



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Vorbericht des IQTIG
„Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“

Berlin, 17.11.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 18.08.2022 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Absatz 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“ aufgefordert.

Hintergrund

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 hat der Gesetzgeber für Versicherte einen gesetzlichen Anspruch auf ein Entlassmanagement eingeführt. Gemäß § 39 Absatz 1a SGB V haben Versicherte, sofern sie einwilligen, während der Krankenhausbehandlung Anspruch auf ein Entlassmanagement durch das Krankenhaus und auf Unterstützung des Entlassmanagements durch die zuständige Krankenkasse. Details der Verpflichtung für Krankenhäuser und Krankenkassen sind im dreiseitigen Rahmenvertrag Entlassmanagement festgehalten.

Da das Gesundheitswesen in Deutschland weiterhin in getrennten Sektoren angelegt ist, ist der besondere Augenmerk auf die Schnittstellen zwischen den Sektoren für eine durchgehende Patientenbehandlung von zentraler Bedeutung. Viele Patientengruppen profitieren von einem strukturiertes Entlassmanagement aus der stationären Versorgung in die Anschlussversorgung.

Das IQTIG wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 17.06.2021 mit der Entwicklung von sozialdaten- und dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren für Entlassmanagement mit dem Ziel beauftragt, die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung zu verbessern.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem hierzu übermittelten Vorbericht des IQTIG wie folgt Stellung:

Inhalt des Vorberichts

Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

1 Einleitung

Es wird ein Abriss über die Historie des QS-Verfahrens Entlassmanagement gegeben. Im Teil A des Auftrags des G-BA vom 20.09.2018 wurde das IQTIG beauftragt, die vom Aqua-Institut im Jahre 2015 erstellte Konzeptskizze auf Grundlage der aktualisierten Rahmenbedingungen zu überarbeiten. Der entsprechende Zwischenbericht mit einem Qualitätsmodell zum Entlassmanagement mit 14 Qualitätsaspekten wurde vom IQTIG am 31. Juli 2019 vorgelegt. Der vorliegende Bericht adressiert Teil B der Beauftragung, nämlich die Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren für die einzelnen Qualitätsaspekte. Nicht Gegenstand des vorliegenden Vorberichts ist die in Teil C beauftragte Patientenbefragung.

2 Methodisches Vorgehen

Die schon aus früheren Berichten des IQTIG bekannte Methodik der Indikatorenentwicklung wird beschrieben. Neben einer Aktualisierung der Literaturrecherche zu Leitlinien, Reviews und Primärliteratur sowie bereits bestehenden Qualitätsindikatoren wurden von einer Krankenkasse bereitgestellte Sozialdaten der Jahre 2015 bis 2018 ausgewertet. Zum einen sollten damit im Rahmen der Indikatorenentwicklung aufkommende Fragen nach Verbesserungsbedarfen in der Versorgungspraxis

beantwortet werden und zum anderen ein Prognosemodell des erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement erstellt werden.

Im Rahmen der Entwicklungsschritte wurde ein Expertengremium eingebunden. In einer schriftlichen Befragung und drei Sitzungen war es seine Aufgabe, bei den vorgeschlagenen Qualitätsmerkmalen die Kriterien „Verbesserungspotential“ und „Zuschreibbarkeit“ zu bewerten. Im Rahmen der weiteren Operationalisierung von Qualitätsmerkmalen zu Qualitätsindikatoren wurden von dem Gremium die Angemessenheit der Anforderungen sowie die vorgeschlagenen Datenfelder bzw. Sozialdaten sowie die Referenzbereiche bewertet. Abschließend wurde das gesamte Indikatorenset beurteilt.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Bei der Besetzung des Expertengremiums fällt auf, dass folgende, im Kontext des Entlassmanagements relevanten Expertisen nicht vertreten waren:

- *Niedergelassene Fachärztin/Niedergelassener Facharzt*
- *Fachärztin/Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin bzw. Expertise aus Rehabilitationseinrichtungen (Frührehabilitation und stationäre Rehabilitation wurden in den Expertendiskussionen thematisiert)*
- *Spezialisierte Therapeutin/Spezialisierter Therapeut, z. B. zur Ernährungsberatung, Wund- oder Stomaversorgung.*

Zur Klarstellung, dass es sich um den Sozialdienst im Krankenhaus handelte, sollte dieser Begriff verwendet werden an Stelle des zu allgemeinen Begriffs „Sozialdienst“.

In der Suchstrategie für Medline (Anhang, Seite 18 ff.) hätte die Frührehabilitation (early rehabilitation/post acute rehabilitation) einbezogen werden können.

Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

3 Versorgungspraxis

Die Historie des Rahmenvertrags Entlassmanagement wird inklusive der acht Änderungsvereinbarungen dargestellt.

Es werden Regelungen aus G-BA-Richtlinien aufgeführt, die das Entlassmanagement berühren, einschließlich der Sonderregelungen durch die COVID-19-Pandemie.

