



# Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des Berichts *Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement* und des Berichts *Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement* zur Veröffentlichung

Vom 19. Oktober 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Oktober 2023 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) *Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement. Abschlussbericht* gemäß **Anlage 2** sowie den Bericht des IQTIG *Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement. Abschlussbericht* gemäß **Anlage 3** gemeinsam mit einer Kommentierung gemäß **Anlage 1** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)) freizugeben.

Berlin, den 19. Oktober 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Begleitende Kommentierung zum Beschluss des G-BA über die Freigabe der IQTIG-Abschlussberichte „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“ und „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“ zur Veröffentlichung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 19. Oktober 2023 die Freigabe zur Veröffentlichung der IQTIG- Abschlussberichte „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement. Abschlussbericht“ vom 15. Februar 2023 (Teil B) sowie „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“ vom 31. Oktober 2022 und 28. April 2023 (Teil C) beschlossen

Diese gehen zurück auf die G-BA-Beauftragungen vom 20. September 2018 und vom 17. Juni 2021 an das Institut nach § 137a SGB V zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement.

Der Abschlussbericht zu Teil B umfasst die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die auf der einrichtungs- und fallbezogenen Dokumentation von Krankenhäusern beruhen. In dem Abschlussbericht zur Patientenbefragung wurden Qualitätsindikatoren und Instrumente zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung) entwickelt.

Der G-BA würdigt die bisherigen Entwicklungsarbeiten des IQTIG in diesen Abschlussberichten und den hiermit verbundenen Aufwand. Gleichwohl wird der G-BA nicht alle Empfehlungen umsetzen, sondern eine Weiterentwicklung beauftragen.

Konkret sieht der G-BA folgenden Weiterentwicklungsbedarf:

In beiden Berichten wurde für die Fallauslösung, die am Ende des stationären Aufenthalts erfolgt, ein komplexes Prognosemodell unter der zusätzlichen Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a SGB V mit nachgelagerter Stichprobenziehung erarbeitet bzw. weiterentwickelt. Insbesondere die fallbezogene Dokumentation erfordert jedoch erheblichen Aufwand in den Krankenhäusern, wobei mit den abgeleiteten Indikatoren überwiegend Standards (von deren Einhaltung in der Regel ausgegangen werden kann) abgefragt werden. Vor diesem Hintergrund soll das Institut nach § 137a SGB V in einer weiteren Beauftragung prüfen, inwieweit die Überführung der bisher fallbezogen empfohlenen Indikatoren in eine einrichtungsbezogene Qualitätssicherungsdokumentation möglich und sinnvoll ist. In der Folge könnte der (Dokumentations-) Aufwand reduziert und auf die Implementierung und Anwendung des Prognosemodells samt Stichprobenziehung verzichtet werden. Relevante Qualitätsaspekte sollen anhand der vorgelegten Items im Rahmen einer PatientInnenbefragung erhoben werden. Hierfür ist zeitnah ein alternativer Algorithmus zur Auslösung sowie ein entsprechendes Umsetzungskonzept zu entwickeln.

Die vorgesehene Beauftragung soll unverändert die zentrale Zielsetzung, relevante Qualitätsaspekte im Entlassmanagement mit einer gezielten Qualitätssicherung und -förderung zu unterstützen, adressieren. Gleichzeitig ist es ein wichtiges Ziel, das Aufwand-Nutzen-Verhältnis des QS-Verfahrens gemäß dem G-BA-Eckpunktebeschluss vom 21. April 2022 noch vor der Umsetzung im Regelbetrieb soweit wie möglich zu verbessern und die Funktionalität des Verfahrens von Beginn an zu sichern. Dementsprechend soll das IQTIG seine Vorschläge für das QS-Verfahren zum Entlassmanagement der Krankenhäuser so weiterentwickeln, dass es insgesamt mit möglichst wenig Komplexität und ohne ein experimentelles Verfahren der Stichprobenauswahl auskommt, aber gleichzeitig in der Lage ist, Defizite beim Entlassmanagement

einrichtungsbezogen aufzudecken und - wo notwendig - zeitnah gezielt und patientenorientiert Verbesserungen zu erreichen.



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](mailto: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
<b>Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen</b> .....	<b>19</b>
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
<b>Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen</b> .....	<b>34</b>
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 Qualitätsindikatorenset.....	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
<b>Teil III: Ausblick.....</b>		<b>222</b>
8	Schritte bis zum Regelbetrieb .....	223
9	Fazit .....	224
<b>Teil IV: Literatur .....</b>		<b>226</b>
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 $\pi_j$ 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

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
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-WSG) 2007, dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) 2012 sowie dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 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

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

<b>O</b>	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)<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> 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)<sup>2</sup> 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-Richtlinie<sup>3</sup> 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)<sup>4</sup> 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)<sup>5</sup> 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-Richtlinie<sup>6</sup> zum 5. Dezember 2020 die Verordnungskompetenz für eine psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Psychologische Psychotherapeutin-

---

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> 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).

<sup>4</sup> 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).

<sup>5</sup> 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).

<sup>6</sup> 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)<sup>7</sup> 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)<sup>8</sup> 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)<sup>9</sup> 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

---

<sup>7</sup> 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).

<sup>8</sup> 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).

<sup>9</sup> 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)<sup>10</sup> 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).

---

<sup>10</sup> 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 Entlassfälle<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup> 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-

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

<sup>12</sup> 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 Fälle<sup>13</sup> 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

---

<sup>13</sup> 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 2017<sup>14</sup>, 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.<sup>15</sup> 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“,

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> 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 Verordnungsgeschehen 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*

<b>Zielkriterium</b>	<b>Operationalisierung</b>
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.

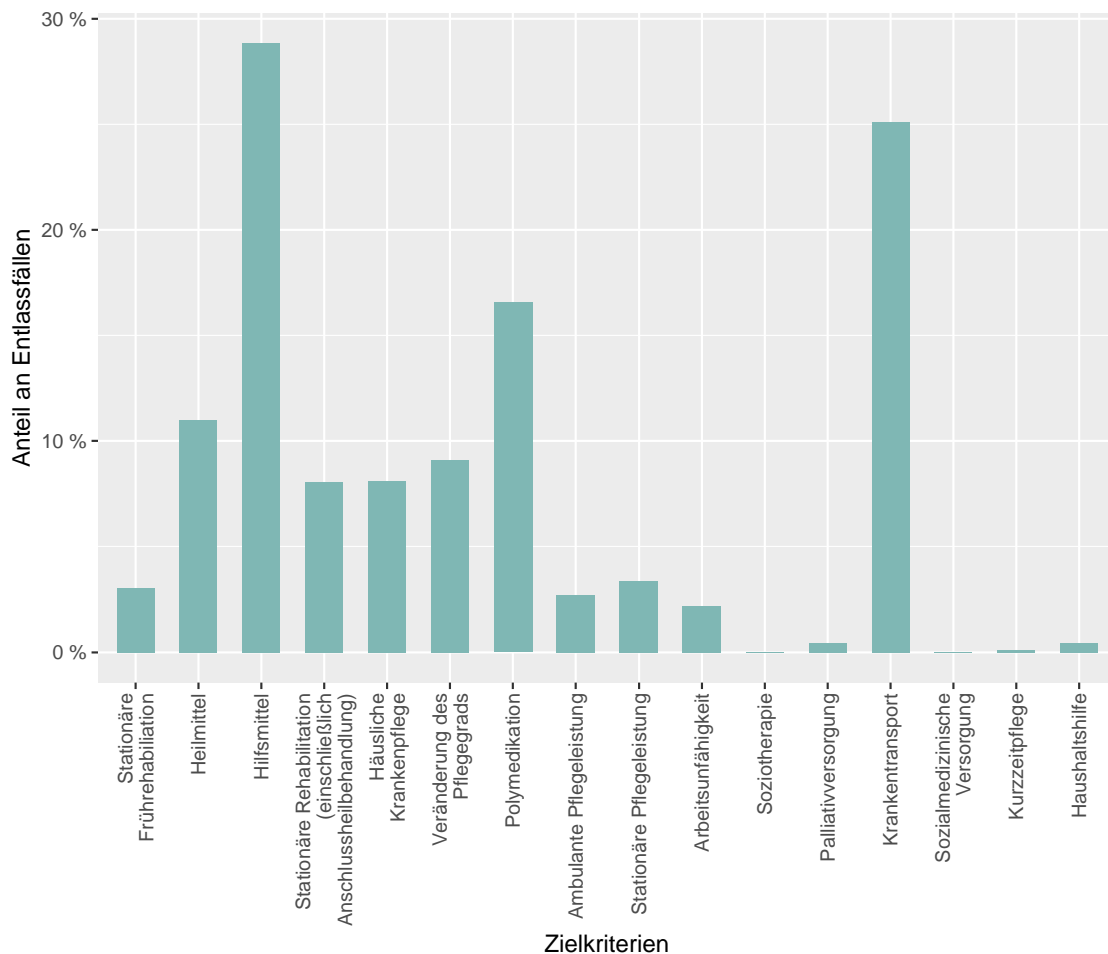


Abbildung 1: Anteil an Entlassfällen, bei denen die jeweiligen Zielkriterien zutreffen. Pro Entlassfall können mehrere Zielkriterien zutreffen. Insgesamt umfasst die Grundgesamtheit der Modelldaten 1.633.359 Entlassfälle des Jahres 2017.

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.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> 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 eBEM<sup>17</sup> 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).

---

<sup>17</sup> 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.<sup>18</sup>

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

---

<sup>18</sup> 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. Geschlecht<sup>19</sup>, 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  $\pi_j$  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  $\pi_j$  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  $\alpha$  den Interzept und  $\beta_k$  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

<sup>19</sup> 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 haben<sup>20</sup> (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-Wert<sup>21</sup> (Fawcett 2006) und der mittlere Brier-Score (Brier 1950) auf Basis des Testdatensatzes<sup>22</sup> 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

<sup>20</sup> 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).

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

<sup>22</sup> 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 Modellvariablen<sup>23</sup> 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.

---

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

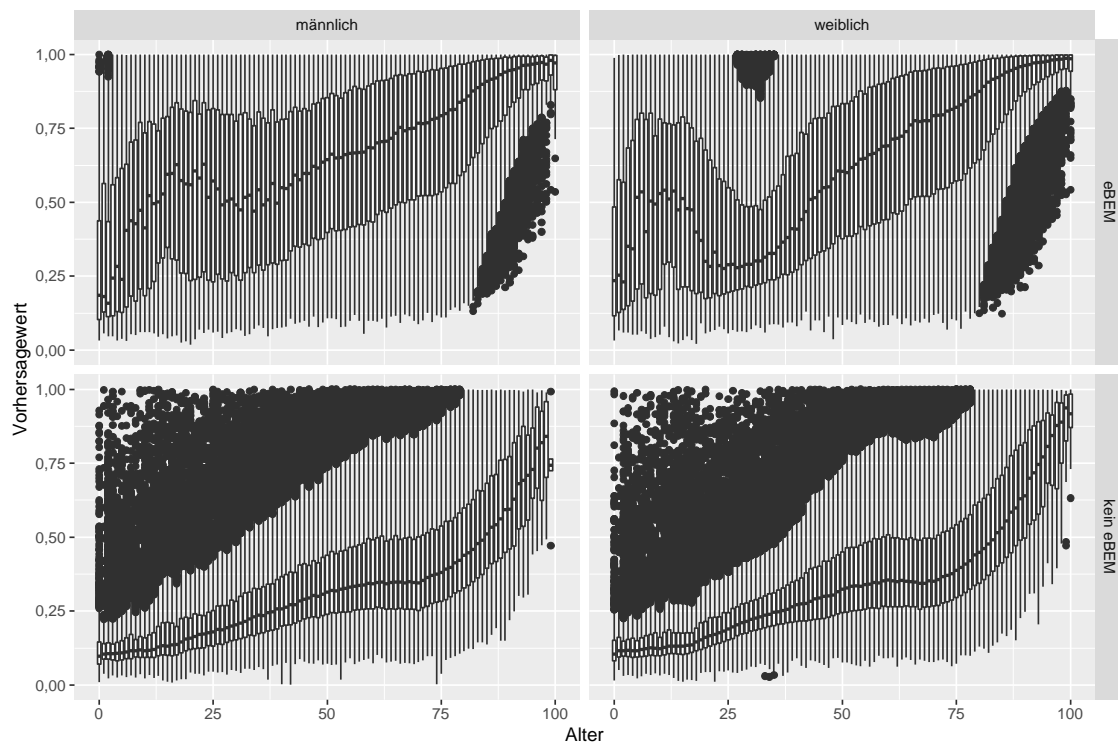


Abbildung 2: Boxplot-Grafik zur altersabhängigen Verteilung der Vorhersagewerte  $\hat{\pi}_j$  für die Entlassfälle innerhalb der Modellgrundgesamtheit stratifiziert nach Geschlecht und eBEM (ja/nein). Pro Altersjahr ist jeweils eine (schmale) Box dargestellt. Die schwarzen Linien innerhalb jeder Box markieren jeweils den Median, die Boxenränder stellen jeweils die 25 %- und 75 %-Quantile dar. Senkrechte Linien ober- und unterhalb der Boxen markieren die Whiskers<sup>24</sup> (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“

<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup>

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

<sup>25</sup> 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 Indexjahren<sup>26</sup> 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

---

<sup>26</sup> 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*<sup>27</sup>-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-Wert<sup>28</sup>.

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.

---

<sup>27</sup> 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.

<sup>28</sup> 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.



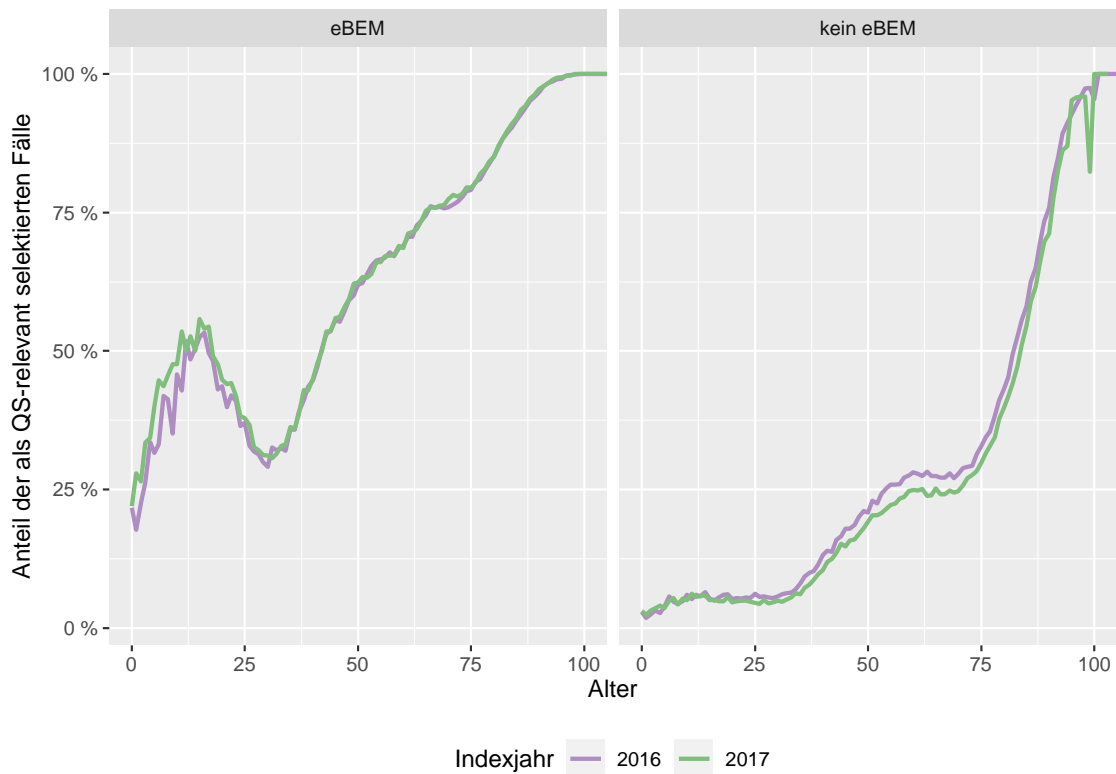


Abbildung 3: Anteil der als QS-relevant selektierten Entlassfälle nach Alter auf Basis der Daten der Indexjahre 2016 und 2017. Die Schätzung der Modellkoeffizienten basiert auf den Daten des Jahres 2017.

#### 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.<sup>29</sup> 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.<sup>30</sup> Die Schwellen von 34 und 67 Fragebögen basieren dabei auf einer Poweranalyse<sup>31</sup> zur notwendigen Mindestanzahl von Fragebögen, um mit ausreichender statistischer Sicherheit deutliche Qualitätsdefizite detektieren zu können.<sup>31</sup> Diese Schwellen sind auch für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* relevant.<sup>31</sup> Die Schwelle von 4 Fällen ist eine aus Datenschutzgründen erforderliche Mindestfallzahl, ab der überhaupt erst eine Leistungserbringer-spezifische Auswertung erfolgen kann.

---

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

<sup>30</sup> 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.

<sup>31</sup> 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.<sup>32</sup>

#### 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.

<sup>32</sup> 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“<sup>33</sup>. 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

<sup>33</sup> 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 bilden<sup>34</sup>.

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.<sup>35</sup> Zusätzlich ist diese Verteilung noch

---

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

<sup>35</sup> 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.

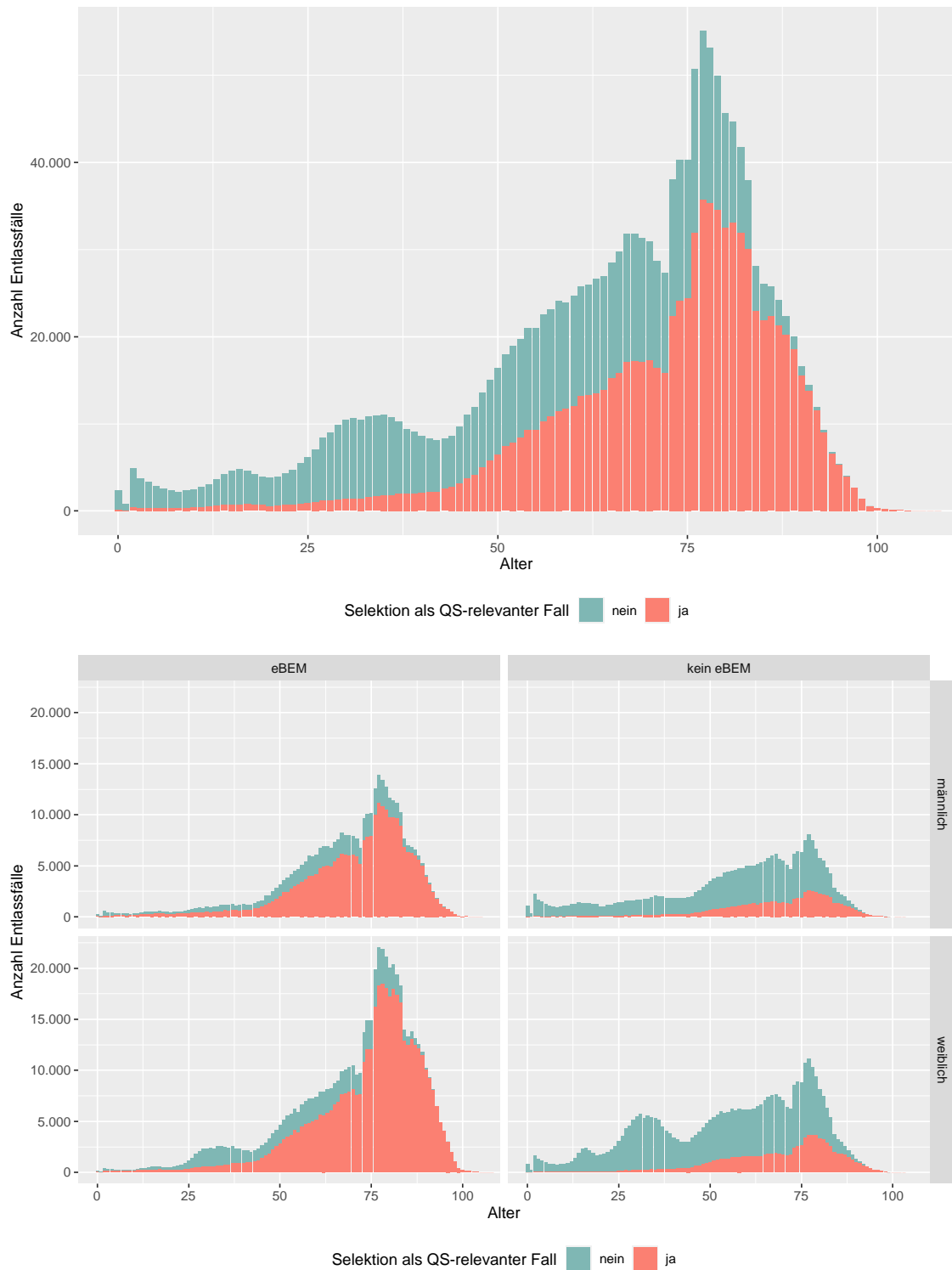


Abbildung 4: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Alter (oben) sowie zusätzlich stratifiziert nach Geschlecht und eBEM vs. kein eBEM (unten)



Die Verteilung der durch den Algorithmus selektierten und nicht selektierten Entlassfälle in Abhängigkeit von der stationären Verweildauer ist in Abbildung 5 dargestellt.<sup>36</sup> 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.

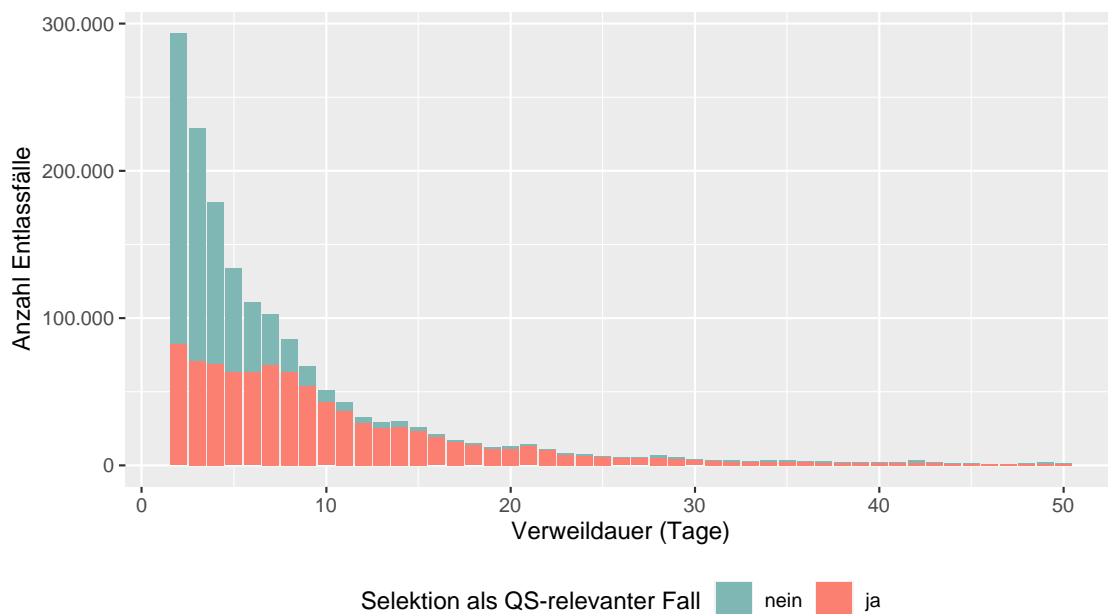


Abbildung 5: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Verweildauer im Krankenhaus. Fälle mit einer Verweildauer von mehr als 50 Tagen sind nicht dargestellt

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.

<sup>36</sup> Eine zusätzlich stratifizierte Darstellung nach Geschlecht und eBEM bietet keine weiteren nennenswerten Erkenntnisse.

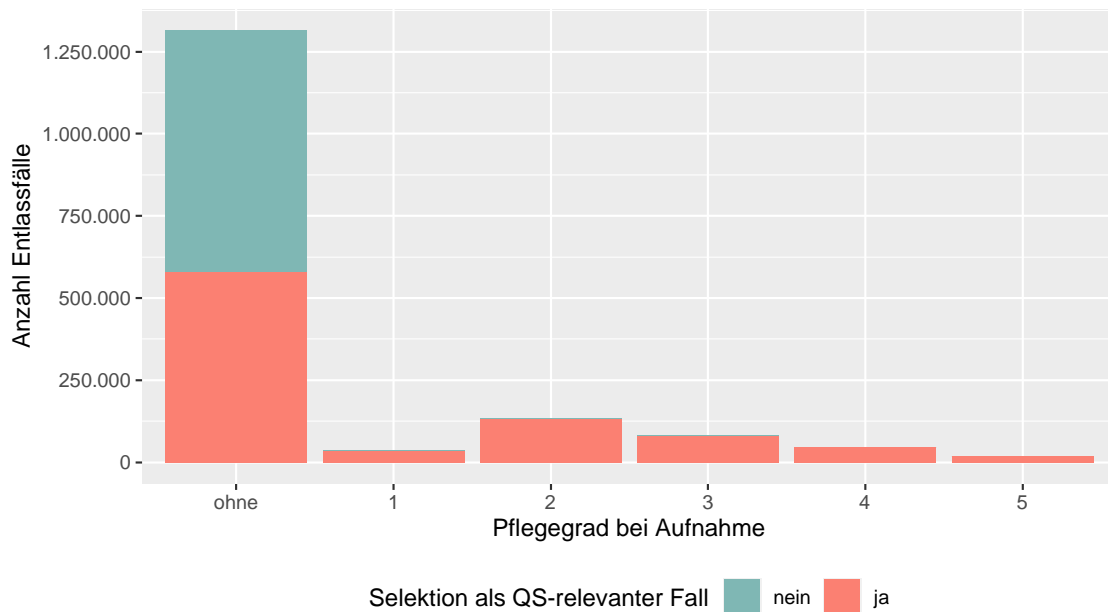


Abbildung 6: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Pflegegrad bei Aufnahme ins Krankenhaus

#### 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.<sup>37</sup> 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.

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

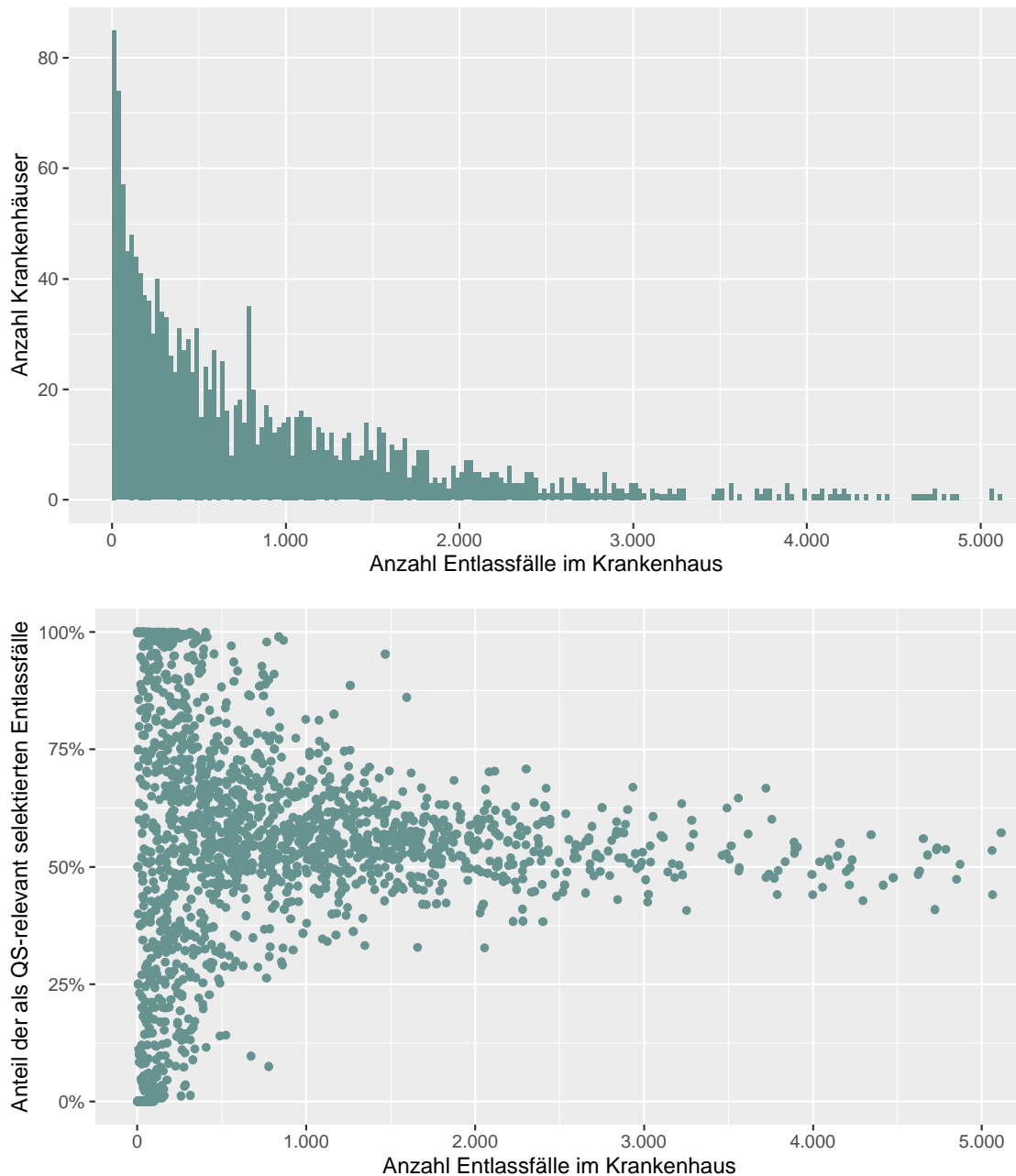


Abbildung 7: Oben: Verteilung der Anzahl der Entlassfälle in der Grundgesamtheit der Modelldaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Histogramm (Spannweite der Gruppen: 25 Fälle). Unten: Anteil der als QS-relevant selektierten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl 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 zieht<sup>38</sup> (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.

---

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

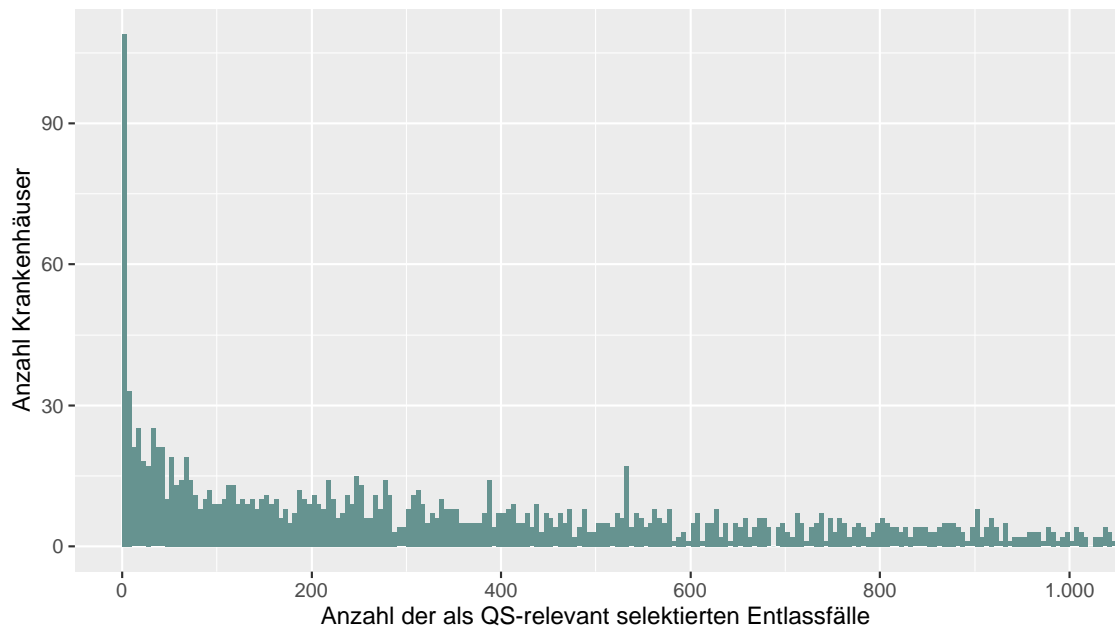


Abbildung 8: Verteilung der Anzahl der als QS-relevant selektierten Entlassfälle über die Krankenhäuser als Histogramm (Spannweite der Gruppen: 5 Fälle), basierend auf den Modelldaten der Grundgesamtheit. Krankenhäuser mit mehr als 1.000 Entlassfällen ( $n = 578$ ) sind teilweise nicht abgebildet.

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).

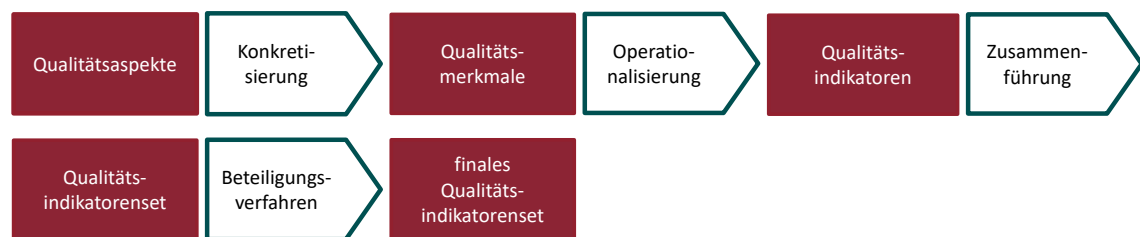


Abbildung 9: Entwicklungsschritte vom Qualitätsmodell bis zum Qualitätsindikatorensatz

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.

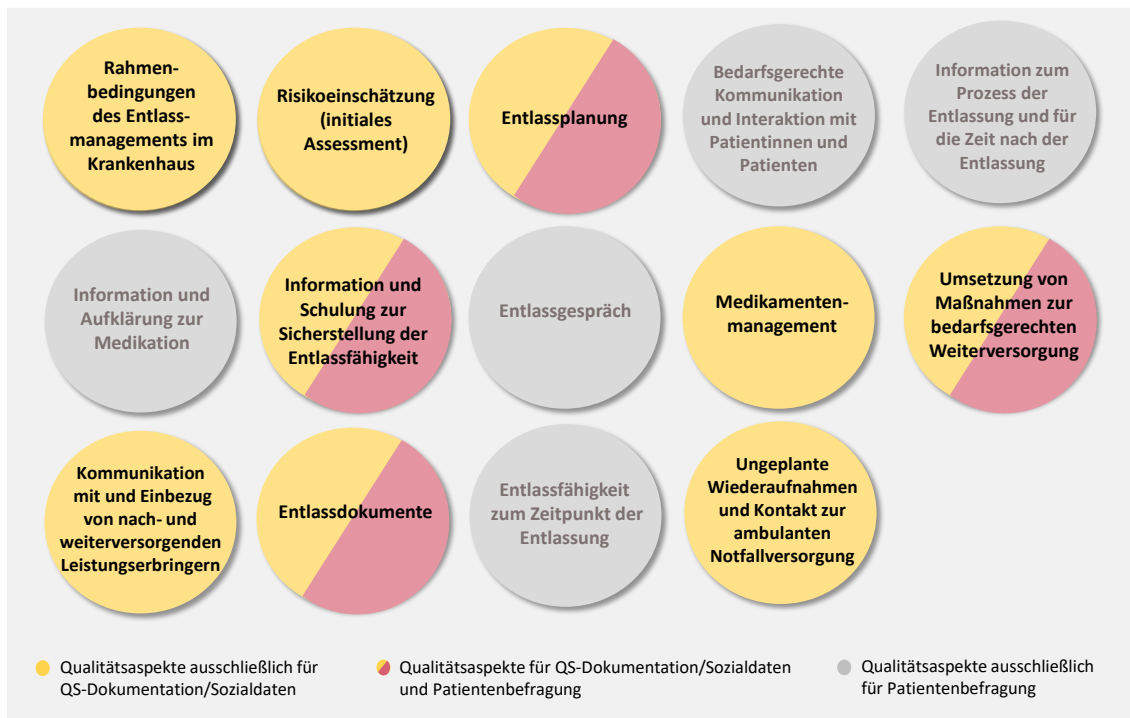


Abbildung 10: Dokumentations- bzw. sozialdatenbasierte Qualitätsaspekte

### 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 Entlassungsmanagement. 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 Entlassungsmanagement 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 Verordnungswesen 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 Verordnungswesens 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 patienten-relevanten 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
<b>Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus</b>	Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	<b>QI:</b> Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
	Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen	<b>QI:</b> Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung
	Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)	<b>QI:</b> 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“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Alle Krankenhäuser sollen über eine schriftliche Verfahrensregelung zu einem multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen.
<b>Indikatortyp</b>	Strukturindikator
<b>Zähler</b>	<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"> <li>▪ relevante Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag, u. a. <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)</li> <li>▫ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)</li> </ul> </li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Abläufe der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag</li> <li>▪ Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte</li> <li>▪ krankenhausinterne Evaluation im multiprofessionellen Team <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Vorgaben zu Frequenz und Fallauswahl</li> </ul> </li> </ul>
<b>Nenner</b>	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“*

<b>Bezeichnung</b>	<b>Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement.
<b>Indikatortyp</b>	Strukturindikator
<b>Zähler</b>	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.

<b>Nenner</b>	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 multi-professionellen 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“

	<b>Abgeleitete Qualitätsmerkmale</b>	<b>Bedeutung für die Patientinnen und Patienten</b>	<b>Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel</b>	<b>Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt</b>	<b>Potenzial zur Verbesserung</b>	<b>Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer</b>
<b>Entlassplanung</b>	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	<b>QI:</b> Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans
	Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor der Entlassung	<b>QI:</b> Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans
	Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	<b>QI:</b> Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement (siehe Abschnitt 5.1.2)
	Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	<b>QI:</b> 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 Verlaufsdocumentation 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"> <li>▪ Vorhandensein eines eigenständigen Dokuments in der Patientenakte, welches als „Entlassplan“ identifizierbar ist</li> <li>▪ Mindestinhalte des Entlassplans: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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</li> <li>▫ Informationen zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin/des Patienten</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege), sofern dieser festgestellt wird.</li> <li>▫ Abschließende Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung</li> </ul>
<b>Nenner</b>	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 Krankenhausentlassung 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
<b>Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit</b>	Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen	<b>QI:</b> 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 niedrighschwellig 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-Dokumentation

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-Massetti 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  $\geq 3$  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  $\geq 95$  % 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 $\geq 3$ 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 $\geq 3$ 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“

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

<b>Zähler</b>	Patientinnen und Patienten, die Medikamente oder eine Medikamentenverordnung erhalten haben
<b>Nenner</b>	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 Gesundheitsanwendungen<sup>39</sup>

durch eine Fachärztin oder einen Facharzt des Krankenhauses erfolgen.

<sup>39</sup> „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 Dienstleitungen 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“

	<b>Abgeleitete Qualitätsmerkmale</b>	<b>Bedeutung für die Patientinnen und Patienten</b>	<b>Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel</b>	<b>Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt</b>	<b>Potenzial zur Verbesserung</b>	<b>Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer</b>
<b>Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung</b>	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

	<b>Abgeleitete Qualitätsmerkmale</b>	<b>Bedeutung für die Patientinnen und Patienten</b>	<b>Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel</b>	<b>Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt</b>	<b>Potenzial zur Verbesserung</b>	<b>Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer</b>
	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
<b>Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern</b>	Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung	<b>QI:</b> 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)*

<b>Bezeichnung</b>	<b>Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung</b>
<b>Qualitätsziel</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	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
<b>Nenner</b>	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-Masseti 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-Masseti 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	nein	ja

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	<b>QI:</b> 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	<b>QI:</b> Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer
	Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	<b>QI:</b> 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.<sup>40</sup> 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)<sup>41</sup> 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

---

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

<sup>41</sup> „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“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst häufig Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung der Patientinnen und Patienten an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	<p>Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung ein endgültiger Entlassbrief an:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/den nachbehandelnden Hausarzt</li> </ul> <p>und – <u>sofern beteiligt</u> –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/den nachbehandelnden Facharzt</li> <li>▪ die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/den nachbehandelnden Psychotherapeuten übermittelt wurde</li> </ul>
<b>Nenner</b>	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“*

<b>Bezeichnung</b>	<b>Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst vielen Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	Patientinnen und Patienten, denen ein Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung mitgegeben wurde
<b>Nenner</b>	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
<b>Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung</b>	Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	<b>Kennzahl:</b> 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
<b>Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus</b>	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
<b>Entlassplanung</b>	Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans	Prozess-indikator	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Medikamentenmanagement</b>	Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans	Prozess-indikator	fallbezogene QS-Dokumentation
	Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen	Prozess-indikator	fallbezogene QS-Dokumentation
<b>Entlassdokumente</b>	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
<b>Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern</b>	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)<sup>42</sup> 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).

---

<sup>42</sup> 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"> <li>▪ Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement</li> <li>▪ Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information und Aufklärung zur Entlassmedikation</li> <li>▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung</li> <li>▪ Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten</li> </ul>
Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans</li> <li>▪ Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information und Aufklärung zur Entlassmedikation</li> <li>▪ Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten</li> </ul>
Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen/Patienten	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus</li> <li>▪ Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung</li> <li>▪ Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus</li> <li>▪ Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung</li> </ul>

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Teilauftrag B)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teilauftrag C)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung</li> <li>▪ Entlassgespräch</li> <li>▪ Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung</li> </ul>
Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans</li> <li>▪ Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen</li> <li>▪ Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer</li> </ul>	-
Angemessenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus</li> </ul>
Koordination und Kontinuität	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans</li> <li>▪ Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans</li> <li>▪ Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung</li> <li>▪ Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung</li> <li>▪ Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung</li> <li>▪ Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten</li> </ul>

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation (Teilauftrag B)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teilauftrag C)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer</li> <li>▪ Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung</li> </ul>	



## 7 Umsetzungs- und Auswertungskonzept

### 7.1 Allgemeine Informationen zur Datenerfassung

#### 7.1.1 Verfahrensart

Die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>43</sup> 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 Krankenhausstandorte<sup>44</sup>) 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

<sup>43</sup> 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).

<sup>44</sup> 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
<b>Fallbezogene QS-Dokumentation</b>		
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
<b>Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation</b>		
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):

$$\begin{aligned}
 & -5,283664 + 0,029129 * \text{ALTER} + \dots + \\
 & (-0,00387 * (\text{PROZ EINSIN 1-20\%})) + (-0,19208 * (\text{PROZ EINSIN 1-21\%})) + \dots + \\
 & (-0,05014 * (\text{DIAG EINSIN A02\%})) + (-0,01422 * (\text{DIAG EINSIN A05\%})) + \dots
 \end{aligned}$$

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).

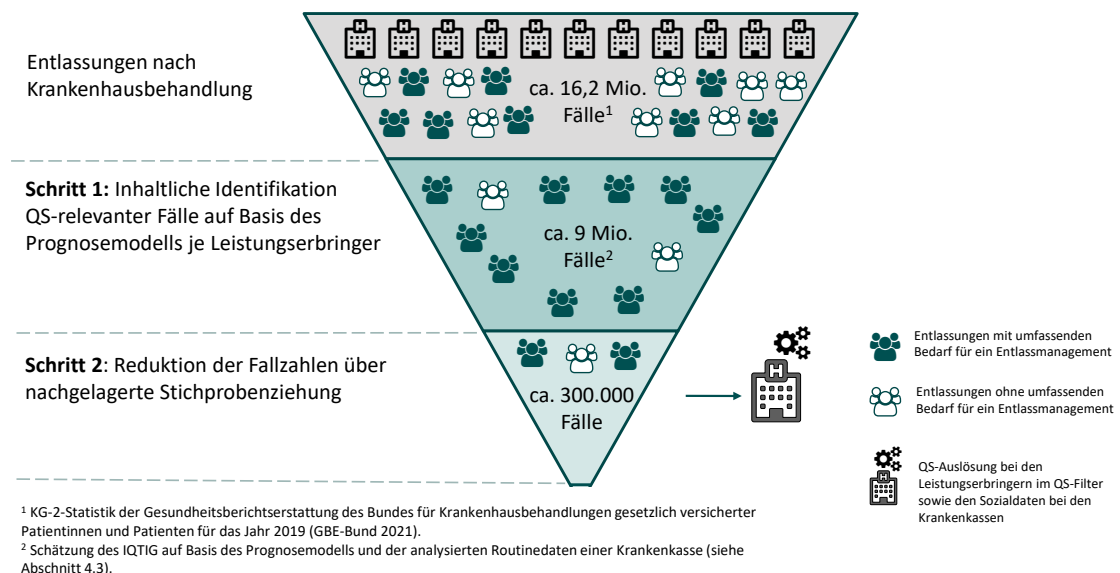


Abbildung 11: Schritte der QS-Auslösung im QS-Verfahren Entlassmanagement

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
<b>Summe der Datenfelder</b>	<b>37</b>
<b>Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)</b>	<b>24</b>

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
<b>Summe der Datenfelder</b>	<b>16</b>
<b>Summe der Datenfelder (abzüglich administrativer Datenfelder)</b>	<b>14</b>

#### 7.2.4 Prüfung der Datenqualität

Im Regelbetrieb werden die folgenden Aspekte der Datenqualität routinemäßig geprüft:

- Vollständigkeit: 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 Qualitätsindikatorensatz 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.<sup>45</sup> 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 Stichprobe<sup>46</sup> aus allen stationären Fällen angefordert.<sup>47</sup> 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

---

<sup>45</sup> 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.

<sup>46</sup> Die Stichprobe sollte wie bei der initialen Entwicklung des Prognosemodell ca. 10 % der jährlichen stationären Fälle von GKV-Patientinnen und Patienten umfassen.

<sup>47</sup> 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.

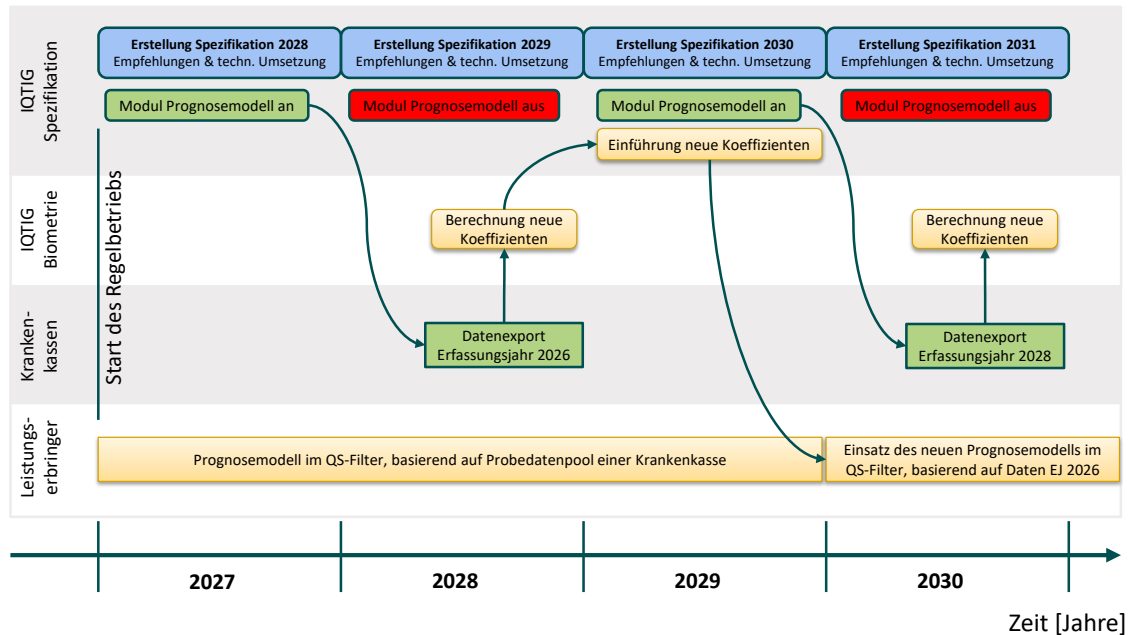


Abbildung 12: Aktualisierung des Prognosemodells für den QS-Filter

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.

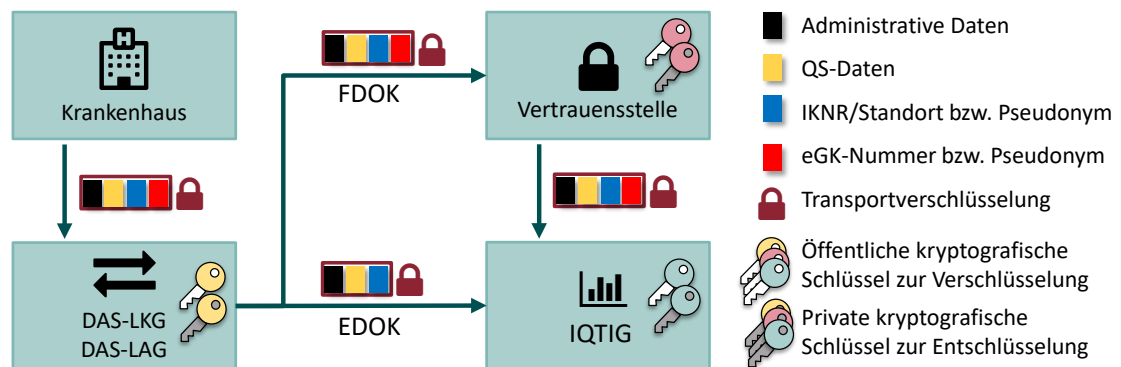


Abbildung 13: Datenfluss der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus; einrichtungsbezogene QS-Dokumentation (EDOK), fallbezogene QS-Dokumentation (FDOK)

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  $\alpha$  (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  $\alpha$  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*

	<b>Indexereignis</b>	<b>14-Tage-Follow-up</b>
<b>Spätestes Ereignisdatum</b>	31.12.EJ X	14.01.EJ X + 1
<b>Datenlieferung der fallbezogenen QS-Dokumentation</b>	22.2.EJ X + 1	22.2.EJ X + 1
<b>Datenlieferung der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation</b>	22.2.EJ X + 1	n. v.

	Indexereignis	14-Tage-Follow-up
<b>Berichtsfähige QIs im Auswertungsjahr</b>	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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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=](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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\\_ers/entlassmanagement/KH\\_2\\_A-endVb\\_Rahmenvertrag\\_Entlassmanagement\\_12.12.2018\\_Anlage\\_3b.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_ers/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 Krankenversichertennummer und Regelungen des Krankenversichertennummernverzeichnisses 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](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](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](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](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](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](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/](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](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](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](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](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.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Februar 2023

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Anhang zum 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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

## **Anhang A: Literaturrecherche**

- Anhang A.1: Rechercherbericht zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens „Entlassmanagement“
- Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen
  - Anhang A.2.1: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien
  - Anhang A.2.2: Abgeleitete Qualitätsmerkmale und deren zugrunde liegenden Vorgaben aus dem Rahmenvertrag
  - Anhang A.2.3: Abgeleitete Qualitätsmerkmale und deren zugrunde liegende Leitlinienempfehlungen
  - Anhang A.2.4: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien
  - Anhang A.2.5: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews – QI (Update-recherche)
  - Anhang A.2.6: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews – Zwischenbericht *Entlassmanagement*
  - Anhang A.2.7: Charakteristika der eingeschlossenen Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen – QI (Updaterecherche)
  - Anhang A.2.8: Charakteristika der eingeschlossenen Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen – Zwischenbericht *Entlassmanagement*

## **Anhang B: Recherche nach bestehenden Qualitätsindikatoren**

## **Anhang C: Expertengremium**

- Anhang C.1: Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten
- Anhang C.2: Übersicht der Expertinnen und Experten
- Anhang C.3: Potenzielle Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten

## **Anhang D: Filter und Datenfelder für die QS-Dokumentation**

- Anhang D.1: QS-Filter
- Anhang D.2: Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation
- Anhang D.3: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

## **Anhang E: Qualitätsindikatoren (derzeit noch nicht umsetzbar)**

# **Anhang A: Literaturrecherche**

# Anhang A.1: Recherchebericht

## Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Recherchebericht .....	5
1 Ziel der Literaturrecherche.....	7
2 Informationsbeschaffung – Standards/Leitlinien.....	9
2.1 Recherche.....	9
2.2 Eingeschlossene Leitlinien und deutsche Expertenstandards der Pflege .....	12
2.2.1 Leitlinienbewertung .....	12
2.2.2 Datenextraktion .....	13
2.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Informationsbeschaffung Standards/Leitlinien .....	14
3 Informationsbeschaffung – Reviews .....	16
3.1 Recherche.....	16
3.2 Eingeschlossene Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen .....	27
3.2.1 Datenextraktion .....	31
3.3 Ausgeschlossene Publikationen der systematischen Recherche nach aktuellen Reviews .....	31
4 Informationsbeschaffung – Primärliteratur .....	37
4.1 Recherche.....	37
4.2 Eingeschlossene Primärliteratur .....	53
4.2.1 Datenextraktion .....	58
4.3 Ausgeschlossene Publikationen der systematischen Recherche nach aktueller Primärliteratur .....	58
Literatur.....	64



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO-Schema .....	7
Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege .....	9
Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien und deutsche Expertenstandards der Pflege .....	12
Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege.....	13
Tabelle 5: Einschlusskriterien für Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen .	16
Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Reviews) .....	18
Tabelle 7: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Reviews) .....	20
Tabelle 8: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Reviews).....	22
Tabelle 9: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Reviews).....	24
Tabelle 10: Eingeschlossene Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen.....	27
Tabelle 11: Berücksichtigte Reviews aus dem Zwischenbericht Entlassmanagement .....	30
Tabelle 12: Einschlusskriterien für Primärliteratur .....	37
Tabelle 13: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Primärliteratur) .....	39
Tabelle 14: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Primärliteratur) .....	41
Tabelle 15: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Primärliteratur) .....	45
Tabelle 16: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Primärliteratur).....	47
Tabelle 17: Eingeschlossene Primärliteratur.....	53
Tabelle 18: Berücksichtigte Primärliteratur aus der Website-Recherche.....	55
Tabelle 19: Berücksichtigte Primärliteratur aus dem Zwischenbericht Entlassmanagement ....	56

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege .....	12
Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche nach Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen.....	27
Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach Primärliteratur in bibliographischen Datenbanken.....	52

# 1 Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche und -analyse unterstützt bei der Entwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens zum Entlassmanagement bei der Identifizierung und Beschreibung spezifischer Qualitätsmerkmale sowie der Prüfung und Darlegung von Potenzialen zur Verbesserung.

Ausgehend von diesem Ziel und den bereits erhaltenen Erkenntnissen aus den Literaturrecherchen im Rahmen des Zwischenberichts zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze (im Weiteren Zwischenbericht *Entlassmanagement*) (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) erfolgte eine Unterteilung der Informationsbeschaffungen:

## 1. Informationsbeschaffung – Standards/Leitlinien

- Welche Kriterien beschreiben die Qualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?

## 2. 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)?

## 3. Informationsbeschaffung – Primärliteratur

- Wie sieht die aktuelle Versorgungssituation in Deutschland, Österreich und der Schweiz aus?

Die recherchierbaren Fragestellungen für die systematischen Recherchen wurden dabei mithilfe des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparison, Outcome) präzisiert (Tabelle 1).

Tabelle 1: PICO-Schema

<b>P</b>	Patientinnen und Patienten jeden Alters mit einer Krankenhausbehandlung
<b>I/C</b>	alle Prozesse, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. der Überleitung aus dem Krankenhaus in die weiterführende Versorgung Anwendung finden
<b>O</b>	Sämtliche Outcomes, die den Entlass- und Überleitungsprozess betreffen, z. B. Mortalität, ungeplante Wiederaufnahme, Notfallkontakte u. a.

Für die Fragestellungen sollen aufbauend auf die im Zwischenbericht *Entlassmanagement* durchgeführten systematischen Literaturrecherchen (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) sowohl Aktualisierungen der Recherchen (Updates) als auch ergänzende Recherchen erfolgen.

Daher wurden passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung vorab für alle Fragestellungen

- die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Setting, Endpunkte),
- die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp) sowie
- die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase, Leitliniendatenbanken)

geprüft und ggf. angepasst.

## 2 Informationsbeschaffung – Standards/Leitlinien

Um die aktuell empfohlenen Standards für den Entlassprozess aus dem Krankenhaus bzw. den Überleitungsprozess aus dem Krankenhaus in die weiterführende Versorgung zu identifizieren, sollte eine Recherche nach deutschen und internationalen Leitlinien sowie deutschen Expertenstandards der Pflege durchgeführt werden.

### 2.1 Recherche

Es erfolgte eine systematische Recherche nach themenspezifischen deutschen und internationalen Leitlinien bzw. deutschen Expertenstandards der Pflege in den gängigen Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden bzw. fachspezifischen Leitlinienanbietern. In Tabelle 2 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Leitlinien und der deutschen Expertenstandards der Pflege zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege

	<b>Einschluss</b>
E1	Die Referenz ist eine Leitlinie oder ein deutscher Expertenstandard der Pflege und ist als Vollpublikation erhältlich.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Leitlinie / des Expertenstandards der Pflege ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Leitlinie / der Expertenstandard der Pflege ist aktuell und gültig (Publikationsdatum ab 15. August 2016).
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Referenz ist aus Deutschland oder einem der folgenden ausgewählten Ländern des WHO Stratum A*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechien, USA.
E6	Die Leitlinie / der Expertenstandard der Pflege adressiert im Hauptfokus übergreifend den Entlassungs- und Überleitungsprozess (das Thema Entlassung/Entlassmanagement) aus dem Krankenhaus. Die Leitlinie / der Expertenstandard der Pflege ist inhaltlich relevant zur Beantwortung der Fragestellung: Welche Kriterien beschreiben die Qualität des Entlassungs- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?

	Einschluss
E7	Die Leitlinie / der Expertenstandard der Pflege gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mindestens S2e oder äquivalent).

\* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

Die Recherche wurde für Deutschland und international bei folgenden Leitliniendatenbanken bzw. fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern durchgeführt:

### Deutschland

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/index.html>
- Bundesärztekammer (BÄK): <http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): <http://www.degam.de/leitlinien.html>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): <https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL): <https://www.leitlinien.de>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP): <https://lqs.zqp.de/display.php>

### International

- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): <https://kce.fgov.be/en>
- British Columbia Guidelines (BC Guidelines): <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards.html>
- Canadian Medical Association (CMA): <https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx>
- Danish Health Authority: <https://www.sst.dk/en/national-clinical-guidelines/publications>
- Finnish Medical Society Duodecim: <http://www.kaypahoito.fi/web/english/guidelines>
- Haute Autorité de Santé (HAS): [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2036961/en/best-practice-guidelines](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2036961/en/best-practice-guidelines)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI): [https://www.icsi.org/guidelines\\_more/find\\_guidelines/](https://www.icsi.org/guidelines_more/find_guidelines/)
- Ministry of Health: <https://www.health.govt.nz/publications>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/Guidance>

- Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ): <https://www.anq.ch/de>
- National Health and Medical Research Council (NHMRC): <https://www.clinicalguidelines.gov.au/>
- New South Wales Department of Health (NSW Health): <https://www1.health.nsw.gov.au/pds/Pages/date.aspx>
- Toward Optimized Practice (TOP): <https://actt.albertadoctors.org/CPGs>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html>
- Trip database: <https://www.tripdatabase.com/>
- Swedish National Board of Health and Welfare: <https://www.socialstyrelsen.se/en/publications/>
- World Health Organization (WHO): <http://www.who.int/publications/guidelines/en/>

Die einzelnen Suchstrategien wurden dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. So bieten sowohl Leitliniendatenbanken als auch einige fachübergreifende und fachspezifische Leitlinienanbieter die Möglichkeit der Suche nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, erfolgte die Identifizierung von Leitlinien über die Navigation, die Sitemap oder durch eine Suche nach „Leitlinie“ bzw. „guideline“ über die Suchfunktion der Website. Somit wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien durchgesehen.

Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

- AWMF: alle aktuellen S2-, S2e- und S3-Leitlinien
- Trip database: "patient discharge"~2 OR "discharge patient"~2
- CMA: discharge OR transfer OR transition

Die Recherchen erfolgten vom 17. bis 25. August 2021.

Die Titel der Leitlinien / der deutschen Expertenstandards der Pflege wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen einer Leitlinie / eines deutschen Expertenstandards der Pflege wurden diskutiert und für den Fall einer fehlenden Einigung wurde die Leitlinie / der deutsche Expertenstandard der Pflege für das Volltext-Screening eingeschlossen.

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 2.3).

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 1).

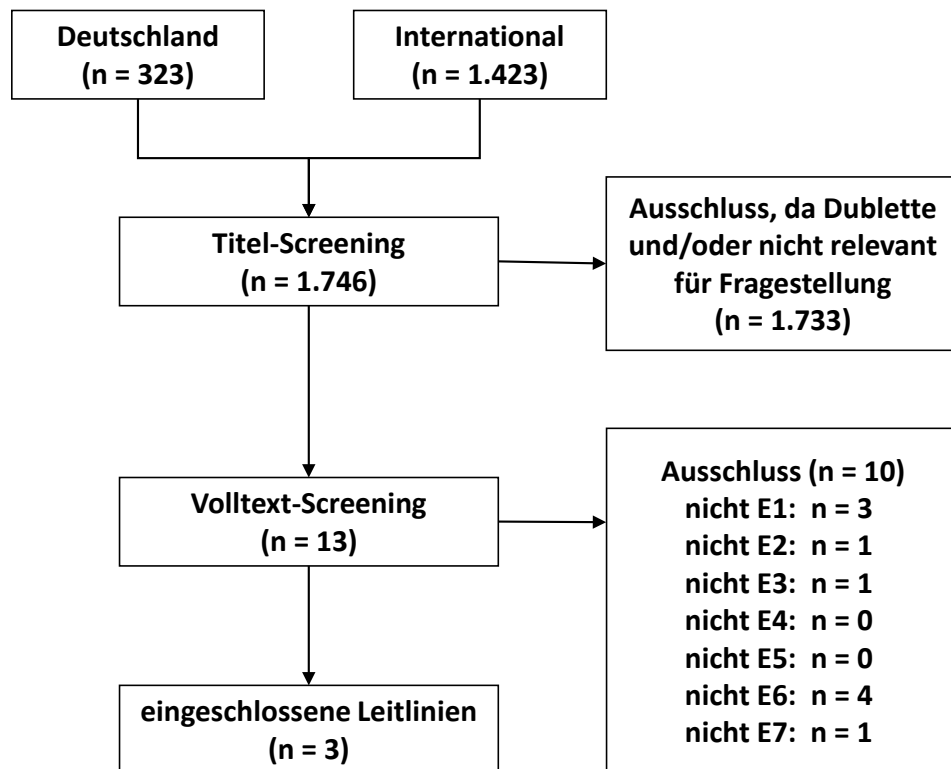


Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege

## 2.2 Eingeschlossene Leitlinien und deutsche Expertenstandards der Pflege

Nach dem Volltext-Screening wurden 3 Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege eingeschlossen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien und deutsche Expertenstandards der Pflege

	Leitlinie / deutscher Expertenstandard der Pflege	Referenz
1	Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement	BMASGK (2018)
2	Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege	DNQP (2019a)
3	NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings	NICE (2021)

### 2.2.1 Leitlinienbewertung

Für eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien wurde das AGREE-II-Instrument verwendet (AGREE Next Steps Consortium 2017). Dieses besteht aus 23 Items, die sechs Domänen zugeordnet sind; welche die Qualität einer Leitlinie bestimmen:

- Domäne 1: Scope and Purpose
- Domäne 2: Stakeholder Involvement
- Domäne 3: Rigour of Development

- Domäne 4: Clarity of Presentation
- Domäne 5: Applicability
- Domäne 6: Editorial Independence

Daran angelehnt wurden die Leitlinien von zwei Personen unabhängig voneinander mit einer Punkteskala von 1 (Strongly Disagree) bis 7 (Strongly Agree) bewertet. Bei Unstimmigkeiten von mehr als zwei Punkten wurde das Item von den bewertenden Personen diskutiert und ein finaler Konsens herbeigeführt. Daraus wurde ein standardisierter Wert je Domäne errechnet, der den prozentualen Anteil an der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne darstellt.

Damit deuten hohe standardisierte Domänenwerte auf eine hohe Qualität der Leitlinie hin und niedrige standardisierte Domänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die standardisierten Domänenwerte ermöglichen es, die verschiedenen Leitlinien hinsichtlich ihrer methodischen Qualität untereinander zu vergleichen.

Tabelle 4 stellt die AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

*Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege*

<b>Leitlinie/ deutscher Expertenstandard der Pflege</b>	<b>Domäne 1</b>	<b>Domäne 2</b>	<b>Domäne 3</b>	<b>Domäne 4</b>	<b>Domäne 5</b>	<b>Domäne 6</b>
BMASGK (2018)	47 %	39 %	15 %	28 %	25 %	0 %
DNQP (2019a)	67 %	58 %	41 %	42 %	60 %	17 %
NICE (2021)	92 %	78 %	85 %	72 %	75 %	50 %

### 2.2.2 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die Datenextraktion umfasst zum einen die relevanten Empfehlungen mit ihren Evidenz- und Empfehlungsstärken (siehe Anhang A.2.3) und zum anderen die Leitliniencharakteristika (siehe Anhang A.2.4) .



## 2.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Informationsbeschaffung Standards/Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 2):

### Nicht E1

1. BC [British Columbia] Ministry of Health, BCCDC [British Columbia Centre for Disease Control] (2021): Maternal and newborn acute care discharge planning and continued care in community settings during the COVID-19 pandemic [Stand:] January 2021. [Victoria, CA-BC]: BC Ministry of Health.
2. Noble, LM; Okogbule-Wonodi, AC; Young, MA (2018): ABM Clinical Protocol #12: Transitioning the Breastfeeding Preterm Infant from the Neonatal Intensive Care Unit to Home, Revised 2018. *Breastfeeding Medicine* 13(4): 230-236. DOI: 10.1089/bfm.2018.29090.ljn.
3. RDoC [Resident Doctors of Canada] (2017): Don't order non-urgent investigations or procedures that will delay discharge of hospital inpatients. Number 4. In: *Choosing Wisely Canada: Medical Education: Residents. Five Things Residents and Patients Should Question*. Last updated: July 2017. Toronto, CA-ON: Choosing Wisely Canada. URL: <https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/06/Residents.pdf> (abgerufen am: 15.09.2021).

### Nicht E2

1. de la Oliva, P; Cambra-Lasaosa, FJ; Quintana-Díaz, M; Rey-Galán, C; Sánchez-Díaz, JI; Martín-Delgado, MC; et al. (2018): Guías de ingreso, alta y triage para las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. Admission, discharge and triage guidelines for paediatric intensive care units in Spain. *Medicina Intensiva* 42(4): 235-246. DOI: 10.1016/j.medint.2017.10.015.

### Nicht E3

1. Department of Health (2015): Communication (Clinical Handover) in Acute and Children's Hospital Services [Full Report]. National Clinical Guideline No. 11. [Stand:] November 2015. Dublin, IR: Department of Health. URL: <https://assets.gov.ie/11588/48b91100bd2f483bbe4b88e1a3ae7b0b.pdf> (abgerufen am: 15.09.2021).

### Nicht E4, E5

Keine

### Nicht E6

1. JBDS-IP [Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care] (2017): Discharge planning for adult inpatients with diabetes. [Stand:] October 2017. [Solihull, GB]: ABCD [Association of British Clinical Diabetologists]. URL: [https://abcd.care/sites/abcd.care/files/resources/JBDS\\_Discharge\\_Planning\\_amendment\\_RCN\\_2017.pdf](https://abcd.care/sites/abcd.care/files/resources/JBDS_Discharge_Planning_amendment_RCN_2017.pdf) (abgerufen am: 15.09.2021).

2. Nates, JL; Nunnally, M; Kleinpell, R; Blosser, S; Goldner, J; Birriel, B; et al. (2016): ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Critical Care Medicine* 44(8): 1553-1602. DOI: 10.1097/ccm.0000000000001856.
3. TransMIT [Gesellschaft für Technologietransfer] (2021): Regionale Versorgungsleitlinie Krankenhaus. Vorläufige Fassung vom 06.05.2021. [Gießen]: Avenue-Pal [Analyse und Verbesserung des sektor- und bereichsübergreifenden Schnittstellen- und Verlegungsmanagements in der Palliativversorgung]. URL: [https://www.avenue-pal.de/app/download/8074639564/2021-05-31+Trans-MIT Avenue-PAL Versorgungsleitlinie Krankenhaus DIN-A4 FINAL DOPPELSEITEN.pdf](https://www.avenue-pal.de/app/download/8074639564/2021-05-31+Trans-MIT+Avenue-PAL+Versorgungsleitlinie+Krankenhaus+DIN-A4+FINAL+DOPPELSEITEN.pdf) (abgerufen am: 15.09.2021).
4. WHO [World Health Organization] (2017): Integrated care for older people. Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genf, CH: WHO. ISBN: 978-92-4-155010-9. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf> (abgerufen am: 15.09.2021).

#### **Nicht E7**

1. Jefferies, AL (2020): Position Statement. Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. Posted: 10.01.2014, Updated: 28.04.2016, Reaffirmed: 01.01.2020. Ottawa, CA-ON: CPS [Canadian Paediatric Society], Fetus and Newborn Committee. URL: <https://www.cps.ca/en/documents/position/facilitating-discharge-of-the-preterm-infant> (abgerufen am: 15.09.2021).

### 3 Informationsbeschaffung – Reviews

Um für die Ableitung der Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild über die aktuelle Versorgungssituation und die Kriterien zu erhalten, welche die Qualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung beschreiben, sollten Reviews identifiziert werden, die auf einer systematischen Recherche beruhen (z. B. systematische Reviews, Scoping Reviews, Umbrella Reviews u. ä.). Darüber hinaus sollten Reviews identifiziert werden, die sich mit möglichen Risikofaktoren für die relevanten Outcomes (u. a. Wiederaufnahmen) beschäftigen.

#### 3.1 Recherche

Es erfolgte zum einen eine systematische Recherche nach aktuellen Reviews. In Tabelle 5 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening zugrunde lagen, aufgeführt.

Zum anderen wurden die bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* eingeschlossenen Reviews (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) geprüft und nur für die Ableitung der Qualitätsmerkmale ausgewählt und berücksichtigt, wenn sie dem hier geschärften Einschlusskriterien E7 (v. a. Beschränkung auf krankheitsübergreifend) entsprachen.

Tabelle 5: Einschlusskriterien für Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen

	Einschluss
E1	Die Referenz ist ein Review, dessen Erkenntnisse auf einer systematischen Recherche/Screening beruhen. Dabei sollen Reviews, bei denen der Volltext nicht beschaffbar ist, <b>nicht</b> berücksichtigt werden.
E2	Der Review wurde ab dem 23. November 2018 publiziert.
E3	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E4	Der Review ist <b>nicht</b> bereits im Zwischenbericht <i>Entlassmanagement</i> (Teil A) zitiert worden.
E5	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E6	Der Review adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland oder einem der folgenden ausgewählten Ländern des WHO Stratum A*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechien, USA. Dabei ist die Mehrheit der eingeschlossenen Studien ( $\geq 80\%$ ) aus den o. g. Ländern, wenn Ergebnisse nicht länderspezifisch aufgeführt sind.

Einschluss	
E7	<p>Der Review beschäftigt sich mit der Versorgungssituation (krankheitsübergreifend) von Patientinnen und Patienten bei der Entlassung/Überleitung aus dem Krankenhaus bzw. der Organisation der weiterführenden Versorgung.</p> <p>Spezifische Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rahmenbedingungen, Qualitätskriterien des Entlass- und Überleitungsmanagements (Strukturqualität)</li> <li>▪ Die Beantragung der Kostenübernahme von Leistungen im Rahmen des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus</li> <li>▪ Der Entlass-/Überleitungsprozess aus dem Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Entlassplanung</li> <li>▫ Entlassgespräch</li> <li>▫ Entlassdokumente</li> </ul> </li> <li>▪ Risikoeinschätzung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Screening, die entsprechenden Assessment-Instrumente</li> <li>▫ Identifikation des Bedarfs für ein Entlassmanagement</li> </ul> </li> <li>▪ Medikamentenmanagement <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Medikationsplan, Verordnungen</li> <li>▫ Mitgabe von Medikamente</li> </ul> </li> <li>▪ Der Prozess zur Organisation der weiterführenden Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Einbezug von weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern</li> <li>▫ z. B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, medizinische Rehabilitation, Pflegegrad, ambulante bzw. stationäre Pflegeleistungen</li> </ul> </li> <li>▪ Die Ergebnisqualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus (z. B. ungeplante Wiederaufnahmen, Notfallkontakte, Sterblichkeit)</li> <li>▪ Risikofaktoren für die relevanten Outcomes</li> <li>▪ <b>Nicht</b> berücksichtigt werden Reviews zur Entlassung/Überleitung von Patientinnen und Patienten von der Kinder- in die Erwachsenenpflege sowie zu krankenhauserinneren Entlassungen/Überleitungen/Verlegungen von Patientinnen und Patienten (z. B. von Intensivstation auf Normalstation).</li> </ul>

\* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Reviews eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen, bei denen die Ergebnisse hauptsächlich die Versorgung aus Industrienationen (entspricht WHO Stratum A inkl. Deutschland) abbildeten, wurden berücksichtigt.

Die Literaturrecherche nach Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen, wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to August 31, 2021
- Embase via Elsevier
- CINAHL via EBSCO
- Cochrane Library (Cochrane Reviews) via Wiley

Ausgehend vom PICO-Schema (siehe Tabelle 1) und den vorliegenden eingeschlossenen Publikationen aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement* wurde die bereits bestehende Literaturrecherche aus dem Zwischenbericht (IQTIG 2019: S. 11 ff; Anhang A: Literaturrecherche) für die Literaturdatenbank MEDLINE verwendet und angepasst. Die Suchstrategie bestand aus drei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population (eingeschränkt auf das Setting Krankenhaus), ein Rechercheblock für die Intervention (alle Prozesse zum Entlassmanagement) sowie einen auf systematische Reviews einschränkenden Block. Der verwendete Filter für systematische Reviews stammte vom Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN [kein Datum]) und wurde geringfügig modifiziert sowie für die Datenbanken Embase und CINAHL adaptiert.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 23. November 2018
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 6, Tabelle 7, Tabelle 8 und Tabelle 9).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 01. September 2021.

#### Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Reviews); Datum der Recherche: 01.09.2021

#	Searches
1	Patient Discharge/
2	discharge?.ti,ab.
3	Patient Transition/
4	(patient? adj3 transition?).ti,ab.
5	(patient? adj2 transfer*).ti,ab.
6	(transition* adj2 care).ti,ab.
7	(transition* adj2 healthcare).ti,ab.
8	transfer of care.ti,ab.
9	Patient Handoff/
10	(handoff? or hand-off? or handover? or hand-over?).ti,ab.
11	Patient Care Management/
12	(management adj2 care).ti,ab.
13	(management adj2 healthcare).ti,ab.
14	(patient? adj3 coordinat*).ti,ab.
15	(care adj3 coordinat*).ti,ab.

#	Searches
16	Continuity of Patient Care/
17	(continuity adj3 care).ti,ab.
18	(continuum adj3 care).ti,ab.
19	(post adj2 hospital?).ti,ab.
20	(post adj2 clinic?).ti,ab.
21	out of hospital.ti,ab.
22	Aftercare/
23	after care.ti,ab.
24	aftercare.ti,ab.
25	follow-up care.ti,ab.
26	followup care.ti,ab.
27	Transfer Agreement/
28	(transfer? adj2 coordinat*).ti,ab.
29	(interfacility adj2 (transfer? or transition?)).ti,ab.
30	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
31	exp hospitals/
32	hospital*.ti,ab.
33	exp patients/
34	inpatient?.ti,ab.
35	clinic*.ti,ab.
36	department?.ti,ab.
37	outpatient?.ti,ab.
38	31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37
39	Meta-Analysis as Topic/ or exp Review Literature as Topic/
40	(meta analy* or metaanaly*).tw.
41	Meta-Analysis/ or Systematic Review/
42	((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) adj3 (review? or overview? or bibliographic* or literature or search*)).tw.
43	39 or 40 or 41 or 42
44	(medline or pubmed or cochrane or embase or psychinfo or psycinfo or cinahl or cinhal or science citation index or scopus or science?direct or google scholar).ab.
45	((study or studies) adj (selection or selected)).ab.

#	Searches
46	(reference list* or bibliograph* or hand-search* or handsearch* or relevant journals or manual search*).ab.
47	44 or 45 or 46
48	(selection criteria or data extraction).ab.
49	Review/
50	48 and 49
51	43 or 47 or 50
52	30 and 38 and 51
53	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
54	52 not 53
55	limit 54 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
56	54 not 55
57	limit 56 to (english or german)
58	limit 57 to yr="2014 -Current"
59	(Auflistung aller accession numbers der Publikationen, die bereits während der Konzeptstudie recherchiert wurden - verknüpft mit dem Booleschen Operator "OR").ui.
60	58 not 59
61	remove duplicates from 60

### Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 7: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Reviews); Datum der Recherche: 01.09.2021

No.	Searches
#1	'hospital discharge'/de
#2	discharge\$:ti,ab
#3	(patient\$ NEAR/3 transition\$):ti,ab
#4	(patient\$ NEAR/2 transfer*):ti,ab
#5	(transition* NEAR/2 care):ti,ab
#6	(transition* NEAR/2 healthcare):ti,ab
#7	'transfer of care':ti,ab
#8	'clinical handover'/de
#9	'handoff\$':ti,ab OR 'hand-off\$':ti,ab OR 'handover\$':ti,ab OR 'hand-over\$':ti,ab
#10	'patient care'/mj
#11	(management NEAR/2 care):ti,ab

No.	Searches
#12	(management NEAR/2 healthcare):ti,ab
#13	(patient\$ NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#14	(care NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#15	(continuity NEAR/3 care):ti,ab
#16	(continuum NEAR/3 care):ti,ab
#17	(post NEAR/2 hospital\$):ti,ab
#18	(post NEAR/2 clinic\$):ti,ab
#19	'out of hospital':ti,ab
#20	'aftercare'/de
#21	'after care':ti,ab
#22	aftercare:ti,ab
#23	'follow-up care':ti,ab
#24	'followup care':ti,ab
#25	(transfer\$ NEAR/2 coordinat*):ti,ab
#26	(interfacility NEAR/2 transfer\$):ti,ab
#27	(interfacility NEAR/2 transition\$):ti,ab
#28	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27
#29	'hospital'/exp
#30	hospital*:ti,ab
#31	'patient'/exp
#32	inpatient\$:ti,ab
#33	clinic*:ti,ab
#34	department\$:ti,ab
#35	outpatient\$:ti,ab
#36	#29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
#37	'systematic review (topic)'/de OR 'systematic review'/de OR 'meta analysis (topic)'/de OR 'meta analysis'/exp
#38	metaanaly*:ab,ti OR 'meta analy*':ab,ti
#39	((systematic* OR comprehensive* OR integrative OR electronic*) NEAR/3 (review\$ OR overview\$ OR bibliographic* OR literature OR search*)):ab,ti
#40	#37 OR #38 OR #39



No.	Searches
#41	medline:ab OR pubmed:ab OR cochrane:ab OR embase:ab OR psychinfo:ab OR psycinfo:ab OR cinahl:ab OR cinhal:ab OR 'science citation index':ab OR scopus:ab OR sciencedirect:ab OR 'science direct':ab OR 'google scholar':ab
#42	((study OR studies) NEAR/1 (selection OR selected)):ab
#43	'reference list*':ab OR bibliograph*':ab OR 'hand-search*':ab OR 'handsearch*':ab OR 'relevant journals':ab OR 'manual search*':ab
#44	#41 OR #42 OR #43
#45	'selection criteria':ab OR 'data extraction':ab
#46	'review'/de
#47	#45 AND #46
#48	#40 OR #44 OR #47
#49	#28 AND #36 AND #48
#50	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#51	#49 NOT #50
#52	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti
#53	#51 NOT #52
#54	#53 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#55	#54 AND [2014-2021]/py
#56	#55 AND [23-11-2018]/sd NOT [2-9-2021]/sd

### Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley

Tabelle 8: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Reviews); Datum der Recherche: 01.09.2021

No.	Searches
#1	MeSH descriptor: [Patient Discharge] this term only
#2	(discharge*):ti OR (discharge*):ab
#3	MeSH descriptor: [Patient Transfer] this term only
#4	((patient* near/3 transition*)):ti OR ((patient* near/3 transition*)):ab
#5	(patient* near/2 transfer*):ti OR (patient* near/2 transfer*):ab
#6	(transition* near/2 care):ti OR (transition* near/2 care):ab
#7	(transition* near/2 healthcare):ti OR (transition* near/2 healthcare):ab
#8	("transfer* of care"):ti OR ("transfer* of care"):ab
#9	MeSH descriptor: [Patient Handoff] this term only

No.	Searches
#10	((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ti OR ((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ab
#11	MeSH descriptor: [Patient Care Management] this term only
#12	(management near/2 care):ti OR (management near/2 care):ab
#13	(management near/2 healthcare):ti OR (management near/2 healthcare):ab
#14	(patient* near/3 coordinat*):ti OR (patient* near/3 coordinat*):ab
#15	(care near/3 coordinat*):ti OR (care near/3 coordinat*):ab
#16	MeSH descriptor: [Continuity of Patient Care] this term only
#17	(continuity near/3 care):ti OR (continuity near/3 care):ab
#18	(continuum near/3 care):ti OR (continuum near/3 care):ab
#19	(post near/2 hospital*):ti OR (post near/2 hospital*):ab
#20	(post near/2 clinic*):ti OR (post near/2 clinic*):ab
#21	("out of hospital"):ti OR ("out of hospital"):ab
#22	MeSH descriptor: [Aftercare] this term only
#23	("after care"):ti OR ("after care"):ab
#24	(aftercare):ti OR (aftercare):ab
#25	("follow-up care"):ti OR ("follow-up care"):ab
#26	("followup care"):ti OR ("followup care"):ab
#27	MeSH descriptor: [Transfer Agreement] this term only
#28	(transfer* near/2 coordinat*):ti OR (transfer* near/2 coordinat*):ab
#29	(interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ti OR (interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ab
#30	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29
#31	MeSH descriptor: [Hospitals] explode all trees
#32	(hospital*):ti OR (hospital*):ab
#33	MeSH descriptor: [Patients] explode all trees
#34	(inpatient*):ti OR (inpatient*):ab
#35	(clinic*):ti OR (clinic*):ab
#36	(department*):ti OR (department*):ab
#37	(outpatient*):ti OR (outpatient*):ab
#38	#31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37

No.	Searches
#39	#30 and #38
#40	#39 with Cochrane Library publication date Between Nov 2018 and Sep 2021, in Cochrane Reviews

### Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 9: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Reviews); Datum der Recherche: 01.09.2021

#	Query
S1	(MH "Patient Discharge+")
S2	TI discharge# OR AB discharge#
S3	TI patient# n3 transition# OR AB patient# n3 transition#
S4	TI patient# n2 transfer* OR AB patient# n2 transfer*
S5	TI transition* n2 care OR AB transition* n2 care
S6	TI transition* n2 healthcare OR AB transition* n2 healthcare
S7	TI "transfer of care" OR AB "transfer of care"
S8	(MH "Hand Off (Patient Safety)")
S9	TI ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) ) OR AB ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) )
S10	TI management n2 care OR AB management n2 care
S11	TI management n2 healthcare OR AB management n2 healthcare
S12	TI patient# n3 coordinat* OR AB patient# n3 coordinat*
S13	TI care n3 coordinat* OR AB care n3 coordinat*
S14	(MH "Continuity of Patient Care")
S15	TI continuity n3 care OR AB continuity n3 care
S16	TI continuum n3 care OR AB continuum n3 care
S17	TI post n2 hospital# OR AB post n2 hospital#
S18	TI post n2 clinic# OR AB post n2 clinic#
S19	TI "out of hospital" OR AB "out of hospital"
S20	(MH "After Care")
S21	TI "after care" OR AB "after care"
S22	TI aftercare OR AB aftercare
S23	TI "follow-up care" OR AB "follow-up care"
S24	TI "followup care" OR AB "followup care"
S25	TI transfer# n2 coordinat* OR AB transfer# n2 coordinat*

#	Query
S26	TI ( interfacility n2 (transfer# or transition#) ) OR AB ( interfacility n2 (transfer# or transition#) )
S27	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26
S28	(MH "Hospitals+")
S29	TI hospital* OR AB hospital*
S30	(MH "Patients+")
S31	TI inpatient# OR AB inpatient#
S32	TI clinic* OR AB clinic*
S33	TI department# OR AB department#
S34	TI outpatient# OR AB outpatient#
S35	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34
S36	TI ("meta analy*" OR metaanaly*) OR AB ("meta analy*" OR metaanaly*)
S37	(MH "Meta Analysis") OR (MH "Systematic Review")
S38	TI ((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) N3 (review# or overview# or bibliographic* or literature or search*)) OR AB ((systematic* or comprehensive* or integrative or electronic*) N3 (review# or overview# or bibliographic* or literature or search*))
S39	S36 OR S37 OR S38
S40	AB (medline OR pubmed OR cochrane OR embase OR psychinfo OR psycinfo OR cinahl OR cinhal OR sciencedirect OR scopus) OR AB "science citation index" OR AB "science direct" OR AB "google scholar"
S41	AB ((study or studies) N1 (selection or selected))
S42	AB "reference list*" OR AB bibliograph* OR AB "hand-search*" OR AB handsearch* OR AB "relevant journals" OR AB "manual search*"
S43	S40 OR S41 OR S42
S44	AB "selection criteria" OR AB "data extraction"
S45	(MH "Literature Review+")
S46	Limiters - Publication Type: Review
S47	S45 OR S46
S48	S44 AND S47
S49	S39 OR S43 OR S48
S50	S27 AND S35 AND S49

#	Query
S51	Limiters - Publication Type: Abstract, Case Study, Commentary, Editorial, Letter, Proceedings
S52	S50 NOT S51
S53	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S54	S52 NOT S53
S55	S54; Limiters - Published Date: 20181101-20210931; Language: English, German

Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 5) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 3.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche in bibliographischen Datenbanken nach Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen, bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 2).

