Medikamenten-Compliance können Folgen einer unzureichenden Kommunikation mit weiterbehandelnden Leistungserbringern sein, was zu ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus führen kann (Tezcan-Güntekin 2017, Gröber-Grätz et al. 2014, Daliri et al. 2021). Somit kann eine fehlende Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und den weiterversorgenden Leistungserbringern über die Medikation der Patientinnen und Patienten ein Hindernis für ein erfolgreiches Entlassmanagement sein (Foulon et al. 2019, Cope et al. 2018, Allen et al. 2017, BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015, Mehrmann und Ollenschläger 2014, Hudson et al. 2014).

In verschiedenen Studien zur Einführung eines einheitlichen Bundesmedikationsplans im ambulanten sowie stationären Sektor geben ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker an, dass sie einen großen Nutzen in der Einführung durch die

interprofessionelle Zusammenarbeit und geregelte Bereitstellung der Information über die Medikation bei Aufnahme und Entlassung von Patientinnen und Patienten sehen (Dormann et al. 2018, Universität Witten/Herdecke/HELIOS Klinikum Erfurt 2017). In der Studie von Rachamin et al. (2021) gaben 90 % der befragten Hausärztinnen und Hausärzte an, dass sie sich zur Sicherstellung der Arzneimitteltherapiesicherheit eine Gegenüberstellung der Medikation bei Aufnahme und Entlassung im Entlassbrief wünschen. In einer qualitativen Studie benannten die befragten Patientinnen und Patienten, die einen Medikationsplan nutzten, im Mittel signifikant mehr Entlassmedikamente zutreffend als Patientinnen und Patienten, die im Interview keinen Medikationsplan nutzten (66 % versus 35 %) (Freyer et al. 2016).

Die Mitgabe eines Medikationsplans bei der Entlassung führt dazu, dass Medikationsfehler (z. B. Doppeleinnahmen oder Fehldosierungen) verringert sowie die Adhärenz zur kontinuierlichen Medikationseinnahme verbessert werden können (Dietrich et al. 2020, Capiou et al. 2020, Freyer et al. 2016). Im systematischen Review von Desai et al. (2015) konnte gezeigt werden, dass durch die Mitgabe von sog. „medication instruction sheets“ Eltern über die Medikamente ihrer Kinder deutlich besser Bescheid wussten, sich häufiger an die Gabe der Medikamente hielten und auch weniger Dosierungsfehler machten. Im systematischen Review von Dietrich et al. (2020) konnte auch bei Patientinnen und Patienten, die Zugang zu einem Medikationsplan hatten, gezeigt werden, dass diese besser über ihre Medikation Bescheid wussten, was die Kenntnis der Indikation, des Medikamentennamens, der Dosierung und der Dosierungshäufigkeit betraf. Die Verwendung eines Medikationsplans erhöhte das wahrgenommene Wissen ($p = 0.05$) oder war mit der Fähigkeit verbunden, korrekte Informationen zu geben ($OR = 2.21$) (Dietrich et al. 2020). Neben dem Vermeiden von Medikationsfehlern wird auch die Reduzierung von Wiederaufnahmen durch die Nutzung von Medikationsplänen belegt (Mekonnen et al. 2016, Daliri et al. 2021). Mehrere systematische Reviews sowie Studien zeigen, dass durch die Mitgabe eines Medikationsplans Medikationsfehler (z. B. Doppeleinnahmen oder Fehldosierungen) verringert werden können, Patientinnen und Patienten mehr Informationen über die Medikamente und deren Einnahme erhalten und dass der Medikationsplan sie bei der korrekten Einnahme der Medikamente unterstütze (Dietrich et al. 2020, Freyer et al. 2016). In einer Studie konnte zudem gezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten, die ihre Entlassungsmedikation zu 100 % zutreffend benannten, zu 68 % einen Medikationsplan erhalten hatten (Freyer et al. 2016).

5.6.1.2 Prüfung des Erfassungsinstruments

Für den Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“ wurden im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie die fallbezogene QS-Dokumentation als geeignet eingeschätzt (IQTIG 2019a). Im Rahmen einer fallbezogenen QS-Dokumentation kann erfasst werden, ob für die Patientinnen und Patienten ein Medikationsplan erstellt bzw. aktualisiert wurde und ob den Patientinnen und Patienten bei Entlassung ein Medikationsplan mitgegeben wurde. Da für den Informationsaustausch über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen mit den nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern individuelle Informationen von Patientinnen und Patienten abgefragt werden müssten, ist auch hierbei die fallbezogene QS-Dokumentation notwendig. Im Rahmen der fallbezogenen QS-Do-

kumentation kann zudem auch die Mitgabe von Medikamenten sowie das Ausstellen einer Arzneimittelverordnung zur Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung erfasst werden. Das Ausstellen einer Arzneimittelverordnung ist zumindest in Fällen, in denen die verordneten Medikamente von der Apotheke ausgegeben wurden, auch mittels der Sozialdaten bei den Krankenkassen abbildbar. Auf Merkmalebene wurde die fallbezogene QS-Dokumentation für alle vier Qualitätsmerkmale als geeignetes Erfassungsinstrument eingeschätzt.

5.6.1.3 Potenzial zur Verbesserung

Erstellung bzw. Aktualisierung eines Medikationsplans

Hinweise auf das Vorliegen eines Verbesserungspotenzials zeigen verschiedene Studien, in denen kein Medikationsplan erstellt, bei Erstellung z. B. Informationen über die genaue Dosis der Medikamenteneinnahme fehlten oder Änderungen im Medikationsplan nicht mit den Gesundheitsfachkräften im Krankenhaus besprochen werden konnten (Meyer-Masseti et al. 2018, Bagge et al. 2014, Verhaegh et al. 2019, Schwarz et al. 2021, Michaelsen et al. 2015). Die Studie von Tezcan-Güntekin (2017) resümiert, dass bei kurzfristigen sowie auch normalen Entlassungen aus dem Krankenhaus Medikamentenanpassungen zwar teilweise mündlich kommuniziert, diese aber nicht schriftlich in Form eines Medikamentenplans erstellt und ausgehändigt werden.

Auch aus den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen ging die Wichtigkeit eines standardisierten und einheitlichen Bundesmedikationsplan mit der Angabe von Wirkstoffnamen für die Patientinnen und Patienten sowie für alle Leistungserbringer im Versorgungsprozess hervor, damit es in der nachstationären Versorgung nicht zu Medikationsfehlern bzw. -unterbrechungen komme. Dabei wurde, wie zuvor auch schon in der Literatur dargestellt, über Umsetzungsprobleme berichtet (IQTIG 2019a).

Die Mehrheit der befragten ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen gab jedoch an, dass ein Medikationsplan nur teilweise bzw. gar nicht erstellt werde. Vielmehr müssten sich die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer die Medikamente aus den Entlassdokumenten herausuchen, um die Patientinnen und Patienten über die einzunehmenden Medikamente aufzuklären (IQTIG 2019a).

Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung

Aus dem Gesundheitsreport der Handelskrankenkasse geht hervor, dass nur 66,4 % der befragten Patientinnen und Patienten einen Medikationsplan mit mindestens einem verordneten Medikament bei der Entlassung aus dem Krankenhaus erhalten haben (Braun 2018). In der Studie von Straßner et al. (2020b), die Ergebnisse einer Patientenbefragung im Rahmen einer Prozessevaluation publizierten, gaben 32,7 % der befragten Patientinnen und Patienten (n = 367) an, keine schriftliche Information über die Art und Einnahme von Medikamenten bei der Entlassung erhalten zu haben. In einer retrospektiven Analyse von Entlassdokumenten von Schwarz et al. (2021) wurde festgestellt, dass in 88 % und 75 % der Fälle der Name sowie die Dosis der einzunehmenden Medikamente im Entlassbrief angegeben wurde, während in nur 23 % der Fälle die Art der Verabreichung der Medikamente vermerkt wurde (Schwarz et al. 2021). Bezüglich der

Angaben hinsichtlich der zuletzt gegebenen Medikation vor Entlassung enthielten nur 48 % der Entlassdokumente ausreichend konkrete Angaben. Des Weiteren zeigte eine prospektive, quantitative Studie zur Entlassung von Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in die Häuslichkeit, dass nur 5 % der befragten ambulanten Pflegefachkräften (n = 100) angaben, dass bei den aus dem Krankenhaus entlassenen Patientinnen und Patienten die vollständigen Entlassdokumente beim ersten poststationären Besuch des Pflegedienstes vorlagen (Meyer-Masseti et al. 2018). Darunter war die Verschreibung der Entlassungsmedikation bei 78 % der Patientinnen und Patienten (n = 78) das am häufigsten fehlende Dokument. Bei 13 Patientinnen und Patienten lag weder ein Medikationsplan noch eine Verordnung der Entlassungsmedikation vor (Meyer-Masseti et al. 2018). In einer weiteren Studie wurden mittels eines semi-strukturierten Interviews 40 Patientinnen und Patienten im Alter von 75 Jahren oder älter befragt, wovon 72,5 % der Befragten (n = 29) angaben, dass Änderungen im Medikationsplan nicht mit den Gesundheitsfachkräften im Krankenhaus besprochen wurden (Bagge et al. 2014). Darüber hinaus gaben 32,5 % (n = 13) an, dass sie Teile ihrer Entlassunterlagen nicht vollständig verstehen würden oder hierbei auf Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen waren. Den Ergebnissen der Studie zufolge besteht ein Bedarf an klarer und verständlicher Information zu Medikamentenänderungen sowohl mündlich als auch in den Entlassungsunterlagen (Bagge et al. 2014). Die Ergebnisse einer explorativen qualitativen Studie mit chronisch kranken Patientinnen und Patienten (n = 23) von Verhaegh et al. (2019) zeigten, dass Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung eine Medikamentenliste erhalten haben. Patientinnen und Patienten wünschten sich jedoch einen stärkeren Fokus auf die Sicherstellung der richtigen Medikation, um unerwünschte Arzneimittelereignisse zu verhindern. Des Weiteren wurde von Patientinnen und Patienten auf Probleme mit Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten, falscher Dosierung sowie unangemessener Verschreibungen hingewiesen. In einem systematischen Review von Michaelsen et al. (2015) konnte gezeigt werden, dass die meisten Patientinnen und Patienten bei Entlassung mehr als einen Dokumentations- und Medikationsfehler aufweisen (durchschnittlich 1,2 und 5,3 Diskrepanzen) und daher einem Risiko eines Medikationsfehlers ausgesetzt sein könnten.

Die ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen aus den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) gaben an, dass ein Medikationsplan nur manchmal bzw. gar nicht mitgegeben wurde.

Zudem berichten nachversorgende Ärztinnen und Ärzte in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews (eigene Erhebung), dass sie manchmal ziemlich ratlos seien, wenn keine Entlassdokumente der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vorlägen. Dies bestätigen auch die Vertreterinnen und Vertreter aus der stationären Langzeitpflege (IQTIG 2019a).

Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen

Für dieses Qualitätsmerkmal ergaben sich aus der Literatur sowie den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews

und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial. In einer Untersuchung gaben 68 % der befragten Hausärztinnen und Hausärzte an, bei einer Änderung der Dauermedikation von Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthaltes nicht vom Krankenhaus kontaktiert worden zu sein (Rachamin et al. 2021). Außerdem kommt es aufgrund fehlenden Informationsaustauschs zwischen den stationären und ambulanten Akteuren häufig dazu, dass Medikamente von der nachbehandelnden Hausärztin oder dem nachbehandelnden Hausarzt kurz nach der Entlassung wieder umgestellt werden (Tezcan-Güntekin 2017, Gröber-Grätz et al. 2014, Herrmann et al. 2015).

In den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen gaben die befragten Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) vielfach an, dass seitens des Krankenhauses kein Austausch über eventuelle Medikamentenumstellungen vor der Entlassung stattfindet (IQTIG 2019a).

Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung

Für das Qualitätsmerkmal ergaben sich ebenfalls Hinweise auf Verbesserungspotenzial aus der Literatur. Für die Versorgungspraxis wurde gezeigt, dass unmittelbar nach den gesetzlich neu definierten Verordnungsmöglichkeiten lediglich bei 1 % der stationären Entlassungen Arzneimittel durch das Krankenhaus verordnet wurden (Blum et al. 2018). Des Weiteren stellte Meyer-Masseti et al. (2018) in der Studie dar, dass 22 identifizierte Medikationsfehler bei 100 evaluierten Entlassungsfällen auf eine unklare und inadäquate Verordnung zurückzuführen waren. Analysen des IQTIG anhand der vorliegenden anonymisierten Routinedaten zu Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2017 aus einer vollstationären Behandlung entlassen wurden, ergaben, dass der Anteil der Arzneimittelverordnungen am Tag der Entlassung durch das Krankenhaus noch äußerst gering war (0,5 %).

Auch in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit stationär und ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen ging hervor, dass die gesetzlich neu definierten Verordnungsmöglichkeiten bisher nur selten in Anspruch genommen werden. Wenn Krankenhäuser von ihrer Verordnungsmöglichkeit Gebrauch machen, gebe es jedoch verschiedene Probleme und Herausforderungen. So berichteten stationär tätige Gesundheitsprofessionen, dass das Ordnungsrecht nur für Fachärztinnen und Fachärzte im Krankenhaus besteht, was einer guten Planung bedarf und in der derzeitigen Umsetzung nicht ausreichend funktioniere, da die Fachärztinnen und Fachärzte durch z. B. ganztägiges Operieren für die Stationen, die die Entlassung vorbereiten, nicht greifbar seien (IQTIG 2019a).

Kritisch äußerten sich in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) die Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen über die Art und Weise, wie den Patientinnen und Patienten Medikamente mitgegeben werden. Die Patientinnen und Patienten erhielten oft nur geblisterte Medikamente ohne Verpackung, sodass für die

Patientinnen bzw. Patienten sowie auch für deren Angehörige und ambulante Leistungserbringer die Medikamente teilweise schwer zuordenbar seien. Im Gegenzug äußerten einige ambulant tätige Vertreterinnen und Vertreter, dass es ihnen ungemein helfe, wenn das Krankenhaus für die ersten Tage nach Entlassung die Medikamente bereitstelle (IQTIG 2019a).

5.6.1.4 Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Alle genannten Qualitätsmerkmale können nach erster Einschätzung dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) verantwortlich zugeschrieben werden. Das Krankenhaus ist für die Überprüfung und Einleitung der für eine kontinuierliche Medikamentenversorgung erforderlichen Maßnahmen im Rahmen des Entlassmanagements sowie für die erforderliche Informationsweitergabe an die weiterbehandelnden Leistungserbringer verantwortlich.

5.6.1.5 Ergebnisse des Expertengremiums

Das Qualitätsmerkmal „Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans“ wurde vom Expertengremium als relevantes Qualitätsmerkmal beurteilt. Das Vorliegen eines Potenzials zur Verbesserung wurde bejaht, insbesondere, da in der Versorgungspraxis noch kein Standard etabliert sei. Eine Vereinheitlichung im Sinne eines bundeseinheitlichen Medikationsplans nach § 31a SGB V sei wünschenswert und als Qualitätsmerkmal im Verfahren beizubehalten. Das Kriterium „Aktualisierung“ sei obsolet, da aufgrund seiner Spezifikation der bundeseinheitliche Medikationsplan grundsätzlich *aktuell* erstellt und ausgedruckt werde.

Auch für das Qualitätsmerkmal „Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung“ bestand aus Sicht des Expertengremiums ein Verbesserungspotenzial. Sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die Nachbehandler sei die Mitgabe eines Medikationsplans wichtig, um die aktuelle Medikation der Patientinnen und Patienten zu erfahren, jedoch werde dies noch nicht flächendeckend umgesetzt. Das Expertengremium sprach sich dafür aus, die beiden Qualitätsmerkmale zur Erstellung bzw. Aktualisierung sowie Mitgabe des Medikationsplans zur *Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans bei Entlassung* zusammenzuführen.

Für das Qualitätsmerkmal „Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen“ wurde ein Verbesserungspotenzial dahingehend bestätigt, dass die betreffenden Informationen häufig nicht oder nicht zeitgerecht bei den weiterbehandelnden Leistungserbringern vorliegen, wenn die Informationsweitergabe lediglich auf dem Wege der den Patientinnen und Patienten ausgehändigten Entlassbriefen bzw. Medikationsplänen erfolge. Das Expertengremium war sich daher einig, dass der Fokus auf einer *direkten* Information der nach- und weiterbehandelnden Leistungserbringer liegen müsse. Auch der Begriff „-austausch“ sei missverständlich, da für das Zustandekommen eines Dialoges nicht das Krankenhaus verantwortlich gemacht werden könne. Es könne lediglich darum gehen, wichtige Informationen den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern frühzeitig zur Verfügung zu stellen. Unproblematisch umsetzbar sei die direkte Informationsweitergabe allerdings erst, wenn die im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bereits weitgehend etablierte elektronische „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM), die eine datenschutzkonforme und aufwandsarme Übermittlung ermöglicht, auch durch Krankenhäuser

verpflichtend genutzt werden wird. Das Expertengremium konsentiert daher den Verbesserungsbedarf, nicht aber die aktuelle Zuschreibbarkeit der Verantwortung.

Das Qualitätsmerkmal „Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung“ wurde von den Expertinnen und Experten kontrovers diskutiert. Diese sei grundsätzlich wichtig und essentiell, in der Praxis sei jedoch häufig die Umsetzung problematisch. So wurde darauf hingewiesen, dass Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements nur vorgenommen werden könnten, wenn dies erforderlich sei, jedoch sei nicht definiert, wann eine Erforderlichkeit gegeben sei. Ähnlich sei dies auch bei der Mitgabe von Medikamenten, wobei hier häufig in einem Graubereich pragmatisch gehandelt werde. Die Regelungen zur Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten seien sehr komplex und Krankenhäuser bezüglich der rechtssicheren Anwendung häufig unsicher, was in der Versorgungspraxis zu eher restriktiver Handhabung der Möglichkeiten führe. Die Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals wurde dementsprechend hinterfragt. Einige der Expertinnen und Experten hielten zunächst eine Änderung der rechtlichen Bestimmungen für erforderlich, andernfalls könne es zu einer ungerechtfertigten Verantwortungszuschreibung kommen.

Es konnte daraufhin geklärt werden, dass es im Verfahren lediglich um die Pflichten des Krankenhauses gehen könne, eine Erforderlichkeit zu prüfen, nicht jedoch um das konkrete Vorliegen der Erforderlichkeit selbst. Außerdem konnte klargestellt werden, dass es bei dem Qualitätsmerkmal um die *Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung* geht, deren *Sicherstellung* jedoch keinesfalls ausschließlich der Verantwortung des Krankenhauses zugeschrieben werden kann. Es wurde vorgeschlagen, sich im Verfahren auf die Konstellationen der *Mitgabe bei Entlassung vor einem Wochenende oder Feiertag* zu beschränken, da bei diesen laut den Expertinnen und Experten am ehesten eine Erforderlichkeit gegeben sein könne und diese daher regelmäßig vor solchen Entlassungen geprüft werden müsse. In der Bewertung des Qualitätsmerkmals durch die Expertinnen und Experten lag abschließend sowohl hinsichtlich eines bestehenden Verbesserungspotenzials als auch in Bezug auf die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer ein Konsens vor.

5.6.1.6 Ergebnis der Konkretisierung

Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese den Ergebnissen aus den oben genannten Wissensquellen gegenübergestellt und in der Zusammenschau entschieden, welche konkretisierten Qualitätsmerkmale im Weiteren operationalisiert werden. In Tabelle 21 ist die zusammenfassende Bewertung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels für den Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“ dargestellt.

Die Hinweise aus dem Expertengremium bezüglich der Zusammenführung der Qualitätsmerkmale zur Erstellung bzw. Aktualisierung sowie zur Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans bei Entlassung wurden ebenso vom IQTIG als sinnvoll erachtet. Das Qualitätsmerkmal „Erstellung bzw. Aktualisierung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans“ wurde dementsprechend in das Qualitätsmerkmal „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Me-

dikationsplans bei Entlassung“ integriert, da es sich dabei um eine zwingende technische Bedingung für eine anschließende Aushändigung handelt. Auch der Hinweis in Bezug auf den Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen wurde in der weiteren Entwicklung aufgegriffen. Die Inhalte des Qualitätsmerkmals „Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen“ wurden bezüglich der zu übermittelnden Information über eine geänderte Medikation in das Qualitätsmerkmal „Der Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“ (siehe Abschnitt 5.9.2) integriert. Der Aspekt einer „direkten“ Information der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer wurde in den – derzeit noch nicht umsetzbaren – Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ aufgenommen.

Tabelle 21: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“

Medikamentenmanagement	Abgeleitete Qualitätsmerkmale	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel	Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
	Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	ja	ja	ja	ja	ja
	Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	ja	ja	ja	ja	ja
	Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen	ja	ja	ja	ja	ja
	Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung	ja	ja	ja	ja	ja

Tabelle 22: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und daraus operationalisierte Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Medikamentenmanagement“

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Medikamentenmanagement	Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans bei Entlassung	QI: Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
	Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung	QI: Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen

5.6.2 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Mit dem Indikator soll erfasst werden, ob Patientinnen und Patienten, die eine medikamentöse Therapie mit drei oder mehr verordneten Arzneimitteln erhalten, bei der Entlassung ein aktueller Medikationsplan nach den Vorgaben gemäß § 31a SGB V ausgehändigt wird. Das Qualitätsziel des Indikators ist es, dass für möglichst viele Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation entlassen werden, ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplans erstellt und diesen mitgegeben wird.

Im Rahmen der Operationalisierung wurde der Qualitätsindikator dahingehend präzisiert, dass ein Medikationsplan entsprechend § 31a SGB V ab einer Medikation mit ≥ 3 Arzneimitteln verpflichtend anzubieten ist.

In der Operationalisierung des Indikators wurde die fallbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser weiterhin als geeignetes Erfassungsinstrument übernommen, worüber die Abbildung des Zählers und Nenners erfolgt. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und des Nenners des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset V1.1 detailliert aufgelistet.

Für den Qualitätsindikator wird ein fixer Referenzbereich von ≥ 95 % vorgeschlagen. Die Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans ist für alle stationären Patientinnen und Patienten zu fordern. Ein Toleranzbereich von 5 % erscheint jedoch sinnvoll, da in der Versorgungspraxis auf Einzelfälle bezogene Faktoren eine Umsetzung der Indikatoranforderung verhindern können. Dieser Toleranzbereich ist in der Einschätzung des IQTIG auch im Hinblick auf die Patientensicherheit akzeptabel. Dies bedeutet, dass diejenigen Leistungserbringer rechnerisch auffällig werden, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten einen Medikationsplan mitgegeben haben.

5.6.2.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Rahmen des Expertengremiums wurde die Operationalisierung des Qualitätsindikators in der vorliegenden Form als sinnvoll und angemessen beurteilt. Erneut wurden Möglichkeiten erörtert, den Medikationsplan in elektronischer Form, z. B. in der eGK oder ePA zu hinterlegen. Der

Vorschlag sei jedoch aufgrund fehlender technischer und formaler Voraussetzungen derzeit noch nicht sinnvoll umsetzbar. Zudem seien diese Formate für bestimmte Zwecke ungeeignet, es sei essentiell, dass der Medikationsplan in Papierform und unabhängig von der Funktionsfähigkeit elektronischer Geräte bei der Patientin bzw. beim Patienten vorliege, z. B. im Falle eines Notarzteinsatzes in der Häuslichkeit.

Zum vorgeschlagenen Referenzbereich wurde vonseiten der Expertinnen und Experten kein Änderungsbedarf gesehen.

5.6.2.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Im Rahmen der Gesamtprüfung nach dem Beteiligungsverfahren wurden das Qualitätsziel und der Nenner begrifflich dahingehend präzisiert, dass der Qualitätsindikator ausschließlich auf „verordnete“ Arzneimittel zielt. Der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“ ist Tabelle 23 zu entnehmen.

Tabelle 23: Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Bezeichnung	Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
Qualitätsziel	Für möglichst viele Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation ≥ 3 verordneten Arzneimitteln entlassen werden, soll ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplan erstellt und diesen mitgegeben werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Patientinnen und Patienten, denen bei Entlassung ein aktueller Medikationsplan entsprechend der Vereinbarung gemäß § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V mitgegeben wurde
Nenner	Alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit, die mit ≥ 3 verordneten Arzneimitteln entlassen wurden

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

Mit dem Indikator soll erfasst werden, ob Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder einem Feiertag entlassen werden, bei der Entlassung Medikamente oder eine Verordnung zur Überbrückung bis zum nächsten Werktag ausgehändigt bekommen, wenn dies erforderlich ist. Das Qualitätsziel des Indikators ist es, dass für möglichst viele Patientinnen und Patienten eine kontinuierliche Medikamentenversorgung über Wochenenden oder Feiertage sichergestellt ist.

Im Rahmen der Operationalisierung wurde das ursprüngliche Qualitätsmerkmal auf Grundlage der Diskussionen im Expertengremium dahingehend präzisiert, dass sich der Qualitätsindikator

ausschließlich auf Fälle mit einer medikamentösen Therapie und einer Entlassung vor einem Wochenende oder Feiertag beziehen soll.

In der Operationalisierung des Indikators wurde die fallbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser weiterhin als geeignetes Erfassungsinstrument übernommen, worüber die Abbildung des Zählers und Nenners erfolgt. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und des Nenners des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset V1.1 detailliert aufgelistet.

Für den Qualitätsindikator wird ein fixer Referenzbereich von $\geq 95\%$ vorgeschlagen. Die kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung an Wochenenden oder Feiertagen ist für alle stationären Patientinnen und Patienten zu fordern. Ein Toleranzbereich von 5 % erscheint jedoch sinnvoll, da in der Versorgungspraxis auf Einzelfälle bezogene Faktoren eine Umsetzung der Indikatoranforderung verhindern können. Dieser Toleranzbereich erscheint in der Einschätzung des IQTIG auch im Hinblick auf die Patientensicherheit akzeptabel.

5.6.3.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Die Operationalisierung des Qualitätsindikators wurde vom Expertengremium als nachvollziehbar bestätigt. Es wurde vorgeschlagen, auch die *Entlassung an einem Samstag* explizit in die Nennerdefinition aufzunehmen, da Krankenhäuser auch Patientinnen und Patienten an Samstagen entlassen und daher die Medikamentenversorgung bis zum darauffolgenden Montag sicherzustellen ist. Durch die Einschränkung auf Fälle mit einer Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen sei der Referenzbereich angemessen.

5.6.3.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Im Rahmen des durchgeführten Beteiligungsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass Analgetika, die als Betäubungsmittel klassifiziert sind, im Rahmen des Entlassmanagements derzeit nicht mitgegeben werden können. Entsprechend wurde ein Ausfüllhinweis für das betreffende Datenfeld zur Klarstellung im Dokumentationsbogen für die fallbezogene QS-Dokumentation ergänzt.

Der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ ist Tabelle 24 zu entnehmen.

Tabelle 24: Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“

Bezeichnung	Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, bei denen eine kontinuierliche Medikamentenversorgung über Wochenenden oder Feiertage sichergestellt ist.
Indikatortyp	Prozessindikator

Zähler	Patientinnen und Patienten, die Medikamente oder eine Medikamentenverordnung erhalten haben
Nenner	Alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit, die an einem Freitag, Samstag oder am Tag vor einem Feiertag mit einer medikamentösen Therapie entlassen wurden

5.7 Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“

Die Bedeutung der Umsetzung verschiedener Maßnahmen, die für die Versorgung unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderlich sein können, wurde bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* dargelegt (IQTIG 2019a). Der Qualitätsaspekt beschreibt die Umsetzung von Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Dadurch wird deutlich, dass es nach Feststellung des patientenindividuellen Versorgungsbedarfs und Identifikation der sich daraus ableitenden Maßnahmen eines weiteren, eigenständigen Prozesses, nämlich der Umsetzung, bedarf, damit die Maßnahmen wirksam werden. Es zeigte sich, dass der Umsetzungsprozess vielfach weiterhin noch defizitär verläuft, wobei auch durch das Gesundheitssystem allgemein sowie durch das Verordnungssystem bedingte spezifische Einflussfaktoren eine Rolle spielen können (IQTIG 2019a).

5.7.1 Qualitätsmerkmale

Für den Qualitätsaspekt wurden auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie den Empfehlungen des Expertenstandards Entlassungsmanagement und weiterer Leitlinien **15** Qualitätsmerkmale abgeleitet (siehe Tabelle 25).

Tabelle 25: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“

Qualitätsaspekt	Abgeleitete Qualitätsmerkmale
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
	Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
	Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
	Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
	Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer oder einem weiterbehandelnden Hausärztin/-arzt oder Fachärztin/-arzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf

5.7.1.1 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Sofern das differenzierte Assessment ergibt, dass ein nachfolgender Versorgungs- und Unterstützungsbedarf für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung besteht, kann gemäß dem Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 4 Abs. 3-4) im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von

- Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung,
- Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- häuslicher Krankenpflege,
- spezialisierter, ambulanter Palliativversorgung,
- Soziotherapie,
- Krankentransportleistungen sowie
- digitalen Gesundheitsanwendungen³⁹

durch eine Fachärztin oder einen Facharzt des Krankenhauses erfolgen.

³⁹ „Digitale Gesundheitsanwendungen“ wurde erst im Rahmen der 8. Änderungsvereinbarung vom 01.03.2022 in den Rahmenvertrag Entlassmanagement aufgenommen und wurden daher im Zuge der Merkmalsableitung nicht berücksichtigt.

Entsprechend den Regelungen der Richtlinien des G-BA über die Verordnung der oben genannten Leistungen bzw. entsprechend den Regelungen nach § 33a SGB V können die entsprechenden Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung unter Angabe des Entlassungsdatums ausgestellt werden. Sie müssen der Patientin oder dem Patienten spätestens am Tag der Entlassung ausgehändigt werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 8).

Hinsichtlich der **Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung** enthält der Rahmenvertrag noch keine Anpassung entsprechend der Richtlinie des G-BA über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL), die am 18. März 2022 in Kraft getreten ist. Gemäß dieser Richtlinie kann jedoch im Rahmen des Entlassmanagements außerklinische Intensivpflege für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung von einem Krankenhausarzt oder einer Krankenhausärztin mit der entsprechenden Qualifikation verordnet werden. Die Verordnung kann unter Angabe des voraussichtlichen Entlassdatums ausgestellt werden, sobald die Erforderlichkeit festgestellt wurde. Zudem soll unverzüglich die Krankenkasse der oder des Versicherten durch das Krankenhaus informiert und in die Organisation der Anschlussversorgung einbezogen werden, sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege absehbar ist (§ 10 Abs. 2 AKI-RL).

Darüber hinaus kann die **Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit** durch eine Fachärztin oder einen Facharzt erfolgen. Sie muss der Patientin oder dem Patienten spätestens am Tag der Entlassung ausgehändigt werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 8) und seit dem 1. Oktober 2021 müssen die Regelungen zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beachtet werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 4 Abs. 5). Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und Ausstellung einer entsprechenden Bescheinigung im Rahmen des Entlassmanagements ist aus Sicht der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen der vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten Fokusgruppen in bestimmten Fällen erforderlich, und es führt zu Problemen beim Übergang in die nachstationäre Versorgung, wenn dies nicht erfolgt.