Zusammenfassend wird ein umfangreicher Überblick über derzeit gültige Regelungen gegeben, die bei der Entlassung von (gesetzlich versicherten) Patientinnen und Patienten aus der stationären oder teilstationären Behandlung in Deutschland gelten. Auf der Basis von § 39 Absatz 1a SGB V ist das Entlassmanagement, auf dass Patientinnen und Patienten einen gesetzlichen Anspruch haben, sukzessive erweitert und differenziert worden.

Abschließend wird in diesem Kapitel ein idealtypischer Prozess eines Entlassmanagements skizziert.

4 Eingrenzung des QS-Verfahrens

4.1 Zentrale inhaltliche Anforderungen und Ziele der Weiterentwicklung des Prognosemodells

Die Weiterentwicklung des Prognosemodells für einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement wird dargestellt. Wie bereits im Zwischenbericht dargestellt, geht es um die Selektion von Patientinnen und Patienten, bei denen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass mindestens eine weiterführende Versorgungsmaßnahme im Rahmen der Krankenhausentlassung veranlasst werden muss, die über das Erstellen des Entlassbriefs hinausgeht. Als Datenbasis dienen §-301-SGB-V-Daten, die sowohl in den Krankenhäusern als auch bei den Krankenkassen vorliegen: Geschlecht, Alter, Pflegegrad, Verweildauer sowie ICD und OPS.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Durch die Wahl der Zielvariable „mindestens eine Versorgungsmaßnahme“ ist das Spektrum der betroffenen Patienten sehr weit und relativ unspezifisch. Das alleinige Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit nach stationärem Aufenthalt ist beispielsweise bezüglich der Schwere der Erkrankung einer Patientin bzw. eines Patienten anders zu werten als die Entlassung in eine stationäre Pflege. Es stellt sich die Frage, warum das IQTIG nicht versucht hat, in der vorliegenden Datenbasis die am schwersten betroffenen Patientinnen und Patienten mit dem höchsten Entlassmanagementbedarf zu ermitteln und für das QS-Verfahren zu selektieren.

Da das im Zwischenbericht präsentierte Prognosemodell jedoch wegen der Abhängigkeit des Schwellenwertes vom Alter der Patienten oder Patientinnen anfällig gegen Verzerrungen bei unterschiedlichen Patientengruppen erscheint, wird eine Weiterentwicklung des Modells vorgeschlagen. Die Zielvariable wird mit „erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement“ (eBEM) bezeichnet und dient als messbare Approximation der eigentlichen Zielgröße „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“.

4.2 Modellentwicklung

Es wird ein Datenpool von ca. 1,9 Millionen §-301-Abrechnungsdaten einer Krankenkasse aus dem Jahre 2017 genutzt. Im Weiteren werden 16 verschiedene Zielkriterien, jeweils aus definierten Zeitkorridoren nach der Entlassung, ausgewählt. Liegt mindestens eines dieser Zielkriterien bei einer bzw. einem Versicherten vor, so lässt sich ein eBEM vermuten. Bei dem Krankenkassenpool war diese Bedingung in 58,2 % der Entlassfälle erfüllt.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Rate der Fälle mit Arbeitsunfähigkeit (zwischen dem Entlassungstag und 5 Tage nach Entlassung) im Datenpool (ca. 2,5 % der Krankenkassenfälle 2017) ist auf den ersten Blick erstaunlich niedrig. Der Anteil der im Arbeitsleben stehenden Patientinnen und Patienten dürfte erheblich höher sein, somit wäre auch mit einer höheren AU-Rate unmittelbar nach Entlassung aus stationärer Behandlung zu rechnen.

Es wird darauf hingewiesen, dass gegenüber dem Zwischenbericht nicht nur mehr Zielkriterien eingeschlossen worden, sondern auch eine Anpassung der Operationalisierung der Zielkriterien stattfand. Es fallen allerdings zum Teil extreme Verteilungsunterschiede der Zielkriterien auf, wenn man die Balken der entsprechenden Grafiken

vergleicht: Im Zwischenbericht (Abbildung 7, Seite 173) lag die Zielvariable „ambulante Pflege“ etwa doppelt so häufig vor wie „Heilmittel“, während im vorliegenden Bericht (Abbildung 1, Seite 52) der Balken „Heilmittel“ ca. viermal so hoch ist wie „ambulante Pflegeleistung“.

Für die Berechnung des Modells kommen schließlich 1.427 verschiedene dreistellige ICD-Gruppen und 216 verschiedene dreistellige OPS-Gruppen zum Einsatz. Nach Korrektur enthält der Datenpool ca. 1,6 Millionen stationäre Entlassfälle.

Es wird das logistische Lasso-Regressionsmodell beschrieben. Das IQTIG weist darauf hin, verschiedene Modellvarianten geprüft zu haben, sich aber unter dem Aspekt der besseren Implementierbarkeit des Auslösealgorithmus für die Hersteller der QS-Software für eine etwas einfachere Variante entschieden zu haben.

Es werden unterschiedlich hohe Schwellenwerte hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile diskutiert und schließlich ein Schwellenwert von 0,5 empfohlen, bei dem 54 % der Entlassfälle selektiert würden mit einem positiven Vorhersagewert von 82,1 %.