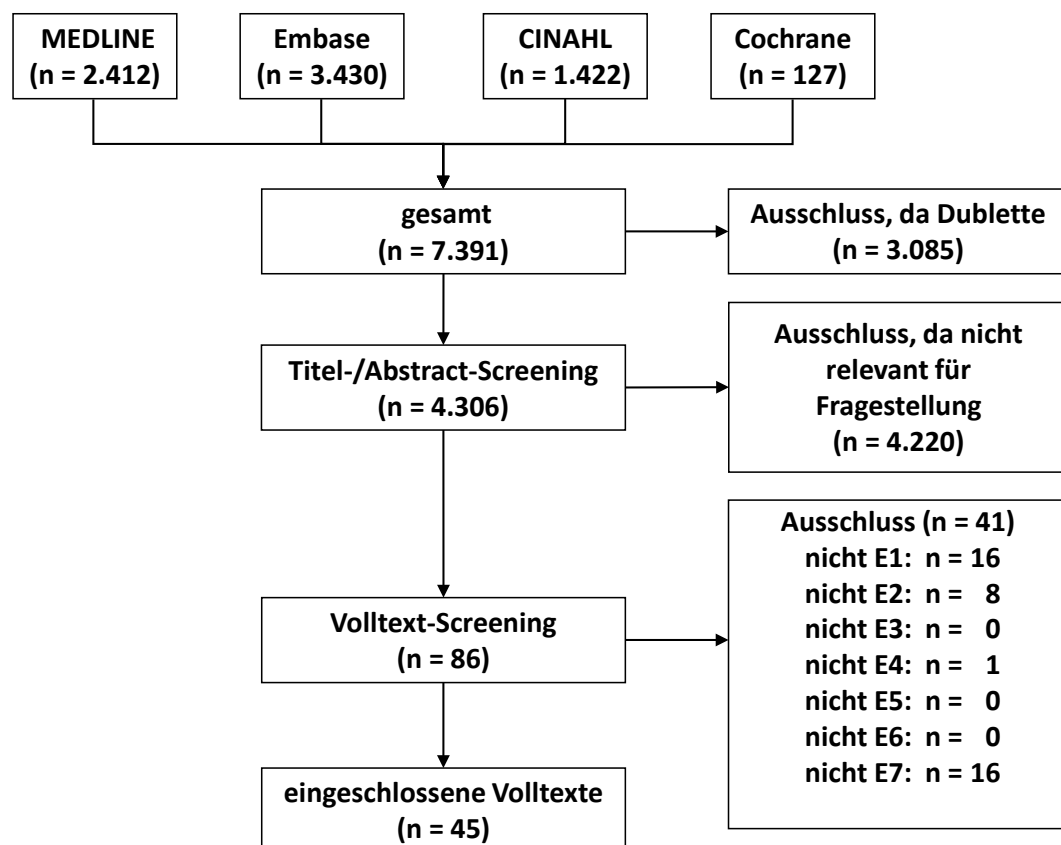


Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche nach Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen

### 3.2 Eingeschlossene Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen

Nach dem Volltext-Screening wurden 45 Publikationen eingeschlossen (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Eingeschlossene Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen

	Titel	Referenz
1	Prevalence and Nature of Medication Errors and Medication-Related Harm Following Discharge from Hospital to Community Settings: A Systematic Review	Alqenae et al. (2020)
2	Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis	Becker et al. (2021)
3	Medication Counselling in Older Patients Prior to Hospital Discharge: A Systematic Review	Capiou et al. (2020)
4	Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation	Chung et al. (2019)
5	Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review	Coffey et al. (2019)
6	In-hospital interventions for reducing readmissions to acute care for adults aged 65 and over: An umbrella review	Conroy et al. (2020)
7	Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis	Daliri et al. (2021)
8	Benefits of medication charts provided at transitions of care: a narrative systematic review	Dietrich et al. (2020)
9	Assessment tools and factors used to predict discharge from acute general medical wards: a systematic review	D'Souza et al. (2021)
10	Psychiatric Readmission of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis	Edgcomb et al. (2020)
11	Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: a scoping review	Evans et al. (2020)
12	Continuity of care interventions for preventing hospital re-admission of older people with chronic diseases: A meta-analysis	Facchinetti et al. (2020)
13	Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review	Fønss Rasmussen et al. (2021)
14	Comprehensive Geriatric Assessment in hospital and hospital-at-home settings: a mixed-methods study	Gardner et al. (2019)

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
15	Inventory of tools for care coordination between general practice and hospital system for patients suffering from cancer in active phase of treatment: A scoping review	Gimenez et al. (2020)
16	Hospital-to-Home Interventions, Use, and Satisfaction: A Meta-analysis	Hamline et al. (2018)
17	Geriatric assessment for older adults admitted to the emergency department: A systematic review and meta-analysis	Häseler-Ouart et al. (2021)
18	Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review	Hayajneh et al. (2020)
19	Effectiveness of Transitional Interventions in Improving Patient Outcomes and Service Use After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Systematic Review and Meta-Analysis	Hegedüs et al. (2020)
20	The effect of discharge planning on length of stay and re-admission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews	Hunt-O'Connor et al. (2021)
21	Effectiveness of Nurse-Led Case Management in Cancer Care: Systematic Review	Joo und Liu (2019)
22	The Effectiveness of Multicomponent Functional Maintenance Initiatives for Acutely Hospitalized Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis	Kavanagh et al. (2021)
23	Palliative care transitions from acute care to community-based care: A qualitative systematic review of the experiences and perspectives of health care providers	Killackey et al. (2020)
24	Predicting the need for supportive services after discharged from hospital: a systematic review	Kobewka et al. (2020)
25	Factors associated with psychiatric readmission of children and adolescents in the U.S.: A systematic review of the literature	Madden et al. (2020)
26	Causes of delayed hospital discharge among adult clients: a scoping review	Modas et al. (2019)
27	Collaboration among nurses when transitioning older adults between hospital and community settings: a scoping review	Moore et al. (2021)
28	Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review	Morkisch et al. (2020)
29	Risk of suicide after discharge from inpatient psychiatric care: a systematic review	O'Connell et al. (2021)

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
30	The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients From Hospital to Home: A Systematic Scoping Review	O'Donnell et al. (2021)
31	Effectiveness of Discharge Education With the Teach-Back Method on 30-Day Readmission: A Systematic Review	Oh et al. (2021)
32	Palliative Care Transitions From Acute Care to Community-Based Care-A Systematic Review	Saunders et al. (2019)
33	Risk scores identifying elderly inpatients at risk of 30-day unplanned readmission and accident and emergency department visit: a systematic review	Schwab et al. (2019)
34	A systematic literature review and narrative synthesis on the risks of medical discharge letters for patients' safety	Schwarz et al. (2019)
35	Does inpatient palliative care consultation impact outcomes following hospital discharge? A narrative systematic review	Scott et al. (2020)
36	Transitional palliative care interventions for older adults with advanced non-malignant diseases and frailty: a systematic review	Sezgin et al. (2020)
37	Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review	Sheehan et al. (2021)
38	Towards a patient journey perspective on causes of unplanned readmissions using a classification framework: results of a systematic review with narrative synthesis	Singotani et al. (2019)
39	Interventions to Improve Hospital Admission and Discharge Management: An Umbrella Review of Systematic Reviews	Straßner et al. (2020a)
40	Quality Indicators for Older Persons' Transitions in Care: A Systematic Review and Delphi Process	Tate et al. (2021)
41	Successful care transitions for older people: a systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity	Tomlinson et al. (2020)
42	Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis	Tyler et al. (2019)
43	Effectiveness of nurse-led peri-discharge interventions for reducing 30-day hospital readmissions: Network meta-analysis	Wong et al. (2021)
44	Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review	Woods et al. (2019)
45	Risk factors associated with paediatric unplanned hospital readmissions: a systematic review	Zhou et al. (2019)



Die Prüfung der im Zwischenbericht *Entlassmanagement* eingeschlossenen Reviews (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) ergab, dass folgende Reviews für die Ableitung der Qualitätsmerkmale berücksichtigt werden konnten (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Berücksichtigte Reviews aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement*

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
1	User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home: A Meta-Synthesis	Allen et al. (2017)
2	Clarifying model for continuity of care: A concept analysis	Bahr und Weiss (2018)
3	Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review	Braet et al. (2016)
4	Meta-Analysis of Clinical Trials That Evaluate the Effectiveness of Hospital-Initiated Postdischarge Interventions on Hospital Readmission	Branowicki et al. (2017)
5	A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes	Couturier et al. (2016)
6	A Systematic Review of Interventions to Follow-Up Test Results Pending at Discharge	Darragh et al. (2018)
7	The Effectiveness of Family-Centered Transition Processes From Hospital Settings to Home: A Review of the Literature	Desai et al. (2015)
8	Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature	Donisi et al. (2016)
9	Readiness for hospital discharge: A concept analysis	Galvin et al. (2017)
10	Discharge planning from hospital (Review)	Gonçalves-Bradley et al. (2016)
11	Predicting discharge to institutional long-term care following acute hospitalisation: a systematic review and meta-analysis	Harrison et al. (2017)
12	Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review	Jones et al. (2016)
13	Review of successful hospital readmission reduction strategies and the role of health information exchange	Kash et al. (2017)
14	Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review	Kattel et al. (2016)
15	Preventing 30-Day Hospital Readmissions. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials	Leppin et al. (2014)
16	Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review	Mabire et al. (2016)

	Titel	Referenz
17	Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home	Mabire et al. (2018)
18	Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis	Mekonnen et al. (2016)
19	Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature	Michaelsen et al. (2015)
20	Impact of Patient-Centered Discharge Tools: A Systematic Review	Okrainec et al. (2017)
21	Incidence of Medication-Related Harm in Older Adults After Hospital Discharge: A Systematic Review	Parekh et al. (2018)
22	Risk factors for acute care hospital readmission in older persons in Western countries: a systematic review	Pedersen et al. (2017)
23	Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature	Sfetcu et al. (2017)
24	Feasibility of 30-day hospital readmission prediction modeling based on health information exchange data	Swain und Kharrazi (2015)
25	Optimizing the quality of hospital discharge summaries – a systematic review and practical tools	Unnewehr et al. (2015)
26	Care Transition from Hospital to Home: Integrative Review	Weber et al. (2017)

### 3.2.1 Datenextraktion

Die Datenextraktion der Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen, wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die extrahierten Daten sind in Anhang A.2.5 bzw. Anhang A.2.6 dokumentiert.

### 3.3 Ausgeschlossene Publikationen der systematischen Recherche nach aktuellen Reviews

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 5):

#### Nicht E1

1. Åhsberg, E (2019): Discharge from hospital - a national survey of transition to outpatient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33(2): 329-335. DOI: 10.1111/scs.12625.
2. Coatsworth-Puspoky, R; Duggleby, W; Dahlke, S; Hunter, K (2021): Unplanned readmission for older persons: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Epub 24.05.2021.(00): 1-5. DOI: 10.1111/jan.14893.
3. Dickinson, DT; Rashid, S; Weiland, A; Tjoa, T; Kim, DS; Huang, SS (2019): Errors in antibiotic transitions between hospital and nursing home: How often do they occur? *Infection Control and Hospital Epidemiology* 40(12): 1416-1419. DOI: 10.1017/ice.2019.270.

4. DTB Team (2021): Ensuring medication continuity in older people after hospital discharge. *Drug and Therapeutics Bulletin* 59(8): 118. DOI: 10.1136/dtb.2021.000036.
5. Kash, BA; Baek, J; Cheon, O; Manzano, J-GM; Jones, SL; Paraniyam, J; et al. (2019): How Leading Hospitals Operationalize Evidence-Based Readmission Reduction Strategies: A Mixed-Methods Comparative Study Using Systematic Review and Survey Design. *American Journal of Medical Quality* 34(6): 529-537. DOI: 10.1177/1062860618824410.
6. Koyfman, I; Finnell, D (2019): A Call for Interfacing Measures of Instrumental Activities of Daily Living. Across the Transition of Care. *Home Healthcare Now* 37(1): 44-49. DOI: 10.1097/NHH.0000000000000715.
7. Linkens, AEMJH; Milosevic, V; van der Kuy, PHM; Damen-Hendriks, VH; Mestres Gonzalvo, C; Hurkens, KPGM (2020): Medication-related hospital admissions and readmissions in older patients: an overview of literature. *International Journal of Clinical Pharmacy* 42(5): 1243-1251. DOI: 10.1007/s11096-020-01040-1.
8. Menezes, TMO; Oliveira, ALB; Santos, LB; Freitas, RA; Pedreira, LC; Veras, SMCB (2019): Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72(Suppl 2): 294-301. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0286.
9. Parekh, N; Ali, K; Davies, JG; Stevenson, JM; Banya, W; Nyangoma, S; et al. (2020): Medication-related harm in older adults following hospital discharge: development and validation of a prediction tool. *BMJ: Quality & Safety* 29(2): 142-153. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009587.
10. Schumacher-Schönert, F; Wucherer, D; Nikelski, A; Kreisel, S; Vollmar, HC; Hoffmann, W; et al. (2020): Das Entlassmanagement deutscher Krankenhäuser für kognitiv beeinträchtigte, ältere Menschen – ein Scoping Review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Epub 07.05.2020. DOI: 10.1007/s00391-020-01732-3.
11. Shillington, J; McNeil, D (2021): Transition From the Neonatal Intensive Care Unit to Home. A Concept Analysis. *Advances in Neonatal Care* 21(5): 399–406. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000835.
12. Stark, P (2020): Advancing Complex Case Management Competencies in a Health Care System. *Professional Case Management* 25(1): 19-25. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000361.
13. Valente, SH; Barbosa, SM; Ferro, D; Fabríz, LA; Schonholzer, TE; Pinto, IC (2019): Drug-Related Problems in the transitional care of the elderly from hospital to home. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72(Suppl 2): 345-353. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0848.
14. Weetman, K; Wong, G; Scott, E; MacKenzie, E; Schnurr, S; Dale, J (2019): Improving best practice for patients receiving hospital discharge letters: a realist review. *BMJ: Open* 9(6): e027588. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027588.
15. Xiao, S; Tourangeau, A; Widger, K; Berta, W (2019): Discharge planning in mental healthcare settings: A review and concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* 28(4): 816-832. DOI: 10.1111/inm.12599.

16. Yu, Z; Gallant, AJ; Cassidy, CE; Boulos, L; Macdonald, M; Stevens, S (2021): Case Management Models and Continuing Care: A Literature Review across nations, settings, approaches, and assessments. *Home Health Care Management & Practice* 33(2): 96-107. DOI: 10.1177/1084822320954394.

**Nicht E2**

1. Breneol, S; Belliveau, J; Cassidy, CE; Curran, JA (2017): Strategies to support transitions from hospital to home for children with medical complexity: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies* 72: 91-104. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.04.011.
2. Breneol, S; Hatty, A; Bishop, A; Curran, JA (2018): Nurse-led Discharge in Pediatric Care: A Scoping Review. *Journal of Pediatric Nursing* 41: 60-68. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.01.014.
3. Brown, CL; Menec, V (2018): Integrated Care Approaches Used for Transitions from Hospital to Community Care: A Scoping Review. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillessement* 37(2): 145-170. DOI: 10.1017/S0714980818000065.
4. Kamermayer, AK; Leasure, AR; Anderson, L (2017): The Effectiveness of Transitions-of-Care Interventions in Reducing Hospital Readmissions and Mortality. A Systematic Review. *DCCN – Dimensions of Critical Care Nursing* 36(6): 311-316. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000266.
5. Kang, E; Gillespie, BM; Tobiano, G; Chaboyer, W (2018): Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge: A systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies* 87: 1-13. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.004.
6. Rosenthal, JL; Doiron, R; Haynes, SC; Daniels, B; Li, STT (2018): The Effectiveness of Standardized Handoff Tool Interventions During Inter- and Intra-facility Care Transitions on Patient-Related Outcomes: A Systematic Review. *American Journal of Medical Quality* 33(2): 193-206. DOI: 10.1177/1062860617708244.
7. Uhrenfeldt, L; Fegran, L; Aagaard, H; Ludvigsen, MS (2018): Significant others' experience of hospitalized patients' transfer to home: A systematic review and meta-synthesis. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 139: 1-9. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.11.006.
8. van Melle, MA; van Stel, HF; Poldervaart, JM; de Wit, NJ; Zwart, DLM (2018): Measurement tools and outcome measures used in transitional patient safety; a systematic review. *PLoS ONE* 13(6): e0197312. DOI: 10.1371/journal.pone.0197312.

**Nicht E3**

Keine

**Nicht E4**

1. Kattel, S; Manning, DM; Erwin, PJ; Wood, H; Kashiwagi, DT; Murad, MH (2020): Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety* 16(1): e25-e33. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000248.

**Nicht E5, E6**

Keine

**Nicht E7**

1. Chaudhary, AMD; Memon, RII; Dar, SK; Bhullar, DK; Dar, KR; Naveed, S (2020): Suicide during Transition of Care: a Review of Targeted Interventions. *Psychiatric Quarterly* 91(2): 417-450. DOI: 10.1007/s11126-020-09712-x.
2. Chiu, C-Y; Oria, D; Yangga, P; Kang, D (2020): Quality assessment of weekend discharge: a systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care* 32(6): 347-355. DOI: 10.1093/intqhc/mzaa060.
3. Ferreira, BADS; Gomes, TJB; Baixinho, CRSL; Ferreira, OMR (2020): Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem* 73(Suppl 3): e20200394. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0394.
4. Forte, A; Buscajoni, A; Fiorillo, A; Pompili, M; Baldessarini, RJ (2019): Suicidal Risk Following Hospital Discharge: A Review. *Harvard Review of Psychiatry* 27(4): 209-216. DOI: 10.1097/HRP.000000000000222.
5. Gledhill, K; Hanna, L; Nicks, R; Lannin, NA (2020): Defining discharge-readiness from sub-acute care from all stakeholders' perspectives: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, Epub 03.03.2020. 1-8. DOI: 10.1080/09638288.2020.1733107.
6. Hang, J-A; Naseri, C; Francis-Coad, J; Jacques, A; Waldron, N; Knuckey, R; et al. (2021): Effectiveness of facility-based transition care on health-related outcomes for older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Older People Nursing* 00: e12408. DOI: 10.1111/opn.12408.
7. Joo, JY; Huber, DL (2019): Case Management Effectiveness on Health Care Utilization Outcomes: A Systematic Review of Reviews. *Western Journal of Nursing Research* 41(1): 111-133. DOI: 10.1177/0193945918762135.
8. Jørgensen, K; Rasmussen, T; Hansen, M; Andreasson, K (2020): Recovery-oriented intersectoral care between mental health hospitals and community mental health services: An integrative review. *The International Journal of Social Psychiatry*, Epub 24.10.2021. DOI: 10.1177/0020764020966634.
9. Jun, J; Stern, K; Djukic, M (2020): Integrative Review of the Interventions for Improving Patients' Experiences Revealed in Quality Improvement Projects. *Journal of Patient Experience* 7(6): 882-892. DOI: 10.1177/2374373520925271.
10. Kim, B; Weatherly, C; Wolk, CB; Proctor, EK (2021): Measurement of unnecessary psychiatric readmissions in the context of care transition interventions: a scoping review. *BMJ: Open* 11(2): e045364. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045364.
11. Kirchner-Heklau, U; Krause, K; Saal, S (2021): Effects, barriers and facilitators in pre-discharge home assessments to improve the transition of care from the inpatient care to home in adult patients: an integrative review. *BMC: Health Services Research* 21:540. DOI: 10.1186/s12913-021-06386-4.
12. Leland, NE; Roberts, P; De Souza, R; Hwa Chang, S; Shah, K; Robinson, M (2019): Care Transition Processes to Achieve a Successful Community Discharge After Postacute Care: A

Scoping Review. *The American Journal of Occupational Therapy* 73(1): 1-9. DOI: 10.5014/ajot.2019.005157.

13. Manias, E; Bucknall, T; Hughes, C; Jorm, C; Woodward-Kron, R (2019): Family involvement in managing medications of older patients across transitions of care: a systematic review. *BMC: Geriatrics* 19:95. DOI: 10.1186/s12877-019-1102-6.
14. Meulenbroeks, I; Epp, J; Schroeder, L (2021): The value of caregiver inclusive practices in geriatric transitions of care: A systematic review. *Health Policy* 125(7): 888-898. DOI: 10.1016/j.healthpol.2021.05.001.
15. Micallef, A; Buttigieg, SC; Tomaselli, G; Garg, L (2020): Defining Delayed Discharges of Inpatients and Their Impact in Acute Hospital Care: A Scoping Review. *International Journal of Health Policy and Management* x(x): 1-9. DOI: 10.34172/ijhpm.2020.94.
16. Tomlinson, J; Marques, I; Silcock, J; Fylan, B; Dyson, J (2021): Supporting medicines management for older people at care transitions – a theory-based analysis of a systematic review of 24 interventions. *BMC: Health Services Research* 21:890. DOI: 10.1186/s12913-021-06890-7.

## 4 Informationsbeschaffung – Primärliteratur

Um für die Ableitung der Qualitätsmerkmale und Darlegung des Potenzials zur Verbesserung ein möglichst umfassendes Bild zur Versorgungssituation bzw. Hinweise auf eine mögliche Über-, Unter- und Fehlversorgung zu erhalten, sollten qualitative und quantitative Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen begrenzt auf Deutschland, Österreich und der Schweiz systematisch recherchiert werden.

### 4.1 Recherche

Es erfolgte zum einen eine systematische Recherche nach aktueller Primärliteratur. In Tabelle 12 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zur Versorgungssituation bzw. zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland, Österreich und der Schweiz zugrunde lagen, aufgeführt.

Zum anderen wurde die bereits im Zwischenbericht *Entlassmanagement* eingeschlossene Primärliteratur (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) geprüft und nur für die Ableitung der Qualitätsmerkmale und Darlegung des Potenzials zur Verbesserung ausgewählt und berücksichtigt, wenn sie dem hier geschärften Einschlusskriterium E7 (v. a. Beschränkung auf krankheitsübergreifend) entsprach.

Tabelle 12: Einschlusskriterien für Primärliteratur

	Einschluss
E1	Die Publikation ist eine qualitative oder quantitative Primärstudie oder eine Sekundärdatenanalyse. Dabei sollen literatur- oder datenbasierte Zeitschriftenbeiträge, Editorials, Konferenzabstracts, Kommentare, Letter, Fallberichte und -serien und Interviews sowie Publikationen, bei denen der Volltext nicht beschaffbar ist, <b>nicht</b> berücksichtigt (also ausgeschlossen) werden.
E2	Die Publikation wurde ab dem 23. November 2018 publiziert.
E3	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E4	Die Publikation ist <b>nicht</b> bereits im Zwischenbericht <i>Entlassmanagement</i> (Teil A) zitiert worden.
E5	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E6	Die Publikation adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten aus Deutschland, Österreich oder der Schweiz.



Einschluss	
E7	<p>Die Publikation beschäftigt sich mit der Versorgungssituation (krankheitsübergreifend) von Patientinnen und Patienten bei der Entlassung/Überleitung aus dem Krankenhaus bzw. der Organisation einer weiterführenden Versorgung.</p> <p>Spezifische Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rahmenbedingungen, Qualitätskriterien des Entlass- und Überleitungsmanagements (Strukturqualität)</li> <li>▪ Verordnungsgeschehen bzw. Beantragung der Kostenübernahme von Leistungen im Rahmen des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus</li> <li>▪ Risikoeinschätzung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Screening, initiale Assessment-Instrumente</li> <li>▫ Identifikation des Bedarfs für ein Entlassmanagement (differenzierte Assessment-Instrumente)</li> </ul> </li> <li>▪ Der Entlass-/Überleitungsprozess aus dem Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Entlassplanung</li> <li>▫ Entlassgespräch</li> <li>▫ Entlassdokumente</li> </ul> </li> <li>▪ Medikamentenmanagement <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Medikationsplan, Verordnungen</li> <li>▫ Mitgabe von Medikamente</li> </ul> </li> <li>▪ Prozess zur Organisation der weiterführenden Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Einbezug von weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern</li> <li>▫ z. B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, medizinische Rehabilitation, Pflegegrad, ambulante bzw. stationäre Pflegeleistungen</li> </ul> </li> <li>▪ ambulante bzw. stationäre Pflegeleistungen Einbezug von weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern</li> <li>▪ mit der Ergebnisqualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus (z. B. Wiederaufnahmen, Notfallkontakte, Sterblichkeit)</li> <li>▪ <b>Nicht</b> berücksichtigt werden Publikationen zur Entlassung/Überleitung von Patientinnen und Patienten von der Kinder- in die Erwachsenenpflege sowie zu krankenhauses internen Entlassungen/Überleitungen/Verlegungen von Patientinnen und Patienten (z. B. von Intensivstation auf Normalstation).</li> </ul>

Die Literaturrecherche nach Primärliteratur wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions(R) 1946 to September 14, 2021
- Embase via Elsevier
- CINAHL via EBSCO
- Cochrane Library (Cochrane Trials) via Wiley

Ausgehend vom PICO-Schema (siehe Tabelle 1) und den vorliegenden eingeschlossenen Publikationen aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement* wurde die bereits bestehende Literaturrecherche aus dem Zwischenbericht (IQTIG 2019: S. 90 ff; Anhang A: Literaturrecherche) für die Literaturdatenbank MEDLINE verwendet und angepasst. Die Suchstrategie bestand aus drei

© IQTIG 2023

Blöcken: ein Rechercheblock für die Population (eingeschränkt auf das Setting Krankenhaus), ein Rechercheblock für die Intervention (alle Prozesse zum Entlassmanagement) und ein Rechercheblock, der die Recherche auf Publikationen aus Deutschland, Österreich oder der Schweiz (bzw. auf eine deutsche, österreichische, schweizerische Studienpopulation) einschränkte. Dieser Rechercheblock basierte auf dem Deutschland-Filter von Pieper et al. (2015) und wurde für Österreich und die Schweiz erweitert sowie für die Datenbanken Embase, CINAHL und Cochrane Library angepasst.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 23. November 2018
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 13, Tabelle 14, Tabelle 15 und Tabelle 16).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 15. September 2021.

### Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 13: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Primärliteratur) ; Datum der Recherche: 15.09.2021

#	Searches
1	Patient Discharge/
2	discharge?.ti,ab.
3	Patient Transition/
4	(patient? adj3 transition?).ti,ab.
5	(patient? adj2 transfer*).ti,ab.
6	(transition* adj2 care).ti,ab.
7	(transition* adj2 healthcare).ti,ab.
8	transfer of care.ti,ab.
9	Patient Handoff/
10	(handoff? or hand-off? or handover? or hand-over?).ti,ab.
11	Patient Care Management/
12	(management adj2 care).ti,ab.
13	(management adj2 healthcare).ti,ab.
14	(patient? adj3 coordinat*).ti,ab.
15	(care adj3 coordinat*).ti,ab.
16	Continuity of Patient Care/

#	Searches
17	(continuity adj3 care).ti,ab.
18	(continuum adj3 care).ti,ab.
19	(post adj2 hospital?).ti,ab.
20	(post adj2 clinic?).ti,ab.
21	out of hospital.ti,ab.
22	Aftercare/
23	after care.ti,ab.
24	aftercare.ti,ab.
25	follow-up care.ti,ab.
26	followup care.ti,ab.
27	Transfer Agreement/
28	(transfer? adj2 coordinat*).ti,ab.
29	(interfacility adj2 (transfer? or transition?)).ti,ab.
30	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
31	exp hospitals/
32	hospital*.ti,ab.
33	exp patients/
34	inpatient?.ti,ab.
35	clinic*.ti,ab.
36	department?.ti,ab.
37	outpatient?.ti,ab.
38	31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37
39	exp Germany/ or (german or deutsch*).ot,ti,ab.
40	(germany or deutschland or berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmued or siegen or

#	Searches
	speyer or trier or crossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurtemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
41	exp Austria/ or (wien or vienna or graz or bregenz or Polten or poelten or klagenfurt or salzburg or innsbruck or linz or krems or eisenstadt or burgenland or karnten or kaernten or steiermark or tirol or vorarlberg or niederosterreich or niederoesterreich or oberosterreich or oberoesterreich or austria* or osterreich* or oesterreich*).ot,ti,ab,in.
42	exp Switzerland/ or (zurich or zuerich or luzern or lucerne or basel or basel-stadt or basel-landschaft or aargau or aarau or bellinzona or bern or genf or geneva or lausanne or waadt or freiburg or fribourg or gallen or schaffhausen or chur or graubunden or graubuenden or neuenburg or solothurn or schwyz or Herisau or appenzell or liestal or delsberg or jura or obwalden or sarnen or glarus or lugano or tessin or wallis or biel or bienne or sitten or zug or thurgau or uri or altdorf or stans or nidwalden or frauenfeld or schweiz* or swiss or switzerland).ot,ti,ab,in.
43	39 or 40 or 41 or 42
44	30 and 38 and 43
45	limit 44 to (english or german)
46	limit 45 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
47	45 not 46
48	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
49	47 not 48
50	limit 49 to yr="2018 -Current"
51	(Auflistung aller accession numbers der Publikationen, die bereits während der Konzeptstudie recherchiert wurden - verknüpft mit dem Booleschen Operator "OR").ui.
52	50 not 51
53	remove duplicates from 52

### Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 14: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Primärliteratur) ; Datum der Recherche: 15.09.2021

No.	Searches
#1	'hospital discharge'/de
#2	discharge\$:ti,ab

No.	Searches
#3	(patient\$ NEAR/3 transition\$):ti,ab
#4	(patient\$ NEAR/2 transfer*):ti,ab
#5	(transition* NEAR/2 care):ti,ab
#6	(transition* NEAR/2 healthcare):ti,ab
#7	'transfer of care':ti,ab
#8	'clinical handover'/de
#9	'handoff\$':ti,ab OR 'hand-off\$':ti,ab OR 'handover\$':ti,ab OR 'hand-over\$':ti,ab
#10	'patient care'/mj
#11	(management NEAR/2 care):ti,ab
#12	(management NEAR/2 healthcare):ti,ab
#13	(patient\$ NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#14	(care NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#15	(continuity NEAR/3 care):ti,ab
#16	(continuum NEAR/3 care):ti,ab
#17	(post NEAR/2 hospital\$):ti,ab
#18	(post NEAR/2 clinic\$):ti,ab
#19	'out of hospital':ti,ab
#20	'aftercare'/de
#21	'after care':ti,ab
#22	aftercare:ti,ab
#23	'follow-up care':ti,ab
#24	'followup care':ti,ab
#25	(transfer\$ NEAR/2 coordinat*):ti,ab
#26	(interfacility NEAR/2 transfer\$):ti,ab
#27	(interfacility NEAR/2 transition\$):ti,ab
#28	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27
#29	'hospital'/exp
#30	hospital*:ti,ab
#31	'patient'/exp
#32	inpatient\$:ti,ab

No.	Searches
#33	clinic*:ti,ab
#34	department\$:ti,ab
#35	outpatient\$:ti,ab
#36	#29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
#37	'germany'/exp OR germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti OR german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti OR berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duessel-dorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurn-berg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bam-berg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bo-chum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clausthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR det-mold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichs-taett:ca,ad,ab,ti OR eltville:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR frei-burg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giessen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottin-gen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslau-tern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR luene-burg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR mün-ster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuen-dettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR os-nabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR pots-dam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwa-bisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmue-d:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR vallendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wupper-tal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westpha-lia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig hol-stein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR sax-ony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thu-

No.	Searches
	ringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thuer-ingen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurtttemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti
#38	'austria'/exp OR wien:ca,ad,ab,ti OR vienna:ca,ad,ab,ti OR graz:ca,ad,ab,ti OR bregenz:ca,ad,ab,ti OR polten:ca,ad,ab,ti OR pölsen:ca,ad,ab,ti OR poelten:ca,ad,ab,ti OR klagenfurt:ca,ad,ab,ti OR salzburg:ca,ad,ab,ti OR innsbruck:ca,ad,ab,ti OR linz:ca,ad,ab,ti OR krems:ca,ad,ab,ti OR eisenstadt:ca,ad,ab,ti OR burgenland:ca,ad,ab,ti OR kärnten:ca,ad,ab,ti OR karnten:ca,ad,ab,ti OR kaernten:ca,ad,ab,ti OR steiermark:ca,ad,ab,ti OR tirol:ca,ad,ab,ti OR vorarlberg:ca,ad,ab,ti OR niederösterreich:ca,ad,ab,ti OR niederosterreich:ca,ad,ab,ti OR niederoesterreich:ca,ad,ab,ti OR oberösterreich:ca,ad,ab,ti OR oberosterreich:ca,ad,ab,ti OR oberoesterreich:ca,ad,ab,ti OR austria:ca,ad,ab,ti OR österreich*:ca,ad,ab,ti OR osterreich*:ca,ad,ab,ti OR oesterreich*:ca,ad,ab,ti
#39	'switzerland'/exp OR zürich:ca,ad,ab,ti OR zurich:ca,ad,ab,ti OR zuerich:ca,ad,ab,ti OR luzern:ca,ad,ab,ti OR lucerne:ca,ad,ab,ti OR basel:ca,ad,ab,ti OR 'basel stadt':ca,ad,ab,ti OR 'basel landschaft':ca,ad,ab,ti OR aargau:ca,ad,ab,ti OR aarau:ca,ad,ab,ti OR bellinzona:ca,ad,ab,ti OR bern:ca,ad,ab,ti OR genf:ca,ad,ab,ti OR geneva:ca,ad,ab,ti OR lausanne:ca,ad,ab,ti OR waadt:ca,ad,ab,ti OR freiburg:ca,ad,ab,ti OR fribourg:ca,ad,ab,ti OR gallen:ca,ad,ab,ti OR schaffhausen:ca,ad,ab,ti OR chur:ca,ad,ab,ti OR graubünden:ca,ad,ab,ti OR graubunden:ca,ad,ab,ti OR graubuenden:ca,ad,ab,ti OR neuenburg:ca,ad,ab,ti OR solothurn:ca,ad,ab,ti OR schwyz:ca,ad,ab,ti OR herisau:ca,ad,ab,ti OR appenzell:ca,ad,ab,ti OR liestal:ca,ad,ab,ti OR delsberg:ca,ad,ab,ti OR jura:ca,ad,ab,ti OR obwalden:ca,ad,ab,ti OR sarnen:ca,ad,ab,ti OR glarus:ca,ad,ab,ti OR lugano:ca,ad,ab,ti OR tessin:ca,ad,ab,ti OR wallis:ca,ad,ab,ti OR biel:ca,ad,ab,ti OR bienne:ca,ad,ab,ti OR sitten:ca,ad,ab,ti OR zug:ca,ad,ab,ti OR thurgau:ca,ad,ab,ti OR uri:ca,ad,ab,ti OR altdorf:ca,ad,ab,ti OR stans:ca,ad,ab,ti OR nidwalden:ca,ad,ab,ti OR frauenfeld:ca,ad,ab,ti OR schweiz*:ca,ad,ab,ti OR switzerland:ca,ad,ab,ti
#40	#37 OR #38 OR #39
#41	#28 AND #36 AND #40
#42	#41 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#43	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#44	#42 NOT #43
#45	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR comment:ti
#46	#44 NOT #45
#47	#46 AND [2014-2021]/py
#48	#47 AND [23-11-2018]/sd NOT [16-9-2021]/sd

**Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley**

Tabelle 15: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Primärliteratur) ; Datum der Recherche: 15.09.2021

No.	Searches
#1	MeSH descriptor: [Patient Discharge] this term only
#2	(discharge*):ti OR (discharge*):ab
#3	MeSH descriptor: [Patient Transfer] this term only
#4	((patient* near/3 transition*)):ti OR ((patient* near/3 transition*)):ab
#5	(patient* near/2 transfer*):ti OR (patient* near/2 transfer*):ab
#6	(transition* near/2 care):ti OR (transition* near/2 care):ab
#7	(transition* near/2 healthcare):ti OR (transition* near/2 healthcare):ab
#8	("transfer* of care"):ti OR ("transfer* of care"):ab
#9	MeSH descriptor: [Patient Handoff] this term only
#10	((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ti OR ((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ab
#11	MeSH descriptor: [Patient Care Management] this term only
#12	(management near/2 care):ti OR (management near/2 care):ab
#13	(management near/2 healthcare):ti OR (management near/2 healthcare):ab
#14	(patient* near/3 coordinat*):ti OR (patient* near/3 coordinat*):ab
#15	(care near/3 coordinat*):ti OR (care near/3 coordinat*):ab
#16	MeSH descriptor: [Continuity of Patient Care] this term only
#17	(continuity near/3 care):ti OR (continuity near/3 care):ab
#18	(continuum near/3 care):ti OR (continuum near/3 care):ab
#19	(post near/2 hospital*):ti OR (post near/2 hospital*):ab
#20	(post near/2 clinic*):ti OR (post near/2 clinic*):ab
#21	("out of hospital"):ti OR ("out of hospital"):ab
#22	MeSH descriptor: [Aftercare] this term only
#23	("after care"):ti OR ("after care"):ab
#24	(aftercare):ti OR (aftercare):ab
#25	("follow-up care"):ti OR ("follow-up care"):ab
#26	("followup care"):ti OR ("followup care"):ab
#27	MeSH descriptor: [Transfer Agreement] this term only
#28	(transfer* near/2 coordinat*):ti OR (transfer* near/2 coordinat*):ab



No.	Searches
#29	(interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ti OR (interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ab
#30	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29
#31	MeSH descriptor: [Hospitals] explode all trees
#32	(hospital*):ti OR (hospital*):ab
#33	MeSH descriptor: [Patients] explode all trees
#34	(inpatient*):ti OR (inpatient*):ab
#35	(clinic*):ti OR (clinic*):ab
#36	(department*):ti OR (department*):ab
#37	(outpatient*):ti OR (outpatient*):ab
#38	#31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37
#39	MeSH descriptor: [Germany] explode all trees
#40	german*:ti,ab
#41	deutsch*:ti,ab
#42	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuen-dettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern):ti,ab
#43	#39 OR #40 OR #41 OR #42
#44	MeSH descriptor: [Austria] explode all trees

No.	Searches
#45	(wien or vienna or graz or bregenz or polten or poelten or klagenfurt or salzburg or innsbruck or linz or krems or eisenstadt or burgenland or karnten or kaernten or steiermark or tirol or vorarlberg or niederosterreich or niederoesterreich or oberosterreich or oberoesterreich or austria* or osterreich* or oesterreich*):ti,ab
#46	#44 OR #45
#47	MeSH descriptor: [Switzerland] explode all trees
#48	(zurich or zuerich or luzern or lucerne or basel or basel-stadt or basel-landschaft or aargau or aarau or bellinzona or bern or genf or geneva or lausanne or waadt or freiburg or fribourg or gallen or schaffhausen or chur or graubunden or graubuenden or neuenburg or solothurn or schwyz or herisau or appenzell or liestal or delsberg or jura or obwalden or sarnen or glarus or lugano or tessin or wallis or biel or bienne or sitten or zug or thurgau or uri or altdorf or stans or nidwalden or frauenfeld or schweiz* or swiss or Switzerland):ti,ab
#49	#47 OR #48
#50	#43 OR #46 OR #49
#51	#30 AND #38 AND #50
#52	#51 with Publication Year from 2018 to 2021, in Trials

### Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 16: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Primärliteratur) ; Datum der Recherche: 15.09.2021

#	Query
S1	(MH "Patient Discharge+")
S2	TI discharge# OR AB discharge#
S3	TI patient# n3 transition# OR AB patient# n3 transition#
S4	TI patient# n2 transfer* OR AB patient# n2 transfer*
S5	TI transition* n2 care OR AB transition* n2 care
S6	TI transition* n2 healthcare OR AB transition* n2 healthcare
S7	TI "transfer of care" OR AB "transfer of care"
S8	(MH "Hand Off (Patient Safety)")
S9	TI ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) ) OR AB ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) )
S10	TI management n2 care OR AB management n2 care
S11	TI management n2 healthcare OR AB management n2 healthcare
S12	TI patient# n3 coordinat* OR AB patient# n3 coordinat*
S13	TI care n3 coordinat* OR AB care n3 coordinat*
S14	(MH "Continuity of Patient Care")

#	Query
S15	TI continuity n3 care OR AB continuity n3 care
S16	TI continuum n3 care OR AB continuum n3 care
S17	TI post n2 hospital# OR AB post n2 hospital#
S18	TI post n2 clinic# OR AB post n2 clinic#
S19	TI "out of hospital" OR AB "out of hospital"
S20	(MH "After Care")
S21	TI "after care" OR AB "after care"
S22	TI aftercare OR AB aftercare
S23	TI "follow-up care" OR AB "follow-up care"
S24	TI "followup care" OR AB "followup care"
S25	TI transfer# n2 coordinat* OR AB transfer# n2 coordinat*
S26	TI ( interfacility n2 (transfer# or transition#) ) OR AB ( interfacility n2 (transfer# or transition#) )
S27	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26
S28	(MH "Hospitals+")
S29	TI hospital* OR AB hospital*
S30	(MH "Patients+")
S31	TI inpatient# OR AB inpatient#
S32	TI clinic* OR AB clinic*
S33	TI department# OR AB department#
S34	TI outpatient# OR AB outpatient#
S35	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34
S36	(MH "Germany+") OR ((AB germany OR TI germany OR AF germany) OR (AB german OR TI german) OR (AB deutschland OR TI deutschland OR AF deutschland) OR (AB deutsch* OR TI deutsch*) OR (AB berlin OR TI berlin OR AF berlin) OR (AB hamburg OR TI hamburg OR AF hamburg) OR (AB münchen OR TI münchen OR AF münchen) OR (AB muenchen OR TI muenchen OR AF muenchen) OR (AB munchen OR TI munchen OR AF munchen) OR (AB munich OR TI munich OR AF munich) OR (AB köln OR TI köln OR AF köln) OR (TI koeln OR AB koeln OR AF koeln) OR (TI koln OR AB koln OR AF koln) OR (AB cologne OR TI cologne OR AF cologne) OR (AB frankfurt OR TI frankfurt OR AF frankfurt) OR (AB stuttgart OR TI stuttgart OR AF stuttgart) OR (AB dusseldorf OR TI dusseldorf OR AF dusseldorf) OR (AB düsseldorf OR TI düsseldorf OR AF düsseldorf) OR (AB duesseldorf OR TI duesseldorf OR AF duesseldorf) OR (AB dortmund OR TI dortmund OR AF dortmund) OR (AB essen OR TI essen OR AF essen) OR (AB bremen OR TI bremen OR AF bremen) OR (AB dresden OR TI dresden OR AF dresden) OR

#	Query
	<p>(AB leipzig OR TI leipzig OR AF leipzig) OR (AB hannover OR TI hannover OR AF hannover) OR (AB nürnberg OR TI nürnberg OR AF nürnberg) OR (AB nurnberg OR TI nurnberg OR AF nurnberg) OR (AB nuernberg OR TI nuernberg OR AF nuernberg) OR (AB aachen OR TI aachen OR AF aachen) OR (AB augsburg OR TI augsburg OR AF augsburg) OR (AB bamberg OR TI bamberg OR AF bamberg) OR (AB bayreuth OR TI bayreuth OR AF bayreuth) OR (AB benediktbeuern OR TI benediktbeuern OR AF benediktbeuern) OR (AB bochum OR TI bochum OR AF bochum) OR (AB braunschweig OR TI braunschweig OR AF braunschweig) OR (AB chemnitz OR TI chemnitz OR AF chemnitz) OR (AB clausthal OR TI clausthal OR AF clausthal) OR (TI cottbus OR AB cottbus OR AF cottbus) OR (AB darmstadt OR TI darmstadt OR AF darmstadt) OR (AB detmold OR TI detmold OR AF detmold) OR (TI eichstätt OR AB eichstätt OR AF eichstätt) OR (TI eichstaett OR AB eichstaett OR AF eichstaett) OR (TI eichstatt OR AB eichstatt OR AF eichstatt) OR (TI eltville OR AB eltville OR AF eltville) OR (AB ingolstadt OR TI ingolstadt OR AF ingolstadt) OR (AB erfurt OR TI erfurt OR AF erfurt) OR (AB erlangen OR TI erlangen OR AF erlangen) OR (TI flensburg OR AB flensburg OR AF flensburg) OR (AB freiberg OR TI freiberg OR AF freiberg) OR (AB freiburg OR TI freiburg OR AF freiburg) OR (AB friedrichshafen OR TI friedrichshafen OR AF friedrichshafen) OR (AB fulda OR TI fulda OR AF fulda) OR (TI gießen OR AB gießen OR AF gießen) OR (AB giesen OR TI giesen OR AF giesen) OR (AB greifswald OR TI greifswald OR AF greifswald) OR (AB göttingen OR TI göttingen OR AF göttingen) OR (AB gottingen OR TI gottingen OR AF gottingen) OR (AB goettingen OR TI goettingen OR AF goettingen) OR (AB hagen OR TI hagen OR AF hagen) OR (AB halle OR TI halle OR AF halle) OR (AB heidelberg OR TI heidelberg OR AF heidelberg) OR (AB hildesheim OR TI hildesheim OR AF hildesheim) OR (AB ilmenau OR TI ilmenau OR AF ilmenau) OR (TI jena OR AB jena OR AF jena) OR (AB kaiserslautern OR TI kaiserslautern OR AF kaiserslautern) OR (AB karlsruhe OR TI karlsruhe OR AF karlsruhe) OR (AB kassel OR TI kassel OR AF kassel) OR (AB kiel OR TI kiel OR AF kiel) OR (AB koblenz OR TI koblenz OR AF koblenz) OR (AB konstanz OR TI konstanz OR AF konstanz) OR (AB lübeck OR TI lübeck OR AF lübeck) OR (AB lubeck OR TI lubeck OR AF lubeck) OR (AB luebeck OR TI luebeck OR AF luebeck) OR (TI ludwigsburg OR AB ludwigsburg OR AF ludwigsburg) OR (AB lueneburg OR TI lueneburg OR AF lueneburg) OR (AB lüneburg OR TI lüneburg OR AF lüneburg) OR (AB luneburg OR TI luneburg OR AF luneburg) OR (TI leverkusen OR AB leverkusen OR AF leverkusen) OR (TI mainz OR AB mainz OR AF mainz) OR (TI marburg OR AB marburg OR AF marburg) OR (TI münster OR AB münster OR AF münster) OR (TI muenster OR AB muenster OR AF muenster) OR (TI munster OR AB munster OR AF munster) OR (TI neubrandenburg OR AB neubrandenburg OR AF neubrandenburg) OR (TI neuendettelsau OR AB neuendettelsau OR AF neuendettelsau) OR (TI oestrich-winkel OR AB oestrich-winkel OR AF oestrich-winkel) OR (TI oldenburg OR AB oldenburg OR AF oldenburg) OR (AB osnabrueck OR TI osnabrueck OR AF osnabrueck) OR (TI osnabrück OR AB osnabrück OR AF osnabrück) OR (TI osnabruck OR AB osnabruck OR AF osnabruck) OR (AB paderborn OR TI paderborn OR AF paderborn) OR (TI passau OR AB passau OR AF passau) OR (AB potsdam OR TI potsdam OR AF potsdam) OR (AB regensburg OR TI regensburg OR AF regensburg) OR (AB rostock OR TI rostock OR AF rostock) OR (AB saar OR TI saar OR AF saar) OR (TI augustin OR AB augustin OR AF augustin) OR (TI schwäbisch gmünd OR AB schwäbisch gmünd OR AF schwäbisch gmünd) OR (TI schwaebisch gmuend OR AB schwaebisch gmuend OR AF schwaebisch gmuend) OR (TI schwabisch gmund OR AB schwabisch gmund OR AF schwabisch gmund) OR (AB siegen OR TI siegen OR AF siegen) OR (AB speyer OR TI speyer OR AF speyer) OR (AB trier OR TI trier OR AF trier) OR (TI trossingen OR AB trossingen OR AF trossingen) OR (TI tubingen OR AB tubingen OR AF tubingen) OR (TI tuebingen OR AB tuebingen OR AF tuebingen) OR (TI tübingen OR AB tübingen OR AF tübingen) OR (TI ulm OR AB ulm OR AF ulm) OR (TI vallendar OR AB vallendar OR AF vallendar) OR (AB</p>

#	Query
	<p>vechta OR TI vechta OR AF vechta) OR (AB weimar OR TI weimar OR AF weimar) OR (AB weingarten OR TI weingarten OR AF weingarten) OR (TI witten OR AB witten OR AF witten) OR (TI wuppertal OR AB wuppertal OR AF wuppertal) OR (AB wurzburg OR TI wurzburg OR AF wurzburg) OR (AB wuerzburg OR TI wuerzburg OR AF wuerzburg) OR (TI würzburg OR AB würzburg OR AF würzburg) OR (TI zittau OR AB zittau OR AF zittau) OR (AB duisburg OR TI duisburg OR AF duisburg) OR (AB bonn OR TI bonn OR AF bonn) OR (TI bielefeld OR AB bielefeld OR AF bielefeld) OR (AB mannheim OR TI mannheim OR AF mannheim) OR (TI north rhine-westphalia OR AB north rhine-westphalia OR AF north rhine-westphalia) OR (AB nrw OR TI nrw OR AF nrw) OR (AB nordrhein westfalen OR TI nordrhein westfalen OR AF nordrhein westfalen) OR (AB rhine ruhr OR TI rhine ruhr OR AF rhine ruhr) OR (TI rhein OR AB rhein OR AF rhein) OR (TI ruhr OR AB ruhr OR AF ruhr) OR (AB schleswig holstein OR TI schleswig holstein OR AF schleswig holstein) OR (AB mecklenburg vorpommern OR TI mecklenburg vorpommern OR AF mecklenburg vorpommern) OR (TI mecklenburg-western pomerania OR AB mecklenburg-western pomerania OR AF mecklenburg-western pomerania) OR (AB brandenburg OR TI brandenburg OR AF brandenburg) OR (AB sachsen OR TI sachsen OR AF sachsen) OR (AB saxony OR TI saxony OR AF saxony) OR (TI saxony anhalt OR AB saxony anhalt OR AF saxony anhalt) OR (AB sachsen anhalt OR TI sachsen anhalt OR AF sachsen anhalt) OR (AB thuringia OR TI thuringia OR AF thuringia) OR (AB thüringen OR TI thüringen OR AF thüringen) OR (AB thuringen OR TI thuringen OR AF thuringen) OR (AB thueringen OR TI thueringen OR AF thueringen) OR (TI niedersachsen OR AB niedersachsen OR AF niedersachsen) OR (AB lower saxony OR TI lower saxony OR AF lower saxony) OR (AB hesse OR TI hesse OR AF hesse) OR (AB hessia OR TI hessia OR AF hessia) OR (TI hessen OR AB hessen OR AF hessen) OR (AB rhineland palatinate OR TI rhineland palatinate OR AF rhineland palatinate) OR (AB rheinland OR TI rheinland OR AF rheinland) OR (AB pfalz OR TI pfalz OR AF pfalz) OR (AB saarland OR TI saarland OR AF saarland) OR (AB baden OR TI baden OR AF baden) OR (AB wuerttemberg OR TI wuerttemberg OR AF wuerttemberg) OR (AB württemberg OR TI württemberg OR AF württemberg) OR (AB wuerttemberg OR TI wuerttemberg OR AF wuerttemberg) OR (AB bavaria OR TI bavaria OR AF bavaria) OR (AB bayern OR TI bayern OR AF bayern))</p>
S37	<p>(MH "Austria") OR ((AB wien OR TI wien OR AF wien) OR (AB vienna OR TI vienna OR AF vienna) OR (AB graz OR TI graz OR AF graz) OR (AB bregenz OR TI bregenz OR AF bregenz) OR (AB polten OR TI polten OR AF polten) OR (AB poelten OR TI poelten OR AF poelten) OR (AB pölten OR TI pölten OR AF pölten) OR (AB klagenfurt OR TI klagenfurt OR AF klagenfurt) OR (AB salzburg OR TI salzburg OR AF salzburg) OR (AB innsbruck OR TI innsbruck OR AF innsbruck) OR (AB linz OR TI linz OR AF linz) OR (AB krems OR TI krems OR AF krems) OR (AB eisenstadt OR TI eisenstadt OR AF eisenstadt) OR (AB burgenland OR TI burgenland OR AF burgenland) OR (AB karnten OR TI karnten OR AF karnten) OR (AB kärnten OR TI kärnten OR AF kärnten) OR (AB kaernten OR TI kaernten OR AF kaernten) OR (AB steiermark OR TI steiermark OR AF steiermark) OR (AB tirol OR TI tirol OR AF tirol) OR (AB vorarlberg OR TI vorarlberg OR AF vorarlberg) OR (AB niederosterreich OR TI niederosterreich OR AF niederosterreich) OR (AB niederoesterreich OR TI niederoesterreich OR AF niederoesterreich) OR (AB niederösterreich OR TI niederösterreich OR AF niederösterreich) OR (AB oberosterreich OR TI oberosterreich OR AF oberosterreich) OR (AB oberoesterreich OR TI oberoesterreich OR AF oberoesterreich) OR (AB oberösterreich OR TI oberösterreich OR AF oberösterreich) OR (AB austria* OR TI austria* OR AF austria*) OR (AB osterreich* OR TI osterreich* OR AF osterreich*) OR (AB oesterreich* OR TI oesterreich* OR AF oesterreich*) OR (AB österreich* OR TI österreich* OR AF österreich*))</p>

#	Query
S38	(MH "Switzerland") OR ((AB zurich OR TI zurich OR AF zurich) OR (AB zürich OR TI zürich OR AF zürich) OR (AB zuerich OR TI zuerich OR AF zuerich) OR (AB luzern OR TI luzern OR AF luzern) OR (AB lucerne OR TI lucerne OR AF lucerne) OR (AB basel OR TI basel OR AF basel) OR (AB basel-stadt OR TI basel-stadt OR AF basel-stadt) OR (AB basel-landschaft OR TI basel-landschaft OR AF basel-landschaft) OR (AB aargau OR TI aargau OR AF aargau) OR (AB aarau OR TI aarau OR AF aarau) OR (AB bellinzona OR TI bellinzona OR AF bellinzona) OR (AB bern OR TI bern OR AF bern) OR (AB genf OR TI genf OR AF genf) OR (AB geneva OR TI geneva OR AF geneva) OR (AB lausanne OR TI lausanne OR AF lausanne) OR (AB waadt OR TI waadt OR AF waadt) OR (AB freiburg OR TI freiburg OR AF freiburg) OR (AB fribourg OR TI fribourg OR AF fribourg) OR (AB gallen OR TI gallen OR AF gallen) OR (AB schaffhausen OR TI schaffhausen OR AF schaffhausen) OR (AB chur OR TI chur OR AF chur) OR (AB graubunden OR TI graubunden OR AF graubunden) OR (AB graubuenden OR TI graubuenden OR AF graubuenden) OR (AB graubünden OR TI graubünden OR AF graubünden) OR (AB neuenburg OR TI neuenburg OR AF neuenburg) OR (AB solothurn OR TI solothurn OR AF solothurn) OR (AB schwyz OR TI schwyz OR AF schwyz) OR (AB herisau OR TI herisau OR AF herisau) OR (AB appenzell OR TI appenzell OR AF appenzell) OR (AB liestal OR TI liestal OR AF liestal) OR (AB delsbere OR TI delsbere OR AF delsbere) OR (AB jura OR TI jura OR AF jura) OR (AB obwalden OR TI obwalden OR AF obwalden) OR (AB sarnen OR TI sarnen OR AF sarnen) OR (AB glarus OR TI glarus OR AF glarus) OR (AB lugano OR TI lugano OR AF lugano) OR (AB tessin OR TI tessin OR AF tessin) OR (AB wallis OR TI wallis OR AF wallis) OR (AB biel OR TI biel OR AF biel) OR (AB bienne OR TI bienne OR AF bienne) OR (AB sitten OR TI sitten OR AF sitten) OR (AB zug OR TI zug OR AF zug) OR (AB thurgau OR TI thurgau OR AF thurgau) OR (AB uri OR TI uri OR AF uri) OR (AB altdorf OR TI altdorf OR AF altdorf) OR (AB stans OR TI stans OR AF stans) OR (AB nidwalden OR TI nidwalden OR AF nidwalden) OR (AB frauenfeld OR TI frauenfeld OR AF frauenfeld) OR (AB schweiz* OR TI schweiz* OR AF schweiz*) OR (AB swiss OR TI swiss OR AF swiss) OR (AB switzerland OR TI switzerland OR AF switzerland)
S39	S36 OR S37 OR S38
S40	S27 AND S35 AND S39
S41	S40 Limiters - Language: English, German
S42	S41 Limiters - Publication Type: Abstract, Case Study, Commentary, Editorial, Letter, Proceedings
S43	S41 NOT S42
S44	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S45	S43 NOT S44
S46	S45 Limiters - Published Date: 20181101-20210931

Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 12) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (siehe Abschnitt 4.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche nach Primärliteratur in den bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 3).

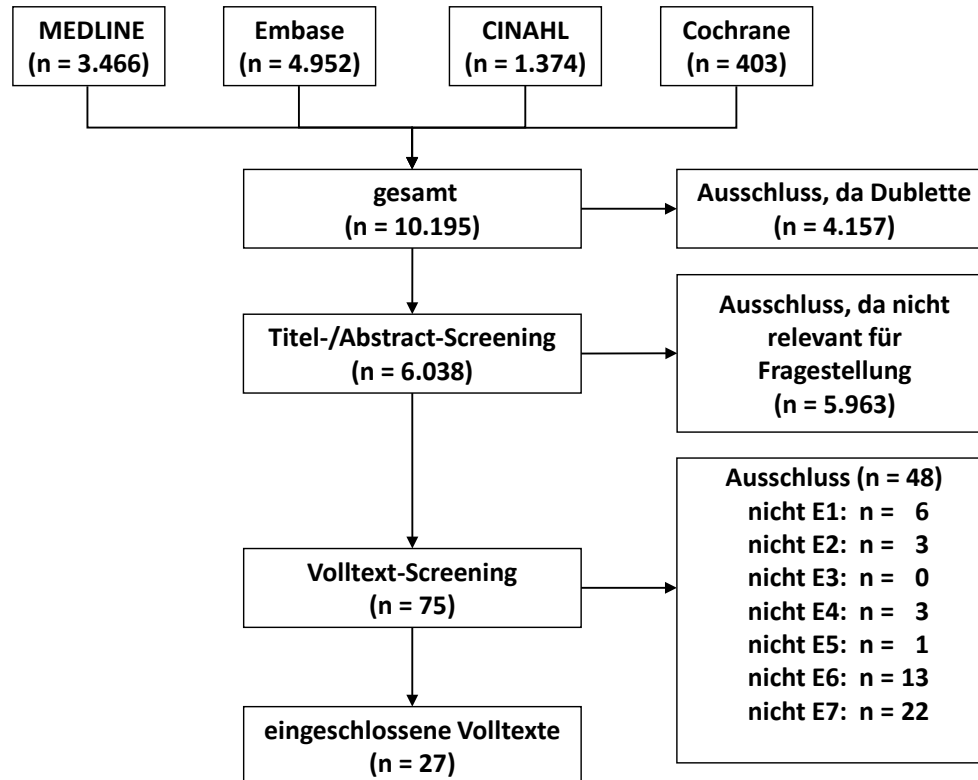


Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach Primärliteratur in bibliographischen Datenbanken

Ergänzend zur Recherche in bibliographischen Datenbanken erfolgte eine Recherche auf Websites themenrelevanter Organisationen. Folgende Organisationen wurden berücksichtigt:

- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS): <https://www.aps-ev.de>
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): <https://www.akdae.de>
- BKK Dachverband e. V.: <https://www.bkk-dachverband.de/>
- Bundesamt für Gesundheit (Schweiz): <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>
- Bundesärztekammer (BÄK): <https://www.bundesaerztekammer.de/>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.html>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Österreich): <https://www.sozialministerium.at/>
- Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie): <https://www.bv-geriatrie.de/>
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA): <https://www.abda.de/>
- DAK-Gesundheit: <https://www.dak.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM): <https://www.degam.de/>



- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP): <https://dg-pflegewissenschaft.de/>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG): <https://www.dkgev.de/>
- Deutsche Vereinigung für soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG): <https://dvsg.org/>
- Deutscher Ethikrat: <https://www.ethikrat.org/>
- Deutsches Arzneiprüfungsinstitut e. V. (DAPI): <https://www.dapi.de/>
- Deutsches Krankenhausinstitut e. V. (DKI): <https://www.dki.de/>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): <https://www.dnqp.de/>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): <https://www.g-ba.de/>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE): <https://www.gbe-bund.de/gbe/>
- Handelskrankenkasse (hkk): <https://www.hkk.de/>
- IGES Institut GmbH: <https://www.iges.com/>
- Institut für Patientensicherheit (IfPS): <https://www.ifpsbonn.de/>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): <https://www.kbv.de/>
- Medizinischer Dienst Bund (MDS): <https://md-bund.de/index.html>
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD): <http://www.oecd.org/>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit): <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/>
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband): <https://www.gkv-spitzenverband.de/>
- Verband der Ersatzkassen e. V.: <https://www.vdek.com/>
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO): <https://wido.de/>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP): <https://www.zqp.de/>

Die Recherche wurde dabei dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. Die Suchfunktionen der Websites ermöglichte eine Suche nach „Entlassung“, „Überleitungsmanagement“ oder „Entlassmanagement“. Die Treffer wurden gesichtet und potentiell relevante Volltexte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 12) zutreffen.

## 4.2 Eingeschlossene Primärliteratur

Nach dem Volltext-Screening der Recherche nach Primärliteratur in bibliographischen Datenbanken wurden 27 Publikationen eingeschlossen (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Eingeschlossene Primärliteratur

	Titel	Referenz
1	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	Anagnostou et al. (2021)
2	Multimorbidity and healthcare resource utilization in Switzerland: a multicentre cohort study	Aubert et al. (2019)
3	Retrospective analysis of adverse drug reactions leading to short-term emergency hospital readmission	Banholzer et al. (2021)



	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
4	Depression is independently associated with increased length of stay and readmissions in multimorbid inpatients	Beeler et al. (2020)
5	Development of a predictive score for potentially avoidable hospital readmissions for general internal medicine patients	Blanc et al. (2019)
6	Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern	Boege et al. (2021)
7	Hospital readmission risk prediction based on claims data available at admission: a pilot study in Switzerland	Brüngger und Blozik (2019)
8	Reduction and follow-up of hospital discharge letter delay using Little's law	Burrini et al. (2019)
9	Attitudes of physicians towards target groups and content of the discharge summary: a cross-sectional analysis in Styria, Austria	Hoffmann et al. (2019)
10	Association of functional status and hospital-acquired functional decline with 30-day outcomes in medical inpatients: A prospective cohort study	Koch et al. (2020)
11	Post-discharge adjustment of medication in geriatric patients. A prospective cohort study	Krause et al. (2020)
12	Comprehensive pharmaceutical care to prevent drug-related readmissions of dependent-living elderly patients: a randomized controlled trial	Lenssen et al. (2018)
13	Development and validation of a score to assess complexity of general internal medicine patients at hospital discharge: a prospective cohort study	Liechti et al. (2021)
14	Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study	Mabire et al. (2019)
15	Structure and Content of Drug Monitoring Advices Included in Discharge Letters at Interfaces of Care: Exploratory Analysis Preceding Database Development	Morath et al. (2019)
16	Association of in-hospital multimorbidity with healthcare outcomes in Swiss medical inpatients	Mueller et al. (2021)
17	Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: a registry-based cohort study	Pereira et al. (2021)
18	Die Bedeutung qualitativ hochwertiger Entlassbriefe: Eine empirische Untersuchung	Piepenhagen et al. (2020)
19	Implementation of a complex intervention to improve hospital discharge: process evaluation of a cluster randomised controlled trial	Rachamin et al. (2021)

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
20	Continuity in palliative care – analysis of intersectoral palliative care based on routine data of a statutory health insurance	Rehner et al. (2021)
21	Unplanned postdischarge healthcare utilisation, discharge readiness, and perceived quality of teaching in mothers of neonates hospitalized in a neonatal intensive care unit: A descriptive and correlational study	Rio et al. (2021)
22	Health outcome of older hospitalized patients in internal medicine environments evaluated by Identification of Seniors at Risk (ISAR) screening and geriatric assessment	Scharf et al. (2019)
23	Herausforderungen des Entlassmanagements in der Alterstraumatologie. Beispiel einer integrierten traumatologisch-geriatrischen Komplexbehandlung	Scheidt et al. (2020)
24	Structure, content, unsafe abbreviations, and completeness of discharge summaries: A retrospective analysis in a University Hospital in Austria	Schwarz et al. (2021)
25	Patientenerfahrungen bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung	Straßner et al. (2020b)
26	Der Beitrag des bundeseinheitlichen Medikationsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit	Ulmer et al. (2019)
27	Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung. Analyse administrativer Versorgungsdaten einer großen deutschen Krankenkasse	Wiegand et al. (2020)

Durch die Recherche auf Websites themenrelevanter Organisationen konnten drei zusätzliche Publikationen eingeschlossen werden (siehe Tabelle 18).

*Tabelle 18: Berücksichtigte Primärliteratur aus der Website-Recherche*

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
1	Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement. Ergebnisbericht	Broge et al. (2019)
2	Versorgungskontinuität sichern – Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern. Ergebnisbericht	El-Kurd et al. ([kein Datum])
3	Entlassmanagement – Status quo und Lösungsansätze zur Verbesserung	Lingnau et al. (2021)

Die Prüfung der beim Zwischenbericht *Entlassmanagement* eingeschlossenen Primärliteratur (IQTIG 2019; Anhang A: Literaturrecherche) ergab, dass folgende Publikationen für die Ableitung der Qualitätsmerkmale und Darlegung des Potenzials zur Verbesserung berücksichtigt werden konnten (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Berücksichtigte Primärliteratur aus dem Zwischenbericht *Entlassmanagement*

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
1	The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital	Andreasen et al. (2015)
2	Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital». Situationsanalyse und Handlungsbedarf	BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft (2015)
3	Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital	Bagge et al. (2014)
4	Krankenhaus Barometer. Umfrage 2015	Blum et al. (2015)
5	Krankenhaus Barometer. Umfrage 2018	Blum et al. (2018)
6	hkk Gesundheitsreport. Entlassmanagement	Braun (2018)
7	Hospital discharge: What are the problems, information needs and objectives of community pharmacists? A mixed method approach	Brühwiler et al. (2017)
8	Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations	Burian et al. (2016)
9	120 Tage Rahmenvertrag. Quo Vadis Entlassmanagement? Auszug der Umfrage-Ergebnisse	consensus clinicmanagement (2018)
10	Transitions of care: Medication-related barriers identified by low socioeconomic patients of a federally qualified health center following hospital discharge	Cope et al. (2018)
11	Impact of pharmacist interventions in older patients: a prospective study in a tertiary hospital in Germany	Cortejoso et al. (2016)
12	Der bundeseinheitliche Medikationsplan in der Praxis. Die Pilotprojekte MetropolMediplan 2016, Modellregion Erfurt und PRIMA	Dormann et al. (2018)
13	Who is responsible for a safe discharge from hospital? A prospective risk analysis in the German setting	Dräger (2016)
14	Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences	Foulon et al. (2019)

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
15	Entlassungsmedikation – Was weiß der Patient bei Entlassung über seine Arzneimittel?	Freyer et al. (2016)
16	Medication and Treatment Adherence Following Hospital Discharge. A Study of an Intervention Aimed at Reducing Risk Associated With Medication Change	Greißing et al. (2016)
17	Gründe von Änderungen der medikamentösen Therapie nach Krankenhausentlassung – eine qualitative Studie aus Sichtweise von Hausärzten und Patienten	Gröber-Grätz et al. (2014)
18	Arzneimitteltherapiesicherheit an der stationär-ambulanten Schnittstelle	Hahn et al. (2018)
19	Outcomes and feasibility of the short transitional intervention in psychiatry in improving the transition from inpatient treatment to the community: A pilot study	Hegedüs et al. (2018)
20	Hausärztliche Arzneimittelpriorisierung bei stationär entlassenen, multimorbiden, älteren Patienten – Ein Vignetten-Ansatz aus der Hausarzt-Perspektive	Herrmann et al. (2015)
21	Hospital discharge of patients with ongoing care needs: a cross-sectional study using data from a city hospital under SwissDRG	Koné et al. (2018)
22	Welche Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement? Ergebnisse einer Literaturstudie und einer empirischen Risikoanalyse	Krohn et al. (2017)
23	„Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte	Lang et al. (2019)
24	Families' Priorities Regarding Hospital-to-Home Transitions for Children With Medical Complexity	Leyenaar et al. (2017)
25	Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland	Meyer-Masseti et al. (2018)
26	Transition of care: A set of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an internal medicine ward	Neeman et al. (2017)
27	Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions	Pinelli et al. (2017)
28	Klinikentlassungen älterer Patienten mit sozialem Interventionsbedarf: Möglichkeiten und Grenzen kommunalen Handelns am Beispiel des Wiesbadener Gesundheitsnetzes „GeReNet.Wi“	Schönemann-Gieck et al. (2018)
29	Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt	Tetzlaff et al. (2018)

	Titel	Referenz
30	Medikationsprobleme bei Entlassung aus dem Krankenhaus und Implikationen für die transkulturelle Versorgung. Eine Frage interprofessionellen Handelns?	Tezcan-Güntekin (2017)
31	Experiences of nurse case managers within a central discharge planning role of collaboration between physicians, patients and other healthcare professionals: A sociocultural qualitative study	Thoma und Waite (2018)
32	Which Reasons Do Doctors, Nurses, and Patients Have for Hospital Discharge? A Mixed-Methods Study	Ubbink et al. (2014)
33	Prediction of potentially avoidable readmission risk in a division of general internal medicine	Uhlmann et al. (2017)
34	Abschlussbericht zum Projekt. Erprobung eines Medikationsplanes in der Praxis hinsichtlich Akzeptanz und Praktikabilität – Modellregion Erfurt. Eine prospektive Kohortenstudie	Universität Witten/Herdecke/HELIOS Klinikum Erfurt (2017)
35	Not feeling ready to go home: a qualitative analysis of chronically ill patients' perceptions on care transitions	Verhaegh et al. (2019)
36	Die Zufriedenheit mit der Austrittsplanung und die Informiertheit von Angehörigen beeinflussen die Bereitschaft, Pflege zu übernehmen	Weiler et al. (2019)

#### 4.2.1 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Primärliteratur wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die extrahierten Daten sind in Anhang A.2.7 bzw. Anhang A.2.8 dokumentiert.

### 4.3 Ausgeschlossene Publikationen der systematischen Recherche nach aktueller Primärliteratur

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 12):

#### Nicht E1

1. Dautzenberg, L; Bretagne, L; Koek, HL; Tsokani, S; Zevgiti, S; Rodondi, N; et al. (2021): Medication review interventions to reduce hospital readmissions in older people. *Journal of the American Geriatrics Society* 69(6): 1646-1658. DOI: 10.1111/jgs.17041.
2. Mabire, C; Pellet, J (2021): Transitional nursing care for older inpatients: a person-centred research programme. *International Practice Development Journal* 11(1): 1-3. Article 12. DOI: 10.19043/ipdj.111.012.
3. NIH [National Institutes of Health], U.S. National Library of Medicine (2018): Improvement of Transition From Hospital to Home for Older Patients in Germany. Last updated: March

2021. Bethesda, US-MD: NIH. URL: <https://clinicaltrials.gov/show/NCT03513159> (abgerufen am: 02.11.2021).

4. NIH [National Institutes of Health], U.S. National Library of Medicine (2018): Transition to Home (TtH) After Preterm Birth. Last updated: April 2019. Bethesda, US-MD: NIH. URL: <https://clinicaltrials.gov/show/NCT03460496> (abgerufen am: 02.11.2021).
5. Schang, L; Sundmacher, L; Grill, E (2020): Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor: ein innovatives Förderkonzept. *Das Gesundheitswesen* 82(6): 514-519. DOI: 10.1055/a-0829-6465.
6. Zechmann, S; Grischott, T (2018): Hospital discharge study. Improving inappropriate medication and information transfer at hospital discharge: A cluster-RCT. ISRCTN ID: 18427377. [Stand:] 27.09.2021. [Genf, CH]: WHO [World Health Organization], ICTRP [International Clinical Trials Registry Platform]. URL: <http://www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TriallID=ISRCTN18427377> (abgerufen am: 27.10.2021).

#### **Nicht E2**

1. Şahin, C; Iseringhausen, O; Hower, K; Liebe, C; Rethmeier-Hanke, A; Wedmann, B (2018): Regionales Versorgungskonzept Geriatrie im Kreis Lippe. Struktureffekte und Netzwerkbildung im Case Management-basierten Modellprojekt. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51(3): 322-328. DOI: 10.1007/s00391-016-1125-y.
2. Schaefer, L; Keinki, C; Baron Von Osthoff, M; Huebner, J (2018): Potential Interactions of Medication Prescribed in Discharge Letters from a Clinic for Hematology and Oncology. *Oncology Research and Treatment* 41(4): 200-205. DOI: 10.1159/000486161.
3. Schulze, UME; Williams, B; Bülbül, A; Fegert, JM; Boege, I (2017): ASpeKT\* – Schnittstellenkoordination bei psychisch erkrankten Kindern und Teenagern. *Nervenheilkunde* 36(3): 136-142. DOI: 10.1055/s-0038-1635153.

#### **Nicht E3**

Keine

#### **Nicht E4**

1. 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.
2. 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.
3. Tetzlaff, F; Singer, A; Swart, E; Robra, BP; Herrmann, MLH (2018): Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt. *Das Gesundheitswesen* 80(6): 557-563. DOI: 10.1055/s-0042-113599.

**Nicht E5**

1. Chassagne, P; Gbaguidi, X; Dumur, J; Chassagne, P; Lang, PO (2020): Analysis of the impact of a medication reconciliation tool on the hospital-community interface. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement* 18(3): 261-72. DOI: 10.1684/pnv.2020.0876.

**Nicht E6**

1. Ådnanes, M; Cresswell-Smith, J; Melby, L; Westerlund, H; Šprah, L; Sfetcu, R; et al. (2020): Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. *Patient Education and Counseling* 103(5): 1033-1040. DOI: 10.1016/j.pec.2019.12.002.
2. Beauchet, O; Fung, S; Launay, CP; Cooper-Brown, LA; Afilalo, J; Herbert, P; et al. (2019): Screening for older inpatients at risk for long length of stay: which clinical tool to use? *BMC Geriatrics* 19:156. DOI: 10.1186/s12877-019-1165-4.
3. Bourque, M; DeFilippis, D; Adkins, L (2021): Creating a New Model of Care by Integrating Case Management Nurses in a Children's Hospital. *Professional Case Management* 26(5): 242-249. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000494.
4. Dumur, J; Chassagne, P; Gbaguidi, X; Csajka, C; Chassagne, P; Lang, PO (2019): Using a structured reconciliation medication form improves medication transition from hospital to community care and primary care physicians' adherence with medication adaptations and recommendations. *European Geriatric Medicine* 10: 141-146. DOI: 10.1007/s41999-018-0125-4.
5. Fischer, MG; Josef, KL; Russell, JH (2020): Functional Outcomes Graded With Normative Data Can Predict Postdischarge Falls and 30-Day Readmissions in Hospitalized Older Adults. *Journal of Acute Care Physical Therapy* 11(4): 201-215. DOI: 10.1097/JAT.0000000000000135.
6. Gerber, K; Tuer, Z; Yates, P (2021): Who makes it out alive? — Predicting survival to discharge of hospital patients referred to residential aged care. *Collegian* 28(4): 431-437. DOI: 10.1016/j.colegn.2020.12.007.
7. Grass, F; Crippa, J; Lovely, JK; Ansell, J; Behm, KT; Achilli, P; et al. (2020): Readmissions Within 48 Hours of Discharge: Reasons, Risk Factors, and Potential Improvements. *Diseases of the Colon & Rectum* 63(8): 1142-1150. DOI: 10.1097/DCR.0000000000001652.
8. Hansen, TK; Shahla, S; Damsgaard, EM; Bossen, SRL; Bruun, JM; Gregersen, M (2021): Mortality and readmission risk can be predicted by the record-based Multidimensional Prognostic Index: a cohort study of medical inpatients older than 75 years. *European Geriatric Medicine* 12(2): 253-261. DOI: 10.1007/s41999-021-00453-z.
9. Nguyen, TT; Bergeron, E; Lewis, TV; Miller, JL; Hagemann, TM; Neely, S; et al. (2020): Descriptive study of discharge medications in pediatric patients. *SAGE Open Medicine* 8: 2050312120927945. DOI: 10.1177/2050312120927945.

10. Reese, RJ; Duncan, BL; Kodet, J; Brown, HM; Meiller, C; Farook, MW; et al. (2018): Patient Feedback as a Quality Improvement Strategy in an Acute Care, Inpatient Unit: An Investigation of Outcome and Readmission Rates. *Psychological Services* 15(4): 470-476. DOI: 10.1037/ser0000163.
11. Schaefer, MS; Hammer, M; Platzbecker, K; Santer, P; Grabitz, SD; Murugappan, KR; et al. (2021): What Factors Predict Adverse Discharge Disposition in Patients Older Than 60 Years Undergoing Lower-extremity Surgery? The Adverse Discharge in Older Patients after Lower-extremity Surgery (ADELES) Risk Score. *Clinical Orthopaedics & Related Research* 479(3): 546-547. DOI: 10.1097/CORR.0000000000001532.
12. Wrotny, C; Bradley, D; Brulé, M (2021): Back So Soon? Part 2. Use of the 5 „Whys“ Process in Unplanned Hospital Readmissions. *Professional Case Management* 26(4): 186-193. DOI: 10.1097/NCM.0000000000000505.
13. Yilmaz, FT; Aldemir, K; Yildiz, E (2019): The Discharge Related Education Needs of Inpatients Being Treated in the Internal Diseases Clinic and Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences* 12(3): 1658-1665. URL: [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/36\\_taskinyilmaz\\_original\\_12\\_3.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/36_taskinyilmaz_original_12_3.pdf) (abgerufen am: 21.10.2021).

#### Nicht E7

1. Bichescu-Burian, D; Jaeger, S; Steinert, T; Uhlmann, C; Flammer, E (2021): Poststationäre Weiterbehandlung von Patienten mit ICD-Diagnosen F3 und F4 in Psychiatrie und Psychosomatik (PfAD-Studie). *Psychiatrische Praxis* 48(7): 351-360. DOI: 10.1055/a-1349-6257.
2. Böckmann, V; Lay, B; Seifritz, E; Kawohl, W; Roser, P; Habermeyer, B (2019): Patient-Level Predictors of Psychiatric Readmission in Substance Use Disorders. *Frontiers in Psychiatry* 10: 828. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00828.
3. Braun, T; Thiel, C; Schulz, RJ; Gruneberg, C (2021): Responsiveness and interpretability of commonly used outcome assessments of mobility capacity in older hospital patients with cognitive spectrum disorders. *Health and Quality of Life Outcomes* 19:68. DOI: 10.1186/s12955-021-01690-3.
4. Deisenhammer, EA; Behrnt, EM; Kemmler, G; Haring, C; Miller, C (2019): Suicide Risk Factors in Patients Recently Discharged From a Psychiatric Hospital: A Case-Control Study. *Journal of Clinical Psychiatry* 80(5): e1-e6. DOI: 10.4088/JCP.18m12702.
5. Eggmann, S; Verra, ML; Stefanicki, V; Kindler, A; Seyler, D; Hilfiker, R; et al. (2021): German version of the Chelsea Critical Care Physical Assessment Tool (CPAx-GE): translation, cross-cultural adaptation, validity, and reliability. *Disability and Rehabilitation*: 1-10. DOI: 10.1080/09638288.2021.1909152.
6. Freyer, J; Kasprick, L; Sultzer, R; Schiek, S; Bertsche, T (2018): A dual intervention in geriatric patients to prevent drug-related problems and improve discharge management. *IJCP – International Journal of Clinical Pharmacy* 40: 1189–1198. DOI: 10.1007/s11096-018-0643-7.
7. Garnier, A; Rouiller, N; Gachoud, D; Nachar, C; Voirol, P; Griesser, AC; et al. (2018): Effectiveness of a transition plan at discharge of patients hospitalized with heart failure: A before-and-after study. *ESC Heart Failure* 5(4): 657-667. DOI: 10.1002/ehf2.12295.



8. Gosling, AF; Hammer, M; Grabitz, S; Wachtendorf, LJ; Katsiampoura, A; Murugappan, KR; et al. (2021): Development of an Instrument for Preoperative Prediction of Adverse Discharge in Patients Scheduled for Cardiac Surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 35(2): 482-489. DOI: 10.1053/j.jvca.2020.08.028.
9. Kaleta, M; Niederkrotenthaler, T; Kautzky-Willer, A; Klimek, P (2020): How Specialist After-care Impacts Long-Term Readmission Risks in Elderly Patients With Metabolic, Cardiac, and Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Cohort Study Using Administrative Data. *JMIR Medical Informatics* 8(9): e18147. DOI: 10.2196/18147.
10. Kleinknecht-Dolf, M; Lendner, I; Müller, R; Horlacher, K; Martin, JS; Spirig, R (2019): Einschätzung der Austrittsbereitschaft von Patienten\* in akutsomatischen Spitälern in der Schweiz durch Pflegefachpersonen. Eine Pilotstudie und Querschnittserhebung mit der deutschsprachigen Übersetzung der Kurzform der „Readiness for Hospital Discharge Scale“. *Pflegewissenschaft* 21(1/2): 30-40. DOI: 10.3936/1571.
11. Koch, D; Schuetz, P; Haubitz, S; Kutz, A; Mueller, B; Weber, H; et al. (2019): Improving the post-acute care discharge score (PACD) by adding patients' self-care abilities: A prospective cohort study. *PLoS ONE* 14(3): e0214194. DOI: 10.1371/journal.pone.0214194.
12. Lay, B; Kawohl, W; Rossler, W (2019): Predictors of Compulsory Re-admission to Psychiatric Inpatient Care. *Frontiers in Psychiatry* 10: 120. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00120.
13. Leutgeb, R; Berger, SJ; Szecsenyi, J; Laux, G (2019): Potentially avoidable hospitalisations of German nursing home patients? A cross-sectional study on utilisation patterns and potential consequences for healthcare. *BMJ Open* 9(1): e025269. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025269.
14. Meffert, C; Rücker, G; Hatami, I; Becker, G (2016): Identification of hospital patients in need of palliative care – a predictive score. *BMC: Palliative Care* 15:21. DOI: 10.1186/s12904-016-0094-7.
15. Migliazza, K; Bahler, C; Liedtke, D; Signorell, A; Boes, S; Blozik, E (2021): Potentially inappropriate medications and medication combinations before, during and after hospitalizations: an analysis of pathways and determinants in the Swiss healthcare setting. *BMC: Health Services Research* 21:522. DOI: 10.1186/s12913-021-06550-w.
16. Morath, B; Lampert, A; Glaß, FE; Metzner, M; Study Team, D; Haefeli, WE; et al. (2019): Changing the medication documentation process for discharge: Impact on clinical routine and documentation quality - A process analysis. *European Journal of Hospital Pharmacy*, Epub 20.12.2019. 1-7. DOI: 10.1136/ejhpharm-2019-002027.
17. Morath, B; Walk-Fritz, S; Hoppe-Tichy, T; Haefeli, WE; Seidling, HM (2020): Entlassmanagement in Deutschland. Erfahrungen einer klinikweiten Umsetzung. *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten* 43(5): 187-194.
18. Nachar, C; Lamy, O; Sadeghipour, F; Garnier, A; Voirol, P (2019): Medication reconciliation in a Swiss hospital: methods, benefits and pitfalls. *EJHP – European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice* 26(3): 129-134. DOI: 10.1136/ejhpharm-2017-001358.

19. Pickert, L; Meyer, AM; Becker, I; Hees, A; Noetzel, N; Brinkkotter, P; et al. (2021): Role of a multidimensional prognosis in-hospital monitoring for older patients with prolonged stay. *International Journal of Clinical Practice* 75(5): e13989. DOI: 10.1111/ijcp.13989.
20. Smolle, C; Schwarz, CM; Hoffmann, M; Kamolz, LP; Sendlhofer, G; Brunner, G (2021): Design and preliminary evaluation of a newly designed patient-friendly discharge letter – a randomized, controlled participant-blind trial. *BMC: Health Services Research* 21:450. DOI: 10.1186/s12913-021-06468-3.
21. Umbescheidt, R; Schlegel, C; Lüthi, I; Blaha, V; Anchise, A; Blanc, G (2020): Interprofessionelles Austrittsplanungs- und Visitenttraining mit In-HospiTool (IAVI). Das Potenzial der interprofessionellen Lernortkooperation. *Pädagogik der Gesundheitsberufe* 7(1): 76-86. DOI: 10.293.000/30000-1814.
22. Valdés-Stauber, J; Krämer, S; Bachthaler, S (2019): Klinischer Verlauf nach stationärer psychosomatischer Behandlung – Ergebnisse einer naturalistischen Einjahreskatamnese. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie* 87(6): 372-382. DOI: 10.1055/a-0621-8864.

## 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.agreetrust.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.
- 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 «Spital». 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; Zumbunn, 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.
- Blanc, AL; Fumeaux, T; Stirnemann, J; Dupuis Lozeron, E; Ourhamoune, A; Desmeules, J; et al. (2019): Development of a predictive score for potentially avoidable hospital readmissions for general internal medicine patients. *PLoS ONE* 14(7): e0219348. DOI: 10.1371/journal.pone.0219348.
- 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](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](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-Qualitaetsicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- Boege, I; Williams, B; Schulze, U; Fegert, JM (2021): Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern. *Der Nervenarzt* 92(3): 252-258. DOI: 10.1007/s00115-020-00974-1.
- Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016): Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBIM 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 Postdischarge Interventions on Hospital Readmission. *Journal for Healthcare Quality* 39(6): 354-366. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000057.
- 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).