Ergibt sich im Rahmen des differenzierten Assessments, dass folgende Versorgungsleistungen für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung erforderlich sind, soll entsprechend dem Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 7 Abs. 2-3) das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten über die Versorgungsmöglichkeiten

- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V,
- Anschlussrehabilitation nach § 40 SGB V,
- Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V bzw. § 42 SGB XI,
- Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit und Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI sowie
- Hospiz nach § 39a SGB V

informieren und bei der Antragstellung sowie Weiterleitung des Antrags an die Kranken- bzw. Pflegekasse unterstützen.

Für die Beantragung der Anschlussrehabilitation nach § 40 SGB V sind die bundeseinheitlichen Formulare der Anlagen 3a und 3b des Rahmenvertrags vorgesehen (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 7 Abs. 3, GKV-Spitzenverband et al. [2018]-a, GKV-Spitzenverband et al. [2018]-b).

Zur **Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung** enthält der Rahmenvertrag Entlassmanagement keine konkreten Anforderungen. Sind jedoch im Anschluss an die Krankenhausbehandlung sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V indiziert und werden vom Krankenhaus gemäß der Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V verordnet, soll das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements, wie im Rahmenvertrag vorgesehen, ggf. die Sorgeberechtigten bei der Weiterleitung an die Krankenkasse unterstützen (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 7 Abs. 3).

Des Weiteren sieht der Rahmenvertrag Entlassmanagement vor, dass, sofern bei Patientinnen und Patienten komplexer Versorgungsbedarf besteht, das Krankenhaus einen **zeitnahen Termin beim weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbaren soll** (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 8 Abs. 4). Speziell für Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischem, psychosomatischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf sehen hierzu die Regelungen der Richtlinie des G-BA über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) vor, dass auch im Rahmen des Entlassmanagements eine Empfehlung für eine weiterführende Versorgung innerhalb eines Netzverbundes gegeben werden und das Krankenhaus dann direkt einen Termin in einer Eingangssprechstunde des entsprechenden Netzverbundes für die Patientinnen und Patienten vermitteln soll (§ 7 Abs. 3–4 KSVPsych-RL).

Im Expertenstandard Entlassungsmanagement wird empfohlen, dass Maßnahmen, die dem zu erwartenden Unterstützungs- und Versorgungsbedarf entsprechen, eingeleitet werden und die Entlassung dementsprechend bedarfsgerecht vorzubereiten sei (DNQP 2019). Es wird jedoch in den Erläuterungen zum Expertenstandard Entlassungsmanagement ausgeführt, dass insbesondere die Terminabstimmung mit den nachversorgenden pflegerischen Institutionen wichtig sei, um eine nahtlose Weiterversorgung sicherzustellen (DNQP 2019). Auch internationale Leitlinien empfehlen, die erforderlichen Maßnahmen für die nachstationäre Versorgung zu organisieren (BMASGK 2018, NICE 2021). Es wird empfohlen, dass Maßnahmen für das Entlassungsmanagement, wie bspw. die Organisation von Hilfs- und Heilmitteln, Verbandsstoffen, mobilen/stationären Diensten, therapeutischen Diensten, das Beachten von Bewilligungsfristen, geplant und durchgeführt werden (BMASGK 2018), während für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen vor der Entlassung die häusliche Situation und adäquate Unterbringung abgeklärt werden soll (NICE 2021).

5.7.1.2 Prüfung des Erfassungsinstruments

Für den Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ wurden die Sozialdaten bei den Krankenkassen, die fallbezogene QS-Dokumentation, die Pati-

entenbefragung sowie die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern für die Abbildung als geeignet beurteilt. Grundsätzlich werden auch Sozialdaten als geeignetes Erfassungsinstrument eingeschätzt, da diese die Abrechnung von veranlassten Leistungen umfassen. Über die fallbezogene QS-Dokumentation kann erfasst werden, ob für die Patientinnen und Patienten die im Rahmen der Entlassplanung identifizierten Maßnahmen, wie z. B. notwendige Verordnungen oder Anträge, ausgestellt bzw. vorbereitet wurden.

5.7.1.3 Potenzial zur Verbesserung

Dass Schnittstellen zwischen Versorgungssettings ein grundsätzliches Risiko für die Kontinuität der Versorgung darstellen, wird von Bahr und Weiss (2018) dargelegt. Mehrere qualitative Studien zeigen ebenfalls, dass benötigte Materialien oder Dienstleistungen unmittelbar nach der Entlassung in vielen Fällen nicht verfügbar seien (Andreasen et al. 2015, Berman et al. 2019, Leyenaar et al. 2017, Ubbink et al. 2014). Insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten wird hierbei ein Handlungsbedarf beschrieben (BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015, Schönemann-Gieck et al. 2018). Auch hinsichtlich der erforderlichen Informationen über poststationäre Versorgungsmöglichkeiten, die das Krankenhaus vermitteln soll, wird die derzeitige Situation als defizitär eingeschätzt (Braun und Dietrich 2019).

Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

Für das Qualitätsmerkmal konnten aus der Literatur lediglich aus einem der systematischen Reviews Hinweise auf ein mögliches Verbesserungspotenzial bei einer Patientensubgruppe abgeleitet werden. Killackey et al. (2020) untersuchen den Übergang von der stationären in die nachstationäre Versorgung bei Patientinnen und Patienten mit palliativ zu behandelnden Erkrankungen. Es wird dargelegt, dass die rechtzeitige Verfügbarkeit von Ausstattung („*equipment*“) ein Schlüsselfaktor für einen erfolgreichen Transfer sei bzw. das Fehlen der erforderlichen Versorgungsmittel (z. B. medizinische Geräte, Pumpen, Hilfsmittel, Sauerstoff für zu Hause, Krankenhausbetten, Druckmatratzen) oftmals eine zeitgerechte Entlassung verhindern könne (Killackey et al. 2020).

Auch aus den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit stationär tätigen Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) können Hinweise auf ein mögliches Verbesserungspotenzial abgeleitet werden. So wurden die bürokratischen und organisatorischen Herausforderungen, denen sich ein Krankenhaus durch die Möglichkeit der Verordnungen gegenübersteht, thematisiert. Jedoch wurde auch dargestellt, dass Probleme bei der Überleitung in die nachstationäre Versorgung entstehen können, wenn erforderliche Verordnungen nicht im Rahmen des Entlassmanagements ausgestellt werden (IQTIG 2019a).

Aus der Literaturrecherche konnten keine weiteren Hinweise auf ein bestehendes Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie internationalen Versorgungskontext abgeleitet werden.

Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

Für das Qualitätsmerkmal konnte keine spezifischere Literatur mit Hinweisen auf eine Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie internationalen Versorgungskontext gefunden werden. Hingegen konnten jedoch vereinzelt Hinweise auf ein mögliches Verbesserungspotenzial aus den eigenen Erhebungen durch leitfadengestützte Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen abgeleitet werden, die z. B. bei der Organisation von Heilmitteln im Rahmen des Entlassmanagements bestehen können (IQTIG 2019a).

In Zusammenhang mit den Qualitätsmerkmalen

- Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung,
- Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung,
- Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung,
- Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung,
- Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung,
- Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung,
- Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung sowie
- Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

konnten in der Literaturrecherche keine spezifischen Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie internationalen Versorgungskontext gefunden werden. Auch wurden für die Qualitätsmerkmale keine Aussagen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) gemacht, die auf ein Versorgungsdefizit hinweisen.

Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

Für das Qualitätsmerkmal konnten Aussagen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (eigene Erhebung) gefunden werden, die auf ein Versorgungsdefizit hinweisen. Aus Sicht der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen bestünden Defizite bei der Organisation von ambulanten Pflegeleistungen für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (IQTIG 2019a).

Es konnte keine spezifischere Literatur mit Hinweisen auf eine Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie internationalen Versorgungskontext gefunden werden.

Für die Qualitätsmerkmale

- Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung,
- Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung sowie
- Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

wurde keine Literatur mit Hinweisen auf ein Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie internationalen Versorgungskontext gefunden. Auch in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen wurden keine Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial identifiziert.

Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf

Im Zusammenhang mit dem Qualitätsmerkmal wurden von den Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen der leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) Defizite in der Vereinbarung von Terminen bei einer weiterbehandelnden Ärztin oder einem weiterbehandelnden Arzt wahrgenommen (IQTIG 2019a).

Es konnte keine spezifischere Literatur mit Hinweisen auf eine Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie internationalen Versorgungskontext gefunden werden.

5.7.1.4 Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Alle genannten Qualitätsmerkmale können nach erster Einschätzung dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) grundsätzlich verantwortlich zugeschrieben werden. Das Krankenhaus ist für die Organisation und Umsetzung der aufgeführten Maßnahmen für eine bedarfsgerechte Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus verantwortlich. Ausnahmen stellen jedoch jene Bereiche dar, die unter der sehr eng gesetzten Bewilligung durch die Krankenkassen stehen (Intensivpflege, Haushaltshilfe) oder für die kein bedarfsdeckendes Angebot in Deutschland besteht (z. B. spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Soziotherapie, ambulante Pflege, stationäre Pflege).

5.7.1.5 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Rahmen des Expertengremiums bestand bei den Expertinnen und Experten Klärungsbedarf dahingehend, worauf sich bei den Qualitätsmerkmalen die „Organisation“ beziehen würde und ob dies mit der Verordnung gleichzusetzen sei. In diesem Zusammenhang wurde diskutiert, ob sich die Qualitätsmerkmale eher auf die Prozess- oder die Ergebnisqualität beziehen würden. Desweiteren wurde vonseiten der Expertinnen und Experten angemerkt, dass nicht berücksichtigt werde, ob die erforderlichen Leistungen auch erfolgreich umgesetzt würden.

Beim Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde im Expertengremium darauf hingewiesen, dass Probleme häufig nicht durch mangelnde Organisation des Krankenhauses entstünden. Es seien vielmehr weitere beteiligte Akteure und nachfolgende Strukturen, wie beispielsweise Hilfsmittelanbieter, die beeinflussten, wann das Hilfsmittel bei der Patientin bzw. dem Patienten vorläge. Für Patientinnen und Patienten sei es aber entscheidend, wann ihnen das Hilfsmittel tatsächlich zur Verfügung stehe. Hierbei sei einzelnen Expertinnen und Experten zufolge zwischen den verschiedenen Leistungen zu unterscheiden. In der abschließenden Bewertung durch das Expertengremium zeigte

sich weder ein Konsens hinsichtlich eines Verbesserungspotenzials noch bezüglich der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

Zum Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde aus dem Expertengremium angemerkt, dass Heilmittelverordnungen zum Teil nicht mehr ausgestellt würden, da sie häufig nicht rechtzeitig eingelöst werden könnten. Des Weiteren sei aus Sicht einiger Expertinnen und Experten dieser Parameter nicht zielführend, sofern die Sicherstellung der nachstationären Versorgung nicht am Ergebnis abgelesen werden könne. Es wurde kontrovers diskutiert, ob es um das Ergebnis oder den Prozess gehen sollte. Aus der abschließenden Bewertung durch die Expertinnen und Experten ging hervor, dass für dieses Qualitätsmerkmal kein ausreichendes Verbesserungspotenzial besteht. Auch im Hinblick auf die Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer gab es keinen Konsens des Expertengremiums.

Für das Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde von Expertinnen und Experten betont, es seien sowohl Verordnungen notwendig, als auch die Sicherstellung, dass die verordnete Maßnahme erfolge. Es ergab sich ein Konsens, dass ein Verbesserungspotenzial besteht und auch die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer gegeben ist.

Im Rahmen der Bewertung des Qualitätsmerkmals „Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde vonseiten der Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass hinsichtlich der Verordnung außerklinischer Intensivpflege die Steuerungshoheit des Krankenhauses stark zurückgedrängt wurde; federführend sei die Krankenkasse in einem aufwändigen Bewilligungsprozess. In der abschließenden Bewertung ergab sich daher ein Konsens hinsichtlich eines Verbesserungspotenzials, jedoch nicht zur Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

Im Zusammenhang mit dem Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ bestand vonseiten der Expertinnen und Experten noch Klärungsbedarf, ob hierbei Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V oder im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V gemeint sei. Die Empfehlung und Verordnung dessen sei durch das Krankenhaus beeinflussbar, die Umsetzung bzw. Bewilligung hingegen stark abhängig von den Krankenkassen. Laut den Expertinnen und Experten handele sich hierbei um ein zeitaufwendiges Antragsverfahren. Außerdem wurde angemerkt, dass Verordnungen notwendiger Haushaltshilfen für pädiatrische Patientinnen und Patienten nicht möglich seien und diese Gruppe entsprechend bei diesem Qualitätsmerkmal ausgeschlossen werden müsse. In der abschließenden Bewertung durch das Expertengremium lag hinsichtlich eines bestehenden Verbesserungspotenzials und der Zuschreibbarkeit kein Konsens vor.

In Bezug auf das Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde von den Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass es in Deutschland derzeit kein flächendeckendes Angebot für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gebe, wodurch Probleme mit der Einlösung der Verordnung entstehen. In diesem Zusammenhang wurde von den Expertinnen und Experten

auf andere Formen der Palliativversorgung, wie z. B. die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV), hingewiesen, die ebenfalls berücksichtigt werden sollten. In der abschließenden Bewertung ergab sich ein Konsens über ein existierendes Verbesserungspotenzial. Außerdem bestand Konsens darüber, dass das Qualitätsmerkmal dem adressierten Krankenhaus verantwortlich zugeschrieben werden kann.

Im Rahmen der Diskussion des Qualitätsmerkmals „Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ sprachen sich die Expertinnen und Experten dafür aus, anstelle von „Organisation“ die „Verordnung“ notwendiger Soziotherapie zu adressieren, da insbesondere hierbei zu wenige Leistungserbringer existierten, die eine Soziotherapie erbringen könnten. Es handele sich bei der Soziotherapie um eine wichtige Leistung, wofür es jedoch wenig Angebot gebe, was wiederum nicht der Verantwortlichkeit der Krankenhäuser zugeschrieben werden könne. In der abschließenden Bewertung durch das Expertengremium ergab sich weder über ein vorhandenes Verbesserungspotenzial noch zur Zuschreibung der Verantwortlichkeit zum adressierten Leistungserbringer ein Konsens.

Beim Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde in der Diskussion darauf hingewiesen, dass dies in der Versorgungspraxis gut funktioniere. Entsprechend ergab sich in der abschließenden Bewertung durch das Expertengremium kein Konsens über ein existierendes Verbesserungspotenzial. Die Zuschreibbarkeit sei jedoch gegeben.

Zum Qualitätsmerkmal „Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde von einigen Expertinnen und Experten angemerkt, die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sei durch den Rahmenvertrag zu stark reglementiert. Da die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung jedoch in der Regel funktioniere, ergab sich für dieses Qualitätsmerkmal kein Konsens darüber, ob ein Verbesserungspotenzial besteht. Auch die Zuschreibbarkeit sei nicht gegeben.

Im Rahmen der Diskussion des Qualitätsmerkmals „Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ sollte nach Meinung einiger Expertinnen und Experten bei der Anschlussrehabilitation zwischen verschiedenen Formen differenziert und der Titel entsprechend mit dem einheitlichen Begriff „Anschlussheilrehabilitation“ präzisiert werden. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass bei diesem Qualitätsmerkmal die frühzeitige Beantragung der Anschlussrehabilitation von Relevanz sei, da es in den Rehabilitationseinrichtungen oftmals nicht ausreichend freie Kapazitäten gebe. Insbesondere die Organisation neurologischer Frührehabilitationen sei schwierig. In der abschließenden Bewertung wurde das Bestehen eines Verbesserungspotenzials konsentiert, bezüglich der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer ergab sich jedoch kein Konsens.

Für das Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, die Unterstützung durch das Krankenhaus sei eher unproblematisch. Vielmehr sei es zunehmend schwieriger, bei Bedarf entsprechende Leistungserbringer zu finden. Es zeigte sich daher in der abschließenden Bewertung durch das Expertengremium weder ein Konsens über ein existierendes Verbesserungspotenzial noch hinsichtlich der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

In den anschließenden Bewertungen für das Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass es eher unproblematisch zu organisieren sei, sondern vielmehr systembedingte Schwierigkeiten bestünden. Daher bestand unter den Expertinnen und Experten kein Konsens zu einem bestehenden Verbesserungspotenzial und zur Verantwortungszuschreibung.

In der Diskussion zum Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde von den Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass die Hospizversorgung in der Versorgungspraxis gut geregelt sei, weil vor allem palliative Patientinnen und Patienten nicht ohne ausreichende Organisation in ein Hospiz entlassen würden. Daher bestand in der abschließenden Bewertung kein Konsens zu einem bestehenden Verbesserungspotenzial. Auch hinsichtlich der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer gab es keinen Konsens.

Für das Qualitätsmerkmal „Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ sei laut dem Expertengremium bei einigen Patientengruppen und auch hinsichtlich einer flächendeckenden Verfügbarkeit ein Verbesserungspotenzial vorhanden. Hingegen bei Frühchen, kardiologisch oder onkologisch erkrankten Kindern, die sich im Übergang zur Häuslichkeit befinden, funktioniere es gut. Vereinzelt sprachen sich Expertinnen und Experten dafür aus, das Qualitätsmerkmal auf die Verordnung zu fokussieren anstatt auf die Organisation. Die abschließende Bewertung durch das Expertengremium zeigte jedoch keinen Konsens zu einem bestehenden Verbesserungspotenzial.

Im Zusammenhang mit dem Qualitätsmerkmal „Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf“, wurde vonseiten der Expertinnen und Experten einerseits angemerkt, dass die Unterstützung von Patientinnen und Patienten bei der Terminfindung hochrelevant und verbesserungsbedürftig sei, da ein großer Teil der Patientinnen und Patienten darauf angewiesen sei. Es sollte daher insbesondere auf die konkrete Terminvereinbarung fokussiert werden. Andere Stimmen aus dem Expertengremium wiesen hingegen darauf hin, dass bereits die Ankündigung der Patientin bzw. des Patienten bei der Haus- oder Fachärztin bzw. beim Haus- oder Facharzt zusammen mit den notwendigen Informationen, wie z. B. Dringlichkeit oder Komplexität, ausreichend sei. Des Weiteren wurde von Expertinnen und Experten befürwortet, hinsichtlich des Bedarfs für eine konkrete Terminvereinbarung zwischen verschiedenen Patientenpopulationen zu unterscheiden. So sei eine Terminvereinbarung z. B. für dialysepflichtige Patientinnen und Patienten oder bei palliativen Patientinnen und Patienten erforderlich. In der abschließenden Bewertung bezüglich des Bestehens eines Verbesserungspotenzials sowie der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer ergab sich jedoch kein Konsens.

5.7.1.6 Ergebnisse der Konkretisierung

Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese den Ergebnissen aus den oben genannten Wissensquellen gegenübergestellt und in der Zusammenschau entschieden, welche konkretisierten Qualitätsmerkmale im Weiteren operationalisiert werden. In

Tabelle 26 ist die zusammenfassende Bewertung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels für den Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ dargestellt.

Für die Qualitätsmerkmale „Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ und „Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ wurde von den Expertinnen und Experten sowohl das Vorliegen eines Verbesserungspotenzials, als auch die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer, konsentiert. Jedoch gab es für diese Qualitätsmerkmale in der Literatur keine deutlicheren Hinweise auf ein zusätzliches Verbesserungspotenzial im Vergleich zu den übrigen Qualitätsmerkmalen, sodass eine weitere Operationalisierung nur dieser beiden Qualitätsmerkmale als verzerrend im Hinblick auf die Abbildung des Qualitätsaspekts insgesamt eingeschätzt wurde. Da außerdem die Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung am besten aus Sicht der Patientinnen und Patienten berichtet werden können und im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung hierzu auch verschiedenen Qualitätsmerkmale vorgesehen sind (siehe Kapitel 6), wurde entschieden, die beiden genannten Qualitätsmerkmale nicht einzeln zu operationalisieren. Ebenso wurde auf Grundlage der Literatur und der Hinweise aus dem Expertengremium entschieden, alle weiteren 13 Qualitätsmerkmale aufgrund eines fehlenden Verbesserungspotenzials bzw. einer fehlenden Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer nicht in die weitere Operationalisierung miteinzubeziehen. Dementsprechend wurde entschieden, für den vorliegenden Qualitätsaspekt keine Qualitätsmerkmale in den nächsten Entwicklungsschritt zu überführen und zu Qualitätsindikatoren zu operationalisieren, sondern den Qualitätsaspekt als Ganzes über eine Patientenbefragung zu adressieren.

Tabelle 26: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“

	Abgeleitete Qualitätsmerkmale	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel	Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	nein	nein
	Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	nein	nein
	Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	ja	ja
	Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	ja	nein
	Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	nein	nein
	Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	ja	ja
	Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	nein	nein
	Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	ja	nein

	Abgeleitete Qualitätsmerkmale	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel	Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	nein	nein
	Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	ja	nein
	Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	nein	nein
	Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	nein	nein
	Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	nein	nein
	Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	ja	ja	ja	nein	nein
	Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	ja	ja	ja	nein	nein

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

Dass die Kommunikation zwischen Krankenhaus und nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern von allen am Prozess Beteiligten ein wesentlicher Aspekt zur Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs in die weiterführende Versorgung ist, wurde bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* deutlich gemacht (IQTIG 2019a). Der Qualitätsaspekt adressiert die frühzeitige sektorenübergreifende Kommunikation und den Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern in das Entlassmanagement (z. B. eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Abstimmung mit den nachsorgenden Leistungserbringern im Hinblick auf Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe sowie erwartbare poststationäre Versorgungsrisiken) (IQTIG 2019a). Die Ergebnisse zeigten, dass weiterhin die Kommunikation des Krankenhauses mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern noch nicht ausreichend gut funktioniert, sodass hier auch weiterhin ein Verbesserungspotenzial besteht (IQTIG 2019a).

5.8.1 Qualitätsmerkmale

Für den Qualitätsaspekt wurden auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie der Empfehlungen des Expertenstandards Entlassmanagement und weiterer Leitlinien vier Qualitätsmerkmale abgeleitet (siehe Tabelle 27).

Tabelle 27: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“

Qualitätsaspekt	Abgeleitete Qualitätsmerkmale
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten
	Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung
	Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse
	Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan

5.8.1.1 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Im Rahmenvertrag Entlassmanagement wird allgemein auf die Relevanz des Informationsaustauschs mit den mitversorgenden Leistungserbringern hingewiesen. In § 8 Abs. 1 ist festgelegt, dass ein Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung beteiligten Leistungserbringern durch das behandelnde Krankenhaus sicherzustellen ist (GKV-Spitzenverband et al. 2022b:

§ 8 Abs. 1). Außerdem sollen der versorgende Pflegedienst oder die Pflegeeinrichtung rechtzeitig über die bevorstehende Entlassung einer Patientin oder eines Patienten informiert werden, sofern diese Leistungen durch den Krankenhausaufenthalt unterbrochen wurden (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 8 Abs. 2). Sofern bei einer Patientin oder einem Patienten der Bedarf besteht, soll vom Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung ein Gespräch mit der weiterbehandelnden Ärztin bzw. dem weiterbehandelnden Arzt geführt werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 8 Abs. 3).

Gemäß dem österreichischen Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BMASGK 2018) hat **das behandelnde Krankenhaus die relevanten mitversorgenden Leistungserbringer, sofern notwendig, über die stationäre Aufnahme bzw. Nichtaufnahme von deren Patientinnen und Patienten zu informieren**. Dies umfasst demnach sowohl die bereits vor der stationären Behandlung involvierten als auch die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer der betreffenden Patientinnen und Patienten. Ebenfalls empfiehlt die britische Leitlinie von NICE (2021) – speziell zur Überleitung von stationär-psychiatrisch behandelten Patientinnen und Patienten in die Häuslichkeit – die Identifikation und den Einbezug des prästationär behandelnden hausärztlichen Leistungserbringers zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme (NICE 2016 [2017]).

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement sieht zudem vor, dass das Krankenhaus, nach Feststellung eines Versorgungsbedarfs, der sich auf die Versorgung direkt nach der stationären Behandlung bezieht, **frühzeitig mit den weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern in Kontakt tritt** (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 4). Gemäß der Empfehlung des Expertenstandards Entlassungsmanagement ist der weiterversorgenden Einrichtung eine Pflegeübergabe anzubieten (DNQP 2019). Auch internationale Leitlinien empfehlen ein entsprechendes Vorgehen. So soll im Kontext der Planung und Durchführung des Entlassmanagements die sektorenübergreifende Information aller beteiligten Leistungserbringer zur erforderlichen weiteren Versorgung erfolgen (BMASGK 2018, NICE 2021). Dies ist auch notwendig, um die stationäre Verweildauer so kurz wie möglich zu gestalten und allen Patientengruppen einen gleichberechtigten Zugang zu Versorgungsangeboten zu ermöglichen (NICE 2021). Die Kommunikation kann dabei nicht nur im persönlichen Kontakt, sondern auch in Form eines digitalen Austauschs erfolgen (NICE 2021).

Des Weiteren ist durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement vorgesehen, dass, sobald durch das Krankenhaus patientenbezogener Unterstützungsbedarf festgestellt wurde, dieses **unmittelbar mit der zuständigen Pflege- bzw. Krankenkasse in Kontakt** tritt. Bei genehmigungspflichtigen Leistungen hat dies bereits vor Einbindung eines entsprechenden Leistungserbringers zu erfolgen (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 6). In diesem Zusammenhang sollte das Krankenhaus auch die **erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan frühestmöglich und in elektronischer Form an die Pflege-/Krankenkasse übermitteln**. Weitere Änderungen, die sich im Verlauf des Entlassprozesses hinsichtlich des patientenindividuellen Versorgungsbedarfs im Anschluss an die Krankenhausbehandlung ergeben, sind der zuständigen Pflege-/Krankenkasse ebenfalls unmittelbar mitzuteilen (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 5).

5.8.1.2 Prüfung des Erfassungsinstruments

Für den Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“ wurde im Zwischenbericht *Entlassmanagement* zur Überprüfung die fallbezogene QS-Dokumentation als geeignetes Erfassungsinstrument eingeschätzt (IQTIG 2019a). Auf Merkmalsebene wird für die aufgeführten Qualitätsmerkmale ebenfalls die fallbezogene QS-Dokumentation als geeignetes Erfassungsinstrument eingeschätzt. Durch eine fallbezogene QS-Dokumentation kann erfasst werden, ob und wann die Krankenhäuser Kontakt zu den nachsorgenden Leistungserbringern aufgenommen haben und inwieweit diesen z. B. die Aufnahme der Patientin oder des Patienten ins Krankenhaus mitgeteilt oder wichtige Informationen zum nachstationären Versorgungsbedarf übermittelt wurden.

5.8.1.3 Potenzial zur Verbesserung

Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten

Ein bestehendes Verbesserungspotenzial bezüglich des Qualitätsmerkmals konnte in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen identifiziert werden. Demnach erfahren die betreffenden Leistungserbringer häufig nicht von einer stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten durch das aufnehmende Krankenhaus (IQTIG 2019a).

Aus der Literaturrecherche konnte kein Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie internationalen Versorgungskontext abgeleitet werden.

Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung

In der systematischen Literaturrecherche konnten hinsichtlich des Qualitätsmerkmals deutliche Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial gefunden werden. So deuten zahlreiche Studien darauf hin, dass es beim intersektoralen Informationsaustausch während des Entlass- bzw. Überleitungsprozesses Defizite gibt und es in der Folge zu Versorgungsbrüchen an den sektoralen Schnittstellen kommt (Killackey et al. 2020, Sheehan et al. 2021, Moore et al. 2021, Lang et al. 2019). Moore et al. (2021) führen dies in ihrem Scoping Review zur Zusammenarbeit pflegerischer, am Entlassprozess beteiligter Leistungserbringer auf unzureichendes Interesse der Schnittstellenpartner an einer patientenzentrierten Zusammenarbeit und auf unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bis hin zu gegenseitigem Misstrauen bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten zurück (Moore et al. 2021).

Des Weiteren haben Killackey et al. (2020) in ihrer systematischen Übersichtsarbeit die unterschiedlichen Perspektiven und Erfahrungen von am Überleitungsprozess erwachsener Palliativpatientinnen und -patienten beteiligter Gesundheitsprofessionen des stationären und ambulanten Sektors untersucht. Sie konnten darlegen, dass in einer gelungenen intersektoralen und multiprofessionellen Kommunikation einer der Schlüssel für erfolgreiche Überleitungsprozesse von Palliativpatientinnen und -patienten liegt, diese in den betrachteten Studien jedoch

unter anderem aufgrund unklarer Zuständigkeiten während des Entlassprozesses, unzureichend kompetenten Personals sowie einer übermäßigen Gewichtung schriftlicher Entlassdokumente gestört war. Dies schlug sich in der Folge nieder in intersektoralen Informationsverlusten hinsichtlich der Pflege- und Behandlungserfordernisse und damit in einer verminderten poststationären Versorgungskontinuität (Killackey et al. 2020).

Die qualitative Untersuchung von Lang et al. (2019), in deren Rahmen Interviews mit sieben Hausärztinnen und Hausärzten zu Problemen an den Schnittstellen von stationärer zu hausärztlicher Versorgung geführt wurden, ergibt Hinweise auf einen mangelhaften Informationsfluss zwischen stationärem und ambulantem Bereich. Mitunter scheint dieser durch fehlendes Wissen zum Behandlungs- und Verordnungsverhalten der mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzte seitens des entlassenden Krankenhauspersonals bedingt zu sein (Lang et al. 2019).

Auch Sheehan et al. (2021) haben mit ihrem systematischen Review zu Methoden und Effektivität der Kommunikation zwischen stationär und ambulant tätigen Leistungserbringern dargelegt, dass Probleme bei der Versorgungskontinuität darauf zurückzuführen sein können, dass dem Kommunikationsbedarf der nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer nicht in adäquater Weise durch das Krankenhaus Rechnung getragen wird. Laut den Autorinnen und Autoren bedingen sich problembehaftete Beziehungen zwischen den verschiedenen, an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und deren defizitäre Zusammenarbeit gegenseitig (Sheehan et al. 2021).

Kash et al. (2017) untersuchten mit ihrer systematischen Übersichtsarbeit den Effekt von elektronischer Informationsübermittlung zwischen Einrichtungen bzw. Leistungserbringern auf die Wiederaufnahmerate kürzlich aus dem Krankenhaus entlassener Patientinnen und Patienten. Die Autorinnen und Autoren fanden heraus, dass nur 12 % der betrachteten Krankenhäuser die elektronische Informationsübermittlung als zentrales Tool im Rahmen von Programmen zur Reduktion von Wiederaufnahmen nutzten, während dieses sich zur Senkung der Wiederaufnahmeraten als wirksam erwies. Elf der betrachteten Initiativen zeigten eine mittlere Reduktion der 30-Tage-Wiederaufnahmerate durch die Kommunikationsintervention von 8,2 % (Kash et al. 2017).