Das Modell wurde anhand der Abrechnungsdaten des Entlassungsjahrs 2016 validiert. Limitationen des Modells, wie z. B. die Verwendung der Daten nur einer Krankenkasse, werden diskutiert. Für die zukünftige Anwendung des Prognosemodells im Echtbetrieb wird die regelmäßige Validierung anhand aktuellerer Abrechnungsdaten empfohlen

4.3 Weitere Reduktion der selektierten Fallpopulation über Stichprobenverfahren

Ein zusätzliches, nachgelagertes Stichprobenverfahren soll die Zahl der zu dokumentierenden Entlassfälle je Krankenhaus reduzieren. Aus den jährlich ca. neun Millionen durch den primären QS-Filter-Algorithmus soll so die Ziehung einer Stichprobe von ca. einer Million Patientinnen und Patienten erfolgen.

Es wird eine „pseudozufällige“ Stichprobenziehung vorgeschlagen, die anhand einer bestimmten Ausprägung der achten und neunten Stelle der eGK-Versichertennummer erfolgen könnte. Eine Reduktion von neun Millionen auf eine Million könnte durch Auswahl der Ausprägungen „00“ bis „11“ erfolgen.

Hinweis der Bundesärztekammer:

Von „00“ bis „11“ liegen 12 von 100 („00“ bis „99“) möglichen Ausprägungen der achten und neunten Stelle vor. Dies wären somit 12 % und nicht 11 %.

4.4 Beschreibung der selektierten Fallpopulation

Um die Auswirkungen des Algorithmus auf die Fallselektion zu verdeutlichen, werden die demografischen Daten der im Datenpool gezogenen Entlassfälle dargestellt.

Bis auf die Patientinnen im Alter von 25 bis 40 (vor allem Entbindungen) sind die Verteilungen der QS-relevanten Fälle beim Gesamtdatenpool und bei den selektierten Daten entsprechend, wobei die Häufigkeitsverteilung des Alters bei den selektierten Daten erwartungsgemäß zu höherem Lebensalter verlagert ist.

Ebenfalls zu erwarten war, dass Fälle mit erhöhter Verweildauer fast ausnahmslos durch den Algorithmus selektiert wurden. Gleiches gilt für Pflegegradstufen ab 1.

5 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Die Ableitung des Qualitätsmodells Entlassmanagement mit 14 Qualitätsaspekten wurde bereits im Zwischenbericht vorgestellt. Wie in den methodischen Grundlagen festgelegt, werden nun die zu den Qualitätsaspekten gehörenden Qualitätsmerkmale nach den folgenden Eignungskriterien bewertet: „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“, „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel“, „Übereinstimmung mit einem Qualitätsaspekt, Potenzial zur Verbesserung und Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer. Die letzten beiden Kriterien wurden durch ein Expertengremium beurteilt.

Nach der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale wurde festgelegt, welches der verfügbaren Erfassungsinstrumente am besten geeignet ist, um das jeweilige Qualitätsmerkmal abzubilden. Im vorliegenden Bericht wurden die fallbezogene bzw. die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation und die Sozialdaten bei den Krankenkassen geprüft. Die operationalisierten Qualitätsindikatoren wurden schließlich dem Expertengremium vorgelegt.

Im Weiteren wird im Bericht im Einzelnen dargestellt, welche Qualitätsmerkmale weiter zu Qualitätsindikatoren operationalisiert wurden bzw. nicht mehr weiterverfolgt wurden. Dabei werden jeweils einleitend Ergebnisse der einschlägigen Literatur berichtet.

5.1 Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“

Der Qualitätsaspekt „Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus“ umfasst insgesamt acht Qualitätsmerkmale aus dem Rahmenvertrag Entlassmanagement, dem Expertenstandard Entlassmanagement sowie Leitlinien.

Schlussendlich werden nur drei der acht Qualitätsmerkmale weiterverfolgt:

- „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess“,
- „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen“,
- „Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)“.

Letzteres Merkmal wurde im Rahmen der Operationalisierung in das erste Merkmal integriert.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Auswahl der Qualitätsmerkmale ist nachvollziehbar. Die weggefallenen Merkmale waren entweder zu granulär oder vom Krankenhaus nicht sicher beeinflussbar (z. B. Vorliegen der Einwilligung, Evaluation mit Nachsorgern).

Seite 81

Bei dem Schulungsbedarf für Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte wäre das Wissen um die Einleitung der Rehabilitation/Anschlussheilbehandlung zu ergänzen.

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

Kommentar der Bundesärztekammer:

Der Qualitätsindikator zur Schulung beschränkt sich darauf, die Rate der geschulten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen“ zu ermitteln. Damit wird lediglich ermittelt, dass geschult wurde, aber nicht was geschult wurde. Der Schulungsbedarf für ärztliche Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten ist ein anderer als für Angehörige anderer Professionen. Die Einrichtungsbefragung könnte genutzt werden, um die Schulungsinhalte differenzierter abzufragen.