- Broge, B; Kleine-Budde, K; Pollmann, T; Blum, K; Finger, B (2019): Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement. Ergebnisbericht. Stand: 07.10.2019. Berlin: G-BA. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/8/2020-04-03\\_EMSE\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/8/2020-04-03_EMSE_Ergebnisbericht.pdf) (abgerufen am: 06.12.2021).
- Brühwiler, LD; Hersberger, KE; Lutters, M (2017): Hospital discharge: What are the problems, information needs and objectives of community pharmacists? A mixed method approach. *Pharmacy Practice* 15(3): 1046. DOI: 10.18549/PharmPract.2017.03.1046.
- 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.
- Burian, R; Franke, M; Diefenbacher, A (2016): Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *Journal of Psychosomatic Research* 86: 53-59. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.002.
- Burruni, 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.
- Capiau, 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.
- Chung, D; Hadzi-Pavlovic, D; Wang, M; Swaraj, S; Olfson, M; Large, M (2019): Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open* 9(3): e023883. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023883.
- 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](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*, Epub 19.01.2021. 1-15. 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; Shojania, 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.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Donisi, V; Tedeschi, F; Wahlbeck, K; Haaramo, P; Amadeo, F (2016): Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 16:449. DOI: 10.1186/s12888-016-1114-0.
- 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.
- Edgcomb, JB; Sorter, M; Lorberg, B; Zima, BT (2020): Psychiatric Readmission of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services* 71(3): 269-279. DOI: 10.1176/appi.ps.201900234.

- El-Kurd, N; Forstner, J; Handlos, B; Kaufmann-Kolle, P; Pilz, M; Rück, R; et al. ([kein Datum]): Versorgungskontinuität sichern – Patientenorientiertes Einweisungs- und Entlassmanagement in Hausarztpraxen und Krankenhäusern. Ergebnisbericht. Berlin: G-BA. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/88/2021-08-20\\_VESPEERA\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/88/2021-08-20_VESPEERA_Ergebnisbericht.pdf) (abgerufen am: 06.12.2021).
- Evans, N; Edwards, D; Carrier, J (2020): Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis* 18(2): 275-308. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-004020.
- 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.
- 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; Greiβing, 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.
- 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.
- Gimenez, L; Druel, V; Roques, S; Vasseur, J; Grosclaude, P; Delpierre, C; et al. (2020): Inventory of tools for care coordination between general practice and hospital system for patients suffering from cancer in active phase of treatment: A scoping review. *European Journal of Cancer Care* 29(6): e13319. DOI: 10.1111/ecc.13319.
- 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.
- Greiβing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Schuchmann, M; Zantl, N; Schiek, S; et al. (2016): Medication and Treatment Adherence Following Hospital Discharge. A Study of an Intervention Aimed at Reducing Risk Associated With Medication Change. *Deutsches Ärzteblatt International* 113(44): 749-756. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0749.

- 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.
- Hahn, M; Roll, SC; Klein, J (2018): Arzneimitteltherapiesicherheit an der stationär-ambulanten Schnittstelle. *Der Nervenarzt* 89(7): 796-800. DOI: 10.1007/s00115-017-0412-1.
- 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.
- Harrison, JK; Walesby, KE; Hamilton, L; Armstrong, C; Starr, JM; Reynish, EL; et al. (2017): Predicting discharge to institutional long-term care following acute hospitalisation: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 46(4): 547-558. DOI: 10.1093/ageing/afx047.
- 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.
- Hayajneh, AA; Hweidi, IM; Abu Dieh, MW (2020): Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nursing Open* 7(5): 1313-1320. DOI: 10.1002/nop2.547.
- 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.
- Hegedüs, A; Kozel, B; Richter, D; Behrens, J (2020): Effectiveness of Transitional Interventions in Improving Patient Outcomes and Service Use After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 10: 969. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00969.
- 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.
- Hunt-O'Connor, C; Moore, Z; Patton, D; Nugent, L; Avsar, P; O'Connor, T (2021): The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *Journal of Nursing Management*. DOI: 10.1111/jonm.13409.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): 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](https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht-Anhang_2019-07-31.pdf) (abgerufen am: 24.09.2020).

- Jones, CE; Hollis, RH; Wahl, TS; Oriol, 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.
- Joo, JY; Liu, MF (2019): Effectiveness of Nurse-Led Case Management in Cancer Care: Systematic Review. *Clinical Nursing Research* 28(8): 968-991. DOI: 10.1177/1054773818773285.
- 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.
- 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.
- Kobewka, DM; Mulpuru, S; Chasse, M; Thavorn, K; Lavalley, LT; English, SW; et al. (2020): Predicting the need for supportive services after discharged from hospital: a systematic review. *BMC: Health Services Research* 20:161. DOI: 10.1186/s12913-020-4972-6.
- Koch, D; Kutz, A; Haubitz, S; Baechli, C; Gregoriano, C; Conca, A; et al. (2020): Association of functional status and hospital-acquired functional decline with 30-day outcomes in medical inpatients: A prospective cohort study. *Applied Nursing Research* 54: 151274. DOI: 10.1016/j.apnr.2020.151274.
- Koné, I; Zimmermann, B; Wangmo, T; Richner, S; Weber, M; Elger, B (2018): Hospital discharge of patients with ongoing care needs: a cross-sectional study using data from a city hospital under SwissDRG. *Swiss Medical Weekly* 148: w14575. DOI: 10.4414/smw.2018.14575.
- Krause, O; Glaubitz, S; Hager, K; Schleef, T; Wiese, B; Junius-Walker, U (2020): Post-discharge adjustment of medication in geriatric patients. A prospective cohort study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53(7): 663-670. DOI: 10.1007/s00391-019-01601-8.
- Krohn, R; Wehner, K; Rickert, K; Thole, C; Broge, B; Heller, G (2017): Welche Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement? 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 (2018): „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen*, Epub 16.08.2018. DOI: 10.1055/a-0664-0470.
- Lenssen, R; Schmitz, K; Griesel, C; Heidenreich, A; Schulz, JB; Trautwein, C; et al. (2018): Comprehensive pharmaceutical care to prevent drug-related readmissions of dependent-living elderly patients: a randomized controlled trial. *BMC: Geriatrics* 18:135. DOI: 10.1186/s12877-018-0814-3.
- Leppin, AL; Gionfriddo, MR; Kessler, M; Brito, JP; Mair, FS; Gallacher, K; et al. (2014): Preventing 30-Day Hospital Readmissions. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *JAMA Internal Medicine* 174(7): 1095-1107. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.1608.
- 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.
- 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. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(9): 217-260. 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.genhosppsy.2020.05.004.
- 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; Sahm, LJ (2015): Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Pharmacy* 3(2): 53-71. DOI: 10.3390/pharmacy3020053.
- Modas, DAS; Nunes, EMGT; Charepe, ZB (2019): Causes of delayed hospital discharge among adult clients: a scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 40: e20180130. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180130.
- 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.
- Morath, B; Wien, K; Hoppe-Tichy, T; Haefeli, WE; Seidling, HM (2019): Structure and Content of Drug Monitoring Advices Included in Discharge Letters at Interfaces of Care: Exploratory Analysis Preceding Database Development. *JMIR Medical Informatics* 7(2): e10832. DOI: 10.2196/10832.
- Morkisch, N; Upegui-Arango, LD; Cardona, MI; van den Heuvel, D; Rimmele, M; Sieber, CC; et al. (2020): Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC: Geriatrics* 20:345. DOI: 10.1186/s12877-020-01747-w.
- 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.
- Neeman, M; Dobrinas, M; Maurer, S; Tagan, D; Sautebin, A; Blanc, A-L; et al. (2017): Transition of care: A set of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an internal medicine ward. *European Journal of Internal Medicine* 38: 30-37. DOI: 10.1016/j.ejim.2016.11.004.
- 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>: 15.09.2021).
- O'Connell, PH; Durns, T; Kious, BM (2020): Risk of suicide after discharge from inpatient psychiatric care: a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* Epub 04.08.2021. 1-11. DOI: 10.1080/13651501.2020.1800043.
- O'Donnell, R; Savaglio, M; Skouteris, H; Banaszak-Holl; Moran, C; Morris, H; et al. (2020): The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients From Hospital to Home: A Systematic Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology*, Epub 04.10.2020. 1-9. 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.
- Okrainec, K; Lau, D; Abrams, HB; Hahn-Goldberg, S; Brahmbhatt, R; Huynh, T; et al. (2017): Impact of Patient-Centered Discharge Tools: A Systematic Review. *Journal of Hospital Medicine* 12(2): 110-117. DOI: 10.12788/jhm.2692.
- Parekh, N; Ali, K; Page, A; Roper, T; Rajkumar, C (2018): Incidence of Medication-Related Harm in Older Adults After Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society* 66(9): 1812-1822. DOI: 10.1111/jgs.15419.
- Pedersen, MK; Meyer, G; Uhrenfeldt, L (2017): Risk factors for acute care hospital readmission in older persons in Western countries: a systematic review. *JBIS 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.
- Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany - a systematic review. *BMC Health Services Research* 15: 407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.
- 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.
- Rehner, L; Moon, K; Hoffmann, W; van den Berg, N (2021): Continuity in palliative care – analysis of intersectoral palliative care based on routine data of a statutory health insurance. *BMC: Palliative Care* 20:59. DOI: 10.1186/s12904-021-00751-0.
- Rio, L; Tenthorey, C; Ramelet, AS (2021): Unplanned postdischarge healthcare utilisation, discharge readiness, and perceived quality of teaching in mothers of neonates hospitalized in a neonatal intensive care unit: A descriptive and correlational study. *Australian Critical Care* 34(1): 9-14. DOI: 10.1016/j.aucc.2020.07.001.
- Saunders, S; Killackey, T; Kurahashi, A; Walsh, C; Wentlandt, K; Lovrics, E; et al. (2019): Palliative Care Transitions From Acute Care to Community-Based Care-A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 58(4): 721-734.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.06.005.

- Scharf, AC; Gronewold, J; Dahmann, 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.
- 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*, Epub 09.01.2021. 1-9. 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.
- Sfetcu, R; Musat, S; Haaramo, P; Ciutan, M; Scintee, G; Vladescu, C; et al. (2017): Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 17(1): 227. DOI: 10.1186/s12888-017-1386-z.
- 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.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] ([kein Datum]): [Search filters:] Systematic Reviews. Edinburgh, GB: SIGN. URL: <https://www.sign.ac.uk/search-filters.html> [Auswahl: Resources > Systematic reviews] (abgerufen am: 29.01.2019).

- Singotani, RG; Karapinar, F; Brouwers, C; Wagner, C; de Bruijne, MC (2019): Towards a patient journey perspective on causes of unplanned readmissions using a classification framework: results of a systematic review with narrative synthesis. *BMC: Medical Research Methodology* 19:189. DOI: 10.1186/s12874-019-0822-9.
- Straßner, C; Hoffmann, M; Forstner, J; Roth, C; Szecsenyi, J; Wensing, M (2020): 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 (2020): 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.
- Swain, MJ; Kharrazi, H (2015): Feasibility of 30-day hospital readmission prediction modeling based on health information exchange data. *International Journal of Medical Informatics* 84(12): 1048-1056. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2015.09.003.
- Tate, K; Lee, S; Rowe, BH; Cummings, GE; Holroyd-Leduc, J; Reid, RC; et al. (2021): Quality Indicators for Older Persons' Transitions in Care: A Systematic Review and Delphi Process [03.07.2020]. *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement*. DOI: 10.1017/S0714980820000446.
- Tetzlaff, F; Singer, A; Swart, E; Robra, B-P; Herrmann, MLH (2018): Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt. *Das Gesundheitswesen* 80(6): 557-563. DOI: 10.1055/s-0042-113599.
- 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.
- 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.
- Tyler, N; Wright, N; Waring, J (2019): Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC: Health Services Research* 19:883. DOI: 10.1186/s12913-019-4658-0.
- 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.

- Uhlmann, M; Lécoreux, E; Griesser, A-C; Duong, HD; Lamy, O (2017): Prediction of potentially avoidable readmission risk in a division of general internal medicine. *Swiss Medical Weekly* 147: w14470. DOI: 10.4414/smw.2017.14470.
- Ulmer, I; Mildner, C; Krämer, I (2019): Der Beitrag des bundeseinheitlichen Medikationsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. *Krankenhauspharmazie* 40(7): 359-366.
- 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/Ge-sundheit/Berichte/Modellregion\\_Erfurt\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ge-sundheit/Berichte/Modellregion_Erfurt_Abschlussbericht.pdf): 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 (2018): Die Zufriedenheit mit der Austrittsplanung und die Informiertheit von Angehörigen beeinflussen die Bereitschaft, Pflege zu übernehmen. *Pflege*, Epub 05.12.2018. DOI: 10.1024/1012-5302/a000652.
- WHO [World Health Organization] (2003): List of Member States by WHO region and mortality stratum. In: WHO; Hrsg.: *The World Health Report 2003: Shaping the Future*. Geneva, CH: WHO, 182-184. ISBN: 92 4 156243 9. URL: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf) (abgerufen am: 29.01.2019).
- Wiegand, HF; Saam, J; Marschall, U; Chmitorz, A; Kriston, L; Berger, M; et al. (2020): Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung. Analyse administrativer Versorgungsdaten einer großen deutschen Krankenkasse. *Deutsches Ärzteblatt international* 117(27-28): 472-479. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0472.
- 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.
- 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.

Zhou, H; Roberts, PA; Dhaliwal, SS; Della, PR (2019): Risk factors associated with paediatric unplanned hospital readmissions: a systematic review. *BMJ: Open* 9(1): e020554. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020554.



## Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

### Anhang A.2.1: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien

#### Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement

Es wurden keine Informationen bzgl. der Evidenz- und/oder Empfehlungsgraduierung gegeben (BMASGK 2018).

#### Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019

Es wurden keine Informationen bzgl. der Evidenzgraduierung gegeben (DNQP 2019b).

#### NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings

##### Evidenzgraduierung

*Studies were rated for internal and external validity using ++/+- (meaning good, moderate and low). Where there are 2 ratings (for example +/-), the first rating applies to internal validity (how convincing the findings of the study are in relation to its methodology and conduct). The second rating concerns external validity (whether it is likely that the findings can be applied to similar contexts elsewhere) (NICE 2021).*

##### Empfehlungsgraduierung

*Some recommendations are 'strong' in that the Committee believes that the vast majority of practitioners or commissioners and people using services would choose a particular intervention if they considered the evidence in the same way as the Committee. This is generally the case if the benefits clearly outweigh the harms for most people and the intervention is likely to be cost effective.*

*However, there is often a closer balance between benefits and harms, and some people would not choose an intervention whereas others would. This may happen, for example, if some people are particularly likely to benefit and others are not, or people have different preferences and values. In these circumstances, the recommendation is generally weaker, although it may be possible to make stronger recommendations for specific groups of people. NICE uses 'offer' (or similar wording such as 'measure', 'advise', 'commission' or 'refer') to reflect a strong recommendation, usually where there is clear evidence of benefit. NICE uses 'consider' to reflect a recommendation for which the evidence of benefit is less certain (NICE 2014: 164-165).*

**Anhang A.2.2: Abgeleitete Qualitätsmerkmale und deren zugrundeliegenden Vorgaben aus dem Rahmenvertrag**

Tabelle 20: Vorgaben aus dem Rahmenvertrag

**Qualitätsaspekt: Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Verfahrensregelung zum multi-professionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 1: Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher und etabliert schriftliche, für alle Beteiligten transparente Standards (z. B. für die Pflege: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege).</li> <li>▪ § 3 Absatz 1: Die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team müssen verbindlich geregelt werden.</li> </ul>
2. Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 1: Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, sofern erforderlich, die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein.</li> </ul>
3. Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 1: Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, sofern erforderlich, die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein.</li> </ul>
4. Schulung der am Entlassmanagement Gesundheitsprofessionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>
5. Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 4 Absatz 4: Das Krankenhaus gewährleistet, dass der Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements die erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten vollständig und korrekt vornimmt.</li> </ul>
6. Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhausintern)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
7. Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>
8. Evaluation des Entlassprozesses mit weiter-bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Risikoeinschätzung (initiales Assessment)**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 2: Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt.</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Entlassplanung**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 2: Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen.</li> </ul>
2. Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 2: Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 1: Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit sicher [...].</li> <li>▪ § 3 Absatz 3: Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung.</li> <li>▪ § 3 Absatz 5: [...] Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pflegekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert.</li> </ul>
3. Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>
4. Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 3: [...] Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweiligen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein.</li> </ul>
5. Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>
6. Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 8 Absatz 2: Bei durch den Krankenhausaufenthalt unterbrochenen Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder Pflegesachleistungen ist der Pflegedienst oder die stationäre Pflegeeinrichtung des Patienten über den Termin der bevorstehenden Entlassung des Patienten zu informieren.</li> </ul>
7. Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 2 Absatz 2: Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 2: Besteht die Notwendigkeit einer Anschlussversorgung, informiert das Krankenhaus den Patienten über die seinem Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung.</li> </ul>
2. Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 2 Absatz 2: Der Patient und seine Bedürfnisse stehen im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen. Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert und trägt in enger Abstimmung mit dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Patienten Rechnung.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 2: Besteht die Notwendigkeit einer Anschlussversorgung, informiert das Krankenhaus den Patienten über die seinem Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen für die Anschlussversorgung.</li> </ul>
3. Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Entlassgespräch**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Abschließendes Gespräch vor Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Medikamentenmanagement**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
2. Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 3: [...] Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden.</li> </ul>
3. Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 3: [...] Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden.</li> </ul>
4. Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 7 Absatz 3: [...] Der Medikationsplan ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendige Information des weiterbehandelnden Arztes.</li> </ul>
5. Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 4 Absatz 5: Bei der Mitgabe von Arzneimitteln gelten die Regelungen des § 14 Absatz 7 ApoG, zu deren Anwendung im Entlassmanagement das Nähere die Arzneimittel-Richtlinie regelt. Die Abgabe der vom Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements verordneten Arzneimittel erfolgt in öffentlichen Apotheken. Der Patient hat das Recht der freien Apothekenwahl gemäß § 31 Absatz 1 Satz 5 SGB V.</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] Hilfsmitteln [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
<p>2. Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] Heilmitteln [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
<p>3. Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] häuslicher Krankenpflege [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
<p>4. Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: [...] Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsversorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
5. Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: [...] Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsversorgung (Kurzzeitpflege) der Fall sein.</li> </ul>
6. Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] SAPV [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
7. Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] Soziotherapie [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
8. Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> </ul>



Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 4 Absatz 3: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnung von [...] Krankenförderungsleistungen [...] für die Versorgung in einem eingeschränkten Zeitraum erfolgen [...].</li> </ul>
9. Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 8: Besteht die Notwendigkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Leistungen nach § 33a, § 37b oder § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V zu verordnen oder die Arbeitsunfähigkeit festzustellen, erhält der Patient spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende Verordnung bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.</li> <li>▪ § 5 Absatz 1: Soweit dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, kann die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Krankenhausarzt mit abgeschlossener Facharztweiterbildung erfolgen. Sofern sich unmittelbar an die Krankenhausbehandlung eine Übergangspflege gemäß § 39e SGB V anschließt, gilt § 6 Absatz 3 Satz 4.</li> <li>▪ § 5 Absatz 2: Bei der Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sind die für das Entlassmanagement in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V (Arbeitsfähigkeits-Richtlinie) getroffenen Regelungen in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.</li> </ul>
10. Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: [...] Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege (z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur Einbeziehung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI), Häusliche Krankenpflege (auch außerklinische intensivpflegerische Versorgung) und Haushaltshilfe, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung, häusliche Versorgung sowie bei genehmigungspflichtigen Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangspflege (Kurzzeitpflege) der Fall sein.</li> </ul>
11. Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. [...] Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege [...] der Fall sein.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
12. Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. [...] Dies kann insbesondere bei Feststellung eines neuen oder Änderung des bereits bekannten Versorgungsbedarfs in den Bereichen Pflege [...] der Fall sein.</li> </ul>
13. Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf.</li> </ul>
14. Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf. [...] Durch die patientenbezogene Abstimmung in den genannten Bereichen leitet die Krankenkasse bzw. die Pflegekasse das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren umgehend ein und nimmt ihre Beratungspflicht gegenüber dem Patienten wahr.</li> </ul>
15. Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer oder einem weiterbehandelnden Hausärztin/-arzt oder Fachärztin/-arzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 8 Absatz 4: Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnaher Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden.</li> </ul>

#### Qualitätsaspekt: Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 8 Absatz 1: Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
<p>2. Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 4: Stellen die Beteiligten nach Absatz 1 Satz 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen.</li> <li>▪ § 8 Absatz 1: Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.</li> <li>▪ § 8 Absatz 3: Das Krankenhaus führt bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung das Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt.</li> </ul>
<p>3. Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 5: Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die Informationen über das Vorliegen der Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. [...] Sobald absehbar ist, dass der Patient nicht nahtlos in die Anschlussversorgung übergeleitet werden kann und die Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V erforderlich wird, hat das Krankenhaus umgehend, spätestens mit dem Zeitpunkt der Feststellung der Erforderlichkeit der Übergangspflege, die Krankenkasse des Patienten in das Entlassmanagement einzubeziehen und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan über Erforderlichkeit, Art und Umfang der Anschlussversorgung vor der Aufnahme in die Übergangspflege an die Krankenkasse elektronisch zu übermitteln.</li> <li>▪ § 3 Absatz 6: Sobald patientenbezogener Bedarf für eine Unterstützung durch die zuständige Krankenkasse bzw. Pflegekasse festgestellt wird, nimmt das Krankenhaus rechtzeitig Kontakt zur Krankenkasse, bei Bedarf zur Pflegekasse auf.</li> </ul>
<p>4. Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 5: Bei notwendiger Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse sind die Informationen über das Vorliegen der Einwilligung des Patienten gemäß Anlage 1b und die erforderlichen Informationen aus dem Entlassplan zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch das Krankenhaus elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Bei relevanten Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs der Anschlussversorgung werden der Entlassplan aktualisiert und die Krankenkasse bzw. Pflegekasse erneut über die sich daraus ggf. ableitende Unterstützung durch die Krankenkasse bzw. Pflegekasse informiert.</li> </ul>

**Qualitätsaspekt: Entlassdokumente**

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
<p>5. Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 9 Absatz 3: Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum</li> <li>▫ Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen</li> <li>▫ Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief</li> <li>▫ Grund der Einweisung</li> <li>▫ Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger</li> <li>▫ Entlassungsbefund</li> <li>▫ Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)</li> <li>▫ Weiteres Prozedere/Empfehlungen</li> <li>▫ Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Absatz 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel</li> <li>▫ Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 39 Absatz 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit</li> <li>▫ Nachfolgende Versorgungseinrichtung</li> <li>▫ Mitgegebene Befunde</li> </ul> </li> </ul>
<p>6. Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 7: Am Tag der Entlassung erhält der Patient und – sofern erforderlich – dessen gesetzlicher Vertreter/Betreuer und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages.</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 9 Absatz 2: Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6 und 14 sowie Beurteilungen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V erfasst sind.</li> </ul>
7. Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 7: Am Tag der Entlassung erhält der Patient und – sofern erforderlich – dessen gesetzlicher Vertreter/Betreuer und mit dessen Einwilligung der die Anschlussversorgung durchführende Arzt einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief gemäß § 9 dieses Rahmenvertrages. [...] Sofern die Anschlussversorgung nicht durch den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält dieser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief.</li> <li>▪ § 9 Absatz 1: Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten und – sofern erforderlich – dessen gesetzlichem Vertreter/Betreuer auszuhändigen. Bei stationärer Anschlussheilbehandlung oder stationärer Pflege ist der Entlassbrief mit Einwilligung des Patienten sowohl der stationären Einrichtung als auch dem Hausarzt bzw. dem einweisenden/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übermitteln.</li> <li>▪ § 9 Absatz 2: Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden [...].</li> </ul>
8. Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 7: [...] Die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer erhalten aufgrund der Einwilligung des Patienten die erforderlichen Informationen zur weiteren pflegerischen Versorgung.</li> <li>▪ § 8 Absatz: Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.</li> <li>▪ § 9 Absatz 3: Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ [...] Weiteres Prozedere/Empfehlungen</li> <li>▫ Arzneimittel</li> </ul> </li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Alle veranlassten Leistungen</li> <li>▫ Nachfolgende Versorgungseinrichtung</li> <li>▫ Mitgegebene Befunde</li> </ul>
9. Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.3</li> </ul>
10. Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ § 3 Absatz 7: [...] Zusätzlich ist verpflichtend eine Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben. Unter dieser Rufnummer muss zumindest Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr, Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr und Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr ein für das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständiger Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung stehen.</li> <li>▪ § 9 Absatz 3: Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind mindestens: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum</li> <li>▫ Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen</li> <li>▫ Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief [...]</li> </ul> </li> </ul>

#### Qualitätsaspekt: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
1. Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Keine Vorgabe aus dem Rahmenvertrag, die Ableitung des patientenrelevanten Endpunkts erfolgte aus der Literatur.

Qualitätsmerkmale	Rahmenvertrag
2. Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Keine Vorgabe aus dem Rahmenvertrag, die Ableitung des patientenrelevanten Endpunkts erfolgte aus der Literatur.

**Anhang A.2.3: Abgeleitete Qualitätsmerkmale und deren zugrunde liegende Leitlinienempfehlungen**

Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen

**Qualitätsaspekt: Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement sowie Verantwortlichkeiten im Entlassprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S1a Die Einrichtung verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassungsmanagement, mit dem die erforderlichen Abläufe und fachlichen Rahmenbedingungen gewährleistet sind.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S4 Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S6a Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
2. Information der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ B5 Informieren der Patientin / des Patienten über das indirekte Entlassungsmanagement (Patienteninformation zum indirekten Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
3. Vorliegen einer Einwilligungserklärung zum Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>	-	-	



Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
4. Schulung der am Entlassmanagement Gesundheitsprofessionen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S1b Die Pflegefachkraft beherrscht die Auswahl und Anwendung von Kriterien zur systematischen Einschätzung der Risiken und des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S2 Die Pflegefachkraft verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenzen zur Durchführung einer individuellen Entlassungsplanung inklusive der Begleitung und Gestaltung von Übergängen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, Patient*innen und Angehörige sowohl über poststationäre Versorgungsmöglichkeiten und -risiken als auch über erwartbare Erfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S4 Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S5 Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf und den Fähigkeiten der Patient*innen und deren Angehörigen entspricht.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S6a Die Pflegefachkraft ist befähigt und autorisiert, eine Evaluation des Entlassungsprozesses durchzuführen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
5. Schulung des ärztlichen Personals zum Verordnungswesen und zur Erstellung des Entlassbriefs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>	-	-	
6. Evaluation des Entlassprozesses im multiprofessionellen Team (krankenhaus-intern)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S6b Die Einrichtung stellt Ressourcen zur Erhebung von Daten zum internen Entlassungsmanagement zur Verfügung.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E6b In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
7. Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P6 Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E6b In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.6.7 Follow up a person who has been discharged within 7 days.</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.6.8 Follow up a person who has been discharged within 48 hours if a risk of suicide has been identified.</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
8. Evaluation des Entlassprozesses mit weiter-bzw. nachsorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P6 Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E6b In der Klinik liegen Zahlen und Auswertungsergebnisse zum Entlassungsmanagement vor.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)

#### Qualitätsaspekt: Risikoeinschätzung (initiales Assessment)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Kriteriengeleitete Einschätzung des individuellen Entlassmanagementbedarfs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P1a Die Pflegefachkraft führt mit allen Patient*innen und deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach Übernahme der pflegerischen Versorgung eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs überprüft und gegebenenfalls aktualisiert.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ B3 Durchführen eines Assessments, um über direktes bzw. indirektes Entlassungsmanagement entscheiden zu können (Assessment direktes/indirektes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1.4 Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review.</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)

**Qualitätsaspekt: Entlassplanung**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Differenziertes, kriteriengeleitetes Assessment bei identifiziertem umfassendem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>P1b Die Pflegefachkraft führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf eine differenzierte Einschätzung mit Patient*in und Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken sowie des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>B4 Patientin/Patient wird entsprechend dem Assessmentergebnis dem indirekten bzw. direkten Entlassungsmanagement zugewiesen (Zuweisung indirektes Entlassungsmanagement / Zuweisung direktes Entlassungsmanagement entsprechend dem Assessmentergebnis)</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1.4 Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review.</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.5.21 Mental health practitioners should carry out a thorough assessment of the person's personal, social, safety and practical needs to support discharge. The assessment should include risk of suicide (see recommendations 1.6.6–1.6.7). It should:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ relate directly to the setting the person is being discharged to</li> <li>▫ fully involve the person</li> <li>▫ be shared with carers (if the person agrees)</li> <li>▫ explore the possibility of using a personal health or social care budget and ensure the person understands about charges for social care</li> <li>▫ cover aftercare support, in line with section 117 of the Mental Health Act 1983</li> <li>▫ cover aspects of the person's life including:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>– daytime activities such as employment, education and leisure</li> <li>– food, transport, budgeting and benefits</li> <li>– pre-existing family and social issues and stressors that may have triggered the person's admission</li> <li>– ways in which the person can manage their own condition</li> <li>– suitability of accommodation.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	strong	moderate to good	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
2. Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P2 Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit Patient*in und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung eine individuelle Entlassungsplanung. Bei Bedarf wird weitere Fachexpertise hinzugezogen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P5 Die Pflegefachkraft führt mit dem Patient*in und Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D2 Die Entlassungsplanung soll überprüft, ggf. sollen die Maßnahmen adaptiert werden (Monitoring der Maßnahmen).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.1.4 Record the needs and wishes of the person at each stage of transition planning and review</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.5.19 Ensure frequent, comprehensive review of the person's care plan and progress toward discharge.</li> </ul>	strong	consensus	(NICE 2021)
3. Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>C1 Das Krankenhaus legt den voraussichtlichen Entlassungstag fest (Fixieren eines Entlassungstages).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
4. Zugänglichkeit des Entlassplans für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
5. Abstimmung des Entlasstermins mit den intern beteiligten Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
6. Abstimmung des Entlasstermins mit nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
	<ul style="list-style-type: none"> <li>E4 Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
7. Abschließende Überprüfung des Entlassplans spätestens 24 Stunden vor Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>P5 Die Pflegefachkraft führt mit dem Patient*in und Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>D2 Die Entlassungsplanung soll überprüft, ggf. sollen die Maßnahmen adaptiert werden (Monitoring der Maßnahmen; spätestens 24 Stunden vor der Entlassung).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

#### Qualitätsaspekt: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Konzept zur Information, Beratung und Schulung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>E3a Patient*in und Angehörige sind bedarfsgerechte Informationen, Beratung und Schulung angeboten worden, um über Versorgungsmöglichkeiten entscheiden und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>C5 Ein bedarfsgerechtes Beratungs- und Schulungsgespräch inklusive der gemeinsamen Definition von Therapiezielen für Patientin/Patient und Vertrauenspersonen soll durchgeführt</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)



Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
	werden. Ggf. sollen nachsorgende Pflegepersonen der mobilen Dienste oder Alten- und Pflegeheime einbezogen werden (Beratung und Schulung).			
2. Vorhaltung zielgruppenspezifischer Informations- und Anschauungsmaterialien für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass zielgruppenspezifische Informations- und Anschauungsmaterialien und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
3. Verfügbarkeit geeigneter Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass zielgruppenspezifische Informations- und Anschauungsmaterialien und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)

**Qualitätsaspekt: Entlassgespräch**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Abschließendes Gespräch vor Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D1 Das Entlassungsgespräch soll koordiniert und durchgeführt, alle geplanten weiterführenden Schritte sollen überprüft und bestätigt werden (Entlassungsgespräch.)</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

**Qualitätsaspekt: Medikamentenmanagement**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Erstellung bzw. Aktualisierung des Medikationsplans	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
2. Mitgabe des Medikationsplans bei Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
3. Informationsaustausch mit nach- bzw. weiterverordnenden Leistungserbringern über Medikationsanpassungen bzw. -umstellungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
4. Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D4 Bei der Entlassung im Zuge des indirekten Entlassmanagements soll der Patientin / dem Patienten ein Rezept mitgegeben werden (Medikation beim indirekten Entlassmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

**Qualitätsaspekt: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Organisation notwendiger Hilfsmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
2. Organisation notwendiger Heilmittelversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
3. Organisation notwendiger häuslicher Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
4. Organisation notwendiger außerklinischer Intensivpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
5. Organisation notwendiger Haushaltshilfe für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
6. Organisation notwendiger spezialisierter ambulanter Palliativversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement)	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement)	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
7. Organisation notwendiger Soziotherapie für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement)	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
8. Organisation notwendiger Krankentransporte für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
9. Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
10. Organisation notwendiger Anschlussheilbehandlung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
11. Organisation notwendiger ambulanter Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
12. Organisation notwendiger stationärer Pflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)



Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
13. Organisation notwendiger Hospizversorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
14. Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
15. Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei einer oder einem weiterbehandelnden Hausärztin/-arzt oder Fachärztin/-arzt für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E4 [...] Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu begegnen.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)

#### Qualitätsaspekt: Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Information der mitversorgenden Leistungserbringer über die stationäre Aufnahme von Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ B2 Das Krankenhaus informiert relevante Nahtstellenpartner über Aufnahme bzw. Nichtaufnahme (Information über Aufnahme/Nichtaufnahme)</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.3.10 If the person is being admitted outside the area in which they live, identify: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ a named practitioner from the person's home area who has been supporting the person</li> <li>▫ a named practitioner from the ward they are being admitted to.</li> </ul> </li> </ul>	strong	moderate	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
2. Informationsaustausch zwischen Krankenhaus und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen vor der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ P4b Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeiter*innen der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten an.</li> </ul>	k.A.	k.A.	DNQP (2019a)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.1.7 Mental health services should work with primary care, local authorities and third sector organisations to ensure that people with mental health problems in transition have equal access to services. This should be based on need and irrespective of: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ gender</li> <li>▫ sexual orientation</li> <li>▫ socioeconomic status</li> <li>▫ age</li> <li>▫ disability</li> <li>▫ cultural, ethnic and religious background</li> <li>▫ whether or not they are receiving support through the Care Programme Approach</li> <li>▫ whether or not they are subject to mental health legislation.</li> </ul> </li> </ul>	strong	moderate	(NICE 2021)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.6.5 If a person is being discharged to a care home, hospital and care home practitioners should exchange information about the person. An example might be a hospital practitioner accompanying a person with cognitive impairment when they return to the care home to help their transition</li> </ul>	strong	good	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
3. Rechtzeitige Kontaktaufnahme mit Pflege-/Krankenkasse bei Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf durch die Pflege-/Krankenkasse	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
4. Information der Pflege-/Krankenkasse über erforderliche Maßnahmen aus dem Entlassplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			

**Qualitätsaspekt: Entlassdokumente**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
1. Der Entlassbrief enthält alle für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
2. Übermittlung eines vorläufigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D3 Der „vorläufige“ Entlassungsbrief (die Kurzinformation) sowie der Entlassungsbrief Pflege sollen am Entlassungstag mitgegeben werden; der endgültige ärztliche Entlassungsbrief soll unverzüglich erstellt werden („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Pflege).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.6.3 At discharge, the hospital psychiatrist should ensure that: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Within 24 hours, a discharge letter is emailed to the person's GP. A copy should be given to the person and, if appropriate, the community team and other specialist services.</li> </ul> </li> </ul>	strong	moderate	(NICE 2021)
3. Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs an die nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D3 Der „vorläufige“ Entlassungsbrief (die Kurzinformation) sowie der Entlassungsbrief Pflege sollen am Entlassungstag mitgegeben werden; der endgültige ärztliche Entlassungsbrief soll unverzüglich erstellt werden („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Pflege).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1.6.3 At discharge, the hospital psychiatrist should ensure that: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Within a week, a discharge summary is sent to the GP and others involved in developing the care plan, subject to the person's agreement. This should include information about why the person was admitted and how their condition has changed during the hospital stay.</li> </ul> </li> </ul>	strong	moderate	(NICE 2021)

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke	Referenz
4. Übermittlung des Pflegeüberleitungsbogens an die weiterversorgenden Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			
5. Mitgabe des Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ D3 Der „vorläufige“ Entlassungsbrief (die Kurzinformation) sowie der Entlassungsbrief Pflege sollen am Entlassungstag mitgegeben werden; der endgültige ärztliche Entlassungsbrief soll unverzüglich erstellt werden („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Pflege).</li> </ul>	k.A.	k.A.	BMASGK (2018)
6. Nennung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern für Rückfragen der nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer zum Entlassmanagement in den Entlassdokumenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Siehe Anhang A.2.2</li> </ul>			

**Qualitätsaspekt: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung**

Qualitätsmerkmale	Empfehlungen
1. Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Keine Empfehlungen, die Ableitung des patientenrelevanten Endpunkts erfolgte aus der Literatur.
2. Ungeplante Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	Keine Empfehlungen, die Ableitung des patientenrelevanten Endpunkts erfolgte aus der Literatur

## Literatur

- 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).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019a): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019b): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Version Juni 2019. Osnabrück: Hochschule Osnabrück. URL: <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf> (abgerufen am: 15.06.2022).
- 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](http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 16.02.2022).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2014): Developing NICE guidelines: the manual. Process and methods. Published: 31.10.2014. London: NICE. ISBN: 978-1-4731-2037-2. URL: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/resources/developing-nice-guidelines-the-manual-2014-edition-pdf-6596134525>: 15.01.2020).
- 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).



**Anhang A.2.4: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien**

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel der Leitlinie	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2021)	NICE Guideline NG53. Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Großbritannien	to provide best practice advice on the care of people of all ages who are being admitted to or discharged from inpatient mental healthcare settings	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ population experiencing transitions into and out of mental health inpatient hospital services</li> <li>▪ covers all children, young people and adults of all ages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ health and social care practitioners</li> <li>▪ health and social care providers</li> <li>▪ service users and their carers (including people who purchase their own care)</li> </ul>
DNQP (2019a)	Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten</li> <li>▪ Entstehen von Versorgungsbrüchen bei der Entlassung durch gezielte Vorbereitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, durch Abstimmung mit Nachsorgern sowie durch einen verbesserten Informationsaustausch zwischen den am Entlassungsprozess Beteiligten entgegenzuwirken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ alle Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (von Frühgeborenen bis zu Hochbetagten), Kurzzeitpflege, Fach- und Rehabilitationskliniken mit einem weiterbestehenden nachstationären Pflege- und Versorgungsbedarf</li> <li>▪ Angehörige als die primären Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten</li> </ul>	Pflegefachkräfte in Krankenhäusern, Fach- und Rehabilitationskliniken

BMSGK (2018)	Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Österreich	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erhöhen der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten, Betreuungs- und Vertrauenspersonen sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement</li> <li>▪ Sicherstellen einer kontinuierlichen Betreuung nach einem erfolgten Transfer</li> <li>▪ Gewährleisten eines nahtstellenübergreifenden Informationsflusses</li> <li>▪ Sicherstellen eines effektiven und effizienten Aufnahme- und Entlassungsmanagements</li> <li>▪ klare und effiziente Gestaltung der Dokumentations- und Informationsflüsse unter Verwendung von Informationstechnologie durch die am Prozess beteiligten Akteure</li> <li>▪ Empowerment der Patientinnen und Patienten und Entlastung der Betreuungs- und Vertrauenspersonen</li> <li>▪ keine Mehrbelastung für die Gesundheitsdienstleister bzw. für alle am Prozess Beteiligten</li> <li>▪ Stärken der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten</li> </ul>	Patientinnen und Patienten sowie deren Vertrauenspersonen	<p>Alle Gesundheitsdienstleister aus dem medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, psychosozialen und sozialen Bereich mit Aufgaben in der Patientenversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen</li> <li>▪ ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>▪ Dienste und Einrichtungen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen</li> <li>▪ Einrichtungen der teilstationären und der Langzeitpflege</li> <li>▪ Krankenanstalten/Ambulanzen/Tageskliniken/Ambulatorien und die Angehörigen der dort tätigen Gesundheits- und Sozialberufe</li> <li>▪ mobile Dienste</li> <li>▪ niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Primärversorgungseinheiten</li> <li>▪ niedergelassene medizinisch-technische Dienste</li> <li>▪ 24-Stunden-Betreuung</li> </ul>
--------------	--	---	--	---	--

**Anhang A.2.5: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews – QI (Updaterecherche)**

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Algenae et al. (2020)	to identify and critically evaluate the available evidence on the prevalence and nature of medication errors (ME) and medication-related harm following hospital discharge	Age: n. r. N = 54 studies N = 20.895 participants	studies that reported a rate of MEs, UMDs, and/or medication-related harm including ADRs and/or ADEs identified during the time period following hospital discharge to community settings (or provided enough data to calculate a rate manually)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adverse drug reactions (ADRs)</li> <li>▪ preventable adverse drug events (pADEs)</li> <li>▪ medication errors (MEs)</li> <li>▪ adverse drug events (ADEs)</li> </ul>	n. r.
Becker et al. (2021)	to evaluate the association of communication interventions at hospital discharge with readmission rates and other patient-relevant outcomes	Age: n. r. <u>Qualitative synthesis:</u> N = 60 RCTs N = 16.070 patients <u>Quantitative synthesis:</u> N = 19 trials N = 3.953 patients	Included are <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all RCTs with communication intervention that was performed shortly before or at hospital discharge</li> <li>▪ medical patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ adherence to treatment regimen</li> <li>▪ patient satisfaction</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ emergency department reattendance 30 days after hospital discharge</li> </ul>	n. r.
Capiou et al. (2020)	to describe the components of medication counselling in older patients (aged ≥ 65 years) prior to hospital discharge and to review the effectiveness	Age: ≥ 65 years N = 29 studies N = 7.574 participants	patients with medication counselling prior to hospital discharge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ Emergency Department Visits</li> <li>▪ Mortality</li> <li>▪ Drug Adherence</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	of such counselling on re- ported clinical outcomes			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medication knowledge</li> </ul>	
Chung et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to calculate a pooled estimate and statistical dispersion (range, median and quartile values) of <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 1-week postdischarge suicide rates and</li> <li>▫ 1-month postdischarge suicide rates</li> </ul> </li> <li>▪ to examine the possible moderators of the suicide rates over these two periods of follow-up according to the characteristics of the primary research</li> </ul>	<p>Age: adults N = 34 studies of N = 3.605.076 patients discharged</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 29 studies reported suicides in the first month post-discharge (3.551 suicides)</li> <li>▪ 24 studies reported suicides in the first week postdischarge (1.928 suicides)</li> </ul>	longitudinal studies including discharged psychiatric patients committing suicide 1 week/1 month discharged from acute adult psychiatric hospitalisation (hospitalisations of patients admitted with specific psychiatric diagnoses, psychiatric discharges of older people and after psychiatric hospitalisation in military settings)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suicide in the first week (1-week) from acute adult psychiatric hospitalisation</li> <li>▪ suicide in the first month (or 28 days) postdischarge (1-month) from acute adult psychiatric hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ admission for suicidal thoughts or behaviours</li> <li>▪ mood disorder</li> <li>▪ sex: male</li> </ul>
Coffey et al. (2019)	to examine the evidence for interventions in acute hospitals including	Age: all ages N = 90 studies N = participants n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patients discharged from acute hospital to home, community service or any other setting</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visit</li> <li>▪ length of stay</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hospital-patient discharge to home, community services or other settings</li> <li>▪ hospital discharge to another care setting, and</li> <li>▪ reduction or prevention of inappropriate hospital (re)admissions</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patients discharged from one in-patient setting to another</li> </ul>		
Conroy et al. (2020)	to synthesize the existing systematic review evidence evaluating the effectiveness of in-hospital interventions to prevent or reduce avoidable hospital readmissions in older people	Age: $\geq 65$ years N = 29 studies N = ranging from 236 to 25.197 patients	inpatients of an acute care hospital, irrespective of gender or clinical condition(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ avoidable readmission that could have occurred within any timeframe and for any presenting condition/reason</li> </ul>	n. r.
D'Souza et al. (2021)	to identify assessment tools and patient factors statistically associated with discharge destination in general medical inpatients	Age: n. r. N = 23 studies N = participants n. r.	acute general medical adult inpatients	assessment tools or patient factors that had a statistical association with the patient's discharge destination	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Daliri et al. (2021)	to examine effects of medication-related interventions on hospital readmissions, medication-related problems (MRPs), medication adherence and mortality	Age: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ usual care: range 48–77 years</li> <li>▪ intervention group: range 47–75 years</li> </ul> N = 14 studies N = 8.182 participants	adult patients admitted either to the internal medicine, pulmonology, neurology or cardiology ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ Mortality</li> <li>▪ Drug Adherence</li> <li>▪ postdischarge medication-related problems (MRPs)</li> <li>▪ follow-up periods of measurements</li> </ul>	n. r.
Dietrich et al. (2020)	to investigate any type of benefits associated with medication charts provided at transition points	Age: any age N = 30 studies N = participants n. r.	studies of any study design, intervention and population which examined the effect of paper-based medication charts were included	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ drug adherence</li> <li>▪ discrepancies in medication</li> <li>▪ adverse drug events</li> <li>▪ increase in medication knowledge</li> <li>▪ increase in communication and inter-sectoral cooperation between healthcare providers</li> </ul>	n. r.
Edgcomb et al. (2020)	to investigate predictors of psychiatric hospitalreadmission of children and adolescents	Age: 14.0 ± 2.2 years N = 33 studies N = 83.361 participants	children and adolescents admitted to a psychiatric inpatient treatment setting	readmission	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ suicidal ideation at index hospitalization</li> <li>▪ psychotic disorders</li> <li>▪ prior hospitalization</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ discharge to residential treatment</li> </ul>
Evans et al. (2020)	to locate and describe criteria relating to admission to and discharge from inpatient mental health care for adolescents aged 11 to 19 years	Age: mean age varied from 11–15 years N = 35 studies N = ranging from 34 to 1.293 participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adolescents presenting with</li> <li>▪ mental health difficulties suggestive of meeting diagnostic criteria</li> <li>▪ prior to or on admission to inpatient mental health care</li> <li>▪ inclusive of psychosis, eating disorders and mood disorders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ criteria for admission</li> <li>▪ criteria for discharge</li> <li>▪ reasons for non-admission</li> </ul>	n. r.
Facchinetti et al. (2020)	to evaluate the effectiveness of continuity of care interventions in older people with chronic diseases in reducing short and long term hospital readmission after hospital discharge	Age: $\geq 65$ years N = 30 studies N = 8.920 participants	patients diagnosed with one or more chronic diseases, who were discharged home from hospital	the effectiveness of continuity of care interventions in reducing hospital readmissions of older patients with chronic diseases in the time sections of 1 month, < 1 to $\leq 3$ months, 3 to $\leq 6$ , and 6 to $\leq 12$ months from discharge (short-term readmission: $\leq 6$ months; long-term readmission: 6 to $\leq 12$ months)	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Fønss Rasmussen et al. (2021)	to evaluate the impact of TCIs with both predischarge and postdischarge elements on readmission among older medical patients	Age (mean): $\geq 75$ years Age (range): 74.9–83.6 years N = 11 studies N = 24.500 participants (range: 41–9.157 participants)	elderly medical patients discharged from a general medical ward or emergency department	unplanned readmission to hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ frailty</li> <li>▪ high/er degree of morbidity</li> </ul>
Gardner et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to improve the understanding of the effectiveness and cost-effectiveness of specialist-led CGA across secondary care</li> <li>▪ update the meta-analyses with published data and IPD</li> <li>▪ to estimate the impact of the CGA on health-care utilisation costs and determine the cost-effectiveness of the CGA</li> <li>▪ to examine whether the treatment effects and costs differed for</li> </ul>	Age: $\geq 65$ years N = 29 studies N = 13.766 participants	patients admitted to hospital for acute care or inpatient rehabilitation after an acute admission with medical, psychological, functional or social problems	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ Living at home (primary outcome)</li> <li>▪ admission to a nursing home</li> <li>▪ dependence</li> <li>▪ ADL</li> <li>▪ cognitive function</li> <li>▪ length of stay</li> <li>▪ cost and cost-effectiveness</li> <li>▪ Living at home</li> <li>▪ mortality</li> </ul>	n. r.



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>patients with different levels of frailty</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to investigate any differences in care home costs between the compared services to conduct a meta-regression analysis to assess the effects of trial co-variables on the primary outcome (living at home)</li> </ul>				
Gimenez et al. (2020)	to carry out an inventory of the coordination tools used to improve exchanges between the hospital and the GP in the management of the patient suffering from cancer during this phase	Age: adults N = 11 studies N = participants n. r.	adult cancer patients in active phase of treatment	<ul style="list-style-type: none"> <li>improvement of information</li> <li>exchange and care</li> <li>physician and patient satisfaction rates</li> </ul>	n. r.
Hamline et al. (2018)	to determine which pediatric hospital discharge interventions affect subsequent health care use or parental satisfaction compared with usual care	Age: < 18 years N = 71 studies N = participants n. r.	Studies focusing on pediatric discharge interventions implemented in the inpatient setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>emergency department visits</li> <li>caregiver satisfaction</li> <li>outcomes related to subsequent health care</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				use or patient and family satisfaction with care received	
Häseler-Quart et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify and summarize the effectiveness of geriatric assessment tools used in the emergency department (ED)</li> <li>▪ to evaluate single and composite results of studies that used geriatric assessment tools</li> <li>▪ to analyze the predictive validity of assessment tools for mortality, ED revisit, hospital readmission and length of hospital stay (LOS) (categorized as short-term (28–90 days) or long-term (18–365 days))</li> <li>▪ to recommend assessment tools for older adults admitted to the ED</li> </ul>	Age: ≥ 65 years N = 12 studies N = 21.688 participants	patients admitted to the ED with or without hospitalization	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ Length of stay (LOS)</li> <li>▪ hospital death within 12 months after the index visit</li> </ul>	risk-factors/predictors for mortality: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ malnutrition</li> <li>▪ delirium</li> <li>▪ CCI (Charlson Comorbidity Index - independent predictor of long- and short-term mortality)</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Hayajneh et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ What are the main knowledge points of discharge planning (DP) among nurses in acute care settings in the literature?</li> <li>▪ What does the literature say about nurses' attitudes towards DP in acute care settings?</li> <li>▪ What does the literature report about the DP practices of nurses in acute care settings?</li> </ul>	Age (range): 18–53 years N = 9 studies N = 891 participants	nurses in acute care settings	Knowledge, perception and practices of DP from nurses' standpoint	n. r.
Hegedüs et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to assess the effectiveness of transitional interventions with pre-discharge and postdischarge components in</li> <li>▪ reducing readmissions and</li> <li>▪ improving healthrelated or social outcomes of patients</li> </ul>	Age (range): 18–65 years N = 16 studies N = 1258 participants	patients with a psychiatric diagnosis, discharged from a psychiatric inpatient unit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ service use</li> <li>▪ inpatient/outpatient</li> <li>▪ symptoms</li> <li>▪ quality of life</li> <li>▪ continuity of care</li> <li>▪ costs</li> <li>▪ functioning</li> <li>▪ satisfaction</li> <li>▪ hopelessness</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	discharged from psychiatric hospitals			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ loneliness</li> <li>▪ deperession</li> <li>▪ needs</li> <li>▪ subjective distress</li> <li>▪ social support &amp; engagement in community</li> <li>▪ illness severity</li> <li>▪ coping</li> <li>▪ knowledge</li> <li>▪ difficulty faced after discharge</li> <li>▪ difficulty of discharge process</li> </ul>	
Hunt-O'Connor et al. (2021)	to examine the effect of discharge planning on length of stay among older adults in acute hospitals	Age: ≥ 65 years N = 7 SR from N = 181 studies	n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ LOS (Length of stay, primary outcome)</li> </ul>	n. r.
Joo und Liu (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to systemically synthesize and critically evaluate evidence from systematic reviews that studied the health care utilization outcomes of</li> </ul>	Age (range): 43,7–81 years N = 7 systematic reviews from N = 76 studies	patients diagnosed with one or more chronic illnesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ Length of hospital stay (LOS)</li> </ul>	n.r

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>CM interventions for the care of chronic illnesses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>How effectively do CM interventions improve health care utilization outcomes for individuals with chronic illnesses?</li> </ul>	N (range)= 960–9.897 participants		<ul style="list-style-type: none"> <li>Institutionalization hospitals/primary care visits health care costs (secondary outcome)</li> </ul>	
Kavanagh et al. (2021)	to evaluate the effectiveness of multicomponent functional maintenance initiatives (MFMI) on functional outcomes and adverse events associated with functional decline among acutely hospitalized older adults	Age: $\geq 65$ years N = 8 studies N = 5.534 participants	acutely hospitalized medical or nonelective surgical patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>Mortality</li> <li>Adverse drug events</li> <li>functional status</li> <li>mobility</li> <li>length of stay</li> <li>functional independence</li> </ul>	n. r.
Killackey et al. (2020)	to synthesize the available literature examining the experience and perspectives of healthcare providers who support the transition from acute care (including palliative care units and inpatient	Age: $\geq 18$ years N = 15 studies N = 560 participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>hospital Medical Staff</li> <li>Inpatient hospice patients (or palliative patients) and their carers</li> </ul>	n. r.	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	hospice) to the community (including home, long-term care facility, skilled nursing facility, nursing home or residential care home) for patients receiving palliative care				
Kobewka et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify validated models that predict the need for any support service after discharge from a non-elective general medicine hospitalization</li> <li>▪ to evaluate the strength of evidence for predictor variables</li> </ul>	<p>Age: derivation cohorts mean: 67,8 years range: 55–83 years N = 6 studies N = 7.075 participants</p>	patients discharged from a non-elective general medical inpatient ward or medical sub-specialty ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ use of postdischarge medical services</li> <li>▪ discharge to a post-acute care facility</li> <li>▪ need for ADL support</li> <li>▪ home discharge</li> <li>▪ discharge to rehabilitation</li> <li>▪ new admission to a nursing Home</li> <li>▪ four models defined the outcome as a place (home, care facility, or rehabilitation hospital)</li> <li>▪ two models defined the outcome as the need for</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ impairments in physical function</li> <li>▪ ADL disabilities</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				support services after discharge	
Madden et al. (2020)	to systematically review and analyze studies that examine factors associ- ated with psychiatric re- admission in children and adolescents (21 years and younger) in the United States	Age: n. r. N = 30 studies N (range) = 25– 253.309 participants N (median sample size) = 374 partici- pants	psychiatric patients (children and adolescents) or mixed samples of youths and adults admitted to a psychiatric hos- pital in the United States with a primary mental health diag- nosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ any unplanned post-dis- charge hospitalization</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ older age</li> <li>▪ female sex</li> <li>▪ ethnicity: Non-His- panic Black, Hispanic, White</li> <li>▪ diagnoses: Affective disorders, ODD/conduct disor- ders, Schizophre- nia/psychotic disor- ders, Substance abuse disorders</li> <li>▪ severity of psycholo- gical symptoms</li> <li>▪ level of functioning</li> <li>▪ presence of a chronic medical condition</li> <li>▪ developmental delay</li> <li>▪ history of self-harm, Suicidal ideation or attempt, Recent sui- cidal behavior</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ recent aggressive behavior</li> <li>▪ history of sexual abuse/trauma</li> <li>▪ ongoing bullying</li> <li>▪ index score: abuse/violence history</li> <li>▪ history of abandonment</li> <li>▪ adopted</li> <li>▪ academic functioning below average/failing</li> <li>▪ family history of mental illness and/or drug abuse</li> <li>▪ head trauma and/or seizures</li> <li>▪ insurance: Medicaid eligibility due to disability or foster care risk factors compared to eligibility due to poverty; Public insurance risk factor compared to private insurance;</li> </ul>



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>family functioning (assessment scores)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ provider: hospital, hospital based on volume and proportion of mental health admissions; urban teaching hospital or rural hospital risk factors compared to urban nonteaching hospital; rural areas, study site, longer length of stay; admission through emergency department</li> <li>▪ medication (changes): adding new medications to existing medications compared to adding new medications if no prior medications; medication non-compliance; prescription of 3+ psychotropic medications</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prior care: living in congregate care prior to index admission, living in residential treatment facilities prior to index admission; prior history of psychiatric hospitalization</li> <li>▪ aftercare: intermediate residential treatment risk factor compared to residential treatment center; outpatient treatment, day treatment, therapeutic foster care, and therapeutic group home risk; factors compared to residential treatment center; placement in a group home or partial hospitalization program at discharge risk factors compared to family home</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Modas et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to describe the evidences currently available on the causes for delayed hospital discharges in adult clients, and their consequent increase in hospitalization times</li> <li>▪ What are the causes for delayed hospital discharges among adult clients hospitalized in the hospital ward?</li> <li>▪ What are the different typologies of causes for delayed discharges of adult clients hospitalized in the hospital ward? In what clinical contexts do delays in hospital discharge take place?</li> <li>▪ In what populations do delayed hospital discharges take place?</li> </ul>	<p>Age:</p> <p>16 studies: ≥ 65 years</p> <p>4 studies: adults</p> <p>2 studies: n.r</p> <p>N = 22 studies</p> <p>N (range) = 50–23.390 participants</p>	adult and elderly clients hospitalized and with delayed discharges, in acute and/or chronic situations, in the different medical specialties: cardiology, surgery, dermatology, oral medicine, gastroenterology, OB/GYN, infectiology, medicine, nephrology, neurology, ophthalmology, medical oncology, orthopedics, otolaryngology, pneumology, endocrinology, and urology	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ delayed discharge</li> <li>▪ interval between the moment in which the person is in good condition to be discharged and the moment in which they actually leave the hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ characteristics of the care provider, of the people, of the health system):</li> <li>▪ organizational (related to healthcare): Waiting for health evaluations, treatment, or exam results, falls [fundamental role of nurses: identification of clients who are under the risk of falls], pain management, care during intra-hospital rehabilitation, number of procedures undergone, need for bladder catheterization, need for blood transfusions, use of patient-controlled analgesia, discharge preparation, nurse referral delay [authors sug-</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>gest effective solutions: careful elaboration of a discharge plan as soon as possible], professional team, healthcare-related infection</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ organizational (hospital management): lack of human resources, hospitalization in one or more medical fields, admission day personal/individual associated pathology, increase in the dependency level, family issues, financial issues, social issues</li> <li>▪ community: no vacancy in retirement homes and healthcare units, waiting for treatment in the community, need for care at</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					home, safety conditions at home
Moore et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to explore the extent, range and nature of nurse-nurse collaboration when transitioning older patients between acute care (hospital) and community care settings and to identify research and knowledge gaps on</li> <li>▪ how nurses collaborate together when transitioning older patients between hospital and community settings</li> <li>▪ the facilitators and barriers of nurse-nurse collaboration when transitioning older patients</li> <li>▪ the outcomes of nurse-nurse collaboration when transitioning older patients</li> </ul>	Age: ≥ 65 years N = 12 studies N = 699 participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patients (who shared their perspectives on nurse-nurse collaboration; n = 1)</li> <li>▪ nurses (registered nurses, nurse practitioners and practical nurses; n = 11)</li> <li>▪ interprofessional team members (n = 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ unplanned readmission visits</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ composite readmission or ED visit at 30 days</li> <li>▪ non-ED ambulatory care visit</li> <li>▪ primary care visit</li> <li>▪ LOS (length of stay)</li> <li>▪ number of hospitalisations in past 6 months</li> <li>▪ mean days in hospital</li> <li>▪ ADLs</li> <li>▪ Self-care knowledge/ability</li> <li>▪ functional status</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patient satisfaction</li> <li>▪ health related quality of life</li> <li>▪ self-perceived life satisfaction</li> <li>▪ self-perceived health</li> <li>▪ depression, anxiety</li> <li>▪ self-efficacy</li> <li>▪ physical health limitations</li> </ul>	
Morkisch et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify and summarize the components of the Transitional Care Model (TCM) implemented with geriatric patients to reduce all-cause readmissions as well as to recognize the TCM-components' role and impact on readmission rate reduction on the transition of care from hospital to community dwelling</li> <li>▪ Which components of the Transitional Care</li> </ul>	Age: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention group: (mean) 78,5 years (<math>\pm</math> 2.8)</li> <li>▪ control group: (mean) 78,4 years (<math>\pm</math> 2.3)</li> </ul> N = 3 studies N = 816 participants	geriatric patients with comorbidities who were hospitalized due to an acute or chronic health condition	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ all-cause readmission rate (defined as the number of study participants in each group hospitalized for any reason)</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	Model (TCM) are being used in randomized controlled trials for an all-cause readmission rate reduction in geriatric patients? Compared to any type of usual care?				
O'Connell et al. (2021)	to establish the protective and risk factors for suicide in the first year post-discharge (PD) from psychiatric facilities and their utility in categorising patients as high or low risk in a meaningful way to benefit clinical care and improve patient outcomes	Age: $\geq 18$ years N = 47 studies N = participants n. r.	patients discharged from psychiatric hospitals or wards	suicide	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ male sex</li> <li>▪ a history of self-harm</li> <li>▪ a history of suicide attempts, admission with suicidal ideation or suicidal behaviour, hopelessness</li> </ul>
O'Donnell et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to describe the different types of transition interventions for older adults that provide both in-hospital and post-discharge support</li> <li>▪ to evaluate how effective these interventions</li> </ul>	Age: mean 73.50 years (SD 5.17 years) N = 20 studies N (sample size range) = 50–2.494 participants	study participants aged 60 years and over with any diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ overall health and well-being outcomes for patients</li> <li>▪ study outcomes included hospital readmissions and overall health</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>are in improving health and well-being outcomes and hospital re-admission rates</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to evaluate the implementation of these interventions</li> </ul>			and wellbeing outcomes for patients (e.g., physical health, quality of life)	
Oh et al. (2021)	to identify the effectiveness of discharge education with the teach-back method on 30-day readmission	Age: $\geq 18$ years N = 8 studies N = 1078 participants	discharged patients in any health care setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>emergency department visits</li> </ul>	n. r.
Saunders et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>to describe how inpatient-specialized palliative care programs support the transition of patients from the hospital to the community setting</li> <li>to understand the nature of these interventions and their impact upon transition-related outcomes</li> </ul>	Age: $\geq 19$ years N = 8 studies N = 6277 participants	<p>palliative patients with any type of advanced progressive illness or any serious illness that requires management of pain or other distressing symptoms, such as difficulty breathing or swallowing</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>are not being treated with curative intent</li> <li>have a life expectancy of less than two years</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>system-based issues e.g. coordination, communication, utilization</li> <li>PROs</li> <li>support available upon discharge</li> </ul>	n. r.



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Schwab et al. (2019)	to describe and analyse the statistical performances of validated risk scores identifying elderly inpatients at risk of 30 day unplanned readmission	Age (mean range): 74–84.8 years N = 12 studies N = participants n. r.	elderly inpatients discharged to home after a hospitalisation or returning home after an accident and emergency department (AED) visit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ unplanned readmission</li> <li>▪ return to the AED within a month (28, 30 or 31 days) after discharge</li> </ul>	predictors: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ demographics</li> <li>▪ functional impairment,</li> <li>▪ hospitalisation</li> <li>▪ polymedication</li> <li>▪ comorbidity</li> <li>▪ length of stay (LOS)</li> </ul>
Schwarz et al. (2019)	to identify patient safety risks associated with the medical discharge letter	Age: adults N = 29 N = participants n. r.	adult patients at discharge to referring physicians or GPs	patient safety risks	risk factors of the medical discharge letter: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ delayed delivery of the discharge letter</li> <li>▪ quality of discharge letter, lack of information</li> <li>▪ education in writing medical discharge letters</li> <li>▪ risk of low quality in medication information</li> <li>▪ lack of patient understanding</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ unintelligible (not patient-centered) medical discharge letters,</li> <li>▪ lack of information</li> </ul>
Scott et al. (2020)	to examine current evidence on the impact of inpatient palliative care consultations on outcomes associated with patients' transitions from hospital to community care settings including home, hospice (inpatient and home-based) and other residential care facilities (e.g. nursing homes and longterm care facilities)	Age: $\geq 18$ years N = 15 studies N = participants n. r.	inpatient palliative patients who received consultation in an acute care hospital	outcomes associated with post discharge transitional care: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission/ rates</li> <li>▪ discharge destination</li> <li>▪ community care services received post-discharge</li> <li>▪ coordination of care</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Sezgin et al. (2020)	to identify transitional palliative care (TPC) interventions for older adults with non-malignant chronic diseases and complex conditions	Age: $\geq 65$ years N = 6 studies N = participants n. r.	adults with advanced non-malignant chronic diseases including frailty	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ LOS</li> <li>▪ „quality of life“ (patient)</li> <li>▪ „decision-making“ (family)</li> <li>▪ healthcare system-related outcomes</li> <li>▪ patient-related outcomes</li> <li>▪ family/carer important outcomes</li> </ul>	n. r.
Sheehan et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ What are the effective methods and/or models of communication between hospital allied health and primary care practitioners?</li> <li>▪ What are the enablers and barriers to effective communication between hospital allied health and primary care practitioners?</li> </ul>	Age: n. r. N = 24 studies N = participants n. r.	health professionals in these studies included nurses, nurse practitioners, doctors, medical students, occupational therapists, dieticians, physiotherapists, speech and language pathologists, social workers and case managers	methods and effectiveness of communication between hospital allied health and primary care practitioners	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Singotani et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to evaluate the range of causes of unplanned readmissions in a patient journey</li> <li>▪ to present a cause classification framework that can support future readmission studies</li> </ul>	Age: n. r. N = 45 studies N = participants n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all studies were performed in a hospital setting</li> <li>▪ included if they fulfilled to the following criteria: original data, primary focus on preventable readmissions, clear description of preventable readmissions and potential causes of preventable readmissions (the cause classification)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ potential causes of preventable readmission</li> <li>▪ cause classification: defined as the description of at least three causes or synonyms for causes (e.g. (contributing) factors and reasons)</li> </ul>	<p>cause classification:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ technical: Defect materials, poor design of material or inaccessible material</li> <li>▪ organization – integrated care: Failures at integrated care level such as coordination and communication problems.</li> <li>▪ organization – department level care: Failures related to inadequate organization of care for a single patient. These failures may be related to clinical processes such as diagnostics, medication, surgical procedure, surgical complications.</li> <li>▪ human – care provider: Failures result-</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>ing from shortcomings in skills and knowledge of the care provider.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ human – informal caregiver: Inadequate support from informal caregiver</li> <li>▪ patient – disease: Unexpected complications related to the patient’s condition (disease progression, comorbidity, severity of illness)</li> <li>▪ patient – self management: Incorrect behavior of the patient that may include incompliance, abuse of medication, nonadherence</li> </ul>
Straßner et al. (2020a)	to summarize the research evidence on programs to improve the transition between ambulatory and hospital care	Age (range): 5–87 years N = 39 studies N = participants n. r.	patients had been transferred between hospital (defined as internal medicine, surgery, or unspecified hospital setting)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
			and home (defined as any permanent residence)		
Tate et al. (2021)	to develop and validate a ranked set of evidence-based QIs for evaluating quality of care provided during care transition	Age: $\geq 65$ years N = 53 studies N = participants n. r.	vulnerable older adults experiencing transition(s) among multiple care settings	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ timeliness</li> <li>▪ effectiveness</li> <li>▪ safety</li> <li>▪ patient-centredness</li> <li>▪ efficiency</li> <li>▪ equity</li> </ul>	n. r.
Tomlinson et al. (2020)	to build on this previous knowledge by evaluating interventions, aimed at supporting successful transitions of care for older patients through enhanced medication continuity, using a taxonomy of components	Age (mean): $\geq 65$ years Age (mean range): 66–86 years N = 24 studies N = 17.664 participants	participants, who were being prepared for hospital discharge or who had a recent discharge (intervention provided within 1 month of discharge or on first post-discharge primary care visit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ safe use of medication</li> <li>▪ quality of life</li> </ul>	n. r.
Tyler et al. (2019)	to identify and synthesise the evidence base for interventions to support continuity of care and safety in the transition from adult acute mental health inpatient service to	Age (range): 18 to 65 years N = 45 studies N = participants n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adult psychiatric patients admitted to an acute inpatient mental health setting with functional conditions (mental disorders other than dementia, and includes severe mental illness such as schizophrenia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ drug adherence</li> <li>▪ Due to the vast differences in study design and populations, the outcomes measured var-</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	community care services at the point of discharge		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ reported on health interventions or service provision</li> <li>▪ interventions that aimed to improve discharge from the acute ward to the community</li> </ul>	ied considerably. Outcome was defined broadly when extracting the data to include anything that was measured or reported as a result of the intervention. Due to the differences in design, only RCTs reported primary and secondary clinical outcomes. Using this outcome definition, there were 69 unique outcomes reported across the studies	
Wong et al. (2021)	to evaluate the comparative effectiveness of different nurse-led peri-discharge interventions, compared with usual care, for reducing all-cause 30-day hospital readmissions	Age (mean range): 49,6–79,0 years N = 12 studies N = 150.899 participants	adult patients who were admitted from the community, including nursing homes, hospices or patients' home to a hospital inpatient ward for 24 hours or more	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ mortality</li> </ul>	n. r.
Woods et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to establish the most recent evidence about the efficacy and acceptance of nurse-led</li> </ul>	Age: n. r. N = 10 studies N = 3.693 participants	adult patients, who were admitted and stayed at least overnight in hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ efficacy and acceptance of nurse-led post-dis-</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>post-discharge telephone follow-up (TFU) call interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify patient outcomes being measured and achieved, to better inform clinical practice in the management of discharged patients and to make suggestions for further research</li> <li>▪ What are patients' perceptions and experiences of nurse-led TFU calls?</li> <li>▪ What effect does nurse-led TFU calls have on patient outcomes?</li> </ul>			<p>charge telephone follow-up (TFU) call interventions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patients' perceptions and experiences of nurse-led TFU calls</li> </ul>	
Zhou et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to systematically review the current literature on risk factors of paediatric all-cause, surgical procedure and general medical</li> </ul>	<p>Age: n. r. N = 44 studies N = participants n. r.</p>	paediatric patients with UHRs	risk factors associated with All-cause UHRs, surgical procedure related UHRs, general medical condition related UHRs	<p>risk factors associated with all-cause UHRs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ comorbidity, ethnicity, health insurance (patients from families with only public health insurance)</li> </ul>



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>condition related unplanned hospital readmission (UHRs)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to assess characteristics of included studies and to synthesise the identified risk factors</li> </ul>				<p>were identified at risk for readmission by three studies, age risk factors associated with surgical procedures:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ age, specific surgery, location of residence, health insurance, comorbidity, illness severity, longer postop, principal procedures, inpatient complications, the ASA class</li> </ul> <p>risk factors associated with general medical conditions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ age, health service usage prior to index admission, comorbidity, postop LOS, principal diagnoses</li> </ul>

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/ Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n. r. = not reported; SR = systematische Reviews

**Anhang A.2.6: Charakteristika der eingeschlossenen systematischen Reviews – Zwischenbericht *Entlassmanagement***

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Allen et al. (2017)	How do older people, carers, and hospital- and community based providers experience care transitions of older people from hospital to home?	N = 20 N = 1.144 participants <ul style="list-style-type: none"> <li>719 older people with chronic illnesses and their informal carers,</li> <li>425 health care providers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Older people, their carers, and health providers</li> <li>Older people with multiple chronic health condition</li> <li>All studies included older people of at least 60 years of age</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Care coordination between providers within the inpatient setting and with carers</li> <li>Issues of unmet needs and self-management following hospital discharge</li> <li>health providers' efforts to address older peoples' and carers' continuing care needs</li> <li>how older people and carers adjusted at home and established independence</li> </ul>	n. r.
Bahr und Weiss (2018)	to clarify the use of the terms continuity, coordination, and communication in the specific context of acute care hospitalization and discharge, with synthesis of a visual model to display distinctiveness and inter-relatedness	Age: n. r. N = 50 studies N = participants n. r.	adult and paediatric population, discharged from hospital to home	n. r.	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Braet et al. (2016)	to identify discharge interventions from hospital to home that reduce hospital readmissions within three months and to understand their effect on secondary outcome measures	Age: $\geq 18$ years N = 51 studies N = 328.071	patients discharged from a medical or surgical ward	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission (hospital readmission within three months after discharge)</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ patient satisfaction</li> <li>▪ secondary outcomes included patient satisfaction, return to emergency departments and mortality</li> </ul>	n. r.
Branowicki et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to assess whether hospital-initiated postdischarge interventions (HiPDI) are effective in reducing readmissions and</li> <li>▪ to distinguish which HiPDI, individually and in combination, are associated with lowest likelihood of hospital readmission</li> </ul>	Age: all ages <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 19 (95 %) adult patients</li> <li>▪ 1 (5 %) pediatric patient</li> </ul> Age (mean range): 5–79 years N = 20 studies N = 7.952 index hospital discharges	adult and pediatric patients	hospital readmission after discharge from a previous admission	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Couturier et al. (2016)	to explore the potential association between elements of the hospital discharge process and adverse outcomes in the post-discharge period	Age: n. r. N = 20 studies <u>Intervention studies:</u> N (range) = 83–738 participants <u>observational studies:</u> N (range) = 86–938.933 participants	standard/general patient population returning home after hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ adverse health outcomes occurring after hospital discharge</li> </ul>	heart failure
Darragh et al. (2018)	to synthesize the existing literature intended to improve the management of tests pending at discharge (TPADs)	Age: n. r. N = 9 studies N = participants n. r.	patients being discharged from medicine inpatient wards	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ preventable errors related to communication at transfer of care; physicians satisfaction with TPAD management.</li> <li>▪ outcome related to patient mortality, morbidity, or impact on the process of healthcare delivery</li> </ul>	n. r.
Desai et al. (2015)	to review studies in pediatric and adult populations that examine the	Age: n. r. N = 16 studies	pediatric, adult or elderly populations	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ emergency department visits</li> </ul>	asthma pediatric population: parents given the opportunity

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	clinical effectiveness of specific familycentered transition processes for improving patient health outcomes and health care utilization	N = participants n. r.		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ drug adherence</li> <li>▪ patient health outcomes (satisfaction, discharge readiness, functional assessments, health-related quality of life, missed school/work days, knowledge of the care plan, adherence to follow-up with primary care physician, completeness of outpatient workup)</li> <li>▪ outcome occurring &lt; 30 days after hospital discharge</li> </ul>	to practice administering lbuterol metered dose inhaler with a spacer before discharge from the ED were significantly more likely to use them at home. The intervention group reported less cough at 2 weeks.
Donisi et al. (2016)	to review and to describe pre-discharge predictors of readmission after discharge from psychiatric or general health inpatient care with a psychiatric diagnosis	Age (range): 25 to 55 years (excluding the papers focusing on the late middle age or older) N = 58 studies N = 474.316 participants	participants originally admitted with a psychiatric diagnosis or for a psychiatric problem	readmission to inpatient hospital care, regardless of whether to a psychiatric or non-psychiatric/general bed	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ younger age</li> <li>▪ male sex</li> <li>▪ psychotic disorder</li> <li>▪ on depot injectable antipsychotic</li> <li>▪ lower GAF score (as measured at admission)</li> <li>▪ having an assigned service in community</li> <li>▪ being followed by social welfare services</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ complications during hospitalization</li> <li>▪ patients required heavy care</li> <li>▪ symptomatology at discharge</li> <li>▪ poor prognosis</li> <li>▪ previous admissions</li> <li>▪ higher length of illness</li> <li>▪ number of previous hospital days</li> <li>▪ insufficient emotional and practical support of caregivers</li> <li>▪ escape from hospital or discharge against medical service</li> </ul>
Galvin et al. (2017)	to develop an operational definition of the phenomenon „readiness for hospital discharge“	Age: n. r. N = 24 studies N = participants n. r.	n. r.	readiness for hospital discharge	n. r.
Gonçalves-Bradley et al. (2016)	to assess the effectiveness of planning the discharge	N = 30 studies N = participants n. r.	all patients in hospital (acute, rehabilitation or community) irrespective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ mortality</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	charge of individual patients moving from hospital	Age (mean): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 10 of the trials <math>\geq</math> 75 years</li> <li>▪ 7 trials = between 70 and 75 years</li> <li>▪ 13 trials <math>\leq</math> 70 years</li> <li>▪ In two trials, both recruiting participants from a psychiatric hospital, the participants were under 50 years of age</li> </ul>	of age, gender or condition	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ length of stay (LOS) in hospital</li> <li>▪ complications related to the initial admission</li> <li>▪ place of discharge</li> <li>▪ patient health status, including psychological health</li> <li>▪ patient satisfaction</li> <li>▪ care giver and healthcare professional satisfaction</li> <li>▪ psychological health of care givers</li> <li>▪ healthcare costs of discharge planning</li> <li>▪ hospitals care costs and use</li> <li>▪ primary and community care cost</li> <li>▪ effect of discharge planning across several areas</li> </ul>	
Harrison et al. (2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to establish predictive factors for a new admission to long-term institutional care following unscheduled</li> </ul>	qualitative synthesis: N = 23	participants who had an acute hospitalisation to medical, surgical or older adult care wards; admitted directly to long-term	admission directly to a long-term institutional care setting ("care home") as new place of residence at discharge	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>admission to acute medical, surgical or older adult hospital care</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>exposure of interest was any predictive factor for long-term care admission</li> </ul>	<p>Meta-analysis: N = 11</p> <p>N = 354.985 participants</p> <p>Meta-analysis: n = 12.642 participants</p>	institutional care following acute hospitalisation		
Jones et al. (2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>to better understand which interventions after surgical procedures may be effective at reducing readmissions across surgical specialties</li> <li>comparing different care transition programs and their components to find the most universal and effective elements for reducing surgical patient readmissions</li> </ul>	<p>age: (&gt;18) surgical patients</p> <p>N = 10 studies</p> <p>several surgical specialties represented:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>general surgery (n = 5)</li> <li>cardiac surgery (n = 4)</li> <li>vascular surgery (n = 2)</li> <li>neurosurgery (n = 1)</li> </ul>	adult surgical patients	hospital readmission within 3 months	n. r.



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		N = range 34– 52.807 partici- pants			
Kash et al. (2017)	to identify and describe the current inventory of evidence-based readmis- sion reduction strategies that incorporate the HIE as a strategy or a tool	Age: n.a. N = 13 studies N = participants n. r.	number of readmissions within 30 Days after dis- charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ 30-day or under 30-day read- mission rates</li> </ul>	n. r.
Kattel et al. (2016)	to evaluate wethere there have been changes in timeliness and quality of transfer of discharge information between 2 provider groups	Age: n.a. N = 19 studies N = participants n. r.	discharge summaries in hospital settings	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ timeliness of completion of discharge summaries</li> <li>▪ contents or quality of dis- charge summaries</li> <li>▪ communication discharge</li> </ul>	n. r.
Leppin et al. (2014)	to synthesize the evi- dence of the efficacy of interventions aimed at reducing early hospital readmissions and identify interventions features that might explain their varying effects	Age: n. r. N = 47 studies N = 4.927 partici- pants	adult patients had to be admitted from the com- munity to an inpatient ward for at least 24 hours with a medical or surgical cause	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ relative risk of all-cause or unplanned readmission with or without out-of-hospital deaths at 30 days postdis- charge.</li> </ul>	n. r.
Mabire et al. (2016)	to determine the best available evidence on the	Age: ≥ 65 years	discharged from acute care and post-acute care	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	effectiveness of discharge planning interventions involving at least one nurse on health-related outcomes for elderly inpatients discharged home and to assess the relative impact of individual components of discharge planning interventions	N = 13 studies N = 3.964 participants	(PAC) rehabilitation hospitals (including skilled nursing home facilities) to home	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Length of stay (LoS);</li> <li>▪ functional ability/functional limitations</li> <li>▪ symptoms/medical condition management/adverse outcomes</li> <li>▪ unmet needs after hospital discharge</li> <li>▪ coping with disease /coping difficulties</li> <li>▪ health-related quality of life</li> <li>▪ satisfaction with care during the discharge planning process</li> <li>▪ healthcare utilization (e.g. number of hospital visits)</li> </ul>	
Mabire et al. (2018)	to determine the effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes for older inpatients discharged home	Age: ≥ 65 years N = 13 studies N = 3.964 participants	patients discharged home from an acute care or a postacute care rehabilitation setting, i.e. skilled nursing facility	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ length of stay</li> <li>▪ healthcare utilization (e.g. number of hospital visits), functional ability/limitations</li> <li>▪ unmet needs following hospital discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ satisfaction with care</li> <li>▪ health-related outcomes</li> </ul>	
Mekonnen et al. (2016)	to investigate the impact of pharmacy-led medication reconciliation interventions in minimizing medication discrepancies at hospital transitions and to categorize these according to the target of the interventions	Age: n. r. N = 19 studies N = 15.525 participants	adult patients in hospital settings	medication discrepancies: one or more differences (in dosage, frequency, drug, route of administration) between the current and previous medication(s) a patient was taking	n.r
Michaelsen et al. (2015)	to report the prevalence and mean of Medication Errors (MEs) and discrepancies at discharge, as well as the most common types of errors and medication most frequently implicated	Age (mean): 69 years (SD 9.1) N = 15 studies N ≥ 6.000 hospital discharges	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ All patients who have been discharged from inpatient care were discharged</li> <li>▪ international data from over 6000 discharges</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ drug adherence</li> <li>▪ medication discrepancies</li> <li>▪ adverse drug events</li> <li>▪ medication errors (MEs) and discrepancies at discharge</li> </ul>	number of drugs a patient is prescribed at discharge (linear relationship between the and the volume of discrepancies at discharge = increased risk for each additional drug)
Okrainec et al. (2017)	to review literature on discharge instruction tools with a focus on patient engagement (patient-centered discharge)	Age: adults ≥ 65 years (n = 5) N = 30 studies N = 4.492 + x (in 28 studies: 3.061 pt RCTs und	patients admitted to the hospital irrespective of age, sex and/or medical condition	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ drug adherence</li> <li>▪ patient outcomes within 3 months of discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	and thier impact among hospitalized patients	1.431 pt non-RCTs)			
Parekh et al. (2018)	to determine the incidence, severity, and preventability of and risk factors for medication-related harm (MRH) in community-dwelling older adults after hospital discharge	Age (mean): $\geq 65$ years N = 8 studies N = participants n. r.	older population discharged from the hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adverse drug events</li> <li>▪ proportion of serious events</li> <li>▪ preventable events, and associated risk factors</li> </ul>	n. r.
Pedersen et al. (2017)	to identify and synthesize the best available evidence on risk factors for acute care hospital readmission within one month of discharge in older persons in western countries	Age: $\geq 60$ years N = 9 studies N = 280.690 participants	hospitalized and discharged home or to residential care facilities	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ primary outcome of interest was readmission to an acute care hospital within one month of discharge from a previous hospital admission</li> <li>▪ one month was defined as a period ranging from discharge until 28–31 days after discharge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sociodemographic factors positively associated with increased risk of hospital readmission: mixed and contradicting associations within fixed variables such as age and gender: higher age, male gender; living in socially deprived areas</li> <li>▪ health/illness: factors related to functional disabilities and poor overall condition</li> <li>▪ health care utilization prior/clinical related factors</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					related to the index admission: previous hospitalizations (prior to index admission); longer LOS at the index-hospital; way of referral and discharge destination along with clinical instability
Sfetcu et al. (2017)	to identify and categorise previously studied post-discharge factors in relation with readmission rates	Age: ≥ 18 years N = 80 studies N = 35–128.893 included cases	adult psychiatric patients having been discharged from in-patient health care were	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ predictors</li> <li>▪ post-discharge factors were defined as factors measured at individual level in the time interval between an index discharge and the first readmission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ psychiatric medication adherence and compliance with follow-up appointments</li> <li>▪ the type of housing the patients were discharged to</li> <li>▪ just being registered with a GP</li> <li>▪ post-discharge referral to outpatient services</li> <li>▪ post-discharge access to treatment</li> </ul>
Swain und Kharrazi (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify key predictors of readmission; to address this component, a review of original peer-reviewed</li> </ul>	Age: n. r. N = 32 studies N = participants n. r.	articles had to be original peer-reviewed research, focused on a 30-day re-admission time-period,	readmission	297 predictive variables grouped into the following eight categories:

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	<p>studies examining factors associated with 30-day readmissions was conducted to identify the strongest and most common predictive factors of 30-day hospital readmission</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to ascertain whether developers of RRPMS should consider HL7HIE transactions as a valid data source. Predictors of readmissions extracted from the literature review were mapped to data segments included in HL7 message segments, including ADT messages as well as other message types</li> <li>▪ to investigate the availability and completeness of these RRPM-targeted HL7</li> </ul>		written in English, and include predictor variables		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ behavior (e.g., alcohol and drug abuse)</li> <li>▪ clinical (e.g., diabetes, renal failure), demographic (e.g., age, sex, insurance type), hospital characteristic (e.g., region, bed size)</li> <li>▪ laboratory test result (e.g., absolute lymphocyte count, potassium level)</li> <li>▪ medication/treatment (e.g., anticoagulant, insulin)</li> <li>▪ patient characteristic (e.g., weight, self-rated health), and utilization (e.g., index admission length of stay, previous admissions in prior year)</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
	segments in three HIO cases				
Unnewehr et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ What interventions have been shown to be effective, especially in improving the content of DS?</li> <li>▪ What reviews and guidelines or official statements exist in scientific societies or in regulatory bodies and what is their practical value?</li> <li>▪ What other useful practical recommendations can be found in the literature?</li> </ul>	Age: n. r. N = 111 studies N = 2.312 participants (interventional studies)	medical personell in interventional studies: physicians, medical residents, post graduates, medicine interns, general practitioners, pediatric residents	n. r.	n. r.
Weber et al. (2017)	to identify the activities conducted by nurses in care transition from hospital to home	Age: n. r. N = 22 studies N = participants n. r.	n. r.	safe and efficient transitions from hospitals services to home	n. r.