Außerdem wurde von Vertreterinnen und Vertretern der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) berichtet, dass sie die Kommunikation und die bereitgestellten Informationen seitens der Krankenhäuser als defizitär empfinden. Diese Kritik bezieht sich auf die Klarheit der bereitgestellten Informationen, zum Beispiel im Hinblick auf Verordnungen, Therapieempfehlungen oder die Einleitung von poststationär durchzuführenden Maßnahmen.

Ebenso wurde die Möglichkeit zur direkten mündlichen Kommunikation mit dem entlassenden Krankenhaus, neben den schriftlichen Informationen in den Entlassdokumenten, als notwendig und sehr hilfreich erachtet (IQTIG 2019a).

Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse

In der systematischen Literaturrecherche konnten hinsichtlich des Qualitätsmerkmals Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial gefunden werden. Mit der Befragung einer Stichprobe von 249 Krankenhäusern konnte das Deutsche Krankenhausinstitut Probleme bei der Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken- bzw. Pflegekassen aufzeigen, die jedoch aufseiten der Kassen liegen und ggf. durch frühzeitige Kontaktaufnahme durch die Krankenhäuser minimiert werden könnten (Blum et al. 2018). Laut der Befragung handelt es sich dabei unter anderem um schwierige telefonische Erreichbarkeit der Kassen, zu lange Bearbeitungszeiten bei Genehmigungen oder Kostenzusagen und unklare personelle wie organisatorische Zuständigkeiten bei den Kostenträgern (Blum et al. 2018).

Auch die vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* geführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen weisen auf ein Defizit der Pflege- bzw. Krankenkassen hinsichtlich der versuchten Kontaktaufnahme durch das Krankenhaus hin (IQTIG 2019a).

Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan

Für das Qualitätsmerkmal wurde in der systematischen Literaturrecherche eine Studie gefunden, die auf ein Verbesserungspotenzial hinweist. Die Studie von Braun und Dietrich (2019), in deren Rahmen Patientinnen und Patienten zu ihrem Klinikaufenthalt befragt wurden, ergab, dass die Kommunikation des entlassenden Krankenhauses mit der zuständigen Pflege- bzw. Krankenkasse hinsichtlich genehmigungspflichtiger Leistungen häufig nicht wie vorgesehen umgesetzt werde. So konnte nur knapp ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit Bedarf an beispielsweise Hilfsmitteln oder häuslicher Krankenpflege davon berichten, dass die erforderliche Kontaktaufnahme zur Pflege- bzw. Krankenkasse durch das Krankenhaus erfolgt sei und nur knapp 30 % von ihnen seien die entsprechenden Antragsunterlagen ausgehändigt und bei der Antragsstellung unterstützt worden (Braun und Dietrich 2019).

Die vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen ergaben Hinweise auf Verbesserungspotenzial; durch eine frühzeitige Bearbeitung von Anträgen zu erforderlichen nachstationären Maßnahmen durch das Krankenhauspersonal könnten Verzögerungen der Kommunikation mit den Pflege- bzw. Krankenkassen aktiv entgegengewirkt werden (IQTIG 2019a).

5.8.1.4 Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Alle genannten Qualitätsmerkmale können nach erster Einschätzung dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) verantwortlich zugeschrieben werden. Es liegt in der Verantwortung des behandelnden Krankenhauses, eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit den nachsorgenden Leistungserbringern im Hinblick auf die stationäre Aufnahme oder auch weitere erforderliche Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor Entlassung zu initiieren.

5.8.1.5 Ergebnisse des Expertengremiums

Das Qualitätsmerkmal „Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten“ wurde von den Expertinnen und Experten kontrovers diskutiert. Der Einschätzung aus dem Expertengremium zufolge könne dies zukünftig technisch über die Telematikinfrastruktur erfolgen. Eine Schwierigkeit bestünde jedoch darin, dass nicht alle mitversorgenden Leistungserbringer diese Informationen unbedingt für jede Patientin bzw. jeden ihrer Patienten erhalten möchten und auch nicht alle Patientinnen und Patienten eine entsprechende Information der mitversorgenden Leistungserbringer wünschten. Diese Differenzierung würde im Versorgungsalltag mit viel Aufwand einhergehen und sei nicht praktikabel. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, das Krankenhaus müsse je nach Bedarf entscheiden, welcher mitversorgende Leistungserbringer informiert werden müsse. Andere Expertinnen und Experten sprachen sich hingegen für die Relevanz des Qualitätsmerkmals aus und dass hierfür kein differenzierter Prozess notwendig sei. Ein routinemäßig etablierter Prozess, dass bei allen Patientinnen und Patienten eine kurze Information über die stationäre Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten erfolge, sei kein zu großer Aufwand. Aufgrund der diversen ambulanten Versorgungsstrukturen und der Tatsache, dass Patientinnen und Patienten häufig nicht selbst in der Lage seien, über ihre Aufnahme zu informieren, sei es wichtig, dass das Krankenhaus die mitversorgenden Leistungserbringer (z. B. ambulante Pflegedienste) über die stationäre Aufnahme informiere. In der anschließenden Bewertung ergab sich kein Konsens hinsichtlich eines bestehenden Verbesserungspotenzials.

Für das Qualitätsmerkmal „Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung“ bestand aus Sicht des Expertengremiums ein deutliches Verbesserungspotenzial. Es sollte der Einschätzung einiger Expertinnen und Experten zufolge jedoch differenziert werden, bei welchen Patientinnen und Patienten dieser Informationsaustausch notwendig sei. Es wurde angemerkt, die zeitliche Vorgabe „vor Entlassung“ sei zu unpräzise, außerdem müsse festgelegt werden, welche nachsorgenden Leistungserbringer genau gemeint seien. Des Weiteren wurde vonseiten der Expertinnen und Experten angemerkt, dass es sich bei dem Informationsaustausch um einen Dialog handeln solle, im Rahmen dessen Besonderheiten abgestimmt und besprochen werden könnten. Dabei wiesen einige Expertinnen und Experten darauf hin, dass in einigen Bereichen, wie z. B. im Bereich der Palliativversorgung, dieser Informationsaustausch im Rahmen eines Dialogs dank vorhandener Zeitressourcen realisierbar sei, hingegen in der Somatik dies eher schwierig umzusetzen sei. Bei der abschließenden Bewertung durch die Expertinnen und Experten zeigte sich ein Konsens im Hinblick auf das Bestehen eines Verbesserungspotenzials sowie der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

In der Diskussion um das Qualitätsmerkmal „Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse“ herrschte Uneinigkeit darüber, ob ein Verbesserungspotenzial bestehe und ob die Zuschreibbarkeit der Verantwortlichkeit zum Leistungserbringer gegeben sei. Über den Datenaustausch gemäß § 301 SGB V sei zwar eine frühzeitige Einbindung der Krankenkassen

vorgesehen, dies führe jedoch nicht immer zu einer konsequenten Unterstützung vonseiten der Krankenkassen. Zum einen seien nicht unbedingt alle Mitarbeitenden der Krankenkassen angemessen geschult, zum anderen sei auch durch die teilweise noch analoge Antragsbearbeitung die Unterstützung durch die Krankenkassen nicht immer ausreichend. Daher würde den Expertinnen und Experten zufolge das Qualitätsmerkmal wirkungslos bleiben. Anderen Einschätzungen aus dem Expertengremium zufolge gebe es jedoch Krankenkassen, mit denen über entsprechende Fallberaterinnen oder Fallberater die Kommunikation rechtzeitig und gut stattfinde. In den anschließenden Bewertungen für das Qualitätsmerkmal bestand unter den Expertinnen und Experten weder ein Konsens zu einem zusätzlichen Verbesserungspotenzial, noch bezüglich der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

Das Qualitätsmerkmal „Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan“ wurde seitens des Expertengremiums kritisch hinterfragt. Es laufe ins Leere, da die Kontaktaufnahme bereits frühzeitig erfolge und Anträge gestellt würden, die Krankenkassen jedoch teilweise überfordert seien und keine Unterstützung gewähren würden. Der vorgesehene Datenaustausch gemäß § 301 SGB V sei hierfür keine hilfreiche Unterstützung. Die Krankenkassen könnten aus der Distanz nicht erkennen bzw. objektiv beurteilen, welche Notwendigkeiten erforderlich seien und daher nur sicherstellen, dass Anträge zeitgerecht bearbeitet werden. Diesbezüglich benötige es der Einschätzung aus dem Expertengremium zufolge eine Verbindlichkeit auch für die Krankenkassen, da der Rahmenvertrag Entlassmanagement keine zeitliche Vorgabe zur Antragsbearbeitung festlegt. Es zeigte sich zum Bestehen eines Verbesserungspotenzials aufseiten der Krankenhäuser kein Konsens, ebenso wenig wie zur Verantwortungszuschreibung.

5.8.1.6 Ergebnis der Konkretisierung

Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese den Ergebnissen aus den oben genannten Wissensquellen gegenübergestellt und in der Zusammenschau entschieden, welche konkretisierten Qualitätsmerkmale im Weiteren operationalisiert werden. In Tabelle 28 ist die zusammenfassende Bewertung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels für den Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“ dargestellt.

In Bezug auf das Qualitätsmerkmal „Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten“ wurde auf Grundlage der Literatur und der Hinweise aus dem Expertengremium entschieden, dieses nicht in die weitere Entwicklung einzubeziehen. Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals „Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse“ wurden die Hinweise aus dem Expertengremium ebenfalls aufgegriffen, wonach auf Basis der eingeschlossenen Wissensquellen ein Verbesserungsbedarf für die Patientinnen und Patienten vorhanden ist, jedoch nur ein eingeschränktes Verbesserungspotenzial für die Leistungserbringer bestehe. Es wurde als nachvollziehbar eingeschätzt, dass die Prozessverantwortung nicht in hinreichendem Umfang dem Leistungserbringer entsprechend zugeordnet werden kann. Ebenso wurden für das Qualitätsmerkmal „Information der Pflege-/Krankenkasse

über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan“ die Anmerkungen aus dem Expertengremium hinsichtlich der Differenz zwischen einem bestehenden Verbesserungsbedarf für die Patientinnen und Patienten und einem eingeschränkten Verbesserungspotenzial bei den Leistungserbringern aufgegriffen und auch hier entschieden, dass die Prozessverantwortung nicht in hinreichendem Umfang den Leistungserbringern zugeordnet werden kann und das Qualitätsmerkmal daher nicht in die weitere Entwicklung einbezogen wird.

Dementsprechend wurde zu dem Qualitätsaspekt nur ein konkretisiertes Qualitätsmerkmal in den nächsten Entwicklungsschritt überführt und im Weiteren zu einem Qualitätsindikator operationalisiert (siehe Tabelle 29). Die übrigen drei Qualitätsmerkmale wurden aufgrund eines fehlenden Verbesserungspotenzials oder einer fehlenden Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer nicht in die weitere Operationalisierung miteinbezogen.

Tabelle 28: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbeziehung von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“

Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	Abgeleitete Qualitätsmerkmale	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel	Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
	Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten	ja	ja	ja	nein	nein
	Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung	ja	ja	ja	ja	ja
	Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse	ja	ja	ja	nein	nein
	Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan	ja	ja	ja	nein	nein

Tabelle 29: Konkretisiertes Qualitätsmerkmal und daraus operationalisierter Qualitätsindikator des Qualitätsaspekts „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Qualitätsindikator
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung	QI: Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung

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

Mit diesem Qualitätsindikator soll erfasst werden, ob bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Informationsaustausch zu weiteren Maßnahmen / relevanten Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan erforderlich ist, eine elektronische Übermittlung der Informationen an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer vorgenommen wurde. Ziel des Indikators dabei ist, die Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs in die weiterführende Versorgung bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten.

Die Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan durch die Krankenhäuser sollte in strukturierter Form sowie datenschutzkonform erfolgen. Da zurzeit die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) noch nicht flächendeckend bei allen Leistungserbringern etabliert ist, wird der vorgesehene Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ vom IQTIG derzeit als noch nicht umsetzbar eingeschätzt. Erst nach entsprechender flächendeckender Etablierung von KIM bei den Krankenhäusern sowie ambulant tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten kann der vorgesehene Qualitätsindikator für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens im Regelbetrieb vorgesehen werden.

Die Rationale für den Qualitätsindikator sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und Nenners findet sich im zugehörigen Indikatordatenblatt im Anhang zum Abschlussbericht (siehe Anhang E).

5.8.2.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Rahmen des Expertengremiums sprachen sich die Expertinnen und Experten für eine Fokussierung des Qualitätsindikators auf die elektronische Information und infolgedessen eine Anpassung des Titels in „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan

spätestens am Tag vor der Entlassung“ aus. Allerdings könne es keine generelle Verpflichtung für alle Entlassungen geben, es müsse vielmehr festgelegt werden, für welche Patientengruppen bzw. Leistungserbringer dies erforderlich sei. Beispielsweise könne ein Informationsaustausch am Tag vor der Entlassung mit den Rehabilitationseinrichtungen ausgenommen werden, da diesen die wesentlichen Informationen im Rahmen des Antrags- und Genehmigungsverfahrens bereits zwingend übermittelt werden müssten. Insbesondere die Informationsweitergabe an die Hausärztin oder den Hausarzt sei wichtig, wenn Patientinnen und Patienten in die Häuslichkeit entlassen werden. Hierbei wurde von den Expertinnen und Experten kontrovers diskutiert, ob der Pflegegrad ein geeigneter Indikator für die Notwendigkeit eines Informationsaustauschs mit den weiter- bzw. nachbehandelnden Leistungserbringern sei. Aus Sicht des IQTIG entspricht die Verfahrensgrundgesamtheit der Patientinnen und Patienten mit einer großen Wahrscheinlichkeit für einen erhöhten Entlassmanagementbedarf bereits der angesprochenen Fokussierung. Für die Informationsübermittlung wurde befürwortet, dass sich die gemeinsame Schnittstelle der KIM anbiete, die es sowohl ambulant tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten als auch Krankenhäusern ermögliche, Patientinnen und Patienten betreffende Informationen auf elektronischem Weg aufwandsarm und datenschutzkonform auszutauschen. Gemäß einer Rückmeldung aus dem Expertengremium sei die ambulante Versorgung bereits gut an die Telematikinfrastruktur angeschlossen und Arztbriefe würden regulär elektronisch versendet. Die Einbindung der Krankenhäuser sei hingegen noch nicht flächendeckend realisiert, dies könne jedoch voraussichtlich zum Start des Verfahrens im Regelbetrieb erwartet werden. Der Qualitätsindikator solle daher für ein Szenario präzisiert werden, in dem alle ambulant und stationär beteiligten Leistungserbringer zukünftig an KIM teilnehmen.

5.8.2.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Insgesamt wurde in den Stellungnahmen eine möglichst zeitnahe Anwendung dieses Qualitätsindikators im Regelbetrieb befürwortet, sobald die benötigte Telematikinfrastruktur bei allen Beteiligten flächendeckend etabliert sei.

Der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ ist Tabelle 30 zu entnehmen.

Tabelle 30: Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ (derzeit noch nicht umsetzbar)

Bezeichnung	Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung
Qualitätsziel	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten, bei denen ein Informationsaustausch zu weiteren Maßnahmen / relevanten Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan erforderlich ist, soll eine elektronische Übermittlung der Informationen an die

	ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer frühzeitig, jedoch spätestens am Tag vor der Entlassung, erfolgen.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen ein elektronischer Informationsaustausch über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan mit ambulant nachbehandelnden Leistungserbringern spätestens am Tag vor der Entlassung erfolgte
Nenner	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit, die einen ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer benannt und in den elektronischen Informationsaustausch eingewilligt haben

5.9 Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“

Die Bedeutung der den Patientinnen und Patienten bei der Entlassung zur Verfügung stehenden Dokumente für einen gelungenen Übergang in ein poststationäres Setting wurde bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* des IQTIG dargestellt (IQTIG 2019a). Der Qualitätsaspekt adressiert u. a. die rechtzeitige Bereitstellung und Übermittlung der für die weiterversorgenden Leistungserbringer relevanten Informationen, um eine bedarfsgerechte Weiterversorgung von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Die Entlassdokumente sollen inhaltlich korrekt, vollständig und rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden. Die Ergebnisse zeigten, dass auch weiterhin nicht immer die erforderlichen Dokumente bei der Entlassung verfügbar bzw. diese häufig unvollständig oder fehlerhaft sind und somit ein Verbesserungspotenzial besteht (IQTIG 2019a).

5.9.1 Qualitätsmerkmale

Für den Qualitätsaspekt wurden auf Grundlage des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie den Empfehlungen des Expertenstandards Entlassungsmanagement und weiterer Leitlinien **sechs** Qualitätsmerkmale abgeleitet (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“

Qualitätsaspekt	Abgeleitete Qualitätsmerkmale
Entlassdokumente	Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen
	Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer
	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer
	Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer

Qualitätsaspekt	Abgeleitete Qualitätsmerkmale
	Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung
	Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten

5.9.1.1 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Laut Rahmenvertrag Entlassmanagement hat der Entlassbrief – als obligatorischer Bestandteil des Entlassmanagements – **alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen** zu enthalten. Hierzu zählen unter anderem der Grund der Einweisung, der Entlassungsbefund inklusive ggf. bestehender Besiedlung/Infektion mit multiresistenten Erregern und Angaben zur Therapie und Empfehlungen zum weiteren Prozedere (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 9 Abs. 3). Darüber hinaus sollte der Entlassbrief die **Telefonnummer einer zuständigen Ansprechpartnerin bzw. eines zuständigen Ansprechpartners** enthalten, die die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer für Rückfragen nutzen können (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 7, § 9 Abs. 3).

Des Weiteren ist durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement vorgegeben, sowie vom österreichischen Qualitätsstandard zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement empfohlen, dass – sofern die Aushändigung des endgültigen Entlassbriefs am Entlasstag nicht möglich ist – zumindest ein **vorläufiger Entlassbrief** – als solcher gekennzeichnet – zum Zeitpunkt der Entlassung ausgestellt werden soll (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 9 Abs. 2, BMASGK 2018). Dieser soll zumindest Informationen zu jeglichen eingeleiteten Maßnahmen und Verordnungen nach § 39 Abs. 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 sowie Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V enthalten (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 9 Abs. 2).

Weiterhin sieht der Rahmenvertrag Entlassmanagement vor, dass den Patientinnen und Patienten und, falls erforderlich, die sie gesetzlich Betreuenden ein **Entlassbrief** zum Zeitpunkt der Entlassung mitzugeben ist. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten ist der Entlassbrief bei anschließender stationärer Pflege oder Anschlussheilbehandlung auch **der jeweiligen Einrichtung sowie der einweisenden bzw. weiterversorgenden Vertragsärztin oder Hausärztin oder dem einweisenden bzw. weiterversorgenden Vertragsarzt oder Hausarzt zu übermitteln** (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: §§ 3 Abs. 7, 9 Abs. 1). Laut den Empfehlungen internationaler Leitlinien soll der **endgültige Entlassbrief** „unverzüglich“ erstellt werden sowie innerhalb von sieben Tagen nach Entlassung versandbereit sein (BMASGK 2018) bzw. innerhalb von 24 Stunden nach Entlassung per E-Mail an **die Hausärztin bzw. den Hausarzt** und in Kopie auch **an die weiteren mitversorgenden Leistungserbringer** übermittelt werden (NICE 2021).

Des Weiteren sollen die weiterversorgenden Leistungserbringer gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten die **erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung** erhalten (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: § 3 Abs. 7).

Dies empfiehlt auch eine internationale Leitlinie (NICE 2021). Zusätzlich soll gemäß Empfehlungen der österreichischen Leitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement der **pflegerische Entlassbrief** den Patientinnen und Patienten am Entlassungstag mitgegeben werden (BMASGK 2018).

5.9.1.2 Prüfung des Erfassungsinstruments

Für die Abbildung des Qualitätsaspekts „Entlassdokumente“ wurden im Zwischenbericht *Entlassmanagement* die fallbezogene QS-Dokumentation und die Patientenbefragung als geeignet eingeschätzt (IQTIG 2019a). Für die aufgeführten Qualitätsmerkmale ergibt sich auf Merkmals-ebene die Einschätzung, dass über die fallbezogenen QS-Dokumentation erfasst werden kann, ob zum Zeitpunkt der Entlassung alle notwendigen Entlassdokumente vollständig vorlagen und den nachsorgenden Leistungserbringern übermittelt wurden.

5.9.1.3 Potenzial zur Verbesserung

Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals finden sich in der vorliegenden Literatur Anhaltspunkte, dass die Informationen im Entlassbrief häufig unzureichend bzw. unvollständig (Darragh et al. 2018, Hoffmann et al. 2019, Lang et al. 2019, Meyer-Massetti et al. 2018, Piepenhagen et al. 2020, Schwarz et al. 2019, Schwarz et al. 2021, Tezcan-Güntekin 2017), unverständlich (Schwarz et al. 2019) oder fehlerhaft (Killackey et al. 2020) sind. Dies bezieht sich sowohl auf zum Entlasszeitpunkt ausstehende Untersuchungsbefunde (Darragh et al. 2018), nicht individualisierte, auf die jeweiligen Patientinnen und Patienten zutreffende Angaben (Tezcan-Güntekin 2017), fehlende Verordnungen (Meyer-Massetti et al. 2018, Tezcan-Güntekin 2017) oder fehlende Angaben zur notwendigen fachärztlichen Weiterbehandlung (Piepenhagen et al. 2020). Eine Querschnittserhebung zu Einstellungen von Ärztinnen und Ärzten zu den Inhalten von Entlassbriefen ergibt, dass nach Angabe von gut einem Fünftel der befragten Stationsärztinnen und -ärzten der Entlassbrief nicht in ausreichendem Maß jene erforderlichen Informationen enthält, die zur Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten benötigt werden (Hoffmann et al. 2019). Unter den befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten trafen fast 30 % diese Einschätzung. 46 % der befragten Ärztinnen und Ärzte plädierten für eine Überarbeitung der Inhalte des Entlassbriefes als Kommunikationstool zwischen dem Krankenhaus und den hausärztlichen und weiteren an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern (Hoffmann et al. 2019). In einer Primärstudie mit hausärztlichen Leistungserbringern zeigen Lang et al. (2019), dass die intersektorale Informationsweitergabe durch unzureichende Informationen im Entlassbrief mitunter beeinträchtigt sei.

In den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) wurde sowohl Vertreterinnen und Vertretern von ambulant als auch stationär tätigen Gesundheitsprofessionen konstatiert, dass der Inhalt der Entlassbriefe häufig unklar, missverständlich, unvollständig und nicht patientenindividuell sei (IQTIG 2019a).

Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer

Für das Qualitätsmerkmal ergab sich aus der Literatur kein klarer Hinweis auf ein Verbesserungspotenzial. Die Ergebnisse des hkk-Gesundheitsreport zeigen, dass laut der Untersuchung nur knapp 12 % der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer die Frage, ob ihnen am Entlass-tag ein – zumindest vorläufiger – Entlassbrief ausgehändigt worden war verneinten (Braun 2018). Andere vorliegende Studien konnten dagegen belegen, dass zum Zeitpunkt der Entlassung wiederholt kein Entlassbrief vorliegt und infolgedessen den nachversorgenden Leistungserbringern beim ersten nachstationären Kontakt nicht zur Verfügung steht (Kattel et al. 2016, Lang et al. 2019, Meyer-Massetti et al. 2018, Piepenhagen et al. 2020, Tezcan-Güntekin 2017) bzw. dieser erst verspätet an die nachversorgenden Leistungserbringer übersandt werde (Schwarz et al. 2019).

Dies wurde auch in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen berichtet (IQTIG 2019a).

Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer

Zum Qualitätsmerkmal fanden sich in der Literatur Hinweise für ein Verbesserungspotenzial. Mehrere vorliegende Studien konnten belegen, dass zum Zeitpunkt der Entlassung häufig kein Entlassbrief vorliegt und infolgedessen den nachversorgenden Leistungserbringern beim ersten nachstationären Kontakt nicht zur Verfügung steht (Kattel et al. 2016, Lang et al. 2019, Meyer-Massetti et al. 2018, Piepenhagen et al. 2020, Tezcan-Güntekin 2017) bzw. dieser verspätet an die nachversorgenden Leistungserbringer übersandt wird (Schwarz et al. 2019). Es wird gezeigt, dass in nur 18 % der untersuchten Fälle der Entlassbrief zum Zeitpunkt der Entlassung vorlag, in 14 % innerhalb einer Woche und in 24 % der Fälle vergingen bis zur Fertigstellung bzw. Übermittlung des Entlassbriefes mindestens vier Wochen (Piepenhagen et al. 2020). Eine Umfrage unter Klinikmitarbeitern ergab, dass in 45 % der Fälle der Arztbrief am Tag vor der Entlassung noch nicht erstellt ist (consus clinicmanagement 2018). Nur in 55 % der Fälle erreichen die Entlassdokumente die nachsorgenden Hausärztinnen und Hausärzte innerhalb von 48 Stunden (Kattel et al. 2016). In einer Untersuchung zur verspäteten Finalisierung von Entlassbriefen wird berichtet, dass bei vorgegebener maximaler Dauer von 8 Tagen ab Entlassung die Dauer bis zur Finalisierung der Entlassbriefe durchschnittlich 25 Tage betrug (Burrini et al. 2019).

Dieses Problem wurde auch in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen geschildert (IQTIG 2019a).

Übermittlung eines Pflegeüberleitungsbogens an den weiterversorgenden Leistungserbringer

In zwei quantitativen Studien zur Entlassung von Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in die Häuslichkeit konnte ein Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Übermittlung eines Pflegeüberleitungsbogens durch das Krankenhaus an den weiterversorgenden Leistungserbringer

dargelegt werden (Meyer-Masseti et al. 2018, Straßner et al. 2020b). Vertreterinnen und Vertreter ambulanter Pflegedienste gaben an, dass nur bei 5 % der aus dem Krankenhaus entlassenen Patientinnen und Patienten die vollständigen Entlassdokumente beim ersten poststationären Besuch des Pflegedienstes vorlagen (Meyer-Masseti et al. 2018). Im Rahmen der deutschen Untersuchung von Straßner et al. (2020a) zur Patientenzufriedenheit mit der intersektoralen Versorgung wurde von rund 17 % der befragten Patientinnen und Patienten berichtet, dass dem ambulanten Pflegedienst vom behandelnden Krankenhaus kein Pflegeüberleitungsbogen übermittelt wurde.

Auch in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* geführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit Vertreterinnen und Vertretern der ambulanten Gesundheitsprofessionen wurde berichtet, dass der Pflegeüberleitungsbogen in unzureichendem Umfang an die weiterversorgenden Leistungserbringer übermittelt wird (IQTIG 2019a).

Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung

Bezüglich des Qualitätsmerkmals gaben 17,4 % der Patientinnen und Patienten, die nach der Krankenhausbehandlung von einem ambulanten Pflegedienst weiterversorgt wurden, in einer Studie an, dass ihnen kein Pflegeüberleitungsbogen vom Krankenhaus mitgegeben worden war (Straßner et al. 2020b).

Auch in den vom IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit Vertreterinnen und Vertretern der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen wurde geäußert, dass den Patientinnen und Patienten häufig kein Pflegeüberleitungsbogen vom entlassenden Krankenhaus ausgehändigt werde.

Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten

Zum Qualitätsmerkmal konnte einer qualitativen Studie entnommen werden, dass die befragten Gesundheitsfachkräfte von einer schlechten Erreichbarkeit des Klinikpersonals bei Rückfragen berichteten (Foulon et al. 2019).

Aus den im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit Vertreterinnen und Vertretern ambulant tätiger Gesundheitsprofessionen geht hervor, dass die Angabe von Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartnern sehr hilfreich wäre, jedoch häufig entweder nicht gegeben sei oder diese im Falle von Rückfragen nicht auskunftsfähig seien (IQTIG 2019a).

In den Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der stationären Gesundheitsprofessionen wurde berichtet, dass telefonische Rückfragen aus organisatorischen Gründen im Stationsalltag ungünstig seien (IQTIG 2019a).

Aus der Literaturrecherche konnten keine weiteren Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial für den nationalen sowie internationalen Versorgungskontext abgeleitet werden.

5.9.1.4 Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Alle genannten Qualitätsmerkmale können nach erster Einschätzung dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) verantwortlich zugeschrieben werden. Es ist Aufgabe des Krankenhauses, Dokumente und Informationen aus seinem Verantwortungsbereich, die für die Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten relevant sind, vollständig und rechtzeitig dem jeweiligen Adressaten zur Verfügung zu stellen.

5.9.1.5 Ergebnisse des Expertengremiums

Das Qualitätsmerkmal „Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“ wurde vom Expertengremium als relevantes Qualitätsmerkmal beurteilt. In der Versorgungspraxis sei die Qualität der Entlassbriefe von großer Heterogenität geprägt. Die Formulierung „alle“ in Bezug auf die erforderlichen Informationen wurde allerdings als weit interpretierbar und daher problematisch eingeschätzt. Letztlich sei es schwer möglich, zu definieren, was „alle“ erforderlichen Informationen bedeute. Wichtig sei auch, dass alle Beteiligten Berufsgruppen umfassend informiert seien und dass Patientinnen und Patienten oder Angehörige den Brief verstehen würden. Die Bewertung durch das Gremium ergab einen Konsens sowohl hinsichtlich eines vorhandenen Verbesserungspotenzials, als auch in Bezug auf die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

Zum Qualitätsmerkmal „Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer“ wurde diskutiert, dass es vor allem darum gehe, dass die entsprechenden Informationen schnell beim nachversorgenden Leistungserbringer ankämen. Daher wäre eigentlich eine Übermittlung bereits vor der Entlassung erforderlich. Strittig war, ob mit „Übermittlung“ auch die Aushändigung an die Patientinnen und Patienten gemeint sei, letzteres sei regelhaft gegeben und daher bestehe hier kein Verbesserungspotenzial. Die Patientinnen und Patienten könnten dann selbst entscheiden, an wen sie den Entlassbrief weitergeben und das Krankenhaus müsse kein datenschutzrechtliches Risiko eingehen. Außerdem sei es wichtig, dass der Brief direkt bei der Entlassung und dem Übergang in die weiterführende Versorgung bei den Patientinnen und Patienten sei. Vereinzelt forderten Expertinnen bzw. Experten sowohl eine Übermittlung an die nachsorgenden Leistungserbringer als auch die Mitgabe an die Patientin oder den Patienten. Bezüglich einer Übermittlung an diverse Leistungserbringer wurden vermehrt datenschutzrechtliche Hürden beschrieben. Dadurch würde die Übermittlung, insbesondere an mehrere Adressaten, einen enormen Aufwand verursachen, da zunächst die jeweiligen Adressaten abgeklärt werden müssten und dann für jeden einzelnen eine Einwilligung von den Patientinnen und Patienten eingeholt werden müsse. Diese Problematik könne jedoch laut einiger Expertinnen und Experten durch Nutzung der „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) minimiert werden, sobald diese auch bei Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern etabliert sei. Damit sei dann auch eine frühzeitige Übermittlung noch vor der Entlassung aufwandsarm möglich. In der Bewertung ergab sich kein Konsens hinsichtlich eines Verbesserungspotenzials.