5.1.2 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Die Operationalisierung erfolgt durch insgesamt 12 Datenfelder in der Einrichtungsbefragung mit der Abfrage von Einzelaspekten der „Verfahrensregelung“, die alle mit „ja“ beantwortet sein müssen, damit der Indikator als erfüllt gilt.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Mit der Wahl eines Referenzbereichs im Sinne eines „all or none“ ist nicht zu unterscheiden, ob im Einzelfall von einem Krankenhaus nur 1 von 12 oder alle 12 Datenfelder mit „nein“ beantwortet wurden. Dies erscheint für die spätere Analyse von Auffälligkeiten zu undifferenziert.

5.2 Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“

Dem Qualitätsaspekt „Risikoeinschätzung (initiales Assessment)“ wurde nur ein Qualitätsmerkmal zugeordnet, welches final wegen unklarer Bewertung zum Verbesserungspotenzial nicht ausgewählt wurde.

5.3 Qualitätsaspekt „Entlassplanung“

Zum Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ zählen sieben Qualitätsmerkmale, von denen nur ein eigenständiges Merkmal (Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team) ausgewählt wird.

Den weiteren Ausführungen ist zu entnehmen, dass sich die Expertinnen und Experten letztlich gegen die grundsätzliche Verpflichtung der Anlage eines eigenen Dokuments „Entlassplan“ aussprachen. Dieses Votum scheint aus Sicht des IQTIG überstimmt worden zu sein.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Unabhängig davon, dass man auch dem Votum der Expertinnen und Experten hätte folgen können, ist beim Qualitätsaspekt „Entlassplanung“ festzuhalten:

Auf den ersten Blick wurde von einer feingranulären fallbezogenen Indikatorenerstellung abgesehen. Allerdings wurden hier drei der vier Qualitätsmerkmale als Teilanforderungen in andere Qualitätsindikatoren integriert. Im Endeffekt enthält der Indikator zur Entlassungsplanung vier Teilanforderungen, die alle erfüllt sein müssen, damit der

Indikator als erfüllt gilt. Letztlich ist die Feingranularität also verdeckt weiter vorhanden im Erfassungsinstrument.

Hinweis zum Qualitätsindikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“:

Im Datenfeld 18.1 („Wann erfolgte die abschließende Überprüfung des Entlassplans?“) wird ein genaues Datum abgefragt. Da für den Indikator nur die Information benötigt wird, dass überprüft wurde und nicht, wann überprüft wurde, kann anstelle eines aufwändigen Datumsfeld ein einfaches Ja/Nein-Feld verwendet werden.

5.4 Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“

Zum Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“ wird von drei Qualitätsmerkmalen nur eins operationalisiert, wobei statt Schulung der Begriff der Anleitung (der Patientinnen und Patienten bzw. der Angehörigen) verwendet wird. Die Experten weisen darauf hin, dass es sich bei dem geforderten Konzept auch um einen Bestandteil des Entlassmanagementkonzepts handeln kann.

5.5 Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“

Da das Qualitätsmerkmal Entlassgespräch durch die Patientenbefragung abgedeckt werden soll, wurde es in der fallbezogenen Dokumentation zur Vermeidung einer Doppelerfassung nicht operationalisiert

5.6 Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“

Zum Qualitätsaspekt Medikamentenmanagement wurden vier Qualitätsaspekte diskutiert. Zwei von ihnen wurden in QI umgewandelt, zwei weitere wurden in andere Qualitätsindikatoren integriert.

5.6.2 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Erhebung des Datums der Ausstellung des Medikationsplans (Datenfeld 22) ist überflüssig. Dieses Datenfeld wird zur Berechnung des Qualitätsindikators nicht benötigt, da die Aussage „Entlassplan wurde mitgegeben = ja“ ausreicht. Es wird also zusätzlich zu einem Ja-/Nein-Feld ein Datumsfeld eingeführt. Dies entspricht einem Grundprinzip, welches das IQTIG kürzlich schon an anderer Stelle in Datensätzen von DeQS-RL-Verfahren eingeführt hat und damit begründet, dass Datumsangaben valider seien als Ja-/Nein-Felder und in der Datenvalidierung besser zu überprüfen seien. Diese neue Vorgehensweise, die einerseits ein Misstrauen gegenüber den Anwenderinnen und Anwendern widerspiegelt und andererseits die Dokumentation aufwändiger macht, um sie besser kontrollieren zu können, wird von der Bundesärztekammer abgelehnt. Zudem sind Datumsangaben aus der Behandlung, auch wenn sie im QS-Exportdatensatz zur Pseudonymisierung in relative Zeitabstände umgewandelt werden sollten, als datenschutzrechtlich bedenkliche Daten anzusehen.

Datenfeld 23 (Entlassdatum fällt auf Wochenend- oder Feiertag) kann aus dem Entlassdatum automatisch abgeleitet werden und muss nicht händisch eingegeben werden.