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/ Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n. r. = not reported

**Anhang A.2.7: Charakteristika der eingeschlossenen Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen – QI (Updaterecherche)**

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Anagnostou et al. (2021)	quantitative retrospective	to investigate whether the morbidity of newborns who have already been discharged from the maternity unit has increased over the years and whether predictive parameters could be identified.	N = 2.851 participants sex: n. r. gestational age: 39.08 week (SD 1,29 weeks)	full-term newborns who have never been admitted to a pediatric unit before	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ mortality</li> <li>▪ readmission with 28 days after birth</li> <li>▪ mortality with 28 days after birth</li> </ul>	n. r.
Aubert et al. (2019)	quantitative retrospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to identify combinations of chronic comorbidities associated with higher healthcare resource utilization, measured as "potentially avoidable readmission (PAR)" and prolonged "length of stay (LOS)", to quantify this association, and to identify potential interactions between those comorbidities on the</li> </ul>	N = 33.871 participants sex: m: 19.170 (56.6 %) mean age: 68 (range: 56–78)	all consecutive patients with multimorbidity – defined by its most usual definition, i.e. the presence of at least two chronic diseases – who were discharged home or to a nursing home from the medical departments	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prolonged length of stay</li> <li>▪ potentially avoidable re-admission: within 30 days following hospital discharge: to identify PAR, we used the SQLape algorithm, which is based on administrative data and ICD codes and was initially developed in Switzerland to benchmark hospitals. Shortly, this algorithm classifies a readmission</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ chronic diseases</li> <li>▪ multimorbidity (combination of different diseases)</li> </ul>



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>odds for PAR or prolonged LOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to quantify the association between the number of chronic diseases and healthcare resource utilization.</li> </ul>			<p>as unavoidable if it was predictable, for example for planned chemotherapy or radiotherapy, or if it involves a new body system not affected during index admission. readmissions for transplantation, severe trauma, severe chronic disease or rehabilitation treatment are also considered unavoidable. On the other hand, readmission for complications is deemed avoidable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>prolonged length of stay: we defined a prolonged LOS as a LOS longer or equal to the upper quartile (75 %)</li> </ul>	
Banholzer et al. (2021)	quantitative retrospective	The main aim of this retrospective study was to characterise adverse drug reactions (ADRs) leading to	<p>n = 4.792 participants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>non emergency readmission: 3.498</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>cases were included if the reason for the readmission was an ADR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>non emergency readmission_within 30 day presenting to the emergency department</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>age</li> <li>gender</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		short-term emergency re-admissions in a large Swiss University Hospital. Further, we aimed to assess the reporting frequency of such ADRs to the Swiss national pharmacovigilance centre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ emergency readmission: 1.294</li> <li>sex:</li> <li>▪ non emergency readmission: n. r.</li> <li>▪ emergency readmission: f: 467 (38 %)</li> <li>age:</li> <li>▪ non emergency readmission: n. r.</li> <li>▪ emergency readmission: median 64 years (range 17–95)</li> </ul>	(causality could be possible, probable or certain). The assessment was based on the reason of admission as stated in the emergency department report and information on patient history (medication history)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ emergency readmission within 30 days presenting to the emergency department: non ADR-related; ADR-related*</li> <li>▪ *ADR was defined as “an appreciably harmful or unpleasant reaction, resulting from an intervention related to the use of a medicinal product, which predicts hazard from future administration and warrants prevention or specific treatment, or alteration of the dosage regimen, or withdrawal of the product”</li> </ul>	
Beeler et al. (2020)	quantitative retrospective	to investigate among a broad range of multimorbid hospitalized patients, whether depression as an ancillary diagnosis is associated with increased	<p>n = 253.009 participants all multimorbid inpatients aged ≥ 18</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ no depression: 240.574</li> </ul>	Multimorbidity was defined as the presence of two or more diagnoses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ length of stay (LOS)</li> <li>▪ Secondary end points included the association from ancillary depression with readmissions within 1 month (30</li> </ul>	depression

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		length of stay (LOS) and re-admissions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ancillary diagnosis of depression: 12.435</li> <li>sex: f: 128.251 (50,7 %)</li> <li>median age: 57 (range: 38–70)</li> </ul>		days), 3 months, 6 months, 12 months and 24 months after discharge of the patients	
Blanc et al. (2019)	quantitative retrospective	to derive and validate a predictive model of potentially avoidable readmission (PAR) that includes medication profiles and the identification of the specific characteristics of patients readmitted to the general internal medicine wards of two Swiss hospitals.	<p>n = 10.374</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7.317 (derivation cohort)</li> <li>sex: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ derivation cohort: male 55 %</li> </ul> </li> <li>mean age of derivation cohort patients was 66.5 years old (SD 18.5)</li> </ul>	all the patients admitted to the general internal medicine wards	readmission: all the patients admitted to the general internal medicine wards, who were discharged alive, and were not transferred to any other acute-care hospital potentially avoidable readmissions: PAR PAR do not include any planned readmissions	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Boege et al. (2021)	Mixed methods, prospektiv	Die Studie ASpeKT (Aussagen zu Schnittstellenkoordination bei psychisch erkrankten Kindern und Teens) wollte nun diese Lücke schließen und anhand einer beobachtenden Befragung von Eltern 6 Monate und 12 Monate nach Entlassung aus stationärer Behandlung einen Iststand zu dem erfolgten Schnittstellenmanagement zwischen Hilfen des SGB V, SGB VIII, SGB XI, des Schulsystems, des Arbeitsamtes und der Justiz erheben. Empfehlungen für das gesetzlich vorgegebene Entlassmanagement sollten aus den Aussagen der Eltern abgeleitet werden	n = 202 Geschlecht: ▪ weiblich 52,5 % Alter: ▪ 5–13 Jahre: 46,35 % ▪ 14–17 Jahre: 53,65 %	Allen stationär aufgenommenen Patienten welche die Einschlusskriterien erfüllten:  ▪ Patienten mit einer Indikation zur stationären Behandlung aufgrund einer diagnostizierbaren psychiatrischen Störung  ▪ Verbleib auf der Station >24 h  ▪ IQ > 69, da qualitativen Aussagen von Eltern und Kindern/Jugendlichen erhoben werden sollten  ▪ w: 52,5 %	Organisation der Nachsorge/Schnittstellen	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Brügger und Blozik (2019)	quantitative retrospective	to develop a proof-of-concept HRPM (Hospital readmission prediction models) and to evaluate whether patient-sided factors present at the time of a hospital admission and available from Swiss claims data are promising for predicting early hospital readmissions.	n = 138.222 sex: female: 53,2 % age: mean: 60.5 years (SD 17.7)	hospitalisations to any acute care hospital in Switzerland	primary outcome: all-cause readmission within 30 days of discharge from the index hospitalization secondary outcomes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmissions compensated within a single DRG case (ie, within maximum of 18 days and within the same major diagnostic category, MDC)</li> <li>▪ 60 days readmissions</li> <li>▪ 90 days readmissions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ age</li> <li>▪ sex</li> <li>▪ emergency at first admission</li> <li>▪ number of previous emergency contacts</li> <li>▪ medical reason (in contrast to surgical reason) for the inpatient stay</li> <li>▪ length of stay (<math>\geq 3</math> days) DRG (MDC-group)</li> </ul>
Burrini et al. (2019)	quantitative prospective	to analyse the steps leading to discharge letters (DL) creation and to subsequently suggest means of accelerating the DL process.	n = 1.524 n = 908 (old process) sex: n. r. age: n. r.	consecutive patients discharged from the Urology ward were included	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ delay of DL</li> <li>▪ the primary outcome measure was the average delay of DL completion, in days (target delay = maximum of 8 days after patient discharge)</li> <li>▪ the secondary outcome measure was the stand-</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					ard deviation of the average delay as a measure of process variability	
G-BA ([kein Datum])	Mixed methods, Sekundärdatenanalyse	Entwicklung eines Entlassmanagementinstruments, das sich dafür eignet, die Versorgungsqualität durch Vermeidung von Wiederaufnahmen, Morbidität und Mortalitäten infolge ungenügend geplanter Überleitungen zu verbessern und das dabei praktikabel bzw. mit möglichst wenig Aufwand umsetzbar ist.	n = 366.734 Fälle Geschlecht: k.A. Alter: k.A.	Versicherte mit vollstationären Krankenhausaufenthalten mit einer Entlassung im Jahr 2014: Siemens-Betriebskrankenkasse, BAHN-BKK, BKK Linde	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wiederaufnahme</li> <li>▪ Kontakt zur Notaufnahme</li> <li>▪ Sterblichkeit</li> <li>▪ Hilfsmittelbedarf</li> <li>▪ Medizinische Reha/AHB</li> <li>▪ Pflegestufenerhöhung</li> <li>▪ stationäre Pflege</li> <li>▪ poststationäre Versorgungsbedarfe</li> </ul>	Prädiktoren (Patientenmerkmale zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme): Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Poly-medikation, Hilfsmittelbedarf, langer Krankenhausaufenthalt, mehrfache Krankenhausaufenthalte, Aufnahme-diagnose (241 ICD-Gruppen), Vorerkrankungen (241 ICD-Gruppen)
Hoffmann et al. (2019)	quantitative prospective	to investigate attitudes and perceptions among physicians in Styria regarding the current discharge summary (DS) in terms of who the addressee of the	N = 3.948 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 2.387 hospital physicians</li> <li>▪ n = 1.561 physicians working out-</li> </ul>	two groups of physicians, those working in public Styrian hospitals (Styrian Hospitals Limited Liability Company (KAGes))	necessary content, contribution to health literacy, need of change	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		DS is and what the necessary content is to improve the communication from hospital to the further treating GP or other healthcare workers in the future.	side as a consultant in the province of Styria <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 1.060 <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ n = 747 internal physicians</li> <li>▫ n = 313 external physicians</li> </ul> </li> </ul> sex: w (total): n = 460 (43,4 %) age: n. r.	as well as physicians working outside as a consultant in the province of Styria		
Krause et al. (2020)	quantitative prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to examine to what amount discharge medication is maintained in primary care by the GPs</li> <li>▪ to compare the rate of patients on excessive polypharmacy in hospital vs. post-discharge in primary care</li> <li>▪ to analyze appropriate prescription of medication in this transition</li> </ul>	n = 248 bei Rekrutierung 98 patients followed-up (complete medication chart) sex: w: 86 (71.1 %) post-discharge study sample: 72 (73.5 %) age: 82.8 years ( $\pm$ 7.23 years)/63–96 years)	all patients admitted to the acute wards of CME (Center for Medicine of the Elderly), either directly from the emergency unit or from surrounding hospitals because of their geriatric conditions	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medication discrepancy</li> <li>▪ polypharmacy</li> <li>▪ medication changes at the interface between hospital and community in terms of quality, quantity and type of drugs</li> <li>▪ polypharmacy was defined as regularly taking five or more medications and excessive PP as taking <math>\geq 10</math> drugs</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>phase using PIM (potentially inappropriate medications)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to identify medications using anatomical therapeutic chemical classification (ATC) codes which are more likely to be stopped or continued by GPs</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>medication count, ATC codes, polypharmacy measures, PIM were used as outcome indicators</li> </ul>	
Lenssen et al. (2018)	quantitative prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>to evaluate the effect of a ward-based, comprehensive pharmaceutical care service in dependent-living elderly patients</li> <li>its potential to reduce the time until drug-related readmissions</li> </ul>	<p>N = 60 sex: w: 60 % age: 77.6 ± 7.9 years</p>	<p>patients and older, who were home-cared or nursing home residents in ambulatory care, admitted to one of the co-operating wards with a minimum hospital stay of expected three days and existing medication at admission</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>adverse drug events</li> <li>drug-related problems</li> <li>drug-related readmissions (rehospitalization of a discharged patient due to an adverse drug reaction (ADR) in any hospital)</li> <li>drug-related problem: event or circumstance involving drug therapy that actually or potentially interferes with desired health outcomes</li> </ul>	<p>risk factors for drug-related readmissions:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>age (older age was associated with a lower risk of DRR, CG showed an approximately five-fold risk for DRR compared to the intervention group)</li> <li>length of stay on the ward (Each day the hospital stay was prolonged, the risk of a DRR increased by</li> </ul>



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Adverse Drug Events/Reactions (ADR): harmful and unintended reaction on a medical product, which can occur under conditions of intended use or due to a medication error; ADR-suspicious symptoms also included changes in laboratory data in a clinically relevant manner</li> </ul>	<p>1.1-fold, a longer stay of one week resulted in a two-fold risk increase</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>number of changes in medication after discharge (treatment group had no significant effect on DRR)</li> </ul>
Liechti et al. (2021)	quantitative prospective	to develop and validate a new score to help identifying the most complex inpatients (Patient Complexity Assessment, PCA score) using readily available administrative and clinical data (in order to simplify and standardise the identification of complex patients)	n = 1.889 studies (n = 1407 derivation sample / n = 482 temporal validation sample) sex: w: 656 (47 %) age: mean: 80 years (IQR 75–86 years)	consecutive, unselected, adult inpatients discharged from the department of medicine	the predictive accuracy of the PCA against the treating physician's judgement [as the gold standard to identify complex general internal medicine inpatients]  complex patients: patients using more resources, time and/or effort while hospitalised	11 indicators used to derive the PCA score: <ul style="list-style-type: none"> <li>age (≥80 years / 70–79 years / 60–69 years / &lt;60 years)</li> <li>elective admission</li> <li>high costs during hospitalisation (imaging procedures/ laboratory analysis)</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
						<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ high nurse work-load</li> <li>▪ malnutrition</li> <li>▪ multimorbidity (no of diagnoses ≤6/no of diagnoses &gt;6 and &lt;14 / no of diagnoses ≥14)</li> <li>▪ medication at admission (antineoplastic and immunomodulating agents/nervous system)</li> <li>▪ abnormal creatinine level (none/at admission only/at admission and discharge/at discharge only)</li> <li>▪ leucocytosis (none/at admission only/at ad-</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
						<p>mission and discharge/at discharge only)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ intercept</li> <li>▪ highest score points were assigned to leucocytosis followed by age under 60 years, high nurse workload (costs above 75th percentile for nursing expenses), and abnormal serum creatinine at discharge (<math>\geq 100</math> <math>\mu\text{mol/L}</math>)</li> </ul>
Mabire et al. (2019)	quantitative secondary data analysis	to explore the associations between structure-individual characteristics and process-related factors and patient readiness for hospital discharge	<p>n = 1.833 registered nurses, n = 1.755 patients</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 23 hospitals, 1.833 registered nurses, 1.755 patients</li> </ul>	patients aged 18 years or older; sufficiently healthy to participate; hospitalized at least 48 h; good understanding of German, French or	patient readiness for hospital discharge	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
			sex: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ registered nurses: w: 1.610 (87.8 %)</li> <li>▪ patients: w: 743 (44.5 %)</li> </ul> age: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ registered nurses: 35.3 years (SD = 10.6)</li> <li>▪ patients: 67.0 years (SD = 15.8)</li> </ul>	Italian language; not having previously completed the questionnaire		
Morath et al. (2019)	quantitative point prevalence analysis	to analyze the structure and content of drug monitoring advices of a representative sample of discharge letters as a basis for future electronic information systems	N = 158 discharge letters n = 154 discharge letters sex: n. r. age: n. r.	discharge letters containing a discharge medication	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ adverse drug events</li> </ul>	n. r.
Mueller et al. (2021)	quantitative secondary data analysis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to illustrate the overall and age-dependent prevalence of in-hospital multimorbidity in a</li> </ul>	N = 8.495.382 (discharge records) n = 1.463.781 patients	all adult medical inpatient discharge records from the full spectrum of secondary to tertiary care	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ readmission</li> <li>▪ Mortality</li> <li>▪ length of hospital stay (LOS) intensive care unit (ICU) admission</li> </ul>	multimorbidity

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>medical population-based cohort</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>to investigate the age-stratified burden of multimorbidity and number of chronic conditions in terms of in-hospital mortality, length of hospital stay (LOS), intensive care unit (ICU) admission, 30-day, and 1-year readmission rates</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>total of 2.220.000 index hospitalisations</li> </ul> <p>sex: m: 1.138.860 (51.3 %)</p> <p>age: mean age 68.0 years</p>	with at least one reported diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>30-day and 1-year all-cause readmission rates (days to the next hospitalisation)</li> <li>all-cause in-hospital mortality (primary outcome)</li> </ul>	
Pereira et al. (2021)	quantitative secondary data analysis	to determine the risk of 30-day hospital readmission associated with the medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home	<p>N = 20.422 hospital records</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>13.802 readmissions (8.878 patients)</li> </ul> <p>sex: m: 78.34 (56.8 %)</p> <p>age: mean age: 77.77 years (SD = 7.48)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>polymedicated inpatients (five or more drugs prescribed at hospital discharge), aged 65 years old or more, living in their own homes and hospitalised at least once at the Valais Hospital (a public general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>readmission</li> <li>mortality</li> <li>adverse drug events</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>extended hospital LOS</li> <li>functional impairments</li> <li>medical conditions</li> <li>prescribed drugs</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				hospital in the French-speaking part of Switzerland)		
Piepenhagen et al. (2020)	Sekundärdatenanalyse quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ untersucht empirisch die Qualität von Entlassbriefen nach dem Aufenthalt in einer psychiatrischen/ psychosomatischen Klinik anhand einer selbst entwickelten Kodierliste</li> <li>▪ Vorschläge zur Erstellung und Strukturierung qualitativ hochwertiger Entlassbriefe werden gemacht</li> </ul>	n = 50 sex: n. r. age: n. r.	Entlassbriefe	Qualität von Entlassbriefen	n. r.
Rachamin et al. (2021)	quantitative prospective	to study the implementation of a cluster randomised controlled effectiveness-implementation hybrid trial testing the effectiveness of a medication review at hospital discharge combined with a communication stimulus	N = 327 sex: n. r. age: n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ chief physicians who decided about participation in the study</li> <li>▪ senior and junior HPs who were directly involved in the delivery of the</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention dose (quantitative)</li> <li>▪ implementation fidelity (qualitative)</li> <li>▪ feasibility and acceptability</li> <li>▪ facilitators and barriers</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		between hospital physicians (HPs) and general practitioners (GPs) on re-hospitalisation of multimorbid older patients		<p>intervention to patients</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GPs as downstream receivers of the intervention</li> <li>▪ n = 15 chief physicians n = 60 senior Hospital Physicians (HPs) n = 65 junior HPs n = 187 GPs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ implementation support strategies</li> </ul>	
Rehner et al. (2021)	quantitative secondary data analysis	to analyse the continuity of palliative care, particularly the time gaps between hospital discharge, hospital readmissions and subsequent palliative care as well as the timing of the last palliative care before the patient's death	<p>n = 4.177</p> <p>sex:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ f: 22.80 (54,6 %)</li> </ul> <p>age:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Median 81.0 (IQR: 74.0, 87.0)</li> </ul>	<p>patients who received palliative care for the first time in 2015</p> <p>patients had to be continuously insured by the statutory health insurance (AOK-Nordost) from 2014 until death or for at least 12</p>	continuity of palliative care (defined as an interval of less than 14-days between different kinds of palliative care services for the present analysis)	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		differences of the utilisation of palliative care between urban and rural areas were also of interest		months after starting palliative care		
Scharf et al. (2019)	quantitative prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to determine the association between ISAR screening (with CGA if positive on screening) and length of stay, nursing and physiotherapy hours, risk of falls, and discharge disposition among older adults admitted to internal medicine departments</li> <li>▪ explored the sensitivity and specificity of different ISAR and CGA cut-offs for identifying outcomes among older adults admitted to internal medicine departments</li> </ul>	n = 547 sex: n. r. age: 78.1 ± 6.0 year	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patients admitted to internal medicine wards of the University Hospital Essen via emergency departments or as selective inpatient admission or being transferred from another ward or hospital</li> <li>▪ received ISAR screening</li> <li>▪ were (a) ≥75 years of age in the Department of Gastroenterology and</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ length of hospital stay</li> <li>▪ nursing hours per day</li> <li>▪ physiotherapy workload</li> <li>▪ falls during the hospital stay</li> <li>▪ type of discharge</li> </ul>	n. r.



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				Hepatology and the Department of Cardiology and Angiology <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ or (b) aged <math>\geq 65</math> years in the Department of Nephrology</li> </ul>		
Scheidt et al. (2020)	Sekundärdatenanalyse quantitativ	Welche Herausforderungen muss ein Entlassmanagement in der Betreuung eines geriatrischen Patientenkollektivs einer orthopädisch-unfallchirurgischen Klinik bewältigen? Hypothesen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delir hat keinen Einfluss auf die stationäre VWD oder das Entlassziel</li> <li>▪ Verweildauer sowie die Durchführung des Entlassplans weisen keinen Alterszusammenhang auf</li> </ul>	n =312 Patientinnen und Patienten Geschlecht: w: n = 193 (61,7 %) Alter: 80,96 (+/- 6,91) Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten nach Zuverlegung oder mit primärer Aufnahme zur Behandlung in der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlungsablauf</li> <li>▪ Delir</li> <li>▪ Verweildauer</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Schwarz et al. (2021)	quantitative secondary data analysis	to analyse medical DS at five different clinics at the University Hospital Graz, Styria, Austria, in order to assess the current implementation of the mandatory ELGA headings and structural items	n = 100 discharge summaries <ul style="list-style-type: none"> <li>n = 20 internal medicine</li> <li>n = 20 surgery</li> <li>n = 8 neurology</li> <li>n = 22 paediatrics</li> </ul> sex: n. r. age: n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>five different clinics (internal medicine, dermatology, surgery, neurology and paediatrics) at the University Hospital Graz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>important components of DS</li> <li>structural characteristics</li> <li>use of abbreviations in the DS</li> </ul>	n. r.
Straßner et al. (2020b)	quantitativ prospektiv	Patientenerfahrungen bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung	N = 367 Patientinnen und Patienten ≥ 18 Jahre <ul style="list-style-type: none"> <li>n = 113 Patientinnen und Patienten aus VES-PEERA-Praxen</li> <li>n = 254 Patientinnen und Patienten aus nicht VES-PEERA-Praxen</li> </ul> Geschlecht: k.A. Alter: k.A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>in den letzten drei Monaten aus einem Krankenhaus entlassen</li> <li>Teilnahme an hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg</li> </ul>	Patientenerfahrung bezüglich Einweisung, Entlassung und Weiterversorgung	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Ulmer et al. (2019)	quantitativ retrospektiv	Einfluss einer interdisziplinären und intersektoralen Nutzung des BMP in elektronischer Version (eBMP) in einem Online-Portal auf Indikatoren der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) dargestellt	n = 601 Patientinnen und Patienten Geschlecht: m: 359 (60 %) Alter: 68 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ internistische und chirurgische Patientinnen und Patienten aus 5 KH in Rheinland-Pfalz</li> <li>▪ in Krankenhausapotheken rekrutiert</li> <li>▪ Alter &gt; 18 Jahre - &gt;3 Arzneimittel als Dauermedikation</li> <li>▪ Hausarztanbindung und/oder Stammapotheckenanbindung</li> <li>▪ n = 601 Patientinnen und Patienten n = 327 Apotheken n = 189 Hausärztinnen und Hausärzte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikationsdiskrepanz</li> <li>▪ unerwünschte Arzneimittelwirkung</li> <li>▪ Risiko-Arzneimittel</li> <li>▪ Doppelmedikation</li> <li>▪ pharmazeutische Interventionen der KH-Apotheker</li> <li>▪ potenziell inadäquate Arzneimittel (PIM)</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Wiegand et al. (2020)	Sekundär- datenana- lyse quanti- tativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie hoch und wie lange werden Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Episode in Deutschland in psychiatrisch-psychotherapeutischen oder psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken behandelt?</li> <li>▪ Erfolgt die ambulante Weiterbehandlung leitliniengerecht?</li> <li>▪ Wie hoch sind innerhalb eines Jahres die Wiederaufnahme- und Mortalitätsraten?</li> <li>▪ Durch welche soziodemografischen, krankheitsbezogenen oder behandlungsbezogenen Variablen werden sie beeinflusst?</li> </ul>	n = 22.893 Geschlecht: w: n = 15.059 (66 %) Alter: Median: 47 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versicherte zwischen 18 und 65 Jahren</li> <li>▪ aus stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer oder psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung mit einer ICD-10-Diagnose F32.x oder F33.x entlassen wurden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wiederaufnahme</li> <li>▪ Sterblichkeit</li> <li>▪ psychotherapeutische Weiterbehandlung</li> </ul>	<p>Für Wiederaufnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ höheres Lebensalter</li> <li>▪ Hauptdiagnose „schwere Depression“</li> <li>▪ Nebendiagnosen: Persönlichkeitsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Zwangsstörung, Suchterkrankung, Alkoholkrankheit</li> <li>▪ fehlende medikamentöse und psychotherapeutische Weiterbehandlung</li> </ul> <p>für Mortalität:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter</li> <li>▪ männliches Geschlecht</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studien- design	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
						<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptdiagnose „schwere Depression“</li> <li>▪ psychiatrische Nebendiagnosen</li> <li>▪ schwere somatische Komorbiditäten (über Charlson-Index)</li> <li>▪ fehlende medikamentöse und psychotherapeutische Weiterbehandlung</li> </ul>

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/ Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; n. r. = not reported; m = männlich/male; w/f = weiblich/female

### Anhang A.2.8: Charakteristika der eingeschlossenen Primärstudien oder Sekundärdatenanalysen – Zwischenbericht *Entlassmanagement*

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Andreasen et al. (2015)	qualitativ, prospektiv	How do the frail elderly experience daily life 1 week after discharge from an acute admission to the hospital	N = 14 sex: ▪ w: n = 7 ▪ m: n = 7 Mean age: ▪ 80.6 years (range 69–93)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ acutely admitted frail elderly patients over 65 years old</li> <li>▪ participants were all frail, some very frail, according to the Tilburg Frailty Indicator</li> <li>▪ all had comorbidity</li> </ul>	<p>The patients' experience of daily life 1 week after discharge from the hospital was affected by different factors:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contact with the health care system,</li> <li>▪ social relations,</li> <li>▪ mood, and</li> <li>▪ constraints in handling daily life</li> </ul> <p>significantly influenced overall well-being or non-well-being</p>	n. r.
BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft (2015)	mixed methods	Verbesserung der koordinierten Versorgung der (hoch-)betagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen (spitalinterne Übergänge, Übergänge von einem Betreuungssetting in ein Spital oder vom Spital in eine	N = 400	Expertinnen und Experten aus den Bereichen Geriatrie, Alterspsychiatrie, Pflege, Ethik, Soziale Arbeit und Patientenschutz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Validierung der Situationsanalyse</li> <li>▪ Zudem wurden der Handlungsbedarf und die wichtigsten Problemfelder identifiziert:</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		andere Versorgungsform oder ein anderes Versorgungssetting)			<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Versorgungsstrukturen &amp; Qualität der Versorgung</li> <li>▫ Informationsaustausch</li> <li>▫ Sensibilisierung und Ressourcen</li> <li>▫ Finanzierung</li> <li>▫ Selbstbestimmung &amp; Wahrung des Patientenwillens</li> </ul>	
Bagge et al. (2014)	qualitativ, prospektiv	How do older people, aged 75 and over, who had recently been discharged from hospital to their own home, managed any changes which were made to their medicines during their stay in hospital?	<p>N = 40</p> <p>w: n = 21</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ age: Mean = 86 years</li> <li>▪ Range = 75–91 years</li> </ul> <p>m: n = 19</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ age: Mean = 82 years</li> <li>▪ Range = 75–89 years</li> </ul>	<p>Participants were included if they</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ were aged 75 years or over</li> <li>▪ taking four or more prescription medicines at admission</li> <li>▪ experienced a change to their medicines during their stay in hospital</li> <li>▪ were discharged to their own home</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ trusting doctors</li> <li>▪ reluctance to question hospital staff</li> <li>▪ unaware of medicine changes</li> <li>▪ concerns about medicine changes</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Blum et al. (2015)	quantitativ, prospektiv	Haben die befragten Häuser 2015 mehr Einweiserbefragun- gen durchgeführt im Vergleich zu 2009?  Haben sich Veränderungen, In- formationen zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung und Verwertung von Einweiser- befragungen ergeben?	Repräsentative Stichprobe von 233 zugelassenen Allgemeinfran- kenhäusern ab 50 Betten in Deutschland	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 63 % der befragten Krankenhäuser führen regelmäßig oder spora- disch Einweiserbefra- gungen durch -&gt; keine merkliche Verände- rung im Vergleich zu 2009</li> <li>▪ Gründe für Befragung: 83,8 % Standard (z. B. Kundenpflege, QM)</li> <li>▪ mit 49,9 % werden Ein- weiser befragt, die als Haupt-Einweiser oder Viel-Einweiser gelten</li> <li>▪ Häufigkeit von Einwei- serbefragungen: 82 % seltener als einmal pro Jahr/alle paar Jahre</li> <li>▪ Befragungsart: 86 % schriftlich per Post / Papierfragebogen</li> <li>▪ Unterstützung bei Durchführung von Ein- weiserbefragungen</li> </ul>	n. r.



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>durch externes Institut: 49 % ja, 51 % nein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zufriedenheit der Einweiser: 56 % der Befragten sind zufrieden mit dem Entlassmanagement, 26 % unzufrieden, 7 % sehr unzufrieden, 10 % sehr zufrieden</li> <li>▪ das größte Verbesserungspotential beim Entlassmanagement: frühzeitige Information, Kommunikationsmöglichkeiten, Information (z.B. elektronischer Entlassbiref)</li> <li>▪ Realisierte Verbesserungen aufgrund von Einweiserbefragungen: 8 % sehr oft, 41 % oft, 37 % manchmal, 9 % selten, 5 % nie</li> </ul>	

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Blum et al. (2018)	quantitativ, prospektiv	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche Standards zum Entlassmanagement werden in deutschen Krankenhäuser eingesetzt?</li> <li>2. Wie hoch ist im 1. Quartal 2018 der Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement bei der Patientin oder beim Patienten?</li> <li>3. Wie sinnvoll halten es die Krankenhäuser, wenn sich die Vorgaben des Rahmenvertrages Entlassmanagement auf Patientinnen und Patienten mit Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement beschränken würden?</li> <li>4. Wie hoch war im 1. Quartal 2018 der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Einwilligung in das Entlassmanagement?</li> <li>5. Wie hoch war der Anteil der Patientinnen und Patienten,</li> </ol>	249 zugelassene Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Deutschland	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eingesetzte Standards im Krankenhaus</li> <li>2. Höhe des Bedarfs</li> <li>3. Beschränkung der Vorgaben des Rahmenvertrags auf Patientinnen und Patienten mit Bedarf für umfassendes Entlassmanagement sinnvoll?</li> <li>4. Einwilligung ins Entlassmanagement</li> <li>5. Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kostenträger</li> </ol> <p>Probleme mit Kranken- und Pflegekassen bei Unterstützung des Entlassmanagements aus Krankenhaussicht</p> <p>weitere Probleme in der Kooperation zwischen Krankenhäusern u. Kostenträgern</p>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>die einen Unterstützungsbedarf durch die Kostenträger hatten?</p> <p>6. Inwieweit standen die für eine Anschlussversorgung ggf. erforderlichen (vorläufigen) Genehmigungen, Kostenzusagen oder. Pflegeeinstufungen schon vor Entlassung aus dem Krankenhaus zur Verfügung?</p> <p>7. Inwieweit standen die für eine Anschlussversorgung erforderlichen Versorgungskapazitäten rechtzeitig zur Verfügung?</p> <p>8. Inwieweit wurden für ausgewählte Leistungen von den neuen Verordnungsmöglichkeiten Gebrauch gemacht?</p> <p>9. Inwieweit hat sich durch den Rahmenvertrag das Entlassmanagement verändert?</p>			<p>seltene Probleme: unklare organisatorische Zuständigkeiten bei einem Kostenträger (z. B. zwischen verschied. Leistungsbereichen, unterschied. organisatorische Zuständigkeiten zwischen Kranken- u. Pflegekasse, restriktives Auskunftsverhalten bei Nachfragen zu Patientinnen und Patienten</p> <p>6. Verfügbarkeit von erforderlichen Unterlagen vor Entlassung aus dem Krankenhaus</p> <p>7. Rechtzeitige Verfügbarkeit von Versorgungskapazitäten für Anschlussversorgung</p> <p>8. Patientinnen und Patienten mit Verordnungen im Entlassmanagement</p>	

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					9. Veränderungen durch Rahmenvertrag	
Braun (2018)	quantitativ, prospektiv	<p>Ziel der Befragung von hkk-Versicherten ist, die Umsetzung des Entlassmanagements aus Patientensicht zu bewerten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie hoch ist der Grad der Informiertheit bei unseren Versicherten?</li> <li>▪ Wurden die Patienten hinreichend über das Entlassmanagement informiert?</li> <li>▪ Wurden die wichtigsten Elemente des Rahmenvertrages aus Patientensicht umgesetzt?</li> </ul>	<p>Aus der Gesamtheit von 6.193 Versicherten wurden per Zufallsstichprobe 1.200 Versicherten gezogen, die Anfang Juli 2018 postalisch einen vierseitigen Fragebogen zum Thema Entlassmanagement erhielten.</p> <p>349 Personen wurden eingeschlossen, Hälfte über 60 Jahre, weiteres Drittel über 70 Jahre</p>	häufigste Angabe für Krankenhausaufenthalt Muskel und Skeletterkrankung. Alle Träger.	<p>9. Veränderungen durch Rahmenvertrag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informationen und Beratung während des Krankenhausaufenthaltes</li> <li>▪ Medikation</li> <li>▪ Entlassmanagement allg.</li> <li>▪ EM Einwilligung</li> <li>▪ Entlassplan</li> <li>▪ Kontakt zu Leistungserbringern</li> <li>▪ Info über die Anschlussversorgung</li> <li>▪ Genehmigungspflichtige Leistungen der Krankenkassen und Unterstützung durch die Krankenhäuser</li> <li>▪ Erhalt eines (vorläufigen) Entlassbriefs</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Korrelation von Schwere der Erkrankung und Bedarf an Entlassmanagement</li> </ul>	
Burian et al. (2016)	quantitative prospective	We examined the effectiveness of different ways of communicating recommendations from inpatient consultation-liaison (CL)-services to GPs.	<p>N = 448</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 116</li> <li>sex: w: n = 76 (65,5 %)</li> <li>▪ Mean age: 62.4 years (SD 16.4)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all patients referred to the CL-service from the departments of internal medicine, neurology and surgery for depressive and/or anxious symptoms were screened for the following inclusion criteria: diagnosis of a depressive episode (F3X), adjustment disorder (F43.2), or anxiety disorders (F40, F41) made by the CL-service according to ICD-10 criteria, and patients' ability to give informed consent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GP-concordance</li> <li>▪ to measure GP-concordance we defined five different areas of CL recommendations: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ medication recommendations</li> <li>▫ psychotherapeutic recommendations including supportive talks by the GP</li> <li>▫ psychosocial interventions,</li> <li>▫ diagnostic action</li> <li>▫ referral to specialist psychiatric outpatient treatment</li> </ul> </li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Brühwiler et al. (2017)	mixed methods prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ identify community pharmacists' current problems and roles at hospital discharge</li> <li>▪ assess their information needs, specifically the availability and usefulness of information, and</li> <li>▪ gain insight into pharmacists' objectives and ideas for discharge optimisation</li> </ul>	<p>N = 1.348 (online survey)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 194</li> </ul> <p>sex: w: n = 98 (50,5 %)</p> <p>mean age: 49,7 years (SD 10.8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ all managers of pharmacies belonging to the Swiss Pharmacist's Association</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ therapy-related information</li> <li>▪ health-related information</li> <li>▪ care-related information</li> <li>▪ organisation-related information</li> <li>▪ organisational collaboration</li> </ul>	n. r.
consensus clinicmanagement (2018)	quantitativ, prospektiv	Umsetzung des Entlassmanagements in den Krankenhäusern nach Einführung des Rahmenvertrags	<p>N = 289</p> <p>Geschlecht: k.A.</p> <p>Alter: k.A.</p>	Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Online Umfrage (Consensus Clinicmanagement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mehraufwand durch Entlassm.: 95 % Teilnehmerinnen und Teilnehmer (65 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sogar deutlich)</li> <li>▪ zeitlicher Mehraufwand durch Aufklärung der Patientin oder des Patienten</li> <li>▪ 88 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, dass nicht</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>mehr Personal eingestellt wurde trotz des Aufwands hierfür</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 71 % gaben an, dass keine ausreichende Digitalisierung da sei (47 % gaben an Doku auf Papier zu machen, oder Doku an vers. Orten oder unterschiedlichen Systemen: 46 %)</li> <li>▪ Infos über Patientinnen und Patienten gehen nicht automatisch in das Assessment (vor allem ärztl Anamnese), direkte Erfassung ins KIS vor allem vom Papier ein Problem</li> <li>▪ Bewilligungen der Krankenkasse dauern zu lange</li> <li>▪ 17 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, dass es kein Assessment gemacht</li> </ul>	

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<p>wird, in dem die Entlassung der Patientin oder des Patienten geplant wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gründe für eine längere Verweildauer als notwendig (wenig Pflegeplätze, fehlende Reha-Plätze, zu langes Warten auf Zusagen von Kostenträgern, Angehörige überfordert)</li> <li>▪ Ziel aus Sicht des Autors: ein papierfreies Krankenhaus</li> </ul>	
Cope et al. (2018)	qualitative, prospective	The purpose of this study is to describe such barriers as they relate to medication access, use, and adherence in an effort to improve the transitions of care process for practices serving primarily low SES populations	<p>N = 12</p> <p>Geschlecht: Anteil Frauen: n = 10</p> <p>Alter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 45-55: n = 1</li> <li>▪ 56-56: n = 9</li> <li>▪ &gt; 65: n = 2</li> </ul>	to be eligible for the study, participants must have identified a physician and been discharged to home from a hospital admission within the past 30 days		



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Cortejoso et al. (2016)	secondary data analysis quantitative	<p>The primary objective of this study was to describe the characteristics of pharmaceutical interventions in two geriatric wards of a general teaching hospital and to evaluate the clinical significance of the detected medication errors.</p> <p>The secondary objective was to compare the number of drugs at admission and at discharge of the patients who were admitted in an orthogeriatric ward.</p>	<p>N = 1.859</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ orthogeriatric ward: n = 1.294</li> <li>▪ geriatric day unit: n = 130</li> </ul> <p>sex:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ orthogeriatric ward: w: 72,6 %</li> <li>▪ geriatric day unit: w: 66,9 %</li> </ul> <p>age:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ orthogeriatric ward: 82 years (SD 8)</li> <li>▪ geriatric day unit: 79 years (SD 6.5)</li> </ul>	patients of a orthogeriatric ward and a geriatric day unit 65 years or older, who were taking one or more prescription drugs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medication errors: analyzing the suitability of the drugs prescribed for each indication, the drug dose depending on the patient's characteristics and adjustments due to age, renal, and hepatic impairment, and the existence of contraindications and interactions between drugs and proposal of alternative drugs when they were not included in the hospital formulary</li> <li>▪ number of drugs at admission and discharge</li> </ul>	n. r.
Dormann et al. (2018)	quantitativ, prospektiv	Erprobung des bundeseinheitlichen Medikationsplans BMP	<p>MMP16:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 863</li> </ul> <p>Erfurt: n = 161</p>	-	<p>MMP16:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akzeptanz des BMP aus Sicht der Patientinnen und Patienten in</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
			Geschlecht: w: 59 %  Alter: M = 69, SD = 9  PRIMA: n = 196		der Versorgungsrou- tine <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akzeptanz des BMP aus Sicht der Gesund- heitsdienstleister</li> <li>▪ Auswertung der BMP hinsichtlich deren AMTS-Eignung</li> <li>▪ Vollständigkeit des BMP und Originalda- tenabgleich</li> </ul> Erfurt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akzeptanz des BMP aus Sicht der Patientin- nen und Patienten im Rahmen des Modell- projektes</li> <li>▪ Akzeptanz und Prakti- kabilität des BMP aus Sicht der Gesundheits- dienstleister ohne sek- torenübergreifende IT- Infrastruktur</li> </ul>	

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auswertung der BMP hinsichtlich Anzahl der Medikationsprobleme</li> </ul> PRIMA: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umsetzung des BMP in die Versorgungsrealität von Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie Patientinnen und Patienten mit Untersuchung von Machbarkeit und Praktikabilität</li> <li>▪ Akzeptanzbefragung bei Patientinnen und Patienten sowie bei der Ärzte- und Apothekerschaft</li> </ul>	
Dräger (2016)	quantitative, prospective	Identification and assessment of risks in the discharge process of a patient and the contractual and legal framework for hospital discharge in the German healthcare system.	Hospitals in Baden-Württemberg		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discharge planning</li> <li>▪ Complete and timely information of outpatient physician</li> <li>▪ Drugs available immediately after discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Outpatient physician timely available after discharge</li> <li>▪ Feedback/evaluation contacting patient and family</li> </ul>	
Foulon et al. (2019)	qualitative, prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ What are the main problems in medication management in the transition from inpatient to outpatient care?</li> <li>▪ How are the problems perceived by patients and health professionals?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N = 100 <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ sex: w: n = 47</li> </ul> </li> <li>▪ n = 84</li> <li>▪ n = 16</li> <li>▪ age: -</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Health Care Professionals (with focus on „medication management“ and „transition moments“), patients / family caregivers, stakeholders</li> <li>▪ Health Care Professionals and patients / family caregivers, stakeholders</li> <li>▪ Stakeholders</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ problems at admission</li> <li>▪ problems at discharge</li> <li>▪ problems as to professions</li> <li>▪ problems as to patients</li> <li>▪ problems as to processes</li> </ul>	Patients most at risk for medication related problems at admission or discharge: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ geriatric and psychiatric patients</li> <li>▪ patients taking five or more medicines</li> <li>▪ patients with complex psychosocial needs (e.g. no insurance, poor social support,</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
						<p>mental illness, unstable housing)</p> <p>Most reported risk factors for drug-related problems and medication discrepancies at hospital admission:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ older age</li> <li>▪ polypharmacy</li> </ul>
Freyer et al. (2016)	Quantitativ prospektiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie gut sind Patientinnen und Patienten über ihre Entlassmedikation informiert und welche Faktoren, wie zum Beispiel ein Medikationsplan haben Einfluss auf den Wissensstand der Patienten?</li> <li>▪ Sind Arzneimittel, die stationär neu angesetzt wurden mit einem erhöhten Risikopotenzial für unerwünschte</li> </ul>	<p>N = 179</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 100 (Akutkrankenhaus)</li> </ul> <p>Geschlecht: m: n = 50 (50 %)</p> <p>Alter: medianes Alter: 73 Jahre (Q25: 62; Q75: 81)</p>	<p>alle Patientinnen und Patienten einer internistischen Abteilung in einem Akutkrankenhaus sowie einer stationär-geriatrischen Rehabilitationseinrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mit schriftlicher und mündlicher Einwilligungsfähigkeit</li> </ul>	<p>Wissenstand/-defizite von Patienten zur Entlassmedikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzneimittel- oder Wirkstoffname</li> <li>▪ Darreichungsform</li> <li>▪ Wirkstärke</li> <li>▪ Anwendungsschema</li> <li>▪ Anwendungsgrund</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		Arzneimittelwirkungen verbunden?		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung in die Häuslichkeit</li> <li>▪ eigenverantwortliche Anwendung mindestens eines Arzneimittels</li> </ul>	(Arzneimittel wurden als „neu angesetzt“ definiert, wenn diese in der vorstationären Hausmedikation bisher nicht verordnet worden waren)	
Greißing et al. (2016)	quantitative prospective	The aim of this study was to develop and evaluate a modular transition concept („Konstanz model“) with discharge medication plans for the physicians providing ongoing care as well as the patients plus structured discharge counseling in a model region of a tertiary care hospital	<p>N = 200</p> <p>sex:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ control group: m: 50 (50 %)</li> <li>▪ intervention group: m: 46 (46 %)</li> </ul> <p>age:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ control group: median age 72 years (Q25/Q75: 62/81 years)</li> <li>▪ intervention group: median age 73 years (Q25/Q75: 60/80 years)</li> </ul>	<p>all patients &gt; 18 years and fit to give their informed consent who were discharged home and had at least one medication on their discharge medication plan</p> <p>Patients discharged to a nursing home, to another department or another hospital, and patients where family members or nursing services were solely responsible for the provision of medications after discharge were excluded from this study</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ potentially jeopardizing medication changes</li> <li>▪ gap in care after hospital discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Gröber- Grätz et al. (2014)	qualitativ, prospektiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Untersuchung der Veränderungen der Medikation vom Therapieverschlagn im Krankenhausentlassbrief über den Hausarzt bis hin zur Patientin oder zum Patienten</li> <li>▪ Identifikation der Gründe/ Einfluss-faktoren für etwaige Änderungen oder auch Beibehalten der Medikation</li> </ul>	Patientinnen und Patienten: N = 34, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter: M = 66,5, Range 31-79</li> <li>▪ w: n = 16, Alter M = 70,9, Range 43-79</li> <li>▪ m: n = 18, Alter M = 62,5, Range 31-78</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ internistische Patientinnen und Patienten zwischen 25–80 Jahren, mit mindestens einem neuen Medikament bei Entlassung aus dem Krankenhaus, das mindestens 4 Wochen eingenommen werden muss</li> <li>▪ Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internisten ohne rein alternativmedizinische Tätigkeitsausübung</li> </ul>	Gründe für Patientinnen und Patienten, ihre Medikation einzunehmen, sie zu modifizieren oder abzusetzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gründe für die Einnahme der Medikation</li> <li>▪ Gründe für die Modifikation von Medikamenten</li> <li>▪ Gründe für das Absetzen der Medikation</li> </ul> Gründe für Hausärzte, die empfohlene Entlassungsmedikation weiter zu verordnen, sie zu modifizieren oder abzusetzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beibehaltung der Medikation wie im Entlassungsbrief</li> <li>▪ Änderung der Medikation</li> <li>▪ Absetzen eines Medikamentes</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Hahn et al. (2018)	quantitativ prospektiv	Prüfung der Veränderungen der Medikation bei Aufnahme, Entlassung und bis zu 12 Wochen nach Entlassung bei einer kleinen Kohorte von Patientinnen und Patienten	N = 55 bei Rekrutierung n = 48 analysiert Geschlecht: m: (24 %) ▪ Alter: mean: 75 Jahre	▪ häufig polymorbide, mit mehreren Arzneimitteln behandelte gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten ≥ 65 Jahr, die erstmals seit 2011, vor Einführung des Eichberger Modells, in der Klinik aufgenommen wurden	▪ Medikationsdiskrepanz ▪ unerwünschte Arzneimittelwirkung ▪ „versehentliches Verordnen einer im Krankenhaus abgesetzten Medikation“, „Dosierungsfehler“ ▪ das „versehentliche Nicht-Verordnen“ (häufigste Fehler)	n. r.
Hegedüs et al. (2018)	quantitative prospective	to determine the feasibility of the STeP („short transitional intervention in psychiatry“) and gain insight into the effects of the STeP on improvements in coping during the week following discharge, relative to that observed with treatment as usual	N = 20 bei Rekrutierung n = 15 sex: w: 10 (66.7 %) age: 36 years (SD 8.43)	▪ age of 18 years or older; a primary psychiatric diagnosis (according to the International Classification of Diseases-10); hospitalization of at least 7 days	▪ readmission ▪ drug adherence ▪ coping (primary outcome)	n. r.
Herrmann et al. (2015)	qualitativ, prospektiv	▪ Analyse, mit welchen Problemen Hausärztinnen und Hausärzte bei der Fortsetzung der Arzneimittelthera-	N = 44 ▪ w: n = 28, Alter M = 52, Range 35-69	Hausärzte und Hausärztinnen	▪ Patientensicherheit/Arzneimittelsicherheit	▪ n. r.



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>pie konfrontiert sind, nachdem alte, multimorbide Patienten stationär entlassen wurden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Untersuchung, welche Kriterien sie für die Reduktion einer Polypharmazie anwenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ m: n = 14, Alter M = 48, Range 38-58</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 Teilnehmer haben ihr Geschlecht nicht angegeben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesundheitskompetenz („health literacy“)</li> <li>▪ Überversorgung/Unterversorgung in der Indikationsstellung</li> <li>▪ Evidenz-basierte Therapie/Leitlinien</li> </ul>	
Koné et al. (2018)	quantitative, prospektive	<p>to investigate the impact of ATC (Acute and Transitional Care) and its potential to alleviate the introduction of DRG with regard to a vulnerable group of patients empirically</p> <p>Concrete research questions were:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Where are patients, who are in need of further care, released to after hospital treatment?</li> <li>▪ Are patients and their relatives satisfied with the date of a discharge to ATC?</li> <li>▪ Which factors are associated with a transfer to ATC?</li> </ul>	<p>N = 1597 questionnaires</p> <p>n = 1410 questionnaires/patients</p> <p>sex: w: 746 (52.9 %)</p> <p>age: 73.2 years (SD 15.1)</p>	hospital patients ≥ 18 years with care needs after hospital discharge	n. r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ discharge to ATC</li> <li>▪ female sex</li> <li>▪ age</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Do patients released into ATC differ from patients released into rehabilitation?</li> </ul>				
Krohn et al. (2017)	Sekundär- datenanalyse quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Patientinnen und Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement?</li> <li>Ziel: Entwicklung einer Methodik, mit deren Hilfe der erhöhte Bedarf für ein Entlassungsmanagement (eBEM) für alle vollstationären Krankenhauspatientinnen und -patienten anhand von Routinedaten empirisch geschätzt werden kann, um so Patientinnen und Patienten mit einem eBEM prospektiv bestimmen zu können</li> </ul>	<p>N = 865.591</p> <p>Geschlecht: w: 62,4 %</p> <p>Alter: mean: 61 Jahre</p>	<p>Vollstationäre Patientinnen und Patienten im Krankenhaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>865.591 Patientinnen und Patienten mit einem vollstationären Krankenhausaufenthalt und einer Entlassung im Jahr 2011</li> </ul> <p>Datengrundlage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Literaturrecherche</li> <li>anonymisierte Routinedaten von der DAK-Gesundheit</li> <li>Betrachtung aller Versicherten, die im Jahr 2011 mindestens 1x aus einem vollstationären Krankenhausaufenthalt entlassen wurden</li> </ul>	<p>erhöhter Bedarf für ein Entlassungsmanagement (eBEM)</p> <p>Zielvariable:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>amb. Pflegeleistung</li> <li>stationäre Pflegeleistung</li> <li>Polymedikation</li> <li>Verordnung von Heilmitteln</li> <li>Anschlussheilbehandlung</li> <li>ambulante oder stationäre Rehabilitation</li> <li>Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)</li> <li>Stationäre Frührehabilitation</li> <li>Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)</li> </ul>	<p>(Prä-)stationäre Risikofaktoren (über Routinedaten abbildbar und in der Modellentwicklung berücksichtigt)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alter</li> <li>Erkrankung</li> <li>Pflegebedürftigkeit</li> <li>Polymedikation</li> <li>Mehrfache Krankenhausaufenthalte innerhalb des letzten Jahres</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einschluss von Versorgungsleistungen von 2010 - 2012 z. B. stationäre Behandlung im Krankenhaus, Arzneimittel/ -verordnungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wiederaufnahme ins Krankenhaus</li> <li>▪ Mortalität</li> <li>▪ Veränderung der Pflegestufe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lange Krankenhausaufenthalte</li> <li>▪ Wochentag der Entlassung</li> <li>▪ Hilfsmittelbedarf vor dem Krankenhausaufenthalt</li> </ul>
Lang et al. (2019)	qualitativ prospektiv	Welche Probleme nehmen Hausärztinnen und Hausärzte an den Schnittstellen von stationärer zu hausärztlicher sowie von hausärztlicher zu ambulanzfachspezialisierter Patientenversorgung wahr, insbesondere bei älteren multimorbiden Patienten?	n = 7 Hausärztinnen und Hausärzte (purposive sample) Geschlecht: ▪ w: 5 (71,4 %) Alter: range: 41–70 Jahre	Hausärztinnen und Hausärzte aus Lehrpraxen der TU Dresden; Praxis in einer Großstadt; zwischen 6–25 Jahren Berufserfahrung als Hausärztin oder Hausarzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikationsdiskrepanz</li> <li>▪ Unerwünschte Arzneimittelwirkung</li> </ul>	n. r.
Leyenaar et al. (2017)	qualitative, prospektive	Examine the scope of preferences, priorities, and goals of parents of CMC regarding planning for hospital-to-home transitions and to ascertain health	n = 39 (parents and health care providers)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ family engagement</li> <li>▪ respect for families' discharge readiness</li> <li>▪ care coordination before discharge</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		care providers' perceptions of families' transitional care needs	Parents of children with medical complexity (CMC): n = 23 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sex: w: n = 19</li> <li>▪ Age: median =38, Range: 33-45</li> </ul> Health care providers: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 16</li> <li>▪ sex: w: n = 13</li> <li>▪ age: -</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ timely and efficient discharge processes</li> <li>▪ pain and symptom control</li> <li>▪ selfefficacy to support recovery and development</li> <li>▪ normalization and routines</li> </ul>	
Meyer-Masseti et al. (2018)	quantitative prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to evaluate the medication management discharge process (timeliness, accuracy and integrity of information transfer)</li> <li>▪ the discharge medication prescription (prescription quality)</li> <li>▪ the availability of medication at the patient's home</li> </ul>	N = 457 sex: w: 52 age: 82 ± 8 years (range: 65–98 years, median 83 years)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ patients aged ≥ 64 years, discharged directly from hospital to home care (no rehabilitation or nursing home stay) and prescribed ≥ 4 medications upon discharge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medication discrepancy</li> <li>▪ adverse drug events</li> <li>▪ medication errors</li> <li>▪ the largest group of treatment errors</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ documenting the clarity of the prescription</li> </ul>				
Neeman et al. (2017)	quantitative prospective	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to evaluate whether a set of pharmaceutical interventions to prepare hospital discharge facilitates the transition of care.</li> <li>▪ To evaluate whether: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ a set of pharmaceutical interventions to prepare hospital discharge, in close collaboration with the medical staff involved in patient care, facilitates the transition of care,</li> <li>▫ reduces interventions by community pharmacists</li> <li>▫ and decreases the number of medication changes at different phases of the transition</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 37 community pharmacies</li> <li>▪ n = 64 control group</li> <li>▪ n = 61 intervention group</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ taking more than 4 drugs for chronic complaints</li> <li>▪ discharged from the hospital's internal medicine ward</li> <li>▪ proficient in French</li> <li>▪ aged 18 years old or above</li> <li>▪ being followed-up by one of the participating community pharmacies</li> <li>▪ a hospital stay of at least 3 days</li> <li>▪ Interventionsgruppe n = 54</li> <li>▪ Kontrollgruppe n = 64</li> <li>▪ intervention group: w: n = 34; m: n = 20</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ number and type of interventions made by community pharmacists</li> <li>▪ time spent validating hospital discharge prescriptions</li> <li>▪ number of medication changes between different phases (hospital discharge to community pharmacy care)</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				<ul style="list-style-type: none"> <li>intervention group: Age, mean (SD): 75 (12)</li> </ul>		
Pinelli et al. (2017)	qualitative, prospective	Identifying the experiences of healthcare professionals and patients and patients about roles, challenges and approaches in the discharge process	N = 87 <ul style="list-style-type: none"> <li>provider-focus-groups: n = 41</li> <li>1:1 Interviews: n = 46</li> </ul>	Patients with different diagnoses who have been discharged from care, as well as providers in a teaching hospital <ul style="list-style-type: none"> <li>Provider: n = 39</li> <li>Patients: n = 7</li> </ul>	Five categories of barriers related to the discharge process and interprofessional collaboration during the discharge process were identified: <ul style="list-style-type: none"> <li>Systems insufficiencies</li> <li>Lack of understanding of roles</li> <li>Information-communication breakdowns</li> <li>Patient issues</li> <li>Poor collaboration processes</li> </ul>	n. r.
Schöneman n-Gieck et al. (2018)	quantitativ prospektiv	Evaluation eines sektorenübergreifenden Überleitungsverfahrens für Patienten mit sozialen Hilfebedarfen: Welche Aussagen können über die Wirksamkeit des Überleitungsverfahrens getroffen werden?	n = 50 (in der Klinik) n = 35 (nachstationärer Follow-up) Geschlecht: w: 71 %	vulnerablere, ältere Patientinnen und Patienten ≥ 65 Jahre, die nach Hause entlassen werden sollen und mind. einem der folgenden drei	Evaluation des sektorenübergreifenden Überleitungsmanagements	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		Projektziel: Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines sektorenübergreifenden Überleitungsmanagements für ältere Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarfen aus dem sozialen Bereich	Durchschnittsalter: 81 Jahre	Unterstützungsbedarfe aufweisen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fehlen einer handlungsfähigen und handlungsbereiten Bezugsperson</li> <li>▪ Erkrankung mit daraus folgender Beeinträchtigung der Versorgung (z.B. Hilfsmittelbedarf)</li> <li>▪ unklare häusliche Versorgungssituation</li> </ul>		
Tetzlaff et al. (2018)	Sekundärdatenanalyse quantitativ	Analyse des Ausmaßes der Polypharmakotherapie bei älteren Patientinnen und Patienten im Zeitraum des kritischen Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung Forschungsfragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie hoch sind die geschlechtsspezifischen Prävalenzen der Polypharmazie und der Verordnungen von PIMs innerhalb der ersten 30</li> </ul>	N = 21.041 Geschlecht: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ w: 13.026 (61.9 %)</li> <li>▪ m: 8.015 (38,1 %)</li> </ul> Alter: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ w: Median = 80</li> <li>▪ m: Median = 75</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versicherte der AOK Sachsen-Anhalt</li> <li>▪ ab dem 60. Lebensjahr</li> <li>▪ im 3. Quartal des Jahres 2009 aus der stationären Versorgung entlassen wurden</li> <li>▪ in die Analyse gingen alle im poststationären Zeitraum aufge-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Polypharmazie wurde durch mindestens 5 verordnete Arzneimittel definiert</li> <li>▪ der betrachtete Zeitraum wurde in dieser Studie auf die ersten 30 Tage nach der Entlassung begrenzt, um die Verordnungssituation direkt nach dem</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>Tage nach einem stationären Aufenthalt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In welchem Maß beeinflusst Multimorbidität, die Anzahl der an der Therapie beteiligten Ärzte und die regionale Herkunft das geschlechtsspezifische Risiko (Odds Ratio) eine Polypharmakotherapie bei Patientinnen und Patienten ab dem 60ten Lebensjahr?</li> <li>▪ In welchem Maß beeinflusst eine vorliegende Polypharmakotherapie, Multimorbidität, die Anzahl der an der Therapie beteiligten Ärzte und die regionale Herkunft das geschlechtsspezifische Risiko (Odds Ratio) einer Verordnung von PIMs bei Patientinnen und Patienten ab dem 60ten Lebensjahr?</li> </ul>		<p>suchten ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ein, unabhängig davon, ob sie Arzneimittel verordnen</p>	<p>Krankenhausaufenthalt zu analysieren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verordnung von potenziell inadäquaten Medikationen (PIM) wurde über die PRISCUS-Liste operationalisiert, die 83 Wirkstoffe listet</li> <li>▪ Zur Erfassung der Multimorbidität wurden in Kooperation mit Allgemeinmediziner chronische Diagnosen mit hausärztlicher Priorität aus den dokumentierten ICD-10-Kodierungen definiert und in 14 Erkrankungsgruppen</li> <li>▪ In Anlehnung hieran wurden die dokumentierten stationären Haupt- und Nebendiagnosen der definierten Erkrankungsgruppen hinsichtlich ihrer Anzahl kategorisiert,</li> </ul>	



Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					sodass die Intensität der Multimorbidität aufgefangen wird. So gelten Personen ab einer Anzahl von 3 Erkrankungen als multimorbide. Personen mit 6 und mehr Erkrankungen weisen einen besonders hohen Grad der Multimorbidität auf	
Tezcan-Güntekin (2017)	qualitativ prospektiv	Umgang mit Medikation durch Professionelle, Erkrankte & Angehörige im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit	N = 42 Geschlecht: n.r Alter: n.r.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegetrainerinnen und -trainer</li> <li>▪ betreuen im Rahmen des Projekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ pflegebedürftige Personen &amp; angehörige im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikationsdiskrepanzen</li> <li>▪ Fehllumgang mit Medikation durch Professionelle und Patientinnen und Patienten/Angehörige</li> <li>▪ Irritationen durch Medikamentenumstellungen</li> <li>▪ kurzfristige Entlassungen und Medikationsprobleme</li> </ul>	n.r

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
				<ul style="list-style-type: none"> <li>arbeiten im somatischen &amp; psychiatrischen Bereich</li> </ul>		
Thoma und Waite (2018)	qualitative prospective	<p>to examine the experiences, of the nurse case managers (NCM) within the context of a German teaching hospital and their discharge management role with a focus on the collaborative relationships between physicians, patients, other health and social care professionals</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>identify NCMs experiences of critical incidences of collaboration between patients, other nurses, physicians and health and social care practitioners (HCPs) in discharge planning</li> <li>to understand the factors that contribute to effective collaboration between NCMs, patients, other nurses, physicians and HCPs in the context of the discharge planning role</li> </ul>	<p>n = 8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>w: n = 7</li> <li>m: n = 1</li> </ul> <p>aged 30–45</p> <p>surgery:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n = 230,</li> <li>age: M = 56,4, Range 16-94</li> <li>m: n = 132 (57 %)</li> </ul> <p>paediatrics:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n = 142</li> <li>age: M = 7,2, Range 0-19</li> <li>m: n = 81 (57 %)</li> </ul> <p>neurology:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>n = 54</li> <li>age: M = 58,2, Range 23-85)</li> </ul>	nurse case manager (NCM)	n.r.	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
			m: n = 30 (56 %)			
Ubbink et al. (2014)	mixed methods	To generate a valuable resource of discharge criteria as a cornerstone of this document, we collected actual medical and non-medical reasons and most pivotal criteria for discharge as perceived by physicians, nurses, and patients from different clinical wards	N = 426 (patients) sex: n.r. age: n.r.-	Physicians, nursing staff, as well as patients (adults and children) of surgical children) of surgical, pediatric and neurological neurological wards	Reasons for discharge: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patient-related reasons</li> <li>▪ Medical devices, laboratory tests, and medical care</li> <li>▪ Organisation-related reasons</li> <li>▪ Physical checks</li> </ul>	n. r.
Uhlmann et al. (2017)	secondary data analysis quantitative	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ to calculate the proportion of potentially avoidable readmissions (PARAs) at day 30 following discharge for all hospitalisations in the Department of Internal Medicine in Lausanne</li> <li>▪ to develop and build a model to predict PARAs for the patients returning back home, identifying factors able to discriminate between the groups "hospitalisation fol-</li> </ul>	N = 11.074 sex: n.r. age: n.r.	hospitalisations, those whose destination after discharge was their place of residence, i.e., their home or a residential care centre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ emergency department visits</li> <li>▪ length of stay</li> <li>▪ acuity of the admission</li> <li>▪ comorbidity</li> <li>▪ emergency department use</li> <li>▪ LACE scores: Length of stay, Acuity of the admission, Comorbidity, Emergency department use</li> </ul>	variables significantly predictive of readmission were: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ at least one hospitalisation in the 12 months preceding the index admission, cancer diagnosis, blood sodium &lt;135 mmol/l,</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
		<p>lowed by PARA" and "hospitalisation not followed by re-admission"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ the performance of this model was then compared with the LACE (predicts the risk of early death or unplanned readmission) and the HOSPITAL (developed and validated in Boston) scores</li> <li>▪ PARA = potentially avoidable readmission '- defined as unforeseen re-admission related to a condition already known during the index hospitalisation</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ HOSPITAL scores: Haemoglobin at discharge, Oncology service, Sodium at discharge, procedures performed, Index admission Type, number of Admissions in the previous year, length of stay</li> </ul>	<p>Charlson score &gt;1, length of stay &gt;11 days, &gt; 15 different medications during stay</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ the prescription of an antidepressant or neuroleptic during the stay had a protective effect in cancer patients against PAR-</li> </ul> <p>Athe LACE and HOSPITAL scores were both significantly correlated with the risk of PARA</p>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
						<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ identified risk factors for use to derive a good quality predictive model for PARA: at least one hospitalisation during the year preceding the index admission, a Charlson score &gt;1, cancer diagnosis, hyponatraemia, a hospital stay &gt;11 days, prescription of at least 15 different medications during the stay</li> </ul>

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
Universität Witten/Her decke/HELI OS Klinikum Erfurt (2017)	quantitativ, prospektiv	Ziel des vorliegenden Projektes war die Erprobung des BMP in der Modellregion Erfurt an mindestens 150 Patientinnen und Patienten, 12 Hausärztinnen und Hausärzten und ebenso vielen Apotheken sowie einem Klinikum der Maximalversorgung im Zeitraum Januar 2015 bis Dezember 2016	Patientinnen und Patienten: n = 161 Hausarztpraxen: n = 12 HELIOS Klinikum Apotheken: n = 15	Patientinnen und Patienten aus mindestens 5 Arztpraxen und 5 Apotheken, die aufgrund einer oder mehrerer Erkrankungen mindestens 5 Kontakte pro Jahr zum primären Gesundheitssystem haben	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akzeptanz und Praktikabilität aus Sicht der Patienten und Gesundheitsprofessionen</li> <li>▪ Patientenzufriedenheit</li> <li>▪ Selbstberichtete Adhärenz</li> <li>▪ Medikationsprobleme</li> <li>▪ Häufigkeit von Medikationsänderungen</li> <li>▪ Häufigkeit der Anwendung des BMP</li> <li>▪ Akzeptanz und Zufriedenheit seitens der Gesundheitsprofessionen</li> </ul>	n. r.
Verhaegh et al. (2019)	qualitative, prospektive	to explore the perceptions of chronically ill patients in relation to the experience of being discharged from the hospital to home and then subsequently being acutely readmitted to the hospital within 30 days	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N = 23</li> <li>sex:</li> <li>▪ m: n = 15 (65.2 %)</li> <li>age:</li> <li>▪ Median = 57.0, Range 18-78</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chronically ill patients who had an unplanned 30-day hospital readmission at a university teaching hospital in the Netherlands</li> </ul>	<p>Core category:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Readiness for hospital discharge</li> </ul> <p>Conceptual category:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Experience of being admitted to an acute care setting</li> </ul>	n. r.

Erstautorin/ Erstautor (Jahr)	Studiendesign	Ziel/Fragestellung der Studie	Population	Stichproben- charakteristika	Outcome	Risikofaktoren
					<ul style="list-style-type: none"> <li>Outlook on the recovery period after hospitalization</li> </ul>	
Weiler et al. (2019)	quantitativ retrospektiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gibt es Unterschiede bei der Bereitschaft, Pflege und Unterstützung für Angehörige zu leisten, bei Angehörigen, die sich informiert fühlen, im Vergleich zu der Gruppe der Angehörigen, die sich weniger gut informiert fühlen?</li> <li>Gibt es bei Angehörigen einen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft, Pflege und Unterstützung zu leisten und der Zufriedenheit mit der Austrittsplanung?</li> </ul>	<p>N = 111</p> <p>Geschlecht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>w: n = 65 (58,6 %)</li> <li>m: n = 46 (41,4 %)</li> </ul> <p>Durchschnittsalter: 62,7 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angehörige von Patientinnen und Patienten, die auf einer von zwei medizinischen Abteilungen in einem mittelgroßen Spital der deutschsprachigen Schweiz hospitalisiert waren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bereitschaft zur Pflege</li> <li>Zufriedenheit mit der Austrittsplanung</li> <li>Informationsbedarf</li> </ul>	n. r.

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien/ Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe; M = Median; SD = Standardabweichung; n. r. = not reported; m = männlich; w = weiblich

## Literatur

- 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.
- 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 «Spital». 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.
- Blanc, AL; Fumeaux, T; Stirnemann, J; Dupuis Lozeron, E; Ourhamoune, A; Desmeules, J; et al. (2019): Development of a predictive score for potentially avoidable hospital readmissions for general internal medicine patients. *PLoS ONE* 14(7): e0219348. DOI: 10.1371/journal.pone.0219348.
- 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](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](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-Qualitaetsversicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- Boege, I; Williams, B; Schulze, U; Fegert, JM (2021): Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erwartungen und Realitäten aus Sicht der Eltern. *Der Nervenarzt* 92(3): 252-258. DOI: 10.1007/s00115-020-00974-1.
- Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016): Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBIC 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 Postdischarge Interventions on Hospital Readmission. *Journal for Healthcare Quality* 39(6): 354-366. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000057.

- 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).
- Brühwiler, LD; Hersberger, KE; Lutters, M (2017): Hospital discharge: What are the problems, information needs and objectives of community pharmacists? A mixed method approach. *Pharmacy Practice* 15(3): 1046. DOI: 10.18549/PharmPract.2017.03.1046.
- 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.
- Burian, R; Franke, M; Diefenbacher, A (2016): Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *Journal of Psychosomatic Research* 86: 53-59. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.002.
- 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.
- Chung, D; Hadzi-Pavlovic, D; Wang, M; Swaraj, S; Olfson, M; Large, M (2019): Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open* 9(3): e023883. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023883.
- 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](https://www.consus-clinicmanagement.de/fileadmin/user_upload/News/PDF/Entlassmanagement_Auszug_Umfrage-Ergebnisse_2018.pdf).pdf: 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*, Epub 19.01.2021. 1-15. 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; Shojania, 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.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Donisi, V; Tedeschi, F; Wahlbeck, K; Haaramo, P; Amadeo, F (2016): Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 16:449. DOI: 10.1186/s12888-016-1114-0.
- 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.

- Edgcomb, JB; Sorter, M; Lorberg, B; Zima, BT (2020): Psychiatric Readmission of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services* 71(3): 269-279. DOI: 10.1176/appi.ps.201900234.
- Evans, N; Edwards, D; Carrier, J (2020): Admission and discharge criteria for adolescents requiring inpatient or residential mental health care: a scoping review. *JBIM Evidence Synthesis* 18(2): 275-308. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-004020.
- 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.
- 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] ([kein Datum]): EMSE – Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein Sektorenübergreifendes Entlassmanagement. Berlin: G-BA. URL: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/emse-entwicklung-von-methoden-zur-nutzung-von-routinedaten-fuer-ein-sektoreuebergreifendes-entlassmanagement.40>: 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.
- Gimenez, L; Druel, V; Roques, S; Vasseur, J; Grosclaude, P; Delpierre, C; et al. (2020): Inventory of tools for care coordination between general practice and hospital system for patients suffering from cancer in active phase of treatment: A scoping review. *European Journal of Cancer Care* 29(6): e13319. DOI: 10.1111/ecc.13319.
- 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.

- Greißing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Schuchmann, M; Zantl, N; Schiek, S; et al. (2016): Medication and Treatment Adherence Following Hospital Discharge. A Study of an Intervention Aimed at Reducing Risk Associated With Medication Change. *Deutsches Ärzteblatt International* 113(44): 749-756. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0749.
- 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.
- Hahn, M; Roll, SC; Klein, J (2018): Arzneimitteltherapiesicherheit an der stationär-ambulanten Schnittstelle. *Der Nervenarzt* 89(7): 796-800. DOI: 10.1007/s00115-017-0412-1.
- 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.
- Harrison, JK; Walesby, KE; Hamilton, L; Armstrong, C; Starr, JM; Reynish, EL; et al. (2017): Predicting discharge to institutional long-term care following acute hospitalisation: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 46(4): 547-558. DOI: 10.1093/ageing/afx047.
- 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.
- Hayajneh, AA; Hweidi, IM; Abu Dieh, MW (2020): Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nursing Open* 7(5): 1313-1320. DOI: 10.1002/nop2.547.
- 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.
- Hegedüs, A; Kozel, B; Richter, D; Behrens, J (2020): Effectiveness of Transitional Interventions in Improving Patient Outcomes and Service Use After Discharge From Psychiatric Inpatient Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry* 10: 969. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00969.
- 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.

- Hunt-O'Connor, C; Moore, Z; Patton, D; Nugent, L; Avsar, P; O'Connor, T (2021): The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: A systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *Journal of Nursing Management*. DOI: 10.1111/jonm.13409.
- Jones, CE; Hollis, RH; Wahl, TS; Oriol, 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.
- Joo, JY; Liu, MF (2019): Effectiveness of Nurse-Led Case Management in Cancer Care: Systematic Review. *Clinical Nursing Research* 28(8): 968-991. DOI: 10.1177/1054773818773285.
- 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.
- 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.
- Kobewka, DM; Mulpuru, S; Chasse, M; Thavorn, K; Lavalley, LT; English, SW; et al. (2020): Predicting the need for supportive services after discharged from hospital: a systematic review. *BMC: Health Services Research* 20:161. DOI: 10.1186/s12913-020-4972-6.
- Koné, I; Zimmermann, B; Wangmo, T; Richner, S; Weber, M; Elger, B (2018): Hospital discharge of patients with ongoing care needs: a cross-sectional study using data from a city hospital under SwissDRG. *Swiss Medical Weekly* 148: w14575. DOI: 10.4414/smw.2018.14575.
- Krause, O; Glaubitz, S; Hager, K; Schleef, T; Wiese, B; Junius-Walker, U (2020): Post-discharge adjustment of medication in geriatric patients. A prospective cohort study. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 53(7): 663-670. DOI: 10.1007/s00391-019-01601-8.
- Krohn, R; Wehner, K; Rickert, K; Thole, C; Broge, B; Heller, G (2017): Welche Patienten haben einen erhöhten Bedarf für ein Entlassungsmanagement? 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 (2018): „Da kann man sich ja totklingeln, geht ja keiner ran“ – Schnittstellenprobleme zwischen stationärer, hausärztlicher und ambulant-fachspezialisierter Patientenversorgung aus Sicht Dresdner Hausärzte. *Das Gesundheitswesen*, Epub 16.08.2018. DOI: 10.1055/a-0664-0470.
- Lenssen, R; Schmitz, K; Griesel, C; Heidenreich, A; Schulz, JB; Trautwein, C; et al. (2018): Comprehensive pharmaceutical care to prevent drug-related readmissions of dependent-living elderly patients: a randomized controlled trial. *BMC: Geriatrics* 18:135. DOI: 10.1186/s12877-018-0814-3.
- Leppin, AL; Gionfriddo, MR; Kessler, M; Brito, JP; Mair, FS; Gallacher, K; et al. (2014): Preventing 30-Day Hospital Readmissions. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *JAMA Internal Medicine* 174(7): 1095-1107. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.1608.
- 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.
- 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. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(9): 217-260. 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.genhosppsy.2020.05.004.
- 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; Sahm, LJ (2015): Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Pharmacy* 3(2): 53-71. DOI: 10.3390/pharmacy3020053.
- Modas, DAS; Nunes, EMGT; Charepe, ZB (2019): Causes of delayed hospital discharge among adult clients: a scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 40: e20180130. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180130.
- 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.
- Morath, B; Wien, K; Hoppe-Tichy, T; Haefeli, WE; Seidling, HM (2019): Structure and Content of Drug Monitoring Advices Included in Discharge Letters at Interfaces of Care: Exploratory Analysis Preceding Database Development. *JMIR Medical Informatics* 7(2): e10832. DOI: 10.2196/10832.
- Morkisch, N; Upegui-Arango, LD; Cardona, MI; van den Heuvel, D; Rimmel, M; Sieber, CC; et al. (2020): Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC: Geriatrics* 20:345. DOI: 10.1186/s12877-020-01747-w.
- 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.
- Neeman, M; Dobrin, M; Maurer, S; Tagan, D; Sautebin, A; Blanc, A-L; et al. (2017): Transition of care: A set of pharmaceutical interventions improves hospital discharge prescriptions from an internal medicine ward. *European Journal of Internal Medicine* 38: 30-37. DOI: 10.1016/j.ejim.2016.11.004.
- 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>: 15.09.2021).
- O'Connell, PH; Durns, T; Kious, BM (2020): Risk of suicide after discharge from inpatient psychiatric care: a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* Epub 04.08.2021. 1-11. DOI: 10.1080/13651501.2020.1800043.
- O'Donnell, R; Savaglio, M; Skouteris, H; Banaszak-Holl; Moran, C; Morris, H; et al. (2020): The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients From Hospital to Home:



A Systematic Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology*, Epub 04.10.2020. 1-9. 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.

Okrainec, K; Lau, D; Abrams, HB; Hahn-Goldberg, S; Brahmabhatt, R; Huynh, T; et al. (2017): Impact of Patient-Centered Discharge Tools: A Systematic Review. *Journal of Hospital Medicine* 12(2): 110-117. DOI: 10.12788/jhm.2692.

Parekh, N; Ali, K; Page, A; Roper, T; Rajkumar, C (2018): Incidence of Medication-Related Harm in Older Adults After Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society* 66(9): 1812-1822. DOI: 10.1111/jgs.15419.

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.

Rehner, L; Moon, K; Hoffmann, W; van den Berg, N (2021): Continuity in palliative care – analysis of intersectoral palliative care based on routine data of a statutory health insurance. *BMC: Palliative Care* 20:59. DOI: 10.1186/s12904-021-00751-0.

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.jpainsym-man.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 traumatisch-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.
- 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*, Epub 09.01.2021. 1-9. 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.
- Sfetcu, R; Musat, S; Haaramo, P; Ciutan, M; Scintee, G; Vladescu, C; et al. (2017): Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry* 17(1): 227. DOI: 10.1186/s12888-017-1386-z.
- 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.
- Singotani, RG; Karapinar, F; Brouwers, C; Wagner, C; de Bruijne, MC (2019): Towards a patient journey perspective on causes of unplanned readmissions using a classification framework: results of a systematic review with narrative synthesis. *BMC: Medical Research Methodology* 19:189. DOI: 10.1186/s12874-019-0822-9.

- Straßner, C; Hoffmann, M; Forstner, J; Roth, C; Szecsenyi, J; Wensing, M (2020): 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 (2020): 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.
- Swain, MJ; Kharrazi, H (2015): Feasibility of 30-day hospital readmission prediction modeling based on health information exchange data. *International Journal of Medical Informatics* 84(12): 1048-1056. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2015.09.003.
- Tate, K; Lee, S; Rowe, BH; Cummings, GE; Holroyd-Leduc, J; Reid, RC; et al. (2021): Quality Indicators for Older Persons' Transitions in Care: A Systematic Review and Delphi Process [03.07.2020]. *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement*. DOI: 10.1017/S0714980820000446.
- Tetzlaff, F; Singer, A; Swart, E; Robra, B-P; Herrmann, MLH (2018): Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt. *Das Gesundheitswesen* 80(6): 557-563. DOI: 10.1055/s-0042-113599.
- 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.
- 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.
- Tyler, N; Wright, N; Waring, J (2019): Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC: Health Services Research* 19:883. DOI: 10.1186/s12913-019-4658-0.
- 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.
- Uhlmann, M; Lécreux, E; Griesser, A-C; Duong, HD; Lamy, O (2017): Prediction of potentially avoidable readmission risk in a division of general internal medicine. *Swiss Medical Weekly* 147: w14470. DOI: 10.4414/smw.2017.14470.

- Ulmer, I; Mildner, C; Krämer, I (2019): Der Beitrag des bundeseinheitlichen Medikationsplans zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. *Krankenhauspharmazie* 40(7): 359-366.
- 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](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Modellregion_Erfurt_Abschlussbericht.pdf): 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 (2018): Die Zufriedenheit mit der Austrittsplanung und die Informiertheit von Angehörigen beeinflussen die Bereitschaft, Pflege zu übernehmen. *Pflege*, Epub 05.12.2018. DOI: 10.1024/1012-5302/a000652.
- Wiegand, HF; Saam, J; Marschall, U; Chmitorz, A; Kriston, L; Berger, M; et al. (2020): Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung. Analyse administrativer Versorgungsdaten einer großen deutschen Krankenkasse. *Deutsches Ärzteblatt international* 117(27-28): 472-479. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0472.
- 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.
- 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.
- Zhou, H; Roberts, PA; Dhaliwal, SS; Della, PR (2019): Risk factors associated with paediatric unplanned hospital readmissions: a systematic review. *BMJ: Open* 9(1): e020554. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020554.

## Anhang B: Recherche nach bestehenden Qualitätsindikatoren

Tabelle 22: Recherche nach Qualitätsindikatoren mit Treffer

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
IQTIG (2020)	2028: Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Patientinnen und Patienten mit vollständig bestimmten klinischen Stabilitätskriterien bei der Entlassung	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 01 = Behandlung regulär beendet ODER</li> <li>▪ 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER</li> <li>▪ 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER</li> <li>▪ 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER</li> <li>▪ 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung</li> </ul>	<u>Qualitätsziel:</u> Die klinischen Stabilitätskriterien vor der Entlassung immer vollständig bestimmen.
	2036: Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen	<p>Alle Patientinnen und Patienten mit einem der Entlassungsgründe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 01 = Behandlung regulär beendet ODER</li> <li>▪ 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen ODER</li> </ul>	<u>Qualitätsziel:</u> Angemessener Anteil von Patientinnen und Patienten, die bis zur Entlassung nach Hause mindestens sechs klinische Stabilitätskriterien erfüllen.

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet ODER</li> <li>▪ 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung ODER</li> <li>▪ 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen UND vollständig gemessenen klinischen Stabilitätskriterien unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Therapieeinstellung</li> </ul>	
DNQP (2021)	<b>Indikator I: Entlassungsplanung</b>			
	Kennzahl 1: Einschätzung des poststationären Pflege- und Versorgungsbedarfs	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine Einschätzung des erwartbaren poststationären Pflege- und Versorgungsbedarfs vorliegt	Alle aufgenommenen Patientinnen und Patienten	-
	Kennzahl 2: Erstellung einer Entlassungsplanung mit Handlungserfordernissen	Alle Patientinnen und Patienten mit einer Entlassungsplanung, in der die Handlungserfordernisse analog zur Kommentierung der Standardebene 2 benannt sind	Alle Patientinnen und Patienten mit erwartbaren poststationären Pflege- und Versorgungsbedarf	-
	<b>Indikator II: Evaluation der Entlassung</b>			
Kennzahl 1: Überprüfung der Entlassungsplanung	Alle Patientinnen und Patienten mit einer Überprüfung der Entlassungsplanung 24h vor Entlassung	Alle Patientinnen und Patienten mit Entlassungsplanung	-	

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Kennzahl 2: Gespräch vor Entlassung	Alle Patientinnen und Patienten, die 24h vor Entlassung nach ihrer Bereitschaft und Fähigkeit zur Entlassung befragt werden	Alle Patientinnen und Patienten mit Entlassungsplanung	-
	Kennzahl 3: Gespräch nach Entlassung	Alle Patientinnen und Patienten, bei denen ein Gespräch nach Entlassung mit Patient*in, Angehörigen oder weiterbetreuendem Dienst bzw. Einrichtung stattgefunden hat	Alle Patientinnen und Patienten mit Entlassungsplanung	-
QKK – Qualitätsindikatoren für kirchliche Krankenhäuser (Stausberg 2021)	Sozialdienst bei Verlegung Pflegeheim/Hospiz (QKK E-04)	Fälle aus Nenner mit mindestens einem Kode 9-401.0* „Sozialrechtliche Beratung“ als Prozedur UND/ODER mindestens einem Kode 9-401.2* „Nachsorgeorganisation“ als Prozedur	Vollstationäre Behandlungsfälle mit Verweildauer über 4 Tagen UND [Entlassungsgrund 110 „Entlassung in eine Pflegeeinrichtung“ ODER Entlassungsgrund 111 „Entlassung in ein Hospiz“]	<u>Beschreibung:</u> Beratung und Organisation der Nachsorge durch einen Sozialdienst bei Verlegung von Patienten in ein Pflegeheim oder ein Hospiz <u>Qualitätsziel:</u> Möglichst viele Behandlungsfälle aus häuslicher Versorgung mit Beratung und Organisation der Nachsorge durch einen Sozialdienst vor Verlegung in ein Pflegeheim oder ein Hospiz
OECD (2013) – Health Care Quality Indicators	Unplanned hospital re-admissions for patients with mental disorders	Number of these patients with at least one re-admission for any mental disorder to the same hospital within 30 days of discharge in the year	Number of patients with at least one hospital admission during the year for schizophrenia or bipolar disorder as principal diagnosis or as one of the first two listed secondary diagnosis	<u>Description:</u> The proportion of patients with within 30-day re-admissions is therefore used as an indicator of the lack of proper management of mental health conditions outside of hospital.