Beim Qualitätsmerkmal „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer“ wurde thematisiert, dass eigentlich nur das Versenden auf

dem Postweg datenschutzrechtlich sicher sei. Außerdem müsse ein endgültiger Entlassbrief z. B. auch Informationen oder Befunde enthalten, die z. T. erst mit einer Verzögerung von bis zu mehreren Monaten vorlägen. Dies mache es schwierig, einen Zeitrahmen für die Übermittlung festzulegen. Einige Expertinnen und Experten merkten an, dass der endgültige Entlassbrief am ehesten für Haus- und Fachärztinnen bzw. Haus- und Fachärzte relevant sei und das Merkmal auch dementsprechend operationalisiert werden solle. Aktuell wichtige Informationen beim direkten Übergang in die weitere Versorgung würden hingegen eher durch einen vorläufigen Entlassbrief übermittelt. Hinsichtlich einer zeitnahen und datenschutzkonformen Übermittlung wiesen einige Expertinnen und Experten auch im Hinblick auf die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs darauf hin, dass dies zukünftig durch die Nutzung der KIM zeitnah und aufwandsarm möglich werde. Zu diesem Merkmal ergab sich ein Konsens sowohl in Bezug auf ein bestehendes Verbesserungspotenzial, als auch hinsichtlich der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

Für das Qualitätsmerkmal „Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer“ wurde im Rahmen des Expertengremiums der Zeitraum der Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens diskutiert. So wiesen die Expertinnen und Experten auf verschiedene Versorgungssituationen hin, in denen der Pflegeüberleitungsbogen bereits vorab übermittelt werden müsse, um die Versorgungskontinuität zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang wurde der Vorschlag gemacht, den Titel des Qualitätsmerkmals um die Angabe „zeitnah“ zu ergänzen. Gemäß der Erfahrung einiger Expertinnen und Experten werde der Pflegeüberleitungsbogen hingegen noch bis zum letzten Tag des Aufenthalts aktualisiert und am Ende der Behandlung der Patientin oder dem Patienten regelhaft mitgegeben. Es sei wichtig, den Überleitungsbogen bei der Entlassung auszuhändigen, damit er bei der Übernahme der pflegerischen Versorgung, z. B. durch einen ambulanten Pflegedienst, bei der Patientin bzw. dem Patienten zu finden sei. Eine zusätzliche Übermittlung sei nicht erforderlich, da alle wichtigen Informationen für die weiterversorgenden Leistungserbringer, die schon vorab benötigt werden, an anderer Stelle frühzeitig übermittelt würden. Dies sei auch bereits über das Qualitätsmerkmal „Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung“ abgedeckt. In der abschließenden Bewertung ergab sich kein Konsens bezüglich des Bestehens eines zusätzlichen Verbesserungspotenzials für ein eigenständiges Merkmal.

Im Rahmen der o. g. Diskussion bestand dementsprechend für das Qualitätsmerkmal „Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“ im Expertengremium ein klarer Konsens hinsichtlich des Vorliegens eines Potenzials zur Verbesserung. Des Weiteren bestand ebenso Konsens darüber, dass das vorliegende Qualitätsmerkmale den adressierten Leistungserbringern verantwortlich zugeschrieben werden könne.

Im Rahmen der Diskussion des Qualitätsmerkmals „Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten“ wurde vonseiten der Expertinnen und Experten die Praktikabilität der Angaben von Ansprechpersonen kritisch hinterfragt. Aufgrund verschiedener Arbeitszeiten durch Schichtarbeit sowie unterschiedlicher Zuständigkeiten sei die

persönliche Erreichbarkeit schwierig. Erfahrungsgemäß würde hier bereits heute die Stationsnummer angegeben werden, die es ermöglichen würde, für Rückfragen kompetente Ansprechpersonen zu erreichen. In der abschließenden Bewertung durch das Expertengremium ergab sich kein Konsens hinsichtlich eines bestehenden Verbesserungspotenzials bei den Leistungserbringern.

5.9.1.6 Ergebnisse der Konkretisierung

Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese den Ergebnissen aus den oben genannten Wissensquellen gegenübergestellt und in der Zusammenschau entschieden, welche konkretisierten Qualitätsmerkmale im Weiteren operationalisiert werden. In Tabelle 32 ist die zusammenfassende Bewertung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels für den Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“ dargestellt.

Bezüglich der Qualitätsmerkmale „Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer“, „Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer“ und „Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten“ wurde auf Grundlage der Literatur und der Hinweise aus dem Expertengremium entschieden, diese Qualitätsmerkmale aufgrund eines fehlenden Verbesserungspotenzials nicht in die weitere Operationalisierung miteinzubeziehen. Dementsprechend wurden drei konkretisierte Qualitätsmerkmale in den nächsten Entwicklungsschritt überführt und im Weiteren zu Qualitätsindikatoren operationalisiert (siehe Tabelle 33).

Tabelle 32: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“

Entlassdokumente	Abgeleitete Qualitätsmerkmale	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel	Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
	Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	ja	ja	ja	ja	ja
	Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	ja	ja	ja	nein	ja
	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	ja	ja	ja	ja	ja
	Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	ja	ja	ja	nein	ja
	Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	ja	ja	ja	ja	ja
	Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten	ja	ja	ja	ja	nein

Tabelle 33: Konkretisierte Qualitätsmerkmale und daraus operationalisierte Qualitätsindikatoren des Qualitätsaspekts „Entlassdokumente“

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmale	Qualitätsindikatoren
Entlassdokumente	Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	QI: Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen
	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	QI: Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer
	Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	QI: Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung

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

Mit diesem Qualitätsindikator werden die Inhalte des endgültigen Entlassbriefs fokussiert, die aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte bzw. weiterer Fachärztinnen und Fachärzte für die weitere Versorgung von Patientinnen und Patienten unmittelbar relevant sind. Ziel des Qualitätsindikators ist, dass die Krankenhäuser diese Informationen möglichst häufig in den endgültigen Entlassbriefen aufführen. Die erforderlichen Inhalte wurden in Anlehnung an § 9 Abs. 3 des Rahmenvertrags Entlassmanagement definiert.

In der Operationalisierung des Indikators wurde die fallbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser weiterhin als geeignetes Erfassungsinstrument eingeschätzt, worüber die Abbildung des Zählers und Nenners erfolgt. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und des Nenners des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset V1.1 detailliert aufgelistet.

Als Referenzbereich für den Qualitätsindikator wird ein fester Referenzbereich von $\geq 95\%$ vorgeschlagen. Prinzipiell sollen alle Entlassbriefe die grundlegenden Informationen enthalten. Ein Toleranzbereich von 5 % erscheint jedoch sinnvoll, da in der Versorgungspraxis auf Einzelfälle bezogene Faktoren eine Umsetzung der Indikatoranforderung verhindern können. Dieser Toleranzbereich ist in der Einschätzung des IQTIG auch im Hinblick auf die Patientensicherheit akzeptabel. Dies bedeutet, dass diejenigen Leistungserbringer rechnerisch auffällig werden, bei denen im Erfassungsjahr statistisch signifikant bei weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten der endgültige Entlassbrief die festgelegten Anforderungen vollständig erfüllt.

5.9.2.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Rahmen des Expertengremiums wurde die vorgeschlagene Anzahl der für diesen Indikator vorgesehenen Datenfelder im Hinblick auf den Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser als nicht verhältnismäßig eingeschätzt. Viele der aufgeführten Inhalte seien in Entlassbriefen standardmäßig enthalten (z. B. Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum). Infolgedessen wurden diejenigen Inhalte selektiert, die nach Einschätzung des Expertengremiums vor allem für die weitere Versorgung der Patientinnen und Patienten unmittelbar relevant sind und bei allen Patientinnen und Patienten adressiert werden müssen.

Die inhaltliche Ausgestaltung wurde dahingehend diskutiert, dass neben den erforderlichen Inhalten auch die Barrierefreiheit und somit eine möglichst patientenverständliche Sprache berücksichtigt werden müsse. Im Sinne der Patientensicherheit könne z. B. ein an die Patientinnen und Patienten gerichteter Absatz in patientenverständlicher Sprache eingefügt werden. Optimal sei perspektivisch ein patientenverständlicher Entlassbrief. Hierzu liege auch ein Beschluss des Innovationsausschusses beim G-BA mit der Empfehlung zur Überführung des abgeschlossenen Projekts PASTA – *Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten* in die Regelversorgung vor.⁴⁰ Vonseiten einiger Expertinnen und Experten wurde diesbezüglich jedoch eingewendet, dass dies aber noch kein verpflichtender Bestandteil der Regelversorgung sei und hierbei zudem ein Mehraufwand entstünde, dieser entsprechend vergütet werden müsse, und dass Entlassbriefe am Ende häufig bereits patientenverständliche Zusammenfassungen beinhalten würden. Des Weiteren wurde vorgeschlagen, das derzeit in der Entwicklung befindliche „medizinische Informationsobjekt“ (MIO)⁴¹ zu Entlassbriefen perspektivisch zu berücksichtigen, da nach Informationen einiger Expertinnen und Experten auch hierin bereits relevante strukturelle und inhaltliche Vorgaben für Entlassbriefe erarbeitet wurden. Dies wurde vonseiten weiterer Expertinnen bzw. Experten begrüßt.

Der vorgeschlagene Referenzbereich wurde von den Expertinnen und Experten als angemessen beurteilt.

5.9.2.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Im Rahmen des durchgeführten Beteiligungsverfahrens wurde für den vorliegenden Qualitätsindikator ein hoher Aufwand bei zugleich fraglichem Nutzen kritisiert. Der Qualitätsindikator frage lediglich Standards eines Entlassbriefs, die von den Krankenhäusern ohnehin erfüllt würden, ab. Bei kurzstationären Fällen, die z. B. lediglich einer Untersuchung dienen, sei ein derartiger umfangreicher Entlassbrief zudem nicht zu gewährleisten.

Vor dem Hintergrund der Anmerkungen aus den Stellungnahmen wurde die Aufwand-Nutzen-Relation erneut geprüft und entschieden, den vorliegenden Qualitätsindikator schlussendlich nicht in das endgültige Indikatorenset zu übernehmen. Das wichtige Thema des Entlassbriefs

⁴⁰ Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt PASTA (01NVF17017) (G-BA 2022).

⁴¹ „MIOs (Abkürzung für: Medizinische Informationsobjekte) dienen dazu, medizinische Daten – etwa in einer elektronischen Patientenakte – standardisiert, also nach einem festgelegten Format, zu dokumentieren. Sie können als kleine digitale Informationsbausteine verstanden werden, die universell verwendbar und kombinierbar sind.“ URL: <https://www.kbv.de/html/mio.php> (abgerufen am 18.08.2022).

wird weiterhin mit dem Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“ sowie über die Patientenbefragung adressiert.

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

Der Qualitätsindikator soll erfassen, ob bei Patientinnen und Patienten der endgültige Entlassbrief innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer übermittelt wird. Ziel ist, dass die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten in diesem Zeitraum stattfindet. In der Operationalisierung des Indikators wurde die fallbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser weiterhin als geeignetes Erfassungsinstrument übernommen, worüber sich die für den Zähler und Nenner erforderlichen Informationen ableiten lassen. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Datenfelder zur Berechnung des Zählers des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset V1.1 detailliert aufgelistet.

Als Referenzbereich für den Qualitätsindikator wird ein fester Referenzbereich von $\geq 90\%$ vorgeschlagen. Die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs sollte frühzeitig nach allen stationären Behandlungen erfolgen. Da allerdings in der Literatur belegt ist, dass derzeit die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs sehr häufig noch deutlich länger als 14 Tage dauert (siehe Abschnitt 5.9.1.3), wurde zunächst ein Toleranzbereich von 10 % beim Start des Verfahrens als noch akzeptabel angesehen. Dies bedeutet, dass diejenigen Leistungserbringer rechnerisch auffällig werden, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant bei weniger als 90 % der Patientinnen und Patienten den endgültigen Entlassbrief innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer übermitteln.

5.9.3.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde die Bedeutung der zeitnahen Übermittlung des Entlassbriefs für einen nahtlosen Übergang der Versorgung von den Expertinnen und Experten betont. Allerdings sei der Einschätzung von Expertinnen und Experten zufolge der definierte Zeitraum von 14 Tagen nicht für alle Patientengruppen erreichbar, da Befunde wie z. B. Entscheidungen von Tumorboards oder Histologie-Befunde deutlich längere Laufzeiten beanspruchen würden. Des Weiteren würde es häufig zu Zeitverzügen aufgrund von internen Korrekturschleifen kommen, und durch eine zu strenge zeitliche Eingrenzung könne das Risiko bestehen, dass zunehmend formalisierte Briefe ohne inhaltliche Aussage erstellt würden. In diesem Zusammenhang wurde von einigen Expertinnen und Experten vorgeschlagen, für onkologische Patientinnen und Patienten bzw. für Fälle, die einem Tumorboard vorgestellt werden, ein Ausschlusskriterium für den Qualitätsindikator zu definieren. Andere Stimmen aus dem Expertengremium plädierten hingegen dafür, alle Patientinnen und Patienten zu adressieren, da Tumorboard-Entscheidungen sowie Befunde aus Histologie, Genetik etc. auch separat im Anschluss übermittelt werden könnten. Davon seien allerdings eher wenige Fälle betroffen. Jedoch äußerten Expertinnen und

Experten Bedenken, dass noch ausstehende Befunde nach Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs dann auch nicht mehr nachgeliefert würden, weshalb der eher hohe Referenzbereich anfangs sehr kritisch eingeschätzt wurde.

Aus den weiteren Diskussionen des Expertengremiums ging hervor, dass für die adressierten Leistungserbringer der stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen vor allem der bereits bei der Entlassung auszuhändigende vorläufige Entlassbrief von Relevanz sei, um die für die weitere Versorgung wichtigen Informationen direkt zu Beginn der weiteren Versorgung vorliegen zu haben. Außerdem wurden erneut datenschutzrechtliche Bedenken geäußert, da es nicht korrekt sei, ohne vorherige Einwilligung einen Entlassbrief an verschiedene Adressaten zu schicken. Expertinnen bzw. Experten wiesen daher darauf hin, dass bei der Mitgabe des Entlassbriefs die Patientin bzw. der Patient selber entscheiden könne, an wen dieser weitergegeben werde. Schließlich wurde vom Expertengremium vorgeschlagen, die Adressaten des Entlassbriefs auf ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer (Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte) einzugrenzen und somit auch den Indikatortitel entsprechend zu präzisieren.

Im Expertengremium wurde außerdem darauf hingewiesen, dass die Vorgabe zur Übermittlung nicht ausreichend präzisiert sei. Bezüglich des Referenzbereichs wurde sich im Expertengremium mehrfach dafür ausgesprochen, den Referenzbereich zu senken, um Fälle mit langen Befundlaufzeiten oder Fachbereiche mit häufigen Korrekturschleifen zu berücksichtigen. Andere Expertinnen bzw. Experten sprachen sich wiederum gegen eine Senkung des Referenzbereichs aus. Angesichts der zunehmenden digitalen Möglichkeiten zur Beschleunigung der Erstellung und Übermittlung des Entlassbriefs, die bis zum Regelbetrieb des QS-Verfahrens zu erwarten sind, erschien der empfohlene Referenzbereich den Expertinnen und Experten am Ende der Diskussion schließlich als akzeptabel. Diese Anforderung müsse jedoch frühzeitig kommuniziert werden, sodass die Krankenhäuser ausreichend Zeit erhalten, sich darauf einzustellen.

5.9.3.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Im Rahmen des durchgeführten Beteiligungsverfahrens wurde darauf hingewiesen, dass auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten explizit als nachbehandelnde Leistungserbringer zu nennen seien, wie dies auch in der KSVPsych-RL vorgesehen sei. Der Hinweis wurde aufgenommen und der Qualitätsindikator entsprechend angepasst. Zudem wurde der Titel des Indikators präzisiert, da mit dem Indikator grundsätzlich nicht geprüft wird, ob der Entlassbrief an sämtliche nachbehandelnde Leistungserbringer übermittelt wurde, sondern der Fokus auf die Übermittlung an die nachbehandelnden Hausärztinnen und Hausärzte sowie – sofern beteiligt – an die nachbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzte bzw. nachbehandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gelegt wird.

Der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“ ist Tabelle 34 zu entnehmen.

Tabelle 34: Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“

Bezeichnung	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer
Qualitätsziel	Möglichst häufig Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung der Patientinnen und Patienten an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	<p>Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung ein endgültiger Entlassbrief an:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/den nachbehandelnden Hausarzt <p>und – <u>sofern beteiligt</u> –</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/den nachbehandelnden Facharzt ▪ die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/den nachbehandelnden Psychotherapeuten übermittelt wurde
Nenner	Alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit, die eine nachbehandelnde Hausärztin oder einen nachbehandelnden Hausarzt und/oder nachbehandelnde Fachärztin oder nachbehandelnden Facharzt und/oder nachbehandelnde Psychotherapeutin oder nachbehandelnden Psychotherapeuten benannt und in die Übermittlung des Entlassbriefs eingewilligt haben

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

Der Qualitätsindikator erfasst die Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten, die nach Krankenhausaufenthalt in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden. Der Qualitätsindikator hat zum Ziel, dass bei möglichst vielen dieser Patientinnen und Patienten ein Pflegeüberleitungsbogen im Rahmen des Entlassmanagements mitgegeben wird. In der Operationalisierung wurde die fallbezogene QS-Dokumentation der Krankenhäuser weiterhin als geeignetes Erfassungsinstrument übernommen, worüber die Abbildung des Zählers und Nenners erfolgt. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und des Nenners des Qualitätsindikators sind im zugehörigen Indikatordatenblatt im Indikatorenset V1.1 detailliert aufgelistet.

Als Referenzbereich für den Qualitätsindikator wird ein fester Referenzbereich von $\geq 95\%$ vorgeschlagen. Prinzipiell ist eine Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens bei allen pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten zu fordern. Ein Toleranzbereich von 5 % erscheint jedoch sinnvoll, da in der Versorgungspraxis auf Einzelfälle bezogene Faktoren eine Umsetzung der

Indikatoranforderung verhindern können. Dieser Toleranzbereich ist in der Einschätzung des IQTIG auch im Hinblick auf die Patientensicherheit akzeptabel. Dies bedeutet, dass diejenigen Leistungserbringer rechnerisch auffällig werden, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten einen Pflegeüberleitungsbogen ausgehändigt haben.

5.9.4.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Rahmen der Diskussion zur Operationalisierung des Qualitätsindikators wurde vonseiten der Expertinnen und Experten dafür plädiert, dass äquivalent zum Indikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“ gewisse Inhalte des Pflegeüberleitungsbogens (z. B. die Telefonnummer der Station) Eingang in den Qualitätsindikator finden sollten. Allerdings bestünde jedoch noch wenig Evidenz, was standardisiert in einen Pflegeüberleitungsbogen gehöre. Es wurde bedauert, dass der Rahmenvertrag Entlassmanagement keine Vorgaben hinsichtlich eines Pflegeüberleitungsbogens, ähnlich wie für den Entlassbrief, enthält, hier gebe es Weiterentwicklungsbedarf. In diesem Zusammenhang wurde angemerkt, dass es aus dem MIO-Projekt der KBV bereits einige Hinweise gebe, welche Inhalte in einem Pflegeüberleitungsbogen enthalten sein sollen. Dies solle ab 1. Januar 2023 auf der ePA 2.5 umgesetzt werden. Die Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, dass der Indikator zukünftig dahingehend weiterentwickelt werden sollte, sobald weitere Vorgaben vorliegen.

Die Expertinnen und Experten befürworteten den vorgeschlagenen Referenzbereich.

5.9.4.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Im Rahmen des durchgeführten Beteiligungsverfahrens gab es hinsichtlich der Operationalisierung des Qualitätsindikators keine weiteren Anmerkungen.

Der abschließend operationalisierte Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“ ist Tabelle 35 zu entnehmen.

Tabelle 35: Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“

Bezeichnung	Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung
Qualitätsziel	Möglichst vielen Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.
Indikatortyp	Prozessindikator
Zähler	Patientinnen und Patienten, denen ein Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung mitgegeben wurde
Nenner	Alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit mit einer weiteren pflegerischen Versorgung nach Entlassung

5.10 Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“

Der Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ umfasst die im Zwischenbericht *Entlassmanagement* adressierten Themen der ungeplanten stationären Wiederaufnahme sowie der ungeplanten Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung direkt nach Entlassung. Es wurde dargelegt, dass suboptimale oder unvorbereitete Entlass- und Überleitungsprozesse zu Wiederaufnahmen oder auch zu vermehrten Kontakten zur ambulanten Notfallversorgung führen können. Häufige Wiederaufnahmen oder auch schon ein Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung könnten demnach als ein Versorgungsdefizit von Patientinnen und Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt gelten. Die Ergebnisse zeigten, dass hier weiterhin ein Verbesserungspotenzial besteht (IQTIG 2019a).

5.10.1 Qualitätsmerkmal

Für den Qualitätsaspekt wurden aus der vorliegenden Literatur dementsprechend **zwei** patientenrelevante ergebnisbezogene Qualitätsmerkmale abgeleitet (siehe Tabelle 36).

Tabelle 36: Abgeleitete Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“

Qualitätsaspekt	Abgeleitete Qualitätsmerkmale
Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung	Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung
	Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

5.10.1.1 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Die **ungeplante Wiederaufnahme** nach einem Krankenhausaufenthalt stellt einen patientenrelevanten Endpunkt dar, der in der Literatur als eine mögliche Folge von unkoordinierten Sektorenübergängen und daraus entstehenden Versorgungsbrüchen diskutiert und untersucht wird (Krohn et al. 2017).

Analysen anhand der zur Verfügung stehenden anonymisierten Routinedaten einer kooperierenden Krankenkasse durch das IQTIG haben ergeben, dass im Indexjahr 2017 12,7 % (n = 1.633.020) der Krankenhausfälle innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung erneut in ein Krankenhaus aufgenommen wurden (eigene Berechnungen). Für die vom IQTIG mit dem sog. Prognosemodell festgelegte Zielpopulation (Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement) konnte sogar eine Wiederaufnahmerate von insgesamt 15,0 % ermittelt werden (eigene Berechnungen). Damit entspricht die berechnete Wiederaufnahmerate der deutschen Patientinnen und Patienten dem internationalen Durchschnitt der begutachteten quantitativen Primärstudien, Sekundärdatenanalysen und systematischen Übersichtsarbeiten, über die hinweg eine Spannweite der 30-Tage-Wiederaufnahmerate von 7,0 % bis 28,4 % berichtet wird (Anagnostou et al. 2021, Banholzer et al. 2021, Beeler et al. 2020, Brünger und Blozik 2019, Mueller et al. 2021, Schwab et al. 2019). Mueller et al. (2021) konnten mit ihrer

Querschnittstudie zeigen, dass multimorbide Patientinnen und Patienten häufiger erneut stationär aufgenommen werden als unkomplizierte Fälle (12,7 % versus 7,0 %). Auch die Untersuchung von Brüngger und Blozik (2019) ergab, dass Multimorbidität und längere Krankenhausaufenthalte häufiger zu Wiederaufnahmen führen. Die retrospektive Analyse von (Banholzer et al. 2021) ergab, dass 27 % der Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung über die Konsultierung der Notaufnahme stattgefunden haben.

Aus verschiedenen wissenschaftlichen Publikationen wird deutlich, dass ein Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen am häufigsten genutzt wird und am besten geeignet zu sein scheint, um ungeplante Wiederaufnahmen als Ergebnisindikator des Entlassmanagements heranzuziehen (Braet et al. 2016, Facchinetti et al. 2020, Fønss Rasmussen et al. 2021, Madden et al. 2020, Pedersen et al. 2017). So konnten Fønss Rasmussen et al. (2021) mit ihrer systematischen Übersichtsarbeit zur Wirkung von Interventionen des Entlassmanagements auf die Wiederaufnahmerate bei älteren Patientinnen und Patienten zeigen, dass die Maßnahmen sich innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung am stärksten auswirken, mit den statistisch signifikantesten Ergebnissen zwischen einem und drei Monaten poststationär (Fønss Rasmussen et al. 2021).

Neben ungeplanten Wiederaufnahmen zählt auch **der Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb eines definierten Zeitintervalls nach der Entlassung aus dem Krankenhaus** als patientenrelevantes Kriterium der Ergebnisqualität des Entlassmanagements. Über die Gesamtheit der betrachteten wissenschaftlichen Publikationen hinweg zeigt sich in der Regel ein Follow-up-Zeitraum von 30 Tagen, um ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung als Ergebnisindikator des Entlassmanagements heranzuziehen (Banholzer et al. 2021, Becker et al. 2021, Couturier et al. 2016, Moore et al. 2021, Schwab et al. 2019, Wong et al. 2021). Anhand der vorliegenden Literatur ergeben sich Hinweise, dass Patientinnen und Patienten, die nicht ausreichend auf ihre Krankenhausentlassung vorbereitet und im Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor nicht in ausreichendem Maß begleitet und unterstützt wurden, häufiger den Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung suchen, als Patientinnen und Patienten, die ein Entlassmanagement erfahren haben. Gleichzeitig konnte mit den Publikationen gezeigt werden, dass mit gezielten Maßnahmen des Entlassmanagements die Zahl der poststationären Notfallkontakte gesenkt werden kann, wenngleich – je nach Intervention – in unterschiedlichem Ausmaß (Becker et al. 2021, Braet et al. 2016, Couturier et al. 2016, Hamline et al. 2018, Häsel-Quart et al. 2021, Wong et al. 2021, Schwab et al. 2019).

Analysen des IQTIG anhand der vorliegenden anonymisierten Routinedaten zu Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. Juli bis 31. Dezember 2017 aus einer vollstationären Behandlung entlassen wurden, ergaben, dass 3,9 % der Fälle (n = 798.959) innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine ambulante, notfallmäßige Behandlung durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen oder durch an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser erhielten.

5.10.1.2 Prüfung des Erfassungsinstruments

Für den Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ wurden im Zwischenbericht *Entlassmanagement* die Sozialdaten bei den Krankenkassen als geeignetes Erfassungsinstrument eingeschätzt (IQTIG 2019a). Über die Sozialdaten bei den Krankenkassen kann sowohl die ungeplante Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung erfasst werden, als auch, ob eine Patientin bzw. ein Patient in einem bestimmten Zeitraum nach der Entlassung notfallmäßig ambulant versorgt wurde.

5.10.1.3 Potenzial zur Verbesserung

Ungeplanten Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Aus der vorliegenden Literatur ergeben sich Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial hinsichtlich des Qualitätsmerkmals: Ergebnisse von Aubert et al. (2019) zeigen, dass von 33.971 entlassenen multimorbiden Patientinnen und Patienten 5,8 % (n = 1.948) potenziell vermeidbare Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung waren. Weitere quantitative Studien sowie zahlreiche systematische Reviews und Metaanalysen bescheinigen strukturierten Entlassmaßnahmen, die während des stationären Aufenthaltes der Patientinnen und Patienten initiiert, eingeleitet bzw. umgesetzt und teilweise darüber hinaus weitergeführt werden, einen positiven Effekt auf die Wiederaufnahmerate (Branowicki et al. 2017, Conroy et al. 2020, Couturier et al. 2016, Facchinetti et al. 2020, Fønss Rasmussen et al. 2021, Hamline et al. 2018, Jones et al. 2016, Kash et al. 2017, Oh et al. 2021, Schwab et al. 2019, Scott et al. 2020, Sezgin et al. 2020, Tezcangüntekin 2017).

Auch in den durch das IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* geführten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) mit Vertreterinnen und Vertretern der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen wird das Thema der Wiederaufnahmen zur Sprache gebracht. Es wurde geäußert, dass Wiederaufnahmen durch Versorgungsbrüche bedingt sein können und dass zu deren Vermeidung eine koordinierte sektorenübergreifende Versorgung, einschließlich der rechtzeitigen Informationsübermittlung, vonnöten ist.

Aus den Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen geht einerseits hervor, dass Wiederaufnahmen das Resultat eines fehlenden oder unzureichenden Entlassmanagements seien und damit als Ergebnisparameter herangezogen werden können. Andererseits wurde diskutiert, ob die Wiederaufnahmerate zur Outcomemessung tatsächlich geeignet sei, da es für sie auch andere, vielfältige Gründe geben könne (IQTIG 2019a).

Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Für das Verbesserungspotenzial des Qualitätsmerkmals ergeben sich anhand der vorliegenden Literatur Hinweise, dass Patientinnen und Patienten, die nicht ausreichend auf ihre Krankenhausentlassung vorbereitet und im Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor nicht in ausreichendem Maß begleitet und unterstützt wurden, häufiger den Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung suchen, als Patientinnen und Patienten, die ein Entlassmanagement erfahren haben. Gleichzeitig konnte in den Publikationen gezeigt werden, dass mit gezielten Maßnahmen des Entlassmanagements die Zahl der poststationären Notfallkontakte gesenkt werden kann,

wenngleich – je nach Intervention – in unterschiedlichem Ausmaß (Becker et al. 2021, Braet et al. 2016, Couturier et al. 2016, Hamline et al. 2018, Häselser-Ouart et al. 2021, Wong et al. 2021, Schwab et al. 2019).

In der systematischen Übersichtsarbeit von Couturier et al. (2016) wurde von der Autorenschaft zweier von acht untersuchten Studien eine signifikante Assoziation zwischen dem Entlassprozess und dem Aufsuchen der Notaufnahme innerhalb von 31 Tagen nach Entlassung berichtet. In der Zusammenschau der Ergebnisse der verschiedenen Studien in der Übersichtsarbeit von Couturier et al. (2016) konnte aber kein statistischer Zusammenhang zwischen Interventionen, die als positiver Wirkfaktor auf den Entlassprozess gelten, und dem Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung festgestellt werden.

Ähnlich inkonsistente Ergebnisse erbrachte die Metaanalyse von Hamline et al. (2018), mit der untersucht wurde, inwieweit sich strukturierte Entlassmaßnahmen in Kinderkliniken darauf auswirken, wie häufig Eltern für ihre kranken Kinder nach der Krankenhausentlassung ambulante Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Die Autorinnen und Autoren fanden heraus, dass Interventionen wie Betreuungskoordination (RR = 0.70; 95 % KI 0.36–1.35) und Elternschulungen (RR = 0.57; 95 % KI 0.19–1.66) in Zusammenhang mit selteneren Besuchen der Notaufnahme stehen (Hamline et al. 2018).