5.7 Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“

Es werden 15 Qualitätsmerkmale diskutiert. Eine Operationalisierung von 13 der 15 Indikatoren wird verworfen, da die Kriterien „Potenzial zur Verbesserung“ und/oder „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ nicht erfüllt sind. Die zwei verbliebenden QI (Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege bzw. spezialisierter ambulanter Palliativversorgung) sollen über die Patientenbefragung erfasst werden und werden daher nicht weiter betrachtet.

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

Von vier Qualitätsmerkmalen wurden drei Merkmale nicht operationalisiert, u. a. deshalb, weil die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer nicht eindeutig sein dürfte. Das Qualitätsmerkmal „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“ wurde dahingehend modifiziert, dass es sich auf die elektronische Kommunikation beziehen sollte. Die Einbindung der Krankenhäuser über die Schnittstelle KIM (Kommunikation im Medizinwesen), den Kommunikationsstandard der Telematik-Infrastruktur (TI), ist hingegen noch nicht flächendeckend realisiert. Der Qualitätsindikator soll daher für „ein Szenario präzisiert werden, in dem alle ambulant und stationär beteiligten Leistungserbringer zukünftig an KIM teilnehmen“. Somit ist der Indikator im aktuellen Indikatorenset noch nicht enthalten, soll aber zukünftig ergänzt werden können.

5.9 Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“

Hier wurden drei von sechs Qualitätsmerkmalen weiter in Qualitätsindikatoren umgesetzt.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Es verwundert, dass in der Expertendiskussion kein Konsens zu einem Verbesserungsbedarf bei der Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer bestand. Gemäß den Ergebnissen der Literaturrecherche bestand durchaus Verbesserungsbedarf. Ein vorläufiger Entlassbrief, der alle wichtigen Informationen enthält (bzw. die Direktmitgabe des endgültigen Entlassbriefs), ist für die unmittelbare Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung.

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

Im Datensatz wird abhängig von einer Filterfrage nach dem Vorliegen eines endgültigen Entlassbriefs in zehn Datenfeldern abgefragt, ob bestimmte Informationen enthalten sind. Der QI nur als erfüllt, wenn bei $\geq 95\%$ der Patientinnen und Patienten einer Einrichtung alle zehn Teilforderungen erfüllt sind.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Es werden Elemente eines Entlassbriefs abgefragt, bei denen sich größtenteils um Selbstverständlichkeiten handelt, da sie per definitionem Teile eines Entlassbriefs sind. Zudem dürften sie in den meisten elektronischen Entlassbriefvorlagen der stationären Fachabteilungen bereits fest enthalten sein. Die Aussagekraft dieses Indikators dürfte also bescheiden sein. Bestenfalls ergibt sich ein gewisser „erzieherischer“ Checklistenfekt. Andererseits ist die Liste auch nicht ganz vollständig, denn Informationen zu Diagnose, Verlauf und Entlassungsbefund sind für die Nachbehandelnden ebenfalls wichtig. Dass für jede(n) entlassene(n) Patientin und Patient elf Felder ausgefüllt werden müssen, dürfte von den Anwendern berechtigterweise als bürokratische Mehrbelastung empfunden werden. Alternativ könnte man in der Einrichtungsbefragung einmal jährlich abfragen, ob alle Fachabteilungen Entlassbriefe einsetzen, die aus den vorgeschriebenen Elementen bestehen

Das Datenfeld 31 „Der endgültige Entlassbrief enthält Informationen zu Arzneimitteln“ benötigt ebenfalls eine Antwortoption „2 = nicht erforderlich“, z. B. wenn es keine Medikation gibt.

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

In 90 % der Fälle soll innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung der Entlassbrief „übermittelt“ werden. In einer Kaskade von Datenfeldern wird abgefragt, ob ein Entlassbrief vorliegt, ob eine Einwilligung an Haus- bzw. Facharzt vorliegt und von welchem Datum der Entlassbrief ist.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Bei der Berechnung dieses Indikators (Indikatorenblatt Seite 44) fallen einige Unstimmigkeiten auf:

- *Das Vorliegen eines Werts in Feld 42 (Datum des endgültigen Entlassbriefs) wird hier gezählt, ist aber für den Indikator gar nicht entscheidend. Zu berechnen wäre: Zeitabstand zwischen Feld 11 (Entlassungsdatum Krankenhaus) und Feld 42 ≤ 14 Tage.*
- *Aus der Grundgesamtheit werden im Nenner die Fälle ohne Entlassbrief (D26 „Ist in der Patientenakte ein endgültiger Entlassbrief vorhanden? 0 = nein“) herausgenommen. Demnach könnte sich ein Krankenhaus diesem Indikator komplett entziehen, wenn stets D26 = „nein“ dokumentiert wird.*
- *Mit der Information „Datum des endgültigen Entlassbriefs“ ist noch nicht sichergestellt, dass er auch übermittelt wurde.*

- *Mit dem Ausschluss von D26=0 (Entlassbrief liegt nicht vor) im Nenner braucht im Zähler nicht noch einmal D26=1 (Entlassbrief liegt vor) ergänzt zu werden.*
- *Im Nenner wird zum Hausarzt DF 37 (0 ODER 2) (Einwilligung = nein oder kein Hausarzt) ausgeschlossen. Beim Facharzt D 40 wird aber nur 0 ausgeschlossen (Einwilligung = nein). Hier müsste es analog heißen: D40 (0 ODER 2) (Einwilligung = nein oder kein Facharzt)*