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
The World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe – Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH) (Veillard et al. 2005)	Readmission for selected tracer conditions and procedure	Total number of cases within the denominator who were admitted through the emergency department after discharge – within a fixed follow-up period – from the same hospital and with a readmission diagnosis relevant to the initial care	Total number of patients who have an operation/procedure	<u>Dimension:</u> Outcomes of care and safety processes
	Breastfeeding at discharge	Total number of mothers included in the denominator breastfeeding at discharge	Total number of delivery fulfilling criteria for inclusion	<u>Dimension:</u> Public Health Orientation: Health promotion
ACHS (2021) – Australian Council on Healthcare Standards ACIR – Australian Clinical Indicator Report 2012-2019 (ACHS 2020)	Anaesthesia and Perioperative Care version 6 Postoperative period: Unplanned ICU admission within 24 hours after procedure (L)	-	-	-
	Day Patient Discharge: Unplanned delayed discharge for clinical reasons greater than 1 hour beyond expected (L)	-	-	-
	Day Patient Post-discharge follow-up: Follow-up phone call within 7 days	-	-	-



Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Day Patient Post-discharge follow-up: Follow-up phone call received by patient or carer within 7 days	-	-	-
	Emergency Medicine Discharge communication: Documented evidence of clinical management plan provided to an ongoing care provider	-	-	-
	Emergency Medicine Discharge communication: Documented evidence of patient-centred discharge information and instructions provided to the patient or carer	-	-	-
	Emergency Medicine Unplanned re-attendance: Patients who have an unplanned re-attendance to the ED within 48 hours of initial presentation and who require admission	-	-	-
	Hospital in the Home Patient safety, selection, communication and care co-ordination: Unexpected clinical	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	telephone calls – adult/paediatric patient			
	Hospital in the Home Patient safety, selection, communication and care co-ordination: Unexpected clinical telephone calls – neonatal patient	-	-	-
	Hospital in the Home Service interruption: Unplanned return to hospital within 24 hours – adult/paediatric patient	-	-	-
	Hospital in the Home Service interruption: Unplanned return to hospital within 24 hours – neonatal patient	-	-	-
	Hospital Wide Hospital readmissions: Unplanned and unexpected readmission within 28 days	-	-	-
	Internal Medicine Care of elderly: Medical patients 65 years or older – cognition assessment using validated tool	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Internal Medicine Care of elderly: Geriatric patients – documented assessment of physical function	-	-	-
	Internal Medicine Respiratory disease: Acute asthma – assessment of severity documented on admission	-	-	-
	Internal Medicine Respiratory disease: Acute asthma – appropriate discharge plan documented	-	-	-
	Medication Safety Medication ordering: Percentage of patients whose current medications are documented and reconciled at admission	-	-	-
	Medication Safety Pain management: Percentage of postoperative patients that are given a written pain management plan at discharge AND a copy is communicated to the primary care clinician	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Medication Safety Continuity of care: Percentage of discharge summaries that include medications therapy changes and explanations for changes	-	-	-
	Medication Safety Continuity of care: Percentage of patients discharged on warfarin that receive written information regarding warfarin management prior to discharge	-	-	-
	Medication Safety Continuity of care: Percentage of patients with a new adverse drug reaction (ADR) that are given written ADR information at discharge AND a copy is communicated to the primary care clinicia	-	-	-
	Medication Safety Continuity of care: Percentage of patients whose discharge summaries contain a current, accurate and comprehensive list of medicines	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Medication Safety Continuity of care: Percentage of patients who receive a current, accurate and comprehensive medication list at the time of hospital discharge	-	-	-
	Mental Health Diagnosis and care planning: Individual care plan	-	-	-
	Mental Health Continuity of care: Discharge summary / letter provided to consumer or nominated carer	-	-	-
	Mental Health Continuity of care: Discharge summary 7 letter provided to service providing ongoing care	-	-	-
	Mental Health Continuity of care: Three-monthly multidisciplinary review	-	-	-
	Paediatrics Documentation: Physical assessment completed by medical practitioner and documented	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Paediatrics Documentation: Medical discharge summary completed – paediatrics	-	-	-
AGHA – Australian Government, Department of Health Australia (2021) - National Aged Care Mandatory Quality Indicator Program Manual  ACSQHC et al. (2014)	Medication management – polypharmacy Percentage of care recipients who were prescribed nine or more medications	Number of care recipients assessed for polypharmacy	Number of care recipients prescribed nine or more medications based on a review of their medication charts and/or administration records as they are on the collection date	Cave: The program collects quality indicator data from residential aged care services every 3 months.  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ exclusions: Care recipients admitted to hospital on the collection date</li> </ul>
ANQ (2022)ANQ – Nationaler Verein Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken  SQLape Indikatoren (Heller 2020)	Rehospitalisationsrate	Anzahl der für die Messperiode identifizierten potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen	-	Eine Rehospitalisation gilt als potentiell vermeidbar, wenn die drei folgenden Kriterien erfüllt sind:  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sie steht in Zusammenhang mit der Erkrankung der vorhergehenden Hospitalisation.</li> <li>▪ Sie war bei Austritt der vorhergehenden Hospitalisierung nicht vorhersehbar.</li> <li>▪ Sie tritt innert 30 Tagen nach Austritt der vorhergehenden Hospitalisierung ein</li> </ul>

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
IQIP – International Quality Indicator Project (Thomson et al. 2004)	In-patient Unplanned Readmissions	-	-	-
	Mental health Readmissions to in-patient psychiatric care	-	-	-
NCQA (2021a) – National Committee for Quality Assurance HEDIS – The Healthcare Effectiveness Data and Information Set	Medication Reconciliation Post-Discharge (MRP) (NCQA 2021c) <a href="https://www.ncqa.org/hedis/measures/medication-reconciliation-post-discharge/">https://www.ncqa.org/hedis/measures/medication-reconciliation-post-discharge/</a>	Assesses whether adults 18 years and older who were discharged from an inpatient facility had their medications reconciled within 30 days.	-	-
	Transitions of Care (TRC) (NCQA 2021e)	Assesses key points of transition for Medicare beneficiaries 18 years of age and older after discharge from an inpatient facility.	-	Four rates are reported: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notification of Inpatient Admission.</li> <li>▪ Receipt of Discharge Information.</li> <li>▪ Patient Engagement After Inpatient Discharge.</li> <li>▪ Medication Reconciliation Post-Discharge.</li> </ul>
	Medication Management in Older Adults (NCQA 2021b)	Potentially Harmful Drug-Disease Interactions in Older Adults: Assesses adults 65 and older who have a specific disease or condition (chronic kidney disease, dementia, history of falls) and were dispensed a	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
		prescription for a medication that could exacerbate it.		
	Medication Management in Older Adults (NCQA 2021b)	Use of High-Risk Medications in Older Adults: Assesses adults 65 and older who had at least two dispensing events for the same high-risk medication.	-	-
	Plan All-Cause Readmissions (PCR) (NCQA 2021d)	Assesses the rate of adult acute inpatient and observation stays that were followed by an unplanned acute readmission for any diagnosis within 30 days after discharge.	-	-
State of Rhode Island Department of Health (RIDOH 2022, RIDOH, Center for Health Data and Analysis 2018) – Health Quality Reporting Program	Rate of Readmission after Discharge	-	-	<u>Description:</u> Reflects the rate of 30-day all-cause unplanned readmissions. Unplanned readmissions soon after discharge are often due to inadequate care during a patient's hospital stay, or poor discharge planning. It is the hospital's responsibility to ensure that patients are healthy enough to leave the hospital and that there is an appropriate discharge plan in place.



Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	30-Day Readmission			<u>Description:</u> Measures of 30-day readmission show when patients who have had a recent hospital stay need to go back into a hospital again within 30 days of their discharge
VGHI – Victorian Government Health information	Patient experience – Transition of care	VHES – percentage of very positive responses to questions on discharge care	-	<u>Target / risk trigger:</u> 75 %
Clinical Indicators in Victoria’s hospitals (Department of Health Victoria 2019, Department of Health and Human Services Victoria 2019)	Patient experience – Transition of care	VHES – sufficient information about managing at home	-	<u>Target / risk trigger:</u> Risk flag ≤ 70 %
	Patient experience – Transition of care	VHES – discharge planning considered patient’s home situation	-	<u>Target / risk trigger:</u> Risk flag ≤ 70 %
	Patient experience – Transition of care	VHES – adequate services arranged as part of discharge planning	-	<u>Target / risk trigger:</u> Risk flag ≤ 65 %
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission acute myocardial infarction	-	<u>Target / risk trigger:</u> No outliers
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission knee replacement	-	<u>Target / risk trigger:</u> No outliers
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission heart failure	-	<u>Target / risk trigger:</u> No outliers
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission – of mother after birth	-	<u>Target / risk trigger:</u> No outliers

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission – of newborn after birth	-	<u>Target / risk trigger:</u> No outliers
	Adverse events – Readmission	Unplanned readmission hip replacement	-	<u>Target / risk trigger:</u> Annual rate $\leq 2.5\%$
	Mental health – Readmission	Percentage of adult acute mental health inpatients who are readmitted within 28 days of discharge	-	<u>Target / risk trigger:</u> 14 %
	Mental health – Post-discharge follow-up	Percentage of child and adolescent acute mental health inpatients who have a post-discharge follow-up within seven days	-	<u>Target / risk trigger:</u> 80 %
	Mental health – Post-discharge follow-up	Percentage of acute mental health adult inpatients with post-discharge follow-up within seven days	-	<u>Target / risk trigger:</u> 80 %
	Mental health – Post-discharge follow-up	Percentage of acute mental health aged inpatients who have a post-discharge follow-up within seven days	-	<u>Target / risk trigger:</u> 80 %
	Continuing care – Functional Independence Measure efficiency	Functional independence gain from admission to discharge relative to length of stay for rehabilitation patients	-	<u>Target / risk trigger:</u> $\geq 0.645$ %

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
CMS – Centers for Medicare & Medicaid Services CMS Measure Inventory Tool (2021b)	Skilled Nursing Facility Potentially Preventable Readmissions after Hospital Discharge (CMS Measure Inventory Tool 2021g)	The numerator is defined as the risk-adjusted estimate of the number of unplanned, potentially preventable readmissions occurring within 30 days of discharge from a prior proximal acute hospitalization.	The measure does not have a simple form for the denominator that is, the risk adjustment method used does not make the predicted number of readmissions the denominator. The denominator is computed with the same model used for the numerator.	<u>Measure Type:</u> Outcome
	Potentially Preventable 30-Day Post-Discharge Readmission Measure for Long-Term Care Hospital (LTCH) Quality Reporting Program (QRP) (CMS Measure Inventory Tool 2021f)	The numerator is mathematically related to the number of patients in the target population who have the event of a potentially preventable readmission in the 30-day post-discharge window.	The risk-adjusted expected number of potentially preventable readmissions.	<u>Measure Type:</u> Outcome
	Percent of Long-Term Care Hospital (LTCH) Patients with an Admission and Discharge Functional Assessment and a Care Plan That Addresses Function (CMS Measure Inventory Tool 2021e)	The numerator for this quality measure is the number of LTCH patients with complete functional assessment data for each self-care and mobility activity and at least one self-care or mobility goal.	The denominator is the number of LTCH patients discharged during the targeted 12 month (i.e. 4 quarters) time period.	<u>Measure Type:</u> Process <u>Description:</u> Many Long-Term Care Hospital (LTCH) patients have functional limitations and are at high risk for functional decline during the hospital stay; therefore, this measure addresses the assessment of functional status on admission and discharge and the inclusion of function in the patient's care plan, as evidenced by a goal for at least one of the self-care or mobility function assessment items.

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	All-cause Hospital Readmission (CMS Measure Inventory Tool 2021a)	The outcome for this measure is 30-day readmission. We define readmission as an inpatient admission for any cause, with the exception of certain planned readmissions, within 30 days from the date of discharge from an eligible index admission.	The measure includes admissions for Medicare beneficiaries who are 65 years and older and are discharged from all non-federal, acute care inpatient US hospitals (including territories) with a complete claims history for the 12 months prior to admission.	<u>Measure Type:</u> Outcome
	Medication Reconciliation Post-Discharge (CMS Measure Inventory Tool 2021d)	Medication reconciliation conducted by a prescribing practitioner, clinical pharmacists or registered nurse on or within 30 days of discharge.	All discharges from any inpatient facility (e.g., hospital, skilled nursing facility, or rehabilitation facility) for patients 18 years of age and older seen within 30 days following discharge in the office by the physician, prescribing practitioner, registered nurse, or clinical pharmacist providing on-going care	<u>Measure Type:</u> Process
	Medication Continuation Following Inpatient Psychiatric Discharge (CMS Measure Inventory Tool 2021c)	The numerator for the measure includes discharges for patients with a principal diagnosis of MDD, schizophrenia, or bipolar disorder in the denominator who were dispensed at least one evidence-based outpatient medication within 2 days prior to discharge through 30 days post discharge.	The denominator for the measure includes Medicare fee-for service (FFS) beneficiaries with Part D coverage aged 18 years and older discharged to home or home health care from an IPF with a principal diagnosis of MDD, schizophrenia, or bipolar disorder	<u>Measure Type:</u> Outcome
	Transitions of Care between the Inpatient and Outpatient Settings including Notifications of Admis-	1. Notification of inpatient admission: Documentation of receipt of notification of inpatient admission on the day of admission or	Acute or non-acute inpatient discharges for Medicare beneficiaries 18 years and older. The denominator is based on discharges, not members. Members may appear more	<u>Measure Type:</u> Process

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	sions and Discharges, Patient Engagement and Medication Reconciliation Post-Discharge (CMS Measure Inventory Tool 2021h)	the following day and 2. Receipt of discharge information: Documentation of receipt of discharge information on the day of discharge or the following day and 3. Patient engagement after inpatient discharge: Documentation of patient engagement (e.g., office visits, visits to the home, telehealth) provided within 30 days after discharge and 4. Medication reconciliation post-discharge: Documentation of medication reconciliation on the date of discharge through 30 days after discharge (31 total days).	than once. - For Administrative Specification, the denominator is the eligible population. - For Hybrid Specification, the denominator is a systematic sample drawn from the eligible population.	
ASCO – American Society of Clinical Oncology (ASCO 2022, ASCO 2020) QOPI – Related Measures	QOPI21 Oncology: Treatment Summary Communication – Radiation Oncology	All patients, regardless of age, with a diagnosis of cancer who have undergone brachytherapy or external beam radiation therapy	Patients who have a treatment summary report in the chart that was communicated to the physician(s) providing continuing care and to the patient within one month of completing treatment	<u>Measure Type:</u> Process <u>Description:</u> Percentage of patients, regardless of age, with a diagnosis of cancer who have undergone brachytherapy or external beam radiation therapy who have a treatment summary report in the chart that was communicated to the physician(s) providing continuing care and to the patient within one month of completing treatment.

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
CIHI (2022) – Canadian Institute for Health Information Health Indicators	30-Day Readmission for Mental Illness (CIHI 2021b)	-	-	-
	Pediatric Patients Readmitted to Hospital (CIHI 2021d)	-	-	-
	30-Day Surgical Readmission (CIHI 2021c)	-	-	-
	30-Day Medical Readmission (CIHI 2021a)	-	-	-
Public Health Scotland Hospital Standardised Mortality Ratios (NHS Scotland, PHS 2020)	In-patient mortality and deaths within 30-days of discharge	-	-	-
NHS Scotland, ISD (2020) – National Services Scotland Quality Indicator Profile for Mental Health	S2 - % of all discharged psychiatric inpatients followed-up by community mental health services within 7 calendar days	-	-	-
	EF2 - % Readmissions to hospital within 28 days of discharge (Integration indicator 14)	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
NHS Outcomes Framework Indicators – August 2021 release (Population Health, Clinical Audit and Specialist Care Team/NHS Digital 2021)	Proportion of older people (65 and over) who were still at home 91 days after discharge from hospital into reablement/rehabilitation services	-	-	<u>Description:</u> This indicator measures the benefit to individuals from reablement, intermediate care and rehabilitation following a hospital episode, by determining how many individuals are offered rehabilitation services.
AIHW (2021) – Australian Institute of Health and Welfare Health system: Continuity of care <a href="https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework/national/all-australia/continuity/continuity-of-care/2_4_1">https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework/national/all-australia/continuity/continuity-of-care/2_4_1</a>	Unplanned hospital readmission rates	-	-	<u>Description:</u> The rate per 1,000 separations of unplanned and unexpected hospital readmissions to the same public hospital within 28 days for selected surgical procedures.
ACSQHC (2022), ACSQHC et al.	Medication ordering – Percentage of patients whose current	-	-	-

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
(2014) – Australian Commission on Safety and Quality in Health Care National Quality Use of Medicines Indicators for Australian Hospitals	medicines are documented and reconciled at admission			
	Continuity of care – Percentage of patients with acute coronary syndrome that are prescribed appropriate medicines at discharge	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of patients with systolic heart failure that are prescribed appropriate medicines at discharge	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of discharge summaries that include medication therapy changes and explanations for changes	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of patients on warfarin that receive written information regarding warfarin management prior to discharge	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of patients with a new adverse drug reaction (ADR) that are given written ADR information at discharge AND a copy is communicated to the primary care clinician	-	-	-



Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Continuity of care – Percentage of patients with asthma that are given a written asthma action plan at discharge AND a copy is communicated to the primary care clinician	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of patients whose discharge summaries contain a current, accurate and comprehensive list of medicines	-	-	-
	Continuity of care – Percentage of patients who receive a current, accurate and comprehensive medication list at the time of hospital discharge	-	-	-
	Hospital-wide medication management policies – Percentage of patients that are reviewed by a clinical pharmacist within one day of admission	-	-	-
WIdO (2021) Qualitätssicherung mit Routinedaten	Geburtshilfe/Neonatologie – Indikator Wiederaufnahme wegen unvollständiger Therapie der Plazentaretention nach Entbindung	Anzahl der SECTIO-Patientinnen mit einer Diagnose O72.0, O72.1 oder O73 bei Wiederaufnahme innerhalb von 90 Tagen nach der Entlassung oder einer Prozedur innerhalb von 90 Tagen nach der Entbindung	Anzahl aller SECTIO-Patientinnen, die mindestens 90 Tage nach der Entlassung nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Unvollständige Therapie der Plazentaretention nach Sectio mit Wiederaufnahme innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Kardiologie und Herzchirurgie – Herzinsuffizienz (HERZINSUFF) Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinsuffizienz innerhalb von 90 Tagen	Anzahl der HERZINSUFF-Patienten gemäß Definition mit einer Wiederaufnahme wegen Herzinsuffizienz innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung	Anzahl aller HERZINSUFF-Patienten gemäß Definition, die 90 Tage nach der Entlassung nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinsuffizienz innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität
	Kardiologie und Herzchirurgie – Koronarangiographie, ohne Herzinfarkt und Herz-OP Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der KORO-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45	Anzahl aller KORO-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität
	Kardiologie und Herzchirurgie – Koronarangiographie (KORO), ohne Herzinfarkt und Herz-OP Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA oder Tod innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der KORO-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45	Anzahl aller KORO-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung oder Versterben innerhalb von 365 Tagen nach Krankenhausaufnahme <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität
	Kardiologie und Herzchirurgie – Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (sPCI_oHI) Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der sPCI_oHI-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45	Anzahl aller sPCI_oHI-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung <u>Indikatortyp:</u> Ergebnisqualität

Quelle	Qualitätsindikator	Zähler	Nenner	Beschreibung / Referenzbereich / Qualitätsziel
	Kardiologie und Herzchirurgie – Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten ohne Herzinfarkt (sPCI_oHI) Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA oder Tod innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der sPCI_oHI-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45 oder die innerhalb von 365 Tagen nach Krankenhausaufnahme verstorben sind	Anzahl aller sPCI_oHI-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung oder Versterben innerhalb von 365 Tagen nach Krankenhausaufnahme <u>Indikatorotyp:</u> Ergebnisqualität
	Kardiologie und Herzchirurgie – Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt (sPCI_mHI) Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der sPCI_mHI-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45	Anzahl aller sPCI_mHI-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung <u>Indikatorotyp:</u> Ergebnisqualität
	Kardiologie und Herzchirurgie – Therapeutischer Herzkatheter (PCI) bei Patienten mit Herzinfarkt (sPCI_mHI) Indikator: Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA oder Tod innerhalb von 365 Tagen	Anzahl der sPCI_mHI-Patienten gemäß Definition mit einem Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung gemäß Hauptdiagnosen bei Wiederaufnahme I21, I22, I63 oder G45 oder die innerhalb von 365 Tagen nach Krankenhausaufnahme verstorben sind	Anzahl aller sPCI_mHI-Patienten gemäß Definition, die ein Jahr nachverfolgbar waren oder die Zählerdefinition erfüllen	<u>Definition:</u> Wiederaufnahme wegen Herzinfarkt, Hirninfarkt oder TIA innerhalb von 365 Tagen nach Entlassung oder Versterben innerhalb von 365 Tagen nach Krankenhausaufnahme <u>Indikatorotyp:</u> Ergebnisqualität

## Recherche nach Qualitätsindikatoren ohne Treffer

Institution	Quelle
aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH	Sektorenübergreifende Qualität im Gesundheitswesen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://sqq.de/front_content.php?idcat=15&amp;lang=1">https://sqq.de/front_content.php?idcat=15&amp;lang=1</a>, aufgerufen am 29.07.2021</li> </ul>
aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH & AOK Bundesverband	QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/themen/index.html">https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/themen/index.html</a>, aufgerufen am 29.07.2021</li> </ul>
GKV – Spitzenverband	GKV Qualitätssicherung Medizinische Rehabilitation <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.qs-reha.de/indikationen/indikationen.jsp">https://www.qs-reha.de/indikationen/indikationen.jsp</a>, aufgerufen am 29.07.2021</li> </ul>
Kassenärztliche Bundesvereinigung	AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.kbv.de/html/aquik.php#content3311">https://www.kbv.de/html/aquik.php#content3311</a>, aufgerufen am 29.07.2021</li> </ul>
Stiftung ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.zqp.de/">https://www.zqp.de/</a>, aufgerufen am 30.07.2021</li> </ul>
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.qualityindicators.ahrq.gov/">https://www.qualityindicators.ahrq.gov/</a>, aufgerufen am 30.07.2021</li> <li>▪ <a href="https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2019/Empirical_Methods_2019.pdf">https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2019/Empirical_Methods_2019.pdf</a>, aufgerufen am 30.07.2021</li> </ul>
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.jointcommission.org/measurement/measures/">https://www.jointcommission.org/measurement/measures/</a>, aufgerufen am 30.07.2021</li> </ul>
KCE – Belgian Health Care Knowledge Centre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://kce.fgov.be/en">https://kce.fgov.be/en</a>, aufgerufen am 09.08.2021</li> <li>▪ <a href="https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20061027343.pdf">https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20061027343.pdf</a>, aufgerufen am 09.08.2021</li> </ul>
AAMC – American Association of Medical Colleges	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.aamc.org/">https://www.aamc.org/</a>, aufgerufen am 09.08.2021</li> </ul>
Accreditation Canada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://accreditation.ca/">https://accreditation.ca/</a>, aufgerufen am 09.08.2021</li> </ul>

Institution	Quelle
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality	<p>Prevention Quality Indicators (PQI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V2021/Parameter_Estimates_PQI_v2021.pdf">https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V2021/Parameter_Estimates_PQI_v2021.pdf</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul> <p>Inpatient Quality Indicators (IQI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V2021/Parameter_Estimates_IQI_v2021.pdf">https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V2021/Parameter_Estimates_IQI_v2021.pdf</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul> <p>Patient Safety Indicators (PSI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V2021/Parameter_Estimates_PSI_v2021.pdf">https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V2021/Parameter_Estimates_PSI_v2021.pdf</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul> <p>Padiatric Quality Indicators (PDI)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PDI/V2021/Parameter_Estimates_PDI_v2021.pdf">https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PDI/V2021/Parameter_Estimates_PDI_v2021.pdf</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul> <p>CAHPS Program – Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/cahps-program/index.html">https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/cahps-program/index.html</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.aeqz.de/">https://www.aeqz.de/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul> <p>Nationale Versorgungsleitlinien (NL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.leitlinien.de/">https://www.leitlinien.de/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
ANA – American Nurses Association	<p>Care Coordination Quality Measures Panel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.nursingworld.org/get-involved/share-your-expertise/pro-issues-panel/care-coordination-quality-measures-panel/">https://www.nursingworld.org/get-involved/share-your-expertise/pro-issues-panel/care-coordination-quality-measures-panel/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
ANAES – Agence nationale d’Accréditation et d’Évaluation en Santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.vie-publique.fr/31-agence-nationale-daccreditation-et-devaluation-en-sante">https://www.vie-publique.fr/31-agence-nationale-daccreditation-et-devaluation-en-sante</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>

Institution	Quelle
BQS – Institut für Qualität und Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.bqs.de/">https://www.bqs.de/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
CQC – Care Quality Commission	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.cqc.org.uk/">https://www.cqc.org.uk/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
CCECQA – Comitté de Coordination de l’Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.ccecqa.fr/">https://www.ccecqa.fr/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
CIAP – Clinical Information Access Portal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.ciap.health.nsw.gov.au/">https://www.ciap.health.nsw.gov.au/</a>, aufgerufen am 12.08.2021</li> </ul>
The Commonwealth Fund	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.commonwealthfund.org/">https://www.commonwealthfund.org/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
Department of Health	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.gov.uk/">https://www.gov.uk/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
Dr. Foster Intelligence	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://drfoster.com/service/quality-and-outcomes-measurement/">https://drfoster.com/service/quality-and-outcomes-measurement/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
Europäische Kommission	<p>ECHI – Europäische Gesundheitsindikatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://ec.europa.eu/health/indicators_data/echi_de">https://ec.europa.eu/health/indicators_data/echi_de</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> <li>▪ <a href="https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/indicators/docs/echi_shortlist_by_policy_area_en.pdf">https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/indicators/docs/echi_shortlist_by_policy_area_en.pdf</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
epa Q – Qualitätsmanagement in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.epa-qm.de/aktuell/epa--indikatoren-aktualisiert.html">https://www.epa-qm.de/aktuell/epa--indikatoren-aktualisiert.html</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
ESQH – European Society for Quality in Healthcare Vienna Office	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="http://www.esqh.at/de/">http://www.esqh.at/de/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
FACT – Foundation for Accountability and Civic Trust	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.factdc.org/">https://www.factdc.org/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
FQUAL – Forum de la Qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="http://www.forumqualite.com/">http://www.forumqualite.com/</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>
GeQik – Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="http://www.geqik.de/index.php?id=73">http://www.geqik.de/index.php?id=73</a>, aufgerufen am 13.08.2021</li> </ul>

Institution	Quelle
Government of Canada	Health Canada <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.canada.ca/en.html">https://www.canada.ca/en.html</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
HCC – Health Care Choices	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.healthcarechoicesny.org/">https://www.healthcarechoicesny.org/</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
HHS – US-Department of Health and Human Services	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.hhs.gov/programs/index.html">https://www.hhs.gov/programs/index.html</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
HFE – Health First Europe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://healthfirsteurope.eu/">https://healthfirsteurope.eu/</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
IHI – Institute for Healthcare Improvement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="http://www.ihl.org/resources/Pages/Measures/default.aspx">http://www.ihl.org/resources/Pages/Measures/default.aspx</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
Kaiser Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://healthy.kaiserpermanente.org/front-door">https://healthy.kaiserpermanente.org/front-door</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
Leapfrog Group for Patient Safety	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.leapfroggroup.org/">https://www.leapfroggroup.org/</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
Maryland Hospital Association	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.mhaonline.org/home">https://www.mhaonline.org/home</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
NSW Health – New South Wales Government	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.nsw.gov.au/">https://www.nsw.gov.au/</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
OMHLTC – Onatrio Ministry of Health and long-term Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.ontario.ca/page/government-ontario">https://www.ontario.ca/page/government-ontario</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
Folkhälsomyndigheten – The Public Health Agency of Sweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/">https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/</a>, aufgerufen am 16.08.2021</li> </ul>
ASCO – American Society Of Clinical Onkology	<p>Merit-based Incentive Payment System (MIPS) Measures</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/merit-based">https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/merit-based</a>, aufgerufen am 18.08.2021</li> </ul> <p>Additional Developed Measures</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/additional">https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/additional</a>, aufgerufen am 18.08.2021</li> </ul> <p>National Quality Forum</p>

Institution	Quelle
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/national">https://www.asco.org/practice-policy/quality-standards-measures/measures-tools-resources/measures-library/national</a>, aufgerufen am 18.08.2021</li> </ul>
NQF – National Quality Forum	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.qualityforum.org/Home.aspx">https://www.qualityforum.org/Home.aspx</a>, aufgerufen am 18.08.2021</li> </ul>
RAND Corporation – Quality of Care Assessment Tools (QA Tools)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/qatools.html">https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/qatools.html</a>, aufgerufen am 26.10.2021</li> <li>▪ <a href="https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1280.html">https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1280.html</a>, aufgerufen am 26.10.2021</li> </ul>
A-IQI – Austrian Inpatient Quality Indicators	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetsicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html">https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetsicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html</a>, aufgerufen am 03.11.2021</li> </ul>



## Literatur

- ACHS [Australian Council on Healthcare Standards] (2020): Australasian Clinical Indicator Report: 2012–2019. 21st Edition. [Stand:] November 2020. Ultimo, AU: ACHS. URL: [https://www.achs.org.au/media/183244/acir\\_2012-2019\\_21st\\_ed.pdf](https://www.achs.org.au/media/183244/acir_2012-2019_21st_ed.pdf) (abgerufen am: 09.08.2021).
- ACHS [Australian Council on Healthcare Standards] (2021): ACHS 2021 Clinical Indicator Program Information. [Stand:] March 2021. Ultimo, AU: ACHS. URL: [https://www.achs.org.au/getmedia/e2b78142-55dd-4204-8b34-620d3c87e233/achs\\_2021\\_clinical\\_indicator\\_program\\_information\\_march.pdf](https://www.achs.org.au/getmedia/e2b78142-55dd-4204-8b34-620d3c87e233/achs_2021_clinical_indicator_program_information_march.pdf) (abgerufen am: 01.03.2022).
- ACSQHC [Australian Commission on Safety and Quality in Health Care]; NSWtag [New South-Wales Therapeutic Advisory Group]; CEC [Clinical Excellence Commission] (2014): National Quality Use of Medicines. Indicators for Australian Hospitals: Indicator Summary. Sydney; AU [u. a.]: ACSQHC [u. a.]. URL: [https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/SAQ186\\_National\\_QUM\\_Indicators\\_Summary\\_clientPRINT-D14-39599.pdf](https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/SAQ186_National_QUM_Indicators_Summary_clientPRINT-D14-39599.pdf) (abgerufen am: 01.03.2022).
- ACSQHC [Australian Commission on Safety and Quality in Health Care] (© 2022): National Indicators for Quality Use of Medicines (QUM) in Australian Hospitals. Sydney, AU: ACSQHC. URL: <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/medication-safety/national-indicators-quality-use-medicines-qum-australian-hospitals> (abgerufen am: 02.03.2022).
- ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken] (© 2022): Rehospitalisationen. Bern, CH: ANQ. URL: <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/rehospitalisationen/> (abgerufen am: 01.03.2022).
- ASCO [American Society of Clinical Oncology] (2020): QOPI® Reporting Registry 2020. QR and QCDR Measure Specifications. [Stand:] 03.12.2020. [Alexandria, US-VA]: ASCO. URL: <https://practice.asco.org/sites/default/files/drupalfiles/QRR-QCDR-2020-Measure-Specifications-Updated.pdf> (abgerufen am: 02.03.2022).
- ASCO [American Society of Clinical Oncology] (©2022): QOPI Certification Program. Alexandria, US-VA: ASCO. URL: <https://practice.asco.org/quality-improvement/quality-programs/qopi-certification-program> (abgerufen am: 02.03.2022).
- Australian Government, Department of Health (2021): National Aged Care Mandatory Quality Indicator Program (QI Program) [Stand:] 27.09.2021. [Canberra, AU]: Australien Government, Department of Health. URL: <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/national-aged-care-mandatory-quality-indicator-program-qi-program> (abgerufen am: 01.03.2022).

- CIHI [Canadian Institute for Health Information] (© 2021): Health Indicators Interactive Tool [Characteristics > Indicator (\*) > 30-Day Medical Readmission]. [Stand:] 14.04.2021. [Ottawa, CA-ON [u. a.]]: CIHI. URL: <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/search.jspa> (abgerufen am: 02.03.2022).
- CIHI [Canadian Institute for Health Information] (© 2022): Health Indicators e-Publication. [Stand:] 27.08.2021. [Ottawa, CA-ON [u. a.]]: CIHI. URL: <https://www.cihi.ca/en/health-indicators-e-publication> (abgerufen am: 02.03.2022).
- 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.
- Heller, R (2020): Auswertungskonzept Potenziell vermeidbare Rehospitalisationen mit SQLape ab BFS-Daten 2018. Version 4.2. [Stand:] Mai 2020. Bern, CH: ANQ [Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken],. URL: [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ\\_SQLape\\_Auswertungskonzept.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_SQLape_Auswertungskonzept.pdf) (abgerufen am: 01.03.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Ambulant erworbene Pneumonie. Erfassungsjahr 2020. Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL (Endgültige Rechenregeln). Stand: 20.04.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/pneu/QSKH\\_PNEU\\_2020\\_QIDB\\_V01\\_2021-04-20.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/pneu/QSKH_PNEU_2020_QIDB_V01_2021-04-20.pdf) (abgerufen am: 01.03.2022).
- NCQA [National Committee for Quality Assurance] (© 2021a): HEDIS and Performance Measurement. Washington, US-DC: NCQA. URL: <https://www.ncqa.org/hedis/> (abgerufen am: 01.03.2022).
- NCQA [National Committee for Quality Assurance] (© 2021b): Medication Management in Older Adults (DAE/DDE). Washington, US-DC: NCQA. URL: <https://www.ncqa.org/hedis/measures/medication-management-in-the-elderly/> (abgerufen am: 01.03.2022).
- NCQA [National Committee for Quality Assurance] (© 2021c): Medication Reconciliation Post-Discharge (MRP). Washington, US-DC: NCQA. URL: <https://www.ncqa.org/hedis/measures/medication-reconciliation-post-discharge/> (abgerufen am: 01.03.2022).
- NCQA [National Committee for Quality Assurance] (© 2021d): Plan All-Cause Readmissions (PCR). Washington, US-DC: NCQA. URL: <https://www.ncqa.org/hedis/measures/plan-all-cause-readmissions/> (abgerufen am: 01.03.2022).
- NCQA [National Committee for Quality Assurance] (© 2021e): Transitions of Care (TRC). Washington, US-DC: NCQA. URL: <https://www.ncqa.org/hedis/measures/transitions-of-care/> (abgerufen am: 01.03.2022).

- NHS Scotland [NHS National Services Scotland], ISD [Information Services Division] (2020): Quality Indicator Profile for Mental Health. [Stand:] 17.03.2020. [Edinburgh, GB]: NHS Scotland, ISD. URL: <https://publichealthscotland.scot/media/4084/quality-indicator-profile-for-mental-health-publication.pdf> (abgerufen am: 02.03.2022).
- NHS Scotland [NHS National Services Scotland], PHS [Public Health Scotland], (2020): Hospital Standardised Mortality Ratios. January 2019 – December 2019. [Stand:] 12.05.2020. [Edinburgh, UK]: NHS Scotland, PHS. URL: <https://publichealthscotland.scot/media/5022/2020-05-12-hsmr-report.pdf> (abgerufen am: 02.03.2022).
- OECD [Organisation for Economic Cooperation and Development] (2013): Unplanned hospital re-admissions for patients with mental disorders. Chapter 5.7. In: *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris, FR: OECD, 120-121. DOI: 10.1787/health\_glance-2013-49-en.
- Population Health, Clinical Audit and Specialist Care Team; NHS Digital (2021): NHS Outcomes Framework Indicators - August 2021 release. National statistics, Open data, Experimental statistics, Official statistics [Stand:] 18.08.2021. Leeds, GB: NHS Digital. URL: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-outcomes-framework/august-2021> (abgerufen am: 02.03.2022).
- RIDOH [State of Rhode Island, Department of Health] (© 2022): Healthcare Quality Reporting Program Providence, US-RI RIDOH. URL: [https://health.ri.gov/programs/detail.php?pgm\\_id=137](https://health.ri.gov/programs/detail.php?pgm_id=137) (abgerufen am: 01.03.2022).
- RIDOH [State of Rhode Island, Department of Health], Center for Health Data and Analysis (2018): Healthcare Quality Reporting Program. Hospital Summary Report – Methods. [Stand:] 16.05.2018. [Providence, US-RI] RIDOH. URL: <https://health.ri.gov/publications/qualityreports/hospitals/HospitalSummary.pdf> (abgerufen am: 01.03.2022).
- Stausberg, J (2021): QKK-Indikatorenset Version 4.5 mit Modul Covid 19. Berechnungsregeln für das Datenjahr 2021. [Stand:] 10.02.2021. Berlin: QKK [Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser]. URL: [https://qkk-online.de/wp-content/uploads/sites/5/2021/02/qkk-indikatoren-set\\_v45\\_20200210.pdf](https://qkk-online.de/wp-content/uploads/sites/5/2021/02/qkk-indikatoren-set_v45_20200210.pdf) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Thomson, R; Taber, S; Lally, J; Kazandjian, V (2004): UK Quality Indicator Project® (UK QIP) and the UK independent health care sector: a new development. *International Journal for Quality in Health Care* 16(Suppl. 1): i51-i56. DOI: 10.1093/intqhc/mzh011.
- Tool, CCfMMSMI (2021a): Hospital-Wide 30-Day, All-Cause, Risk-Standardized Readmission Rate Following Hospitalization. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=28746](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=28746) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021b): Measure Inventory: Measure List. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ListMeasures](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ListMeasures) (abgerufen am: 01.03.2022).

- Tool, CCfMMSMI (2021c): Medication Continuation Following Inpatient Psychiatric Discharge. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25174](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25174) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021d): Medication Reconciliation Post-Discharge. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=17383](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=17383) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021e): Percent of Long-Term Care Hospital (LTCH) Patients with an Admission and Discharge Functional Assessment and a Care Plan That Addresses Function. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=21123](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=21123) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021f): Potentially Preventable 30-Day Post-Discharge Readmission Measure for Long-Term Care Hospital (LTCH) Quality Reporting Program (QRP). [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=21114](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=21114) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021g): Skilled Nursing Facility Potentially Preventable Readmissions after Hospital Discharge. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25189](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25189) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Tool, CCfMMSMI (2021h): Transitions of Care between the Inpatient and Outpatient Settings including Notifications of Admissions and Discharges, Patient Engagement and Medication Reconciliation Post-Discharge. [Stand:] 30.06.2021. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://cmit.cms.gov/CMIT\\_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25174](https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ReportMeasure?measureRevisionId=25174) (abgerufen am: 01.03.2022).
- Veillard, J; Champagne, F; Klazinga, N; Kazandjian, V; Arah, OA; Guisset, AL (2005): A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care* 17(6): 487-496. DOI: 10.1093/intqhc/mzi072.
- Victoria State Government, Department of Health (2019): Performance monitoring framework. [Stand:] 14.08.2019. [Melbourne, AU]: Victoria State Government, Department of Health. URL: <https://www.health.vic.gov.au/funding-performance-accountability/performance-monitoring-framework> (abgerufen am: 01.03.2022).
- Victoria State Government, Department of Health and Human Services (2019): Key Performance Measures and Underlying Risk Factors 2019–20. August 2019 edition. Melbourne, AU: Victoria State Government, Department of Health and Human Services. URL: <https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/k/key-performance-measures-and-underlying-risk-factors-2019-20.pdf> (abgerufen am: 01.03.2022).
- Welfare], AAloHa (2021): Health system: Continuity of care [*Data set, Part of: Australia's health performance framework*]. [Stand:] 22.12.2021 [Canberra, AU]: AIHW. URL:

<https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework/national/all-australia/continuity/continuity-of-care> (abgerufen am: 02.03.2022).

WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK] (2021): QSR Verfahren. Indikatorenhandbuch. Verfahrensjahr 2021. Stand: Oktober 2021. Berlin: WIdO. URL: [https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/metho-den/indikatorenhandbuch\\_2021\\_final.pdf](https://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/imperia/md/qsr/metho-den/indikatorenhandbuch_2021_final.pdf) (abgerufen am: 02.03.2022).

## Anhang C: Expertenbeteiligung

### Anhang C.1: Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten

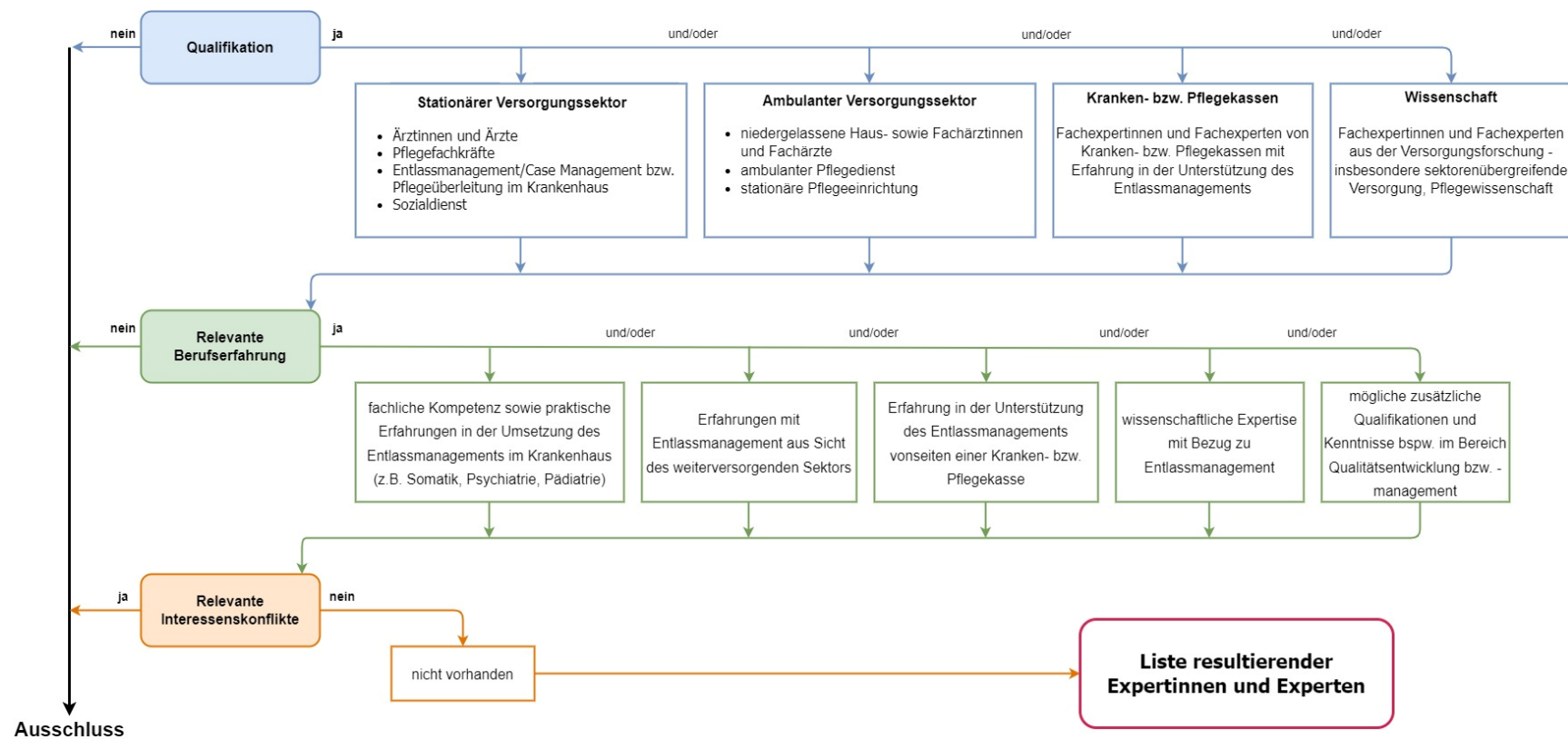


Abbildung 4: Kriterien für die Auswahl der Expertinnen und Experten

## Anhang C.2: Übersicht der Expertinnen und Experten

Tabelle 23: Übersicht Expertinnen und Experten des Expertengremiums

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation
Hr. Prof. Dr. med. Alexander Beck	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Sportmedizin und Sportverletzungen des Klinikums Würzburg Mitte gGmbH Standort Juliuspital</li> <li>▪ Facharzt für Chirurgie und für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Unfallchirurgie</li> </ul>
Fr. Karin Borchert	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Case Managerin Neonatologie an der Charité-Universitätsklinikum Berlin</li> <li>▪ examinierte Pflegefachkraft (Pädiatrie)</li> </ul>
Fr. Dr. med. Simone Brefka	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studienkoordinatorin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der AGAPLESION Bethesda Klinik Ulm</li> <li>▪ Assistenzärztin</li> </ul>
Hr. Dr. med. Matthias Fabian	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberarzt der Abteilung Hämatologie/Onkologie des Katharinenhospitals im Klinikum Stuttgart</li> <li>▪ Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie</li> </ul>
Fr. Barbara Giavarra- Kalker	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Case Management der AGAPLESION Frankfurter Diakonie Kliniken</li> <li>▪ examinierte Pflegefachkraft (Pädiatrie)</li> </ul>
Hr. Constantin Grosch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenvertretung beim G-BA</li> <li>▪ Sozialhelden e. V.</li> </ul>
Fr. Marie-Caroline Hammerer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chefärztin in der Klinik für Akutpsychosomatik an der MediClin Seeparkklinik Bad Bodenteich</li> <li>▪ Fachärztin für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin</li> </ul>
Fr. PD Dr. med. Britta Hüning	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberärztin Neonatologie, Klinik für Kinderheilkunde, Ärztliche Leitung Pädiatrisches Entlassmanagement am Universitätsklinikum Essen</li> <li>▪ Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt Neonatologie</li> </ul>
Fr. Theresia Jaffke	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stationsleitung der Abteilung Urologie der Asklepios Klinik Harburg</li> <li>▪ examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin</li> </ul>
Hr. Dr. med. Robin John	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niedergelassen tätig in Gemeinschaftspraxis Schönebeck</li> <li>▪ Facharzt für Allgemeinmedizin</li> </ul>

Name	Berufliche und fachliche Qualifikation
Fr. Marie-Julie Kelm	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sozialdienst im Evangelischen Diakonie Krankenhaus gGmbH Bremen</li> <li>▪ Pflegewissenschaftlerin, examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin</li> </ul>
Fr. Kathrin Kinne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Case Managerin im Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH</li> <li>▪ examinierte Pflegefachkraft</li> </ul>
Fr. Christel Kotlarski	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachexpertin für ambulantes Krankenhausfallmanagement sowie ambulante Krankenhausleistungen bei der Kaufmännischen Krankenkasse Hannover</li> <li>▪ Sozialmanagement (M.A.)</li> </ul>
Fr. Sybille Kraus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Sozialdienst/Case Management; Leitung Therapeutische Dienste der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH</li> <li>▪ Dipl.-Sozialarbeiterin (FH)</li> </ul>
Fr. Cordula Mühr	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenvertretung beim G-BA</li> <li>▪ Sozialverband Deutschland Bundesverband e.V.</li> </ul>
Hr. René Nöcker	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegerische Leitung der Abteilung Psychosomatik des LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin</li> <li>▪ Gesundheits- und Sozialmanagement (B.A.), examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger</li> </ul>
Fr. Sabine Peer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Case Management im Klinikum Lüdenscheid</li> <li>▪ Dipl. Pflegewirtin (FH), Master of Health Management (MaHM), examinierte Pflegekraft</li> </ul>
Hr. Johannes Petereit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teamleitung der Sozial- und Pflegeberatung/ Sozialdienst im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf</li> <li>▪ Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (FH)</li> </ul>
Fr. Astrid Schenck	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Sozial- und Case Management im RoMed Klinikverbund Rosenheim</li> <li>▪ Examierte Gesundheits- und Krankenpflegerin</li> </ul>
Fr. Dr. med. Sarah Bettina Schwarz	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärztin für Innere Medizin (Pneumologie) der Kliniken der Stadt Köln GmbH</li> </ul>
Fr. Dr. med. Kristina Spöhrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niedergelassen tätig in Gemeinschaftspraxis Winsen</li> <li>▪ Fachärztin für Allgemeinmedizin</li> </ul>
Hr. Heiko Stehling	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wissenschaftlicher Mitarbeiter Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege der Hochschule Osnabrück</li> <li>▪ Pflegewissenschaftler (MScN), examinierter Krankenpfleger</li> </ul>



Name	Berufliche und fachliche Qualifikation
Hr. Prof. Dr. med. Christoph Stellbrink	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Internistische Intensivmedizin an den Städtischen Kliniken Bielefeld</li> <li>▪ Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie</li> </ul>
Fr. Cindy Stoklossa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitung Sozialdienst, Care- und Case Management Charité-Universitätsmedizin Berlin</li> <li>▪ Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, M.A. Sozialmanagement, examinierte Pflegefachkraft</li> </ul>
Fr. Felizitas Winkler	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachexpertin Medizinische Qualitätssicherung sowie komm. und stellv. Leitung Qualitätsmanagement in der Gesundheit Nordhessen Holding AG</li> <li>▪ Soziologin (M.A.), examinierte Pflegefachkraft</li> <li>▪ Mitglied QS DEK (Landes- und Bundesebene)</li> </ul>

## Anhang C.3: Potenzielle Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten

### Fragenkatalog zu potenziellen Interessenkonflikten

Das Standarddokument des IQTIG zur Ermittlung möglicher vorliegender Interessenkonflikte besteht aus einem Erfassungsbogen persönlicher Daten und einem Fragebogen. Die Fragen stellt die nachfolgende zusammen.

Tabelle 24: Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten (Expertengremium)

Frage Thema	Frage text
<b>Frage 1: Anstellungsverhältnisse</b>	Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt)?
<b>Frage 2: Beratungsverhältnisse</b>	Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt beraten?
<b>Frage 3: Honorare</b>	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-) wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?
<b>Frage 4: Drittmittel</b>	Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?
<b>Frage 5: Sonstige Unterstützung</b>	Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?
<b>Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile</b>	Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, die zu einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter gehört?

Durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums wurden zur Ermittlung möglicher Interessenkonflikte die Fragen des Selbstauskunftsformulars des IQTIG wie folgt beantwortet (siehe Tabelle 25).

*Tabelle 25: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums*

<b>Expertin/Experte</b>	<b>Frage 1</b>	<b>Frage 2</b>	<b>Frage 3</b>	<b>Frage 4</b>	<b>Frage 5</b>	<b>Frage 6</b>
Prof. Dr. med. Alexander Beck	ja	ja	nein	nein	nein	nein
Karin Borchert	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Simone Brefka	ja	nein	ja	nein	nein	nein
Dr. med. Matthias Fabian	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Barbara Giavarra-Kalker	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Constantin Grosch	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Marie-Caroline Hammerer	ja	nein	nein	nein	nein	nein
PD Dr. med. Britta Hüning	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Theresia Jaffke	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Robin John	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Marie-Julie Kelm	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Kathrin Kinne	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Christel Kotlarski	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Sybille Kraus	ja	ja	ja	nein	nein	nein
Cordula Mühr	nein	nein	ja	nein	nein	nein
René Nöcker	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Sabine Peer	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Johannes Petereit	ja	ja	ja	nein	nein	nein

Expertin/Experte	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6
Astrid Schenck	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Sarah Bettina Schwarz	ja	nein	ja	ja	nein	nein
Dr. med. Kristina Spöhrer	nein	ja	ja	nein	ja	nein
Heiko Stehling	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Christoph Stellbrink	ja	ja	ja	ja	nein	nein
Cindy Stoklossa	ja	ja	ja	nein	nein	nein
Felizitas Winkler	ja	nein	nein	nein	nein	nein

# Anhang D: Filter und Datenfelder für die QS-Dokumentation

## Anhang D.1: QS-Filter

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO-Schema .....	7
Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege .....	9
Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien und deutsche Expertenstandards der Pflege .....	12
Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege.....	13
Tabelle 5: Einschlusskriterien für Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen .	16
Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Reviews) .....	18
Tabelle 7: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Reviews) .....	20
Tabelle 8: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Reviews).....	22
Tabelle 9: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Reviews).....	24
Tabelle 10: Eingeschlossene Reviews, die auf einer systematischen Recherche beruhen.....	27
Tabelle 11: Berücksichtigte Reviews aus dem Zwischenbericht Entlassmanagement .....	30
Tabelle 12: Einschlusskriterien für Primärliteratur .....	37
Tabelle 13: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Primärliteratur) .....	39
Tabelle 14: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Primärliteratur) .....	41
Tabelle 15: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Primärliteratur) .....	45
Tabelle 16: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Primärliteratur).....	47
Tabelle 17: Eingeschlossene Primärliteratur.....	53
Tabelle 18: Berücksichtigte Primärliteratur aus der Website-Recherche.....	55
Tabelle 19: Berücksichtigte Primärliteratur aus dem Zwischenbericht Entlassmanagement ....	56
Tabelle 20: Vorgaben aus dem Rahmenvertrag.....	79
Tabelle 21: Leitlinienempfehlungen .....	93
Tabelle 22: Recherche nach Qualitätsindikatoren mit Treffer.....	234
Tabelle 23: Übersicht Expertinnen und Experten des Expertengremiums.....	268
Tabelle 24: Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten (Expertengremium).....	271
Tabelle 25: Beantwortung der Fragen zur Offenlegung von Interessenskonflikten durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums.....	272
Tabelle 26: Koeffizientenschätzer zu den Basismerkmalen eines Entlassfalls.....	275
Tabelle 27: Koeffizientenschätzer zu den Alterseffekten eines Entlassfalls .....	276
Tabelle 28: Koeffizientenschätzer zu den Verweildauereffekten eines Entlassfalls.....	276
Tabelle 29: Koeffizientenschätzer zu den OPS-Kategorien .....	277
Tabelle 30: Koeffizientenschätzer zu den ICD-Gruppen (ICD-10-GM) .....	286

Der entwickelte QS-Filter basiert auf logischen Operatoren auf Basis der Fallinformationen im KIS (siehe Abschnitt 7.2.2 des Abschlussberichts). Nachfolgend werden die vollständigen Listen der im Filterkriterium berücksichtigten Merkmale und der entsprechenden Koeffizienten dargestellt. Dieser Anhang enthält somit sämtliche geschätzten Koeffizienten des in Abschnitt 4.2 des Abschlussberichts beschriebenen Modells zur Prognose des Bedarfs für ein Entlassmanagement. Dieses Modell berechnet für jeden Entlassfall eine Vorhersage für die fallspezifische Wahrscheinlichkeit für „erhöhten Bedarf für Entlassmanagement“, d.h., dass mindestens eins der Zielkriterien zutrifft.

Diese Wahrscheinlichkeitsvorhersage wird additiv auf der logit-Skala berechnet (siehe Abschnitt 4.2.3 des Abschlussberichts). Dazu werden pro Fall die gegebenen Ausprägungen der Prädiktorvariablen mit den entsprechenden Koeffizienten multipliziert und anschließend aufaddiert. Die folgenden Tabellen enthalten sämtliche für diese Berechnung notwendigen Koeffizienten.

In Tabelle 26 sind die Koeffizienten zu den Basismerkmalen der Fälle enthalten. Der neben „Interzept“ angegebene Koeffizient wird für alle Fälle angewendet. Für die Merkmale zum Geschlecht und zum Pflegegrad werden die Koeffizienten nur dann angewendet, falls das angegebene Fallmerkmal (z. B. „Geschlecht weiblich“) zutrifft.

Die Tabelle 27 und Tabelle 28 enthalten die Koeffizienten zum Effekt des Alters bzw. der Verweildauer des Falls. Für die Vorhersage werden die Koeffizienten jeweils mit der Anzahl an Altersjahren über der Koeffizienten-spezifischen Altersschwelle multipliziert und anschließend zum Vorhersagewert addiert. Zum Beispiel beim Altersmerkmal „pro Altersjahr über 5“ wird für einen neunjährigen Entlassfall der zugehörige Koeffizient mit dem Faktor 4 ( $= 9 - 5$ ) multipliziert. Bei der Verweildauer geschieht dies genauso mit der Verweildauer in Tagen. Dabei wird nur eine maximale Verweildauer bis 100 Tagen berücksichtigt, das heißt eine längere Verweildauer wird entsprechend gedeckelt.

In Tabelle 29 und Tabelle 30 sind die geschätzten Koeffizienten zu den für die Vorhersage relevanten Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Kategorien sowie ICD-Gruppen angegeben. Für die Berechnung des fallspezifischen Vorhersagewerts werden die einzelnen Koeffizienten genau dann angewendet, falls ein Code der jeweils entsprechenden OPS-Kategorie oder ICD-Gruppe für den zugrunde liegenden Fall dokumentiert wurde. Bei der Modellentwicklung wurde ein Variablenselektionsalgorithmus verwendet (siehe Abschnitt 4.2 des Abschlussberichts), so dass durch den Algorithmus nicht alle möglichen dreistelligen OPS-Kategorien und ICD-Gruppen als relevant für die Prognose eingestuft wurden. Die als nicht relevant eingestuften OPS-Kategorien und ICD-Gruppen sind in den entsprechenden Tabellen daher nicht enthalten.

Tabelle 26: Koeffizientenschätzer zu den Basismerkmalen eines Entlassfalls

Fallmerkmal	Koeffizient
Interzept	-5,525323
Geschlecht weiblich	0,089681
Pflegegrad 0	1,275350

Fallmerkmal	Koeffizient
Pflegegrad 1	1,202473
Pflegegrad 2	1,091707
Pflegegrad 3	1,375911
Pflegegrad 4	1,793641
Pflegegrad 5	2,285771

Tabelle 27: Koeffizientenschätzer zu den Alterseffekten eines Entlassfalls

Altersmerkmal	Koeffizient
pro Altersjahr über 0	0,026559
pro Altersjahr über 5	0,001796
pro Altersjahr über 10	0,001550
pro Altersjahr über 25	-0,000004
pro Altersjahr über 30	-0,003835
pro Altersjahr über 35	-0,004205
pro Altersjahr über 40	-0,004677
pro Altersjahr über 45	-0,007758
pro Altersjahr über 50	-0,013713
pro Altersjahr über 55	-0,002361
pro Altersjahr über 60	-0,003821
pro Altersjahr über 70	0,031316
pro Altersjahr über 75	0,009668
pro Altersjahr über 80	0,010440
pro Altersjahr über 85	0,012772
pro Altersjahr über 90	0,009451

Tabelle 28: Koeffizientenschätzer zu den Verweildauereffekten eines Entlassfalls

Verweildauermerkmal	Koeffizient
pro Tag Verweildauer über 0 Tagen	0,094041
pro Tag Verweildauer über 5 Tagen	-0,000158
pro Tag Verweildauer über 10 Tagen	-0,038666
pro Tag Verweildauer über 15 Tagen	-0,043472

Verweildauermerkmal	Koeffizient
pro Tag Verweildauer über 20 Tagen	-0,000448
pro Tag Verweildauer über 25 Tagen	-0,005439
pro Tag Verweildauer über 60 Tagen	0,000014
pro Tag Verweildauer über 80 Tagen	0,004864

Tabelle 29: Koeffizientenschätzer zu den OPS-Kategorien

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
1-10	Klinische Untersuchung	0,119106
1-20	Neurologische Untersuchungen	-0,152669
1-21	Epilepsiediagnostik	-0,590787
1-22	Untersuchungen der Augen	-0,256770
1-24	Untersuchungen im HNO-Bereich	0,151013
1-26	Untersuchungen der elektrophysiologischen Aktivität des Herzens	-0,178780
1-27	Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf	0,071174
1-31	Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes	-0,276908
1-40	Biopsie ohne Inzision an Nervensystem und endokrinen Organen	-0,082193
1-41	Biopsie ohne Inzision an Auge, Ohr, Nase und Haut von Gesicht und Kopf	0,121929
1-42	Biopsie ohne Inzision an Mund, Mundhöhle, Larynx, Pharynx und blutbildenden Organen	-0,078872
1-43	Biopsie ohne Inzision an respiratorischen Organen	-0,221043
1-44	Biopsie ohne Inzision an den Verdauungsorganen	-0,078869
1-46	Biopsie ohne Inzision an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen	-0,128937
1-47	Biopsie ohne Inzision an weiblichen Geschlechtsorganen	-0,014780
1-48	Biopsie ohne Inzision an Knochen und Gelenken	-0,035217
1-49	Biopsie ohne Inzision an anderen Organen und Geweben	0,032589
1-51	Biopsie an Nervengewebe, Hypophyse, Corpus pineale durch Inzision und Trepanation von Schädelknochen	-0,052506
1-52	Biopsie an Augen und Augenanhangsgebilden durch Inzision	0,190359



OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
1-54	Biopsie an Mund, Mundhöhle und Pharynx durch Inzision	-0,210148
1-56	Biopsie an Harnwegen und männlichen Geschlechtsorganen durch Inzision	0,035321
1-58	Biopsie an anderen Organen durch Inzision	0,001200
1-61	Diagnostische Endoskopie der oberen Atemwege	-0,066902
1-62	Diagnostische Tracheobronchoskopie	0,012021
1-64	Diagnostische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege	0,083770
1-65	Diagnostische Endoskopie des unteren Verdauungstraktes	-0,125502
1-66	Diagnostische Endoskopie der Harnwege	-0,110470
1-69	Diagnostische Endoskopie durch Inzision und intraoperativ	0,009198
1-70	Provokationstestung	-0,226429
1-71	Pneumologische Funktionsuntersuchungen	-0,021176
1-76	Metabolische Funktionsuntersuchung	-0,161901
1-77	Palliativmedizinische, geriatrische und frührehabilitative Funktionsuntersuchung	0,126720
1-79	Physiologische Funktionstests	0,158557
1-84	Diagnostische Punktion und Aspiration	-0,026819
1-85	Andere diagnostische Punktion und Aspiration	0,067521
1-90	Psychosomatische, psychotherapeutische, (neuro-)psychologische, psychosoziale und testpsychologische Untersuchung	-0,204990
1-91	Diagnostik bei chronischen Schmerzzuständen	-0,302916
1-92	Medizinische Evaluation zur Transplantation	0,030894
1-93	Infektiologisches Monitoring und molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	0,204473
1-94	Komplexe Diagnostik	0,116137
1-99	Andere diagnostische Maßnahmen	-0,038234
3-05	Endosonographie	-0,112327
3-10	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren	-0,041055
3-13	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	-0,011838
3-20	Computertomographie (CT), nativ	0,152777
3-22	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	-0,037145

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
3-24	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	0,104910
3-26	Elektronenstrahltomographie (EBT)	0,320312
3-30	Optische laserbasierte Verfahren	-0,144986
3-31	Andere optische Verfahren	-0,099962
3-60	Arteriographie	-0,112349
3-61	Phlebographie	0,082349
3-62	Lymphographie	0,090788
3-69	Andere Darstellung des Gefäßsystems	-0,009629
3-70	Szintigraphie	0,015486
3-73	Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomographie (SPECT/CT)	0,021714
3-74	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	0,026014
3-75	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	-0,059131
3-76	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	0,094732
3-80	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	0,082789
3-82	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	-0,004318
3-84	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	-0,089287
3-90	Andere bildgebende Verfahren	-0,026012
3-99	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	0,026803
5-01	Inzision (Trepanation), Exzision und Destruktion an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten	-0,120213
5-02	Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten	0,068407
5-03	Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal	0,493703
5-04	Operationen an Nerven und Nervenganglien	0,140847
5-05	Andere Operationen an Nerven und Nervenganglien	-0,029899
5-06	Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	-0,223829
5-07	Operationen an anderen endokrinen Drüsen	-0,215308
5-08	Operationen an Tränendrüse und Tränenwegen	-0,199109
5-09	Operationen an den Augenlidern	-0,159783

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
5-10	Operationen an den Augenmuskeln	-0,092071
5-11	Operationen an der Konjunktiva	0,006915
5-12	Operationen an der Kornea	0,017779
5-14	Operationen an der Linse	0,051451
5-15	Operationen an Retina, Choroidea und Corpus vitreum	-0,079139
5-16	Operationen an Orbita und Augapfel	0,048801
5-18	Operationen an Ohrmuschel und äußerem Gehörgang	-0,120042
5-19	Mikrochirurgische Operationen am Mittelohr	-0,588170
5-20	Andere Operationen an Mittel- und Innenohr	-0,212985
5-21	Operationen an der Nase	-0,226307
5-22	Operationen an den Nasennebenhöhlen	-0,076776
5-23	Entfernung und Wiederherstellung von Zähnen	-0,107099
5-24	Operationen an Zahnfleisch, Alveolen und Kiefer	-0,127321
5-25	Operationen an der Zunge	-0,370691
5-26	Operationen an Speicheldrüsen und Speicheldrüsenausführungsgängen	-0,364378
5-27	Andere Operationen an Mund und Gesicht	-0,365718
5-28	Operationen im Bereich des Naso- und Oropharynx	-0,334685
5-29	Operationen am Pharynx	-0,245785
5-30	Exzision und Resektion am Larynx	-0,292462
5-31	Andere Larynxoperationen und Operationen an der Trachea	0,188114
5-32	Exzision und Resektion an Lunge und Bronchus	-0,185938
5-33	Andere Operationen an Lunge und Bronchus	0,015797
5-34	Operationen an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell	-0,080770
5-35	Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße	1,228867
5-36	Operationen an den Koronargefäßen	1,989183
5-37	Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard	-0,171985
5-38	Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen	-0,077842

<b>OPS-Kategorie</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Koeffizient</b>
5-39	Andere Operationen an Blutgefäßen	0,224029
5-40	Operationen am Lymphgewebe	0,047703
5-41	Operationen an Milz und Knochenmark	-0,127516
5-42	Operationen am Ösophagus	-0,137421
5-44	Andere Operationen am Magen	-0,277343
5-45	Inzision, Exzision, Resektion und Anastomose an Dünn- und Dickdarm	-0,173047
5-46	Andere Operationen an Dünn- und Dickdarm	-0,036219
5-47	Operationen an der Appendix	0,015973
5-48	Operationen am Rektum	0,059543
5-49	Operationen am Anus	-0,313053
5-50	Operationen an der Leber	-0,360280
5-51	Operationen an Gallenblase und Gallenwegen	-0,370129
5-52	Operationen am Pankreas	-0,012882
5-53	Verschluss abdominaler Hernien	-0,170775
5-55	Operationen an der Niere	-0,120305
5-56	Operationen am Ureter	-0,092473
5-57	Operationen an der Harnblase	-0,129999
5-58	Operationen an der Urethra	-0,113615
5-59	Andere Operationen an den Harnorganen	-0,119743
5-60	Operationen an Prostata und Vesiculae seminales	-0,095744
5-61	Operationen an Skrotum und Tunica vaginalis testis	-0,219033
5-62	Operationen am Hoden	-0,140565
5-63	Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens	-0,277406
5-64	Operationen am Penis	-0,027541
5-65	Operationen am Ovar	-0,122176
5-67	Operationen an der Cervix uteri	0,002324
5-68	Inzision, Exzision und Exstirpation des Uterus	-0,379454

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
5-69	Andere Operationen am Uterus und Operationen an den Parametrien	-0,105396
5-70	Operationen an Vagina und Douglasraum	-0,268443
5-71	Operationen an der Vulva	-0,191288
5-72	Entbindung aus Beckenendlage und instrumentelle Entbindung	0,243781
5-73	Andere Operationen zur Geburtseinleitung und unter der Geburt	0,095198
5-74	Sectio caesarea und Entwicklung des Kindes	0,343212
5-75	Andere geburtshilfliche Operationen	0,016472
5-76	Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	-0,310587
5-77	Andere Operationen an Gesichtsschädelknochen	-0,163160
5-78	Operationen an anderen Knochen	0,510664
5-79	Reposition von Fraktur und Luxation	0,774677
5-80	Offen chirurgische und andere Gelenkoperationen	0,700998
5-81	Arthroskopische Gelenkoperationen	1,696002
5-82	Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz	2,812564
5-83	Operationen an der Wirbelsäule	0,265684
5-84	Operationen an der Hand	0,292295
5-85	Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	0,310982
5-86	Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten und andere Operationen an den Bewegungsorganen	0,413482
5-87	Exzision und Resektion der Mamma	0,264860
5-88	Andere Operationen an der Mamma	0,590617
5-89	Operationen an Haut und Unterhaut	-0,046062
5-90	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	-0,067866
5-91	Andere Operationen an Haut und Unterhaut	-0,084548
5-93	Angaben zum Transplantat und zu verwendeten Materialien	-0,101206
5-98	Spezielle Operationstechniken und Operationen bei speziellen Versorgungssituationen	-0,008744

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
5-99	Vorzeitiger Abbruch einer Operation	-0,003478
6-00	Applikation von Medikamenten	0,060607
8-01	Applikation von Medikamenten und Nahrung	0,048591
8-02	Therapeutische Injektion	-0,033813
8-03	Immuntherapie	-0,699307
8-10	Fremdkörperentfernung	-0,016634
8-11	Extrakorporale Stoßwellentherapie	-0,471187
8-13	Manipulationen am Harntrakt	-0,266704
8-14	Andere Formen von therapeutischer Katheterisierung und Kanüleneinlage	0,041647
8-15	Therapeutische Aspiration und Entleerung durch Punktion	0,048761
8-19	Verbände und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	0,162278
8-20	Geschlossene Reposition einer Fraktur und Gelenkluxation ohne Osteosynthese	0,623992
8-21	Forcierte Korrektur von Adhäsionen und Deformitäten	0,902156
8-22	Herstellung und Anpassung von Gesichtsepithesen	0,201024
8-31	Immobilisation mit Gipsverband	0,543420
8-39	Lagerungsbehandlung	0,161330
8-40	Extension am Skelett	-0,125394
8-41	Extension der Wirbelsäule	-0,129591
8-50	Kontrolle von Blutungen durch Tamponaden	-0,120831
8-51	Manipulation an Fetus oder Uterus während der Gravidität oder direkt postpartal	0,081529
8-52	Strahlentherapie	0,337690
8-53	Nuklearmedizinische Therapie	-0,501753
8-54	Zytostatische Chemotherapie, Immuntherapie und antiretrovirale Therapie	0,105044
8-55	Frührehabilitative Komplexbehandlung	4,282894
8-56	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen	0,129310
8-60	Hyperthermie und Hypothermie	-0,714290

OPS-Kategorie	Bezeichnung	Koeffizient
8-63	Elektrostimulation des Nervensystems	0,033191
8-64	Elektrische Konversion des Herzrhythmus	-0,097700
8-65	Elektrotherapie	0,013789
8-66	Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall	0,163495
8-70	Zugang bei maschineller Beatmung und Maßnahmen zum Offenhalten der Atemwege	0,058990
8-71	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung über Maske oder Tubus und Beatmungsentwöhnung	1,574390
8-72	Sauerstoffzufuhr	0,221363
8-80	Transfusion von Blutzellen	0,163039
8-81	Transfusion von Plasma, Plasmabestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln	0,101813
8-83	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße	0,074644
8-84	(Perkutan-)transluminale Stentimplantation	-0,081120
8-85	Extrakorporale Zirkulation und Behandlung von Blut	0,355135
8-86	Autogene und allogene Stammzelltherapie und lokale Therapie mit Blutbestandteilen und Hepatozyten	-0,067564
8-91	Schmerztherapie	0,035506
8-93	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf	0,016280
8-97	Multimodale Komplexbehandlung	-0,438088
8-98	Sonstige multimodale Komplexbehandlung	0,216761
8-99	Zusatzinformationen zu nicht operativen therapeutischen Maßnahmen	-0,136572
9-20	Hochaufwendige Pflege von Patienten	0,889294
9-26	Geburtsbegleitende Maßnahmen	-0,021540
9-28	Behandlung während der Schwangerschaft	0,069707
9-31	Phoniatrie und pädaudiologische Komplexbehandlung	0,091705
9-40	Psychosoziale, psychosomatische und neuropsychologische Therapie	0,602789
9-41	Psychotherapie	-0,148434
9-50	Präventive Maßnahmen	0,243676

<b>OPS-Kategorie</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Koeffizient</b>
9-51	Ergänzende kommunikative Maßnahmen	0,392744
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	-0,544473
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	0,028031
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	-0,487783
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	-0,463349
9-64	Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	-0,779783
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	-0,300302
9-66	NA	-0,773078
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	-0,050894
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen	0,370639
9-69	Zusatzinformationen zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	-1,307601
9-98	Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, und Pflegebedürftigkeit	0,448312
9-99	NA	2,014566



Tabelle 30: Koeffizientenschätzer zu den ICD-Gruppen (ICD-10-GM)

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
A00	Cholera	2,360289
A01	Typhus abdominalis und Paratyphus	0,627377
A02	Sonstige Salmonelleninfektionen	-0,377656
A05	Sonstige bakteriell bedingte Lebensmittelvergiftungen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,271706
A06	Amöbiasis	-0,556175
A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	-0,131191
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	-0,172780
A15	Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert	0,364772
A16	Tuberkulose der Atmungsorgane, weder bakteriologisch, molekularbiologisch noch histologisch gesichert	0,025176
A17	Tuberkulose des Nervensystems	2,002454
A18	Tuberkulose sonstiger Organe	0,003180
A21	Tularämie	-1,823845
A23	Brucellose	-1,455825
A27	Leptospirose	-1,026010
A28	Sonstige bakterielle Zoonosen, anderenorts nicht klassifiziert	0,085553
A30	Lepra [Aussatz]	-0,731191
A31	Infektion durch sonstige Mykobakterien	0,136778
A32	Listeriose	0,213524
A37	Keuchhusten	-0,223736
A39	Meningokokkeninfektion	-0,613091
A40	Streptokokkensepsis	-0,026107
A42	Aktinomykose	-0,094529
A43	Nokardiose	2,458029
A44	Bartonellose	-1,970482
A46	Erysipel [Wundrose]	0,032020

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
A48	Sonstige bakterielle Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	-0,275439
A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	-0,016992
A50	Syphilis connata	-0,204600
A51	Frühsyphilis	-0,071881
A52	Spätsyphilis	-0,378051
A54	Gonokokkeninfektion	-0,638939
A55	Lymphogranuloma inguinale (venereum) durch Chlamydien	-0,337047
A56	Sonstige durch Geschlechtsverkehr übertragene Chlamydienkrankheiten	-0,527883
A57	Ulcus molle (venereum)	0,368557
A58	Granuloma venereum (inguinale)	-1,320826
A59	Trichomoniasis	0,055793
A60	Infektionen des Anogenitalbereiches durch Herpesviren [Herpes simplex]	0,095644
A63	Sonstige vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	0,141688
A64	Durch Geschlechtsverkehr übertragene Krankheiten, nicht näher bezeichnet	-0,337510
A67	Pinta [Carate]	-1,213589
A68	Rückfallfieber	-0,854243
A69	Sonstige Spirochäteninfektionen	-0,169566
A70	Infektionen durch Chlamydia psittaci	0,966862
A74	Sonstige Krankheiten durch Chlamydien	0,092749
A78	Q-Fieber	1,848411
A79	Sonstige Rickettsiosen	-1,566859
A80	Akute Poliomyelitis [Spinale Kinderlähmung]	-0,221470
A81	Atypische Virusinfektionen des Zentralnervensystems	0,418148
A85	Sonstige Viruszephalitis, anderenorts nicht klassifiziert	0,320870
A87	Virusmeningitis	-0,325159
A93	Sonstige durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	-2,890587

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
A97	Dengue	-0,135508
A98	Sonstige hämorrhagische Viruskrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	-0,995167
A99	Nicht näher bezeichnete hämorrhagische Viruskrankheit	1,778574
B02	Zoster [Herpes zoster]	0,015616
B08	Sonstige Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind, anderenorts nicht klassifiziert	-0,055230
B09	Nicht näher bezeichnete Virusinfektion, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet ist	-0,121218
B15	Akute Virushepatitis A	-0,389946
B16	Akute Virushepatitis B	-0,109038
B17	Sonstige akute Virushepatitis	-0,619678
B18	Chronische Virushepatitis	-0,081746
B19	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis	-0,275680
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	-0,379474
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	0,136828
B23	Sonstige Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	-0,012513
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]	-0,036002
B25	Zytomegalie	-0,048467
B27	Infektiöse Mononukleose	-0,511359
B33	Sonstige Viruskrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	-0,149174
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	-0,354794
B35	Dermatophytose [Tinea]	0,156182
B36	Sonstige oberflächliche Mykosen	0,111115
B37	Kandidose	0,168357
B39	Histoplasmose	0,192569
B43	Chromomykose und chromomykotischer Abszess	-1,498708
B44	Aspergillose	0,031124

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
B45	Kryptokokkose	-0,515165
B46	Zygomycose	-0,252849
B48	Sonstige Mykosen, anderenorts nicht klassifiziert	0,025360
B50	Malaria tropica durch Plasmodium falciparum	-0,703668
B51	Malaria tertiana durch Plasmodium vivax	0,856835
B52	Malaria quartana durch Plasmodium malariae	-1,465011
B53	Sonstige parasitologisch bestätigte Malaria	0,196309
B55	Leishmaniose	-0,413394
B58	Toxoplasmose	0,420141
B59	Pneumozystose	0,194424
B60	Sonstige Protozoenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	-0,786017
B64	Nicht näher bezeichnete Protozoenkrankheit	0,938292
B65	Schistosomiasis [Bilharziose]	0,485362
B67	Echinokokkose	0,076595
B70	Diphyllobothriose und Sparganose	-0,997168
B71	Befall durch sonstige Zestoden	-0,431223
B76	Hakenwurm-Krankheit	2,847949
B77	Askaridose	-0,374097
B78	Strongyloidiasis	-0,966409
B79	Trichuriasis	-0,238411
B81	Sonstige intestinale Helminthosen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,026521
B82	Nicht näher bezeichneter intestinaler Parasitismus	-0,411623
B83	Sonstige Helminthosen	1,062029
B85	Pedikulose [Läusebefall] und Phthiriasis [Filzläusebefall]	0,020245
B86	Skabies	-0,196149
B87	Myiasis	-0,184362
B90	Folgezustände der Tuberkulose	-0,423975
B91	Folgezustände der Poliomyelitis	0,223313

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
B94	Folgezustände sonstiger und nicht näher bezeichneter infektiöser und parasitärer Krankheiten	-0,645654
B95	Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0,066436
B96	Sonstige näher bezeichnete Bakterien als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0,091080
B97	Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0,145854
B98	Sonstige näher bezeichnete infektiöse Erreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	0,238838
B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	-0,101608
C00	Bösartige Neubildung der Lippe	0,018346
C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes	0,412612
C02	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Zunge	0,304524
C03	Bösartige Neubildung des Zahnfleisches	0,205689
C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	0,433778
C05	Bösartige Neubildung des Gaumens	0,036308
C06	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	0,436563
C07	Bösartige Neubildung der Parotis	-0,305886
C08	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen	-0,267063
C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	0,036605
C10	Bösartige Neubildung des Oropharynx	0,822580
C11	Bösartige Neubildung des Nasopharynx	0,418701
C12	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis	0,436696
C13	Bösartige Neubildung des Hypopharynx	0,600488
C14	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx	0,035990
C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	0,332103
C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,257542
C18	Bösartige Neubildung des Kolons	-0,024419

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	-0,126398
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,327934
C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	0,449962
C22	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	0,330069
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase	0,244089
C24	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	0,308557
C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	0,654014
C26	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane	0,060396
C30	Bösartige Neubildung der Nasenhöhle und des Mittelohres	-0,090494
C31	Bösartige Neubildung der Nasennebenhöhlen	0,170350
C32	Bösartige Neubildung des Larynx	0,339798
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	0,397141
C38	Bösartige Neubildung des Herzens, des Mediastinums und der Pleura	0,287322
C39	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe	0,168678
C40	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten	0,524831
C41	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	0,287407
C43	Bösartiges Melanom der Haut	0,057832
C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	-0,213210
C45	Mesotheliom	0,226970
C46	Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]	-0,074852
C47	Bösartige Neubildung der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems	0,440298
C48	Bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums	0,164376

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	0,279026
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	0,351890
C51	Bösartige Neubildung der Vulva	0,105964
C52	Bösartige Neubildung der Vagina	0,446146
C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	0,194519
C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	0,052145
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,320841
C57	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane	0,308175
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta	0,993213
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	0,634206
C62	Bösartige Neubildung des Hodens	-0,191995
C63	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter männlicher Genitalorgane	0,661744
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	0,084326
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	-0,026977
C66	Bösartige Neubildung des Ureters	-0,121096
C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	0,017552
C68	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane	0,415369
C69	Bösartige Neubildung des Auges und der Augenanhängsgebilde	0,117967
C70	Bösartige Neubildung der Meningen	0,378794
C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	0,438156
C72	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems	0,403392
C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	0,000984
C74	Bösartige Neubildung der Nebenniere	0,177254
C76	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen	0,040829

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	0,107474
C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	0,302941
C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	0,259216
C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	0,131655
C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	0,422446
C82	Folikuläres Lymphom	0,012009
C83	Nicht follikuläres Lymphom	0,436451
C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	0,163974
C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	0,418795
C88	Bösartige immunproliferative Krankheiten	0,048554
C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	0,251459
C91	Lymphatische Leukämie	0,172905
C92	Myeloische Leukämie	0,193348
C93	Monozytenleukämie	0,076484
C94	Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps	0,113884
C95	Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps	0,328811
C96	Sonstige und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	-0,170904
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	-0,082741
D01	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane	-0,163187
D02	Carcinoma in situ des Mittelohres und des Atmungssystems	0,000517
D03	Melanoma in situ	-0,307056
D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	-0,122018
D06	Carcinoma in situ der Cervix uteri	-0,172890
D07	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane	-0,181720



ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
D09	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen	-0,119670
D10	Gutartige Neubildung des Mundes und des Pharynx	-0,122733
D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	-0,156990
D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	-0,072527
D13	Gutartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Teile des Verdauungssystems	-0,109445
D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	-0,131926
D15	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	0,245315
D16	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels	0,318467
D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	-0,184307
D18	Hämangiom und Lymphangiom	-0,146033
D19	Gutartige Neubildung des mesothelialen Gewebes	-0,040570
D20	Gutartige Neubildung des Weichteilgewebes des Retroperitoneums und des Peritoneums	-0,259830
D21	Sonstige gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	0,027722
D23	Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	0,007328
D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	-0,076765
D25	Leiomyom des Uterus	-0,196886
D26	Sonstige gutartige Neubildungen des Uterus	0,116246
D27	Gutartige Neubildung des Ovars	-0,183888
D28	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane	0,212385
D29	Gutartige Neubildung der männlichen Genitalorgane	-0,101647
D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	-0,136739
D32	Gutartige Neubildung der Meningen	0,076652
D34	Gutartige Neubildung der Schilddrüse	0,047044
D35	Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen	-0,068669

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
D36	Gutartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	-0,005041
D37	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane	-0,017156
D39	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	-0,161153
D40	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der männlichen Genitalorgane	-0,135300
D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Harnorgane	-0,190931
D42	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Meningen	0,199637
D43	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	0,219285
D44	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der endokrinen Drüsen	0,013730
D45	Polycythaemia vera	0,051220
D46	Myelodysplastische Syndrome	0,001843
D47	Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	0,037583
D48	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	-0,014295
D50	Eisenmangelanämie	0,056038
D51	Vitamin-B12-Mangelanämie	0,033000
D52	Folsäure-Mangelanämie	0,177620
D53	Sonstige alimentäre Anämien	0,013152
D55	Anämie durch Enzymdefekte	-0,401092
D56	Thalassämie	-0,070698
D57	Sichelzellenkrankheiten	-0,243974
D61	Sonstige aplastische Anämien	0,004760
D62	Akute Blutungsanämie	0,096244
D63	Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,133972

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
D64	Sonstige Anämien	0,088396
D65	Disseminierte intravasale Gerinnung [Defibrinationssyndrom]	-0,104046
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel	0,159957
D68	Sonstige Koagulopathien	0,081634
D69	Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	-0,098843
D70	Agranulozytose und Neutropenie	-0,101416
D71	Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten	1,002428
D72	Sonstige Krankheiten der Leukozyten	0,011434
D73	Krankheiten der Milz	-0,024200
D74	Methämoglobinämie	-0,956505
D75	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	-0,034539
D76	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Beteiligung des lymphoretikulären Gewebes und des retikuloendothelialen Systems	-0,179444
D81	Kombinierte Immundefekte	0,398348
D82	Immundefekt in Verbindung mit anderen schweren Defekten	0,280497
D86	Sarkoidose	0,043163
D89	Sonstige Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert	-0,144874
D90	Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen	0,046839
E00	Angeborenes Jodmangelsyndrom	0,102556
E01	Jodmangelbedingte Schilddrüsenerkrankungen und verwandte Zustände	-0,049064
E03	Sonstige Hypothyreose	0,041904
E04	Sonstige nichttoxische Struma	-0,049006
E05	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]	0,050464
E06	Thyreoiditis	0,017771
E07	Sonstige Krankheiten der Schilddrüse	0,190146
E10	Diabetes mellitus, Typ 1	1,197126

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	0,427069
E12	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	1,190171
E13	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	0,545574
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	0,410482
E15	Hypoglykämisches Koma, nichtdiabetisch	-0,259760
E16	Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas	0,046137
E20	Hypoparathyreoidismus	0,533779
E21	Hyperparathyreoidismus und sonstige Krankheiten der Nebenschilddrüse	0,106484
E22	Überfunktion der Hypophyse	0,051362
E23	Unterfunktion und andere Störungen der Hypophyse	0,200785
E24	Cushing-Syndrom	0,139306
E25	Adrenogenitale Störungen	-0,665837
E26	Hyperaldosteronismus	0,022679
E28	Ovarielle Dysfunktion	0,033820
E30	Pubertätsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,196691
E31	Polyglanduläre Dysfunktion	-0,438593
E32	Krankheiten des Thymus	0,206756
E34	Sonstige endokrine Störungen	0,088476
E35	Störungen der endokrinen Drüsen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,138169
E40	Kwashiorkor	0,208062
E41	Alimentärer Marasmus	0,178552
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	0,108999
E44	Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades	0,084835
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung	0,167677
E50	Vitamin-A-Mangel	-0,023022
E51	Thiaminmangel [Vitamin-B1-Mangel]	0,119845

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
E52	Niazinmangel [Pellagra]	-0,448343
E53	Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	0,131608
E55	Vitamin-D-Mangel	0,059240
E56	Sonstige Vitaminmangelzustände	-0,048460
E58	Alimentärer Kalziummangel	0,038640
E60	Alimentärer Zinkmangel	-0,075734
E61	Mangel an sonstigen Spurenelementen	0,052698
E63	Sonstige alimentäre Mangelzustände	0,086119
E64	Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen	0,068309
E65	Lokalisierte Adipositas	1,156038
E66	Adipositas	0,094483
E68	Folgen der Überernährung	0,401075
E70	Störungen des Stoffwechsels aromatischer Aminosäuren	-0,364896
E71	Störungen des Stoffwechsels verzweigter Aminosäuren und des Fettsäurestoffwechsels	0,070129
E72	Sonstige Störungen des Aminosäurestoffwechsels	0,120852
E73	Laktoseintoleranz	-0,065511
E74	Sonstige Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels	-0,086616
E75	Störungen des Sphingolipidstoffwechsels und sonstige Störungen der Lipidspeicherung	0,124924
E76	Störungen des Glykosaminoglykan-Stoffwechsels	-0,208123
E77	Störungen des Glykoproteinstoffwechsels	-0,185537
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	-0,009416
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	0,029808
E80	Störungen des Porphyrin- und Bilirubinstoffwechsels	-0,218227
E83	Störungen des Mineralstoffwechsels	0,073979
E84	Zystische Fibrose	0,738706
E86	Volumenmangel	0,039530
E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	0,150539

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	0,132690
E89	Endokrine und Stoffwechselstörungen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,008813
E90	Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,562835
F00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit	0,519811
F01	Vaskuläre Demenz	0,635130
F02	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,425172
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	0,593510
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,231501
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	0,428476
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	0,356506
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	0,387242
F09	Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung	0,238115
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	-0,168490
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	-0,081654
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	-0,366385
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	0,218504
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	-0,099740
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	-0,142765
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	0,029661
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	-0,020359
F18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	0,976947
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	-0,097675