Die systematische Übersichtsarbeit von Braet et al. (2016) zur Effektivität von Entlassmaßnahmen auf die Wiederaufnahmerate erwachsener Patientinnen und Patienten nach Entlassung betrachtete das Wiederaufsuchen der Notaufnahme als sekundäres Outcome. Drei von zehn Studien berichteten eine statistisch signifikante Reduktion der ungeplanten Kontakte zur Notfallversorgung nach Entlassung aufgrund der Umsetzung von Entlassmaßnahmen. Der Effekt über alle betrachteten Publikationen hinweg lag in einer Reduktion der Notfallkontakte um 25 Prozentpunkte, erwies sich jedoch nicht als statistisch signifikant (RR = 0.75; 95 % KI 0.55–1.01; $p = 0.06$). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch die Metaanalyse von Becker et al. (2021) zu den Auswirkungen kommunikationsbasierter Entlassmaßnahmen, wie Schulungen zum Krankheitsmanagement oder Shared-Decision-Making, in der zwar einzelne RCTs signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe nachweisen konnten; die Metaanalyse der Ergebnisse der eingeschlossenen RCTs erbrachte aber keinen signifikanten Unterschied (RR = 0.86; 95 % KI 0.67–1.10) in Bezug auf die Wiedervorstellung in einer Notaufnahme zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (Becker et al. 2021).

Auch Vertreterinnen und Vertreter ambulant tätiger Gesundheitsprofessionen haben in den durch das IQTIG im Rahmen des Zwischenberichts *Entlassmanagement* geführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen (eigene Erhebung) geäußert, dass es häufiger vorkomme, dass sich Patientinnen und Patienten bzw. auch Angehörige von kürzlich aus dem Krankenhaus entlassenen Patientinnen und Patienten mit Fragen zu z. B. Medikamentennebenwirkungen, Unwohlsein o. ä. telefonisch an den hausärztlichen Notdienst wenden (IQTIG 2019a).

In den Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen wurde angeführt, dass der ambulante Notfallkontakt häufig einer stationären Wiederaufnahme vorgeschaltet ist. Als Grund für den Kontakt zur Notfallversorgung wurde angegeben,

dass sich die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige bei Entlassung schlecht informiert fühlen und sie auch mangels Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartnern dann direkt in die Notfallambulanzen kommen (IQTIG 2019a).

5.10.1.4 Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Die aufgeführten Qualitätsmerkmale können dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) nicht in jedem Fall eindeutig verantwortlich zugeschrieben werden. Inwieweit bzw. in welchen Fällen die Qualität des Entlassmanagements kausal für eine erneute Aufnahme ins Krankenhaus ist, lässt sich nicht immer eindeutig feststellen. Die Möglichkeit der Verantwortungszuschreibung zum adressierten Leistungserbringer wurde daher mit dem Expertengremium tiefergehend diskutiert.

5.10.1.5 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde die Wichtigkeit des Erfassens der „ungeplanten Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ als wesentliches Kriterium der Ergebnisqualität für dieses QS-Verfahren hervorgehoben, da es sich bei diesem Parameter um ein wichtiges globales Messinstrument für ein gelungenes Entlassmanagement handele. Hinsichtlich der Verantwortungszuweisung wiesen die Expertinnen und Experten jedoch auf Schwierigkeiten hin, dass ggf. patientenseitige Faktoren oder zuvor bestehende Erkrankungen eine stationäre Wiederaufnahme bedingen könnten, diese zum einen aber nicht durch das Krankenhaus beeinflussbar seien und zum anderen auch nicht zwangsläufig auf die Qualität des Entlassmanagements zurückzuführen seien. Die anschließende Bewertung bestätigte die Diskussion im Expertengremium. Es zeigte sich ein Konsens im Hinblick auf das Vorliegen eines klaren Verbesserungspotenzials, jedoch bestand kein Konsens hinsichtlich einer eindeutigen Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

Hinsichtlich der Diskussion des Qualitätsmerkmals „Ungeplante Kontaktaufnahme zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ wurde vom Expertengremium ebenfalls die Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer als zu wenig eindeutig bewertet. Im Rahmen der Diskussion verwiesen die Expertinnen und Experten darauf, dass die ambulante Notfallversorgung ein zu weit gefasster Bereich sei. Es sei schwierig, diese mit dem Entlassmanagement eines Krankenhauses in kausale Verbindung zu bringen, sodass die Verantwortung nicht eindeutig dem Krankenhaus zugeschrieben werden könne. Darüber hinaus wurde auch der Beobachtungszeitraum von 30 Tagen als zu lang eingeschätzt und in diesem Zuge darauf hingewiesen den Zeitraum ggf. zu verringern. In der anschließenden Bewertung für das Qualitätsmerkmal bestand unter den Expertinnen und Experten weder ein Konsens zu einem bestehenden Verbesserungspotenzial noch zur Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer.

5.10.1.6 Ergebnisse der Konkretisierung

Nach Aufbereitung der Einschätzungen des Expertengremiums wurden diese den Ergebnissen aus den oben genannten Wissensquellen gegenübergestellt und in der Zusammenschau entschieden, welche konkretisierten Qualitätsmerkmale im Weiteren operationalisiert werden. In

Tabelle 37 ist die zusammenfassende Bewertung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale anhand der Eignungskriterien des Qualitätsziels für den Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ dargestellt.

Es wurde entschieden, die Qualitätsmerkmale nicht weiter zu Qualitätsindikatoren zu operationalisieren, da bei beiden eine Zuschreibung der Verantwortlichkeit zum Leistungserbringer nicht eindeutig gegeben und somit ein zentrales Kriterium für einen Qualitätsindikator nicht erfüllt ist.

Da jedoch gemäß der Beauftragung die Adressierung der stationären Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung ein fester Bestandteil des QS-Verfahrens sein soll, wurde auf Grundlage der Literatur und der Hinweise des Expertengremiums entschieden, das Qualitätsmerkmal „Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ als Kennzahl zu operationalisieren (siehe Tabelle 38). Die Auswertung könnte als erste Annäherung an die Ergebnisqualität des Entlassmanagements erfolgen und sowohl leistungserbringerbezogen zur Förderung des internen Qualitätsmanagements als auch landes- und bundesweit rückgemeldet werden. Eine vergleichende Leistungserbringerbewertung mit Stellungnahmeverfahren ist für die Kennzahl nicht vorgesehen.

Tabelle 37: Zusammenfassende Bewertung der Eignungskriterien des Qualitätsziels der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zum Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“

Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung	Abgeleitete Qualitätsmerkmale	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel	Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
	Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	ja	ja	ja	ja	nein
	Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	ja	ja	ja	nein	nein

Tabelle 38: Konkretisiertes Qualitätsmerkmal und daraus operationalisierte Kennzahl des Qualitätsaspekts „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Kennzahl
Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung	Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Kennzahl: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

5.10.2 Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“

Im Rahmen der Operationalisierung des Qualitätsmerkmals wird vonseiten des IQTIG empfohlen, sich der Wiederaufnahmen im ersten Schritt über die Berechnung der rohen Rate an Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung zu nähern. Vor diesem Hintergrund wurde der Titel der Kennzahl angepasst, der Begriff „Ungeplante“ gestrichen. Zusätzlich soll die Kennzahl jedoch für Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen mit administrativer Notfallkennzeichnung wieder stationär aufgenommen wurden, stratifiziert berechnet werden, um sich so den **ungeplanten** Wiederaufnahmen zu nähern. Darüber hinaus ist eine Stratifizierung der Kennzahl nach den auffälligen Fällen der einzelnen prozessbezogenen Qualitätsindikatoren vorgesehen, um so einen Zusammenhang zwischen den relevanten Entlassmanagementbezogenen Prozessen und den Wiederaufnahmen zu erkennen.

In der Operationalisierung der Kennzahl wurden die Sozialdaten bei den Krankenkassen weiterhin als geeignetes Erfassungsinstrument übernommen, worüber sich die für den Zähler und Nenner erforderliche Information ableiten lässt. Die inhaltliche Ausgestaltung sowie die Datenfelder zur Berechnung des Zählers und des Nenners der Kennzahl sind im zugehörigen Kennzahlendatenblatt detailliert aufgelistet (siehe Indikatorenset V1.1).

5.10.2.1 Ergebnisse des Expertengremiums

Im Expertengremium wurde im Zusammenhang mit der Kennzahl insbesondere der vorgegebene Beobachtungszeitraum von 30 Tagen diskutiert. Der Einschätzung einzelner Expertinnen und Experten zufolge bestünde hierbei immer ein Restrisiko für eine Wiederaufnahme, welches jedoch nicht auf ein Entlassmanagement mit mangelnder Qualität hinweist. Dies müsse entsprechend unterschieden werden. Der Einschätzung einzelner Expertinnen und Experten zufolge sei die Wiederaufnahme von Patientinnen und Patienten in das gleiche Krankenhaus bereits eine relevante Kennzahl für das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser, wodurch es keine externe Erhebung durch die gesetzliche Qualitätssicherung benötige. In die Kennzahl des QS-Verfahrens gehen jedoch auch Wiederaufnahmen in andere Krankenhäuser mit ein. Von einigen Expertinnen und Experten wurde hingegen angeregt, dass die Kennzahl eine sehr hilfreiche Information für alle Krankenhäuser sei und daher aufgrund der übergeordneten Relevanz sowohl für die Versorgung als auch für die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse weiter beibehalten werden sollte.

Schlussendlich wurde von der Mehrheit der Expertinnen und Experten befürwortet, dass die Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung als Kennzahl in das zukünftige Indikatorenset mitaufgenommen wird.

5.10.2.2 Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde bestätigt, dass die Zuschreibbarkeit der Verantwortung schwierig sei und zudem darauf hingewiesen, dass eine Kausalität zum Entlassmanagement nicht unbedingt gegeben sei. Für eine derartige Ursachenanalyse seien weitere Erhebungen bei Patientinnen und Patienten sowie Nachsorgern erforderlich. Zudem wurde vorgeschlagen, die vorgesehene Stratifizierung durch eine mit der Vorbehandlung in Zusammenhang stehende Diagnose zu konkretisieren. Darüber hinaus wurde die Kennzahl unter einer Aufwand-Nutzen-Abwägung kritisch hinterfragt. Auch negative Anreize zur Patientenselektion durch die Kennzahl seien möglicherweise zu befürchten, und die Publikation der Daten wurde als äußerst problematisch eingeschätzt, wenn daraus Rückschlüsse auf gute bzw. schlechte Qualität gezogen werden würden.

Das IQTIG ist sich der Limitationen dieser Kennzahl bewusst und stimmt den in den Stellungnahmen geäußerten Bedenken teilweise zu. Gleichwohl wurde die Kennzahl zunächst auftragsgemäß berücksichtigt, da sie aus Sicht des IQTIG eine erste Annäherung an den Sachverhalt erlaubte. Jedoch wurden aufgrund weiterer Anmerkungen aus dem Beteiligungsverfahren zusätzlich relevante Umsetzungshürden für die Erfassung der Kennzahl deutlich. Es zeigte sich, dass eine für die Erfassung der sozialdatenbasierten Kennzahl erforderliche QS-Auslösung bei den Krankenkassen nur mit hohem Aufwand umsetzbar wäre. Hintergrund hierfür ist, dass die technische Auslösung bei den Krankenkassen grundsätzlich zu einem deutlich späteren Zeitpunkt als die QS-Auslösung bei den Leistungserbringern stattfindet (bis zu mehreren Monate Unterschied), wodurch sich der Datenstand bei den Sozialdaten von dem Datenstand bei den Leistungserbringern zum Zeitpunkt der Entlassung – z. B. im Hinblick auf u. U. nach Prüfung veränderte Diagnosen oder auch einem erst nach der Entlassung festgestellten Pflegegrad – unterscheiden kann. Die Gewährleistung einer Auslösung auf Grundlage der identischen Informationen bei den Leistungserbringern und den Krankenkassen wäre daher nur mit enormem technischem Aufwand umsetzbar. Aufgrunddessen hat sich das IQTIG nach nochmaliger Diskussion schlussendlich dafür entschieden, die Kennzahl nicht in das endgültige Indikatorenset zu übernehmen, da der Aufwand zur Sicherstellung der gleichen QS-Auslösung für die Berechnung ausschließlich einer Kennzahl nicht als gerechtfertigt angesehen wurde.

6 Empfohlenes Qualitätsindikatorenset

Für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* wird ein Set mit insgesamt sieben Qualitätsindikatoren empfohlen (Tabelle 39). Zwei Indikatoren beziehen sich dabei auf die Strukturqualität und fünf Indikatoren auf die Prozessqualität. Für die Erfassung von zwei Qualitätsindikatoren ist dabei die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation vorgesehen. Die Erfassung der übrigen fünf Qualitätsindikatoren soll über die fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer erfolgen. Zusätzlich wurden im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Patientenperspektive zum Entlassmanagement entwickelt, die sich u. a. auch auf die Ergebnisqualität beziehen und später in das Gesamt-QI-Set integriert werden.

Tabelle 39: Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikatoren	Indikator-typ	Erfassungs-instrument
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	Verfahrensregelung zum multi-professionellen Entlassmanagement	Struktur-indikator	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung	Struktur-indikator	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
Entlassplanung	Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans	Prozess-indikator	fallbezogene QS-Dokumentation
Medikamentenmanagement	Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans	Prozess-indikator	fallbezogene QS-Dokumentation
	Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen	Prozess-indikator	fallbezogene QS-Dokumentation
Entlassdokumente	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer	Prozess-indikator	fallbezogene QS-Dokumentation
	Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	Prozess-indikator	fallbezogene QS-Dokumentation

Jeder Qualitätsindikator des vorliegenden Sets wurde im Rahmen der durchgeführten Entwicklungsschritte hinsichtlich der vorgesehenen Eignungskriterien des Qualitätsziels des Indikators geprüft und das Ergebnis dargelegt (siehe Kapitel 5). Dementsprechend adressieren alle empfohlenen Qualitätsindikatoren Qualitätsmerkmale, die unmittelbare Bedeutung für die Patientinnen und Patienten haben und einen unmittelbaren Zusammenhang mit einem patientenrelevanten Ziel aufweisen. Die Patientenrelevanz wird zudem dadurch deutlich, dass jeder Qualitätsindikator mindestens einer Qualitätsdimension des IQTIG-Rahmenkonzepts (IQTIG 2019c: 16-21) für Qualität zugeordnet werden kann. Dabei wird erkennbar, dass das vorliegende Set der dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren vorwiegend auf die Qualitätsdimensionen Wirksamkeit, Patientensicherheit, Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit sowie Koordination und Kontinuität in der Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen des Entlassmanagements ausgerichtet ist.

Tabelle 40: Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts

Qualitätsindikatoren	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungs-gestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbar-keit	Angemessen-heit	Koordination und Kontinuität
Verfahrensregelung zum multiprofessi-onellen Entlassmanagement	X	-	-	-	-	-
Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Ver-fahrensregelung	X	-	-	-	-	-
Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans	-	-	-	X	X	X
Mitgabe eines aktuellen bundesein-heitlichen Medikationsplans	-	X	-	-	-	X
Kontinuierliche Medikamentenversor-gung nach Entlassung vor Wochenen-den oder Feiertagen	-	-	-	X	-	X
Übermittlung eines endgültigen Ent-lassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer	-	-	-	X	-	X

Qualitätsindikatoren	Wirksamkeit	Patienten-sicherheit	Ausrichtung der Versorgungs-gestaltung an den Patientinnen und Patienten	Rechtzeitigkeit und Verfügbar-keit	Angemessen-heit	Koordination und Kontinuität
Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbo-gens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	-	X	-	-	-	X

Darüber hinaus wurde für jeden Qualitätsindikator des Sets anhand der recherchierten Literatur und der Einschätzungen des Expertengremiums das *Potenzial zur Verbesserung* in der Versorgung dargelegt. Die eindeutige Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den identifizierten Qualitätsaspekten zeigt, dass die *Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt* gegeben ist. Die mit den Qualitätsindikatoren adressierten Werte der Prozess- und Strukturqualität sind dabei grundsätzlich von den *Leistungserbringern beeinflussbar* und können dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) in der *Verantwortung zugeschrieben* werden. *Unerwünschte Wirkungen* oder *Fehlanreize* durch die Qualitätsindikatoren konnten im Laufe der Entwicklung nicht identifiziert werden.

Neben den Eignungskriterien des Qualitätsziels des Indikators wurden auch, soweit möglich, die Eignungskriterien des Messverfahrens berücksichtigt. Für die Qualitätsindikatoren, die auf Basis einer fallbezogenen bzw. einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zu erfassen sein werden, wird die *Validität und Objektivität* der Messung sowie die *Datenqualität* als relativ hoch eingeschätzt. Für die Qualitätsindikatoren, die auf der Dokumentation der Leistungserbringer basieren, werden eindeutige Spezifikationen zum Erhebungsprozess, einschließlich leicht verständlicher und eindeutiger Ausfüllhinweise, erstellt. Eine Vielzahl der Datenfelder lassen sich aus der Primärdokumentation beim Leistungserbringer beantworten und ermöglichen somit auch eine vereinfachte stichprobenartige Datenvalidierung. Für die Qualitätsindikatoren, die durch die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erfasst werden, sollte, ähnlich wie bei der fallbezogenen QS-Dokumentation, eine Prüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit bei der Datenerfassung bzw. dem Datenexport und in Stichproben eine Vor-Ort-Datenvalidierung anhand der Originaldokumente durchgeführt werden, um eine hohe Dokumentationsqualität sicherzustellen. Die Datenfelder der einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren erfassen überwiegend strukturelle Anforderungen oder Schulungsquoten und lassen somit eine hohe Objektivität erwarten.

Zum Eignungskriterium der *Reliabilität* kann im aktuellen Entwicklungsstadium noch keine Aussage getroffen werden. Bezüglich der *Praktikabilität* des Messverfahrens ist aufgrund der u. a. beauftragten Datenquellen der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation festzuhalten, dass für die beteiligten Leistungserbringer ein zusätzlicher Aufwand entstehen wird, der im Rahmen einer Machbarkeitsprüfung genauer erhoben werden sollte. Anzumerken ist jedoch, dass dieser Aufwand moderat bleiben wird, da die fallbezogenen Qualitätsindikatoren auf Inhalte zurückgreifen, die in der Regel bereits im Rahmen der Patientenversorgung zur Vorbereitung auf die Entlassung erhoben werden und die einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren jahresbezogene Anforderungen an die Leistungserbringer darstellen, die einmal im Jahr erfasst werden. Durch die Möglichkeit der automatischen Ausleitung der Einträge in die administrativen Datenfelder und die gezielte Datenfeldsteuerung mittels Filterfragen kann der künftige Aufwand minimiert werden.

Zusätzlich zu den aufgeführten derzeit umsetzbaren Qualitätsindikatoren wurde im Rahmen der Entwicklung ein weiterer relevanter Qualitätsindikator entwickelt, der für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens vorgesehen werden soll (Tabelle 41). Dieser Qualitätsindikator ist noch kein Bestandteil des empfohlenen Qualitätsindikatorenssets, da dieser aufgrund einer derzeit

noch nicht flächendeckend etablierten Telematikinfrastruktur noch nicht vollständig umsetzbar ist. Für die Umsetzung ist eine flächendeckende Etablierung von KIM sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den ambulant tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten notwendig. Dies wurde auf dem bereits erstellten Indikatordatenblatt entsprechend vermerkt (siehe Anhang E).

Tabelle 41: Qualitätsindikator für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens (derzeit noch nicht umsetzbar)

Qualitätsaspekt	Qualitätsindikator	Erfassungsinstrument
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung	fallbezogene QS-Dokumentation

Zusammen mit dem Expertengremium wurden die vorliegenden Qualitätsindikatoren in ihrer Gesamtheit betrachtet. Die übergeordneten Fragestellungen zur Gesamtbetrachtung sind unter Abschnitt 2.4 aufgeführt.

Nach Einschätzung des IQTIG sowie des Expertengremiums liegt ein Set an Qualitätsindikatoren ohne Überschneidungen zwischen den entwickelten Indikatoren vor. Durch das Zusammenspiel der oben dargestellten Qualitätsindikatoren mit den ergänzenden Informationen über die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung werden mit dem QS-Verfahren wesentliche Aspekte der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements im Krankenhaus adressiert, anhand derer die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung erfasst und – auf dieser Grundlage – notwendige Maßnahmen zur Verbesserung initiiert werden können. Um ein umfassendes sektorenübergreifendes Entlassmanagement zu gewährleisten, betonen die Expertinnen und Experten die Notwendigkeit einer stärkeren Digitalisierung im Gesundheitswesen, die vor allem auch für die erforderlichen Prozesse im Entlassmanagement hilfreich wären (z. B. im Hinblick auf die Kommunikation mit den nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern). Dies hätte zudem den Vorteil, dass der Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer deutlich reduziert werden könnte.

Insgesamt liegt für dieses QS-Verfahren nach Einschätzung des IQTIG somit ein ausgewogenes Set von Qualitätsindikatoren vor, das relevante Teilprozesse und Strukturen des Entlassmanagements adressiert und den Fokus auf die noch bestehenden Verbesserungspotenziale in der Versorgungspraxis legt.

In der Zusammenschau der entwickelten dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren und den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teilauftrag C)⁴² zeigt sich, dass mit dem gesamten Qualitätsindikatoren-Set für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* alle Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität angemessen adressiert werden, sodass eine ausgewogene Messung und Abbildung der struktur-, prozess- und ergebnisbezogenen Versorgungsqualität insgesamt gegeben ist (Tabelle 42).

⁴² siehe Abschlussbericht zu Teilauftrag C (Abgabe an den G-BA am 31.10.2022)

Tabelle 42: Zuordnung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für die dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren aus Teilauftrag B und Teilauftrag C zur Entwicklung einer Patientenbefragung (Mehrfachzuordnungen der Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsdimensionen sind möglich)

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Teilauftrag B)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teilauftrag C)
Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement ▪ Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information und Aufklärung zur Entlassmedikation ▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung ▪ Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten ▪ Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten
Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans ▪ Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information und Aufklärung zur Entlassmedikation ▪ Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten ▪ Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten
Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen/Patienten	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus ▪ Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung ▪ Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus ▪ Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Teilauftrag B)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teilauftrag C)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung ▪ Entlassgespräch ▪ Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung
Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans ▪ Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen ▪ Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer 	-
Angemessenheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus
Koordination und Kontinuität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans ▪ Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans ▪ Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung ▪ Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung ▪ Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung ▪ Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Teilauftrag B)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teilauftrag C)
	<ul style="list-style-type: none">▪ Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer▪ Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	

7 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

7.1 Allgemeine Informationen zur Datenerfassung

7.1.1 Verfahrensart

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)⁴³ des G-BA unterscheidet in Teil 1 § 2 zwischen länder- und bundesbezogenen Verfahren. Gemäß Absatz 1 DeQS-RL sind Verfahren grundsätzlich länderbezogen durchzuführen. Die in Absatz 2 skizzierten Kriterien zur Durchführung eines bundesbezogenen Verfahrens sind für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* nicht zutreffend. Die angestrebte Fallzahl der Patientinnen und Patienten (jährlich circa 300.000 voll- und teilstationäre Fälle) sowie der potenziell betroffenen stationären Leistungserbringer (circa 2.730 Krankenhausstandorte⁴⁴) ist ausreichend groß, so dass ein länderbezogenes Verfahren angezeigt ist.

7.1.2 Vollerhebung/Stichprobe

Im QS-Verfahren *Entlassmanagement* wird für die Datenerfassung statt einer Vollerhebung ein Stichprobenverfahren empfohlen, um den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer in einem praktikablen Umfang zu halten. Das Stichprobenverfahren basiert dabei auf einem zweistufigen Vorgehen:

1. einer inhaltlich gesteuerten Fallzahlreduktion mit dem Ziel, Fälle mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen „umfassendem Bedarf für Entlassmanagement“ zu selektieren (siehe Abschnitt 4.2).
2. einer weiteren nachgelagerten Stichprobe, um die jährliche Fallzahl auf ein anvisiertes Maß zu reduzieren (siehe Abschnitt 4.3.2). Das IQTIG empfiehlt eine Fallzahl von jährlich circa 300.000 QS-pflichtiger Fälle.

7.1.3 Einbezogene Datenquellen und Erfassungsinstrumente

Im Rahmen der QS-Verfahren nach der DeQS-RL des G-BA können dem IQTIG (Bundesauswertungsstelle) Daten aus unterschiedlichen Quellen übermittelt werden. Die in den Datenquellen verfügbaren Informationen enthalten u. U. sensible patientenidentifizierende Daten und unterliegen damit hohen Anforderungen an die Datensparsamkeit und den Datenschutz.

Im QS-Verfahren *Entlassmanagement* sind die Nutzung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie eine Patientenbefragung vorgesehen. Die Daten werden mit den Erfassungsinstrumenten der QS-Basispezifikation, der Spezifikation für die fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation bzw. über die für die Patientenbefragung entwickelten Fragebögen erhoben. Für die Aktualisierung des Prognosemodells im QS-Filter kann die Datenerhebung über

⁴³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. September 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 30.05.2022).

⁴⁴ Gemäß bundesweitem Verzeichnis von Standorten der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. URL: <https://krankenhausstandorte.de/info> (abgerufen am: 7. Juni 2022).

die Spezifikation der Sozialdaten bei den Krankenkassen ein Option darstellen (siehe Abschnitt 7.3). Die Entwicklung der Qualitätsindikatoren und Instrumente zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung) erfolgt in einem gesonderten Entwicklungsstrang und unter Nutzung eines eigenständigen Datenflussmodells und Auswertungskonzepts, die in einem eigenständigen Ergebnisbericht dargelegt und daher im vorliegenden Bericht nicht weiter adressiert werden.

7.2 Fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

7.2.1 Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen

Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer stellt ein seit vielen Jahren etabliertes Instrument der gesetzlichen Qualitätssicherung dar und ist in § 299 Abs. 1 SGB V geregelt. Die Erforderlichkeit der zu erhebenden Daten wird in den themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL vom G-BA festgelegt. Die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer kann sowohl fallbezogen als auch einrichtungsbezogen erfolgen. Im Rahmen der fallbezogenen QS-Dokumentation können Informationen über fallbezogene Prozesse und Ergebnisse der erbrachten Leistungen beim Leistungserbringer erhoben werden. Bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation liegt der Fokus auf einmal jährlich erhobenen Informationen zu Strukturen und zum Prozessmanagement und zu aggregierten Prozessdaten der Einrichtung selbst. Die einrichtungsbezogenen Informationen haben keinen direkten Fall- oder Patientenbezug. Da eine Dokumentation direkt beim Leistungserbringer erfolgt, können nahezu alle Fragestellungen detailliert beantwortet und Informationen erhoben werden, die über den Informationsgehalt von z. B. Abrechnungsdatensätzen, wie sie im Rahmen der Sozialdaten bei den Krankenkassen genutzt werden, hinausgehen oder spezifischer als die kodierten Informationen sind.

Die Erhebung von QS-Daten beim Leistungserbringer verursacht Dokumentationsaufwand in den einzelnen Einrichtungen. Aus diesem Grund ist durch die Softwareanbieter stets zu prüfen, ob Informationen automatisiert, beispielsweise aus der Primärdokumentation im Krankenhausinformationssystem (KIS), übernommen werden können. Die quartalsmäßigen Lieferzeiten sind in Tabelle 43 dargestellt.

Tabelle 43: Lieferfristen für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (gemäß DeQS-RL 2022)

Lieferquartal	Erstlieferung	Korrekturfrist
Fallbezogene QS-Dokumentation		
1. Quartal	1. April–15. April	22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres
2. Quartal	1. Juli–15. Juli	
3. Quartal	1. Oktober–15. Oktober	
4. Quartal	1. Februar–15. Februar	

Lieferquartal	Erstlieferung	Korrekturfrist
Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation		
Gesamtes Erfassungsjahr	1. Februar–15. Februar	22. Februar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres

7.2.2 Datenselektion (QS-Filter)

Die Auswahl der Patientinnen und Patienten, die in das QS-Verfahren eingeschlossen werden sollen, erfolgt nach festgelegten Kriterien. Diese Kriterien werden als Auslösekriterien bezeichnet. Sie sind in einer Datenbank hinterlegt und werden üblicherweise als QS-Filter bezeichnet. Der QS-Filter selektiert mittels algorithmischer Ein- und Ausschlusskriterien alle Patientinnen und Patienten, die die Grundgesamtheit des QS-Verfahrens bilden. Der Prozess wird als QS-Auslösung bezeichnet. Für Patientinnen und Patienten, bei denen eine QS-Auslösung stattfindet, muss die entsprechende QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer erfolgen.

Besonderheiten der QS-Auslösung im QS-Verfahren *Entlassmanagement*

Bei der QS-Auslösung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* ist grundsätzlich zu bedenken, dass die Patientinnen und Patienten bei stationärer Aufnahme in das Entlassmanagement einwilligen müssen. Wenn Patientinnen und Patienten die Einwilligung nicht geben, darf zum einen vom Krankenhaus kein Entlassmanagement durchgeführt werden. Zum anderen dürfen diese Patientinnen und Patienten dann ebenfalls nicht im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung berücksichtigt werden. Diese Einwilligung ist dementsprechend bei der QS-Auslösung zu beachten. Eine Berücksichtigung im Filterkriterium wäre möglich, wenn diese Information strukturiert im KIS abgelegt wird. Da diese Information derzeit noch nicht regelhaft im KIS enthalten ist, muss die Information durch die QS-Dokumentation erhoben werden. Willigt die Patientin oder der Patient nicht in das Entlassmanagement ein, ist dies in der QS-Dokumentation anzugeben. In diesem Fall wird lediglich ein verkürzter QS-Dokumentationsbogen mit den Basisinformationen zum Entlassfall angelegt und die QS-Dokumentation beendet.

Des Weiteren werden Patientinnen und Patienten mit einer stationären Verweildauer von weniger als zwei Tagen in diesem QS-Verfahren nicht in Betracht gezogen, da davon ausgegangen wird, dass ein stationärer Aufenthalt von weniger als zwei Tagen mit anschließender Entlassung ein Indiz für eine weniger schwere Erkrankung mit entsprechend geringerem Versorgungsbedarf oder aber für bereits bestehende Versorgungsstrukturen ist.