Seite 176:

„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.“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Die Festlegung der Höhe eines Referenzbereichs an möglichen zukünftigen technischen Entwicklungen zu orientieren, erscheint nicht sachgerecht. Er sollte auf die aktuellen Gegebenheiten ausgerichtet sein und bei Bedarf in Zukunft angepasst werden. Auf die inhaltlichen Bedenken der Expertinnen und Experten, dass in manchen Fachbereichen, wie der Onkologie, der 14-Tage-Zeitraum für den endgültigen Entlassungsbrief möglicherweise zu knapp bemessen sein könnte, wird gar nicht mehr eingegangen.

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

Mindestens 95 % der Patientinnen und Patienten, die in eine pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Das Datum der Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens ist für den Qualitätsindikator eigentlich überflüssig (siehe oben).

5.10 Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“

Nach der Literaturrecherche zu ungeplanten Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bzw. zum Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung kommt man zu dem Schluss, dass sich beide Qualitätsmerkmale nicht als Qualitätsindikatoren eignen, u.a. wegen des mangelnden Nachweises der Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer. „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 „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ als Kennzahl zu operationalisieren“.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Dem Auftrag des G-BA vom 20.09.2018 ist zu entnehmen

„Die Entwicklung der Indikatoren zur vergleichenden Darstellung von Prozess- und Ergebnisqualität erfolgt unter Berücksichtigung u. a. folgender patientenrelevanter Endpunkte:

- *ungeplante Rehospitalisation innerhalb von 30 Tagen*
- *ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung*
- *...“*

Von einem vom Auftraggeber angeforderten „festen Bestandteil des QS-Verfahrens“ kann also nicht die Rede sein. Es obliegt dem wissenschaftlichen Institut, Anregungen aus dem Auftrag begründet in den QS-Verfahrensvorschlag aufzunehmen oder nicht. Dennoch kann der Vorschlag, eine Kennzahl für die 30-Tage-Wiederaufnahme zu erheben, nachvollzogen werden.

6 Empfohlenes Qualitätsindikatorenset

Bei der Gesamtwürdigung des Qualitätsindikatorensets wird bezüglich der Praktikabilität auf die Machbarkeitsprüfung verwiesen. Es wird angemerkt, 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 sollten.“

Kommentar der Bundesärztekammer:

Mit der gleichen Begründung könnte man auch komplett auf die Indikatoren verzichten, da in der Versorgungspraxis im Krankenhaus diese Prozessschritte im Entlassmanagement ohnehin alle eingehalten werden und nicht noch einmal gesondert dokumentiert werden müssten.

Es wird resümiert, dass „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“.

7 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

7.2 Fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation

Während die vorgeschlagenen Datenübermittlungsfristen den Regelungen der DeQS-RL entsprechen, wird erläutert, dass für ein QS-Verfahren Entlassmanagement ein modifizierter zweistufiger QS-Filter benötigt wird. A priori müssten Fälle ohne Einwilligung zum Entlassmanagement ausgesondert werden sowie Fälle mit einer Verweildauer bis zwei Tage.

Kommentar der Bundesärztekammer:

Unklar bei der beschriebenen Vorgehensweise ist, ob bei allen 16,2 Millionen Patientinnen und Patienten ein Datensatz mit dem Datenfeld zur vorliegenden Einwilligung angelegt wird, oder erst nach Anwendung der zweistufigen Patientenselektion, also bei ca. einer Million Patientinnen und Patienten. Im ersten Fall wäre der Aufwand der Anlage von 16,2 Millionen Datensätzen erheblich.

Auf Basis eines vom IQTIG entwickelten Prognosemodells für Fälle mit umfassendem Bedarf für Entlassmanagement wird ein Algorithmus vorgeschlagen, welcher OPS- und ICD-Kodes, Alter, Geschlecht, Verweildauer und Pflegegrad berücksichtigt. Dieser aus über 1.000 Elementen bestehender Algorithmus sollte aus der Gesamtheit der stationären Fälle etwa 50 % (ca. neun Millionen Fälle) selektieren. In einer zweiten Stufe sollen auf Basis der Krankenversichertennummer eine Stichprobe gezogen werden, dass im Endeffekt ca. eine Millionen Fälle zu dokumentieren sind. Neonatologische Fälle sind wegen der bei ihnen in der Regel noch nicht vorhandenen Krankenversichertennummer von dieser Selektion durch eine Stichprobenziehung ausgenommen.

Die benötigten Datenfelder für die Qualitätsindikatoren werden aufgeschlüsselt. In der Summe sind es 45 Felder für sechs Qualitätsindikatoren der fallbezogenen Dokumentation und 21 Datenfelder für die drei Qualitätsindikatoren der einrichtungsbezogenen Dokumentation.