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
F20	Schizophrenie	0,196865
F21	Schizotype Störung	-0,013014
F22	Anhaltende wahnhafte Störungen	0,148258
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	-0,255976
F24	Induzierte wahnhafte Störung	-0,453204
F25	Schizoaffektive Störungen	0,126298
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	0,293106
F30	Manische Episode	-0,285225
F31	Bipolare affektive Störung	0,068759
F32	Depressive Episode	0,079586
F33	Rezidivierende depressive Störung	0,008145
F34	Anhaltende affektive Störungen	-0,081234
F40	Phobische Störungen	-0,192626
F41	Andere Angststörungen	0,030639
F42	Zwangsstörung	-0,217110
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	-0,005494
F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	0,080772
F45	Somatoforme Störungen	-0,164489
F48	Andere neurotische Störungen	-0,246006
F50	Essstörungen	-0,175955
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	-0,112101
F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	-0,291953
F53	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	0,433042
F55	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	0,113041
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	-0,069605
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,054360
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	-0,151119

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	0,050375
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	-0,082606
F64	Störungen der Geschlechtsidentität	0,244580
F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	0,426175
F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	-0,047791
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	0,056883
F70	Leichte Intelligenzminderung	0,441542
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	0,658798
F72	Schwere Intelligenzminderung	0,991812
F73	Schwerste Intelligenzminderung	0,914755
F74	Dissoziierte Intelligenz	-0,081987
F78	Andere Intelligenzminderung	0,595191
F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	0,467044
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	-0,286742
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	0,290662
F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	0,079142
F88	Andere Entwicklungsstörungen	-0,226486
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	0,264394
F90	Hyperkinetische Störungen	-0,024730
F91	Störungen des Sozialverhaltens	0,056841
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	-0,199842
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	-0,308904
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	-0,151291
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	-0,071210
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe	0,107862



ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
G00	Bakterielle Meningitis, anderenorts nicht klassifiziert	-0,315167
G02	Meningitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	-0,312570
G03	Meningitis durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	0,053118
G04	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	-0,055413
G06	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome	0,331144
G08	Intrakranielle und intraspinale Phlebitis und Thrombophlebitis	0,027566
G09	Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems	-0,037755
G10	Chorea Huntington	0,542264
G11	Hereditäre Ataxie	0,283235
G12	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome	0,740030
G13	Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,016637
G20	Primäres Parkinson-Syndrom	0,520012
G21	Sekundäres Parkinson-Syndrom	0,471996
G22	Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,969282
G23	Sonstige degenerative Krankheiten der Basalganglien	0,444570
G24	Dystonie	0,099326
G25	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	0,113893
G26	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,256055
G30	Alzheimer-Krankheit	0,161215
G31	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert	0,135615
G32	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,353070
G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	0,222489
G36	Sonstige akute disseminierte Demyelinisation	0,280083

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
G37	Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems	0,272839
G40	Epilepsie	0,169976
G41	Status epilepticus	0,266909
G43	Migräne	-0,118783
G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	-0,026726
G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	-0,547958
G46	Zerebrale Gefäßsyndrome bei zerebrovaskulären Krankheiten	0,000088
G47	Schlafstörungen	0,042674
G50	Krankheiten des N. trigeminus [V. Hirnnerv]	-0,013147
G51	Krankheiten des N. facialis [VII. Hirnnerv]	0,233348
G52	Krankheiten sonstiger Hirnnerven	0,121772
G53	Krankheiten der Hirnnerven bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,122959
G54	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus	0,291027
G55	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,197610
G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	0,236172
G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	0,409830
G58	Sonstige Mononeuropathien	0,220105
G60	Hereditäre und idiopathische Neuropathie	0,264312
G61	Polyneuritis	0,162592
G62	Sonstige Polyneuropathien	0,120672
G63	Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,255304
G70	Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten	0,157208
G71	Primäre Myopathien	0,036515
G73	Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,064448
G80	Infantile Zerebralparese	0,593701

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
G81	Hemiparese und Hemiplegie	0,556081
G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	0,514416
G83	Sonstige Lähmungssyndrome	0,258779
G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	-0,040802
G91	Hydrozephalus	0,042834
G92	Toxische Enzephalopathie	0,226355
G93	Sonstige Krankheiten des Gehirns	0,015309
G94	Sonstige Krankheiten des Gehirns bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,156006
G95	Sonstige Krankheiten des Rückenmarkes	0,244483
G96	Sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems	-0,016847
G97	Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,090302
G99	Sonstige Krankheiten des Nervensystems bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,042674
H00	Hordeolum und Chalazion	-0,434005
H01	Sonstige Entzündung des Augenlides	0,092238
H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	0,019449
H03	Affektionen des Augenlides bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,099517
H05	Affektionen der Orbita	0,033685
H06	Affektionen des Tränenapparates und der Orbita bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,013460
H10	Konjunktivitis	0,070252
H11	Sonstige Affektionen der Konjunktiva	0,076245
H13	Affektionen der Konjunktiva bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,006538
H15	Affektionen der Sklera	0,257554
H16	Keratitis	0,023421
H17	Hornhautnarben und -trübungen	0,162008
H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	-0,013555
H19	Affektionen der Sklera und der Hornhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,347572

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
H20	Iridozyklitis	0,123651
H21	Sonstige Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers	0,178139
H22	Affektionen der Iris und des Ziliarkörpers bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,139107
H25	Cataracta senilis	-0,017967
H27	Sonstige Affektionen der Linse	0,011670
H28	Katarakt und sonstige Affektionen der Linse bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,145274
H30	Chorioretinitis	0,088081
H31	Sonstige Affektionen der Aderhaut	0,048988
H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	0,021042
H34	Netzhautgefäßverschluss	0,089087
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	0,005239
H36	Affektionen der Netzhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,161042
H40	Glaukom	0,043778
H42	Glaukom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,373510
H44	Affektionen des Augapfels	0,126499
H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,096185
H46	Neuritis nervi optici	-0,196639
H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	0,043849
H48	Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,153050
H49	Strabismus paralyticus	0,060059
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	0,129864
H53	Sehstörungen	-0,014996
H54	Blindheit und Sehbeeinträchtigung	0,070985
H55	Nystagmus und sonstige abnorme Augenbewegungen	-0,156802
H57	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhängsgebilde	-0,016532

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
H58	Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,074281
H59	Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,047895
H60	Otitis externa	-0,173752
H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	0,011869
H62	Krankheiten des äußeren Ohres bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,117853
H65	Nichteitrige Otitis media	0,091200
H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	-0,028149
H67	Otitis media bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,073434
H69	Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva	0,109277
H70	Mastoiditis und verwandte Zustände	-0,218508
H72	Trommelfellperforation	-0,171307
H74	Sonstige Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	-0,125301
H80	Otosklerose	0,039648
H81	Störungen der Vestibularfunktion	-0,134871
H82	Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,041395
H83	Sonstige Krankheiten des Innenohres	-0,151340
H90	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung	0,032580
H91	Sonstiger Hörverlust	-0,008776
H92	Otalgie und Ohrenfluss	-0,083915
H93	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	-0,099148
I00	Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung	0,429504
I02	Rheumatische Chorea	-0,067008
I05	Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	-0,036821
I06	Rheumatische Aortenklappenkrankheiten	-0,366325
I07	Rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	0,002115
I08	Krankheiten mehrerer Herzklappen	-0,101250

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	0,082898
I11	Hypertensive Herzkrankheit	0,056149
I12	Hypertensive Nierenkrankheit	0,103827
I13	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit	0,035492
I15	Sekundäre Hypertonie	0,078651
I20	Angina pectoris	-0,019787
I21	Akuter Myokardinfarkt	1,098106
I22	Rezidivierender Myokardinfarkt	0,216896
I23	Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	0,481375
I24	Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	0,017847
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	0,100387
I26	Lungenembolie	0,632741
I27	Sonstige pulmonale Herzkrankheiten	0,087578
I30	Akute Perikarditis	-0,156254
I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	0,127750
I33	Akute und subakute Endokarditis	0,567276
I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	-0,006265
I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	-0,002043
I36	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten	-0,021690
I37	Pulmonalklappenkrankheiten	-0,067222
I38	Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet	0,137330
I39	Endokarditis und Herzklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,161027
I40	Akute Myokarditis	-0,112223
I42	Kardiomyopathie	0,155489
I43	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,107147
I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	-0,024156
I45	Sonstige kardiale Erregungsleitungsstörungen	-0,055349
I46	Herzstillstand	0,298739

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
I47	Paroxysmale Tachykardie	-0,016268
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	0,094408
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	-0,067636
I50	Herzinsuffizienz	0,197004
I51	Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit	0,062941
I52	Sonstige Herzkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,320874
I60	Subarachnoidalblutung	0,180328
I61	Intrazerebrale Blutung	0,653004
I62	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung	0,161035
I63	Hirninfarkt	0,326863
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	0,057014
I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	-0,126867
I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	-0,030881
I68	Zerebrovaskuläre Störungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,209098
I69	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	0,048379
I70	Atherosklerose	0,052629
I71	Aortenaneurysma und -dissektion	0,040306
I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	-0,111856
I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	-0,050113
I78	Krankheiten der Kapillaren	-0,012595
I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,074483
I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	1,014260
I81	Pfortaderthrombose	0,053889
I82	Sonstige venöse Embolie und Thrombose	0,352860
I83	Varizen der unteren Extremitäten	0,512555
I85	Ösophagusvarizen	0,016477
I86	Varizen sonstiger Lokalisationen	0,004295

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
I87	Sonstige Venenkrankheiten	0,371111
I88	Unspezifische Lymphadenitis	-0,248755
I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	0,553405
I95	Hypotonie	0,001954
I97	Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,045951
I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	0,026667
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	-0,034786
J01	Akute Sinusitis	-0,234437
J02	Akute Pharyngitis	-0,051663
J03	Akute Tonsillitis	-0,339902
J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	0,086937
J05	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] und Epiglottitis	0,066458
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	-0,080246
J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren	-0,112064
J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	-0,205509
J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen	-0,096422
J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	0,396439
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	-0,286444
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	-0,013159
J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	-0,059244
J17	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,104763
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	-0,055705
J20	Akute Bronchitis	0,030940
J21	Akute Bronchiolitis	0,016410
J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	-0,128178
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	-0,061022



ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
J31	Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	0,099641
J32	Chronische Sinusitis	-0,128768
J33	Nasendpolyp	-0,163156
J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	-0,276918
J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	-0,214832
J36	Peritonsillarabszess	-0,443544
J37	Chronische Laryngitis und Laryngotracheitis	0,007448
J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	0,259290
J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	0,071020
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	-0,035869
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	-0,018561
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	0,331841
J45	Asthma bronchiale	0,134322
J46	Status asthmaticus	0,082909
J47	Bronchiektasen	0,246722
J60	Kohlenbergarbeiter-Pneumokoniose	-0,322327
J61	Pneumokoniose durch Asbest und sonstige anorganische Fasern	-0,043360
J65	Pneumokoniose in Verbindung mit Tuberkulose	-1,887013
J66	Krankheit der Atemwege durch spezifischen organischen Staub	0,933003
J67	Allergische Alveolitis durch organischen Staub	0,120628
J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	0,224936
J70	Krankheiten der Atmungsorgane durch sonstige exogene Substanzen	0,221411
J82	Eosinophiles Lungeninfiltrat, anderenorts nicht klassifiziert	0,087304
J84	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten	0,246996
J85	Abszess der Lunge und des Mediastinums	0,206482
J86	Pyothorax	0,230021
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	0,175058

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,071733
J92	Pleuraplaques	-0,177972
J93	Pneumothorax	-0,039407
J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,049597
J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	0,335601
J98	Sonstige Krankheiten der Atemwege	0,045481
J99	Krankheiten der Atemwege bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,104204
K01	Retinierte und impaktierte Zähne	-0,161844
K02	Zahnkaries	0,010290
K03	Sonstige Krankheiten der Zahnhartsubstanzen	0,936282
K04	Krankheiten der Pulpa und des periapikalen Gewebes	0,114251
K05	Gingivitis und Krankheiten des Parodonts	0,126461
K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	0,027343
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	0,075287
K09	Zysten der Mundregion, anderenorts nicht klassifiziert	-0,242549
K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	-0,176723
K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	-0,033527
K13	Sonstige Krankheiten der Lippe und der Mundschleimhaut	-0,209015
K14	Krankheiten der Zunge	-0,061240
K20	Ösophagitis	-0,001661
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	-0,000070
K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	-0,026361
K23	Krankheiten des Ösophagus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,026479
K25	Ulcus ventriculi	0,045334
K26	Ulcus duodeni	0,096094
K27	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet	0,218267
K28	Ulcus pepticum jejuni	0,009830

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
K29	Gastritis und Duodenitis	0,013654
K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenum	0,040525
K35	Akute Appendizitis	-0,601748
K36	Sonstige Appendizitis	-0,120633
K37	Nicht näher bezeichnete Appendizitis	-0,114556
K38	Sonstige Krankheiten der Appendix	-0,175928
K40	Hernia inguinalis	-0,336746
K41	Hernia femoralis	-0,138268
K42	Hernia umbilicalis	0,081296
K43	Hernia ventralis	0,161267
K44	Hernia diaphragmatica	-0,071349
K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	0,087709
K51	Colitis ulcerosa	0,216386
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	-0,025641
K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	0,068267
K57	Divertikulose des Darmes	-0,230820
K58	Reizdarmsyndrom	-0,130488
K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	0,086033
K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	-0,013320
K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	0,277395
K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	-0,037156
K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	-0,011020
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	-0,009710
K65	Peritonitis	0,007453
K66	Sonstige Krankheiten des Peritoneums	-0,068568
K71	Toxische Leberkrankheit	-0,003656
K72	Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert	0,270313
K73	Chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	-0,131193
K74	Fibrose und Zirrhose der Leber	0,118510
K75	Sonstige entzündliche Leberkrankheiten	-0,080696

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	-0,053356
K77	Leberkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,003075
K80	Cholelithiasis	-0,200582
K81	Cholezystitis	-0,065215
K82	Sonstige Krankheiten der Gallenblase	0,026777
K83	Sonstige Krankheiten der Gallenwege	0,092905
K85	Akute Pankreatitis	-0,300064
K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	0,052026
K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,167647
K90	Intestinale Malabsorption	-0,057865
K91	Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,219173
K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	-0,000085
K93	Krankheiten sonstiger Verdauungsorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,687021
L00	Staphylococcal scalded skin syndrome [SSS-Syndrom]	-0,227251
L01	Impetigo	-0,390190
L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	-0,009657
L03	Phlegmone	0,019410
L04	Akute Lymphadenitis	-0,430141
L05	Pilonidalzyste	0,176339
L08	Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut	0,221996
L10	Pemphiguskrankheiten	-0,116600
L12	Pemphigoidkrankheiten	0,206145
L13	Sonstige bullöse Dermatosen	0,007228
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	-0,127024
L22	Windeldermatitis	0,006425
L23	Allergische Kontaktdermatitis	-0,033065
L24	Toxische Kontaktdermatitis	0,107137

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
L25	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis	0,083748
L26	Exfoliative Dermatitis	0,883202
L27	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen	-0,038832
L28	Lichen simplex chronicus und Prurigo	-0,014517
L29	Pruritus	-0,017739
L40	Psoriasis	-0,035267
L41	Parapsoriasis	-0,450398
L43	Lichen ruber planus	-0,234411
L44	Sonstige papulosquamöse Hautkrankheiten	0,238787
L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,925336
L50	Urtikaria	-0,037555
L52	Erythema nodosum	0,322239
L53	Sonstige erythematöse Krankheiten	0,093798
L55	Dermatitis solaris acuta	-0,749399
L56	Sonstige akute Hautveränderungen durch Ultraviolettstrahlen	-0,162555
L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	-0,005809
L58	Radiodermatitis	0,051543
L59	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	-0,088979
L60	Krankheiten der Nägel	0,072555
L62	Krankheiten der Nägel bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-2,665808
L63	Alopecia areata	-0,443020
L64	Alopecia androgenetica	0,344497
L65	Sonstiger Haarausfall ohne Narbenbildung	-0,130321
L66	Narbige Alopezie [Haarausfall mit Narbenbildung]	-0,174328
L68	Hypertrichose	0,011043
L70	Akne	-0,119506

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
L71	Rosazea	-0,235563
L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	-0,149991
L73	Sonstige Krankheiten der Haarfollikel	0,352576
L74	Krankheiten der ekkrinen Schweißdrüsen	-0,204447
L82	Seborrhoische Keratose	-0,068513
L84	Hühneraugen und Horn- (Haut-) Schwielen	0,065161
L85	Sonstige Epidermisverdickung	-0,089046
L86	Keratom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	2,665962
L87	Störungen der transepidermalen Elimination	0,230385
L88	Pyoderma gangraenosum	0,653476
L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	0,890120
L90	Atrophische Hautkrankheiten	0,044501
L91	Hypertrophe Hautkrankheiten	-0,009525
L92	Granulomatöse Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,031420
L93	Lupus erythematoses	-0,056803
L94	Sonstige lokalisierte Krankheiten des Bindegewebes	-0,191880
L95	Anderenorts nicht klassifizierte Vaskulitis, die auf die Haut begrenzt ist	0,052181
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	0,581645
L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	0,446593
L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,264420
M00	Eitrige Arthritis	-0,010157
M01	Direkte Gelenkinfektionen bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten	-0,171306
M02	Reaktive Arthritiden	-0,134344
M03	Postinfektiöse und reaktive Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,054954
M05	Seropositive chronische Polyarthritiden	0,049091
M06	Sonstige chronische Polyarthritiden	0,074911

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
M07	Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten	0,089108
M08	Juvenile Arthritis	0,703726
M09	Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,438805
M10	Gicht	0,179499
M11	Sonstige Kristall-Arthropathien	-0,035461
M12	Sonstige näher bezeichnete Arthropathien	0,034151
M13	Sonstige Arthritis	0,146241
M14	Arthropathien bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,119937
M15	Polyarthrose	-0,175301
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	0,366128
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	0,117233
M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	0,070657
M19	Sonstige Arthrose	-0,015830
M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	0,602305
M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	0,590653
M22	Krankheiten der Patella	0,583617
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	0,270250
M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	0,306298
M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	0,139617
M31	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien	0,050215
M32	Systemischer Lupus erythematoses	0,159467
M33	Dermatomyositis-Polymyositis	0,124106
M34	Systemische Sklerose	0,018209
M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	-0,029783
M40	Kyphose und Lordose	-0,042722
M41	Skoliose	-0,003229
M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	-0,021713

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	0,042527
M45	Spondylitis ankylosans	0,076827
M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	0,270951
M47	Spondylose	-0,048181
M48	Sonstige Spondylopathien	0,118017
M49	Spondylopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,011074
M50	Zervikale Bandscheibenschäden	0,220895
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	0,362845
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	0,066720
M54	Rückenschmerzen	0,257649
M60	Myositis	0,047422
M62	Sonstige Muskelkrankheiten	0,005808
M63	Muskelkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,329229
M65	Synovitis und Tenosynovitis	-0,018747
M66	Spontanruptur der Synovialis und von Sehnen	0,671349
M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	0,102531
M68	Krankheiten der Synovialis und der Sehnen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,075275
M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	-0,052482
M71	Sonstige Bursopathien	-0,046395
M72	Fibromatosen	0,702012
M73	Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,470425
M75	Schulterläsionen	0,579285
M76	Enthesopathien der unteren Extremität mit Ausnahme des Fußes	0,538907
M77	Sonstige Enthesopathien	0,122281
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	-0,018531



ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	0,396925
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	0,171357
M82	Osteoporose bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,023740
M83	Osteomalazie im Erwachsenenalter	0,394033
M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	0,323047
M85	Sonstige Veränderungen der Knochendichte und -struktur	0,039589
M86	Osteomyelitis	0,263198
M87	Knochennekrose	0,276776
M88	Osteodystrophia deformans [Paget-Krankheit]	-0,236145
M89	Sonstige Knochenkrankheiten	0,246335
M90	Osteopathien bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,224708
M91	Juvenile Osteochondrose der Hüfte und des Beckens	1,484647
M92	Sonstige juvenile Osteochondrosen	0,385593
M93	Sonstige Osteochondropathien	0,304418
M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	-0,103225
M95	Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	-0,282532
M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,057588
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,083568
N01	Rapid-progressives nephritisches Syndrom	0,208746
N02	Rezidivierende und persistierende Hämaturie	0,101075
N03	Chronisches nephritisches Syndrom	0,075352
N04	Nephrotisches Syndrom	0,467189
N05	Nicht näher bezeichnetes nephritisches Syndrom	0,293199
N06	Isolierte Proteinurie mit Angabe morphologischer Veränderungen	0,254256
N07	Hereditäre Nephropathie, anderenorts nicht klassifiziert	0,170441
N08	Glomeruläre Krankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,037176
N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	-0,377840

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
N11	Chronische tubulointerstitielle Nephritis	0,151417
N12	Tubulointerstitielle Nephritis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	-0,175872
N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	0,121426
N16	Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,217940
N17	Akutes Nierenversagen	0,155634
N18	Chronische Nierenkrankheit	0,101993
N19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz	0,091803
N20	Nieren- und Ureterstein	-0,333527
N21	Stein in den unteren Harnwegen	-0,050667
N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	-0,223050
N25	Krankheiten infolge Schädigung der tubulären Nierenfunktion	0,091618
N26	Schrumpfniere, nicht näher bezeichnet	-0,008067
N27	Kleine Niere unbekannter Ursache	0,301962
N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	-0,099176
N30	Zystitis	0,053081
N31	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	0,508704
N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	0,050998
N33	Krankheiten der Harnblase bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,377385
N34	Urethritis und urethrales Syndrom	-0,133895
N35	Harnröhrenstriktur	-0,034482
N36	Sonstige Krankheiten der Harnröhre	-0,062628
N37	Krankheiten der Harnröhre bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,109128
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	0,170409
N40	Prostatahyperplasie	-0,039154
N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	-0,339060
N42	Sonstige Krankheiten der Prostata	-0,008664

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	-0,287877
N45	Orchitis und Epididymitis	-0,257090
N46	Sterilität beim Mann	0,221020
N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	0,112194
N48	Sonstige Krankheiten des Penis	-0,108111
N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	-0,128364
N50	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane	0,134459
N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	0,309860
N60	Gutartige Mammadysplasie [Brustdrüsendysplasie]	0,022597
N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	-0,412459
N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	0,535831
N63	Nicht näher bezeichnete Knoten in der Mamma [Brustdrüse]	0,160541
N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	-0,137310
N70	Salpingitis und Oophoritis	-0,197269
N71	Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix	-0,163459
N72	Entzündliche Krankheit der Cervix uteri	-0,091672
N75	Krankheiten der Bartholin-Drüsen	-0,038241
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	-0,085372
N77	Vulvovaginale Ulzeration und Entzündung bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	-0,131325
N80	Endometriose	0,066094
N81	Genitalprolaps bei der Frau	-0,301035
N82	Fisteln mit Beteiligung des weiblichen Genitaltraktes	0,585224
N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	-0,123642
N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix	-0,091015
N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri	-0,006436
N87	Dysplasie der Cervix uteri	-0,130030

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
N88	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Cervix uteri	-0,068155
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	-0,119450
N90	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vulva und des Perineums	0,226048
N91	Ausgebliebene, zu schwache oder zu seltene Menstruation	-0,175540
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	-0,078342
N93	Sonstige abnorme Uterus- oder Vaginalblutung	-0,191665
N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	-0,040478
N95	Klimakterische Störungen	-0,146316
N96	Neigung zu habituellem Abort	-1,900661
N97	Sterilität der Frau	0,083351
N98	Komplikationen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung	-0,147521
N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,052161
O00	Extrauterin gravidität	-0,044481
O01	Blasenmole	-0,121316
O02	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte	0,275507
O03	Spontanabort	0,032965
O04	Ärztlich eingeleiteter Abort	-0,379189
O07	Mislungene Aborteinleitung	-0,887144
O08	Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Mollenschwangerschaft	-0,788303
O09	Schwangerschaftsdauer	-0,300687
O10	Vorher bestehende Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert	0,003493
O11	Chronische Hypertonie mit aufgeplopfter Präeklampsie	0,526539
O12	Gestationsödeme und Gestationsproteinurie [schwangerschaftsinduziert] ohne Hypertonie	0,241057
O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	0,228046
O14	Präeklampsie	0,329728

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
O16	Nicht näher bezeichnete Hypertonie der Mutter	-0,145907
O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	-0,231237
O22	Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen in der Schwangerschaft	0,184729
O23	Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft	-0,111162
O24	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft	0,071835
O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	0,016564
O28	Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik	0,020485
O29	Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft	0,145070
O30	Mehrlingsschwangerschaft	0,651003
O31	Komplikationen, die für eine Mehrlingsschwangerschaft spezifisch sind	-0,326146
O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus	0,062200
O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	-0,269471
O35	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie oder Schädigung des Fetus	0,509329
O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	0,112094
O40	Polyhydramnion	-0,004494
O41	Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	0,062662
O42	Vorzeitiger Blasensprung	0,144896
O43	Pathologische Zustände der Plazenta	0,151637
O44	Placenta praevia	0,120852
O45	Vorzeitige Plazentalösung [Abruptio placentae]	0,262661
O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	0,083071
O48	Übertragene Schwangerschaft	-0,159354
O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	0,835607
O61	Mislungene Geburtseinleitung	-0,149457

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
O62	Abnorme Wehentätigkeit	0,012452
O65	Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens	-0,096566
O66	Sonstiges Geburtshindernis	-0,110826
O67	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch intrapartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	0,118936
O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	0,021352
O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	-0,067135
O70	Dammriss unter der Geburt	0,018654
O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	0,118663
O72	Postpartale Blutung	0,035690
O73	Retention der Plazenta und der Eihäute ohne Blutung	-0,016959
O74	Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung	0,138845
O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	-0,202131
O80	Spontangeburt eines Einlings	-0,074392
O81	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion	0,007517
O85	Puerperalfieber	-0,080752
O86	Sonstige Wochenbettinfektionen	-0,066312
O87	Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen im Wochenbett	0,209922
O89	Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett	-0,075127
O90	Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert	0,141020
O91	Infektionen der Mamma [Brustdrüse] im Zusammenhang mit der Gestation	0,048927
O92	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] im Zusammenhang mit der Gestation und Laktationsstörungen	-0,379546
O98	Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	-0,045972

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
P00	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Zustände der Mutter, die zur vorliegenden Schwangerschaft keine Beziehung haben müssen	-0,093524
P01	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch mütterliche Schwangerschaftskomplikationen	-0,440840
P02	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten	0,257215
P03	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch sonstige Komplikationen bei Wehen und Entbindung	-0,004661
P04	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Noxen, die transplazentar oder mit der Muttermilch übertragen werden	0,387330
P05	Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung	0,132556
P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	-0,205769
P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	-0,548710
P10	Intrakranielle Verletzung und Blutung durch Geburtsverletzung	-1,083051
P12	Geburtsverletzung der behaarten Kopfhaut	-0,139781
P13	Geburtsverletzung des Skeletts	0,751498
P14	Geburtsverletzung des peripheren Nervensystems	1,901535
P20	Intrauterine Hypoxie	-0,694138
P21	Asphyxie unter der Geburt	-0,274394
P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	-0,537024
P23	Angeborene Pneumonie	-0,362065
P24	Aspirationssyndrome beim Neugeborenen	-0,121219
P25	Interstitielles Emphysem und verwandte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	-0,063724
P26	Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode	1,158830
P27	Chronische Atemwegskrankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode	0,166403
P29	Kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiode	0,013505

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
P35	Angeborene Viruskrankheiten	-0,092218
P36	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	-0,312456
P37	Sonstige angeborene infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,078642
P39	Sonstige Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	-0,239673
P50	Fetaler Blutverlust	-1,281620
P51	Nabelblutung beim Neugeborenen	1,175268
P54	Sonstige Blutungen beim Neugeborenen	-0,894737
P57	Kernikterus	1,049487
P58	Neugeborenenikterus durch sonstige gesteigerte Hämolyse	0,634614
P60	Disseminierte intravasale Gerinnung beim Fetus und Neugeborenen	-0,722859
P61	Sonstige hämatologische Krankheiten in der Perinatalperiode	0,133432
P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	-0,084910
P71	Transitorische Störungen des Kalzium- und Magnesiumstoffwechsels beim Neugeborenen	-0,175235
P72	Sonstige transitorische endokrine Krankheiten beim Neugeborenen	0,962241
P74	Sonstige transitorische Störungen des Elektrolythaushaltes und des Stoffwechsels beim Neugeborenen	-0,080592
P76	Sonstiger Darmverschluss beim Neugeborenen	0,262481
P78	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems in der Perinatalperiode	0,572167
P80	Hypothermie beim Neugeborenen	-0,361758
P81	Sonstige Störungen der Temperaturregulation beim Neugeborenen	-0,182648
P90	Krämpfe beim Neugeborenen	0,759137
P91	Sonstige zerebrale Störungen beim Neugeborenen	0,080262
P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	-0,238659
P93	Reaktionen und Intoxikationen durch Arzneimittel oder Drogen, die dem Fetus und Neugeborenen verabreicht wurden	-0,162315



ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
P94	Störungen des Muskeltonus beim Neugeborenen	0,356088
P95	Fetaltod nicht näher bezeichneter Ursache	-0,060879
P96	Sonstige Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	-0,699089
Q01	Enzephalozele	0,306681
Q02	Mikrozephalie	0,243910
Q03	Angeborener Hydrozephalus	0,022554
Q04	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns	0,314331
Q05	Spina bifida	0,967295
Q06	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks	0,169642
Q07	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	0,006512
Q10	Angeborene Fehlbildungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	-0,050013
Q11	Anophthalmus, Mikrophthalmus und Makrophthalmus	0,338264
Q12	Angeborene Fehlbildungen der Linse	0,076696
Q13	Angeborene Fehlbildungen des vorderen Augenabschnittes	0,446025
Q14	Angeborene Fehlbildung des hinteren Augenabschnittes	0,181904
Q16	Angeborene Fehlbildungen des Ohres, die eine Beeinträchtigung des Hörvermögens verursachen	-0,269455
Q17	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ohres	-0,060660
Q18	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	-0,370440
Q20	Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	0,074614
Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	-0,133243
Q23	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	0,016004
Q24	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Herzens	0,026633
Q26	Angeborene Fehlbildungen der großen Venen	0,369784
Q27	Sonstige angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems	0,144198
Q28	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems	-0,189169
Q30	Angeborene Fehlbildungen der Nase	-0,089909

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Q31	Angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes	0,135165
Q32	Angeborene Fehlbildungen der Trachea und der Bronchien	0,302875
Q33	Angeborene Fehlbildungen der Lunge	0,011892
Q34	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems	0,262348
Q35	Gaumenspalte	0,153690
Q36	Lippenspalte	-0,603919
Q38	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Zunge, des Mundes und des Rachens	-0,078217
Q40	Sonstige angeborene Fehlbildungen des oberen Verdauungstraktes	-0,174550
Q42	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Dickdarmes	0,604927
Q43	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Darmes	-0,117592
Q44	Angeborene Fehlbildungen der Gallenblase, der Gallengänge und der Leber	-0,173826
Q45	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems	-0,272788
Q50	Angeborene Fehlbildungen der Ovarien, der Tubae uterinae und der Ligg. lata uteri	-0,046681
Q51	Angeborene Fehlbildungen des Uterus und der Cervix uteri	0,321794
Q52	Sonstige angeborene Fehlbildungen der weiblichen Genitalorgane	-0,098261
Q53	Nondescensus testis	-0,003360
Q54	Hypospadie	-0,346504
Q55	Sonstige angeborene Fehlbildungen der männlichen Genitalorgane	-0,292962
Q56	Unbestimmtes Geschlecht und Pseudohermaphroditismus	0,035044
Q60	Nierenagenesie und sonstige Reduktionsdefekte der Niere	-0,146657
Q61	Zystische Nierenkrankheit	-0,039904
Q62	Angeborene obstruktive Defekte des Nierenbeckens und angeborene Fehlbildungen des Ureters	-0,270452
Q63	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Niere	-0,068948
Q65	Angeborene Deformitäten der Hüfte	0,397383

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	0,572308
Q67	Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	0,011287
Q68	Sonstige angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten	0,739009
Q69	Polydaktylie	0,278845
Q70	Syndaktylie	0,088228
Q71	Reduktionsdefekte der oberen Extremität	-0,174673
Q72	Reduktionsdefekte der unteren Extremität	0,576272
Q73	Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)	-0,801191
Q74	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)	0,410112
Q75	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen	0,216671
Q76	Angeborene Fehlbildungen der Wirbelsäule und des knöchernen Thorax	0,406021
Q77	Osteochondrodysplasie mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule	0,366084
Q79	Angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems, anderenorts nicht klassifiziert	0,106366
Q80	Ichthyosis congenita	-0,187847
Q81	Epidermolysis bullosa	0,751220
Q82	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Haut	0,065814
Q83	Angeborene Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse]	0,435067
Q84	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Integumentes	0,442399
Q85	Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert	0,085219
Q86	Angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,139719
Q87	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome mit Beteiligung mehrerer Systeme	0,478999
Q89	Sonstige angeborene Fehlbildungen, anderenorts nicht klassifiziert	0,178373
Q90	Down-Syndrom	0,341562
Q91	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom	1,495581

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Q92	Sonstige Trisomien und partielle Trisomien der Autosomen, anderenorts nicht klassifiziert	0,589291
Q95	Balancierte Chromosomen-Rearrangements und Struktur-Marker, anderenorts nicht klassifiziert	-0,980811
Q97	Sonstige Anomalien der Gonosomen bei weiblichem Phänotyp, anderenorts nicht klassifiziert	0,168352
Q99	Sonstige Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert	0,372768
R00	Störungen des Herzschlages	-0,165515
R01	Herzgeräusche und andere Herz-Schallphänomene	-0,184509
R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	0,269433
R03	Abnormer Blutdruckwert ohne Diagnose	-0,017138
R05	Husten	-0,055066
R06	Störungen der Atmung	-0,007833
R07	Hals- und Brustschmerzen	-0,077134
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	-0,178434
R11	Übelkeit und Erbrechen	0,016060
R12	Sodbrennen	-0,027713
R13	Dysphagie	0,155419
R14	Flatulenz und verwandte Zustände	-0,031758
R15	Stuhlinkontinenz	0,394625
R16	Hepatomegalie und Splenomegalie, anderenorts nicht klassifiziert	0,042487
R18	Aszites	0,139882
R19	Sonstige Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	-0,102714
R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	-0,014270
R21	Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen	-0,070775
R22	Lokalisierte Schwellung, Raumforderung und Knoten der Haut und der Unterhaut	0,053317
R25	Abnorme unwillkürliche Bewegungen	-0,131508
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	0,181657
R27	Sonstige Koordinationsstörungen	-0,041599

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	0,159577
R30	Schmerzen beim Wasserlassen	-0,151461
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	0,478905
R33	Harnverhaltung	0,223768
R35	Polyurie	-0,008444
R39	Sonstige Symptome, die das Harnsystem betreffen	0,114297
R40	Somnolenz, Sopor und Koma	0,119310
R41	Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen	0,042497
R42	Schwindel und Taumel	-0,049708
R43	Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes	-0,047068
R44	Sonstige Symptome, die die Sinneswahrnehmungen und das Wahrnehmungsvermögen betreffen	0,067956
R45	Symptome, die die Stimmung betreffen	0,034262
R46	Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen	0,286581
R47	Sprech- und Sprachstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	0,162277
R48	Dyslexie und sonstige Werkzeugstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	0,133911
R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	-0,120952
R51	Kopfschmerz	-0,069946
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	0,173691
R53	Unwohlsein und Ermüdung	0,062962
R54	Senilität	0,044776
R55	Synkope und Kollaps	-0,157092
R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	-0,084836
R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	-0,034531
R59	Lymphknotenvergrößerung	-0,170414
R60	Ödem, anderenorts nicht klassifiziert	0,241773
R61	Hyperhidrose	-0,070221

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
R62	Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung	0,229444
R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	0,048088
R64	Kachexie	0,246928
R65	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]	-0,117397
R68	Sonstige Allgemeinsymptome	0,016914
R69	Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen	0,158041
R70	Beschleunigte Blutkörperchensenkungsreaktion und Veränderungen der Plasmaproteine	-0,014698
R71	Veränderung der Erythrozyten	0,017422
R73	Erhöhter Blutglukosewert	0,174673
R74	Abnorme Serumenzymwerte	-0,121908
R76	Sonstige abnorme immunologische Serumbefunde	-0,017281
R77	Sonstige Veränderungen der Plasmaproteine	-0,051642
R78	Nachweis von Drogen und anderen Substanzen, die normalerweise nicht im Blut vorhanden sind	-0,352627
R79	Sonstige abnorme Befunde der Blutchemie	-0,049936
R80	Isolierte Proteinurie	0,260117
R81	Glukosurie	0,028947
R82	Sonstige abnorme Urinbefunde	-0,025202
R83	Abnorme Liquorbefunde	0,024154
R84	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus Atemwegen und Thorax	0,060277
R87	Abnorme Befunde in Untersuchungsmaterialien aus den weiblichen Genitalorganen	-0,076394
R92	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Mamma [Brustdrüse]	0,311650
R93	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik sonstiger Körperstrukturen	-0,084512
R94	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen	-0,070733
R96	Sonstiger plötzlicher Tod unbekannter Ursache	0,587864

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
R99	Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen	-3,011760
S01	Offene Wunde des Kopfes	0,000630
S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	0,034431
S03	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Kopfes	0,167564
S04	Verletzung von Hirnnerven	0,230570
S05	Verletzung des Auges und der Orbita	0,046393
S06	Intrakranielle Verletzung	0,004980
S07	Zerquetschung des Kopfes	-5,017185
S08	Traumatische Amputation von Teilen des Kopfes	-0,092511
S09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes	0,014602
S10	Oberflächliche Verletzung des Halses	-0,115656
S11	Offene Wunde des Halses	0,240012
S12	Fraktur im Bereich des Halses	1,478146
S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	0,286475
S14	Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe	1,008230
S16	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Halshöhe	0,146231
S17	Zerquetschung des Halses	3,123575
S19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Halses	0,459888
S21	Offene Wunde des Thorax	0,062749
S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	0,342219
S23	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern im Bereich des Thorax	0,435459
S24	Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe	0,849254
S25	Verletzung von Blutgefäßen des Thorax	0,206343
S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	-0,340773

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
S29	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Thorax	-0,201332
S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	0,214894
S31	Offene Wunde des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	0,199822
S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	1,079019
S33	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern der Lendenwirbelsäule und des Beckens	0,511617
S34	Verletzung der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	0,526772
S36	Verletzung von intraabdominalen Organen	-0,104750
S37	Verletzung der Harnorgane und der Beckenorgane	-0,026175
S38	Zerquetschung und traumatische Amputation von Teilen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	0,241063
S39	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	-0,310399
S40	Oberflächliche Verletzung der Schulter und des Oberarmes	0,161351
S41	Offene Wunde der Schulter und des Oberarmes	0,156240
S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	1,427655
S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	1,151022
S44	Verletzung von Nerven in Höhe der Schulter und des Oberarmes	0,471201
S45	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	0,008938
S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	0,522866
S47	Zerquetschung der Schulter und des Oberarmes	0,385114
S48	Traumatische Amputation an Schulter und Oberarm	0,814794
S50	Oberflächliche Verletzung des Unterarmes	0,155661
S51	Offene Wunde des Unterarmes	0,007877
S52	Fraktur des Unterarmes	0,563070



ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
S53	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Ellenbogengelenkes und von Bändern des Ellenbogens	0,611566
S54	Verletzung von Nerven in Höhe des Unterarmes	0,541436
S55	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Unterarmes	0,296250
S56	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterarmes	0,158225
S57	Zerquetschung des Unterarmes	0,092646
S58	Traumatische Amputation am Unterarm	0,381192
S59	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Unterarmes	-0,028803
S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	-0,033230
S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	-0,130508
S63	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Höhe des Handgelenkes und der Hand	-0,316216
S64	Verletzung von Nerven in Höhe des Handgelenkes und der Hand	0,484876
S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	0,496156
S67	Zerquetschung des Handgelenkes und der Hand	-1,018474
S68	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand	-0,263380
S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	0,429580
S71	Offene Wunde der Hüfte und des Oberschenkels	0,353433
S72	Fraktur des Femurs	1,525786
S73	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenkes und von Bändern der Hüfte	1,031611
S75	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	-0,113623
S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	1,545663
S77	Zerquetschung der Hüfte und des Oberschenkels	-0,010493
S79	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	0,416063
S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	0,264495

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
S81	Offene Wunde des Unterschenkels	0,459010
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	1,363964
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	1,122062
S84	Verletzung von Nerven in Höhe des Unterschenkels	0,495724
S85	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Unterschenkels	0,726031
S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	1,797096
S88	Traumatische Amputation am Unterschenkel	0,272797
S89	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Unterschenkels	0,324155
S90	Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes	0,086807
S91	Offene Wunde der Knöchelregion und des Fußes	0,395827
S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	1,127696
S93	Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	0,618724
S94	Verletzung von Nerven in Höhe des Knöchels und des Fußes	0,279115
S95	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Knöchels und des Fußes	0,254397
S96	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Knöchels und des Fußes	1,497181
S97	Zerquetschung des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	1,322462
S98	Traumatische Amputation am oberen Sprunggelenk und Fuß	1,350549
S99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	-0,153365
T00	Oberflächliche Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	0,277487
T01	Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	-0,096945
T02	Frakturen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	0,193170
T06	Sonstige Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen, anderenorts nicht klassifiziert	0,564732

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
T07	Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen	-0,227465
T08	Fraktur der Wirbelsäule, Höhe nicht näher bezeichnet	0,278113
T10	Fraktur der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	-1,903304
T11	Sonstige Verletzungen der oberen Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	-0,341699
T12	Fraktur der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	-0,337039
T13	Sonstige Verletzungen der unteren Extremität, Höhe nicht näher bezeichnet	0,432262
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	-0,036804
T15	Fremdkörper im äußeren Auge	-0,363970
T16	Fremdkörper im Ohr	-0,339695
T17	Fremdkörper in den Atemwegen	0,027083
T18	Fremdkörper im Verdauungstrakt	0,058899
T19	Fremdkörper im Urogenitaltrakt	0,197741
T21	Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes	0,067349
T22	Verbrennung oder Verätzung der Schulter und des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	0,202523
T23	Verbrennung oder Verätzung des Handgelenkes und der Hand	0,147851
T24	Verbrennung oder Verätzung der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	0,281671
T25	Verbrennung oder Verätzung der Knöchelregion und des Fußes	0,367680
T26	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde	0,259331
T28	Verbrennung oder Verätzung sonstiger innerer Organe	-0,646466
T30	Verbrennung oder Verätzung, Körperregion nicht näher bezeichnet	-0,395389
T33	Oberflächliche Erfrierung	-0,916952
T35	Erfrierung mit Beteiligung mehrerer Körperregionen und nicht näher bezeichnete Erfrierung	0,596192

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
T36	Vergiftung durch systemisch wirkende Antibiotika	-0,871402
T37	Vergiftung durch sonstige systemisch wirkende Antiinfektiva und Antiparasitika	2,901970
T38	Vergiftung durch Hormone und deren synthetische Ersatzstoffe und Antagonisten, anderenorts nicht klassifiziert	0,971236
T39	Vergiftung durch nichtopioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika	0,805942
T40	Vergiftung durch Betäubungsmittel und Psychodysleptika [Halluzinogene]	0,072717
T41	Vergiftung durch Anästhetika und therapeutische Gase	-0,365900
T42	Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel	0,156522
T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	0,299491
T44	Vergiftung durch primär auf das autonome Nervensystem wirkende Arzneimittel	0,014548
T45	Vergiftung durch primär systemisch und auf das Blut wirkende Mittel, anderenorts nicht klassifiziert	-0,055118
T46	Vergiftung durch primär auf das Herz-Kreislaufsystem wirkende Mittel	0,148081
T47	Vergiftung durch primär auf den Magen-Darm-Trakt wirkende Mittel	-0,494058
T48	Vergiftung durch primär auf die glatte Muskulatur, die Skelettmuskulatur und das Atmungssystem wirkende Mittel	-0,494150
T49	Vergiftung durch primär auf Haut und Schleimhäute wirkende und in der Augen-, der Hals-Nasen-Ohren- und der Zahnheilkunde angewendete Mittel zur topischen Anwendung	0,034047
T50	Vergiftung durch Diuretika und sonstige und nicht näher bezeichnete Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen	0,266837
T52	Toxische Wirkung von organischen Lösungsmitteln	-0,985589
T54	Toxische Wirkung von ätzenden Substanzen	-0,411998
T55	Toxische Wirkung von Seifen und Detergenzien	0,158151
T56	Toxische Wirkung von Metallen	-0,119330
T57	Toxische Wirkung von sonstigen anorganischen Substanzen	-1,894352

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
T59	Toxische Wirkung sonstiger Gase, Dämpfe oder sonstigen Rauches	0,357447
T60	Toxische Wirkung von Schädlingsbekämpfungsmitteln [Pestiziden]	0,662394
T61	Toxische Wirkung schädlicher Substanzen, die mit essbaren Meerestieren aufgenommen wurden	-0,121229
T62	Toxische Wirkung sonstiger schädlicher Substanzen, die mit der Nahrung aufgenommen wurden	-0,076571
T63	Toxische Wirkung durch Kontakt mit giftigen Tieren	-0,162444
T64	Toxische Wirkung von Aflatoxin und sonstigem Mykotoxin in kontaminierten Lebensmitteln	-0,168189
T65	Toxische Wirkung sonstiger und nicht näher bezeichneter Substanzen	-0,039351
T66	Nicht näher bezeichnete Schäden durch Strahlung	-0,130092
T67	Schäden durch Hitze und Sonnenlicht	-0,135792
T68	Hypothermie	0,095047
T69	Sonstige Schäden durch niedrige Temperatur	-0,873106
T70	Schäden durch Luft- und Wasserdruck	-0,190762
T71	Erstickung	0,372628
T73	Schäden durch sonstigen Mangel	-0,034596
T74	Missbrauch von Personen	-0,298952
T75	Schäden durch sonstige äußere Ursachen	-0,208153
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,091320
T80	Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	-0,078659
T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	0,004428
T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	0,293353
T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	0,147690
T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	0,129123

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
T86	Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben	0,223530
T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	0,736146
T88	Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	-0,017743
T89	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen eines Traumas	0,070021
T91	Folgen von Verletzungen des Halses und des Rumpfes	-0,318824
T92	Folgen von Verletzungen der oberen Extremität	0,152347
T93	Folgen von Verletzungen der unteren Extremität	0,212511
T94	Folgen von Verletzungen mehrerer oder nicht näher bezeichneter Körperregionen	0,515437
T95	Folgen von Verbrennungen, Verätzungen oder Erfrierungen	0,118753
T98	Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter Wirkungen äußerer Ursachen	0,016872
U50	Motorische Funktionseinschränkung	0,108791
U51	Kognitive Funktionseinschränkung	0,065663
U52	Frührehabilitations-Barthel-Index [FRB]	0,389095
U55	Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation	0,837486
U69	Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0,057371
U80	Grampositive Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern	0,226510
U81	Gramnegative Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern	0,164065
U83	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol	0,187495
U84	Herpesviren mit Resistenz gegen Virustatika	0,252021
U85	Humanes Immundefizienz-Virus mit Resistenz gegen Virustatika oder Proteinaseinhibitoren	-0,646358
V99	Transportmittelunfall	0,011910
W64	Exposition gegenüber mechanischen Kräften belebter Objekte	-0,066849

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
W87	Exposition gegenüber elektrischem Strom	-0,226877
W91	Exposition gegenüber Strahlung	-0,238437
W92	Exposition gegenüber übermäßiger, künstlich erzeugter Hitze	0,810986
W93	Exposition gegenüber übermäßiger, künstlich erzeugter Kälte	-0,281838
W94	Exposition gegenüber hohem oder niedrigem Luftdruck oder Luftdruckwechsel	-0,234599
X49	Akzidentelle Vergiftung durch und Exposition gegenüber schädliche(n) Substanzen	0,392186
X59	Akzidentelle Exposition gegenüber sonstigen und nicht näher bezeichneten Faktoren	0,099045
Y09	Tätlicher Angriff	-0,479931
Y34	Nicht näher bezeichnetes Ereignis, Umstände unbestimmt	0,893179
Y35	Verletzungen bei gesetzlichen Maßnahmen	0,918720
Y59	Unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung von Impfstoffen oder biologisch aktiven Substanzen	-0,201071
Y69	Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung	-0,009008
Y82	Medizintechnische Geräte und Produkte im Zusammenhang mit Zwischenfällen bei diagnostischer und therapeutischer Anwendung	0,124313
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	-0,087591
Z02	Untersuchung und Konsultation aus administrativen Gründen	-0,131402
Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	-0,125394
Z04	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen Gründen	-0,063206
Z08	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung	-0,089545
Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände außer bösartigen Neubildungen	0,089737
Z10	Allgemeine Reihenuntersuchung bestimmter Bevölkerungsgruppen	0,864735

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten	-0,030520
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	-0,132460
Z13	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf sonstige Krankheiten oder Störungen	-0,055181
Z20	Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten	-0,026606
Z21	Asymptomatische HIV-Infektion [Humane Immundefizienz-Virusinfektion]	-0,124162
Z22	Keimträger von Infektionskrankheiten	0,061833
Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	0,071542
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	-0,257010
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	-0,178572
Z28	Nicht durchgeführte Impfung [Immunsierung]	0,557082
Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	-0,047451
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	-0,000437
Z31	Fertilisationsfördernde Maßnahmen	0,111301
Z33	Schwangerschaftsfeststellung als Nebenbefund	0,637465
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	0,078880
Z35	Überwachung einer Risikoschwangerschaft	0,063447
Z36	Pränatales Screening	0,359475
Z37	Resultat der Entbindung	0,056372
Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	-0,294678
Z39	Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter	0,337890
Z40	Prophylaktische Operation	0,241869
Z41	Maßnahmen aus anderen Gründen als der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes	-0,099755
Z42	Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie	0,139672
Z43	Versorgung künstlicher Körperöffnungen	0,813304
Z44	Versorgen mit und Anpassen einer Ektoprothese	0,377383



ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	0,013914
Z46	Versorgen mit und Anpassen von anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln	0,360666
Z47	Andere orthopädische Nachbehandlung	-0,520926
Z48	Andere Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff	-0,039572
Z49	Dialysebehandlung	0,119239
Z50	Rehabilitationsmaßnahmen	0,145347
Z51	Sonstige medizinische Behandlung	0,060276
Z52	Spender von Organen oder Geweben	0,276361
Z53	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden	-0,031174
Z54	Rekonvaleszenz	0,187114
Z55	Kontaktanlässe mit Bezug auf die Ausbildung	-0,329765
Z56	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben	-0,289513
Z57	Berufliche Exposition gegenüber Risikofaktoren	0,044280
Z58	Kontaktanlässe mit Bezug auf die physikalische Umwelt	-1,010103
Z59	Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage	0,195188
Z60	Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung	0,117852
Z61	Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse	-0,092150
Z62	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung	-0,032447
Z63	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis	-0,203795
Z64	Kontaktanlässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände	-0,236497
Z65	Kontaktanlässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände	-0,635182
Z70	Beratung in Bezug auf Sexualeinstellung, -verhalten oder -orientierung	-0,013211
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	0,040041

ICD-Gruppe	Bezeichnung	Koeffizient
Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	-0,092891
Z74	Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit	0,215469
Z75	Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung	0,095495
Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	0,137803
Z81	Psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen in der Familienanamnese	-0,165407
Z82	Bestimmte Behinderungen oder chronische Krankheiten in der Familienanamnese, die zu Schädigung oder Behinderung führen	-0,229136
Z83	Andere spezifische Krankheiten in der Familienanamnese	-0,024415
Z84	Andere Krankheiten oder Zustände in der Familienanamnese	0,057952
Z85	Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese	0,061817
Z86	Bestimmte andere Krankheiten in der Eigenanamnese	0,045840
Z87	Andere Krankheiten oder Zustände in der Eigenanamnese	0,025504
Z88	Allergie gegenüber Arzneimitteln, Drogen oder biologisch aktiven Substanzen in der Eigenanamnese	0,006858
Z89	Extremitätenverlust	0,364934
Z90	Verlust von Organen, anderenorts nicht klassifiziert	-0,014852
Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	-0,000656
Z93	Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung	0,847155
Z94	Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation	0,261273
Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	0,002942
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	0,123984
Z97	Vorhandensein anderer medizinischer Geräte oder Hilfsmittel	0,109439
Z99	Abhängigkeit (langzeitig) von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert	0,426562

## Anhang D.2: Datenfelder der fallbezogenen QS-Dokumentation

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	<a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a> □□□□□□□□	Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z. B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) übernommen werden.
2	besonderer Personenkreis	§ 301-Vereinbarung □□	
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z. B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherte Patientin bzw. versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) übernommen werden.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
4	Institutionskennzeichen	<a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a> □□□□□□□□	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p>
5	entlassender Standort	□□□□□□□□	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem die Patientin oder der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p>
6	entlassende Fachabteilung	§ 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a> □□□□	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Patientin / Patient</b>			
7	einrichtungsinterne Identifikationsnummer der Patientin oder des Patienten	□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird der Patientin oder dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
8	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	
9	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	
10	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z. B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2027 bis zum 10.01.2027 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2027 bis zum 20.01.2027</p> <p>Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2027, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2027.</p>

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
11	Entlassdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z. B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2027 bis zum 10.01.2027  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2027 bis zum 20.01.2027</p> <p>Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2027 das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.01.2027.</p>
12	Entlassungsgrund	Schlüssel 1 □□ § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	
13 <sup>1</sup>	Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten in das Entlassmanagement vor?	0 = nein 1 = ja	

<sup>1</sup> Wenn keine Einwilligung der Patientin oder des Patienten in das Entlassmanagement vorliegt (DF 13 = 0), werden lediglich die Inhalte der Basisdokumentation in Form eines verkürzten Dokumentationsbogens übermittelt.

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>wenn Feld 13 = 1</b>			
<b>Entlassplan</b>			
14>	Ist in der Patientenakte ein Entlassplan enthalten?  [Ergänzende Bezeichnung: Entlassplan ist ein eigenständiges Dokument, in dem sämtliche Informationen, Aktivitäten und Ergebnisse des Entlassmanagements erfasst werden]	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 14 = 1</b>			
15>>	Sind Informationen zur Erforderlichkeit von Maßnahmen und Verordnungen einer Anschlussversorgung und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit im Entlassplan dokumentiert?  [Ergänzende Bezeichnung: z. B. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maßnahmen zur Unterstützung z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Rehabilitation etc.</li> <li>▪ Verordnungen nach §§ 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V]</li> </ul>	0 = nein 1 = ja 2 = keine Maßnahmen oder Verordnungen erforderlich	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
16>>	Ist die Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin oder des Patienten zu einem konkreten Thema im Entlassplan dokumentiert?	0 = nein 1 = ja 2 = keine Information, Beratung oder Anleitung erforderlich	
17>>	Ist ein Bedarf für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern im Entlassplan dokumentiert? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege]	0 = nein 1 = ja 2 = Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern nicht erforderlich	
18>>	Erfolgte eine abschließende Überprüfung des Entlassplans?	0 = nein 1 = ja	
19>>>	Wann erfolgte die abschließende Überprüfung des Entlassplans?	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	
<b>Medikamentenversorgung</b>			
20>	Wurde die Patientin oder der Patient mit einer Medikation entlassen?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 20 = 1</b>			
21>>	Wurde die Patientin oder der Patient mit 3 oder mehr verordneten Arzneimitteln entlassen?	0 = nein 1 = ja	



Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>wenn DF 21 = 1</b>			
22>>>	Wurde der Patientin oder dem Patienten bei Entlassung ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplan mitgegeben?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 22 = 1</b>			
23>>>>	Datum der Ausstellung des Medikationsplans	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TT.MM.JJJJ	
<b>wenn Feld 11 = ein Freitag; Samstag oder Tag vor einem bundeseinheitlichen Feiertag UND Feld 20 = 1</b>			
24>>	Wurde die Medikamentenversorgung zur Fortsetzung oder Beendigung der medikamentösen Therapie über ein Wochenende oder Feiertag(e) durch Mitgabe der erforderlichen Medikamente sichergestellt?	0 = nein 1 = ja 2 = nicht erforderlich	Ausgenommen sind Betäubungsmittel gemäß Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Die Antwortoption „nicht erforderlich“ gilt z. B., wenn bei der Patientin oder dem Patienten die entsprechenden Medikamente als Dauermedikation vorrätig sind.
25>>	Wurde die Medikamentenversorgung zur Fortsetzung oder Beendigung der medikamentösen Therapie über ein Wochenende oder Feiertag(e) durch Mitgabe einer Verordnung sichergestellt?	0 = nein 1 = ja 2 = nicht erforderlich	Die Antwortoption „nicht erforderlich“ gilt z. B., wenn bei der Patientin oder dem Patienten die entsprechenden Medikamente als Dauermedikation vorrätig sind.
<b>Endgültiger Entlassbrief</b>			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
26>	Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Hausärztin oder den nachbehandelnden Hausarzt vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keine nachbehandelnde Hausärztin oder keinen nachbehandelnden Hausarzt genannt	
<b>wenn Feld 26 = 1</b>			
27>>	Wurde für die Patientin oder den Patienten ein endgültiger Entlassbrief an die nachbehandelnde Hausärztin oder den nachbehandelnden Hausarzt versandt?	0 = nein 1 = ja 2 = der endgültige Entlassbrief wurde der Patientin oder dem Patienten bereits mitgegeben	
28>	War für die Patientin oder den Patienten eine fachärztliche Nachbehandlung erforderlich?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 28 = 1</b>			
29>>	Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Fachärztin oder den nachbehandelnden Facharzt vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keine nachbehandelnde Fachärztin oder keinen nachbehandelnden Facharzt genannt	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>wenn Feld 29 = 1</b>			
30>>>	Wurde für die Patientin oder den Patienten ein endgültiger Entlassbrief an die nachbehandelnde Fachärztin oder den nachbehandelnden Facharzt versandt?	0 = nein 1 = ja 2 = der endgültige Entlassbrief wurde der Patientin oder dem Patienten bereits mitgegeben	
31>	War für die Patientin oder den Patienten eine psychotherapeutische Nachbehandlung erforderlich?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 31 = 1</b>			
32>>	Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Psychotherapeutin oder den nachbehandelnden Psychotherapeuten vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keine nachbehandelnde Psychotherapeutin oder keinen nachbehandelnden Psychotherapeuten genannt	
<b>wenn Feld 32 = 1</b>			
33>>>	Wurde für die Patientin oder den Patienten ein endgültiger Entlassbrief an die nachbehandelnde Psychotherapeutin oder den nachbehandelnden Psychotherapeuten versandt?	0 = nein 1 = ja 2 = der endgültige Entlassbrief wurde der Patientin oder dem Patienten bereits mitgegeben	
<b>wenn Feld 27 = 1 ODER 2 ODER wenn DF 30 = 1 ODER 2 ODER wenn DF 33 = 1 ODER 2</b>			

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
34>>>>	Datum des endgültigen Entlassbriefs	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	
<b>Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens</b>			
35>	Wurde die Patientin oder der Patient in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen?	0 = nein 1 = ja, in eine ambulante pflegerische Versorgung 2 = ja, in eine stationäre pflegerische Versorgung	<u>Definition ambulante pflegerische Versorgung:</u> Versorgung durch ambulante Pflegedienste mit Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, einschließlich ambulanter intensivpflegerischer Versorgung, oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V  <u>Definition stationäre pflegerische Versorgung:</u> Entlassung in eine stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung, einschließlich Übergangspflege gemäß § 39e SGB V, oder in ein Hospiz
<b>wenn Feld 35 = 1 ODER 2</b>			
36>>	Wurde der Patientin oder dem Patienten ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 36 = 1</b>			
37>>>	Datum der Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens	□□.□□.□□□□ TT.MM.JJJJ	

## Anhang D.3: Datenfelder der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	
2	entlassender Standort	□□□□□□□□	
<b>Verfahrensregelung zum Entlassmanagement</b>			
3	Lag in Ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine schriftliche Verfahrensregelung zum Entlassmanagement vor?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 3 = 1</b>			
4>	Ist die Verfahrensregelung klinikweit autorisiert?	0 = nein 1 = ja	
5>	Ist die Verfahrensregelung jederzeit aufwandsarm allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. im Dokumentenmanagementsystem]	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
6>	<p>Sind in der Verfahrensregelung die relevanten Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag festgelegt?</p> <p>[Ergänzende Bezeichnung: z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kriteriengeleitete Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)</li> <li>▪ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)]</li> </ul>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	
7>	<p>Sind in der Verfahrensregelung strukturierte Abläufe für die einzelnen Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag festgelegt?</p> <p>[Ergänzende Bezeichnung: z. B. in Form eines Ablaufplans]</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	
8>	<p>Sind in der Verfahrensregelung für die einzelnen Teilprozesse die Verantwortlichkeiten für die am Entlassmanagement Beteiligten festgelegt?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	
<b>wenn Feld 8 = 1</b>			
9>>	<p>Sind die Verantwortlichkeiten für das ärztliche Personal festgelegt?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
10>>	Sind die Verantwortlichkeiten für die Pflegekräfte festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
11>>	Sind die Verantwortlichkeiten für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
<b>wenn DF 11 = 0</b>			
12>>>	Sind die Verantwortlichkeiten für andere für die soziale Betreuung und Beratung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter festgelegt?	0 = nein 1 = ja	
13>	Ist in der Verfahrensregelung festgelegt, dass die Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte zu erfolgen hat?	0 = nein 1 = ja	
14>	Enthält die Verfahrensregelung konkrete Vorgaben für eine interne Evaluation des Entlassmanagements im multiprofessionellen Team?  [Ergänzende Bezeichnung: Unter konkreten Vorgaben zählen Frequenz bzw. Fallauswahl für die Evaluation]	0 = nein 1 = ja	

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement</b>			
15.1	Anzahl der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind.  [Ergänzende Bezeichnung: Hierzu zählen ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter]	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 0	Hierunter fallen Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungs-Gesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmer.
15.2	Anzahl der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten wurde nicht dokumentiert	1 = ja	
<b>wenn DF 15.1 = &gt; 0</b>			
16.1>>	Wie viele von den im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind, haben	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >=0	Die Schulungsinhalte müssen nicht in einer eigenständigen Schulung vermittelt werden, sondern können beispielsweise auch in Schulungen zu anderen Themen integriert oder als E-Learning-Schulung angeboten werden.



Entwicklung eines QS-Verfahrens Entlassmanagement

Anhang zum Abschlussbericht

Datenfeld	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
	im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?		
16.2>>>	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung wurde nicht dokumentiert.	1 = ja	

## Anhang E: Qualitätsindikatoren (derzeit noch nicht umsetzbar)

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

<b>Bezeichnung</b>	<b>Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung</b>
<b>Qualitätsziel</b>	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.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	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
<b>Nenner</b>	Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit, die einen ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer benannt und in den elektronischen Informationsaustausch eingewilligt haben
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	-
<b>Rationale</b>	<b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b> Der Informationsaustausch zwischen den Krankenhäusern und weiter- bzw. nachsorgenden Leistungserbringern wird in verschiedenen Leitlinien adressiert (DNQP 2019a, BMASGK 2018, NICE 2021). Gemäß der Empfehlung des Expertenstandards Entlassungsmanagement ist der weiterversorgenden Einrichtung eine Pflegeübergabe anzubieten (DNQP 2019a). Internationale Leitlinien empfehlen ein entsprechendes Vorgehen. So soll im Rahmen des Entlassmanagements eine sektorenübergreifende Information aller beteiligten Leistungserbringer zur erforderlichen weiteren Versorgung erfolgen (BMASGK 2018, NICE 2021). Die Kommunikation kann dabei nicht nur im

persönlichen Kontakt, sondern auch in Form eines digitalen Austauschs erfolgen (NICE 2021).

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement sieht vor, dass das Krankenhaus nach Feststellung eines Versorgungsbedarfs, der sich auf die Versorgung direkt nach der stationären Behandlung bezieht, frühzeitig mit den weiterbehandelnden bzw. weiterversorgenden Leistungserbringern in Kontakt tritt, um die Überleitung anzubahnen (GKV-Spitzenverband et al. 2016: § 3 Abs. 4). Zudem hat das Krankenhaus den Informationsaustausch mit den Leistungserbringern, die an der Anschlussversorgung beteiligt sind, sicherzustellen (GKV-Spitzenverband et al. 2016: § 8 Abs. 1) und soll bei Bedarf vor der Entlassung ein Gespräch mit der weiterbehandelnden Ärztin oder dem weiterbehandelnden Arzt führen (GKV-Spitzenverband et al. 2016: § 8 Abs. 3).

#### Literatur

Zahlreiche Studien deuten 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 Kollaboration und auf unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bis hin zu gegenseitigem Misstrauen bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten zurück (Moore et al. 2021). Killackey et al. (2020) konnten in ihrer Untersuchung zu unterschiedlichen Perspektiven und Erfahrungen von am Transitionsprozess erwachsener Palliativpatientinnen und -patienten beteiligter Gesundheitsprofessionen darlegen, dass eine gelungene intersektorale und multiprofessionelle Kommunikation wesentlich für erfolgreiche Überleitungsprozesse ist, diese jedoch unter anderem aufgrund unklarer Zuständigkeiten während des Entlassprozesses, unzureichend kompetenten Personals sowie einer Überbetonung schriftlicher Entlassdokumentation, gestört wurde. Kommt es zu intersektoralen Informationsverlusten hinsichtlich der Pflege- und Behandlungserfordernisse, kann dies die poststationäre Versorgungskontinuität beeinträchtigen (Killackey et al. 2020). Ursache für mangelnden Informationsfluss kann z. B. fehlendes Wissen über Behandlungs- und Ordnungsverhalten der mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzte seitens des entlassenden Krankenhauspersonals sein (Lang et al. 2019). Probleme bei der Versorgungskontinuität können auch darauf zurückzuführen sein, dass dem Kommunikationsbedarf der nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer nicht in adäquater Weise Rechnung getragen wird (Sheehan et al. 2021).

	<p><b>Einzelinterviews/Fokusgruppen (eigene Erhebung)</b></p> <p>In den vom IQTIG geführten Einzelinterviews und Fokusgruppen berichteten Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen, 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. Dabei wurde die direkte mündliche Kommunikation mit dem entlassenden Krankenhaus, neben den schriftlichen Informationen in den Entlassdokumenten, als notwendig und sehr hilfreich erachtet.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationäre Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär) (ggf. ist eine automatisierte Befüllung der Datenfelder möglich)
<b>Anmerkungen</b>	Die Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan durch die Krankenhäuser sollte in strukturierter Form sowie datenschutzkonform erfolgen. Hierfür bietet sich die gemeinsame Schnittstelle für die Kommunikation im Medizinwesen (KIM-Schnittstelle) an, die es sowohl ambulant tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten als auch Krankenhäusern ermöglicht, Informationen zu Patientinnen und Patienten auf elektronischem Weg aufwandsarm und datenschutzkonform auszutauschen. Zurzeit ist KIM jedoch noch nicht flächendeckend bei allen Leistungserbringern etabliert, weshalb der vorliegende Qualitätsindikator aufgrund der fehlenden Infrastruktur derzeit noch nicht vollständig umsetzbar ist.
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	Folgt, da der Indikator derzeit noch nicht umsetzbar ist.
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	entfällt
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.

Datenfelder für die Berechnung des Indikators	
Der Indikator kann erst nach einer flächendeckenden Etablierung von KIM bei Krankenhäusern sowie ambulant tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sinnvoll umgesetzt werden.	
<b>Mögliche Datenfelder</b>	
War für die Patientin oder den Patienten ein elektronischer Informationsaustausch mit einem ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer erforderlich?	0 = nein 1 = ja
Wenn ja: Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für den elektronischen Informationsaustausch mit den ambulant nachbehandelnden Leistungserbringern vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keinen ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer genannt
Wenn ja: Erfolgte für die Patientin oder den Patienten ein elektronischer Informationsaustausch mit den ambulant nachbehandelnden Leistungserbringern über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen?	0 = nein 1 = ja
Datum der elektronischen Übermittlung mittels Kommunikation im Medizinwesen (KIM)	TT.MM.JJJJ

## Literatur

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

- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche 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](http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 16.02.2022).
- 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.
- 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.
- 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.
- 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).
- 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.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Indikatorenset V1.1

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Februar 2023

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Indikatorenset V1.1

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>



## Inhaltsverzeichnis

1	Qualitätsindikatoren.....	4
1.1	Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ .....	5
1.2	Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung“ .....	12
1.3	Qualitätsindikator „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans“ .....	16
1.4	Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“ .....	22
1.5	Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ .....	27
1.6	Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“ .....	31
1.7	Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“ .....	36

# 1 Qualitätsindikatoren

## Beschreibung der Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit im QS-Verfahren *Entlassmanagement* setzt sich aus gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zusammen, die aus einer voll- bzw. teilstationären Krankenhausversorgung mit einer Verweildauer<sup>1</sup> von mindestens zwei Tagen entlassen wurden. Auf Grundlage der Informationen zu den Patientinnen und Patienten aus dem jeweiligen Krankenhausaufenthalt erfolgt mittels eines anhand von relevanten poststationären Versorgungsleistungen entwickelten Prognosemodells im ersten Schritt die Identifikation der Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement. Hierbei werden keine weiteren Einschränkungen, z. B. im Hinblick auf das Alter oder Geschlecht der Patientinnen und Patienten, Diagnosen oder durchgeführte Operationen und Prozeduren vorgenommen. Die Grundgesamtheit für die nachfolgend aufgeführten Qualitätsindikatoren wird anschließend in einem zweiten Schritt durch die Ziehung einer Zufallsstichprobe gebildet (siehe hierzu Kapitel 4 im Abschlussbericht sowie Abbildung 1).

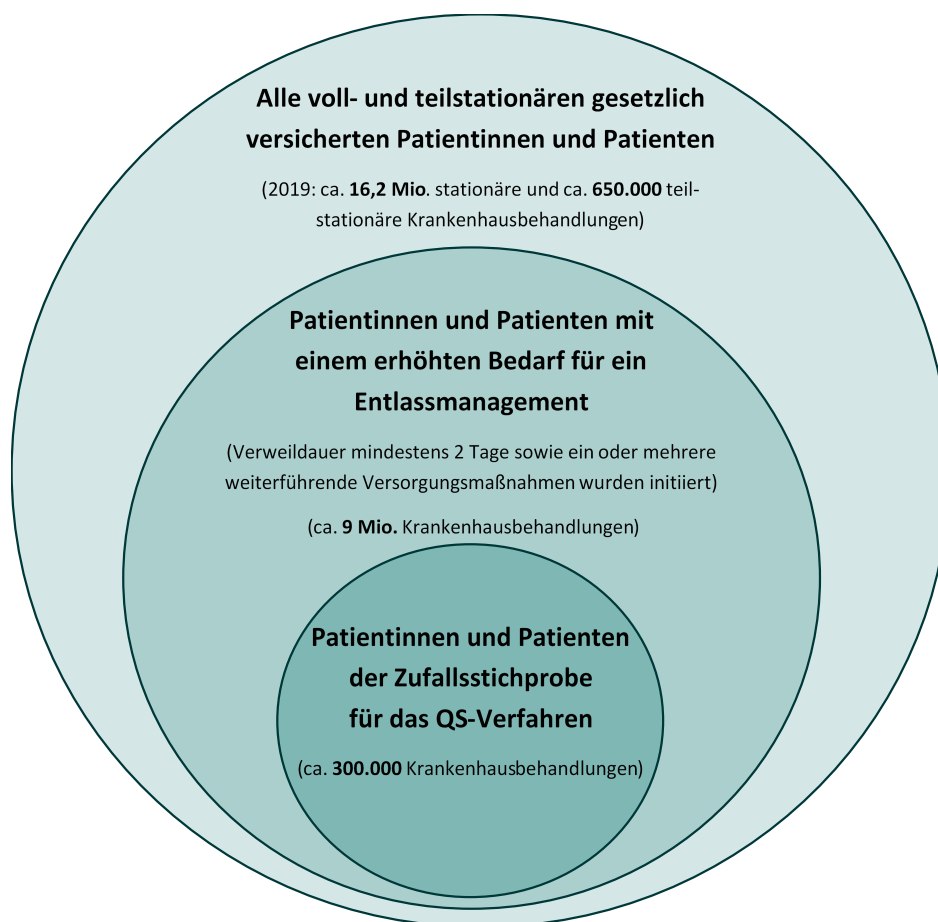


Abbildung 1: Grafische Darstellung der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens Entlassmanagement

<sup>1</sup> Gemäß § 1 Abs. 7 Fallpauschalenverordnung

## 1.1 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Alle Krankenhäuser sollen über eine schriftliche Verfahrensregelung zu einem multiprofessionellen Entlassmanagement verfügen.
<b>Indikatortyp</b>	Strukturindikator
<b>Zähler</b>	<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><u>In der Verfahrensregelung müssen konkret festgelegt sein:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ relevante Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag, u. a. <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)</li> <li>▫ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)</li> </ul> </li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Abläufe der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag</li> <li>▪ Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte</li> <li>▪ krankenhausinterne Evaluation im multiprofessionellen Team <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Vorgaben zu Frequenz und Fallauswahl</li> </ul> </li> </ul>
<b>Nenner</b>	nicht anwendbar (Indikator wird nicht als Rate berechnet)
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	-

<p><b>Rationale</b></p>	<p><b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b></p> <p>Der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfiehlt, dass ein Krankenhaus über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multiprofessionelles Entlassmanagement mit Festlegung der erforderlichen Abläufe und fachlichen Rahmenbedingungen verfügen soll (DNQP 2019). Als Grundlage für einen Verbesserungsprozess empfiehlt der Expertenstandard darüber hinaus eine interne Evaluation, die verbindlich im Entlassmanagement verankert sein sollte (DNQP 2019).</p> <p>Auch der Rahmenvertrag Entlassmanagement fordert, dass das Krankenhaus schriftliche und für alle Beteiligten transparente Standards etabliert. Zugleich sollen das Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen und die Verantwortlichkeiten verbindlich geregelt sein (GKV-Spitzenverband et al. 2022:§ 3 Abs. 1). Das Entlassmanagement beinhaltet außerdem, dass für den patientenindividuellen Bedarf einer Anschlussversorgung ein Entlassplan erstellt wird, der für alle am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen in der Patientenakte zugänglich ist (GKV-Spitzenverband et al. 2022:§ 3 Abs. 2-3).</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Als Defizite bei der Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Entlassmanagements werden in der Literatur fehlende einheitliche Standards für den Prozess der Entlassung genannt (Lingnau et al. 2021). Scheidt et al. (2020) und Willms et al. (2016) zeigen, dass das Entlassmanagement durch unzureichende Abstimmung von Organisationszielen, Pflegeprozessen und Verfahrensregelungen beeinträchtigt wird. Unklare Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sind häufig Ursache für unzureichende Koordination im Entlassprozess und somit der Gefährdung der kontinuierlichen Versorgung (Pinelli et al. 2017, BAG, Schweizerische Eidgenossenschaft 2015). In mehreren systematischen Reviews konnte belegt werden, dass das Vorhandensein von standardisierten Interventionen zum Entlassmanagement (bspw. Nutzung von Assessments, Entlassplanung, Follow-up-Anrufe) zu einer Verringerung der Wiederaufnahmen nach 30 Tagen führt (Braet et al. 2016, Saunders et al. 2019, Fønss Rasmussen et al. 2021). Das Deutsche Krankenhausinstitut e.V. stellte 2018 in einer Repräsentativbefragung fest, dass nur rund 56 % der befragten Krankenhäuser (n= 249) den Expertenstandard Entlassungsmanagement oder eine hauseigene Verfahrensregelung zum Entlassmanagement nutzen (Blum et al. 2018).</p> <p>In Bezug auf die Zugänglichkeit wird im systematischen Review von Sheehan et al. (2021) u. a. als Barriere für eine erfolgreiche Entlassplanung belegt, dass Empfehlungen und Berichte nicht von allen am Entlassprozess beteiligten Akteuren in den Entlassplan aufgenommen werden konnten (Sheehan et al.</p>
-------------------------	---

	<p>2021). Als verbesserungsbedürftig wurde zudem im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassmanagement zur Entlassplanung genannt, dass es in den Akten von Patientinnen und Patienten unterschiedliche Orte gebe, an denen Hinweise auf geplante und durchgeführte Aktivitäten zum Entlassmanagement zu finden waren, ohne dass dadurch eine durchgängige Struktur identifiziert werden konnte (DNQP 2021). Hinsichtlich einer Evaluation ergab das Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassmanagement, dass eine interne Evaluation in nur 47,8 % der Fälle (n = 209) stattgefunden hat. Als Gründe für eine fehlende Evaluation wurden u. a. Personal-mangel sowie fehlende Verfahrensregelungen angegeben (DNQP 2021).</p> <p><b>Einzelinterviews/Fokusgruppen (eigene Erhebung)</b></p> <p>In den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit am Entlassprozess beteiligten Gesundheitsprofessionen zeigte sich, dass häufig die Implementierung von Standards für Prozesse und Strukturen, z. B. aufgrund fehlender technischer oder personeller Voraussetzungen, noch nicht umfassend erfolgt ist.</p>
<b>verantwortlich für Indikatoreergebnis</b>	stationäre Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
<b>Anmerkungen</b>	-
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	Rechnerisch auffällig sind die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr keine schriftliche Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement entsprechend den festgelegten Anforderungen vorliegen haben.
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	entfällt
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.

Datenfelder für die Berechnung des Indikators (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation)		
<p><b>Zähler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>DF 3 (1) UND DF 4 (1) UND DF 5 (1) UND DF 6 (1) UND DF 7 (1) UND DF 8 (1) UND DF 9 (1) UND DF 10 (1) UND (DF 11 (1) ODER DF 12 (1)) UND DF 13 (1) UND DF 14 (1)</li> </ul> <p><b>Nenner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nicht anwendbar (Indikator wird nicht als Rate berechnet)</li> </ul>		
DF 3	Lag in Ihrem Krankenhaus im Erfassungsjahr eine schriftliche Verfahrensregelung zum Entlassmanagement vor?	0 = nein 1 = ja
DF 4	<i>Wenn DF 3 = 1</i> Ist die Verfahrensregelung klinikweit autorisiert?	0 = nein 1 = ja
DF 5	<i>Wenn DF 3 = 1</i> Ist die Verfahrensregelung jederzeit aufwandsarm allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. im Dokumentenmanagementsystem]	0 = nein 1 = ja
DF 6	<i>Wenn DF 3 = 1</i> Sind in der Verfahrensregelung die relevanten Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag festgelegt? [Ergänzende Bezeichnung: z. B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>kriteriengeleitete Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)</li> <li>differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)]</li> </ul>	0 = nein 1 = ja
DF 7	<i>Wenn DF 3 = 1</i> Sind in der Verfahrensregelung Abläufe für die einzelnen Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag festgelegt? [Ergänzende Bezeichnung: z. B. in Form eines Ablaufplans]	0 = nein 1 = ja

	DF 8	<p><i>Wenn DF 3 = 1</i></p> <p>Sind in der Verfahrensregelung für die einzelnen Teilprozesse die Verantwortlichkeiten für die am Entlassmanagement Beteiligten festgelegt?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>
	DF 9	<p><i>Wenn DF 8 = 1</i></p> <p>Sind die Verantwortlichkeiten für das ärztliche Personal festgelegt?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>
	DF 10	<p><i>Wenn DF 8 = 1</i></p> <p>Sind die Verantwortlichkeiten für die Pflegekräfte festgelegt?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>
	DF 11	<p><i>Wenn DF 8 = 1</i></p> <p>Sind die Verantwortlichkeiten für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit festgelegt?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>
	DF 12	<p><i>Wenn DF 11 = 0</i></p> <p>Sind die Verantwortlichkeiten für andere für die soziale Betreuung und Beratung zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter festgelegt?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>
	DF 13	<p><i>Wenn DF 3 = 1</i></p> <p>Ist in der Verfahrensregelung festgelegt, dass die Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte zu erfolgen hat?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>
	DF 14	<p><i>Wenn DF 3 = 1</i></p> <p>Enthält die Verfahrensregelung konkrete Vorgaben für eine interne Evaluation des Entlassmanagements im multi-professionellen Team?</p> <p>[Ergänzende Bezeichnung: Unter konkreten Vorgaben zählen Frequenz bzw. Fallauswahl für die Evaluation]</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>

## Literatur

- BAG [Bundesamt für Gesundheit], Schweizerische Eidgenossenschaft (2015): Koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital». Situationsanalyse und Handlungsbedarf. Bern, CH: BAG. URL: <https://www.bag.admin.ch/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).
- 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](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018_11_kh_barometer_final.pdf) (abgerufen am: 11.01.2019).
- Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016): Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(2): 106-173. DOI: 10.11124/jbisrir-2016-2381.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2021): Praxisprojekt zum Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019". (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-070727-8.
- Fønss Rasmussen, L; Grode, LB; Lange, J; Barat, I; Gregersen, M (2021): Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. *BMJ: Open* 11(1): e040057. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040057.
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2022): 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](https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 23.05.2022).
- 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.
- Pinelli, V; Stuckey, HL; Gonzalo, JD (2017): Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of Interprofessional Care* 31(5): 566-574. DOI: 10.1080/13561820.2017.1322562.
- Saunders, S; Killackey, T; Kurahashi, A; Walsh, C; Wentlandt, K; Lovrics, E; et al. (2019): Palliative Care Transitions From Acute Care to Community-Based Care-A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management* 58(4): 721-734.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.06.005.
- Scheidt, S; Gathen, M; Lukas, A; Welle, K; Kohlhof, H; Wirtz, DC; et al. (2020): Herausforderungen des Entlassmanagements in der Alterstraumatologie. Beispiel einer integrierten traumatologisch-geriatrischen Komplexbehandlung. *Der Unfallchirurg* 123(7): 534-540. DOI: 10.1007/s00113-020-00812-8.
- Sheehan, J; Laver, K; Bhojti, A; Rahja, M; Usherwood, T; Clemson, L; et al. (2021): Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 14: 493-511. DOI: 10.2147/JMDH.S295549.
- Willms, G; Wehner, K; Szecsenyi, J (2016): Qualität des Entlassungsmanagements. Kapitel 4. In: Dormann, F; Klauber, J; Hrsg.: *Qualitätsmonitor 2017*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 49-64. ISBN: 978-3-95466-293-7. URL: [https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_versorgungsanalysen/wido\\_ver\\_qualitaetsmonitor\\_2017\\_gesamt\\_1116.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_versorgungsanalysen/wido_ver_qualitaetsmonitor_2017_gesamt_1116.pdf) (abgerufen am: 07.11.2018).

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

<b>Bezeichnung</b>	<b>Schulung der am Entlassmanagement beteiligten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement.
<b>Indikatortyp</b>	Strukturindikator
<b>Zähler</b>	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.
<b>Nenner</b>	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).
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	-
<b>Rationale</b>	<p><b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b></p> <p>Der Expertenstandard Entlassmanagement empfiehlt, dass die am Entlassprozess beteiligten Pflegefachkräfte über Planungs- und Steuerungskompetenzen bei der Durchführung der Entlassplanung verfügen und zur Koordination des Entlassprozesses befähigt und autorisiert sein sollen (DNQP 2019).</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Um ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement durchführen zu können, bedarf es entsprechender Qualifikationen und Kompetenzen der am Entlassprozess beteiligten Gesundheits-</p>

	<p>professionen, jedoch mangelt es laut Willms et al. (2016) sowohl Pflegefachpersonal als auch Ärztinnen und Ärzten an notwendigen Kenntnissen zum Entlassmanagement. Eine Befragung im Rahmen des Praxisprojekts zum Expertenstandard ergab bei 64,1 % bzw. 70,2 % der befragten Pflegefachkräfte Schulungsbedarf zu den Themen „Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs“ bzw. „Planung und Steuerung der Entlassplanung“ (DNQP 2021). 69,6 % der Pflegefachkräfte gaben darüber hinaus an, Bedarf an einer Fortbildung zur Koordination des Entlassprozesses zu haben (DNQP 2021). Auch die Einschätzung der Entlassfähigkeit sollte nach Angaben der Pflegefachkräfte besser geschult werden (63,4 %). Darüber hinaus seien vermehrt Fortbildungen dazu, wie sie Patientinnen und Patienten im Entlassprozess am besten informieren, schulen bzw. beraten, wünschenswert (69,6 %) (DNQP 2021).</p> <p><b>Einzelinterviews/Fokusgruppen (eigene Erhebung)</b></p> <p>Die in der Literatur aufgezeigten fehlenden Kenntnisse und Kompetenzen zu Entlassmanagement bezogenen Themen wurden auch in den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit am Entlassprozess beteiligten Gesundheitsprofessionen, insbesondere von stationären Vertreterinnen und Vertretern, genannt. Des Weiteren wurden auch Wünsche nach mehr Schulungsangeboten zu Entlassmanagement bezogenen Themen ausgesprochen.</p>
<b>verantwortlich für Indikatorenergebnis</b>	stationäre Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
<b>Anmerkungen</b>	<p><b><u>Ausfüllhinweise</u></b></p> <p><b>Datenfeld 15.1</b></p> <p>Hierunter fallen Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungs-Gesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.</p> <p><b>Datenfeld 16.1</b></p> <p>Die Schulungsinhalte müssen nicht in einer eigenständigen Schulung vermittelt werden, sondern können beispielsweise auch in Schulungen zu anderen Themen integriert oder als E-Learning-Schulung angeboten werden.</p>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	<p>≥ 95 %</p> <p>Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr und bis einschließlich 31. Januar des Folgejahres statistisch signifikant weniger als 95 % der im Erfassungsjahr neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6</p>

	<p>Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind, zur haus-internen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement geschult haben.</p> <p>Krankenhäuser, die dies nicht dokumentiert haben, werden ebenfalls rechnerisch auffällig.</p>	
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	entfällt	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.	
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators (einrichtungsbezogene QS-Dokumentation)</b>		
	<p><b>Zähler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DF 16.1 (Wert vorhanden)</li> </ul> <p><b>Nenner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DF 15.1 (Wert vorhanden &gt; 0)</li> </ul> <p>ODER</p> <p>DF 15.2 (1) ODER DF 16.2 (1)</p>	
DF 15.1	<p>Anzahl der im Erfassungsjahr neu beschäftigten neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind.</p> <p>[Ergänzende Bezeichnung: Hierzu zählen ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter]</p>	<p>___ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vierstellig)</p> <p>Gültige Angabe: <math>\geq 0</math></p>
DF 15.2	<p>Anzahl der neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind, wurde nicht dokumentiert.</p>	1 = ja
DF 16.1	<p><i>Wenn 15.1 &gt; 0</i></p> <p>Wie viele von den im Erfassungsjahr neu beschäftigten</p>	<p>___ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</p>

		Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, die am Entlassmanagement beteiligt sind, haben im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?	(vierstellig) Gültige Angabe: $\geq 0$
	DF 16.2	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement wurde nicht dokumentiert.	1 = ja

### Literatur

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

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

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2021): Praxisprojekt zum

Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019".

(Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-070727-8.

Willms, G; Wehner, K; Szecsenyi, J (2016): Qualität des Entlassungsmanagements. Kapitel 4. In:

Dormann, F; Klauber, J; Hrsg.: *Qualitätsmonitor 2017*. Berlin: MWV Medizinisch

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 49-64. ISBN: 978-3-95466-293-7. URL:

[https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_versorgungsanalysen/wido\\_ver\\_qualitaetsmonitor\\_2017\\_gesamt\\_1116.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_versorgungsanalysen/wido_ver_qualitaetsmonitor_2017_gesamt_1116.pdf) (abgerufen am: 07.11.2018).

### 1.3 Qualitätsindikator „Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten soll die Erstellung eines patientenindividuellen Entlassplans erfolgen.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	<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"> <li>▪ Vorhandensein eines eigenständigen Dokuments in der Patientenakte, welches als „Entlassplan“ identifizierbar ist</li> <li>▪ Mindestinhalte des Entlassplans: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 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</li> <li>▫ Informationen zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin / des Patienten</li> <li>▫ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege), sofern dieser festgestellt wird</li> <li>▫ Abschließende Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung</li> </ul> </li> </ul>
<b>Nenner</b>	alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	-
<b>Rationale</b>	<p><b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b></p> <p>Der Expertenstandard Entlassungsmanagement sowie internationale Leitlinien empfehlen, unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung einen patientenindividuellen Entlassplan zu erstellen, der eine verbindliche Planung gewährleistet und Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung enthält (DNQP 2019, NICE 2021, BMASGK 2018). Der Entlassplan soll als zentrales Steuerungsinstrument dienen (DNQP 2019) und regelmäßig aktualisiert und angepasst werden (DNQP 2019, NICE 2021, BMASGK 2018).</p>

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement gibt vor, dass zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs in die weiterführende Versorgung möglichst frühzeitig der patientenindividuelle Bedarf ermittelt und ein Entlassplan erstellt werden soll (GKV-Spitzenverband et al. 2022: § 3 Abs. 2). Dieser soll den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung sowie die voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen umfassen und bei Veränderungen des patientenindividuellen Bedarfs angepasst werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022:§ 3 Abs. 3-5).

#### **Literatur**

Die Entlassplanung stellt ein grundlegendes Element für ein sicheres und hochwertiges Entlassmanagement dar (Willms et al. 2016). Systematische Reviews zeigen, dass die Erstellung eines individuellen Entlassplans positive Auswirkungen auf die Rehospitalisierungsraten hat (Fønss Rasmussen et al. 2021, Hamline et al. 2018), bzw. zu besseren Gesundheitsergebnissen nach der Entlassung führt (Desai et al. 2015). 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).

Während im Praxisprojekt zum Expertenstandard Entlassmanagement bei 71,3 % (n = 244) der Patientinnen und Patienten eine differenzierte Einschätzung des poststationären Pflege- und Versorgungsbedarfs durchgeführt wurde, konnte nur noch bei 55,9 % (n = 245) 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). 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).

#### **Einzelinterviews/Fokusgruppen (eigene Erhebung)**

Die Erstellung eines Entlassplans wurde von den stationär tätigen Gesundheitsprofessionen in den vom IQTIG durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen als sehr aufwendig beschrieben, ein Entlassplan werde daher oft erst gar nicht erstellt. Einige Kliniken griffen eher auf eine kurze und niederschwellige Checkliste zurück, um die Entlassung zu planen. Es wurde auch eine unzureichende bzw. fehlende Kommunikation beklagt, in Form von fehlenden Absprachen unter den Berufsgruppen sowie kurzfristigen Entlassungen.

<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationäre Leistungserbringer		
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)		
<b>Anmerkungen</b>	-		
<b>Indikatorberechnung</b>			
<b>Referenzbereich</b>	<p>≥ 95 %</p> <p>Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant bei weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten einen Entlassplan entsprechend den festgelegten Anforderungen erstellt haben.</p>		
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	entfällt		
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.		
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators (fallbezogene QS-Dokumentation)</b>			
	<p><b>Zähler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>DF 15 (1 ODER 2) UND DF 16 (1 ODER 2) UND DF 17 (1 ODER 2) UND DF 19 (Wert vorhanden)</li> </ul> <p><b>Nenner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grundgesamtheit des QS-Verfahrens</li> </ul>		
DF 14	Ist in der Patientenakte ein Entlassplan enthalten? [Ergänzende Bezeichnung: Entlassplan ist ein eigenständiges Dokument, in dem sämtliche Informationen, Aktivitäten und Ergebnisse des Entlassmanagements erfasst werden]	0 = nein 1 = ja	
DF 15	Wenn DF 14 = 1 Sind Informationen zur Erforderlichkeit von Maßnahmen und Verordnungen einer Anschlussversorgung und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit im Entlassplan dokumentiert? [Ergänzende Bezeichnung: z. B.	0 = nein 1 = ja 2 = keine Maßnahmen oder Verordnungen erforderlich	



		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maßnahmen zur Unterstützung z. B. bei Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Rehabilitation etc.</li> <li>▪ Verordnungen nach §§ 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V]</li> </ul>	
	DF 16	<p><i>Wenn DF 14 = 1</i></p> <p>Ist die Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin oder des Patienten zu einem konkreten Thema im Entlassplan dokumentiert?</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p> <p>2 = keine Information, Beratung oder Anleitung erforderlich</p>
	DF 17	<p><i>Wenn DF 14 = 1</i></p> <p>Ist ein Bedarf für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern im Entlassplan dokumentiert?</p> <p>[Ergänzende Bezeichnung: z. B. stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege]</p>	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p> <p>2 = Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern nicht erforderlich</p>
	DF 18	Erfolgte eine abschließende Überprüfung des Entlassplans?	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>
	DF 19	<p><i>Wenn DF 18 = 1</i></p> <p>Wann erfolgte die abschließende Überprüfung des Entlassplans?</p>	TT.MM.JJJJ

## Literatur

- 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-Qualitaetssicherung/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.

- 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.
- 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.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege] (2021): Praxisprojekt zum Expertenstandard "Entlassungsmanagement in der Pflege, 2. Aktualisierung 2019". (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-070727-8.
- Fønss Rasmussen, L; Grode, LB; Lange, J; Barat, I; Gregersen, M (2021): Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: a systematic review. *BMJ: Open* 11(1): e040057. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040057.
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2022): 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](https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 23.05.2022).
- 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.
- 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.
- 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.
- 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).

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.

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](https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_versorgungsanalysen/wido_ver_qualitaetsmonitor_2017_gesamt_1116.pdf) (abgerufen am: 07.11.2018).

#### 1.4 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Für möglichst viele Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation $\geq 3$ verordneten Arzneimitteln entlassen werden, soll ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplan erstellt und diesen mitgegeben werden.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	Patientinnen und Patienten, denen bei Entlassung ein aktueller Medikationsplan entsprechend der Vereinbarung gemäß § 31a Absatz 4 Satz 1 SGB V mitgegeben wurde
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit, die mit $\geq 3$ verordneten Arzneimitteln entlassen wurden
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	-
<b>Rationale</b>	<p><b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b></p> <p>Der Expertenstandard Entlassungsmanagement gibt Empfehlungen, wie bspw. durch Aushändigung eines Medikationsplans die Patientin oder der Patient bedarfsgerecht auf die Entlassung vorbereitet und sicher entlassen werden kann (DNQP 2019).</p> <p>Im Rahmenvertrag Entlassmanagement ist festgelegt, dass Patientinnen und Patienten einen Medikationsplan entsprechend den Vorgaben des § 31a SGB V erhalten sollen, wenn sie mit einer Medikation entlassen werden (GKV-Spitzenverband et al. 2022: § 7 Abs. 3).</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Die Erstellung und Mitgabe eines Medikationsplans bei der Entlassung führt dazu, dass Medikationsfehler (z. B. Doppeltinnahmen oder Fehldosierungen) verringert sowie die Adhärenz zur kontinuierlichen Medikationseinnahme verbessert werden können (Dietrich et al. 2020, Capiou et al. 2020, Freyer et al. 2016). Hinweise auf das Vorliegen eines Verbesserungspotenzials geben mehrere Studien, in denen Patientinnen und Patienten bei der Entlassung entweder keinen Medikationsplan erhalten haben oder bei Erhalt Informationen fehlten oder Änderungen im Medikationsplan nicht mit den Gesundheitsfachkräften im Krankenhaus besprochen werden konnten (Meyer-Massetti et al. 2018, Bagge et al. 2014, Verhaegh et al. 2019, Schwarz et al. 2021, Michaelsen et al. 2015). Im systematischen Review von Desai et al. (2015) wird dargelegt, dass durch die Mitgabe von sog. „medication instruction sheets“ El-</p>

	<p>tern über die Medikamente ihrer Kinder deutlich besser Bescheid wussten, sich häufiger an die Gabe der Medikamente hielten und auch weniger Dosierungsfehler machten. Ein systematisches Review von Dietrich et al. (2020) zeigt, dass Patientinnen und Patienten, die Zugang zu einem Medikationsplan haben, besser über ihre Medikation Bescheid wissen, was die Kenntnis der Indikation, des Medikamentennamens, der Dosierung und der Dosierungshäufigkeit betrifft. Die Verwendung eines Medikationsplans erhöht das wahrgenommene Wissen bezüglich der Medikation (<math>p = 0.05</math>) oder ist mit der Fähigkeit verbunden, korrekt Auskunft darüber zu geben (<math>OR = 2.21</math>) (Dietrich et al. 2020).</p> <p><b>Einzelinterviews/Fokusgruppen (eigene Erhebung)</b></p> <p>Die durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen zeigen, dass ein Medikationsplan nur teilweise bzw. gar nicht mitgegeben wurde. Einige stationär tätige Gesundheitsprofessionen berichten jedoch auch, dass ein Medikationsplan den Patientinnen und Patienten bei Entlassung aus dem Krankenhaus durchaus standardmäßig mitgegeben werde.</p>
<p><b>verantwortlich für Indikatoregebnis</b></p>	<p>stationäre Leistungserbringer</p>
<p><b>Erhebungsinstrument</b></p>	<p>fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)</p>
<p><b>Anmerkungen</b></p>	<p>§ 31a SGB V legt fest, dass Versicherte, die <b>gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel</b> anwenden, Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform sowie auf Erstellung eines elektronischen Medikationsplans haben. Inhalt, Struktur und die näheren Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans werden zwischen den Organisationen der Leistungserbringer vereinbart. Entsprechend der Vereinbarung gemäß § 31a Absatz 4 Satz 1 SGB V über Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung eines Medikationsplans sowie über ein Verfahren zur Fortschreibung dieser Vereinbarung (Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans – BMP) (KBV et al. 2016, KBV et al. 2019) sind für die Erstellung eines Medikationsplans im Rahmen des Entlassmanagements mindestens folgende Daten erforderlich, die im Krankenhausinformationssystem vorhanden sein müssen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medikamente, die vom erstellenden Arzt im Rahmen des Entlassmanagements auf einem Rezept verordnet werden oder als Medikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus empfohlen werden.</li> <li>2. Medikamente, die von anderen Ärzten verordnet wurden. Diese müssen durch den erstellenden Arzt durch Auswahl aus einer Arzneimitteldatenbank oder durch manuelle Ein-</li> </ol>

	<p>gabe von Freitext erfasst werden können, sowie ggf. aus geeigneten elektronischen Quellen eingelesen werden können [...].</p> <p>3. Medikamente der Selbstmedikation. Diese müssen ebenfalls wie unter Punkt 1 beschrieben erfasst werden können.</p>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	<p>≥ 95 %</p> <p>Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation mit ≥ 3 verordneten Arzneimitteln entlassen werden, einen aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans mitgeben.</p>	
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	entfällt	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.	
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators (fallbezogene QS-Dokumentation)</b>		
	<p><b>Zähler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DF 22 (1) UND DF 23 (Wert vorhanden)</li> </ul> <p><b>Nenner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundgesamtheit des QS-Verfahrens außer DF 21 (0)</li> </ul>	
DF 20	Wurde die Patientin oder der Patient mit einer Medikation entlassen?	0 = nein 1 = ja
DF 21	<i>Wenn DF 20 = 1</i> Wurde die Patientin oder der Patient mit 3 oder mehr verordneten Arzneimitteln entlassen?	0 = nein 1 = ja
DF 22	<i>Wenn DF 21 = 1</i> Wurde der Patientin oder dem Patienten bei Entlassung ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplan mitgegeben?	0 = nein 1 = ja
DF 23	<i>Wenn DF 22 = 1</i> Datum der Ausstellung des Medikationsplans	TT.MM.JJJJ

## Literatur

- 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.
- Capiau, 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.
- 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.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- 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.
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2022): 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](https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 23.05.2022).
- 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).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; BÄK [Bundesärztekammer]; DAV [Deutscher Apothekerverband] (2019): Spezifikation für einen bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP) gemäß § 31a SGB V [Anlage 3 zur 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)]. BMP Version 2.6. [Stand:] 01.07.2019. Berlin: KBV [u. a.]. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/Medikationsplan\\_Anlage3.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Medikationsplan_Anlage3.pdf) (abgerufen am: 09.06.2022).

- 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; Sahm, LJ (2015): Medication Reconciliation at Discharge from Hospital: A Systematic Review of the Quantitative Literature. *Pharmacy* 3(2): 53-71. DOI: 10.3390/pharmacy3020053.
- 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.
- 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.



### 1.5 Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“

<b>Bezeichnung</b>	<b>Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, bei denen eine kontinuierliche Medikamentenversorgung über Wochenenden oder Feiertage sichergestellt ist.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	Patientinnen und Patienten, die Medikamente oder eine Medikamentenverordnung erhalten haben
<b>Nenner</b>	Alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit, die an einem Freitag, Samstag oder am Tag vor einem Feiertag mit einer medikamentösen Therapie entlassen wurden
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	-
<b>Rationale</b>	<p><b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b></p> <p>Sowohl der Expertenstandard Entlassmanagement als auch der österreichische Qualitätsstandard empfehlen für eine sichere Entlassung die Mitgabe von notwendigen Rezepten und Verordnungen für benötigte Arzneimittel (DNQP 2019, BMASGK 2018).</p> <p>Gemäß Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)<sup>2</sup>, auf die im Rahmenvertrag Entlassmanagement Bezug genommen wird, ist die durchgehende Versorgung mit Arzneimitteln nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen (§ 8 Absatz 3a Satz 1 AM-RL). Entsprechend ist gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement eine Verordnung von Arzneimitteln in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen im Rahmen des Entlassmanagements möglich, sofern es für die Versorgung unmittelbar im Anschluss an die Entlassung erforderlich ist (GKV-Spitzenverband et al. 2022: § 4 Abs. 3). Die kontinuierliche Medikamentenversorgung kann auch durch Mitgabe der notwendigen Arzneimittel sichergestellt werden, wenn auf die Entlassung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt, insbesondere, wenn dadurch die medikamentöse Behandlung abgeschlossen werden kann (§ 8 Absatz 3a AM-RL).</p>

<sup>2</sup> 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 18. Juni 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/3/> (abgerufen am: 28.06.2022).

	<p><b>Literatur</b></p> <p>Die unzureichende Mitgabe von Medikamenten wird in der Literatur als ein Hindernis für ein erfolgreiches Entlassmanagement beschrieben (Schulte-Marin 2018, Dräger 2016, Mehrmann und Ollenschläger 2014). Aus einer Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts e. V. geht zudem hervor, dass die Verordnungsmöglichkeiten im Rahmen des Entlassmanagements bisher eher zurückhaltend genutzt werden. So wurde im 1. Quartal 2018 im Mittel (Median) lediglich für 1 % der vollstationären Patientinnen und Patienten eine Verordnung für Medikamente ausgestellt (Blum et al. 2018).</p> <p><b>Einzelinterviews/Fokusgruppen (eigene Erhebung)</b></p> <p>In den vom IQTIG durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit stationär und ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen ergaben sich Hinweise auf ein Potenzial zur Verbesserung. So wurde berichtet, die durch den Rahmenvertrag geschaffenen Verordnungsmöglichkeiten im Rahmen des Entlassmanagements würden aufgrund interner Umsetzungshürden nicht im erforderlichen Maße genutzt. Kritisch äußerten sich die Vertreterinnen und Vertreter der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen zudem über die Art und Weise, wie Medikamente mitgegeben würden. Die Patientinnen und Patienten erhielten oft nur geblisterte Medikamente ohne Verpackung, sodass es für diese oder deren Angehörige und ambulante Leistungserbringer teilweise schwer nachzuvollziehen sei, um welche Medikamente es sich handele.</p>
<b>verantwortlich für Indikatoregebnis</b>	stationäre Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
<b>Anmerkungen</b>	<p><b><u>Ausfüllhinweise</u></b></p> <p><b><u>Datenfeld 24</u></b></p> <p>Ausgenommen sind Betäubungsmittel gemäß Betäubungsmittelgesetz (BtMG).</p> <p><b><u>Datenfeld 24 und Datenfeld 25</u></b></p> <p>Die Antwortoption „nicht erforderlich“ gilt z. B., wenn bei der Patientin oder dem Patienten die entsprechenden Medikamente als Dauermedikation vorrätig sind.</p>
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	<p>≥ 95 %</p> <p>Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant bei weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten, die vor einem Wochenende oder Feiertag mit einer medikamentösen Therapie entlassen werden, die kontinuierliche Medikamentenversorgung durch Mitgabe</p>

	von Medikamenten oder Ausstellung einer Medikamentenverordnung sichergestellt haben.	
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	entfällt	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.	
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators (fallbezogene QS-Dokumentation)</b>		
	<b>Zähler</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DF 24 (1 ODER 2) ODER DF 25 (1 ODER 2)</li> </ul>	
	<b>Nenner</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundgesamtheit des QS-Verfahrens</li> </ul>	
DF 20	Wurde die Patientin oder der Patient mit einer Medikation entlassen?	0 = nein 1 = ja
DF 24	<p><i>Wenn DF 11 = ein Freitag; Samstag oder Tag vor einem bundeseinheitlichen Feiertag UND DF 20 = 1</i></p> <p>Wurde die Medikamentenversorgung zur Fortsetzung oder Beendigung der medikamentösen Therapie über ein Wochenende oder Feiertag(e) durch Mitgabe der erforderlichen Medikamente sichergestellt?</p>	0 = nein 1 = ja 2 = nicht erforderlich
DF 25	<p><i>Wenn DF 11 = ein Freitag, Samstag oder Tag vor einem bundeseinheitlichen Feiertag UND DF 20 = 1</i></p> <p>Wurde die Medikamentenversorgung zur Fortsetzung oder Beendigung der medikamentösen Therapie über ein Wochenende oder Feiertag(e) durch Mitgabe einer Verordnung sichergestellt?</p>	0 = nein 1 = ja 2 = nicht erforderlich

## Literatur

- 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](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).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- 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.
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2022): 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](https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 23.05.2022).
- 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.
- 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.

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

<b>Bezeichnung</b>	<b>Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst häufig Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung der Patientinnen und Patienten an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	<p>Patientinnen und Patienten, für die innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung ein endgültiger Entlassbrief an</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/den nachbehandelnden Hausarzt und <u>sofern beteiligt</u></li> <li>▪ die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/den nachbehandelnden Facharzt</li> <li>▪ die ambulant nachbehandelnde Psychotherapeutin/den nachbehandelnden Psychotherapeuten übermittelt wurde</li> </ul>
<b>Nenner</b>	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
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	-
<b>Rationale</b>	<p><b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b> 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).</p> <p><b>Literatur</b> Mehrere 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-Masseti et al. 2018, Piepenhagen et al. 2020, Tezcan-Güntekin 2017) bzw. dieser</p>

	<p>verspätet an die nachversorgenden Leistungserbringer übersandt wird (Schwarz et al. 2019). Piepenhagen et al. (2020) haben in ihrer Sekundärdatenanalyse festgestellt, dass in nur 18 % der untersuchten Entlassfälle der Entlassbrief zum Zeitpunkt der Entlassung vorlag, in 14 % innerhalb einer Woche und in 24 % der Fälle vergingen bis zur Fertigstellung bzw. Übermittlung des Entlassbriefs mindestens vier Wochen (Piepenhagen et al. 2020). Auch Burruni et al. (2019) legten in ihrem Projekt zur schnelleren Finalisierung von Entlassbriefen dar, dass die Dauer bis zur Finalisierung der Entlassbriefe bisher durchschnittlich 25 Tage betrug (Burruni et al. 2019).</p>
<b>verantwortlich für Indikatorergebnis</b>	stationäre Leistungserbringer
<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)
<b>Anmerkungen</b>	Der endgültige Entlassbrief muss alle Inhalte gemäß § 9 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement und, sofern einzelne Befunde aufgrund einer längeren Latenz erst zu einem späteren Zeitpunkt nachgereicht werden können, einen entsprechenden Hinweis enthalten. Er ist durch die Klinikleitung bzw. Chefarzt oder Chefärztin oder deren Stellvertretung unterzeichnet.
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	<p>≥ 90 %</p> <p>Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant bei weniger als 90 % der Patientinnen und Patienten den endgültigen Entlassbrief innerhalb von 14 Tagen an die ambulant nachsorgenden Leistungserbringer übermittelt haben.</p>
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	entfällt
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators (fallbezogene QS-Dokumentation)</b>	
	<p><b>Zähler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DF 34 (Wert vorhanden) UND innerhalb von 14 Tagen nach Entlassdatum (DF 11)</li> </ul> <p><b>Nenner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundgesamtheit des QS-Verfahrens, außer DF 26 (0 ODER 2) ODER außer DF 29 (0 ODER 2) ODER außer DF 32 (0 ODER 2)</li> </ul>

DF 26	Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Hausärztin oder den nachbehandelnden Hausarzt vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keine nachbehandelnde Hausärztin oder keinen nachbehandelnden Hausarzt genannt
DF 27	<i>Wenn DF 26 = 1</i> Wurde für die Patientin oder den Patienten ein endgültiger Entlassbrief an die nachbehandelnde Hausärztin oder den nachbehandelnden Hausarzt versandt?	0 = nein 1 = ja 2 = der endgültige Entlassbrief wurde der Patientin oder dem Patienten bereits mitgegeben
DF 28	War für die Patientin oder den Patienten eine fachärztliche Nachbehandlung erforderlich?	0 = nein 1 = ja
DF 29	<i>Wenn DF 28 = 1</i> Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Fachärztin oder den nachbehandelnden Facharzt vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keine nachbehandelnde Fachärztin oder keinen nachbehandelnden Facharzt genannt
DF 30	<i>Wenn DF 29 = 1</i> Wurde für die Patientin oder den Patienten ein endgültiger Entlassbrief an die nachbehandelnde Fachärztin oder den nachbehandelnden Facharzt versandt?	0 = nein 1 = ja 2 = der endgültige Entlassbrief wurde der Patientin oder dem Patienten bereits mitgegeben
DF 31	War für die Patientin oder den Patienten eine psychotherapeutische Nachbehandlung erforderlich?	0 = nein 1 = ja
DF 32	<i>Wenn DF 31 = 1</i> Liegt eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten für die Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Psychotherapeutin oder den nachbehandelnden Psychotherapeuten vor?	0 = nein 1 = ja 2 = Patientin oder Patient hat keine nachbehandelnde Psychotherapeutin oder keinen nachbehandelnden Psychotherapeuten genannt

		gen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Psychotherapeutin oder den nachbehandelnden Psychotherapeuten vor?	Psychotherapeutin oder keinen nachbehandelnden Psychotherapeuten genannt
	DF 33	Wenn DF 32 = 1 Wurde für die Patientin oder den Patienten ein endgültiger Entlassbrief an die nachbehandelnde Psychotherapeutin oder den nachbehandelnden Psychotherapeuten versandt?	0 = nein 1 = ja 2 = der endgültige Entlassbrief wurde der Patientin oder dem Patienten bereits mitgegeben
	DF 34	Wenn DF 27= 1 ODER 2 ODER wenn DF 30 = 1 ODER 2 ODER wenn DF 33 = 1 ODER 2 Datum des endgültigen Entlassbriefs	TT.MM.JJJJ

## Literatur

- 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-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- Burruni, 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.
- 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.
- 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.
- 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.



- 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).
- 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.
- 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.
- 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.

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

<b>Bezeichnung</b>	<b>Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst vielen Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.
<b>Indikatortyp</b>	Prozessindikator
<b>Zähler</b>	Patientinnen und Patienten, denen ein Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung mitgegeben wurde
<b>Nenner</b>	alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit mit einer weiteren pflegerischen Versorgung nach Entlassung
<b>Ausschlusskriterien des Indikators</b>	-
<b>Rationale</b>	<p><b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b></p> <p>Der österreichische Qualitätsstandard empfiehlt, dass den Patientinnen und Patienten am Entlassungstag ein pflegerischer Entlassbrief mitgegeben werden soll (BMASGK 2018).</p> <p>Laut Rahmenvertrag Entlassmanagement sollen mit Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten die weiterversorgenden pflegerischen Leistungserbringer die erforderlichen Informationen zur pflegerischen Versorgung der Patientinnen und Patienten erhalten (GKV-Spitzenverband et al. 2022: § 3 Abs. 7).</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial geben die Ergebnisse der Studie von Straßner et al. (2020). Hierin berichteten 17,4 % der Patientinnen und Patienten, die nach der Krankenhausbehandlung von einem ambulanten Pflegedienst weiterversorgt wurden, dass ihnen kein Pflegeüberleitungsbogen vom Krankenhaus mitgegeben wurde (Straßner et al. 2020).</p> <p><b>Einzelinterviews/Fokusgruppen (eigene Erhebung)</b></p> <p>Auch in den vom IQTIG durchgeführten leitfadengestützten Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen konnte ermittelt werden, dass den Patientinnen und Patienten häufig kein Pflegeüberleitungsbogen vom entlassenden Krankenhaus ausgehändigt wird, was auf ein Versorgungsdefizit hinweist.</p>
<b>verantwortlich für Indikatoregebnis</b>	stationäre Leistungserbringer

<b>Erhebungsinstrument</b>	fallbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer (stationär)	
<b>Anmerkungen</b>	<p><b><u>Ausfüllhinweis</u></b></p> <p><b>Datenfeld 35</b></p> <p><u>Definition ambulante pflegerische Versorgung:</u> Versorgung durch ambulante Pflegedienste mit Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, einschließlich ambulanter intensivpflegerischer Versorgung, oder der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V.</p> <p><u>Definition stationäre pflegerische Versorgung:</u> Entlassung in eine stationäre Langzeit- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung, einschließlich Übergangspflege gemäß § 39e SGB V, oder in ein Hospiz.</p>	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	<p>≥ 95 %</p> <p>Rechnerisch auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten mit einer weiteren pflegerischen Versorgung nach Entlassung einen Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben haben.</p>	
<b>mögliche Risikofaktoren für die Adjustierung des Indikators</b>	entfällt	
<b>Rechenregeln</b>	Die prospektiven Rechenregeln werden zu einem späteren Zeitpunkt erstellt.	
<b>Datenfelder für die Berechnung des Indikators (fallbezogene QS-Dokumentation)</b>		
	<p><b>Zähler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DF 36 (1) UND DF 37 (Wert vorhanden)</li> </ul> <p><b>Nenner</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundgesamtheit des QS-Verfahrens außer DF 35 (0)</li> </ul>	
	DF 35	<p>Wurde die Patientin oder der Patient in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen?</p> <p>0 = nein 1 = ja, in eine ambulante pflegerische Versorgung 2 = ja, in eine stationäre pflegerische Versorgung</p>

	DF 36	Wenn DF 35 = 1 ODER 2 Wurde der Patientin oder dem Patienten ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben?	0 = nein 1 = ja
	DF 37	Wenn DF 36 = 1 Datum der Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens	TT.MM.JJJJ

## Literatur

- 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-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2022): 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](https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 23.05.2022).
- Straßner, C; Forstner, J; Szecsenyi, J; Wensing, M; Kaufmann-Kolle, P; Günther, W (2020): 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.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Stellungnahmen zum Vorbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Februar 2023

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Stellungnahmen zum Vorbericht

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

## Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

- Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg (Sozialbehörde HH)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaften
  - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
    - Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V. (DGS)
  - Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)
  - Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e. V. (DGK)
    - Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
  - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
  - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC)
    - Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)
    - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU)
  - Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)
  - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
  - Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
  - Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO)
  - Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie e. V. (GAA)
- Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)

## Weitere stellungnahmeberechtigte Organisationen und Institutionen

- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD)
- Bundesverband Bunter Kreis e. V. (BV Bunter Kreis)
- Deutscher Hausärzteverband e. V. (Dt. Hausärzteverband)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)

**Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums**

- Dr. Matthias Fabian
- Marie-Julie Kelm
- Dr. Kristina Spöhrer



# **Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen**



# Freie und Hansestadt Hamburg

## Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration,  
Postfach 760 106, 22051 Hamburg, Billstraße 80, 20539 Hamburg

IQTIQ  
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz  
Im Gesundheitswesen  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

per E-Mail

Amt für Gesundheit

Fachabteilung Versorgungsplanung  
G121 Krankenhausplanung,  
Billstraße 80a  
20539 Hamburg

Ansprechpartnerin Frau Anett Göbel

15. November 2022

### **Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassmanagement**

**Hier: Stellungnahme zum Vorbericht im Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Vorbericht des o.g. Qualitätssicherungsverfahrens nehmen wir wie folgt Stellung.

Mit Beschluss des G-BA wurde das IQTIQ am 20. September 2018 mit einer Überprüfung und Aktualisierung der bereits vom AQUA-Institut erstellten Konzeptskizze eines einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zum Entlassmanagement beauftragt. Ziel des Verfahrens ist die verbesserte Versorgungsqualität beim Übergang an der Nahtstelle der Krankenhausbehandlung zur Anschlussversorgung. Dazu sollten Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die einer Bezugnahme auf Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement gerecht werden und die die verschiedenen Qualitätsebenen in voll- und teilstationärer Krankenhausbehandlung einrichtungsvergleichend abbilden.

Im Entwicklungsprozess wurden insgesamt neun Qualitätsindikatoren, von denen drei einrichtungsbezogen und sechs fallbezogen erhoben werden, sowie eine Kennzahl entwickelt. Ein weiterer Indikator ist für die Weiterentwicklung vorgesehen, aber bislang kein Bestandteil des Indikatorensets, da er aufgrund der fehlenden flächendeckenden Umsetzung der Telematikinfrastruktur (TI) noch nicht vollständig nutzbar ist.

### **Stellungnahme**

**Grundsätzliche Bewertung:** Das Instrument ist gut geeignet. Das Personal und die erforderliche digitale Infrastruktur zur Umsetzung fehlt oder ist zumindest unzureichend vorhanden. Ob das Instrument Einfluss auf die Versorgungsqualität hat, bedarf einer Überprüfung.

Insgesamt ist das Instrument gut geeignet, die Umsetzung und den Umsetzungsgrad des Entlassmanagements zu prüfen. Aufgrund der Veröffentlichung werden Krankenhäuser motiviert entsprechende Prozesse - sofern noch nicht geschehen - zu implementieren. Die Anzahl der Items, die zur Bewertung der Indikatoren ausgesucht wurden, sind insgesamt schlüssig und spiegeln sehr gut den Umsetzungsstand des Entlassmanagements im Krankenhaus, auch über

die gesetzlichen Vorgaben hinaus, wider. Auf ausgewählte Items wird nachfolgend detailliert eingegangen.

Die Kennzahl ist - aufgrund der fehlenden Kausalität - unserer Ansicht nach nicht geeignet, um daraus die Funktionsfähigkeit des Entlassmanagements eines Krankenhauses abzuleiten. Hier wurden zwar positive Auswirkungen auf die Wiedereinweisungsrate ins Krankenhaus nach Entlassung anhand systematischer Reviews beschrieben, eine eindeutige Kausalität kann jedoch nicht bestätigt werden. Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien war im Allgemeinen ungenügend, sodass hier vorerst qualitativ hochwertige Studien zur Verifizierung eines Zusammenhanges erforderlich wären. So kann beispielsweise eine Wiedereinweisung binnen 30 Tagen ursächlich auch im Morbiditätsgrad der Patientin oder des Patienten sowie in einer mangelhaften Anschlussversorgung begründet liegen und ist nicht zwangsläufig mit der Qualität des Entlassmanagements des Krankenhauses in Verbindung zu bringen. Die Ermittlung der Kennzahl obliegt der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese kann ggf. zum Erkenntnisgewinn und zur Prüfung einer möglichen Kausalität beitragen.

**Aufwand:** Idealtypisch kann die Datenübermittlung automatisiert erfolgen, sodass nur geringe bis keine personellen Ressourcen für die Datenerhebung und -Übermittlung notwendig sind. Hier offenbart sich ein deutlicher Kritikpunkt: Die Digitalisierung in den Krankenhäusern ist noch nicht soweit fortgeschritten, dass automatisierte Prozesse flächendeckend zum Export der erforderlichen Qualitätsindikatoren aus den Primär- und Subsystemen angestoßen werden können. Der Aufwand, der sowohl mit der Implementierung der Prozesse als auch der manuellen Datenprüfung und Bereitstellung sowie der Übermittlung einhergeht, ist hoch. Hier wird angeregt, den tatsächlichen Erfüllungsaufwand zu berücksichtigen und das Instrument entsprechend zu verschlanken. Dieses könnte außerdem durch die Reduktion der Fallzahl (Grundgesamtheit) erfolgen.

Kritisch ist zudem, dass der Einfluss der Krankenkassen (zügige Antragsbearbeitung, Prüfung u. Leistungsentscheid, Unterstützung bei LE-Suche, etc.) auf das Entlassmanagement und dessen Qualität in diesem Konzept nicht abgebildet ist. Gemäß Rahmenvertrag § 10 ist das Entlassmanagement durch die Krankenkassen und Pflegekassen zu unterstützen. Die rechtzeitige Informationsbereitstellung an die Krankenkassen durch die Krankenhäuser ist im Verfahren zwar berücksichtigt, die Bearbeitungseffizienz der Kassen mit naheliegender Einfluss auf die Versorgungsqualität ist hier jedoch gänzlich unbedacht.

Grundsätzlich sollte der Aufwand für die Krankenhäuser dahingehend limitiert werden, dass die zu erhebenden Daten gemäß Qualitätsindikatoren auf eine bereits gesetzlich verpflichtende Umsetzung zurückzuführen sind. So können Datenerhebungen niedrigschwellig in Bezug auf Maßnahmen erfolgen, die auf Grundlage der Gesetzesvorgaben zum Entlassmanagement nach dem SGB V sowie des Rahmenvertrags Entlassmanagement durch die Krankenhäuser ohnehin umgesetzt werden. Maßnahmen, die sich aus Vorgaben von Expertenstandards oder Empfehlungen ableiten, wie ein *Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen*, gehören explizit nicht dazu. Sie stellen Krankenhäuser vor die Herausforderung, ein solches Konzept zunächst umzusetzen, um ein positives Qualitätsergebnis im Sinne dieses Verfahrens zu erreichen.

## **Bewertung einzelner Qualitätsindikatoren gem. Vorbericht**

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

Dieser Strukturindikator zielt auf die Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Professionen. Dieses geht über die gesetzliche Vorgabe hinaus und sollte zur Verschlinkung des Instruments zurückgestellt werden. Des Weiteren ist der Indikator nicht ausreichend schlüssig und abgegrenzt. So ist nicht definiert, welche Professionen genau Bestandteil vom

Entlassmanagement sind. Für die Ermittlung einer Quote wird die klare Benennung vorausgesetzt. Votum: Indikator zurückstellen.

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

Der Qualitätsindikator zielt auf strukturierte Schulung Patienten und Angehöriger. Dieser Indikator ist geeignet, um Vorgänge zu strukturieren und entsprechende Strukturen zu implementieren. Er geht ebenfalls über das gesetzlich vorgeschriebene Maß hinaus und sollte zur Verschlankung des Instruments zurückgestellt werden. Die Information von Patientinnen und Patienten über die dem jeweiligen Krankheitsbild entsprechenden Möglichkeiten und Strukturen einer Anschlussversorgung ist grundsätzlich sinnvoll. Dieses könnte ggf. auch als Prozessindikator beispielweise bei 5.3.2 mit integriert werden. (Votum Indikator zurückstellen)

#### **5.6.2 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“**

Die bereits durch das Expertengremium diskutierte elektronische Informationsweitergabe des bundeseinheitlichen Medikationsplans über den Dienst „Kommunikation im Medizinwesen“, sobald dieser sektorenübergreifend zur Verfügung steht, ist zu befürworten. Darüber hinaus sollte jedoch auch die Informationsweitergabe des elektronischen Medikationsplans durch Speicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte Anwendung finden. Vor Entlassung sollte dieser in aktualisierter Form auf Verlangen der Versicherten dort abgelegt und somit den Nachversorgenden zugänglich gemacht werden.

Für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens sollte des Weiteren der elektronische Medikationsplan in strukturierter Form gem. Festlegungen der KBV berücksichtigt werden, da nur dieser aufgrund seines strukturierten Formats eine Datenübertragung von und in die jeweiligen Primärsysteme der Leistungserbringer ermöglicht sowie durch die technische Lesbarkeit eine elektronische Überprüfung von Medikamenteninteraktionen im Kontext der Arzneimitteltherapiesicherheit zulässt. Selbiger sollte weiterhin auf Verlangen der Versicherten bei Entlassung in aktualisierter Form bei entsprechender technischer Verfügbarkeit in der elektronischen Patientenakte abgelegt und somit den Nachversorgenden zur Verfügung stehen.

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

Die Verwendung des Fachdienstes Kommunikation im Medizinwesen zur elektronischen Information der nachbehandelnden Leistungserbringer ermöglicht die sichere, strukturierte und datengeschützte Kommunikation und ist daher folgerichtig das passende Werkzeug in diesem Kontext. Es ist daher zu befürworten, dass der entsprechende Qualitätsindikator für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens vorgesehen ist, sobald KIM flächendeckend zur Verfügung steht. Hier sollten jedoch auch die Vorgaben an ein digitales Entlass- und Überleitungsmanagement nach § 19 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 KHSFV Berücksichtigung finden, welches gem. § 5 Absatz 3h KHEntgG bis 2025 durch Krankenhäuser verpflichtend umgesetzt werden muss. Dieses konkretisiert den genannten strukturierten Datenaustausch und die Dokumentenbereitstellung des Krankenhauses an nachgelagerte Leistungserbringer und setzt darüber hinaus Vorgaben an eine digitale Plattform zur Meldung des Behandlungsbedarfs der jeweiligen Patientin bzw. des jeweiligen Patienten. Ebendieser gesetzlich ausgestaltete Informationsweg sollte hinsichtlich einer möglichen Berücksichtigung im Qualitätsindikator diskutiert werden.

Mit freundlichem Gruß

gez.  
Göbel  
Dölger



## **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  $\leq 14$  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 nachsorgende 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.



Stellungnahme

---

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens  
Entlassmanagement  
Vorbericht vom 7. Oktober 2022

---

**15.11.2022**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen .....</b>	<b>4</b>
Beauftragung durch den G-BA (Teil B).....	4
Literatur- und Leitlinienrecherche .....	4
Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreter*innen der Gesundheitsprofessionen .....	5
Expertenbeteiligung.....	5
<b>Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen .....</b>	<b>7</b>
Eingrenzung des QS-Verfahrens .....	7
Entwicklung der Qualitätsindikatoren .....	8
<b>Fazit .....</b>	<b>12</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>14</b>

## Einleitung

Mit seinem Vorbericht vom 7. Oktober 2022 kommt das IQTIG dem Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 17. Juni 2021 nach, Qualitätsindikatoren zum Thema Entlassmanagement zu entwickeln, die mit einer fall- bzw. einrichtungsbezogenen Qualitätssicherungsdokumentation (QS-Dokumentation) der Leistungserbringer\*innen sowie mit Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden. Die dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren sollen gemeinsam mit einer gesondert zu entwickelnden Patientenbefragung das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) Entlassmanagement bilden, das zum Ziel hat, die Versorgungsqualität von Patient\*innen beim Übergang vom voll-, teilstationären oder stationsäquivalenten Sektor in den weiterbehandelnden Sektor zu verbessern. Da eine Vollerhebung dieser Zielgruppe mit einer sehr hohen Anzahl an Entlassfällen von ca. 16,2 Millionen Fällen pro Jahr einhergehen würde, entwickelte das IQTIG im Rahmen der Beauftragung ein Prognosemodell, mithilfe dessen Patient\*innen mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement ausgewählt werden sollen. Die damit angestrebte Fallzahl beträgt jährlich 1 Million stationäre Fälle. Das QS-Verfahren soll mit Blick auf die hohe Fallzahl länderbezogen durchgeführt werden.

Im Ergebnis schlägt das IQTIG in seinem Vorbericht ein Instrument vor, das neun Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl umfasst und die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Entlassmanagements in Krankenhäusern adressieren soll. Dabei sollen sechs Qualitätsindikatoren fall- (Prozessindikatoren) und drei einrichtungsbezogen (Strukturindikatoren) erfasst werden. Die vorgeschlagene Kennzahl wurde über die Sozialdaten bei den Krankenkassen operationalisiert und erhebt die Ergebnisqualität in Form einer stationären Wiederaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung. Zudem erfolgte die Konzeption eines weiteren, noch vorläufigen Qualitätsindikators, dessen Nutzung für einen Zeitpunkt vorgesehen ist, wenn die Telematikinfrastuktur in Kliniken flächendeckend etabliert ist.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) nimmt im Folgenden zum Vorbericht des IQTIG Stellung und beleuchtet hierbei einige der darin beschriebenen Prüfschritte vertieft.

## Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

Im ersten Teil des Vorberichts wird neben der Darlegung der Beauftragung durch den G-BA das methodische Vorgehen des IQTIG zur Entwicklung des dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatorensatzes für das Thema Entlassmanagement beschrieben, das den Regelungen der Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022b) entspricht.

### Beauftragung durch den G-BA (Teil B)

Die Entwicklung von dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren stellt den zweiten Teil der Gesamtbeauftragung des G-BA für das QS-Verfahren Entlassmanagement dar. Der Beauftragungstext benennt dabei folgende patientenrelevante Endpunkte, die bei der Entwicklung berücksichtigt werden sollen:

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

Unverständlich bleibt hier, dass das IQTIG über diese verpflichtenden Teilaspekte der Beauftragung zwar informiert, aber an keiner Stelle im Vorbericht darauf eingeht, inwieweit diese Endpunkte berücksichtigt bzw. in die Überlegungen für die Ausgestaltung des QS-Verfahrens einbezogen wurden. Mit Ausnahme der entwickelten Kennzahl „Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“, die sich inhaltlich mit dem Endpunkt der ungeplanten Rehospitalisation innerhalb von 30 Tagen deckt, lässt sich für die anderen drei Endpunkte im Indikatorensatz keine sinngemäße Entsprechung finden. Es fehlt insoweit ein systematischer Abgleich der beauftragten Entwicklungsleistungen mit den tatsächlich entwickelten Qualitätsindikatoren sowie eine Diskussion der ggf. identifizierten methodischen und inhaltlichen Limitationen, die eine vollständige Umsetzung des Auftrags verhindert haben. Damit verstößt das IQTIG gegen ein zentrales Element der G-BA-Beauftragung.

### Literatur- und Leitlinienrecherche

Die Leitlinien- und Literaturrecherche vollzog das IQTIG nach zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien, die im Anhang des Vorberichts mit Darlegung der Suchstrategien sowie der vollzogenen Datenextraktion verständlich aufgeschlüsselt sind. Auch die Ableitung von Qualitätsmerkmalen aus den Inhalten des Rahmenvertrags Entlassmanagement, des Expertenstandards Entlassmanagement in der Pflege sowie weiteren Leitlinien kann



anhand der Tabellen gut nachvollzogen werden. Insbesondere Letzteres ist zu begrüßen, da das IQTIG in anderen Entwicklungsberichten, wie beispielsweise für das QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie (IQTIG 2021), eine verifizierbare Darlegung der Ableitung von Qualitätsmerkmalen aus der Literatur vermissen lässt. Die Anhänge zur Literaturrecherche im hier behandelten Vorbericht erfüllen hingegen etablierte wissenschaftliche Standards und lassen die Entscheidungsprozesse des IQTIG an dieser Stelle transparent werden.

### Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Vertreter\*innen der Gesundheitsprofessionen

Um das Verbesserungspotenzial von abgeleiteten Qualitätsmerkmalen einzuschätzen, sichtete das IQTIG erneut Ergebnisse aus leitfadengestützten Interviews und Fokusgruppen mit Vertreter\*innen stationär und ambulant tätiger Gesundheitsprofessionen, die bereits im Rahmen des Zwischenberichts Entlassmanagement (IQTIG 2019) durchgeführt wurden. Die Darstellung dieser qualitativen Auswertung bleibt im Ergebnisteil des Vorberichts dabei äußerst intransparent und verkürzt. Es wird in der Regel nur grob umrissen, welche vorrangige Meinung sich innerhalb der Fokusgruppen abgezeichnet hat, ohne dass nachvollzogen werden kann, anhand welcher objektiven Kriterien das IQTIG derartige Schwerpunkte in den Einschätzungen ableiten konnte. Ein Blick in die Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022b, S. 16) löst die unzureichende Transparenz bei der Datenauswertung und -interpretation von qualitativen Daten, wie Interviews und Gruppendiskussionen, dabei nicht auf; es bleibt letztlich offen, wie Informationsstränge anhand welcher Regeln miteinander zusammengeführt wurden oder wie mit widersprüchlichen bzw. konkurrierenden Informationen bei den Diskussionen in den Gruppen vonseiten des IQTIG umgegangen wird. Die Methodischen Grundlagen sollten eine entsprechende Überarbeitung erfahren und verbindlich regeln, dass in den Berichten so viele Informationen über die Entscheidungsprozesse des IQTIG berichtet werden (z. B. inhaltliche Überlegungen, Veröffentlichung von Ergebnissen aus Gruppendiskussionen), wie es für das Verständnis der vom IQTIG gezogenen Schlussfolgerungen vonnöten ist.

### Expertenbeteiligung

Neben der Literaturrecherche und der Sichtung von Ergebnissen aus Interviews und Fokusgruppen wurde als weiterer Prüfschritt ein aus 25 Mitgliedern bestehendes Expertengremium einberufen. Das Gremium gab in drei Treffen fachliche Einschätzungen zur Eignung der aus Literatur und Leitlinien abgeleiteten Qualitätsmerkmale sowie der Operationalisierung der Qualitätsindikatoren und bewertete das gesamte Indikatorenset hinsichtlich seiner Güte. Voraussetzung für eine Beteiligung am Expertengremium war, dass

eine teilnehmende Person eine persönliche Qualifikation oder spezifisches Fachwissen für den Bereich des Entlassmanagements besaß, wie beispielsweise langjährige Erfahrung in der Umsetzung des Entlassmanagements oder Qualifikationen im Bereich der Qualitätssicherung (vgl. IQTIG 2022a, S. 28). Leider werden im Anhang des Vorberichts bei den teilnehmenden Expert\*innen fast ausschließlich deren Berufsbezeichnung/en benannt und es bleibt von daher meist unklar, inwieweit die Voraussetzungen für das Vorliegen von geeigneter Expertise erfüllt waren. Die Darlegung der spezifischen Eignungsmerkmale der Expert\*innen für das QS-Verfahren sollte im Anhang von Entwicklungsberichten prinzipiell aufgeschlüsselt werden, da ansonsten nur schwer zu eruieren ist, wie viel Validität den Experteneinschätzungen beizumessen ist.

Zur Bewertung der Eignung der Qualitätsmerkmale durch das Expertengremium wurde auf ein Verfahren zurückgegriffen, das sich an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM) anlehnt und bei dem die Expert\*innen in zwei Durchläufen gebeten wurden, jedes Qualitätsmerkmal hinsichtlich seines Verbesserungspotenzials und der Zuschreibbarkeit der Verantwortung zur Leistungserbringer\*in auf einer 9-stufigen Skala einzuschätzen (vgl. IQTIG 2022a, S. 29). Für einen Konsens bei der Einschätzung der Eignung der Qualitätsmerkmale mussten in der zweiten Bewertung mehr als 75 Prozent der Expert\*innen ein Kriterium als erfüllt (= Punktwert von mind. 7) bewerten. Die Bewertungen erfolgten dabei über Onlinebefragungen. Die konkrete Umsetzung der Befragungen sowie die Ergebnisse der Bewertungen können dem Vorbericht jedoch nicht entnommen werden. Sofern dokumentierte, systematische Bewertungen vorgenommen wurden, sollten diese nicht nur narrativ berichtet, sondern transparent gemacht werden. Die fehlende Realisierung dessen erscheint besonders kritisch, da die Ergebnisse aus dem Expertengremium im Vorbericht wie auch bei der Entwicklung anderer QS-Verfahren durch das IQTIG oft eine wesentliche Informationsquelle für den Prüfprozess und die Konsentierung von entwickelten Qualitätsindikatoren darstellen. Sachdienlich wäre hier eine im Anhang aufgeführte Tabelle mit Angabe der Mittelwerte und Streuungen der Punktwerte der Bewertungen für jedes Eignungskriterium, um die Entscheidungen des IQTIG nachvollziehbar zu machen. Die Punktwerte sollten dabei möglichst auch für Subgruppen-Merkmale, beispielsweise nach Art der Expertise von Teilnehmer\*innen (z. B. Patientenbehandlung oder Forschung) differenziert aufgeschlüsselt werden, um systematische Antworttendenzen ausschließen zu können.

## Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

### Eingrenzung des QS-Verfahrens

In Kapitel 4 beschreibt das IQTIG das methodische Vorgehen zur Eingrenzung der ansonsten zu umfangreichen Stichprobe für das QS-Verfahren. In einem ersten Schritt sollen mittels eines eigens entwickelten statistischen Prognosemodells vorrangig solche Fälle aus der Gesamtstichprobe gezogen werden, die einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweisen. Um die damit generierte Stichprobe weiter einzugrenzen, wird in einem zweiten Schritt eine pseudozufällige Stichprobenziehung anhand der letzten vier Ziffern der eGK-Versichertennummer eines jeden Falls vollzogen, um das anvisierte Maß von jährlich 1 Million Fällen zu erzielen.

Zur Operationalisierung der fallweisen Ausprägung des „erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement“ (eBEM) entwickelte das IQTIG eine sog. eBEM-Zielvariable. Diese wird geschätzt durch die Anzahl von bis zu 16 erfüllten Zielkriterien, die die Inanspruchnahme verschiedener poststationärer Versorgungsleistungen widerspiegeln. Problematisch an dieser Modellierung ist, dass diese Form der Operationalisierung nur wenig geeignet ist, um einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu bestimmen. Dies liegt darin begründet, dass die 16 Zielkriterien mit Ausnahme weniger Leistungen vorrangig einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement abbilden, der sich aus den Folgen körperlicher Erkrankungen ergibt (z. B. Hilfsmittel, Krankentransport, Pflegeleistungen). Auch bei der nachgeschalteten logistischen Regression, die das zweite Glied des Prognosemodells darstellt, werden mit den Kovariablen Geschlecht, Diagnosen zum Aufnahmezeitpunkt, durchgeführte Operationen und Prozeduren, Verweildauer und Pflegegrad kaum Merkmale adressiert, die für psychisch erkrankte Patient\*innen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement charakteristisch sind.

Ein möglicher Grund hierfür dürfte in der vom IQTIG selbst berichteten methodischen Schwäche des Prognosemodells liegen, dass für die Modellierung nur solche Fälle berücksichtigt wurden, bei denen notwendige Weiterbehandlungsmaßnahmen bei der herangezogenen Stichprobe auch tatsächlich eingeleitet wurden. Bei Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen stellt eine ambulante Psychotherapie im Anschluss an die Entlassung aus dem Krankenhaus eine der häufigsten indizierten Weiterbehandlungsmaßnahmen dar. Gleichzeitig sind die Wartezeiten für ambulante Psychotherapieplätze meist lang, so dass das Risiko einer erneuten stationären Vorstellung vor Einleitung der ambulanten Psychotherapie vergleichsweise hoch ist. Es ist von daher anzunehmen, dass Patient\*innen

mit psychischen Erkrankungen im herangezogenen Datensatz für die Entwicklung des Prognosemodells unterrepräsentiert sind, was die Generalisierbarkeit des Modells auf die Gesamtpopulation stationär behandelte Patient\*innen infrage stellt.

Ein erhöhter Bedarf für eine möglichst nahtlose Überführung in den ambulanten Versorgungssektor ergibt sich bei psychischen Erkrankungen hauptsächlich über den Erkrankungsschweregrad und die damit einhergehende Beeinträchtigung in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen. Die BPTK plädiert unter Berücksichtigung dieses Umstandes dafür, das Prognosemodell zu einem späteren Zeitpunkt anhand aktueller Daten um solche Zielkriterien bzw. Kovariablen zu ergänzen, die einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement auch bei psychischen Erkrankungen abbilden. Beispielhaft sei hier die Operationalisierung in der Richtlinie des G-BA über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch Erkrankter mit komplexem Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) genannt, in der eine schwere psychische Erkrankung mit daraus folgenden Beeinträchtigungen über einen Punktwert auf der GAF-Skala<sup>1</sup> von höchstens 50 definiert wird. Die Richtlinie schreibt dabei vor, dass Krankenhäuser „mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V den patientenindividuellen Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig“ erfassen sollen (§ 11 Absatz 1 KSVPsych-RL). Es ist daher dringend geboten, dass das IQTIG im Rahmen der Beauftragung zur Entwicklung eines QS-Verfahrens Entlassmanagement auch Zielvariablen formuliert, die ein solches Assessment bei psychischen Erkrankungen widerspiegeln.

### Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Die Entwicklung der Qualitätsindikatoren wurde entsprechend der Methodischen Grundlagen des IQTIG (IQTIG 2022b) vollzogen. Nach Ableitung von patientenrelevanten QS-Merkmalen anhand von Literatur, Leitlinien und Sekundärdatenanalysen wurden diese anhand von Literatur sowie Ergebnissen aus Fokusgruppen und dem Expertengremium hinsichtlich der Erfüllung bestimmter Eignungskriterien überprüft. Daran anknüpfend wurden für alle Qualitätsmerkmale Qualitätsindikatoren mit bestimmten Referenzbereichen operationalisiert. Abschließend wurde erneut das Expertengremium konsultiert, um die Qualitätsindikatoren einschließlich ihrer Referenzbereiche zu diskutieren.

---

<sup>1</sup> *Global Assessment of Functioning Scale* in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003.

Auf Grundlage welcher methodischen Vorgehensweise das IQTIG den Entwicklungsschritt von den konsentierten QS-Merkmalen hin zu den operationalisierten Qualitätsindikatoren einschließlich ihrer Datenfelder vollzogen hat, bleibt im Vorbericht völlig offen. Stattdessen wird lediglich berichtet, welche Indikatoren in das QS-Verfahren eingeschlossen werden sollen und welchen QS-Merkmalen sie zuzuordnen sind, ohne weiterführende Begründungen für die dahinterstehenden Entscheidungen sowie die konkrete Formulierung der Datenfelder zu nennen. Über das Prozedere für die inhaltliche Ausgestaltung bzw. den Wortlaut der Datenfelder wird dabei weder im Vorbericht noch in den Methodischen Grundlagen des IQTIG informiert. Die Darstellung der Entwicklung von Datenfeldern fällt in den Methodischen Grundlagen generell sehr kurz aus und beschränkt sich hauptsächlich auf die Vorstellung gängiger Empfehlungen für die Itemformulierung aus der sozialwissenschaftlichen Forschung (vgl. IQTIG 2022b, S. 63). Um beurteilen zu können, ob die Operationalisierung eines Indikators bzw. Datenfeldes für die Durchführung der beauftragten Qualitätssicherung vernünftig und zweckmäßig ist, ist eine Offenlegung des Entscheidungsrationals für Inhalt und Wording eines Datenfeldes unabdingbar. Aus Sicht der BPTK ist hier eine entsprechende Überarbeitung der Methodischen Grundlagen dringend erforderlich.

Auch die konkreten Vorschläge für die Referenzbereiche bei den sechs Prozessindikatoren können in der Darstellung im Vorbericht nur bedingt nachvollzogen werden. So postuliert das IQTIG für die Mehrheit der Prozessindikatoren, dass eine Erfüllung der Indikatoranforderungen für alle Mitarbeiter\*innen im Krankenhaus „sachgerecht“ sei, jedoch „auf Einzelfälle bezogene Faktoren“ eine Erfüllung der Anforderung verhindern können (IQTIG 2022a, S. 95). Beide Behauptungen zusammengenommen sollen einen verteilungsbezogenen Referenzbereich von  $\geq 95$  Prozent rechtfertigen. Beim Indikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung“ wird vom IQTIG angeführt, dass die Übermittlung des Entlassbriefs „sehr häufig noch deutlich länger als 14 Tage dauert“, um dann einen relativ hohen Referenzbereich von  $\geq 90$  Prozent festzulegen. Die Entscheidungskriterien zur Bemessung der Höhe der verteilungsbezogenen Referenzbereiche pro Indikator gehen aus dem Vorbericht nicht schlüssig hervor. Auch in den Methodischen Grundlagen (IQTIG 2022b) wird die Methodik zum Setzen von verteilungsbasierten Referenzbereichen nur äußerst knapp umrissen, was mit Blick auf die umfangreiche Darstellung der Methodik für kriteriumsbezogene Referenzbereiche unverständlich ist. Die Methodischen Grundlagen bedürfen auch hier einer Anpassung, damit in zukünftigen Entwicklungsberichten die Entscheidungsprozesse des IQTIG präzise dargestellt werden.

Beim Blick auf die drei einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren, die vom IQTIG zur Erfassung der Strukturqualität des Entlassmanagements konzipiert wurden, stellt sich bei den Indikatoren „Verfahrensregelungen zum Entlassmanagement“ und „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patient\*innen sowie Angehörigen“ (IQTIG 2022a, S. 187) die Frage nach ihrer Nützlichkeit in Relation zu ihrem Aufwand. Die Indikatoren sollen jährlich einmal an ca. 2.730 Krankenhausstandorten erhoben werden. Aus Sicht der BPTK ist dabei fraglich, ob diese Indikatoren einen substanziellen Mehrwert für die Qualitätssicherung generieren können: Mit dem für Krankenhäuser seit Oktober 2017 verbindlichen Rahmenvertrag Entlassmanagement existieren bereits normative Vorgaben, die eine Verschriftlichung von Standards beim Entlassmanagement, eine klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team (§ 3 Absatz 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement) sowie eine schriftliche Information von Patient\*innen über das Entlassmanagement (§ 7 Absatz 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement) regeln. Die wichtigsten Anforderungen an die Rahmenbedingungen eines qualitativ hochwertigen Entlassmanagements liegen Krankenhäusern demnach als Information vor und sie sind verpflichtet, diese zu erfüllen. Die beiden vom IQTIG entwickelten einrichtungsbezogenen Indikatoren dürften über diese bereits bestehende Maßnahme hinaus kaum Verbesserungen in der Qualität anstoßen, indem sie lediglich nach dem Vorliegen einer schriftlichen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement sowie einem Konzept zur Information von Patient\*innen fragen, nicht aber nach der Umsetzung der darin formulierten Inhalte. Es ist daher zu vermuten, dass hiermit keine Qualitätsdefizite aufgedeckt werden, sondern die Datenfelder der Qualitätsindikatoren einer einhellig zu bejahenden Checkliste gleichkommen werden. Bei der Machbarkeitsprüfung für das entwickelte Qualitätsindikatorenset empfiehlt die BPTK daher, ein besonderes Augenmerk auf die beiden hier benannten einrichtungsbezogenen Indikatoren zu legen, insbesondere hinsichtlich sich ergebender Deckeneffekte, um Potenziale zur Reduktion der Aufwände systematisch nutzen zu können.

Ein letzter Aspekt, der aus Sicht der BPTK einer Optimierung bedarf, betrifft den fallbezogenen Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“. Hier werden in den operationalisierten Datenfeldern lediglich Hausärzt\*innen und Fachärzt\*innen, nicht jedoch ärztliche oder Psychologische Psychotherapeut\*innen als Nachbehandler\*innen benannt. Dies ist insofern problematisch, als dass ambulant tätige Psychotherapeut\*innen bei Entlassfällen aus Krankenhäusern mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen eine der versorgungsrelevantesten und häufigsten Nachbehandlergruppe darstellen. Die fehlende Nennung von Psychotherapeut\*innen als weiterversorgende Berufsgruppe steht überdies den Bestimmungen der KSVPsych-RL entgegen, nach der „das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den



Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten“ zu übermitteln hat (§ 11 Absatz 2 KSVPsych-RL). In Übereinstimmung mit dieser Regelung sollte ein Datenfeld hinzugefügt werden, das den Versand des endgültigen Entlassbriefs an die nachbehandelnde Psychotherapeut\*in erfragt.

## Fazit

In der Gesamtschau erscheint das vom IQTIG entwickelte Qualitätsindikatorenset für das Entlassmanagement auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer\*innen sowie von Sozialdaten bei den Krankenkassen prinzipiell geeignet, um auf eine Verbesserung des Entlassmanagements in Krankenhäusern hinzuwirken.

Mit Blick auf die Methodik im Vorbericht ist positiv hervorzuheben, dass die Aufschlüsselung der Literaturrecherche im Anhang dem Anspruch eines wissenschaftlichen Vorgehens gerecht wird. Die verwendete Suchstrategie sowie das Rational zum Ein- und Ausschluss von Literatur des IQTIG kann ohne Einschränkung nachvollzogen werden. Dies gilt ebenso für die Ableitung der QS-Merkmale, die anhand der tabellarischen Aufschlüsselungen über die inhaltliche Deckung mit Inhalten des Rahmenvertrags Entlassmanagement sowie weiterer Leitlinien gut veranschaulicht wird.

Gleichwohl ist aus Sicht der BPTK vor Einführung des Verfahrens eine Überarbeitung des im Vorbericht vorgestellten Instrumentes an mehreren Stellen vonnöten:

Der Nutzen von zwei der drei einrichtungsbezogenen Indikatoren sollte kritisch überprüft werden, da diese aus Sicht der BPTK eher einem Reminder-System bzw. einer reinen Checkliste gleichkommen, mit denen vermutlich kaum Verbesserungspotenziale angestoßen werden dürften, welche über die verbindlichen Vorgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagement hinausgehen.

Beim Indikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“ sollten Psychotherapeut\*innen neben Hausarzt\*innen und Facharzt\*innen explizit als Nachbehandler\*innen benannt bzw. mittels eines eigenen Datenfeldes hinzugefügt werden, da eine ambulante Psychotherapie eine der häufigsten Weiterbehandlungsmaßnahmen von Patient\*innen nach Entlassung aus psychiatrischen oder psychosomatischen stationären Einrichtungen darstellt.

Des Weiteren sollte der Umstand behoben werden, dass psychisch erkrankte Patient\*innen mit einem erhöhten Bedarf an Entlassmanagement mit dem gegenwärtigen Prognosemodell kaum detektiert werden. Das Prognosemodell sollte deshalb zu einem späteren Zeitpunkt anhand aktueller Daten um zusätzliche Zielkriterien oder Kovariablen erweitert werden, die einen erhöhten Bedarf an Entlassmanagement bei psychisch erkrankten Patient\*innen valide abbilden.





Ein zentrales Problem, das nicht nur im hier diskutierten Vorbericht, sondern auch in anderen Entwicklungsberichten des IQTIG zu beobachten ist, besteht im unzureichenden Detailgrad der Beschreibung der einzelnen Entwicklungsprozessschritte, die den Ansprüchen an eine wissenschaftliche Verfahrensweise nicht genügen. Dies betrifft vor allem die intransparente bzw. oft nur grob umschriebene Darstellung der Ergebnisse aus Fokus- und Expertengruppen sowie die fehlende Darlegung von Entscheidungsgrundlagen für die Operationalisierung von Datenfeldern und Referenzbereichen. Wie von der BPK schon in einer Stellungnahme zum Entwurf für die Methodischen Grundlagen V2.0 angeraten, ist hier eine Anpassung bzw. Präzisierung und Ergänzung der Methodischen Grundlagen des IQTIG dringend erforderlich.

## Literatur

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a):  
Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement. Vorbericht.  
Stand: 7. Oktober 2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht]
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b):  
Methodische Grundlagen, Version 2.0, Stand: 27. April 2022. Berlin: IQTIG.  
[https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen\\_Version-2.0\\_2022-04-27\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf) (Zugriff am 04.11.2022)
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): QS-  
Verfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Kranken-  
versicherter, Abschlussbericht, Stand: 14. Juni 2021. Berlin: IQTIG. [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5351/2022-03-18\\_IQTIG-Veroeffentlichung-Abschlussbericht-ambulante-psychotherapeutische-Versorgung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5351/2022-03-18_IQTIG-Veroeffentlichung-Abschlussbericht-ambulante-psychotherapeutische-Versorgung.pdf) (Zugriff am 06.11.2022)
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Ent-  
lassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze.  
Stand: 18.10.2019. Berlin: IQTIG. [https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG\\_Entlassmanagement\\_Zwischenbericht\\_Ueberarbeitung\\_2019-10-18.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_Ueberarbeitung_2019-10-18.pdf) (Zugriff am: 07.11.2022).



Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland

---

**Stellungnahme  
der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

vom 18. November 2022

---

**zum Vorbericht des IQTIG  
Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens  
*Entlassmanagement***

(Stand 7. Oktober 2022)

Stellungnahme vom 18. November 2022 zum Vorbericht des IQTIG  
 Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*  
 (Stand 7. Oktober 2022)



## Inhalt

Einleitung.....	3
Stellungnahme der DKG.....	4
Allgemein .....	4
Kapitel: Kurzfassung .....	7
Kapitel 3: Versorgungspraxis .....	7
Kapitel 4: Eingrenzung des QS-Verfahrens .....	7
Qualitätsindikatoren und Kennzahl (Kapitel 5 und 6 sowie Indikatorenset 1.0).....	9
Kapitel 7: Umsetzungs- und Auswertungskonzept.....	16

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

## Einleitung

---

Das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) hat am 7. Oktober 2022 den Vorbericht zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement* vorgelegt.

Das IQTIG wurde im September 2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement zu entwickeln. Die Beauftragung untergliedert sich in drei Teilaufträge – eine bereits veröffentlichte Konzeptstudie (Teil A), die Entwicklung von Qualitätsindikatoren (Teil B) sowie notwendiger Vorgaben zur QS-Dokumentation und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive (Teil C).

Der vorliegende Vorbericht fokussiert auf den Aspekt der Entwicklung von Qualitätsindikatoren (Teil B), die mit der fall- bzw. einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation der Leistungserbringer, den Abrechnungsdaten der Leistungserbringer bzw. mit den Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden sollen.

Im Ergebnis empfiehlt das IQTIG ein länderbezogenes Verfahren mit 9 Qualitätsindikatoren und einer Kennzahl, in dem keine Vollerhebung, sondern ein zweistufiges Stichprobenverfahren zur QS-Auslösung und Dokumentation vorgesehen werden soll, um die Grundgesamtheit an Fällen zu reduzieren. Angestrebt werden vom IQTIG zirka eine Million voll- bzw. teilstationäre Fälle für die Datenerhebung. Für sechs der insgesamt neun Qualitätsindikatoren wird eine fallbezogene QS-Dokumentation mit 45 Datenfeldern empfohlen. Drei weitere Qualitätsindikatoren sollen über eine einmal jährlich zu dokumentierende, einrichtungsbezogene QS-Dokumentation mit 21 einrichtungsbezogenen Datenfelder erhoben werden. Die Erfassung der Kennzahl mit Ergebnisbezug soll über die Sozialdaten bei den Krankenkassen erfolgen.

## Stellungnahme der DKG

---

### Allgemein

Seit dem 1. Oktober 2017 gelten die Regelungen zum stationären Entlassmanagement im Krankenhaus gemäß § 39 Abs. 1a SGB V. In den Krankenhäusern wurden mittlerweile die Vorgaben des Rahmenvertrages, wie auch der G-BA-Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenförderungsleistungen, Digitale Gesundheitsanwendungen, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, außerklinische Intensivpflege und zum Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen umgesetzt. Grundsätzlich sieht die DKG ein einrichtungsübergreifendes QS-Verfahren für das Entlassmanagement positiv. Es kann dazu beitragen, die Versorgungsqualität von Patienten/-innen beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung zu verbessern.

Der Bericht des IQTIG ist gut strukturiert und beschreibt für den Leser nachvollziehbar die Entwicklung der Qualitätsindikatoren, die Weiterentwicklung des Prognosemodells und die Empfehlungen zum erstmaligen Einsatz einer Stichprobeziehung bei Erfassung fallbezogener QS-Daten.

Im Ergebnis wird allerdings erkennbar, dass das IQTIG mit seinen Empfehlungen an mehreren Stellen das Ziel zur Entwicklung eines aufwandsgerechten QS-Verfahrens deutlich verfehlt. Die Empfehlungen des IQTIG wirken teils überdimensioniert. Dies betrifft die Anzahl der zu erfassenden Fälle - eine Million, von denen bis zu 200.000 ggf. keinen erhöhten Bedarf an einem Entlassmanagement haben. Dazu kommt eine hohe Anzahl empfohlener Datenfelder, die teilweise Optimierungspotential aufweisen. Viele der hochindividuellen Informationen, die für Ihre originären Zwecke an verschiedenen Stellen und in der Regel auch bereits digital vorliegen, sollen auf Empfehlung des IQTIG händisch neu zusammengetragen werden. Das IQTIG regt an, vermehrt digitale und automatisierte Prozesse zu nutzen und hierfür die genutzten Krankenhausinformationssysteme zu überarbeiten. Unbeachtet bleibt dabei, dass so kostspielige und aufwändige Prozesse angestoßen werden, die am Ende durch die Krankenhäuser als Softwareabnehmer in einer Abhängigkeitssituation finanziert werden müssen und dies ohne Möglichkeiten der Refinanzierung. Weiterhin gilt zu bedenken, dass längst nicht alle Krankenhäuser über umfassende digitale Lösungen verfügen - u.a. ein Resultat der fehlenden Investitionskostenfinanzierung sowie schleppenden Digitalisierung in Deutschland. Beispielsweise die Patientenakte, wird in vielen Fällen noch in der Papierdokumentation geführt. Weiterhin werden vom IQTIG Strukturvorgaben gemacht, aus denen nicht erkennbar abgeleitet werden kann, ob sie die Qualität des Entlassmanagement in den einzelnen Krankenhäusern tatsächlich verbessern. Auch der offenbar schlecht zu rechtfertigende Einbezug von Sozialdaten bei den Krankenkassen, mit dem ein immenser Ressourcenaufwand bei allen Beteiligten einhergeht, wird ohne Reflektion des IQTIG empfohlen.

Mit der konsentierten Erkenntnis, dass die datengestützte externe Qualitätssicherung erhebliche Aufwände im System hervorruft und damit Ressourcen bindet, der resultierende Nutzen dies aber womöglich nicht immer rechtfertigt, hat der G-BA am 21. April 2022 Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung beschlossen (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5386/>). Darin wird u.a. eine Erhöhung der Effektivität und Effizienz der datengestützten Qualitätssicherung angestrebt. Die

vorliegenden Empfehlungen des IQTIG für das QS-Verfahren Entlassmanagement stehen in verschiedenen Aspekten in Gegensatz zu dem, was der G-BA für die Zukunft der gesetzlichen Qualitätssicherung anstrebt. Das IQTIG sollte die richtungsweisenden Beschlüsse des G-BA entsprechend angemessen auch bei der Neuentwicklung von QS-Verfahren berücksichtigen.

Insgesamt muss bei diesem Verfahren berücksichtigt werden, was insbesondere die spätere Integrierung in den Normtext der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) betrifft, aber schon jetzt anhand der Empfehlungen des IQTIG ersichtlich wird – es werden neue Gruppen von Mitarbeitenden in den Krankenhäusern adressiert, die bisher noch keine direkte Berührung mit der datengestützten Qualitätssicherung hatten. Entsprechend könnte durchaus mit bekannten Startproblemen gerechnet werden, was durch tolerante Normsetzung zum Verfahrensstart angemessen berücksichtigt werden muss.

Die Entwicklungsergebnisse stützen sich, so wie es auch vom G-BA beauftragt war, in wesentlichen Aspekten auf den Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement, RV EM). Es gilt zu beachten, dass der Rahmenvertrag regelmäßigen und auch unterjährigen Änderungen unterworfen ist. Hieraus wird sich ein erhöhter Anspruch ergeben, dass zukünftige QS-Verfahren immer aktuell zu halten. Aus anderen QS-Verfahren ist der Umstand bekannt, dass eine Verfahrensweiterentwicklung durch langwierige Prozesse gekennzeichnet ist, die sich sowohl bei der Entwicklung durch das IQTIG aber besonders durch die Abläufe im G-BA ergeben. Verzögerungen bei Aktualisierungen wären in diesem Verfahren, das auf umfassenden gesetzlichen Vorgaben beruht, nicht tragbar.

Über die Beauftragung durch den G-BA und die vorgelegten Entwicklungsergebnisse des IQTIG hinausgehend, ist es der DKG ein wichtiges Anliegen darauf hinzuweisen, dass das Entlassmanagement nicht in alleiniger Verantwortung der stationären Leistungserbringer steht, auch wenn diese wesentlich Beteiligte des Verfahrens sind. Wie in § 39 Absatz 1a Satz 5 SGB V sowie in § 2 Absatz 2 RV EM ausgeführt, hat der Versicherte gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements. Ein vom Krankenhaus geplantes Entlassmanagement zu einem voraussichtlichen Entlasstag scheitert oftmals daran, dass die für Patientinnen und Patienten erforderliche Anschlussversorgung nicht gesichert ist. Dies hängt von zahlreichen Faktoren ab, die nicht im Einflussbereich des Krankenhauses liegen. Das 2021 neu eingeführte Instrument der Übergangspflege, welches in § 39e SGB V geregelt ist, ist der Beleg dafür, dass ein noch so gut geplantes und durchgeführtes Entlassmanagement zum ursprünglichen Entlasstermin nicht nur in wesentlicher Verantwortung des Krankenhauses liegt, sondern von vielen Faktoren abhängt, die u. a. den Verantwortungsbereichen der Krankenkassen- und Pflegekassen zuzuordnen sind. Um die Qualität des Entlassmanagements in Gänze beurteilen und bewerten zu können, bedarf es daher perspektivisch auch der Einbeziehung der am Entlassprozess beteiligten Kranken- und Pflegekassen in das Qualitätssicherungsverfahren. Im Übrigen findet die Übergangspflege bisher keine weitere Beachtung in den Überlegungen des IQTIG, was in der Zukunft noch dringend zu berücksichtigen wäre.

Stellungnahme vom 18. November 2022 zum Vorbericht des IQTIG  
Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*  
(Stand 7. Oktober 2022)



Die DKG sieht den Nutzen des geplanten Verfahrens im Hinblick auf den Aufwand, bedingt durch den hohen Ressourceneinsatz in der Dokumentation, als gering an. Der Dokumentationsumfang der fallbezogenen Dokumentation wird weiterhin als unangemessen hoch eingeschätzt. Die eindeutige Operationalisierbarkeit der fallbezogenen Dokumentation erscheint fraglich sowie der Erkenntnisgewinn aus der fallbezogenen Datenerhebung gering. Der Zusatznutzen der fallbezogenen Dokumentation steht daher in keinem vertretbaren Verhältnis zum Aufwand des Verfahrens. Die DKG hat bereits im Rahmen der Diskussionen zum Zwischenbericht empfohlen, auf die fallbezogene Dokumentation zu verzichten und auf die Patientenbefragung, Einrichtungsbefragung und Erhebung der Sozialdaten bei den Krankenkassen zu beschränken. Die DKG sieht eine Umsetzung des QS-Verfahrens anhand der vorliegenden Empfehlungen des IQTIG als nicht zielführend an und empfiehlt eine Überarbeitung des Konzeptes.



## Kapitel: Kurzfassung

Das IQTIG beschreibt, dass das Entlassmanagement *den Prozess zur Organisation und Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs von Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung in die weiterführende Anschlussversorgung* umfasst. Dabei ist zwingend zu beachten, dass Krankenhäuser nicht für die Sicherstellung verantwortlich sind, sondern den Patientinnen und Patienten Unterstützung bieten. Nicht alle Aspekte des Entlassmanagement sind vom Krankenhaus beeinflussbar. Bei einem komplexen poststationären Behandlungsbedarf gibt es eine Vielzahl von Einflussfaktoren, die nicht durch das Krankenhaus zu verantworten sind.

Zur Irritation führt die Aussage auf Seite 5, dass anhand des Prognosemodells eine Reduktion der Zielpopulation um zirka 55 % erfolgen kann, obwohl in Kapitel 4 ausführlich dargestellt wird, wie das IQTIG zu seiner Empfehlung kommt, einen Anteil selektierter Fälle von zirka 55 % zu empfehlen.

## Kapitel 3: Versorgungspraxis

Das Format, in dem auf den Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement, RV EM) verwiesen bzw. wie aus ihm zitiert wird ist ungewöhnlich. Hier wird als Autor „GKV-Spitzenverband et al.“ angegeben, statt einen üblichen Verweis vorzunehmen.

## Kapitel 4: Eingrenzung des QS-Verfahrens

Die DKG begrüßt, dass sich das IQTIG weiterhin umfassend der komplexen Aufgabe zur Entwicklung eines dem Bedarf gerechten Prognosemodells angenommen hat und entsprechend detailliert über die Entwicklungsergebnisse berichtet.

Das zu entwickelnde QS-Verfahren soll auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf an ein Entlassmanagement fokussieren. Trotz Anpassungen gegenüber der zuvor vorgeschlagenen Methodik, wird bei der Wahl des vom IQTIG empfohlenen Schwellenwertes weiterhin knapp ein Fünftel an Fällen selektiert, die gemäß entwickelter Zielvariable keinen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement (eBEM) aufweisen. Es muss stets das Ziel sein, die wesentlichen Ziele der QS im Auge zu behalten und hierfür sachgerechte Verfahren zu entwickeln, deren Umsetzungsaufwände das Ziel rechtfertigen. Die getroffene Empfehlung des IQTIG steht diesem Ansatz entgegen. Offensichtlich ist durch Setzung eines höheren Schwellenwertes ein höherer PPV zu erwarten (vgl. Tabelle 3, S. 60). Bekanntermaßen leiden bereits jetzt alle Verfahrensbeteiligten unter überhöhter Auslastung vorhandener Ressourcen, was nicht durch einen zu sensitiven Ansatz überstrapaziert werden darf. Die Begründung des IQTIG, dass alle Patienten/-innen einen Anspruch auf ein Entlassmanagement haben und daher nicht unbegründet in das Verfahren eingeschlossen werden, trägt nicht. Der Schwellenwert ist entsprechend dringender höher anzulegen.

Die Definition der eBEM-Zielvariable ist zudem durch die Setzung, dass ein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement gegeben ist, wenn mindestens eines der vordefinierten

Zielkriterien erfüllt ist, ungenau in der Vorselektion der relevanten Patientenpopulation. Dies ist unschlüssig und nicht nachvollziehbar. Als Beispiel sei hier die alleinige Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erwähnt, die als potentieller Anlass für einen erhöhten Bedarf an einem Entlassmanagement definiert wird. Dieses Vorgehen würde eine immens hohe Dokumentationslast erzeugen, die bei Abwägung von Aufwand-Nutzen-Überlegungen ungerechtfertigt wirkt. Das IQTIG ist sich der Problematik bewusst und stellt auf Seite 53 Überlegungen für einen alternativen Ansatz zur Operationalisierung der eBEM-Zielvariable an, die nicht weiter ausgeführt werden. Begründet wird dies damit, dass eine alternative Definition *nicht mehr der klaren Interpretation von „sämtlichen Maßnahmen, die über den Entlassbrief hinausgehen“ entspräche*. Woher die Formulierung *„sämtlichen Maßnahmen, die über den Entlassbrief hinausgehen“* stammt und wieso dieser angenommene Grundsatz von Wichtigkeit ist, wird in dem vorliegenden Bericht nicht näher erläutert.

Der Auslösungsprozess erscheint mit Schritt 2, der Reduktion der Fallzahlen über eine nachgelagerte Stichprobenziehung bei den Leistungserbringern, zumindest geeignet, die Patientenauswahl hinsichtlich eines sachgerechten Aufwand-Nutzen-Verhältnisses im Sinne einer Reduktion der heterogenen Grundgesamtheit anzuordnen zu können. *Das IQTIG empfiehlt die QS-Auslösung von jährlich ca. 1 Million Entlassfällen, um einen für die Leistungserbringer handhabbaren Dokumentationsaufwand zu gewährleisten, aber dennoch eine ausreichende Fallzahl für die Berechnung der dokumentations- und soziodatenbasierten Qualitätsindikatoren sowie der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zu erhalten (S. 65)*. Eine Million Datensätze sind eine große Anzahl und es ist mehr als fraglich, ob eine solch große Menge notwendig ist. Insbesondere im Vergleich zu den übrigen Verfahren der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) sticht dies deutlich heraus. Es wäre das mit Abstand umfangreichste QS-Verfahren in der Gesamtbetrachtung, aber auch für die einzelnen Krankenhäuser. Wie das IQTIG zu der Einschätzung kommt, dass der Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser handhabbar wäre und der Aufwand für die Leistungserbringer insgesamt als moderat angesehen werden kann (S. 6), bleibt fraglich. Ein derartiges Ausmaß ist weder praktikabel noch zielführend und damit nicht tragbar. Zu bedenken sind neben der Dokumentation auch die anschließenden Exportvorgänge und alle Begleit- und Folgeprozesse bei allen Verfahrensbeteiligten. Vielen Dokumentationsfällen folgen bei hoher Sensitivität verhältnismäßig viele rechnerisch auffällige Fälle, denen im Stellungnahmeverfahren nachzugehen wäre. Schon jetzt ist absehbar, dass sich die Belastung für die bei einem landesbezogenen Verfahren zuständigen Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) nach § 5 DeQS-RL Teil 1 mit den vorliegenden Empfehlungen zum Umfang des Verfahrens voraussichtlich noch deutlich verstärken würde.

Der enorme Aufwand steht in keinem Verhältnis zum erwartbaren Nutzen. Zwingend sind Überlegungen anzustellen, die Anzahl der zu berücksichtigenden Fällen zu reduzieren. Auch Ansätze über eine Verkürzung des Erhebungszeitraums oder eine Einschränkung auf ausgewählte Fachbereiche wären denkbar.

Das IQTIG weist hinsichtlich der Stichprobenziehung auf folgenden Aspekt hin: *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 (S. 66)*. Lösungsideen, wie es

z. B. spezifische Stichprobeneinschränkungen/ ein Stichprobenlimit je Krankenhaus geben könnten, werden für diese wichtige Problembeschreibung nicht vorgestellt. Entsprechende Überlegungen sind dringend erforderlich, auch um den Gesamtaufwand gut begründet einschränken zu können. Ausgehend von der anvisierten Menge von einer Million Datensätzen ergeben sich im Durchschnitt für jedes Krankenhaus in Deutschland rd. 530 Fällen pro Jahr, die dokumentiert werden müssen. Ausgehend von 45 Datenfeldern sind dies fast 24.000 Datenfelder pro Jahr und Krankenhaus. Bei großen Leistungserbringern etwa zwei- bis dreimal so viele Datensätze und -felder. Bei der eigentlichen Aufgabe, eine optimale medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen und derzeit allgemein bekannten Problemen bei der Besetzung von Stellen für Fachkräfte, stellt sich die Frage, wie und wer diese zusätzlichen Aufwände bewerkstelligen soll.

Das IQTIG hat einen äußerst komplexen, für Außenstehende schwer nachzuvollziehenden und völlig überdimensionierten Ansatz für die QS-Auslösung entwickelt. Jegliche poststationäre Weiterversorgungsoption als Zielkriterium für einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement im Prognosemodell zu definieren, ist nicht zielgerecht unter der Auffassung, dass es sich bei Qualitätsindikatoren um Aufgreifkriterien zur folgenden genaueren Untersuchung der vorherrschenden Qualität handelt. Ein deutlich schlankeres und auf die wesentlichen Zielkriterien reduziertes und damit für alle Beteiligten nachvollziehbareres Prognosemodell wäre angebracht.

## **Qualitätsindikatoren und Kennzahl (Kapitel 5 und 6 sowie Indikatorenset 1.0)**

### Grundgesamtheit

Die Begriffe *Aufenthaltsdauer* und *Verweildauer* werden vom IQTIG synonym verwendet. Hier sollte für ein allgemeines Verständnis eine eindeutig definierte Bezeichnung gewählt werden. Ist z. B. die *Verweildauer* gemäß § 1 Absatz 6 Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) gemeint, dann sollte das auch entsprechend dargestellt werden. Nicht beschrieben ist, wie exakt die Abgrenzung von zwei Tagen Verweildauer vorgenommen werden soll. Wird z. B. Uhrzeit-Aufnahmetag und Uhrzeit-Entlass-tag berücksichtigt?

### Datenfelder

Irritierend und nicht nachvollziehbar ist, weshalb dieselben Datenfeldnummern im Indikatorenset 1.0 für unterschiedliche Fragestellungen mehrfach vergeben werden.

#### 1.1 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Die Erstellung einer Verfahrensregelung ist für jeden möglich. Das Vorliegen einer Verfahrensregelung, die alle in der Zählerbeschreibung gelistete Aspekte beinhaltet, ermöglicht keine Ableitung von Rückschlüssen über die Qualität des Entlassmanagements. Fraglich ist, ob die Verfahrensregelung gut oder schlecht ist und in der Praxis gut oder gar nicht umgesetzt wird.