Für das zukünftige QS-Verfahren *Entlassmanagement* wurde ein Filterkriterium zur zielgerichteten Auslösung von Fällen mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen „umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement“ konstruiert (siehe Abschnitt 4.2). Dieses Filterkriterium auf Basis eines Prognosemodells ist insofern neuartig, als dass die Auslösung eines QS-Falls nicht direkt von einzelnen konkreten Einschlusskriterien hinsichtlich der dokumentierten OPS- und ICD-Kodes und des Alters abhängt, so wie es bei etablierten QS-Verfahren der Fall ist. Stattdessen werden sämtliche für den Fall im KIS dokumentierten OPS- und ICD-Kodes sowie das Alter, Geschlecht, Verweildauer und der Pflegegrad berücksichtigt, um pro Fall einen Indexscore zu generieren, der

mittels eines Schwellenwertvergleichs eine Vorselektion des Falls herbeiführt (erste Stufe der QS-Auslösung, siehe Abbildung 11). Beispielhaft sähe das Filterkriterium in Form eines Pseudokodes wie folgt aus (hierfür werden die meisten der über tausend Komponenten der konstruierten Rechenregel ausgeblendet):

$$-5,283664 + 0,029129 * \text{ALTER} + \dots +$$

$$(-0,00387 * (\text{PROZ EINSIN 1-20\%})) + (-0,19208 * (\text{PROZ EINSIN 1-21\%})) + \dots +$$

$$(-0,05014 * (\text{DIAG EINSIN A02\%})) + (-0,01422 * (\text{DIAG EINSIN A05\%})) + \dots$$

Diese Form der QS-Auslösung basiert weiterhin auf logischen Operatoren auf Basis der Fallinformationen im KIS, sodass dieses Filterkriterium prinzipiell durch die Softwareanbieter implementierbar ist. Die für die Umsetzung notwendige Liste mit sämtlichen Einzelabfragen und Koeffizienten würde den Softwareanbietern in maschinenlesbarer Form vom IQTIG zur Verfügung gestellt. Die vollständige Liste der im Filterkriterium berücksichtigten Merkmale und der entsprechenden Koeffizienten ist in Anhang D.1 dargestellt.

Durch das Prognosemodell werden anteilmäßig ca. 50 % der jährlich voll- bzw. teilstationär behandelten GKV-versicherten Krankenhausfälle für die QS-Auslösung vorselektiert. Dies würde zu etwa 9 Millionen ausgelösten Fällen führen, was jedoch eine nicht handhabbare Anzahl an Falldokumentationen seitens der Leistungserbringer darstellen würde.

Aus diesem Grund soll innerhalb des QS-Filters ein zusätzlicher Algorithmus im Sinne einer Stichprobenziehung implementiert werden, um die letztliche Zahl QS-pflichtiger Fälle zielgerichtet zu reduzieren (zweite Stufe der QS-Auslösung) (siehe Abbildung 11 sowie Abschnitt 4.3.2).

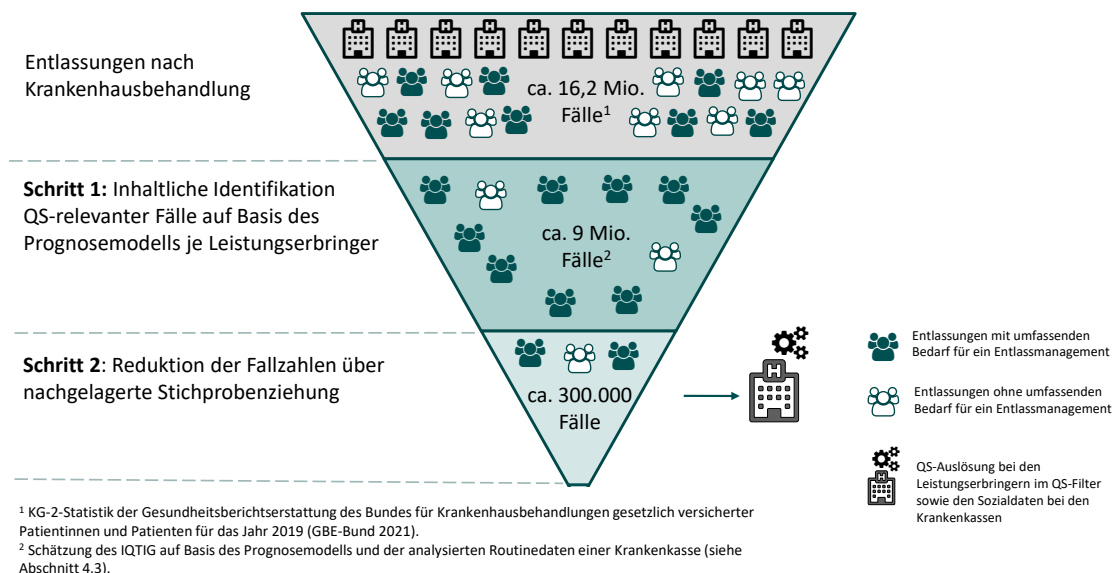


Abbildung 11: Schritte der QS-Auslösung im QS-Verfahren Entlassmanagement

Dieser Stichprobenalgorithmus basiert auf der eGK-Versichertennummer, um anhand dieser eine zuvor festgelegte Anzahl an Fällen auszulösen. Auf diese Weise kann eine anvisierte Zahl von jährlich bundesweit circa 300.000 Fällen im QS-Verfahren erreicht werden. Fälle ohne eine eGK-Versichertennummer können demnach durch die Stichprobe nicht ausgelöst werden. Dies

kann z. B. Neonatologie-Fälle betreffen, da diese unter Umständen zum Zeitpunkt der Entlassung noch keine eGK-Versichertennummer besitzen.

Im QS-Verfahren *Entlassmanagement* werden selektivvertragliche Leistungen am Krankenhaus (z. B. nach §§ 140a SGB V), insofern die Abrechnung über das Institutionskennzeichen erfolgt, miteinbezogen. Der Datenfluss unterscheidet sich nicht gegenüber kollektivvertraglichen Leistungen am Krankenhaus. Der entwickelte QS-Filter zur Identifizierung von Entlassfällen kann entsprechend auch bei selektivvertraglichen Leistungen angewandt werden. Da es sich ausschließlich um ein stationäres Verfahren handelt, brauchen ambulante selektivvertragliche Leistungen in diesem QS-Verfahren nicht eingeschlossen werden.

Das Prognosemodell, das die inhaltliche Komponente des QS-Filters bildet, wurde auf Basis von Daten aus dem Jahr 2017 konstruiert. Um die inhaltliche Fokussierung auf die Zielpopulation des Verfahrens fortlaufend zu gewährleisten, ist eine regelmäßige Aktualisierung dieses Modells und damit einhergehend des QS-Filters notwendig (siehe Abschnitt 7.3).

7.2.3 Erforderliche Datenfelder

Der Dokumentationsbogen für die stationäre fallbezogene QS-Dokumentation besteht aus 24 Datenfeldern, die zur Berechnung der 5 Qualitätsindikatoren genutzt werden. Hinzu kommen 13 administrative Datenfelder, sodass sich insgesamt 37 Datenfelder ergeben (siehe Anhang D.2).

Der Dokumentationsbogen für die stationäre einrichtungsbezogene QS-Dokumentation besteht aus 14 Datenfeldern, die zur Berechnung der 2 Qualitätsindikatoren genutzt werden. Hinzu kommen 2 administrative Datenfelder, sodass sich hier insgesamt 16 Datenfelder ergeben (siehe Anhang D.3).

In Tabelle 44 und Tabelle 45 wird die Anzahl der Datenfelder pro Indikator für die stationäre fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation aufgeführt sowie die Summe der Datenfelder ausgewiesen.

Tabelle 44: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die fallbezogene stationäre QS-Dokumentation

Indikator	Anzahl der Datenfelder
Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans	6
Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans	4
Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen	2
Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer	9
Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	3

Indikator	Anzahl der Datenfelder
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	13
Summe der Datenfelder	37
Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)	24

Tabelle 45: Anzahl der Datenfelder im Dokumentationsbogen für die einrichtungsbezogene stationäre QS-Dokumentation

Indikator	Anzahl der Datenfelder
Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement	12
Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung	2
Administrative Datenfelder (diese werden ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst)	2
Summe der Datenfelder	16
Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)	14

7.2.4 Prüfung der Datenqualität

Im Regelbetrieb werden die folgenden Aspekte der Datenqualität routinemäßig geprüft:

- Vollzähligkeit: Übereinstimmung der Anzahl der gelieferten QS-Datensätze mit der Anzahl der (erwarteten) dokumentationspflichtigen Datensätze (siehe Abschnitt 7.2.5)
- Vollständigkeit: alle erforderlichen Angaben zu einem einzelnen Datensatz sind vorhanden
- Plausibilität: erlaubte Werte, plausible Werteverteilungen (datenfeldbezogen) und Wertekombinationen (datenfeldübergreifend)
- Konkordanz/Übereinstimmungsvalidität: Übereinstimmung mit einer Referenzquelle (IQTIG 2022)

Die Vollständigkeit der beim Leistungserbringer dokumentierten Datensätze wird durch Vorgaben der Softwarespezifikation sichergestellt. Es kann weiter festgelegt werden, ob ein Datenfeld obligatorisch zu dokumentieren ist, ob es optional ist oder welcher Datentyp in dem Datenfeld erlaubt ist (z. B. Text, Ganzzahl, ja/nein) und ob das Datenfeld von anderen Datenfeldern abhängig ist. Vor dem Export der Datensätze beim Leistungserbringer sowie beim Empfang der Daten in der Datenannahmestelle und der Bundesauswertungsstelle können die dokumentierten Informationen mithilfe eines Datenprüfprogramms auf Vollständigkeit, formale Korrektheit und Plausibilität geprüft werden. Sollten bei der Prüfung Auffälligkeiten festgestellt bzw. mitgeteilt

werden, muss der entsprechende Datensatz vom Leistungserbringer korrigiert bzw. ergänzt werden, bevor er durch die Software an die Datenannahmestelle übermittelt werden kann.

Dabei besteht der Prozess der Datenvalidierung in der externen Qualitätssicherung aus drei Elementen:

- Prüfung bei Dateneingabe und -annahme
- Prüfung innerhalb der dokumentierten Daten nach Datenannahme
- Datenabgleich mit Referenzquelle nach Datenannahme (IQTIG 2022)

Hinsichtlich des Datenabgleichs mit einer Referenzquelle (externe Validierung) kommt vorzugsweise die ärztliche bzw. pflegerische Originaldokumentation infrage (siehe ausführlich IQTIG 2022: Abschnitt 19.3). Eine Validierung anhand der Behandlungsakte ist für das zukünftige QS-Verfahren *Entlassmanagement* möglich. Die Datenvalidierung für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation bezieht sich nicht auf die Fallakten der Patientinnen und Patienten und unterliegt daher nicht den besonderen Datenschutzrestriktionen. Da der Aufwand somit deutlich geringer ist, sollte die jährliche Stichprobe (Leistungserbringer) bei der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation größer sein (z. B. 20 %) als bei der fallbezogenen QS-Dokumentation (5 %).

7.2.5 Vollzähligkeit (Soll-Ist-Abgleich)

Die Ermittlung der Vollzähligkeit der durch den Leistungserbringer dokumentierten und an das IQTIG übermittelten Datensätze ist in § 15 Abs. 2 und 3 Teil 1 DeQS-RL geregelt. Diese Aufstellung wird auch Sollstatistik genannt. Die entsprechenden Fristen zur Datenübermittlung werden in den jeweiligen themenspezifischen Bestimmungen in § 16 Abs. 1 Teil 2 DeQS-RL festgelegt.

Im stationären Sektor erfolgt die Ermittlung des Solls auf Basis der Abrechnungsdaten des Krankenhauses als Referenzdatenquelle. Die zur Erstellung der Sollstatistik eingesetzte Software führt die Algorithmen zur QS-Auslösung auf den Abrechnungsdaten erneut aus und ermittelt so die Anzahl der Fälle, die zum Zeitpunkt der Erstellung der Sollstatistik im vergangenen Erfassungsjahr dokumentationspflichtig gewesen wären. Der Stichtagsbezug ist notwendig, da die Abrechnungsdaten durch Prüfungen des medizinischen Dienstes (MD) und Fallzusammenführungen weiteren Veränderungen unterliegen können. Die Erstellung der Sollstatistik soll gemäß § 15 DeQS-RL bis zum Datenannahmeschluss am 15. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres erfolgen. Zusätzlich zur Sollstatistik ist von einer vertretungsberechtigten Person eine unterschriebene Erklärung der Richtigkeit der gemachten Angaben (Konformitätserklärung) zu erstellen. Beide Dokumente, die elektronische Sollstatistik und die unterschriebene Konformitätserklärung, werden an die Datenannahmestelle des Landes übermittelt. Die Datenannahmestellen übermitteln die Sollstatistik bis zum 28. Februar an das IQTIG. Die Konformitätserklärung verbleibt bei den Datenannahmestellen.

7.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen

Im empfohlenen Qualitätsindikatorenset sind keine Qualitätsindikatoren oder Kennzahlen enthalten, die mittels der Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden. Für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* wird die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen daher ausschließlich für die Aktualisierung des Prognosemodells und damit des QS-Filters empfohlen.

Sozialdatenerfassung für die Aktualisierung des Prognosemodells

Die inhaltliche Filterkomponente des gesamten QS-Auslösealgorithmus basiert auf einem Prognosemodell, dem der statistische Zusammenhang zwischen den fallspezifischen Merkmalen (Alter, Diagnose, Prozeduren, etc.) und der fallweisen Ausprägung des „erhöhten Bedarfs für Entlassmanagement“ zugrunde liegt (siehe Kapitel 4). Für die in diesem Bericht dargestellte Entwicklung des Prognosemodells wurde dieser statistische Zusammenhang anhand von Daten aus dem Jahr 2017 geschätzt. Es ist zu erwarten, dass sich die entsprechenden Zusammenhänge, d. h. die Art und der Umfang des Weiterversorgungsbedarfs bei bestimmten Therapien bzw. Erkrankungen, mit den Jahren wandelt, sodass auch das hier dargestellte Modell kontinuierlich an Aktualität verliert. Um daher im fortlaufenden Regelbetrieb eine angemessene, inhaltlich fokussierte QS-Auslösung gewährleisten zu können, ist eine regelmäßige Aktualisierung des zugrunde liegenden Prognosemodells notwendig.

Eine solche Aktualisierung ist alleinig auf den im Regelbetrieb erhobenen QS-Daten seitens der Leistungserbringer nicht durchführbar, da diese einerseits nur Entlassfälle enthalten, die den bestehenden QS-Filter ausgelöst haben und somit keine Stichprobe der gesamten bundesweiten stationär behandelten Fallpopulation darstellen.⁴⁵ Weiterhin enthalten die erhobenen Daten nicht alle notwendigen Daten, um die für die Modellentwicklung operationalisierte Berechnung des „erhöhten Bedarfs für Entlassmanagement“ durchzuführen (siehe Abschnitt 4.2).

Aus diesem Grund ist für den Zweck der Aktualisierung des Prognosemodells eine separate Datenerfassung von Sozialdaten bei den Krankenkassen notwendig, um alle erforderlichen Daten zur Aktualisierung des QS-Filters zu erhalten. Hierfür bieten sich verschiedene Optionen an, die bis zum Start des Regelbetriebs zu prüfen sind. Zum einen wäre die Etablierung eines separaten Sozialdaten-Erfassungsmoduls in der bestehenden Sozialdatenspezifikation vorstellbar, mit dem die für die Modellentwicklung erforderlichen Daten routinemäßig bei den Krankenkassen erhoben werden können. Zu einem konkreten Erfassungsjahr würde dazu eine einmalige Datenlieferung für eine Stichprobe⁴⁶ aus allen stationären Fällen angefordert.⁴⁷ Diese Lieferung umfasst dann sämtliche für die Modellschätzung notwendigen Datenbestände (siehe Tabelle 46). Für die Stichprobenziehung kann dabei derselbe auf der eGK-Versichertennummer basierende Algorithmus verwendet werden, der auch im oben beschriebenen QS-Filter für die QS-Dokumentation der Leistungserbringer angewandt wird (siehe Abschnitt 4.3.2). Für das Erfassungsmodul erscheint eine Aktivierung in einem zweijährigen Rhythmus in der Sozialdatenspezifikation ausreichend, da das Prognosemodell und damit der QS-Filter nicht notwendigerweise jährlich aktualisiert werden muss. Der Datenexport sollte hierfür im Lieferzeitfenster April (1.–30. April jedes zweiten Erfassungsjahres) vorgesehen werden. Auf Basis der so erhobenen Daten könnte das

⁴⁵ Anhand der erhobenen QS-Daten ist allenfalls eine Validierung des Prognosemodell möglich, indem die Spezifität der ausgelösten Fallpopulation im zeitlichen Verlauf untersucht würde, bspw. mit welcher Prävalenz die ausgelöste Fallpopulation konkrete Entlassmanagement-Bedarfskriterien erfüllt.

⁴⁶ Die Stichprobe sollte wie bei der initialen Entwicklung des Prognosemodell ca. 10 % der jährlichen stationären Fälle von GKV-Patientinnen und Patienten umfassen.

⁴⁷ Dies betrifft explizit nicht nur die Fälle, die durch das Prognosemodell des primären QS-Filters inhaltlich vorselektiert würden, sondern alle Versichertenfälle.

Prognosemodell bzw. dessen Koeffizienten neu geschätzt werden, sodass das aktualisierte Modell mit einem Verzug von drei Jahren im QS-Filter zum primären Erfassungsmodul implementiert werden könnte (siehe Abbildung 12). Im Hinblick auf diese skizzierte Option wäre bis zum Regelbetrieb rechtlich zu prüfen, inwieweit alle für die Aktualisierung des Prognosemodells benötigten Daten, deren Rechtsrahmen teilweise auch außerhalb des SGB V liegt (siehe Tabelle 46), durch die themenspezifische Bestimmung in der Richtlinie des G-BA von allen Krankenkassen zum Zwecke der Qualitätssicherung abgefordert werden dürfen.

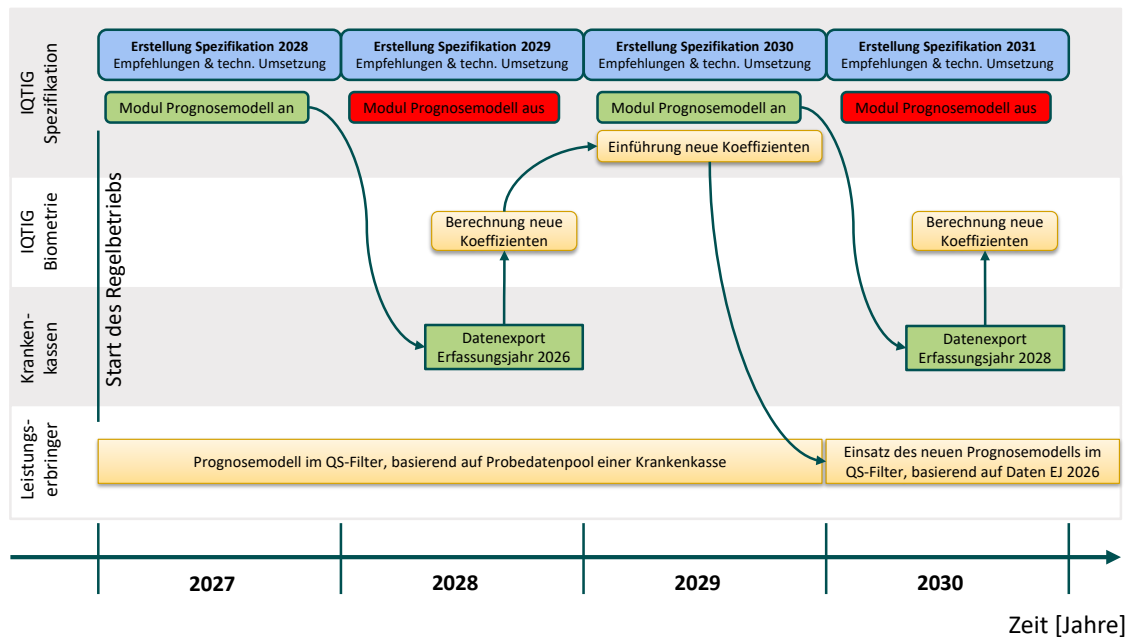


Abbildung 12: Aktualisierung des Prognosemodells für den QS-Filter

Zum anderen wären die Optionen einer Nutzung des umfangreichen Datensatzes mit Abrechnungsdaten aller Versicherten beim Forschungsdatenzentrum des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder auch die Möglichkeit einer Lieferung aller benötigten Daten von Krankenkassen auf freiwilliger Basis zu prüfen.

Spezifikation des Auslösefilters für ein mögliches Sozialdaten-Erfassungsmodul zum Prognosemodell

Der Patientenfilter für ein mögliches separates Sozialdaten-Erfassungsmodul zum Prognosemodell müsste wenig gezielte Einschränkungen der Population beinhalten, da für die Prognosemodellaktualisierung wie bei der Modellentwicklung ein möglichst umfangreiches Patientenkollektiv zu erheben wäre. Die einzigen Einschränkungen ergeben sich aus den Dateneinschränkungen für die Modellentwicklung, das heißt, insbesondere sollen stationäre Fälle ausgelöst werden mit

- einer Verweildauer von mindestens zwei Tagen sowie
- einer eGK-Versichertennummer, deren 8. und 9. Stelle bestimmte Ausprägungen erfüllen (zum Zweck der Stichprobenziehung, bei einer Stichprobengröße von 10 % wären zum Beispiel die Ausprägungen „90“, „91“, ... bis „99“ möglich).

Die erforderlichen Datenbestände für die Aktualisierung des Prognosemodells sind in Tabelle 46 dargestellt. Die entsprechend erforderlichen Datenfelder sind Tabelle 47 zu entnehmen.

Unabhängig von der regelmäßigen Aktualisierung des QS-Filters ist eine einmalige Aufdatierung vor Beginn des Regelbetriebs notwendig, da die aktuelle Version des Prognosemodells auf Daten von vollstationären Fällen des Jahres 2017 basiert. Zu diesem Zweck empfiehlt das IQTIG noch einmal gesondert einen Sozialdatensatz von einer Krankenkasse mit den notwendigen Fallinformationen vor Beginn des Regelbetriebs zu beantragen, sodass mit der Spezifikation des QS-Filters zum Start des Verfahrens im Erfassungsjahr 2027 eine möglichst aktuelle Version zur Verfügung steht.

Tabelle 46: Übersicht der Datenbestände aus den Sozialdaten bei den Krankenkassen für die Aktualisierung des Prognosemodells

Datenbestand nach Abrechnungskontext	Datenbestand	Beschreibung
§ 284 SGB V	Stammdaten	Versichertendaten nach § 284
§ 301 SGB V	Krankenhaus	Behandlung im Krankenhaus
§ 295 SGB V	Ambulant kollektivvertraglich	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit kollektivvertraglicher Abrechnung
§ 295a SGB V	Ambulant selektivvertraglich	Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit selektivvertraglicher Abrechnung
§ 300 SGB V	Apotheken und weitere Anbieter	Daten zu Arzneimitteln
§ 302 SGB V	Heil-/Hilfsmittel	Daten zu Heil- und Hilfsmitteln
§ 43 SGB V	Ergänzende Leistungen zu Rehabilitation	Daten zu sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche
§ 44 SGB V	Krankengeld	Daten zur Arbeitsunfähigkeit
§ 132 SGB V	Haushaltshilfe	Daten zur Versorgung mit Haushaltshilfe
§ 132a SGB V	Häusliche Krankenpflege	Daten zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege
§ 132b SGB V	Soziotherapie	Daten zur Versorgung mit Soziotherapie
§ 132d SGB V	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	Daten zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
§ 132h SGB V	Kurzzeitpflege	Daten zur Erbringung von Kurzzeitpflege
§ 133 SGB V	Krankentransport	Daten zur Versorgung mit Krankentransportleistungen
§ 42 SGB IX	Medizinische Rehabilitation	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
§ 105 SGB XI	Pflegerische Leistungen	Leistungen der Pflegeversicherung

Tabelle 47: Für den Zweck der Aktualisierung des Prognosemodells relevante Datenfelder in den Sozialdaten bei den Krankenkassen

Datenfeld	Datenbestand
Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Hauptkassen-IK ohne Erstreckung-IK)	§ 284 SGB V
Versichertennummer	§ 284 SGB V
Geschlecht	§ 284 SGB V
Geburtsjahr des Versicherten	§ 284 SGB V
Sterbedatum des Versicherten	§ 284 SGB V
Datumsangabe zum Versicherungsstatus	§ 284 SGB V
Patient ist versichert (ja/nein)	§ 284 SGB V
Art der Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§§ 301 / 295(a) SGB V
Land des Krankenhauses	§§ 301 SGB V
Identifikationsnummer des Leistungserbringers	§§ 301 / 295(a) SGB V
Aufnahmegrund	§ 301 SGB V
Aufnahmedatum Krankenhaus	§ 301 SGB V
Entlassungsdatum Krankenhaus	§ 301 SGB V
Entlassungs-/Verlegungsgrund	§ 301 SGB V
Quelle des Datensatzes des Falls	§§ 301/295(a) SGB V
Art der Inanspruchnahme	§ 295(a) SGB V
Erstes Behandlungsdatum im Quartal	§ 295(a) SGB V
Letztes Behandlungsdatum im Quartal	§ 295(a) SGB V
Operationen und Prozeduren nach OPS	§§ 301/295(a) SGB V
Primäre Diagnosen nach ICD-10	§ 301 SGB V
Sekundäre Diagnosen nach ICD-10	§ 301 SGB V
Diagnosen nach ICD-10	§ 295(a) SGB V
Diagnosesicherheit ambulant	§ 295(a) SGB V
Gebührenordnungsposition	§ 295(a) SGB V
Behandlungsdatum	§ 295(a) SGB V
Verordnungsdatum Arzneimittel	§ 300 SGB V
ATC-Kodes	§ 300 SGB V

Datenfeld	Datenbestand
Verordnungsdatum Hilfsmittel	§ 302 SGB V
Verordnungsdatum Heilmittel	§ 302 SGB V
Verordnungsdatum Krankentransportleistung	§ 133 SGB V
Datum Leistungsanfang Haushaltshilfe	§ 132 SGB V
Datum Leistungsanfang Häusliche Krankenpflege	§ 132(a) SGB V
Datum Leistungsanfang Soziotherapie	§ 132(b) SGB V
Datum Leistungsanfang Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	§ 132(d) SGB V
Datum Leistungsanfang Kurzzeitpflege	§ 132(h) SGB V
Datum Beginn des Arbeitsunfähigkeitsfalles	§ 44 SGB V
Verordnungsdatum sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen	§ 43 SGB V
Datum Beginn medizinische Rehabilitation	§ 42 SGB IX
Pflegegrad	§ 105 SGB XI
Datum Leistungsanfang Pflegeleistung	§ 105 SGB XI

7.4 Grundmodell des Datenflusses

7.4.1 Erhebung und Pseudonymisierung von patienten- und leistungserbringeridentifizierenden Daten

Unter patientenidentifizierenden Daten wird in der Qualitätssicherung des G-BA der 10-stellige, lebenslang unveränderliche Teil der Krankenversicherungsnummer verstanden. Leistungserbringeridentifizierende Daten sind im stationären Kontext das Institutskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenhausstandort gemäß § 293 Abs. 6 SGB V, im ambulanten Bereich die Betriebsstättennummer der Arztpraxis oder des Belegarztes.

Die patienten- und leistungserbringeridentifizierenden Daten liegen beim Leistungserbringer und bei den Krankenkassen vor und können, sofern für das QS-Verfahren erforderlich und in den Richtlinien des G-BA dementsprechend definiert, exportiert werden. Das IQTIG erhält die Versicherungsnummer der elektronischen Gesundheitskarte immer als nicht depseudonymisierbares Patientenpseudonym. Die Pseudonymisierung der eGK-Versicherungsnummer erfolgt durch die unabhängige Vertrauensstelle gemäß § 299 SGB V des G-BA.

Die leistungserbringeridentifizierenden Daten erhält das IQTIG im Regelfall auch in pseudonymisierter Form. Für diese Daten ist unter bestimmten Umständen (z. B. zum Zwecke der Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen) eine Depseudonymisierung möglich. Die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten erfolgt durch die Datenannahmestellen auf Landesebene.

7.4.2 Datenflüsse

Datenfluss für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus

In Abbildung 13 ist der Datenfluss für die fallbezogene und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation im Krankenhaus schematisch dargestellt. Im Krankenhaus werden

- administrative Daten für organisatorische und technische Zwecke,
- Qualitätssicherungsdaten für die fall- und die einrichtungsbezogene Datenerhebung,
- leistungserbringeridentifizierende Daten (Institutionskennzeichennummer (IKNR) und Standort des Krankenhauses) sowie
- patientenidentifizierende Daten (PID) (eGK-Versichertennummer) nur für die fallbezogene QS

erhoben. Zur Gewährleistung datenschutzrechtlicher Vorgaben werden die QS-Daten und die leistungserbringeridentifizierenden Daten mit den öffentlichen Schlüsseln der Institutionen verschlüsselt, die im Datenfluss als nächstes Einsicht in diese Daten haben dürfen. Die Datenannahmestellen auf Landesebene können Einsicht in die leistungserbringeridentifizierenden Daten zur Durchführung der Leistungserbringerpseudonymisierung und in die QS-Daten zur Prüfung auf Plausibilität, Vollständigkeit und Vollzähligkeit erlangen. Die Vertrauensstelle hat zur Erzeugung des Patientenpseudonyms Einsicht in die patientenidentifizierenden Daten.

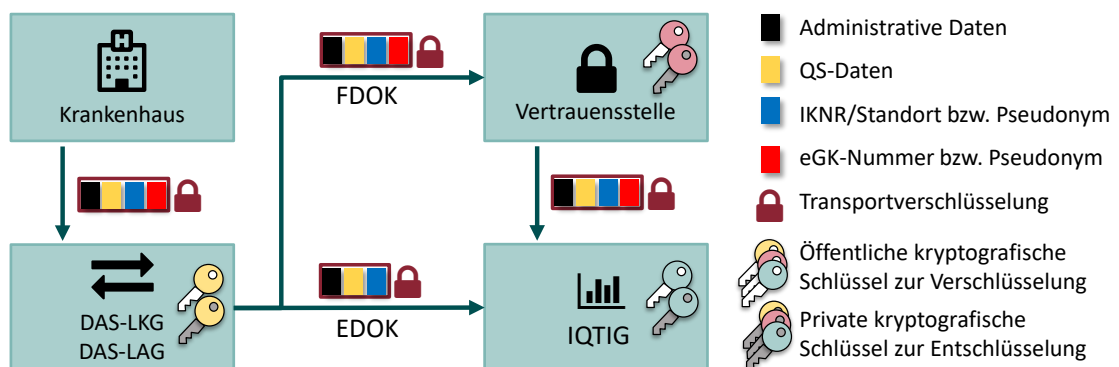


Abbildung 13: Datenfluss der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus; einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (EDOK), fallbezogene QS-Dokumentation (FDOK)

Das Krankenhaus stellt im ersten Schritt die Datenlieferung für die fallbezogene oder einrichtungsbezogene QS-Dokumentation zusammen und verschlüsselt die einzelnen Datenbereiche entsprechend mit den öffentlichen Schlüsseln der im Datenfluss nachgelagerten Institutionen. Anschließend wird die Datenlieferung transportverschlüsselt an die Datenannahmestelle auf Landesebene gesendet. Dies kann die Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) oder eine Datenannahmestelle bei der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) sein.