Für die Datenvalidierung wird neben der aus der DeQS-RL bekannten 5 %igen Stichprobe der Krankenhäuser in der fallbezogenen Dokumentation eine 20 %ige Stichprobe in der einrichtungsbezogenen Dokumentation empfohlen.

7.3 Sozialdaten bei den Krankenkassen

Es wird vorgeschlagen, ein separates Sozialdaten-Erfassungsmodul zu implementieren, mit dem die für die Modellentwicklung erforderlichen Daten routinemäßig im Zweijahresrhythmus bei den Krankenkassen erhoben werden können. Auf Basis der Daten sollen so die Koeffizienten des Prognosemodells regelmäßig neu geschätzt werden. Für einen Verfahrensstart im Jahre 2027 soll das gegenwärtige Modell anhand neuerer Kassendaten noch einmal aktualisiert werden.

7.4 Grundmodell des Datenflusses

Es wird dargestellt, dass für ein QS-Verfahren Entlassmanagement die gemäß DeQS-RL etablierten Datenflüsse und Fristen genutzt werden können.

7.5 Statistische Auswertungsmethodik,

7.6 Berichtswesen,

7.7 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Auch für Auswertungsmethodik, Berichterstattung und Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen die Regelungen der DeQS-RL (für länderbezogene Verfahren) Anwendung finden.

8 Schritte bis zum Regelbetrieb

Die Schritte von der Machbarkeitsprüfung bis zum Regelbetrieb werden betrieben.

9 Fazit

Die wesentlichen neuen Elemente des vorgeschlagenen QS-Verfahrens Entlassmanagement werden zusammengefasst. Auf zukünftige Entwicklungen, wie der zu erwartende zunehmende digitale Informationsaustausch zwischen den Sektoren über den KIM-Standard wird hingewiesen. Dadurch könnten Anpassungen des QS-Verfahrens erforderlich werden.

Fazit

Der Grundgedanke, das Thema Entlassmanagement in die sektorenübergreifende Qualitätssicherung des G-BA aufzunehmen, ist aus Sicht der Bundesärztekammer grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings führt das Vorhaben erneut vor Augen, wie schwer es ist, über Sektorengrenzen hinweg eine aussagekräftige datengestützte Qualitätssicherung zu etablieren. Schon in seiner Konzeptskizze im Jahre 2019 hatte das IQTIG dargelegt, dass es aus technischen, methodischen und datenschutzrechtlichen Gründen nur mit größtem Aufwand bzw. gar nicht möglich sei, Einweiser und Nachversorger mit in die Datenerfassung einzubinden. Damals kam man zu folgendem Schluss (Zwischenbericht, Seite 211): „Die Durchführung einer Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern mit den aktuell etablierten Prozessen und Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gestaltet sich insgesamt komplex und fehleranfällig. Vor dem Hintergrund einer realistischen Aufwand-Nutzen-Abwägung kann das IQTIG eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern derzeit nicht empfehlen. Die Telematik-Infrastruktur sowie die eGK-Versichertenkarte könnten jedoch zukünftig als sichere und datensparsame Lösung angedacht werden, um diese zu realisieren.“

Da auch der Rehabilitationssektor und der Sektor der ambulanten und stationären Pflege wegen ihrer sozialrechtlichen Rahmenbedingungen nicht in die Qualitätssicherung des G-BA eingebunden werden können, beschränkt sich das aktuelle mit dem Vorbericht vorgelegte Konzept des IQTIG darauf, medizinische QS-Daten nur aus dem stationären, also aus einem von vier beteiligten Sektoren einzufordern. Die QS-Dokumentation beschränkt sich auf Strukturen und Prozesse im Krankenhaus. Bis auf eine Kennzahl zur Wiederaufnahmerate würden sich die bei den Krankenkassen vorliegenden Abrechnungsdaten nach Aussage des Instituts nicht für eine sektorenübergreifende QS-Datenerhebung eignen. Insofern verbleibt als einzige wirklich sektorenübergreifende Datenquelle die geplante Patientenbefragung. Diese wird den Versuch einer Antwort unter anderen auf die Frage darstellen, ob die Patientinnen und Patienten nach ihrem stationären Aufenthalt überhaupt einen Zugang zu einer angemessenen Nachversorgung erhalten. Da die Entwicklungsergebnisse der Patientenbefragung zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, kann die mögliche Aussagekraft des Gesamt-QS-Verfahrens nicht beurteilt werden.

Im Vorbericht wird die Weiterentwicklung eines bereits im Zwischenbericht vorgestellten Prognosemodells zur Selektion von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Entlassmanagementbedarf beschrieben. Die Ausführungen erscheinen nachvollziehbar. Der Praxistest für dieses Selektionsmodell muss noch erfolgen, z. B. in der Machbarkeitsstudie. Durch den alleinigen Einbezug gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten bleibt allerdings eine Patientengruppe aus der QS-Betrachtung ausgenommen, welche die Krankenhäuser im Versorgungsalltag vor große Probleme bei der poststationären Weiterversorgung stellen kann: unversicherte Patientinnen und Patienten, Wohnungslose, Asylbewerberinnen und -bewerber etc. Ebenfalls findet keine Berücksichtigung im Konzept des IQTIG, dass die Versorgungsqualität auch von regionalen Rahmenbedingungen abhängen kann. So kann es z. B. in strukturarmen ländlichen Regionen weitaus schwerer sein, eine adäquate Anschlussversorgung für entlassene Patientinnen und Patienten zu erreichen als in überversorgten städtischen Regionen, insbesondere, wenn die Patientinnen und Patienten multimorbide oder schwer erkrankt sind.