In der Datenannahmestelle erfolgt die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten und die Prüfung der QS-Daten. Im Anschluss an die Pseudonymisierung und Prüfung werden beide Datenbereiche mit dem öffentlichen Schlüssel des IQTIG verschlüsselt und die gesamte Datenlieferung transportverschlüsselt. Die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation werden an die unabhängige Vertrauensstelle des G-BA übermittelt. Die Daten der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation werden direkt an das IQTIG übermittelt, da diese Daten keine patientenidentifizierenden Daten enthalten.

Die Vertrauensstelle entschlüsselt in den fallbezogenen QS-Daten die eGK-Versichertennummer der Patientin bzw. des Patienten und erstellt das Patientenpseudonym. Anschließend werden die Daten transportverschlüsselt an das IQTIG übermittelt.

Das IQTIG entschlüsselt alle Daten und kann diese zu den gemäß DeQS-RL definierten Zwecken verarbeiten.

7.4.3 Erfassungszeiträume, Lieferfristen und Datenexporte

Die QS-Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen Datenerhebung erfolgt im QS-Verfahren *Entlassmanagement* Erfassungsjahr-bezogen. Der Erfassungsjahresbezug wird über die Entlassung aus einem voll- oder teilstationären bzw. stationsäquivalentem Krankenhausaufenthalt (Indexereignis) hergestellt.

In dem QS-Verfahren soll ein Qualitätsindikator mit folgendem Follow-up-Zeitraum erfasst werden:

- Qualitätsindikator: Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer

Die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus werden ab erfolgter Entlassung ausgelöst und dokumentiert und können nach Bogenabschluss kontinuierlich an das IQTIG übermittelt werden. Es erfolgt keine prozessbegleitende Auslösung, da das Prognosemodell erst auf Basis der Entlassdaten berechenbar ist. Zu den Quartalslieferfristen, spätestens jedoch zur finalen Datenlieferfrist nach Korrekturfrist für die Krankenhäuser am 22. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres liegen die Daten am 28. Februar zur Verarbeitung im IQTIG vor. Die Dokumentationspflicht für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation wird mit der ersten QS-Auslösung einer fallbezogenen Dokumentation im Erfassungsjahr ausgelöst. Eine Dokumentation findet ggf. gegen Ende des Erfassungsjahres oder zu Beginn des neuen Erfassungsjahres statt. Für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation bestehen die gleichen Datenübermittlungsfristen wie für die fallbezogene QS-Dokumentation.

7.5 Statistische Auswertungsmethodik

7.5.1 Zielsetzung

Auswertungen von fallbezogenen Qualitätsindikatoren liegt in der Regel eine analytische Zielsetzung zugrunde: Mithilfe der rechnerischen Ergebnisse soll eine Aussage über den zugrunde-

liegenden Einfluss der Versorgungsgestaltung durch einen Leistungserbringer auf das vom Qualitätsindikator abgebildete Qualitätsmerkmal erfolgen. Eine Ausnahme bilden hierbei der strukturbezogene Qualitätsindikator, mit dem gemessen wird, ob in den Krankenhäusern eine schriftliche Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement vorliegt. Hier sind nur zwei Ausprägungen möglich: Entweder liegt die Verfahrensordnung vor oder nicht. Dieser Indikator ist somit enumerativ: es wird keine Aussage getroffen, die über die Beschreibung der angemessenen Daten hinausgeht.

7.5.2 Stichprobenart

Wie in Abschnitt 7.1.2 ausgeführt wird bei der Datenerfassung ein Stichprobenverfahren durchgeführt. Aufgrund der analytischen Zielsetzung wird bei der Ergebnisberechnung der Qualitätsindikatoren keine Unsicherheit infolge der Stichprobenziehung berücksichtigt.

7.5.3 Berechnungsart

Die anzuwendende Berechnungsart unterscheidet sich je nach Qualitätsindikator. Bei den in diesem Bericht entwickelten Qualitätsindikatoren handelt es sich überwiegend um ratenbasierte Qualitätsindikatoren, die Anteilswerte für die Jahresprävalenz eines Ereignisses angeben. Zusätzlich gibt es einen Strukturindikator, der keinen Nenner hat und binär berechnet wird. Bei einem der ratenbasierten Qualitätsindikatoren erfolgt eine Follow-up-Auswertung, in der eine Patientin oder ein Patient nach Eintreten eines Ereignisses über einen bestimmten Zeitraum nachbeobachtet wird. Es handelt sich hier stets um ein passives Follow-up. Aufgrund der kurzen Nachbeobachtungszeiträume geschieht die Auswertung in der sogenannten Kohortensichtweise (IQTIG 2022: 172-175). Dies bedeutet, dass der vollständige Nachbeobachtungszeitraum abgewartet wird, um zu ermitteln, zu wie vielen Indexereignissen interessierende Folgeereignisse eingetreten sind.

7.5.4 Bewertungsart

Die Bewertung unter einer analytischen Zielsetzung erfordert aus methodischer Sicht die Berücksichtigung von statistischer Unsicherheit beim Vergleich des Indikatorergebnisses mit dem festgelegten Referenzbereich. Die Auffälligkeitseinstufung von Leistungserbringerergebnissen ist damit eine Entscheidung unter Unsicherheit, für die eine geeignete statistische Methodik anzuwenden ist (IQTIG 2022: 162-167). Spezifisch empfiehlt das IQTIG, die Einstufung der Leistungserbringerergebnisse anhand des Vergleichs der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Einhaltung des Referenzbereichs mit einem vorab festgelegten Schwellenwert α (ähnlich einem Signifikanzniveau) vorzunehmen. Die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit wird dabei anhand Bayesianscher Modelle berechnet und ergibt sich aus einer A-priori-Verteilung für den zugrunde liegenden Kompetenzparameter sowie den im Rahmen eines Qualitätsindikators beobachteten Daten der Leistungserbringer (IQTIG 2022: 162-167). Diese statistische Methodik für die Auffälligkeitseinstufung von Leistungserbringerergebnissen ist eine Weiterentwicklung der für Verfahren unter plan. QI-RL verwendeten frequentistischen statistischen Methodik (IQTIG 2016), welche bereits statistische Unsicherheit bei der Auffälligkeitseinstufung von Leistungserbringern berücksichtigt..

Die Wahl des vorab festgelegten Schwellenwerts α wird unter Abwägung von Sensitivität und Spezifität in der Regel einheitlich für ein QS-Verfahren getroffen. Die konkrete Festlegung des Schwellenwerts ist Gegenstand der weiteren Umsetzung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*.

Einzig der o. g. Strukturindikator wird unter einer enumerativen Zielsetzung ausgewertet und es bedarf daher keiner Berücksichtigung statistischer Unsicherheit.

7.6 Berichtswesen

7.6.1 Berichte an die Leistungserbringer

7.6.1.1 Zwischenberichte

In einigen der bisherigen QS-Verfahren der DeQS-RL sind quartalsweise Zwischenberichte in den themenspezifischen Bestimmungen für die Leistungserbringer vorgesehen, um die Leistungserbringer zeitnah über ihre Zwischenergebnisse zu informieren und Gelegenheit zu geben, durch frühzeitige Verbesserungsmaßnahmen eine rechnerische/statistische Auffälligkeit im Erfassungsjahr noch zu vermeiden. Die Erstellung von Zwischenberichten an die Leistungserbringer ist auch im QS-Verfahren *Entlassmanagement* möglich. Fünf Qualitätsindikatoren werden über die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer fallbezogen erhoben. Diese Informationen zu den Quartalsfällen können quartalsweise berichtet werden. Gegebenenfalls sollte in der späteren Machbarkeitsprüfung geklärt werden, ob die Leistungserbringer sich Quartalsberichte wünschen und als hilfreich empfinden. Die weiteren zwei Indikatoren werden einrichtungsbezogen erfasst. Die einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren stellen jahresbezogene Anforderungen an die Leistungserbringer dar und werden daher auch nur jährlich erhoben und berichtet. Das IQTIG empfiehlt daher gemäß den derzeitigen Regelungen der DeQS-RL die vierteljährliche Übermittlung von Zwischenberichten zu den unbewerteten Ergebnissen der fallbezogenen Qualitätsindikatoren an die Leistungserbringer, regt jedoch darüber hinaus an, dass die Thematik der Notwendigkeit von Zwischenberichten generell im Rahmen der themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL mit Blick auf das Aufwand-Nutzen-Verhältnis weiter beraten wird. Die letztendliche Entscheidung hierüber obliegt dem G-BA.

7.6.1.2 Rückmeldeberichte (Teil 1 § 18 DeQS-RL)

Angelehnt an die Formulierungen der themenspezifischen Bestimmungen der bereits etablierten QS-Verfahren sollten die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer im QS-Verfahren *Entlassmanagement* mindestens folgende Informationen enthalten:

- die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- Auswertungen der einzelnen (Follow-up-) Indikatoren
 - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
 - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
 - mit Bezug zum Jahr, in dem das Indexereignis stattfand

- die Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus mindestens den beiden vorangegangenen Jahren
- Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- Auflistung der Vorgangsnummern nach Teil 1 § 14 Abs. 5 Satz 3 DeQS-RL, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird
- Auswertungen zu Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungsdaten

7.6.2 Landes- und bundesbezogene Berichte

Länderauswertungen

Gemäß DeQS-RL erhalten die Landesarbeitsgemeinschaften einmal jährlich länderbezogene Auswertungen. Diese werden in Form und Inhalt nach einer bundesweit einheitlichen Musterauswertung erstellt. Die landesbezogenen Auswertungen sollen in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form sowie als Auswertung in einem unmittelbar vom Nutzer lesbaren Format (zum Beispiel PDF (Portable Document Format)) vorliegen.

Die länderbezogenen Auswertungen für die Landesarbeitsgemeinschaften enthalten mindestens folgende Informationen sowohl in einer vergleichenden Landesauswertung als auch je Leistungserbringer:

- die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der übermittelten Daten
- eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- Auswertungen der einzelnen Indikatoren
- die Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren

Die BAS erstellt die länderbezogenen Auswertungen und stellt sie den Landesarbeitsgemeinschaften bis zum 31. Mai zur Verfügung.

Bundesauswertung

Bei der Bundesauswertung handelt es sich um die Auswertung und Darstellung der aggregierten Ergebnisse der bundesweiten Qualitätssicherung in Bezug auf das jeweilige QS-Verfahren. Sie wird zusätzlich in Form der sog. Basisauswertung auch um grundlegende Angaben (Fallzahlen, Patientinnen und Patienten, Aufenthaltsdauern usw.) zu dem betreffenden QS-Verfahren erweitert. Die Bundesauswertung wird für die Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung einmal jährlich erstellt und dient zur Information beratender Expertengruppen und der Öffentlichkeit. In Bezug auf die Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung werden die jeweiligen Bundesauswertungen einmal jährlich bis zum 31. Mai des Folgejahres erstellt.

Qualitätssicherungsergebnisbericht (Teil 1 § 19 DeQS-RL)

Entsprechend den Vorgaben der DeQS-RL übermitteln die LAG dem Institut nach § 137a SGB V jährlich einen Qualitätssicherungsergebnisbericht in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form. Der Zeitpunkt der Abgabe wird in den themenspezifischen Bestimmungen festgelegt.

Diese Qualitätssicherungsergebnisberichte werden in einem einheitlichen Berichtsformat erstellt, welches zuvor themenspezifisch festzulegen ist. Die Spezifikation zur Form des Berichtsformates wird von dem Institut nach § 137a SGB V in Abstimmung mit den LAG erstellt. Welche Aspekte im Qualitätssicherungsergebnisbericht enthalten sein müssen ist detailliert in Teil 1 § 19 Abs. 3 DeQS-RL geregelt. Dazu zählen u. a. eine einrichtungsübergreifende qualitative Bewertung der Auswertungsergebnisse sowie Angaben zur Dokumentationsqualität.

Bundesqualitätsbericht (Teil 1 § 20 DeQS-RL)

Entsprechend der DeQS-RL erstellt das Institut nach § 137a SGB V jährlich einen Bundesqualitätsbericht für den G-BA in maschinenlesbarer und -verwertbarer Form. In dem Bericht fasst es die Ergebnisse der Bundesauswertung und die eigenen sowie die durch die Qualitätssicherungsergebnisberichte übermittelten Erkenntnisse und Ergebnisse der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen zusammen. Dieser Bericht umfasst auch Angaben zur Datenvalidität sowie eine Evaluation des Verfahrens anhand dieser Ergebnisse, z. B. bezüglich der Wirksamkeit des Verfahrens. Der Bericht ist bis zum 15. August dem G-BA vorzulegen.

7.6.3 Berichtszeitpunkte

Die Auswertung und Berichtserstellung erfolgt nach Eingang der finalen Datenlieferungen der Krankenhäuser und Krankenkassen zu einem Erfassungsjahr. Die finalen Datenlieferungen der Krankenhäuser erfolgt im Februar, die der Krankenkassen im Oktober des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres. Anschließend werden die Daten durch das IQTIG verknüpft und den Auswertungsroutinen zugeführt. Die Berichte an die Leistungserbringer inklusive der Listen auffälliger Patientinnen und Patienten sowie die Länderauswertungen werden bis 31. Mai finalisiert und den Leistungserbringern bzw. den Landesarbeitsgemeinschaften zur Verfügung gestellt. Die quartalsweisen Zwischenberichte werden zum 15. Juni (Quartal 1), 15. September (Quartal 1 und Quartal 2), 15. Dezember (Quartal 1 bis Quartal 3) sowie 31. Mai (Quartal 1 bis Quartal 4 sowie eine Gesamtauswertung des vollständigen Erfassungsjahres) an die Leistungserbringer übermittelt. Bis zum 15. August erstellt das IQTIG den Bundesqualitätsbericht auf Basis der Ergebnisse der Vorjahre.

Tabelle 48 stellt die möglichen Berichtszeitpunkte abhängig vom spätesten Ereignisdatum für die fall- und einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Entlassmanagement* dar.

Tabelle 48: Mögliche Berichtszeitpunkte für die dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren Entlassmanagement

	Indexereignis	14-Tage-Follow-up
Spätestes Ereignisdatum	31.12.EJ X	14.01.EJ X + 1
Datenlieferung der fallbezogenen QS-Dokumentation	22.2.EJ X + 1	22.2.EJ X + 1
Datenlieferung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation	22.2.EJ X + 1	n. v.

	Indexereignis	14-Tage-Follow-up
Berichtsfähige QIs im Auswertungsjahr	Für die dokumentationsbasierten QI können die Ergebnisse des Indexereignisses ohne FU sowie die Ergebnisse des 14-Tage-FU aus EJ X im Jahr EJ X + 1 berichtet werden.	

n. v. = nicht vorgesehen, EJ = Erfassungsjahr, FU = Follow-up, QI = Qualitätsindikator

7.6.4 Ergebnisveröffentlichung

Grundsätzlich sollten alle Qualitätsergebnisse aus der gesetzlichen Qualitätssicherung nach Abschluss der Erprobungsphase im Regelbetrieb veröffentlicht werden. Dies ist auch im Rahmen eines zukünftigen G-BA-Qualitätsportals grundlegend denkbar. Die finale Entscheidung über die Veröffentlichung der einzelnen Daten des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* obliegt dem G-BA.

7.7 Bewertung der Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Die qualitätssichernden Maßnahmen bei qualitativ auffälligen Ergebnissen in den Qualitätsindikatoren werden in Teil 1 § 17 DeQS-RL geregelt. Die Gesamtverantwortung für die Einleitung und Umsetzung der qualitätssichernden Maßnahmen wird bei länderbezogenen QS-Verfahren durch die LAG gemäß Teil 1 § 5 DeQS-RL und für bundesbezogene Verfahren durch die Bundesstelle gemäß Teil 1 § 7 DeQS-RL getragen. Die Durchführung erfolgt unter Beteiligung der Fachkommissionen gemäß Teil 1 § 8a DeQS-RL. Die Einleitung und Durchführung der qualitätssichernden Maßnahmen erfolgt auf Basis der Leistungserbringerauswertungen des IQTIG (Rückmeldeberichte) sowie der Vorgänge bzw. Fälle, die zu den statistischen Auffälligkeiten in den einzelnen Qualitätsindikatoren geführt haben. Die LAG nutzen hierfür leistungserbringerpseudonymisierte Auswertungen, die im Rahmen der Durchführung durch die Datenannahmestelle des jeweiligen Landes auf Nachfrage depseudonymisiert werden können, um Kontakt zu dem Leistungserbringer aufzunehmen. Für die Zuordnung der auffälligen Fälle aus der Liste der Fälle (AV-Liste) beim Leistungserbringer werden sogenannte Vorgangsnummern benötigt, da die Angaben zu den Patientinnen und Patienten nur in pseudonymisierter Form vorliegen. Vorgangsnummern werden in der fallbezogenen QS-Dokumentation beim Leistungserbringer durch die eingesetzte Software automatisiert erstellt und an das IQTIG übermittelt.

Teil III: Ausblick

8 Schritte bis zum Regelbetrieb

Die Schritte bis zum Regelbetrieb des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* beinhalten aus Sicht des IQTIG die im Folgenden formulierten Aufgaben:

- Beauftragung einer Machbarkeitsprüfung für die fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation als Grundlage zur Sicherung der Implementierungsreife des vorgeschlagenen QS-Verfahrens
- Zur Überführung des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb muss durch den G-BA die themenspezifische Bestimmung auf Grundlage der Empfehlungen dieses Berichts erarbeitet und im Plenum beschlossen werden.
- Auf Basis der themenspezifischen Bestimmung und der Erkenntnisse des Abschlussberichts entwickelt das IQTIG nach einer separaten Beauftragung des G-BA die Empfehlungen zur Spezifikation, die ebenfalls durch das Plenum beschlossen werden müssen. Des Weiteren entwickelt das IQTIG die technische Spezifikation inklusive der gängigen Komponenten wie z. B. die Microsoft-Access-Datenbank, die technische Dokumentation und die XML-Schemata.
- Vor Beginn des Regelbetriebs sollte eine erneute Berechnung des Prognosemodells anhand aktueller Daten erfolgen, um den QS-Filter vor Beginn des Regelbetriebs zu aktualisieren. Zu diesem Zweck muss vom IQTIG erneut ein gesonderter aktueller Datensatz mit anonymisierten Routinedaten von einer Krankenkasse mit den notwendigen Fallinformationen beantragt werden, sodass mit der Spezifikation des QS-Filters zum voraussichtlichen Start des Verfahrens im Erfassungsjahr 2027 eine möglichst aktuelle Version zur Verfügung steht. Der Spezifikationsauftrag sollte daher eine entsprechende Teilaufgabe mit der Notwendigkeit der Beantragung aktueller Sozialdaten bei einer Krankenkasse im Rahmen der Entwicklung beinhalten.
- Unabhängig von der einmaligen Aufdatierung des QS-Filters vor Beginn des Regelbetriebs ist wie beschrieben eine regelmäßige Aktualisierung des Prognosemodells erforderlich. Bis zum Start des Regelbetriebs sollte geprüft werden, inwieweit hierfür eine routinemäßige Übermittlung der benötigten Sozialdaten bei den Krankenkassen alle zwei Jahre mittels eines separaten Sozialdaten-Erfassungsmoduls in der bestehenden Sozialdatenspezifikation möglich ist bzw. ob möglicherweise die vorliegenden Abrechnungsdaten aller Versicherten beim Forschungsdatenzentrum des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nutzbar sind. Als weitere Option wäre die Möglichkeit einer freiwilligen Datenlieferung wechselnder Krankenkassen zu prüfen (siehe Abschnitt 7.3).
- Weitere Aufgaben im Rahmen der Überführung in den Regelbetrieb stellen die Entwicklung einer Qualitätsindikatorendatenbank (QIDB) mit den prospektiven Rechenregeln sowie die Festlegung der Referenzbereiche dar. Abschließend ist noch die Entwicklung von Musterberichten durch das IQTIG durchzuführen.

9 Fazit

Im Rahmen des Entwicklungsprozesses wurden sieben dokumentationsbasierte Qualitätsindikatoren zur Abbildung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells für das Entlassmanagement entwickelt. Mit den sieben Qualitätsindikatoren werden sowohl die Strukturen als auch Prozesse betrachtet, die ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement gewährleisten sollen. Damit liegt ein Set an Qualitätsindikatoren vor, welches in Verbindung mit der parallel beauftragten Patientenbefragung die struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten beim Übergang vom Krankenhaus in nachstationäre Settings ausgewogen abbildet.

Durch den krankheitsübergreifenden Ansatz kann die Versorgungsqualität aller Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung adressiert werden. Die Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen den Versorgungssektoren sollen beleuchtet und die Verbesserungspotenziale offengelegt werden. Entlassmanagement ist ein erkrankungsunabhängiges Verfahren, welches zu einer Qualitätsverbesserung des sektorübergreifenden Entlassprozesses führen soll, von der die Gesamtheit der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten profitiert. Krankheitsspezifische Aspekte des Entlassmanagements müssen jedoch in einzelnen diagnose- oder prozedurbezogenen QS-Verfahren adressiert werden.

Mit dem vorliegenden Prognosemodell wird dabei ein gänzlich neuer Ansatz für eine QS-Auslösung gewählt. Anders als bei den bestehenden und neu entwickelten QS-Verfahren erfolgt im Verfahren Entlassmanagement die Auslösung der Fälle nicht über definierte Indexeingriffe oder -diagnosen. Vielmehr sollen in diesem krankheitsübergreifenden Verfahren von allen Patientinnen und Patienten, die ein Entlassmanagement erhalten, diejenigen mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement adressiert werden. Das dazu entwickelte Prognosemodell stellt ein innovatives Konzept dar, welches einen Algorithmus für die Identifizierung von Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement sowie eine zusätzlich nachgelagerte Stichprobe zur Auslösung des QS-Verfahrens bietet.

Die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen wird perspektivisch viele Prozesse des klinischen Alltags in Bezug auf das Entlassmanagement vereinfachen. In diesem Zusammenhang zeigten sich auch die beratenden Expertinnen und Experten zuversichtlich, dass hierin die Chance für eine praktikablere Umsetzung der Prozesse des Entlassmanagements bestehe und zugleich das Verfahren insgesamt für die Leistungserbringer aufwandsärmer gestaltet werden kann. So werde zukünftig z. B. der Medikationsplan direkt auf der eGK gespeichert werden können und Informationen zwischen den stationären und ambulanten Leistungserbringern könnten automatisiert über KIM ausgetauscht werden. Dementsprechend wurde vorbereitend auch ein Qualitätsindikator zum elektronischen Informationsaustausch entwickelt, der derzeit jedoch noch nicht umsetzbar ist.

Nicht nur in Bezug auf die Digitalisierung ist daher zu erwarten, dass der Rahmenvertrag Entlassmanagement zukünftig noch weiterentwickelt werden könnte. So wurde beispielsweise die Implementierung einer Regelung zur verpflichtenden Verwendung eines Pflegeüberleitungsboogens mit festgelegten Inhalten in den Rahmenvertrag von den beratenden Expertinnen und Experten als wünschenswert bezeichnet. Auch eine Konkretisierung der Regelungen für die Unterstützung durch die Krankenkassen wurde als notwendig eingeschätzt. Dazu wurde von den Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass derzeit auch uneinheitliche Strukturen und Prozesse aufseiten der Krankenkassen noch zu Problemen im Entlassmanagement führen.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass angesichts der zunehmenden Ambulantisierung im Bereich der operativen Eingriffe zu prüfen sein wird, ob auch für den Bereich des ambulanten Operierens ein Überleitungs- bzw. Versorgungsmanagement sinnvoll sein könnte. Dies wird jedoch derzeit vom Rahmenvertrag Entlassmanagement nicht adressiert und würde zukünftig die Beauftragung weiterer Entwicklungsarbeiten durch den G-BA erfordern.

Teil IV: Literatur

Literatur

- AGREE Next Steps Consortium (2017): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Update: December 2017. AGREE Research Trust. URL: <https://www.agreertrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf> (abgerufen am: 30.11.2021).
- Allen, J; Hutchinson, AM; Brown, R; Livingston, PM (2017): User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home: A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research* 27(1): 24-36. DOI: 10.1177/1049732316658267.
- Alqenae, FA; Steinke, D; Keers, RN (2020): Prevalence and Nature of Medication Errors and Medication-Related Harm Following Discharge from Hospital to Community Settings: A Systematic Review. *Drug Safety* 43(6): 517-537. DOI: 10.1007/s40264-020-00918-3.
- Anagnostou, A; Schrod, L; Jochim, J; Enenkel, J; Krill, W; Schloser, RL (2021): Morbidity in Newborns Readmitted Into a Hospital After Discharge From a Maternity Unit During the First 28 Days of Their Lives – Results From the Rhine-Main Area, Germany. *ZGN – Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 225(2): 161-166. DOI: 10.1055/a-1205-1517.
- Andreasen, J; Lund, H; Aadahl, M; Sørensen, EE (2015): The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 10: 27370. DOI: 10.3402/qhw.v10.27370.
- Appelrath, M; Messerle, R (2018): Entlassmanagement aus Sicht des SVR – Ein Ansatz zur Überwindung der Sektorengrenzen? Abschnitt I.1. In: Eble, S; Miedke, J; Naseer, K; Hrsg.: *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 3-12. ISBN: 978-3-95466-411-5.
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Entlassungsmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Stand: 17.09.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-022. URL: https://sqq.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Entlassungsmanagement/Bericht_Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf (abgerufen am: 30.09.2022).
- Arnold, T; Kane, M; Lewis, BW (2019): *A Computational Approach to Statistical Learning*. (Chapman & Hall/CRC Texts in Statistical Science). Boca Raton, US-FL [u. a.]: Taylor & Francis. ISBN: 978-1-138-04637-5.
- Aubert, CE; Fankhauser, N; Marques-Vidal, P; Stirnemann, J; Aujesky, D; Limacher, A; et al. (2019): Multimorbidity and healthcare resource utilization in Switzerland: a multicentre cohort study. *BMC: Health Services Research* 19:708. DOI: 10.1186/s12913-019-4575-2.
- BAG [Bundesamt für Gesundheit], Schweizerische Eidgenossenschaft (2015): *Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spi-*

- tal». Situationsanalyse und Handlungsbedarf. Bern, CH: BAG. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html> [Auswahl: Koordinierte Versorgung > Dokumente > Koordinierte Versorgung Situationsanalyse für (hoch-)betagte, multimorbide Patientinnen und Patienten] (abgerufen am: 10.12.2018).
- Bagge, M; Norris, P; Heydon, S; Tordoff, J (2014): Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 10(5): 791-800. DOI: 10.1016/j.sapharm.2013.10.005.
- Bahr, SJ; Weiss, ME (2018): Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*: e12704. DOI: 10.1111/ijn.12704.
- Banholzer, S; Dunkelmann, L; Haschke, M; Derungs, A; Exadaktylos, A; Krähenbühl, S; et al. (2021): Retrospective analysis of adverse drug reactions leading to short-term emergency hospital readmission. *Swiss Medical Weekly* 151: w20400. DOI: 10.4414/smw.2021.20400.
- Becker, C; Zumbrunn, S; Beck, K; Vincent, A; Loretz, N; Muller, J; et al. (2021): Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: Network Open* 4(8): e2119346. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.19346.
- Beeler, PE; Cheetham, M; Held, U; Battegay, E (2020): Depression is independently associated with increased length of stay and readmissions in multimorbid inpatients. *European Journal of Internal Medicine* 73: 59-66. DOI: 10.1016/j.ejim.2019.11.012.
- Berman, L; Raval, MV; Ottosen, M; Mackow, AK; Cho, M; Goldin, AB (2019): Parent Perspectives on Readiness for Discharge Home after Neonatal Intensive Care Unit Admission. *The Journal of Pediatrics* 205: 98-104. DOI: 10.1016/j.jpeds.2018.08.086.
- BfArM [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte] (2022a): Downloads. ICD-10-GM. © 2022 BfArM. Berlin: BfArM. URL: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#vt-sprg-1 (abgerufen am: 02.09.2022).
- BfArM [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte] (2022b): Downloads. OPS. © 2022 BfArM. Berlin: BfArM. URL: http://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#vt-sprg-2 (abgerufen am: 02.09.2022).
- Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2015): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2015. [Stand:] November 2015. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2015-12-07_Anlage_Krankenhaus-Barometer.pdf (abgerufen am: 18.07.2019).
- Blum, K; Löffert, S; Offermanns, M; Steffen, P (2018): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018. [Stand:] Dezember 2018. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018_11_kh_barometer_final.pdf (abgerufen am: 11.01.2019).

- BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018): Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. [Stand:] Juni 2018. Wien, AT: BMASGK. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016): Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(2): 106-173. DOI: 10.11124/jbisrir-2016-2381.
- Branowicki, PM; Vessey, JA; Graham, DA; McCabe, MA; Clapp, AL; Blaine, K; et al. (2017): Meta-Analysis of Clinical Trials That Evaluate the Effectiveness of Hospital-Initiated Post-discharge Interventions on Hospital Readmission. *Journal for Healthcare Quality* 39(6): 354-366. DOI: 10.1097/JHQ.000000000000057.
- Braun, B (2018): hkk Gesundheitsreport. Entlassmanagement. Veröffentlicht im Oktober 2018. Bremen: hkk Krankenkasse [Handelskrankenkasse]. URL: <https://www.hkk.de/infomaterial/hkk-gesundheitsreport> [hkk Gesundheitsreport 2018: Entlassmanagement > Download] (abgerufen am: 05.12.2018).
- Braun, B; Dietrich, A (2019): Zum aktuellen Stand des Entlassmanagements in Krankenhäusern. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 73(1): 30-36. DOI: 10.5771/1611-5821-2019-1-30.
- Brier, GW (1950): Verification of Forecasts Expressed in Terms of Probability. *Monthly Weather Review* 78(1): 1-3. DOI: 10.1175/1520-0493(1950)078<0001:VOFEIT>2.0.CO;2.
- Brüngger, B; Blozik, E (2019): Hospital readmission risk prediction based on claims data available at admission: a pilot study in Switzerland. *BMJ: Open* 9: e028409. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028409.
- Burrini, R; Cuany, B; Valerio, M; Jichlinski, P; Kulik, G (2019): Reduction and follow-up of hospital discharge letter delay using Little's law. *International Journal for Quality in Health Care* 31(10): 787-792. DOI: 10.1093/intqhc/mzy253.
- Capiou, A; Foubert, K; Van der Linden, L; Walgraeve, K; Hias, J; Spinewine, A; et al. (2020): Medication Counselling in Older Patients Prior to Hospital Discharge: A Systematic Review. *Drugs & Aging* 37(9): 635-655. DOI: 10.1007/s40266-020-00780-z.
- Coffey, A; Leahy-Warren, P; Savage, E; Hegarty, J; Cornally, N; Day, MR; et al. (2019): Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(14). DOI: 10.3390/ijerph16142457.
- Conroy, T; Heuzenroeder, L; Feo, R (2020): In-hospital interventions for reducing readmissions to acute care for adults aged 65 and over: An umbrella review. *International Journal for Quality in Health Care* 32(7): 414-430. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa064.