Die QS-Verfahrensentwicklung im Vorbericht orientiert sich eng am Rahmenvertrag Entlassmanagement. Sie hat dabei allein die Verpflichtungen des Krankenhauses im Fokus, geeignete Strukturen und Prozesse zu schaffen. Der Bericht hätte zumindest diskutieren können, dass in der Versorgungsrealität nachversorgende Haus- und Fachärzte, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Heilmittelerbringer in der Pflicht stehen, für das Krankenhaus im Bedarfsfall ansprechbar zu sein bzw. entlassene Patientinnen und Patienten zeitnah zu übernehmen. Andererseits kann, z. B. bei chronisch Kranken, schon die

Vollständigkeit der ärztlichen Einweisung ins Krankenhaus zum Outcome des stationären Aufenthaltes beitragen. Es handelt sich bei der Sektorenschnittstelle also nicht nur um eine Schnittstelle in eine Richtung. Nicht zuletzt obliegen im Versorgungsprozess auch der jeweiligen Krankenkasse Pflichten zur zügigen Bearbeitung von Anträgen, zur ggf. notwendigen Abstimmung von Prozessen und zur Beratung von Patientinnen und Patienten (siehe § 10 des Rahmenvertrags Entlassmanagement).

Als besonders problematisch sieht die Bundesärztekammer den großen Anteil der fallbezogenen Dokumentation am vorgeschlagenen QS-Verfahren. Auch wenn nur von einer Stichprobe von ca. einer Millionen Patientinnen und Patienten prozessbegleitend QS-Daten erhoben werden sollen, so ist der Vorschlag, in der Summe ca. 30 Millionen Datenfelder jährlich ausfüllen zu lassen, als alles andere als datensparsam zu bezeichnen. Ein Blick auf die Datenfeldinhalte zeigt, dass mit der Dokumentation, ob ein Medikationsplan, Medikamente oder ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben wurde, ein Entlassplan erstellt oder ein vollständiger Entlassbrief übermittelt wurde, größtenteils Selbstverständlichkeiten des Versorgungsalltags im Krankenhaus abgefragt werden. Bestenfalls kann dieser Dokumentation ein gewisser Checklisteneffekt für das gesetzlich ohnehin vorgeschriebene Entlassmanagement zugesprochen werden. Ein Mehrwert i. S. eines Aufzeigens von echten Qualitätsdefiziten in der Versorgung ist mit diesen Daten bzw. Indikatoren nicht zu erwarten. Bedenklich und ebenfalls kontraproduktiv für die Datensparsamkeit ist in diesem Zusammenhang das Konzept des IQTIG, bei Datenfeldern, in denen Prozesssachverhalte abgefragt werden, auf zusätzliche Datumsangaben anstatt nur auf Ja-/Nein-Felder zu setzen. Begründet wird dies mit einer angeblich höheren Validität und einer besseren Überprüfbarkeit.

Es erstaunt, dass die aufwandsarme Einrichtungsbefragung lediglich zur Berechnung von drei Indikatoren zum Einsatz kommen soll. Es soll das Vorliegen einer Verfahrensregelung zum Entlassmanagement und eines Informationskonzepts für Patientinnen und Patienten abfragt sowie der Anteil des geschulten Personals angegeben werden. Es stellt sich die Frage, ob die Inhalte der fallbezogenen Dokumentation nicht auch einmal im Jahr einrichtungsbezogen ohne Informationsverlust abgefragt werden könnten, wodurch der fallbezogene Anteil überflüssig würde. Die einrichtungsbezogene Dokumentation ließe sich dann bei Bedarf stichprobenhaft anhand von Einzelfällen in Rahmen der Datenvalidierung verifizieren.

Ebenfalls schwer nachzuvollziehen ist das Teilergebnis des Berichts, dass Krankenkassendaten lediglich für eine einzige Kennzahl genutzt werden sollen. Hier hätte man sich weitere Kennzahlen vorstellen können, welche nicht nur leistungserbringerbezogene, sondern v. a. regionale systemische Qualitätsunterschiede detektieren.

Zusammenfassend besteht aus Sicht der Bundesärztekammer bei dem vorliegenden QS-Verfahrensvorschlag ein Missverhältnis zwischen hohem Aufwand einerseits und geringem bzw. fraglichem Nutzen andererseits. In der Machbarkeitsprüfung sollte dieser Aspekt ausführlich auf dem Prüfstand stehen. Wenn möglich, wäre auch ein regional begrenzter Echtbetrieb denkbar, bevor man das QS-Verfahren bundesweit einsetzt.