- consus clinicmanagement (2018): 120 Tage Rahmenvertrag. Quo Vadis Entlassmanagement? Auszug der Umfrage-Ergebnisse. Stand: Juni 2018. Freiburg: consus clinicmanagement. URL: https://www.consus-clinicmanagement.de/fileadmin/user_upload/News/PDF/Entlassmanagement_Auszug_Umfrage-Ergebnisse_2018.pdf (abgerufen am: 11.06.2019).
- Cope, R; Jonkman, L; Quach, K; Ahlborg, J; Connor, S (2018): Transitions of care: Medication-related barriers identified by low socioeconomic patients of a federally qualified health center following hospital discharge. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 14(1): 26-30. DOI: 10.1016/j.sapharm.2016.12.007.
- Cortejoso, L; Dietz, RA; Hofmann, G; Gosch, M; Sattler, A (2016): Impact of pharmacist interventions in older patients: a prospective study in a tertiary hospital in Germany. *Clinical Interventions in Aging* 11: 1343-1350. DOI: 10.2147/CIA.S109048.
- Couturier, B; Carrat, F; Hejblum, G (2016): A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ: Open* 6(12): e012287. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012287.
- D'Souza, AN; Said, CM; Leggett, NE; Tomkins, MS; Kay, JE; Granger, CL (2021): Assessment tools and factors used to predict discharge from acute general medical wards: a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 44(14): 3373-3387. DOI: 10.1080/09638288.2020.1867906.
- Daliri, S; Boujarfi, S; El Mokaddam, A; Scholte Op Reimer, WJM; Ter Riet, G; den Haan, C; et al. (2021): Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis. *BMJ: Quality & Safety* 30(2): 146-156. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-010927.
- Darragh, PJ; Bodley, T; Orchanian-Cheff, A; Shojanian, KG; Kwan, JL; Cram, P (2018): A Systematic Review of Interventions to Follow-Up Test Results Pending at Discharge. *JGIM – Journal of General Internal Medicine* 33(5): 750-758. DOI: 10.1007/s11606-017-4290-9.
- Desai, AD; Popalisky, J; Simon, TD; Mangione-Smith, RM (2015): The Effectiveness of Family-Centered Transition Processes From Hospital Settings to Home: A Review of the Literature. *Hospital Pediatrics* 5(4): 219-231. DOI: 10.1542/hpeds.2014-0097.
- Dietrich, FM; Hersberger, KE; Arnet, I (2020): Benefits of medication charts provided at transitions of care: a narrative systematic review. *BMJ: Open* 10(10): e037668. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-037668.
- DKG [Deutsche Krankenhaus Gesellschaft] (2017): Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V. Stand: 06.12.2017. Berlin: DKG. URL: https://www.dkgev.de/media/file/69151.2017-12-07_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 11.12.2018).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kom-

- mentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2021): Praxisprojekt zum Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019". (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-070727-8.
- Dormann, H; Maas, R; Eickhoff, C; Müller, U; Schulz, M; Brell, D; et al. (2018): Der bundeseinheitliche Medikationsplan in der Praxis. Die Pilotprojekte MetropolMediplan 2016, Modellregion Erfurt und PRIMA. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 61(9): 1093-1102. DOI: 10.1007/s00103-018-2789-9.
- Dräger, S (2016): Who is responsible for a safe discharge from hospital? A prospective risk analysis in the German setting. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 113: 9-18. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.04.013.
- Facchinetti, G; D'Angelo, D; Piredda, M; Petitti, T; Matarese, M; Oliveti, A; et al. (2020): Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 101: 103396. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103396.
- Fahrmeir, L; Kneib, T; Lang, S (2009): Regression. Modelle, Methoden und Anwendungen. Zweite Auflage. (Statistik und ihre Anwendungen). Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-01836-4.
- Fahrmeir, L; Tutz, G (2010): Multivariate Statistical Modelling Based on Generalized Linear Models. Second Edition. (Springer Series in Statistics). New York, US-NY [u. a.]: Springer. ISBN: 978-1-4419-2900-6.
- Fawcett, T (2006): An introduction to ROC analysis. *Pattern Recognition Letters* 27(8): 861-874. DOI: 10.1016/j.patrec.2005.10.010.
- Fønss Rasmussen, L; Grode, LB; Lange, J; Barat, I; Gregersen, M (2021): Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. *BMJ: Open* 11(1): e040057. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040057.
- Foulon, V; Wuyts, J; Desplenter, F; Spinewine, A; Lacour, V; Paulus, D; et al. (2019): Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences. *Acta Clinica Belgica* 74(4): 263-271. DOI: 10.1080/17843286.2018.1483561.
- Freyer, J; Greißing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Kasprick, L; Schuchmann, M; et al. (2016): Entlassungsmedikation – Was weiß der Patient bei Entlassung über seine Arzneimittel? *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 141(15): e150-e156. DOI: 10.1055/s-0042-108618.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden,

- datengestützten Qualitätssicherungsverfahren für Entlassmanagement. [Stand:] 20.09.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20_IQTIG-Beauftragung_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 03.06.2019).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahren für Entlassmanagement: Änderung des Abgabetermins zu Teil B. [Stand:] 17.06.2021. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4887/2021-06-17_IQTIG-Beauftragung_DeQS-Entlassmanagement_%C3%84nderung.pdf (abgerufen am: 03.08.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie, der Soziotherapie-Richtlinie, der Hilfsmittel-Richtlinie, der Heilmittel-Richtlinie, der Krankentransport-Richtlinie und der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie: COVID-19-Epidemie – Verlängerung befristeter bundeseinheitlicher Sonderregelungen zum Entlassmanagement sowie zum Genehmigungsverzicht für Krankentransporte. [Stand:] 18.03.2021. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4752/2021-03-18_VL-RL_Sonderregelungen_COVID-19-KT-Entlassmanagement_BAnz.pdf (abgerufen am: 22.08.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92b Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt PASTA (01NVF17017). [Stand:] 21.01.2022. Berlin: G-BA. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/130/2022-01-21_PASTA.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] ([kein Datum]): VESPEERA – Versorgungskontinuität sichern – Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern. Berlin: G-BA. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/vespeera-versorgungskontinuitaet-sichern-patientenorientiertes-einweisungs-und-entlassmanagement-in-hausarztpraxen-und-krankenhaeusern.104> (abgerufen am: 14.05.2019).
- Galvin, EC; Wills, T; Coffey, A (2017): Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73(11): 2547-2557. DOI: 10.1111/jan.13324.
- Gardner, M; Shepperd, S; Godfrey, M; Makela, P; Tsiachristas, A; Singh-Mehta, A; et al. (2019): Comprehensive Geriatric Assessment in hospital and hospital-at-home settings: a mixed-methods study. *Health Services and Delivery Research* 7(10). DOI: 10.3310/hsdr07100.
- GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] (2020): Krankenhausfälle, Krankentage und Tage je Fall der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe [Tabelle; Primärquelle: KG 2-Statistik, BMG [Bundesministerium für Gesundheit]]. [Stand:] 21.12.2020. Bonn: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: <https://www.gbe->

[bund.de/gbe/pkg_olap_to_csv.prc_download_csv?p_uid=gast&p_aid=31425739&p_sprache=D&p_indnr=273&p_ansnr=21801808&p_version=1&p_indsp=&p_standort=i](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_to_csv.prc_download_csv?p_uid=gast&p_aid=31425739&p_sprache=D&p_indnr=273&p_ansnr=21801808&p_version=1&p_indsp=&p_standort=i) (abgerufen am: 29.03.2021).

GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] (2021a): Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl und je 100.000 Einwohner) sowie Aufenthalte (Fallzahl, Berechnungs-/Belegungstage und Verweildauer). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Einrichtungsmerkmale (Einrichtungsart / Bettenzahl / Träger / Art der Zulassung). Tabelle. [Stand:] 10.03.2021. Bonn: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_to_csv.prc_download_csv?p_uid=gastd&p_aid=13088565&p_sprache=D&p_indnr=519&p_ansnr=74198869&p_version=1&p_indsp=5074&p_standort=3 (abgerufen am: 19.03.2021).

GBE-Bund [Gesundheitsberichterstattung des Bundes] (2021b): Krankenhausfälle, Krankenhaustage und Tage je Fall der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe [Tabelle; Primärquelle: KG 2-Statistik, BMG [Bundesministerium für Gesundheit]]. [Stand:] 13.12.2021. Bonn: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=76185297&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=273&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid= (abgerufen am: 02.09.2022).

GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhaus Gesellschaft] (2016): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 17.10.2016. Berlin [u. a.]: KBV [u. a.]. URL: http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 16.02.2022).

GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2017): Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 06.06.2017. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/Aenderungvereinbarung_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_06.06.2017.pdf (abgerufen am: 31.01.2022).

GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2018): 2. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 12.12.2018. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/KH_2_AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_12.12.2018.pdf (abgerufen am: 31.01.2022).

- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2020a): 3. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach §39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 15.06.2020. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/KH_3.AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_15.06.2020.pdf (abgerufen am: 31.01.2022).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2020b): 4. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 02.12.2020. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/KH_4.AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_02.12.2020.pdf (abgerufen am: 31.01.2022).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2021a): 5. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 07.04.2021. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/5_AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_07.04.2021.pdf (abgerufen am: 31.01.2022).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2021b): 6. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a Satz 10 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 15.09.2021. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/6_AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_15.09.2021.pdf (abgerufen am: 31.01.2022).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2021c): 7. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 24.11.2021. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/7_AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_24.11.2021.pdf (abgerufen am: 31.01.2022).

- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; PKV [Verband der Privaten Krankenversicherung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2021d): Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 8 KHEntg über das Nähere zu Abschlüssen bei Nicht-einschätzung des Beatmungsstatus/Beatmungsentwöhnungspotentials und fehlender Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung (B-BEP-Abschlagsvereinbarung). [Stand:] 26.10.2021. Berlin [u. a.]: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.1_Rechtsquellen/Verguetung_und_Abrechnung/B-BEP-Abschlagsvereinbarung.pdf (abgerufen am: 22.08.2022).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2022a): 8. Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement). [Stand:] 01.03.2022. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/8_AendV_RV_Entlassmanagement_01.03.2022.pdf (abgerufen am: 22.08.2022).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2022b): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 8. Änderungsvereinbarung vom 01.03.2022 [Lesefassung]. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf (abgerufen am: 23.05.2022).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2022c): Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) in der Fassung der 9. Änderungsvereinbarung vom 07.12.2022. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/9_AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_01.01.2023_Lesefassung_ohne_Anlagen.pdf (abgerufen am: 30.01.2023).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] ([2018]-a): Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a SGB V in der Fassung der 2. Änderungsvereinbarung. Anlage 3a zum Rahmenvertrag – Antrag Anschlussrehabilitation. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/KH_2_AendVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_12.12.2018_Anlage_3a.pdf (abgerufen am: 16.02.2022).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] ([2018]-b): Rahmenvertrag Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a SGB V in der Fassung der 2.

- Änderungsvereinbarung. Anlage 3b zum Rahmenvertrag – Ärztlicher Befundbericht zum AR-Antrag. Berlin: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/entlassmanagement/KH_2_A-endVb_Rahmenvertrag_Entlassmanagement_12.12.2018_Anlage_3b.pdf (abgerufen am: 16.02.2022).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Krankenkassen] (2021): Richtlinie zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversicherungsnummer und Regelungen des Krankenversicherungsnummernverzeichnisses nach § 290 SGB V. [Stand:] 26.04.2021. Berlin: GKV-Spitzenverband. URL: https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/kvnr/RL_20210426_Gesamtsystem-KVNR_290_SGBV_3.1.0_FIN.pdf (abgerufen am: 22.08.2022).
- Gonçalves-Bradley, DC; Lannin, NA; Clemson, LM; Cameron, ID; Shepperd, S (2016): Discharge planning from hospital (Review) [Full PDF]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub5.
- Gröber-Grätz, D; Waldmann, U-M; Metzinger, U; Werkmeister, P; Gulich, M; Zeitler, H-P (2014): Gründe von Änderungen der medikamentösen Therapie nach Krankenhausentlassung – eine qualitative Studie aus Sichtweise von Hausärzten und Patienten. *Das Gesundheitswesen* 76(10): 639-644. DOI: 10.1055/s-0033-1351239.
- Hamline, MY; Speier, RL; Vu, PD; Tancredi, D; Broman, AR; Rasmussen, LN; et al. (2018): Hospital-to-Home Interventions, Use, and Satisfaction: A Meta-analysis. *Pediatrics* 142(5): 1-49. DOI: 10.1542/peds.2018-0442.
- Häselser-Ouart, K; Arefian, H; Hartmann, M; Kwetkat, A (2021): Geriatric assessment for older adults admitted to the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Experimental Gerontology* 144: 111184. DOI: 10.1016/j.exger.2020.111184.
- Heberlein, I; Heberlein, I (2017): Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. Kapitel 18. In: Jacobs, K; Kuhlmeier, A; Greß, S; Klauber, J; Schwinger, A: *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart: Schattauer, 217-228. ISBN: 978-3-7945-3244-5.
- Hegedüs, A; Kozel, B; Fankhauser, N; Needham, I; Behrens, J (2018): Outcomes and feasibility of the short transitional intervention in psychiatry in improving the transition from inpatient treatment to the community: A pilot study. *International Journal of Mental Health Nursing* 27(2): 571-580. DOI: 10.1111/inm.12338.
- Herrmann, MLH; von Waldegg, GH; Kip, M; Lehmann, B; Andrusch, S; Straub, H; et al. (2015): Hausärztliche Arzneimittelpriorisierung bei stationär entlassenen, multimorbiden, älteren Patienten – Ein Vignetten-Ansatz aus der Hausarzt-Perspektive. *Das Gesundheitswesen* 77(1): 16-23. DOI: 10.1055/s-0034-1367027.
- Hoffmann, M; Schwarz, CM; Pregartner, G; Weinrauch, M; Jantscher, L; Kamolz, L; et al. (2019): Attitudes of physicians towards target groups and content of the discharge summary: a

- cross-sectional analysis in Styria, Austria. *BMJ: Open* 9(12): e034857. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034857.
- Hudson, R; Comer, L; Whichello, R (2014): Transitions in a wicked environment. *Journal of Nursing Management* 22(2): 201-210. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.1478.x.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitaetsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 29.07.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019a): Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Stand: 18.10.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_Ueberarbeitung_2019-10-18.pdf (abgerufen am: 23.09.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Anhang. Stand: 31.07.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht-Anhang_2019-07-31.pdf (abgerufen am: 24.09.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019c): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 30.09.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf (abgerufen am: 27.04.2022).
- Jones, CE; Hollis, RH; Wahl, TS; Oriel, BS; Itani, KM; Morris, MS; et al. (2016): Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. *American Journal of Surgery* 212(2): 327-335. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2016.04.004.
- Kash, BA; Baek, J; Davis, E; Champagne-Langabeer, T; Langabeer, JR II (2017): Review of successful hospital readmission reduction strategies and the role of health information exchange. *International Journal of Medical Informatics* 104: 97-104. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2017.05.012.
- Kattel, S; Manning, DM; Erwin, PJ; Wood, H; Kashiwagi, DT; Murad, MH (2016): Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, Epub 07.01.2016. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000248.
- Kavanagh, AY; O'Brien, LJ; Maloney, SR; Osadnik, CR (2021): The Effectiveness of Multicomponent Functional Maintenance Initiatives for Acutely Hospitalized Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy* 0: 1-12. DOI: 10.1519/JPT.0000000000000305.

- 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: 09.06.2022).
- Khan, N (2018): Entlassmanagement – Strategien, Konzepte, Umsetzung. Abschnitt III.1. In: Eble, S; Miedke, J; Khan, N; Hrsg.: *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 123-156. ISBN: 978-3-95466-411-5.
- Killackey, T; Lovrics, E; Saunders, S; Isenberg, SR (2020): Palliative care transitions from acute care to community-based care: A qualitative systematic review of the experiences and perspectives of health care providers. *Palliative Medicine* 34(10): 1316-1331. DOI: 10.1177/0269216320947601.
- Krohn, R; Wehner, K; Rickert, K; Thole, C; Broge, B; Heller, G (2017): Welche Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement? Ergebnisse einer Literaturstudie und einer empirischen Risikoanalyse. *Pflegewissenschaft* 19(1/2): 88-95. DOI: 10.3936/0462.
- Lang, C; Gottschall, M; Sauer, M; Köberlein-Neu, J; Bergmann, A; Voigt, K (2019): „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen* 81(10): 822-830. DOI: 10.1055/a-0664-0470.
- Leyenaar, JK; O'Brien, ER; Leslie, LK; Lindenauer, PK; Mangione-Smith, RM (2017): Families' Priorities Regarding Hospital-to-Home Transitions for Children With Medical Complexity. *Pediatrics* 139(1): e20161581. DOI: 10.1542/peds.2016-1581.
- Liechti, FD; Beck, T; Ruetsche, A; Roumet, MC; Limacher, A; Tritschler, T; et al. (2021): Development and validation of a score to assess complexity of general internal medicine patients at hospital discharge: a prospective cohort study. *BMJ: Open* 11: e041205. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-041205.
- Lim, M; Hastie, T (2015): Learning Interactions via Hierarchical Group-Lasso Regularization. *Journal of Computational and Graphical Statistics* 24(3): 627-654. DOI: 10.1080/10618600.2014.938812.
- Lingnau, R; Blum, K; Willms, G; Pollmann, T; Gohmann, P; Broge, B (2021): Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung. Kapitel 5. In: Klauber, J; Wasem, J; Beivers, A; Mostert, C; Hrsg.: *Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*. Berlin: Springer Open, 83-98. DOI: 10.1007/978-3-662-62708-2.

- Mabire, C; Dwyer, A; Garnier, A; Pellet, J (2016): Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review. *JBISRIR-2016-003085*. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003085.
- Mabire, C; Dwyer, A; Garnier, A; Pellet, J (2018): Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing* 74(4): 788-799. DOI: 10.1111/jan.13475.
- Mabire, C; Bachnick, S; Ausserhofer, D; Simon, M; Match, RNSG (2019): Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 90: 13-20. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.09.016.
- Madden, A; Vajda, J; Llamocca, EN; Campo, JV; Gorham, TJ; Lin, S; et al. (2020): Factors associated with psychiatric readmission of children and adolescents in the U.S.: A systematic review of the literature. *General Hospital Psychiatry* 65: 33-42. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2020.05.004.
- Mehrmann, L; Ollenschläger, G (2014): Problemfelder und Best-Practice-Ansätze in der Arzneimittelversorgung an intersektoralen Schnittstellen — Eine Literaturanalyse. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 108(1): 66-77. DOI: 10.1016/j.zefq.2013.08.012.
- Mekonnen, AB; McLachlan, AJ; Brien, JA (2016): Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 41(2): 128-144. DOI: 10.1111/jcpt.12364.
- Meyer-Masseti, C; Hofstetter, V; Hedinger-Grogg, B; Meier, CR; Guglielmo, BJ (2018): Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland. *International Journal of Clinical Pharmacy* 40(6): 1614-1620. DOI: 10.1007/s11096-018-0728-3.
- Michaelsen, MH; McCague, P; Bradley, CP; Sahn, LJ (2015): Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Pharmacy* 3(2): 53-71. DOI: 10.3390/pharmacy3020053.
- Moore, J; Prentice, D; Crawford, J (2021): Collaboration among nurses when transitioning older adults between hospital and community settings: a scoping review. *Journal of Clinical Nursing* 30: 2769–2785. DOI: 10.1111/jocn.15789.
- Mueller, M; Huembelin, M; Baechli, C; Wagner, U; Schuetz, P; Mueller, B; et al. (2021): Association of in-hospital multimorbidity with healthcare outcomes in Swiss medical inpatients. *Swiss Medical Weekly* 151: w20405. DOI: 10.4414/smw.2021.20405.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2016 [2017]): NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [Full Guideline]. Published date: 30.08.2016, Surveillance report: July 2017. London, GB:

- NICE. ISBN: 978-1-4731-2037-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng53/evidence/full-guideline-pdf-2606951917> (abgerufen am: 16.01.2020).
- 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, © NICE 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: 15.09.2021).
- Nowack, M; Pfaff, H; Karbach, U (2018): Entlassmanagement im internationalen Kontext. Abschnitt I.9. In: Eble, S; Miedke, J; Khan, N; Hrsg.: *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 65-72. ISBN: 978-3-95466-411-5.
- O'Donnell, R; Savaglio, M; Skouteris, H; Banaszak-Holl; Moran, C; Morris, H; et al. (2021): The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients From Hospital to Home: A Systematic Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology* 40(11): 1628-1636. DOI: 10.1177/0733464820968712.
- Oh, EG; Lee, HJ; Yang, YL; Kim, YM (2021): Effectiveness of Discharge Education With the Teach-Back Method on 30-Day Readmission: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety* 17(4): 305-310. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000596.
- Pedersen, MK; Meyer, G; Uhrenfeldt, L (2017): Risk factors for acute care hospital readmission in older persons in Western countries: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 15(2): 454-485. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003267.
- Pereira, F; Verloo, H; Zhivko, T; Di Giovanni, S; Meyer-Masseti, C; von Gunten, A; et al. (2021): Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: a registry-based cohort study. *BMJ: Open* 11(7): e052755. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-052755.
- Piepenhagen, G; Rohrig, B; Eirund, W; Roth-Sackenheim, C; Steffens, M (2020): Die Bedeutung qualitativ hochwertiger Entlassbriefe: Eine empirische Untersuchung. *Das Gesundheitswesen* 83(10): 835-843. DOI: 10.1055/a-1173-9771.
- Pinelli, V; Stuckey, HL; Gonzalo, JD (2017): Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of Interprofessional Care* 31(5): 566-574. DOI: 10.1080/13561820.2017.1322562.
- Rachamin, Y; Grischott, T; Neuner-Jehle, S (2021): Implementation of a complex intervention to improve hospital discharge: process evaluation of a cluster randomised controlled trial. *BMJ: Open* 11(5): e049872. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-049872.
- Rimbach-Schurig, M (2018): Entlassung: Wer regelt was? *Die Schwester Der Pfleger* 57(3): 78-80.

- Saunders, S; Killackey, T; Kurahashi, A; Walsh, C; Wentlandt, K; Lovrics, E; et al. (2019): Palliative Care Transitions From Acute Care to Community-Based Care-A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 58(4): 721-734.e1. DOI: 10.1016/j.jpain-symman.2019.06.005.
- Scharf, AC; Gronewold, J; Dahlmann, C; Schlitzer, J; Kribben, A; Gerken, G; et al. (2019): Health outcome of older hospitalized patients in internal medicine environments evaluated by Identification of Seniors at Risk (ISAR) screening and geriatric assessment. *BMC: Geriatrics* 19:221. DOI: 10.1186/s12877-019-1239-3.
- Scheidt, S; Gathen, M; Lukas, A; Welle, K; Kohlhof, H; Wirtz, DC; et al. (2020): Herausforderungen des Entlassmanagements in der Alterstraumatologie. Beispiel einer integrierten traumatologisch-geriatrischen Komplexbehandlung. *Der Unfallchirurg* 123(7): 534-540. DOI: 10.1007/s00113-020-00812-8.
- Schönemann-Gieck, P; Evers, A; Groß, I (2018): Klinikentlassungen älterer Patienten mit sozialem Interventionsbedarf: Möglichkeiten und Grenzen kommunalen Handelns am Beispiel des Wiesbadener Gesundheitsnetzes „GeReNet.Wi“. *Pflege & Gesellschaft* 23(4): 324-340.
- Schulte-Marin, V (2018): Umfrage „Quo Vadis Entlassmanagement? – 120 Tage Rahmenvertrag:“ Jede Menge Nachbesserungsbedarf. *kma – Klinik Management aktuell* 23(6): 33-34. DOI: 10.1055/s-0036-1595259.
- Schwab, C; Hindlet, P; Sabatier, B; Fernandez, C; Korb-Savoldelli, V (2019): Risk scores identifying elderly inpatients at risk of 30-day unplanned readmission and accident and emergency department visit: a systematic review. *BMJ: Open* 9(7): e028302. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028302.
- Schwarz, CM; Hoffmann, M; Schwarz, P; Kamolz, L-P; Brunner, G; Sendlhofer, G (2019): A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety. *BMC: Health Services Research* 19:158. DOI: 10.1186/s12913-019-3989-1.
- Schwarz, CM; Hoffmann, M; Smolle, C; Eiber, M; Stoiser, B; Pregartner, G; et al. (2021): Structure, content, unsafe abbreviations, and completeness of discharge summaries: A retrospective analysis in a University Hospital in Austria. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 27(6): 1243-1251. DOI: 10.1111/jep.13533.
- Scott, M; Shaver, N; Lapenskie, J; Isenberg, SR; Saunders, S; Hsu, AT; et al. (2020): Does inpatient palliative care consultation impact outcomes following hospital discharge? A narrative systematic review. *Palliative Medicine* 34(1): 5-15. DOI: 10.1177/0269216319870649.
- Sezgin, D; Hendry, A; Liew, A; O'Donovan, M; Salem, M; Carriazo, AM; et al. (2020): Transitional palliative care interventions for older adults with advanced non-malignant diseases and frailty: a systematic review. *JICA – Journal of Integrated Care* 28(4): 387-403. DOI: 10.1108/JICA-02-2020-0012.

- Sheehan, J; Laver, K; Bhojti, A; Rahja, M; Usherwood, T; Clemson, L; et al. (2021): Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 14: 493-511. DOI: 10.2147/JMDH.S295549.
- Simeone, O (2018): A Very Brief Introduction to Machine Learning With Applications to Communication Systems. *IEEE Transactions on Cognitive Communications and Networking* 4(4): 648-664.
- SKG [Saarländische Krankenhausgesellschaft] (2018): Merkblatt über das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V [Anlage zu KVS-Aktuell 2_2018]. Saarbrücken: KV Saarland [Kassenärztliche Vereinigung Saarland]. URL: https://www.kvsaarland.de/documents/10184/3528763/Merkblatt+Entlassmanagement+-+Anlage+zu+KVS-Aktuell+2_2018/ (abgerufen am: 03.12.2018).
- Straßner, C; Hoffmann, M; Forstner, J; Roth, C; Szecsenyi, J; Wensing, M (2020a): Interventions to Improve Hospital Admission and Discharge Management: An Umbrella Review of Systematic Reviews. *Quality Management in Health Care* 29(2): 67-75. DOI: 10.1097/QMH.000000000000244.
- Straßner, C; Forstner, J; Szecsenyi, J; Wensing, M; Kaufmann-Kolle, P; Günther, W (2020b): Patientenerfahrungen bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung. *ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 96(2): 69-76. DOI: 10.3238/zfa.2020.0069-0076.
- SVR Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012 [Langfassung]. Bonn: SVR Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf (abgerufen am: 08.10.2018).
- SVR Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018 [Langfassung]. Bonn: SVR Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (abgerufen am: 30.09.2022).
- Tezcan-Güntekin, H (2017): Medikationsprobleme bei Entlassung aus dem Krankenhaus und Implikationen für die transkulturelle Versorgung. Eine Frage interprofessionellen Handelns? *Nervenheilkunde* 36(7): 530-535. DOI: 10.1055/s-0038-1627497.
- Thoma, JE; Waite, MA (2018): Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: A sociocultural qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 27(5-6): 1198-1208. DOI: 10.1111/jocn.14166.
- Tibshirani, R (1996): Regression Shrinkage and Selection via the Lasso. *Journal of the Royal Statistical Society* 58(1): 267-288.

- Tibshirani, R; Saunders, M; Rosset, S; Zhu, J; Knight, K (2005): Sparsity and smoothness via the fused lasso. *Journal of the Royal Statistical Society* 67(1): 91-108. DOI: 10.1111/j.1467-9868.2005.00490.x.
- Tomlinson, J; Cheong, VL; Fylan, B; Silcock, J; Smith, H; Karban, K; et al. (2020): Successful care transitions for older people: a systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age and Ageing* 49(4): 558-569. DOI: 10.1093/ageing/afaa002.
- Ubbink, DT; Tump, E; Koenders, JA; Kleiterp, S; Goslings, JC; Brölmann, FE (2014): Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? A Mixed-Methods Study. *PLoS One* 9(3): e91333. DOI: 10.1371/journal.pone.0091333.
- Universität Witten/Herdecke; HELIOS Klinikum Erfurt (2017): Abschlussbericht zum Projekt. Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität – Modellregion Erfurt. Eine prospektive Kohortenstudie. Stand: Dezember 2017. Erfurt [u. a.]: Universität Witten/Herdecke [u. a.]. Förderkennzeichen: 2514ATS003. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Modellregion_Erfurt_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 24.06.2019).
- Unnewehr, M; Schaaf, B; Marev, R; Fitch, J; Friederichs, H (2015): Optimizing the quality of hospital discharge summaries – a systematic review and practical tools. *Postgraduate Medicine* 127(6): 630-639. DOI: 10.1080/00325481.2015.1054256.
- Verhaegh, KJ; Jepma, P; Geerlings, SE; de Rooij, SE; Buurman, BM; de Rooij, SE (2019): Not feeling ready to go home: a qualitative analysis of chronically ill patients' perceptions on care transitions. *ISQua – International Journal for Quality in Health Care* 31(2): 125-132. DOI: 10.1093/intqhc/mzy139.
- Weber, LAF; da Silva Lima, MAD; Acosta, AM; Maques, GQ (2017): Care Transition from Hospital to Home: Integrative Review. *Cogitare Enfermagem* 22(3): 6-15. DOI: 10.5380/ce.v22i3.47615.
- Weiler, K; Wittwer, Y; Händler Schuster, D; Mahrer-Imhof, R (2019): Die Zufriedenheit mit der Austrittsplanung und die Informiertheit von Angehörigen beeinflussen die Bereitschaft, Pflege zu übernehmen. *Pflege* 32(2): 75-85 DOI: 10.1024/1012-5302/a000652.
- Willms, G; Wehner, K; Szecsenyi, J (2016): Qualität des Entlassungsmanagements. Kapitel 4. In: Dormann, F; Klauber, J; Hrsg.: *Qualitätsmonitor 2017*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 49-64. ISBN: 978-3-95466-293-7. URL: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_versorgungsanalysen/wido_ver_qualitaetsmonitor_2017_gesamt_1116.pdf (abgerufen am: 07.11.2018).
- Wong, CH; Cheung, WK; Zhong, CC; Yeoh, E-K; Hung, CT; Yip, BH; et al. (2021): Effectiveness of nurse-led peri-discharge interventions for reducing 30-day hospital readmissions: Network meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 117: 103904. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103904.

Wood, SN (2006): Generalized Additive Models. An Introduction with R. (Texts in Statistical Science). Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-474-3.

Woods, CE; Jones, R; O'Shea, E; Grist, E; Wiggers, J; Usher, K (2019): Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 28(19-20): 3386-3399. DOI: 10.1111/jocn.14951.

Ziebarth, D; Campbell, KP (2016): A Transitional Care Model Using Faith Community Nurses. *Journal of Christian Nursing* 33(2): 112-118. DOI: 10.1097/cnj.0000000000000255.