Aus QM-Betrachtung erübrigen sich die detailliert definierten Datenfelder, da der Begriff „Verfahrensregelung“ bereits beinhaltet, dass Schritte, Zuständigkeiten und Fristen präzise darzustellen sind.

Die Begrifflichkeit „zeitliche Abläufe“ in der Zählerbeschreibung ist unklar und irreführend. Hier wäre eine eindeutige Definition vonnöten.

Der Expertenstandard Entlassmanagement der DNQP setzt ausreichende Personalressource in allen beteiligten Berufsgruppen voraus. Wie die DNQP und auch das IQTIG wahrgenommen haben, konnte und kann auch zukünftig aufgrund der Arbeitsmarktsituation nicht an allen Stellen diese Idealvorstellung umgesetzt und daher auch nicht vorausgesetzt werden. Interdisziplinäre Fallevaluationen mit Vorgaben zur Frequenz und Fallauswahl könnten zwar in einer Verfahrensregelung beschrieben werden, die praktische Umsetzung der Idealanforderungen kann vor diesem Hintergrund z. Zt. aber äußerst unwahrscheinlich umgesetzt werden.

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

Allgemein sei darauf hingewiesen, dass sich allein aus der Teilnahme an Schulungen durch einzelne Mitarbeiter keine Rückschlüsse auf die Qualität des Entlassmanagements ziehen lassen.

Im Vordergrund muss die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen, die unmittelbar mit der Organisation der Entlassung von Patientinnen und Patienten betraut sind. Das müsste in der Beschreibung des Indikators (Nenner) noch deutlich und für alle verständlich herausgearbeitet werden. Hierzu zählen nicht alle Beschäftigten. Die exemplarische Aufzählung des IQTIG ist unvollständig und damit unkonkret. Erwartungsgemäß wird dies zu invaliden Daten führen. Des Weiteren ist die Einschränkung auf im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens sechs Monaten nicht trennscharf. Beziehen sich die sechs Monate ebenfalls auf das Erfassungsjahr? Die bisher formulierten Kriterien würde auch eine im Dezember des Erfassungsjahres neu, auf neun Monate befristet, angestellte Aushilfskraft erfüllen.

Ferner ist deutlich darauf hinzuweisen, dass mit der Forderung auch Honorar- und Leasingkräfte bei der Dokumentation zu berücksichtigen, ein immenser und ungerechtfertigter Aufwand zum Nachhalten der benötigten Informationen einhergehen würde. Derart vorgeschlagenes ist völlig unüblich auf der Praxisebene. Entsprechende Kräfte werden direkt auf der Station eingearbeitet und erhalten so alle notwendigen Informationen.

## 1.3 Qualitätsindikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“

Im Rahmen der Beschreibung der Entwicklungsschritte gibt das IQTIG ab S. 114 f. sehr wichtige Einschätzungen des Expertengremiums wieder. Auf den Hinweis, dass es nicht sinnvoll sei, die Erstellung eines Entlassplans für alle Patienten/-innen zu fordern,



sondern nur dem Bedarf entsprechend, erwidert das IQTIG, dass durch die Ausgestaltung des Prognosemodells mit dessen entsprechenden Parametern sichergestellt sei, dass nur Fälle mit umfassendem Versorgungsbedarf adressiert werden. Bei Betrachtung der Ausführungen des IQTIG zum Prognosemodell fällt auf, dass anhand der statistischen Methodik mit der nachvollziehbaren Unsicherheit genau das nicht für jeden Fall sichergestellt ist. Weiterhin, und dass ist der viel kritischere Punkt, weisen die Experten darauf hin, dass der Entlassplan nicht als eigenständiges Dokument vorliegen müsse, da *die Informationen bezüglich erforderlicher bzw. bereits getroffener Maßnahmen ohnehin im KIS vorlägen. Außerdem würden sämtliche Eintragungen bzw. Änderungen im KIS-System patientenbezogen datumsgenau erfasst werden, weshalb die Anforderung einer Verlaufsdocumentation 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.* Eine normative Vorgabe für ein eigenes Dokument besteht nicht. Das IQTIG stellt sich gegen diese Hinweise und empfiehlt einen Entlassplan als eigenständiges Dokument, wobei es darum gehe *alle patientenbezogenen Informationen zum Entlassmanagement strukturiert zusammenzuführen, um so allen Beteiligten einen jederzeitigen Überblick über den Status und die daraus abzuleitenden Handlungsanschlüsse zu ermöglichen.* Ungeachtet bleibt, dass den alltäglichen Anwendern sehr wohl bewusst ist, an welcher Stelle in ihrem System sie welche Informationen finden. Ein somit redundantes Zusammenführen bereits vorliegender Informationen schafft unnötige Arbeitsaufwände. Einmal für die Mitarbeitenden in den Kliniken aber auch für Softwareanbieter, die ggf. technische Lösungen für diese Anforderung entwickeln, was wiederum mit hohen Kosten für die Krankenhäuser verbunden ist. Vernachlässigt wird, wie von Krankenhäusern dieser Empfehlung nachgekommen werden soll, wenn standardmäßig die Patientenakten papierbasiert geführt werden.

Sowohl im Titel als auch in der Zählerbeschreibung findet sich die Begrifflichkeit „multiprofessionelles Team“, die vom IQTIG nicht näher definiert wird. Unabhängig des nachvollziehbar wichtigen Grundsatzes, dass Informationen zur Entlassung „Entlassplan“ von mehreren Mitarbeitenden unterschiedlicher Professionen bearbeitet und aktualisiert werden können müssen, sei darauf hingewiesen, dass zu diesem Aspekt „multiprofessionelles Team“ keine Datenerhebung vorgesehen ist. Die vorgeschlagenen Datenfelder erfassen keine derartigen Informationen. Der Titel des Indikators ist nicht treffend und somit zu überprüfen.

Gleicher Hinweis hinsichtlich der Begrifflichkeiten im QI-Titel kann auch zur „Aktualisierung“ angeführt werden. Auch dieser Aspekt wird mit dem QI nicht untersucht. Ob die Erwähnung im Titel erforderlich ist, sollte geprüft werden.

Die abschließende Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung, die unter anderem mit dem Qualitätsindikator adressiert werden soll, ist nicht schlüssig. In der Beschreibung des Zählers wird als Mindestinhalt *Ergebnisse der abschließenden Überprüfung des Entlassplans am Tag vor der Entlassung* aufgelistet. Mit den empfohlenen Datenfeldern soll aber nur erhoben werden, wann die abschließende Überprüfung des Entlassplans vorgenommen wurde. Etwaige *Ergebnisse* werden in den Datenfeldern nicht

erhoben. Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass der Entlassplan in praktischer Anwendung fortlaufend überprüft und aktualisiert wird. Entscheidend ist, dass bis zum Entlass-tag alle erforderlichen Maßnahmen erledigt sind. Ob und wann das vor Entlassung überprüft wurde, ist nicht relevant. Wenn die Inhalte des Entlassplans definiert wären, z. B. gemäß der Empfehlung der DKG, würde eine Frage ausreichen: Wurde der Entlassplan vollständig erstellt und geführt?

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

Die Erstellung eines Konzeptes ist für jeden möglich. Damit wird aber noch keinem QS-Ansatz gefolgt. Fraglich ist, ob das Konzept auch angewendet wird und seinen Nutzen entfaltet. Darüber kann mit dem vorliegenden Indikator keine Aussage getätigt werden. Die adressierte Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen ist als Standard bei jedem Behandlungsfall zu betrachten. Ein „Konzept“ wird hinsichtlich der Anforderungen nicht im Rahmenvertrag vorgegeben. Alle am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiter/-innen, insbesondere der Sozialdienst und die Pflegeüberleitung bilden dies innerhalb ihrer originären beruflichen Tätigkeit ab.

Die in der Rationale vorgebrachte Anmerkung aus den Einzelinterviews bzw. Fokusgruppen, in der den Krankenhäusern vorgeworfen wird, dass sie häufig Patienten/-innen für den Umgang mit Medikamenten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln oder auch hinsichtlich unterstützender Angebote und Pflegeleistungen nicht ausreichend informieren oder schulen, ist in dieser anekdotischen Form nicht für die Abbildung des wissenschaftlich erarbeiteten Ergebnisses passend. In der inhaltlichen Diskussion sollten verschiedene Meinungen selbstverständlich umfassend dargestellt werden. Im Ergebnis, wenn auch als gekennzeichnete Auszug, ist eine sachgerechte Darstellung zu wählen. Hintergründe für solch einen Eindruck können vielfältig sein. Dies pauschal als häufige Tatsache darzustellen, ist nicht sachgerecht.

Da der Qualitätsaspekt auch in der Patientenbefragung adressiert wird, sollte auf eine Doppeluntersuchung verzichtet werden. Nach ersten Erfahrungen mit der Patientenbefragung und dann vorliegenden validen Daten kann im Bedarfsfall, bei nachgewiesenen schlechten Gesamtergebnissen, eine Weiterentwicklung der Einrichtungsbefragung mit Berücksichtigung dieses Aspektes angestoßen werden. Eine Doppelerhebung ist zu vermeiden.

#### 1.5 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Nach § 7 Absatz 3 RV EM erhält der Patient, der mit einer Medikation entlassen wird, einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des § 31a SGB V erstellt werden. Da es sich um eine Soll-Vorschrift handelt, ist die Erstellung des Medikationsplans nach § 31a SGB V keine zwingende Vorgabe. Klarstellend ist darauf hinzuweisen, dass die Vorgaben des § 31a SGB V, auf die in dem Bericht mehrfach vom IQTIG verwiesen wird, ausschließlich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte adressieren. Krankenhäuser sind hier ausgenommen. Im Übrigen ist in der

RV EM zwar ein Medikationsplan erwähnt, bei dem es sich aber nicht explizit um den *bundeseinheitlichen* Medikationsplan handelt. Weiterhin sei angemerkt, dass die Erstellung eines Medikationsplans im Krankenhaus nicht vergütet wird. Niedergelassene Ärzte/-innen und Apotheker/-innen erhalten hingegen eine zusätzliche Vergütung für diese Aufgabe. Sollte ein Patient/-in im Krankenhaus behandelt werden, der die empfohlenen Auslösekriterien für diesen Indikator erfüllt, kann in vielen Fällen davon ausgegangen werden, dass der Patient/-in auch bereits vor Aufnahme unter Polypharmazie stand. Krankenhäusern würde mit dem QI eine Aufgabe zur „Nacharbeit“ übertragen werden, die eigentlich bereits in der ambulanten Versorgung hätte initialisiert werden müssen. Das IQTIG überschreitet mit seiner Empfehlung die gesetzlichen Vorgaben, weshalb der empfohlene Indikator dringend zu überprüfen ist.

Für jeden einzelnen Fall muss erfasst werden, ob die Schwelle von 3 Arzneimitteln überschritten wird, um anschließend im gegebenen Falle Informationen zum Medikationsplan zu erheben. Dies schürt Dokumentationsaufwand.

Mit dem Datenfeld 22 *Datum der Ausstellung des Medikationsplans* werden Informationen erhoben, die für die Berechnung des Indikators irrelevant sind. Ob es sich um einen aktuellen Medikationsplan handelt, soll bereits mit Datenfeld 21 erhoben werden. Eine Begründung für das Datenfeld 22 wird nicht vorgelegt, weshalb es zu streichen ist. Einmal, um der Zweckbindung und dem Grundsatz der Datensparsamkeit gerecht zu werden, aber auch, um den hohen Erfassungsaufwand, den das Verfahren verursachen würde, zu reduzieren.

#### 1.6 Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“

Die Erfassung dieses qualitätsrelevanten Sachverhalts ließe sich inhaltlich auch mit einer Reduktion der Datenfelder und damit einer Reduktion des Erfassungsaufwands umsetzen. Denkbar wären zwei statt vier Fragen:

- Wenn der Patient mit einer Medikation über ein Wochenende bzw. vor einem Feiertag entlassen wurde: Wurde die lückenlose Fortführung Medikation mittels Verordnung sichergestellt?
- Wenn der Patient mit einer Medikation über ein Wochenende bzw. vor einem Feiertag entlassen wurde: Wurde die lückenlose Fortführung Medikation mittels Mitgabe der erforderlichen Medikamente sichergestellt?

Auch sollte geprüft werden, ob die händische Beantwortung der Filterfragen mit Hilfe einer automatisierten Lösung umgesetzt werden kann. Wenn das Entlassdatum bekannt ist, kann simpel ermittelt werden, welcher Wochentag betroffen ist. Auch können Feiertage einfach gegengeprüft werden.

Das IQTIG sollte die Anregungen dringend in Betracht ziehen und zudem überlegen, ob nicht auch bei Datenfeldern anderer QI Reduktionspotential besteht.

Für den Verfahrensstart erscheint der Referenzbereich als deutlich zu hoch angelegt.

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

Die Inhalte für den Entlassbrief sind bereits standardmäßig definiert und regulär über das KIS mit Pflichtfeldern zur Eingabe versehen. In den meisten Fällen wird Patienten/-innen zur Entlassung ein vorläufiger Entlassbrief mitgegeben. Ein endgültiger Entlassbrief mit allen relevanten Informationen ist qualitätsrelevant und rechtfertigt damit das Aufgreifen in einem QS-Bogen. Dem völlig überbordenden Ansatz des IQTIG, mittels 11 Fragen beschriebene Inhalte des Entlassbriefes abzufragen, kann unter Betrachtung des dafür erforderlichen Aufwands keinesfalls gefolgt werden. Zwei Fragen erscheinen ausreichend:

- Gibt es einen Entlassbrief (vorläufigen)?
- Enthält der Entlassbrief alle nachfolgend aufgeführten Inhalte?

Weiterhin sei angemerkt, dass in den Empfehlungen des IQTIG als Mindestinhalt u.a. gefordert wird, die Angabe der Telefonnummer der behandelnden Fachabteilung für Rückfragen anzugeben. Dieses Erfordernis ist nicht mit dem RV EM vereinbar. Nach § 9 Absatz 3 Satz 2 RV EM gehören zum Mindestinhalt eines Entlassbriefes „Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen“. Hiermit ist nicht ausdrücklich die Telefonnummer der behandelnden Fachabteilung gemeint, sondern eine Telefonnummer, unter der vonseiten des Krankenhauses Auskunft zu Rückfragen gegeben werden kann. Das muss nicht zwingend die Telefonnummer der Fachabteilung sein. Nach § 3 Absatz 7 Satz 2 RV EM ist zusätzlich zu den Angaben nach § 9 RV EM die Telefonnummer eines zuständigen Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben. Auch hier wird nicht die Telefonnummer der behandelnden Fachabteilung gefordert. Die Benennung des zuständigen Ansprechpartners obliegt der Organisationshoheit des Krankenhauses. Der vom allgemein vorherrschenden Verständnis abweichende Empfehlung des IQTIG kann nicht gefolgt werden.

Für den Verfahrensstart erscheint der Referenzbereich als deutlich zu hoch angelegt.

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

Im Rahmen der Beschreibung der Entwicklungsschritte wird sehr nachvollziehbar dargelegt, weshalb eine Frist von 14 Tagen kaum einzuhalten ist. Gemäß Untersuchung des IQTIG ist in der Literatur belegt, dass derzeit die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs sehr häufig noch deutlich länger als 14 Tage dauert (S. 175). Auch die einbezogenen Experten äußern sich entsprechend. Verwunderlich ist, weshalb das IQTIG trotzdem diese Frist in seinen QI-Empfehlungen setzt und dann begründet, über einen 10 % Toleranzbereich das Problem abfangen zu wollen. Im Vorhinein wissend, werden so „schlechte“ Ergebnisse produziert, auf die Krankenhäuser unter prozessualer Betrachtung keinen Einfluss haben. Tumorboard-Entscheidungen und Befunde, z. B. aus Histologie, Genetik etc. liegen bekanntermaßen häufig nicht zeitgerecht vor. Auch können multiprofessionelle Besprechungen oder Konsil-Berichte ausstehen. Gleiches gilt bei



multimorbiden Patienten/-innen, die während des Aufenthalts von mehreren Fachabteilungen und zu unterschiedlichen Krankheitsbildern behandelt wurden. Es wäre zu erwarten gewesen, dass sich das IQTIG diesen wichtigen Erkenntnissen annimmt und differenziertere Entwicklungsideen ausarbeitet. Beispielweise wären Teilübermittlungen oder definierte Ausnahmeregelungen denkbar. Auch die Frist selbst erscheint anpassbar. Ein vorläufiger Entlassbrief mit allen relevanten und bis zur Entlassung vorliegenden Informationen wird bereits erstellt. Die vorgelegten Empfehlungen stimmen nicht mit dem Geschehen in der Praxis überein und können daher aus Sicht der DKG keine Umsetzung erfahren.

Für eine bevorstehende Überarbeitung durch das IQTIG sei noch auf folgende Anregung hingewiesen: Aus Gründen der Eindeutigkeit sollte anstelle der Bezeichnung „ambulant nachbehandelnder Leistungserbringer“ eher die Bezeichnung „die Hausärztin/der Hausarzt und ggfls. die Fachärztin/der Facharzt“ verwendet werden. Hervorzuheben ist außerdem, dass die Informationsweitergabe nur mit entsprechender Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten zulässig ist.

Weiterhin wäre es zielführend, alle Fragen zum Entlassbrief einem Themenblock zuzuordnen.

Im Indikatorenset wird bei vielen Indikatoren in der Hintergrundbeschreibung auch auf die Einschätzung der Experten verwiesen. Die im Vorbericht geschilderte Expertenmeinung findet sich bei diesem Indikator nicht wieder, womit das IQTIG die bestehende kritische Diskussion nicht ausreichend würdigt. Auch die selektive Auswahl der Literaturquellen erscheint nicht sachgerecht.

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

Für Patienten mit einem poststationärem pflegerischen Unterstützungsbedarf ist ein Pflegeüberleitungsbogen mit relevanten Informationen qualitätsrelevant. Anstelle von drei Datenfeldern wäre die Adressierung auch nur mit einer Frage möglich: „Wenn der Patient poststationär pflegerischen Unterstützungsbedarf benötigt: Wurde ihm ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben?“ Das Datum der Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens ist nicht relevant, da davon ausgegangen werden kann, dass der Bogen während des stationären Aufenthaltes erstellt wurde. Datenfeld 45 ist entsprechend zu streichen.

#### 2.1 Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“

Das IQTIG hat die kontroversen Überlegungen zur Abbildbarkeit von ungeplanten Wiederaufnahmen als Qualitätsaspekt ausführlich in seinem Bericht aufgearbeitet. Nachvollziehbar wird dargelegt, dass durch vielfältige Einflussfaktoren keine eindeutige Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer gegeben ist und zudem das Verbesserungspotential kritisch gesehen wird. Deshalb wurde entschieden, die vorab überlegten Qualitätsmerkmale nicht weiter als Qualitätsindikator zu operationalisieren. Nach diesem eindeutigen Entwicklungsergebnis, stützt sich das IQTIG auf Seite 183 dann allerdings auf die Beauftragung des G-BA, wonach *die Adressierung der stationären Wiederaufnahme*

*innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung ein fester Bestandteil des QS-Verfahrens sein soll und begründet damit die Empfehlung zur Umsetzung als Kennzahl anstelle eines Qualitätsindikators. Expertinnen und Experten weisen das IQTIG bereits in der Entwicklung darauf hin, dass die Wiederaufnahme von Patientinnen und Patienten in das gleiche Krankenhaus bereits eine relevante Kennzahl für das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser [sei], wodurch es keine externe Erhebung durch die gesetzliche Qualitätssicherung benötige (S. 185). Das IQTIG stützt sich dann aber auf eine konträre Expertenmeinung, wonach 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 und führt aus, dass die Mehrheit der Expertinnen und Experten befürwortet, dass die Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung als Kennzahl in das zukünftige Indikatorenset mitaufgenommen wird (S. 185f.).*

Offensichtlich ist, dass der Qualitätsaspekt die Anforderungen an eine sachgerechte gesetzliche QS nicht erfüllen kann. Im Bericht des IQTIG wird an der Stelle der Diskussionen der Hinweis auf den Umstand nicht ausreichend berücksichtigt, dass es sich bei diesem Qualitätsaspekt um den einzigen handelt, der über die Sozialdaten bei den Krankenkassen untersucht werden soll. Den Sozialdaten bei den Krankenkassen widmet das IQTIG selbst ein umfassendes Kapitel (7.3). Zur Erhebung und Nutzung der Daten sind komplexe Bedingungen und Strukturen zu berücksichtigen. Dahinter steht ein immenser Ressourcenaufwand vieler Beteiligter. Finanziert durch Versichertengelder. Das alles für die potentielle Nutzung von zu hinterfragenden Informationen, die offensichtlich mehr der Versorgungsforschung als der QS zuzuordnen sind. Von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut hätte man erwarten können, dass unter Betrachtung des Gesamtkomplexes eine sensiblere Abwägung vorgenommen wird und sich nicht blind auf die Beauftragung des G-BA gestützt wird. Unter Aufwand-Nutzen-Betrachtung ergibt sich nicht einmal die Option, die vom IQTIG empfohlene Kennzahl in Betracht zu ziehen. Die Kennzahl ist eindeutig abzulehnen.

## **Kapitel 7: Umsetzungs- und Auswertungskonzept**

Hinsichtlich der Datenselektion über den QS-Filter ist anzumerken, dass die Prozesse im Verfahren auf Grundlage der Empfehlungen des IQTIG einem extremen Zeitverzug unterliegen. Durch das Auslösekriterium 2-Tage-Verweildauer können nur verzögert Informationen für den ausgewählten Fall erfasst werden. Weiterhin ergibt sich Zusatzaufwand für die Prüfung, ob zu ausgewählten Fällen die erforderliche Einwilligung zum Entlassmanagement vorliegt. Wie das IQTIG richtigerweise festgestellt hat, ist diese Information nicht regelhaft im KIS enthalten und muss zusätzlich recherchiert und übertragen werden. Hinzu kommt noch, dass der QI 1.8 „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“ zusätzlichen zeitlichen Verzug bedingt. Die Fall-Dokumentation wird so in separaten Teilschritten vorgeschrieben. Für Dokumentierende ist das extrem unübersichtlich. Permanent liegen offene aber nicht abschließbare Vorgänge in der Software. Dies akkurat nachzuhalten ist viel zu Ressourcenaufwendig.

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates  
zum  
Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Quali-  
tätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement**

**Stand 07. Oktober 2022**

Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik.

Im Nachfolgenden nimmt der DPR e.V. Stellung zum Vorbericht - Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement.

Der Deutsche Pflegerat e.V. begrüßt das methodische Vorgehen des IQTIG. Hinsichtlich der abgeleiteten Qualitätsmerkmale und Entwürfe der Qualitätsindikatoren würde der DPR e.V. folgende Empfehlung aussprechen:

### **Zu Ergebnissen und Empfehlungen**

Die im Rahmen des Entwicklungsprozesses insgesamt neun Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl zur Abbildung der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells zum Entlassmanagement sind zu entwickeln und um den Indikator **vorläufiger Entlassbrief** zu erweitern. Drei Indikatoren sollen sich dabei auf die Strukturqualität beziehen und werden zukünftig einrichtungsbezogen erhoben:

- Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur haus-internen Verfahrensregelung
- Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

Sechs Indikatoren adressieren die Prozessqualität und sollen fallbezogen erfasst werden:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
- Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
- Grundsätzliche Mitgabe eines **vorläufigen** Entlassbriefes, welcher in Kurzform die wichtigsten Informationen zu Diagnose, Therapie und anschließender Versorgung enthält.
- Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen
- Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer

- **Grundsätzliche** Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bzw. deren Bezugspersonen bei der Entlassung

Eine Kennzahl ist darüber hinaus auf die Ergebnisqualität gerichtet, die Erfassung ist über die Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen:

- Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Wir empfehlen darüber hinaus die **grundsätzliche Mitgabe** eines Pflegeüberleitungsbogens, wohl wissend, dass nicht jeder Patient eine sektorenübergreifende pflegerische Versorgung benötigt bzw. die Pflege des Patienten durch Angehörige erfolgt. Auch dieser Sachverhalt wäre dann zu dokumentieren. Angesichts der entstehenden Bürokratie haben wir diese Empfehlung, wohl überlegt getroffen, sorgfältig abgewogen und auf Verhältnismäßigkeit überprüft. Zukünftig werden vermehrt Patientinnen und Patienten tagesklinisch versorgt werden, um Pflegepersonal in den Kliniken zu entlasten. Um zu verhindern, dass es zu einer sektorenübergreifenden pflegerischen Unterversorgung kommt, ist eine grundsätzliche Dokumentation der Pflegeüberleitung geboten.

Berlin, 17.11.2022

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Alt- Moabit 91  
10559 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 398 77 303  
Fax: + 49 30 / 398 77 304  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)

## **Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) zum IQTIG-Vorbericht „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“**

Das IQTIG legt im Vorbericht, der inklusive der Anlagen insgesamt mehr als 600 Seiten umfasst, detailliert die Entwicklung von neuen Qualitätsindikatoren und einer Kennzahl dar, anhand derer das Entlassmanagement der Krankenhäuser in Zukunft bewertet werden soll. Die Indikatoren umfassen explizit nur solche Qualitätsaspekte bzw. Qualitätsmerkmale, die anhand einer gesonderten Qualitätssicherungsdokumentation der Krankenhäuser oder aber der Sozialdaten der gesetzlichen Krankenkassen erhoben werden können. Qualitätsmerkmale, die nur auf der Basis einer Patient:innenbefragung bestimmt werden können, sollen in einem nächsten Teilprojekt berücksichtigt werden, bei dem eine solche Patient:innenbefragung konzipiert wird.

Die Rationale der Entwicklung der Indikatoren wird sehr gut dargestellt. Ebenfalls gut nachvollziehbar ist die Methodik zur Auswahl von Patient:innen, deren Entlassmanagement im Rahmen der Qualitätssicherung bewertet werden soll. Bei der Auswahl von Qualitätsindikatoren für die verschiedenen Qualitätsmerkmale werden Erkenntnisse aus der Literatur und eine anschließende Bewertung durch ein Expert:innengremium herangezogen. Deren oftmals negative Beurteilung eines potentiellen Verbesserungsbedarfs sowie der Zuschreibbarkeit der Qualität der Versorgung führt dazu, dass viele der zunächst formulierten Qualitätsmerkmale nicht in Qualitätsindikatoren münden. Die weiteren Darlegungen zum Umsetzungs- und Auswertungskonzept sind ebenfalls gut nachvollziehbar. Im Ausblick wird dargelegt, dass mit einem Routinebetrieb nicht vor 2027 zu rechnen ist.

Vor diesem Hintergrund wären aus Sicht des DNVF grundsätzliche Überlegungen angeraten, anhand derer das Verfahren evtl. beschleunigt und zielgerichteter ausgerichtet werden könnte.

- a) welche patientenzentrierten Ziele sollen mit dem Entlassmanagement erreicht werden?
  - sichere Weiterbehandlung: dafür müssen Patient:innen informiert sein und Weiterbehandelnde alle notwendigen Informationen direkt beim ersten Folgekontakt besitzen.
- b) wie erfährt man, ob diese Bedingungen erfüllt waren?
  - unseres Erachtens nur durch die Befragung von Patient:innen („waren Sie sich sicher, wie ihre Behandlung nach dem Krankenhausaufenthalt weiter gehen sollte?“, ...) und Weiterbehandelnde („lagen Ihnen alle für die Weiterbehandlung notwendigen Informationen zum Krankenhausaufenthalt beim ersten Kontakt mit dem Patienten vor?“, ...); daher sollten für beide Gruppen Befragungen konzipiert werden. Diese Befragungen sind auf der Basis der bereits etablierten IQTIG-Befragungen zeitnah umsetzbar.
- c) wie stellt man sicher, dass gerade diejenigen mit einem erhöhten Entlassmanagementbedarf befragt werden?
  - die vorgeschlagene Methode ist aufwendig und dennoch nur zu 80% sensitiv; wäre nicht auf der Basis einer ersten Befragung einer Zufallsstichprobe empirisch eine Gruppe mit erhöhtem Bedarf eruierbar? oder: Zufallsstichprobe der Hochaltrigen ergänzt um eine Stichprobe Jüngerer, bei denen empirisch oder auf der Basis von Expertenurteilen zumeist Bedarf besteht (Neuanlage eines Enterostomas, einer Harnableitung, ...).
- d) der international gebräuchliche Indikator „ungeplante Wiederaufnahme“ sollte frühzeitig auf der Basis von Sozialdaten eingeführt werden.
- e) die Strukturindikatoren könnten als Teil der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) konzipiert werden; dafür müsste eine regelmäßige Prüfung etabliert werden, die nicht anlassbezogen erfolgt; so müsste zumindest keine gesonderte Erhebung ausgelöst werden.

- f) bedenkenswert wäre im Übrigen, wie der Tatsache Rechnung getragen werden kann, dass eine beeinträchtigte Gesundheitskompetenz zumindest theoretisch mit einem erhöhten Entlassmanagement-Bedarf einhergehen kann. Wie diese Gruppe von Patient:innen besonders berücksichtigt werden kann, sollte unseres Erachtens noch bedacht werden.

Konkretere methodische Anmerkungen:

- a) Eine konsistente Begriffsverwendung im Zusammenhang mit der systematischen Recherche sollte vorgenommen werden.
- b) Zentrale Begrifflichkeiten, die in der Suchstrategie (Anhang) auftauchen, werden im Vorbericht nicht genannt und sind nur dem Anhang zu entnehmen: z. B. „transitional care“, „care transition“, „handover“, „handoff“, „after care“. Bezogen auf die Begriffe zum Indikator ist unklar, warum die Begriffskonstellationen nicht alle sowohl „measure“ als auch „indicator“ enthielten (singular/plural).
- c) Wieso wurden keine Patientensicherheitsindikatoren als Subgruppe der Qualitätsindikatoren in die Suche aufgenommen? Eine Vielzahl von qualitätsbezogenen Indikatoren zum Entlassmanagement wäre über entsprechende Begrifflichkeiten zu identifizieren.
- d) Im Methodenteil wäre eine grundsätzliche Beschreibung der Entwicklung der Qualitätsindikatoren (Kap. 5) im Kontext des Expert:innenverfahrens wünschenswert. Unklar ist, worauf sich der Qualitätsindikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“ bezieht. Nur aus der ausführlichen Beschreibung des Indikatorensets geht hervor, dass dieser „Anforderungen der Pflege und Versorgung nach der Entlassung“ insbesondere „Erkrankung“, „Krankheitsbewältigung“ und „Prävention“ fokussiert. Der Bezug des Indikators sollte mit der Indikatorbezeichnung deutlich werden, d.h. geht es um Konzepte im Zusammenhang der Gesunderhaltung, Prävention, Patientensicherheit im Kontext der Entlassung etc.? Dies sollte berücksichtigt werden, da ansonsten die Validität des Qualitätsindikators möglicherweise in Frage gestellt werden könnte. Bei den anderen Qualitätsindikatoren geht der Bezug aus der Indikatorbezeichnung hervor.
- e) Es ist positiv hervorzuheben, dass die Expert:innen zum schriftlichen Feedback zu den finalen Qualitätsindikatoren aufgefordert wurden und der Umgang damit veröffentlicht werden soll.

Das DNVF hofft, mit diesen Überlegungen ein Nachdenken über eine Beschleunigung und Entschlackung des geplanten Verfahrens motivieren zu können.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung des DNVF unter Mitwirkung von S. Kuske, F. Walther, M. Geraedts angefertigt.

**Kontakt:**

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.  
Prof. Dr. Silke Kuske (AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung)  
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Vorsitzender)

c/o DNVF-Geschäftsstelle  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
E-Mail: info@dnvf.de  
Tel.: 030 1388 7070



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

---

# STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

ZUM VORBERICHT „ENTWICKLUNG EINES  
QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHRENS FÜR ENTLASSMANAGEMENT“  
(INKL. INDIKATORENSET V1.0)  
STAND 16.11.2022

DEZERNAT  
ÄRZTLICHE UND VERANLASSTE  
LEISTUNGEN

16. NOVEMBER 2022

VERSION 1.0

# INHALT

---

<b>1.</b>	<b>EINFÜHRUNG</b>	<b>3</b>
<hr/>		
<b>2.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT</b>	<b>3</b>
<hr/>		
<b>3.</b>	<b>KAPITELBEZOGENE ANMERKUNGEN</b>	<b>5</b>

---



## 1. EINFÜHRUNG

Die KBV begrüßt die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassmanagement durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und sieht hierin Potenzial für die Weiterentwicklung des Schnittstellenmanagements im Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung. Auch begrüßt sie die Einführung einer stichprobenbasierten Datenerhebung als neuen methodischen Ansatz für die gesetzliche Qualitätssicherung.

Am 20. September 2018 wurde das IQTIG vom G-BA mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement beauftragt. Ausgehend von den Ergebnissen der vorliegenden und vom G-BA abgenommenen Konzeptskizze des Instituts für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut), soll ein entsprechendes QS-Verfahren zur Messung und vergleichenden Darstellung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in voll- und teilstationären Einrichtungen entwickelt werden.

Die KBV misst der Versorgungsqualität eine hohe Bedeutung bei und sieht in der relativ jungen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) nach § 136 SGB V eine Ergänzung der im System der Kassenärztlichen Versorgung bewährten Verfahren.

Das Entlassmanagement ist von besonderer Bedeutung, da die Übergänge von dem stationären in den ambulanten Sektor ein besonders kommunikationssensibler Bereich sind. Aus vertragsärztlicher Sicht ist insbesondere von Bedeutung, dass die Entlassbriefe strukturiert erarbeitet sind und zeitnah zur Verfügung stehen. Um die Ergebnisse bei der Begleitung/Übergabe der Patientinnen und Patienten an den Sektorengrenzen für eine optimale Versorgung durch ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte zu nutzen, sollte das Entlassmanagement in seiner aktuellen Form des Rahmenvertrages im Hinblick auf die Zielerreichung evaluiert werden. Die Ergebnisse könnten dann in die Weiterentwicklung des Verfahrens einfließen.

## 2. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

### Methodische Bewertung

Die KBV begrüßt, dass das Potential von Routinedaten, wie den Sozialdaten bei den Krankenkassen, für die gesetzliche Qualitätssicherung stärker genutzt werden sollte. De facto konzentriert sich das Verfahren jedoch auf die Dokumentation der Leistungserbringer.

Das IQTIG hat 14 Qualitätsaspekte ausgewählt, die sich über Sozialdaten, Daten der Krankenhäuser und die Patientenbefragung abbilden lassen. Dies stellt bereits ein sehr komplexes Verfahren dar. Aus methodischen Überlegungen empfiehlt das IQTIG keine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern, da das Verfahren zu komplex und fehleranfällig werden würde (vgl. Zwischenbericht vom 18.10.2019 zur Teilbeauftragung A „Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze“, S. 211). Die KBV schließt sich dieser Auffassung an.

Dass den Krankenhäusern das „Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ obliegt, wurde 2012 per Gesetz in § 39 Absatz 1a SGB V konkretisiert. Hausärztinnen und Hausärzte wurden im Rahmen der Verfahrensentwicklung in das Expertengremium einbezogen. Aus Sicht der KBV hätten jedoch noch weitere Facharztgruppen einbezogen werden müssen, um das Nachsorgespektrum abbilden zu können.

**Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung gemäß Eckpunktepapier des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. April 2022 ist, dass das IQTIG eine Stichprobenziehung zum Zeitpunkt der Auslösung vorsieht. Dadurch soll der Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer reduziert werden – und unterscheidet sich in dieser Hinsicht von der Stichprobenziehung im Rahmen der**

**Patientenbefragung, die der Versendestelle obliegt, nachdem die Leistungserbringer zunächst alle in Frage kommenden Patientinnen und Patienten dokumentiert und ausgelöst haben. Die KBV begrüßt die Möglichkeit einer frühen Stichprobenziehung mit dem Ziel der Dokumentationsentlastung und sieht hierin Potenzial für eine Stichprobenziehung auf Leistungserbringerebene in allen Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung, zumal hiermit erstmalig die Vorgabe der Datenerhebung auf Basis einer Stichprobe gemäß § 299 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 SGB V erfüllt wird. Eine solche Stichprobenziehung gilt es nun, auch in den bestehenden Qualitätssicherungsverfahren umzusetzen und für die Neuentwicklung anderer Verfahren von vornherein zu planen.**

Nach wie vor ist die Anzahl der Qualitätsindikatoren und der von den Krankenhäusern zu erhebenden Datenfelder hoch. Für die fall- und einrichtungsbezogene Dokumentation sind es insgesamt 51 Datenfelder, die für die Berechnung von neun Qualitätsindikatoren benötigt werden sowie 15 Datenfelder für administrative Zwecke. Die KBV empfiehlt daher für die weitere Bearbeitung des Berichts, das Eckpunktepapier des Gemeinsamen Bundesausschusses zugrunde zu legen und Möglichkeiten für ein kompaktes fokussiertes Verfahren zu identifizieren.

Hinsichtlich der Qualitätsaspekte, die über die leistungserbringerbezogene Dokumentation und die Sozialdaten abgebildet werden sollen sowie der damit korrespondierenden Qualitätsindikatoren bittet die KBV darzulegen, inwieweit die in den methodischen Grundlagen Version 2.0 beschriebene hohe Inhaltsvalidität, basierend auf einem ausgewogenen Verhältnis der Indikatoren zueinander, die Verfahrensentwicklung begleitet hat und welche Entscheidungen daraufhin getroffen wurden (vgl. Methodische Grundlagen 2022: Abb. 15, S. 137).

Aus methodischer Sicht stellt auch die Einwilligung der Patientinnen und Patienten in das Entlassmanagement eine Neuerung gegenüber den etablierten Verfahren dar, da die Patientinnen und Patienten ihre Einwilligung verweigern können. Ähnlich wie bei der Stichprobenziehung zeigt sich hier, dass eine 100prozentige Teilnahme aller Patientinnen und Patienten nicht zwingend notwendig sein muss, um die Versorgungsqualität zu verbessern (siehe hierzu auch: Widerspruchsmöglichkeit der Patienten in dem in Vorbereitung befindlichen Verfahren „QS lokal begrenztes Prostatakarzinom“).

### **Fachliche Bewertung**

Aus Sicht der KBV ist die nahtlose, bedarfsgerechte Patientenversorgung übergeordnetes Ziel des Entlassmanagements. Teil des Entlassmanagements sind ein Entlassplan und ein Entlassbrief, die für den Patienten bei Entlassung vorliegen müssen. Voraussetzung für die Umsetzung ist das Einverständnis des Patienten. Zur Sicherstellung und Umsetzung einer bedarfsgerechten und kontinuierlichen Versorgung durch ein standardisiertes Entlassmanagement gehören u.a. dazu:

- › Strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen
- › Differenziertes Assessment je nach Komplexität des Versorgungsbedarfes
- › Mit Aufstellen eines Entlassplans auch Prüfung der Erforderlichkeit von:
  - › Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie
  - › Unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung fortdauernder AU
  - › Weiteren verordnungs-/veranlassungsfähigen Leistungen (u.a. SAPV, Kurzzeitpflege)
- › Frühzeitiger Kontakt zum weiterbehandelnden Arzt bei Bedarf einer Anschlussversorgung
- › Entlasstag: Krankenhaus sorgt für die nahtlose Überleitung des Patienten
- › Weiterer Ausbau digitaler Kommunikationsmöglichkeiten

Vor diesem Hintergrund erfolgt die Einschätzung des fachlichen Teils der Stellungnahme.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Bestrebungen zur Reduktion von Dokumentationsaufwänden und bürokratischen Hürden für das dargestellte QS-Verfahren maßgebend sind. Die erfolgreiche Umsetzung des Entlassmanagements ist von der Praktikabilität abhängig, d.h. für Leistungserbringer dürfen keine zusätzlichen Aufwände entstehen. Um dies zu erreichen und die Versorgungskontinuität zu unterstützen plant die KBV, den Krankenhaus-Entlassbrief zukünftig als medizinisches Informationsobjekt (MIO) umzusetzen, das als standardisiertes Dokument in die elektronische Patientenakte (ePA) nach § 341 SGB V eingestellt werden kann.

Der hier betrachtete Vorbericht verdeutlicht, dass zusätzlich zu den neun Qualitätsindikatoren ein weiterer Qualitätsindikator entwickelt wurde, der für die Weiterentwicklung des QS-Verfahrens vorgesehen werden soll. Dieser Qualitätsindikator ist noch kein Bestandteil des empfohlenen Qualitätsindikatorensets, 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“ (vgl. S. 5 ff.).

Nach den Einschätzungen der KBV ist der Einsatz eines solchen Indikators mit vielen offenen Fragen verbunden. Nach den Erfahrungen aus unterschiedlichen Bereichen, bspw. der elektronischen AU, den Disease Management Programmen und den Digitalen Gesundheitsanwendungen verbleibt der Dokumentationsaufwand, wenn auch elektronisch, bei den Ärztinnen und Ärzten. Zur Förderung der Umsetzbarkeit und Akzeptanz sind genau diese Aufwände insgesamt aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vermeiden. Hier sind adäquate Systeme zu implementieren, die aus vorhandenen Daten eine optimale Aussage über vorhandene Qualität treffen können. Die detaillierten Ausführungen nehmen Bezug auf die Herausforderungen, die mit diesem Vorhaben verbunden sind.

### 3. KAPITELBEZOGENE ANMERKUNGEN

#### Methodisches Vorgehen

Gemäß Beauftragung hat das IQTIG die Literatur- und Leitlinienrecherche des Zwischenberichts zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptstudie aktualisiert und um eine Recherche nach bestehenden nationalen und internationalen Qualitätsindikatoren ergänzt. Die Indikatorenliste ist im Anhang aufgeführt. Leider bleibt an dieser Stelle unklar, inwieweit die recherchierten Indikatoren einbezogen wurden oder ob die Indikatoren lediglich als Bestätigung der neu entwickelten Indikatoren dienen.

Des Weiteren hat das IQTIG die anonymisierten Routinedaten einer Krankenkasse ausgewertet, um das Prognosemodell zur Identifikation der Zielgruppen weiterzuentwickeln. Für die Analyse wurden u.a. Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung nach § 295 SGB V angefordert. Unklar bleibt auch im weiteren Bericht, warum eine sektorenübergreifende Datenauswertung der Behandlungsfälle durchgeführt wurde, zu welchen Ergebnissen diese geführt hat und welche Konsequenzen sich hieraus für das Prognosemodell ergeben haben. Die Auslösung selbst bezieht sich auf Daten des Krankenhausinformationssystems (KIS), die den Krankenkassen als Abrechnungsdaten zur Verfügung stehen.

#### Versorgungspraxis

Zu den Punkten 3.1.1 und 3.1.2 erfolgt seitens der KBV der Hinweis, dass derzeit der Rahmenvertrag zum Entlassmanagement angepasst wird. Soweit für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist, soll zukünftig im Rahmen des Entlassmanagements die Verordnungsmöglichkeit u.a. von außerklinischer Intensivpflege gegeben sein.

## Eingrenzung des QS-Verfahrens

Mit Interesse verfolgt die KBV, dass das IQTIG eine neue Vorgehensweise zur Eingrenzung des Dokumentationsaufwands für Leistungserbringende entwickelt hat. Im ersten Schritt wird über ein Prognosemodell die Zahl der Entlassfälle reduziert, die einen umfassenden Bedarf an einem Entlassmanagement haben. Im zweiten Schritt folgt eine Stichprobenziehung, um die Fallzahl nochmals zu reduzieren.

Der umfassende Bedarf wird über die Zielvariable „erhöhter Bedarf an Entlassmanagement“ mittels 16 Zielkriterien operationalisiert. Erhöhten Bedarf definiert das IQTIG, wenn mindestens ein Zielkriterium erfüllt wird. Mittels Prognosemodells wird die Wahrscheinlichkeit geschätzt, ob ein zukünftiger Entlassfall die Zielvariable erfüllt oder nicht. Im zweiten Schritt folgt eine pseudozufällige Stichprobenziehung auf Basis der eGKV-Versichertennummer, um die Anzahl der dokumentationspflichtigen Entlassfälle weiter zu reduzieren. Das IQTIG legt Kriterien fest, die bei der Stichprobenziehung erfüllt sein müssen. Das IQTIG will erreichen, dass sich die Anzahl der dokumentationspflichtigen Fälle in allen Einrichtungen um etwa den gleichen Anteil reduziert. Eine Herausforderung sieht das Institut darin, einerseits den Aufwand in Einrichtungen mit hohen Fallzahlen gering zu halten und andererseits in Einrichtungen mit eher geringen Fallzahlen genügend Entlassfälle einbeziehen zu können.

Die KBV begrüßt die innovative Vorgehensweise des IQTIG, um den Dokumentationsaufwand für Leistungserbringende gering zu halten. Damit macht das Institut deutlich, dass es möglich ist, Versorgungsqualität abzubilden, ohne dass alle Patientinnen und Patienten zu dokumentieren sind. Dieser Ansatz sollte bei der Neu- und Weiterentwicklung aller Qualitätssicherungsverfahren weiterverfolgt werden.

## Entwicklung der Qualitätsindikatoren

### Zum Punkt 5.3 - Qualitätsaspekt „Entlassplanung“:

Vor dem Hintergrund der Informationsweitergabe an den ambulanten Sektor begrüßt die KBV für das Qualitätsmerkmal „Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“, dass die Anforderung der multiprofessionellen Erstellung und Zugänglichkeit für alle beteiligten Berufsgruppen niedrigschwellig umzusetzen und die Softwareanbieter rechtzeitig einzubinden sind. Es bietet sich an, hier auch fortdauernde Arbeitsunfähigkeit, Medikamentenversorgung im Entlassplan mit zu berücksichtigen. Nur so kann eine Akzeptanz auf allen Versorgungsebenen erreicht werden

### Zum Punkt 5.6 - Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“:

In Ergänzung zum Punkt 5.6 erfolgt im Dokumentenanhang „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement Indikatorenset V1.0“ eine detaillierte Beschreibung zu den ausgewählten Indikatoren. Die KBV begrüßt, dass wichtige Hinweise hinsichtlich der Art und Weise, wie Medikamente aus dem Krankenhaus mitgegeben werden, berücksichtigt werden. Die Patientinnen und Patienten erhalten oft nur geblisterte Medikamente ohne Verpackung, sodass es für diese oder deren Angehörige und ambulante Leistungserbringer teilweise schwer nachzuvollziehen ist, um welche Medikamente es sich handelt (vgl. IQTIG – Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement Vorbericht 2022, S. 125 ff.). An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass in der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA festgelegt ist, 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. Sehr zu begrüßen ist die Weitergabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplanes. Änderungen sollten ersichtlich sein. Auch zeigt die Praxis, dass häufig Patienten ohne die notwendige Medikation entlassen werden. Deshalb wird der Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ ausdrücklich begrüßt.

### **Zum Punkt 5.8 - Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“:**

Nach Ansicht der KBV wird der 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 zugeschrieben (vgl. S. 152 ff.). Nach § 4 Abs. 3 des Rahmenvertrags Entlassmanagement tritt 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. Hier ist zu verdeutlichen, dass ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte in ihren Praxen in einem anderen Versorgungskontext organisiert arbeiten. Grundsätzlich ist hier die Zieldefinition „ambulant vor stationär“ zu berücksichtigen. Aus der Sicht der KBV sollte die Konzeptentwicklung daher folgende Aspekte berücksichtigen:

- › Etablierung transparenter Standards des Entlass-“Managements“ mit Definition von Verantwortlichkeiten,
- › Frühzeitige Erfassung patientenindividueller Bedarfs,
- › Frühestmögliche Einleitung (und Organisation) erforderlicher Anschlussmaßnahmen,
- › Information und Beratung des Patienten bei freier Wahl der Leistungserbringer,
- › Standards für Dokumentation und Kommunikation mit den weiterversorgenden Leistungserbringern und weiterbehandelnden Ärzten.

### **Zum Punkt 5.9 - Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“**

Die Entlassdokumente sollen nachvollziehbar inhaltlich korrekt, vollständig und rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden. Nach dem Bericht des IQTIG (2019a) zeigen die Ergebnisse, dass auch weiterhin nicht immer die erforderlichen Dokumente bei der Entlassung verfügbar bzw. diese häufig unvollständig oder fehlerhaft sind und somit ein Verbesserungspotenzial besteht.

Die KBV fordert, dass die Bürokratie und der Dokumentationsaufwand sowohl in der Qualitätssicherung als auch in der medizinischen Versorgung abnehmen. Das IQTIG sollte beide Aspekte bei der Konzeptentwicklung für ein Qualitätssicherungsverfahren beachten. Probleme liegen u.a. in der Kommunikation mit Kostenträgern und vielschichtigen Nachfragen. Dokumentation darf nicht Mittel zum Zweck sein. Refinanzierung von (notwendigen) zusätzlichen Dokumentationsaufwänden und Anschaffungen bzw. der Aufrechterhaltung von Kommunikations- und Dokumentationsmedien sind zu beachten. Dies betrifft die Arztpraxis wie das Krankenhaus! Zu nennen sind u.a.: IT-Aufrüstung, Mitarbeiter-Schulungen, zeitlicher Mehraufwand für Ärztinnen und Ärzte sowie alle Mitarbeitenden in den betroffenen Institutionen.

Für das QS-Verfahren empfiehlt die KBV, das Konzept der MIOs (Abkürzung für: Medizinische Informationsobjekte) zu berücksichtigen. MIOs 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.

Für den Entlassbrief als MIO werden strukturierte Inhalte festgelegt. Administrative Daten und Metadaten, PatientInnendaten, Diagnosen und Prozeduren und Medikamente unter Berücksichtigung existierender Standards werden genutzt (vgl. <https://mio.kbv.de>). Für das QS-Verfahren sind die Entwicklungen entsprechend zu berücksichtigen.

### **Empfohlenes Qualitätsindikatorenset**

Die KBV begrüßt das vorgeschlagene Qualitätsindikatorenset mit Indikatoren, die sich auf die Struktur- und Prozessqualität beziehen. Die Ergebnisqualität „Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ wird über eine Kennzahl adressiert.

Insgesamt beinhaltet das Qualitätsindikatorensatz neun Qualitätsindikatoren. Für die Erfassung von drei Qualitätsindikatoren ist dabei die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation vorgesehen. Die Erfassung der übrigen sechs Qualitätsindikatoren soll über die fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer erfolgen. Die mit den Qualitätsindikatoren adressierten Merkmale sollen dabei grundsätzlich von den Leistungserbringern beeinflussbar sein und werden dem adressierten Leistungserbringer (Krankenhaus) in der Verantwortung zugeschrieben. Zu beachten ist, dass keine zusätzlichen Aufwände künstlich produziert werden und die Umsetzung wie oben beschrieben nachvollziehbar und praktikabel bleibt.

**Aus aktuellem Anlass erfolgt an dieser Stelle der Hinweis, dass die Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege – AKI-RL am 18.3.2022 in Kraft getreten ist. Dieser Sachverhalt wird im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach dem derzeitigen Stand integriert und wäre folglich u.a. bei den Indikatoren 1.7 (Qualitätsindikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“ und 1.9 (Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“) mitzudenken und aufzunehmen.**

Zum Qualitätsaspekt „**Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern**“ soll der Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ zum Einsatz kommen. Für die Erfassung ist eine „fallbezogene QS-Dokumentation“ (vgl. S. 192) vorgesehen. Der verantwortliche Leistungserbringer ist das Krankenhaus.

Um ein umfassendes und schnittstellenoptimiertes Entlassmanagement zu gewährleisten, wird auf die Meinung von Expertinnen und Experten Bezug genommen. Diese sehen 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**). Nach deren Meinung hätte die Digitalisierung zudem den Vorteil, dass der Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer deutlich reduziert werden könnte. Leider stellt sich der gewünschte Effekt in der Versorgungsrealität oft nicht so dar. Die Hersteller müssen Produkte und Anwendungen liefern, die nicht nur pünktlich in den Einrichtungen ankommen, sondern die vor allem auch reibungslos funktionieren. Das ist bisher mitnichten der Fall, wie der Fall der elektronischen Patientenakte (ePA) ausdrücklich zeigt. Die ePA funktioniert nicht reibungslos und muss zudem grundsätzlich überarbeitet werden. Auch müssen der Aufwand für die Einrichtung und Pflege der Hard- und Software sowie für die Organisation, Logistik, Schulungen, Einweisungen und Anforderungen an die Einhaltung des Datenschutzes mitbedacht werden. Aus Sicht der KBV ist es daher zum Beispiel dringend erforderlich, dass die Dokumentationssoftware für die gesetzliche Qualitätssicherung zertifiziert wird, um die Fehleranfälligkeit zu reduzieren, Doppeldokumentationen durch geeignete Schnittstellen zu vermeiden und die Nutzerfreundlichkeit zu erhöhen.

### **Umsetzungs- und Auswertungskonzept**

Die Datenerfassung gemäß Teil B der Beauftragung basiert auf der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation sowie auf den Sozialdaten bei den Krankenkassen. Die fallbezogene Dokumentation soll quartalsweise nach den Datenlieferfristen der Richtlinie für datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (DeQS-RL) erfolgen, die im Bericht an den Stand der Richtlinie angepasst werden müssten. Die einrichtungsbezogene Dokumentation soll einmal jährlich im Februar stattfinden.

Voraussetzung, dass Entlassfälle in das Verfahren eingeschlossen werden können, ist die Einwilligung der Patientinnen und Patienten zum Entlassmanagement. Diese Information muss durch die Leistungserbringer manuell erfasst werden, da die Daten nicht flächendeckend in den Krankenhausinformationssystemen hinterlegt sind. Ohne Einwilligung soll lediglich eine Basisdokumentation angelegt werden. Unklar bleibt,



welche Informationen in der Basisdokumentation zu welchem Zweck hinterlegt und wie die Daten im Unterschied zu den Minimaldatensätzen in anderen QS-Verfahren verwendet werden sollen.

Für die fallbezogene Dokumentation müssen 32 Datenfelder befüllt werden. Unklar bleibt, welche der Datenfelder manuell erfasst werden müssen, nur für die administrativen Datenfelder weist das IQTIG darauf hin, dass diese ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand erfasst werden. Auffallend hoch ist die Anzahl der Datenfelder zum Qualitätsindikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Daten“. Obwohl die KBV dem Entlassbrief höchste Bedeutung beimisst, sei angemerkt, ob tatsächlich elf Datenfelder notwendig sind, während bei den übrigen fallbezogenen Indikatoren drei bis sechs Datenfelder reichen.

Noch größer ist die Diskrepanz bei den einrichtungsbezogenen Indikatoren. Hier sind zwölf Datenfelder für die „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ gegenüber zwei bzw. fünf Datenfelder für die beiden übrigen Indikatoren vorgesehen. Unklar bleibt, wie sich die unterschiedliche Dokumentationsdichte je Qualitätsindikator auf die Ergebnisinterpretation auswirkt.

Dass das zweistufige Vorgehen zur Datenreduktion gleichermaßen bei den Sozialdaten zur Anwendung kommt, hat das IQTIG verständlich dargelegt und die Besonderheiten im Bereich der Neonatologie sind nachvollziehbar. Zur Berechnung der sozialdatenbasierten Ergebniskennzahl „Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ werden ausschließlich Daten nach §§ 284 und 301 SGB V genutzt, d.h. keine Daten der vertragsärztlichen Versorgung. Für die Aktualisierung des Prognosemodells werden diese und andere Daten der Nachsorge hingegen eingefordert. Leider bleibt aber auch hier unklar, wie die nicht stationären Daten genutzt werden, beispielsweise zwecks Abgleich der im Krankenhaus verordneten Nachsorgeleistungen und der tatsächlich in Anspruch genommen Leistungen. Die KBV hätte sich hierzu mehr Information gewünscht.

Die Auswertung der fallbezogenen Dokumentation kann quartalsweise erfolgen und über Zwischenberichte, den Leistungserbringern zur Verfügung gestellt werden. Das IQTIG empfiehlt jedoch, auf Zwischenberichte zu verzichten. Die KBV teilt diese Auffassung nicht. Zwischenberichte ermöglichen, dass Leistungserbringer relativ zeitnah eine Rückmeldung zu ihren übermittelten Daten erhalten und ggf. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einleiten können. Des Weiteren ist die Rückmeldung ein wichtiges Instrument zur Akzeptanzförderung der gesetzlichen Qualitätssicherung. Auch die Notwendigkeit einer leistungserbringerorientierten Gestaltung von Rückmeldeberichten möchte die KBV daher an dieser Stelle ausdrücklich betonen.

### Schritte bis zum Regelbetrieb

Die KBV teilt die Auffassung des IQTIG, dass noch verschiedene Prozesse umgesetzt werden müssen, bevor der Regelbetrieb starten kann. Dies sind: Machbarkeitsprüfung, Erstellung der themenspezifischen Bestimmung, der Spezifikation und darauf aufbauend der prospektiven Rechenregeln. Die Rechenregeln sollten aus Sicht der KBV so gut und vollständig sein, dass die endgültigen Rechenregeln lediglich Korrekturzwecken sowie der Beschreibung der berechneten Referenzbereiche dienen. Zudem sollte das Prognosemodell aktualisiert werden, wie es das IQTIG vorschlägt.

### Fazit

Die KBV teilt die Auffassung, dass es sich beim Entlassmanagement um ein krankheitsübergreifendes Verfahren handelt, welches die besonderen Herausforderungen an der Nahtstelle von stationärer und ambulanter Versorgung thematisiert. Irreführend ist es jedoch vom Entlassmanagement im Sinne der Beauftragung als einem sektorenübergreifenden Verfahren zu sprechen, wie es das IQTIG in seinem Fazit formuliert (vgl. S. 225), zumal das Institut an anderer Stelle schreibt, dass es sich ausschließlich um ein stationäres Verfahren handele (vgl. S. 201).

Bis dato wird unter der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) eine sektorenvergleichende Qualitätsmessung und -darstellung verstanden sowie Verfahren, bei denen mindestens zwei Sektoren maßgeblichen Anteil am Behandlungsergebnis haben (§ 1 Abs. 5 Nr. 1 und 2 DeQS-RL), was für das Entlassmanagement nicht zutrifft. „Verfahren, die ein Thema betreffen, bei dem die Ergebnisqualität einer erbrachten Leistung durch die Messung zu einem späteren Zeitpunkt [i.d.R. mittels Sozialdaten] überprüft wird, werden als Follow-up-Verfahren bezeichnet“ (§ 1 Abs. 5 DeQS-RL).

Positiv sieht die KBV das innovative zweistufige Vorgehen zur Reduktion des Dokumentationsaufwands in den Einrichtungen und wünscht sich – wie bereits ausgeführt – dass dieser Ansatz auf neue und weiterzuentwickelnde Qualitätssicherungsverfahren übertragen wird.

Außerdem sollten die Bemühungen der Qualitätssicherung verstärkt dahingehen, Routinedaten zu nutzen. Die KBV teilt insofern auch die zitierte Expertenmeinung, wonach Chancen für eine praktikablere Umsetzung der Prozesse des Entlassmanagements bestehen. Dies betrifft die Bereiche der frühzeitigen Identifikation von Patienten mit erhöhtem poststationärem Versorgungsbedarf, um Nachsorgeleistungen eine effektivere Entlassplanung und Patientenüberleitung zu gewährleisten (vgl. Lingnau et al. 2021 in Krankenhaus Report 2021). Wechselseitig beklagen Krankenhäuser und Krankenkassen eine schwierige Erreichbarkeit von Verantwortlichen für das Entlassmanagement. Es werden lange Bearbeitungszeiten für Genehmigungen und Kostenzusagen bei den Kostenträgern konsistiert. Die Probleme in der Zusammenarbeit von Kassen und Krankenhäusern führen zu Informationsverlusten, Abstimmungsproblemen in der Entlassplanung und Verzögerungen im Entlassprozess. Sie verhindern bzw. erschweren damit eine reibungslose Überleitung von Patienten in die Nachsorge (Blum et al. 2019; Broge et al. 2019; DKI 2018, 2019).

Grundsätzlich tritt die KBV auch den Potenzialen der Digitalisierung aufgeschlossen gegenüber, sieht aber, dass der technische Fortschritt vielfach nicht so reibungslos und arbeitserleichternd läuft, wie gewünscht. Nach den Darstellungen geht das IQTIG davon aus, dass die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen perspektivisch viele Prozesse des klinischen Alltags in Bezug auf das Entlassmanagement vereinfachen wird. 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. Dies muss bereits in einem solchen Qualitätssicherungsverfahren vollumfänglich mitgedacht werden.** Dementsprechend wurde vorbereitend auch ein Qualitätsindikator zum elektronischen Informationsaustausch entwickelt, der derzeit jedoch noch nicht umsetzbar ist. Damit verbundene Aufwände dürfen jedoch nicht die eigentliche Patientenversorgung belasten und zu Mehrarbeit von Ärztinnen und Ärzten führen.

Ausgehend von den Herausforderungen des Entlassmanagements sollte sich die Qualitätssicherung weiteren Versorgungsbereichen widmen, die die Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung betreffen. Hierzu gehören telemedizinische Leistungen über die Telematikinfrastuktur ebenso wie der Prozess der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen, zum Beispiel das ambulante Operieren.





DGGG e.V. • Jägerstr. 58-60 • 10117 Berlin

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz  
im Gesundheitswesen  
Abteilung Verfahrensentwicklung  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin  
per E-Mail an [verfahrensentwicklung2@iqtig.org](mailto:verfahrensentwicklung2@iqtig.org)

**Präsidentin**  
Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt

DGGG e. V.  
Repräsentanz der DGGG und  
Fachgesellschaften  
Jägerstr. 58-60  
D – 10117 Berlin  
Tel.: +49 (0) 30 51488 3333  
Fax: +49 (0) 30 51488 344  
[stellungennahmen@dggg.de](mailto:stellungennahmen@dggg.de)  
[www.dggg.de](http://www.dggg.de)

Berlin, den 04.11.2022

## Stellungnahme

**der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)  
mitgetragen von der Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V. (DGS)**

zum

**IQTIG-Beteiligungsverfahren zum Vorbericht „Entwicklung eines  
sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für  
Entlassmanagement“**

Laut aktueller Umfrage des Marburger Bundes sind Ärzte und Ärztinnen etwa 3 h täglich mit Dokumentations- und Verwaltungsarbeiten beschäftigt (Deutsches Ärzteblatt Jg.119, Heft 33-34, 2022). Pflegepersonal, Ärzte und Ärztinnen arbeiten am Limit, auf allen Ebenen herrscht Mangel an Fachpersonal.

In dem vorliegenden Bericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“ ist der zusätzliche bürokratische Aufwand nicht abgebildet. Es stellt sich daher die Frage, wie der zusätzliche Arbeitsaufwand für die Erfassung und Dokumentation zusätzlicher Qualitätsindikatoren (QI) im klinischen Alltag umgesetzt werden soll. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass trotz aller Bemühungen um Softwarelösungen bei der Dokumentation von QI viel ärztliche und pflegerische Arbeitszeit verbraucht wird.

Die Sicherstellung eines hochwertigen Entlassmanagements wird vielleicht das Entlassmanagement optimieren, aber die damit verbundene Einführung von noch mehr Bürokratie wird dazu führen, dass immer weniger Zeit für die eigentliche Arbeit an den



Patient:innen bleibt und immer mehr Ärzte und Ärztinnen den medizinischen Beruf aufgeben, da er von Verwaltungsaufgaben überfrachtet wird.

Im Gegensatz zu der im Vorbericht des IQTIG beschriebenen strikten Trennung des deutschen Gesundheitssystems zwischen stationärem und ambulanten Sektor wird diese Trennung durch die geplante und vom Bundesgesundheitsminister mit hoher Priorität vorangetriebene umfassende Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen zunehmend aufgelöst. Da die Etablierung neuer QI voraussichtlich mehrere Jahre dauern wird, wird die parallele Entwicklung der Ambulantisierung das geplante Qualitätssicherungsverfahren für das Entlassmanagement überholen.

Wichtiger als eine QI-Erfassung des Entlassmanagements ist daher eine qualitative Erfassung und Kontrolle, inwiefern im Rahmen der Ambulantisierung die umfassende und über den "ambulantisierten" Eingriff weit hinausgehende Behandlung einer Erkrankung bzw. eines erkrankten Individuums gewährleistet wird.

*Die Stellungnahme wurde von Frau Prof. Annette Hasenburg (Mainz) verfasst.*

Mit freundlichen Grüßen!

Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt  
Präsidentin der DGGG e. V.

Prof. Dr. Sara Y. Brucker  
Vorsitzende der DGS e.V.



**Stellungnahme**  
**der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.**

**zur**

**Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement  
des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheits-  
wesen (IQTIG), Okt. 2022**

Autorinnen: Tamara Marraffa, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA

Kontaktadresse: [geschaeftsstelle@dghwi.de](mailto:geschaeftsstelle@dghwi.de)

Datum: 18.11.2022

## Zusammenfassung

Die DGHWI begrüßt die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für das Entlassmanagement unter Berücksichtigung der patientenrelevanten Endpunkte (ungeplante Rehospitalisation, ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung, Versorgungslücken nach Behandlung im Krankenhaus sowie das patientenindividuelle subjektive Gefühl, kompetent und selbstbestimmt im Versorgungsprozess zu sein). Diese Endpunkte gelten gleichermaßen für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen und ihre Neugeborenen. Deswegen sollte sowohl inhaltlich als auch sprachlich stärker berücksichtigt werden, dass Schwangere, Gebärende, Mütter sowie Neugeborene eine relevante Gruppe im Sinne des QS-Verfahrens Entlassmanagement darstellen. Darüber hinaus gilt es im Entlassmanagement die jeweiligen gesundheitlichen Anforderungen in dieser Lebensphase differenziert zu berücksichtigen [12].

Wie schon in ihrer Stellungnahme der DGHWI zum Zwischenbericht der Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement des IQTIG vom 04.06.2021 dargelegt, liegt im Fokus der DGHWI eine die Physiologie fördernde Versorgung von Neugeborenen und ihren Müttern. Die Geburt ist ein Übergang im Leben der Frau und muss wie jede Transition aus der Perspektive qualitativ hochwertiger Versorgung gut begleitet werden. Ein nahtloser Übergang in die ambulante Versorgung nach einer Klinikgeburt und in die Bewältigung des Alltags ist eine besondere Herausforderung. Wie die Schwangerschaft und Geburt und die erste Zeit mit dem Neugeborenen erlebt werden, wird nicht nur lebenslang erinnert, sondern kann langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben [6]. Schwangere Frauen sind jedoch keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen im Krankenhaus („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen.

In der Literatur wird das Gebären eines Kindes als lebensabschnittsprägendes Ereignis beschrieben, ähnlich wie auch der Übergang in die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, den viele Patientinnen und Patienten in Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt vollziehen. Rund 85 Prozent der Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, werden in ihrer Häuslichkeit von Verwandten oder nahen Bezugspersonen gepflegt. Fast alle Neugeborenen werden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der Häuslichkeit von ihren Eltern gepflegt, betreut und als Teil einer gemeinsamen Familie verstanden. Diese Selbstverständlichkeit darf und sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich für Mutter und Kind um eine äußerst vulnerable Lebensphase handelt, die ein hohes Potential für Gesundheitsförderung und Prävention in sich birgt. Diese Perspektive muss nach Auffassung der DGHWi in einem Entlassmanagement berücksichtigt werden.

Eine hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Entlassmanagement ist nach Auffassung der DGHWI ein wichtiger Baustein, um die Versorgungsqualität von Neugeborenen und ihren Müttern zu erhöhen. Für Neugeborene und ihre Mütter relevante Aspekte des Entlassmanagements werden beispielsweise schon seit vielen Jahren in baby-freundlichen Krankenhäusern in Deutschland praktiziert und umgesetzt, auch wenn sie weit von einer flächendeckenden Versorgung entfernt sind [1]. Sie basieren auf einer Empfehlung der internationalen Initiative der WHO und Unicef von 2003 [14]. Studien zeigen, dass die Stillquote von Müttern, die Unterstützung beim Stillen erhalten, steigen [9].

Aber auch der Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der Bundesstiftung und Netzwerke Frühen Hilfen für besonders sozial vulnerable Familien verfolgen den Gedanken der kontinuierlichen Betreuung und Bewältigung des Alltags von Neugeborenen und ihren Müttern [10].

### **Inhaltliche Änderungsvorschläge**

1. Krankenhäuser im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind Einrichtungen in denen auch Geburtshilfe geleistet wird, also Personen Leistungen erhalten, die nicht krank sind (§2 Abs. 1 KHG). In der gesamten Publikation wird immer von Patientinnen und Patienten gesprochen. Neugeborene und ihre Mütter können Patientinnen und Patienten sein, sind es aber in der Regel nicht. Das Wording sollte überdacht und angepasst werden. Die DGHWi empfiehlt, bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren diesen Aspekt kontinuierlich mitzudenken und textlich entsprechend anzupassen.
2. Das Gleiche gilt für die verwendeten Berufsbezeichnungen. In der stationären und ambulanten Leistungserbringung sind neben den ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Berufen auch Hebammen tätig. Sie werden aber in großen Teilen nicht explizit erwähnt. In Teilen des Textes wird von Gesundheitsprofessionen gesprochen, etwa bei den Indikatorenset, ohne dass Hebammen in ihrem Kompetenzfeld im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement aus dem Krankenhaus erwähnt werden. Aber auch inhaltlich werden ambulante Hebammenleistungen nicht als poststationäre Versorgungsmaßnahme erwähnt oder integriert, obwohl sie ein aus den Routinedaten der Krankenkassen ableitbares Zielkriterium darstellen.
3. Aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive spielen für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für das Entlassmanagement die Datenbestände nach § 301a SGB V (Abrechnung der Hebammen und der von ihnen geleiteten Einrichtungen) sowie die bereits 1977 eingeführte und immer wieder angepasste Perinatalerhebung, die heute Teil der gesetzlichen Qualitätssicherung im Bereich der Perinatalmedizin ist (Geburtshilfe, 16n1-GEBH) [5]. Es sollte geprüft werden, ob durch diese Daten wesentliche Erkenntnisse gewonnen werden können.
4. Auch wenn nur ein Teil der Wöchnerinnen, nämlich die Alleinerziehenden, zu der Gruppe der Personen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement gehören, sind die Ziele des Entlassmanagement auf alle Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen anwendbar, ebenso wie der Prozess seiner Umsetzung.

### **Fazit**

Es konnte dargelegt werden, dass die ambulante Versorgung einer Wöchnerin und ihres Kindes unter anderem durch Hebammen zu einer besseren Versorgung führt. Dabei konnte gezeigt werden, dass frühere Entlassungen in Folge von kürzeren Liegedauern im Krankenhaus nach der Geburt zu guten Outcomes führt, wenn die ambulante Versorgung in der Häuslichkeit durch Gesundheitsprofessionen sichergestellt ist [3,7,11, 13]. Eine solche Sicherstellung der postpartalen Versorgung hilft Wiedereinweisungen ins Krankenhaus zu vermeiden [2] und erlaubt es zudem, dass auch Personen, die Mühe haben, sich eine ambulante Hebammenversorgung [8] zu organisieren, Zugang erhalten [4]. Dieser Bedarf und diese Population sollten im hier kommentierten Verfahren ergänzt werden, da es sich um ein wichtiges Feld poststationärer Weiterversorgung handelt, das durch ein strukturiertes Entlassmanagement positiv beeinflusst werden kann.

In den vorliegenden Dokumenten wird deutlich, dass Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene im Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement nicht im Fokus stehen, obwohl bekanntermaßen die Versorgung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Deutschland zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Versorgungssektoren hochfragmentiert ist. Wenn diese Personengruppe sinnvoller Weise dennoch berücksichtigt werden soll, wird die DGHWI gerne erneut Stellung nehmen.

## Literatur

- [1] Babyfreundlich e.V. (BFHI) (o.J.). Fachinformationen. Available from: <https://www.babyfreundlich.org/fachkraefte/fachinformationen/dokumente-downloads.html> (16.11.2022)
- [2] Farhat R, Rajab M. Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge. *N Am J Med Sci.* 2011;3(3): 146–51
- [3] Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. (2008) The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2008;8:27
- [4] Grylka-Baesclin S, Iglesias C, Erdin R, Pehlke-Milde J. Evaluation of a midwifery network to guarantee outpatient postpartum care: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2020 Jun 22;20(1):565. doi: 10.1186/s12913-020-05359-3. PMID: 32571320; PMCID: PMC7310082.
- [5] Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) (2020) Ausfüllhinweise. Available from: [https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v11/161/Ausfuellhinweise\\_16\\_1.html](https://iqtig.org/downloads/erfassung/2020/v11/161/Ausfuellhinweise_16_1.html) (16.11.2022)
- [6] Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth;*15:251
- [7] Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M, Rodmann S, Fölmli L, Conzelmann C, et al.(2016) Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital - a focus group study. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:82.
- [8] Mattern E, Lohmann S, Ayerle GM. Experiences and wishes of women regarding systemic aspects of midwifery care in Germany: a qualitative study with focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):389
- [9] McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub5
- [10] Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Available from: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/netzwerke-fruehe-hilfen/> (16.11.2022)
- [11] Nilsson I, Danbjørg DB, Aagaard H, Strandberg-Larsen K, Clemensen J, Kronborg H. (2015) Parental experiences of early postnatal discharge: a metasynthesis. *Midwifery.* 2015;31(10):926–34
- [12] Smith H, Harvey C, Portela A. Discharge preparation and readiness after birth: a scoping review of global policies, guidelines and literature. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Apr 5;22(1):281. doi: 10.1186/s12884-022-04577-3.
- [13] WHO (2013). Postnatal care of the mother and newborn. Available from: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): Postnatal care (NICE guideline ng194). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194> (16.11.2022)
- [14] WHO (2021): Promoting baby-friendly hospitals. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals> (16.11.2022)



**DGK.**  
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

**DG&M** Deutsche  
Gesellschaft für  
Innere Medizin

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

Per E-Mail: [verfahrensentwicklung2@iqtig.org](mailto:verfahrensentwicklung2@iqtig.org)  
Nachrichtlich :

Düsseldorf, den 15. November 2022  
DGK\_V2022\_115 IQTIG QS-Verfahren Entlassmanagement

## **Stellungnahme zum Qualitätssicherungsverfahren „Entlassmanagement“ des IQTIG (Indikatorenset V1.0) vom 7.10.22, erstellt im Auftrag des G-BA**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß Beauftragung des G-BA an das IQTIG soll das Ziel eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungs (QS)-Verfahrens die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die (ambulante) Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung sein. Dazu wurden vom IQTIG 9 Qualitätsindikatoren (QI) entwickelt, die das Entlassmanagement im Krankenhaus betreffen. Die Analyse soll bei jährlich 16,2 Mio. GKV-Versicherten, die aus stationärer bzw. teilstationärer Behandlung entlassen werden, durch ein vom IQTIG entwickeltes Prognosemodell auf ca. 9 Mio. Fälle und durch eine Stichprobenanalyse weiter auf ca. 1 Mio. Fälle jährlich reduziert werden. Dabei ist aus dem Konzept nicht klar erkennbar, ob die Krankenhäuser dann bei allen 9 Mio. Patienten, die nach dem Prognosemodell in Frage kommen, die Daten erheben sollen und anschließend eine Stichprobe davon gezogen wird oder primär nur bei 1 Mio. Patienten die Daten erhoben werden. Das vom IQTIG entwickelte, komplexe Prognose-Modell wurde offenbar bisher nicht prospektiv validiert, die Angaben beruhen lediglich auf retrospektiv erhobenen Daten einer Krankenkasse aus den Jahren 2016/2017. Ein derartig komplexes Prognosemodell, das bisher lediglich retrospektiv getestet wurde, an Millionen von Patienten prospektiv anzuwenden, erweckt den Eindruck eines gigantischen Beta-Tests. Daher ist dringend zu empfehlen, dem QS-Verfahren eine zeitlich limitierte Machbarkeitsprüfung voranzustellen, nach deren Abschluss die Relevanz der erhobenen Daten auch im Verhältnis zum Aufwand der Leistungserbringer kritisch zu evaluieren. Dabei ist durchaus zu würdigen, dass bei dem vorgeschlagenen Verfahren in vielen Aspekten darauf geachtet wurde, den Aufwand der Erhebung für die Leistungserbringer in Grenzen zu halten. Dies gilt allerdings ausdrücklich nicht für alle Indikatoren (s. Kommentare zu den einzelnen QI).

Bei den 16 Zielkriterien, die für die Einschätzung eines „erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement“ operationalisiert wurden, sind offenbar die tatsächlich von der Krankenkasse genehmigten bzw. erstatteten Maßnahmen eingesetzt worden. Dies dürfte ein Streitpunkt sein, da bei Verordnung mancher der Maßnahmen (z.B. Haushaltshilfe, Soziotherapie, Veränderung des Pflegegrads) durchaus unterschiedliche Auffassungen zwischen anfordernder Institution, Patienten und den Kostenträgern über die tatsächliche Notwendigkeit existieren können.

Das wird auch deutlich, wenn man Abbildung 1 (S. 52) betrachtet, die zeigt, dass einzelne der Zielkriterien nur bei sehr geringen Patientenzahlen zutreffen. Dies wird auf S. 53 des Vorberichts auch eingeräumt: „...wonach die Daten Entlassfälle enthalten, die eigentlich „erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement“ gehabt hätten, dieser jedoch nicht angemessen erfüllt wurde...“ Die Annahme, dass dies meistens an einem unzureichenden Entlassmanagement der Krankenhäuser liegt, greift zu kurz, denn oft wird es auch an einer Ablehnung einer beantragten Leistung durch die Krankenkasse liegen, die aber im vorgesehenen Verfahren überhaupt nicht erfasst wird.

Als Kennzahl für die erreichte Qualität wurde vom G-BA die Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung definiert. Die anderen, vom G-BA benannten Endpunkte:

- ambulante Notfallbehandlungen nach Entlassung
- keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung
- Patientin/Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess

sind im vorgesehenen QS-Verfahren nicht unmittelbar als Kennzahl benannt. Dies ist i. W. der Tatsache geschuldet, dass sich die Wiederaufnahmerate am einfachsten aus den Sozialdaten der Krankenkassen ermitteln lässt, während ambulante Notfall-Behandlungen auch im kassenärztlichen Bereich stattfinden und auf Grund weiterhin fehlender Telematik-Infrastruktur in Deutschland nur schwer zu erfassen sind. Die „Entstehung von Versorgungslücken“ ist ein über Kennzahlen schwer zu messender Begriff; allerdings sind in den vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren durchaus Indikatoren enthalten, die auf die Vermeidung solcher Versorgungslücken abzielen (QI 1.5 – 1.9). Auch die Selbstbestimmung und Kompetenz des Patienten im Versorgungsprozess wird nur indirekt erfasst, z.B. über QI 1.4. Eine genauere Beurteilung ist nur über eine zusätzliche Patientenbefragung möglich, die nicht Bestandteil dieses Verfahrens ist. Nach unserer Auffassung steht der Aufwand einer solchen Patientenbefragung bei der enorm großen Zahl von zu befragenden Patienten in einem fraglichen Verhältnis zum zu erwartenden Nutzen.

Grundsätzlich ist der Ansatz des IQTIG zu hinterfragen, da der Auftrag des G-BA sich ja ursprünglich auf das Ziel eines einrichtungsübergreifenden QS-Verfahrens bezog. Dies ist in dem vorgeschlagenen Verfahren jedoch nicht der Fall, da das gesamte Verfahren ausschließlich die Qualität der Krankenhäuser prüft, die nachbehandelnden, ambulanten Einrichtungen sowie die Kostenträger jedoch vollständig ausspart. Gerade die (einzige) im Verfahren vorgesehene Kennzahl, die Wiederaufnahme nach 30 Tagen, ist eben auch wesentlich von den nachgeschalteten Einrichtungen abhängig (s.u. Anmerkung zur Kennzahl).

Anmerkungen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren (die angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf den Text zum Indikatorenset):

Zu QI 1.2 „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsberufe“

- Es ist nicht eindeutig ersichtlich, ob und wie bei Einführung des QI bereits im Krankenhaus tätige Mitarbeiter geschult werden sollen, da im QI nur die Schulungen neu eingestellter MA erfasst werden.
- Prinzipiell ist anzumerken, dass Schulungen zu befürworten sind. Allerdings hat gerade im Gesundheitswesen die Zahl an geforderten Schulungsmaßnahmen, die inzwischen in verschiedenen Bereichen von ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern erwartet werden, deutlich zugenommen, ohne entspr. Zunahme der Personalschlüssel. Dies trägt zur Überbürokratisierung in den Krankenhäusern bei, die eigentlich verhindert werden sollte.



Daher sind weitere Schulungsmaßnahmen grundsätzlich zu hinterfragen, da die Notwendigkeit verschiedenster Schulungsmaßnahmen (die jede für sich genommen durchaus eine Berechtigung haben) vor dem Hintergrund des andauernden Personalmangels die Arbeitssituation durch vermehrte Abwesenheit von Mitarbeitern ungewollt verschärft. Es ist zu begrüßen, dass die vorgesehene Schulung auch im Rahmen anderer Schulungsmaßnahmen durchgeführt werden und ggf. auch als E-Learning durchgeführt werden kann.

Zu QI 1.3 „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans“

- Die Erfassung soll sich auf alle GKV-versicherten Patienten mit mindestens 2 d Behandlungsdauer beziehen (S. 2), bei denen ein „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“ anhand des vom IQTIG entwickelten Prognosemodells gesehen wird. Eine Verweildauer von 2 d ist bei Routine-Eingriffen sehr häufig und diese Patienten haben selten einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement. Daher scheint es sinnvoll, die Mindestdauer des stationären Aufenthalts zu erhöhen, um unnötigen, bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser zu vermeiden.
- S. 18: Hier muss es unter „Referenzbereich“ u. E. heißen: „Auffällig werden Krankenhäuser, die...weniger als 95% der Patienten mit identifiziertem Bedarf für ein umfassendes Entlassmanagement einen Entlassplan...erstellt haben.“ Die Prozentzahl kann sich nicht auf alle stationär behandelten Patienten beziehen.
- Problematisch könnte sich hier auch erweisen, dass Patienten, die initial nicht die Kriterien für ein umfassendes Entlassmanagement erfüllen z.B. durch Komplikationen im Verlauf der Behandlung erst einen solchen Bedarf entwickeln. Wie ist mit diesen Patienten zu verfahren?

Zu QI 1.8 „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung“

- Bei diesem Parameter wird die Qualität des vorläufigen Arztbriefs außer Acht gelassen. In vielen KH wird den Patienten mittlerweile ein vorläufiger Brief bei Entlassung mitgegeben, der mit dem endgültigen nahezu deckungsgleich ist, nur noch nicht vom verantwortlichen Chef- oder Oberarzt endgültig autorisiert wurde. Da die wesentlichen Therapievor schläge sofort nach Entlassung umzusetzen sind, ist die Bedeutung der Qualität des vorläufigen Entlassberichts heutzutage sehr hoch. Vielfach wird der endgültige Arztbrief vom weiterbehandelnden Arzt gar nicht mehr genau gelesen, wenn der vorläufige Arztbrief qualitativ gut ist.
- Besonders in chirurgischen Fächern kann es vorkommen, dass relevante Befunde (z.B. Spezialuntersuchungen an histologischen Schnitten), die aber für die endgültige Beurteilung erforderlich sind, erst nach mehr als 14 Tagen analysiert sind. Ähnliches gilt auch für spezielle Laboranalytik in der Inneren Medizin, insbes. wenn die Untersuchungen an externe Labore versandt werden müssen.
- Der Anteil ausländischer Kollegen, die in den Kliniken ihre Ausbildung machen, hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen. Diese haben selbst bei fachlicher Eignung oft sprachliche Probleme, eigenständig Entlassbriefe zu erstellen. Die häufig erforderlichen Korrekturen solcher Arztbriefe können dazu führen, dass das 2-Wochen-Ziel verfehlt wird. Vor diesem Hintergrund wird – zumindest zu Beginn der Einführung des Systems – ein niedrigerer Referenzbereich von  $\geq 80\%$  empfohlen.

Zu QI 1.9 „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patient\*innen bei Entlassung“

1. QI „Verfahrensregelung zum E-Management“

- Zur Notwendigkeit des Pflegeüberleitungsbogens soll aus fachärztlicher Sicht keine Stellung bezogen werden. Es erfolgt lediglich die Anmerkung, dass diese Erfassung am zentralen Problem der pflegerischen Versorgung nach stationärer Behandlung vorbei zielt. Dies besteht nämlich in der raschen Verfügbarkeit entspr. Pflegeplätze für Patienten, die keiner weiteren, akut-stationären Behandlung bedürfen

Zur Kennzahl: „Wiederaufnahmen innerhalb 30 Tagen nach Entlassung“

- Diese Kennzahl ist prinzipiell ein sinnvoller Parameter, um fachspezifisch die Qualität des Entlassmanagements und auch der stationären Therapie insgesamt zu erfassen. Allerdings ist sie auch von der Qualität der anschließenden, ambulanten Therapie abhängig, die sich eben nicht ausschließlich aus der Qualität des Entlassmanagements ergibt, sondern auch aus dem Grad der Umsetzung der stationär initiierten Therapie im ambulanten Bereich. Daneben ist zu erwarten, dass die Wiederaufnahmerate von der fachlichen Ausrichtung eines Krankenhauses abhängt, da ein Krankenhaus, das v.a. Fächer vorhält, bei denen das Wiederaufnahmerisiko höher ist, schlechter abschneiden werden als solche, die v.a. Fächer ausweisen, in denen die 30 d Wiederaufnahmerate niedriger ist. Auch soziodemographische Faktoren (Lage des Krankenhauses im städtischen vs. ländlichen Bereich, Migrationsanteil, Einkommens- und Sozialstruktur des unmittelbaren Krankenhaus-Umfelds, Verfügbarkeit von Facharzt-Terminen) haben einen wesentlichen Einfluss auf die Wiederaufnahmerate, der auch durch ein optimales Entlassmanagement nicht kompensierbar ist. Hier stellt sich die Frage, ob der Aufwand der Datensammlung in einem sinnvollen Verhältnis zum erwarteten Nutzen steht. Insbesondere ist die Publikation solcher Daten als extrem problematisch einzustufen, wenn daraus eine über- oder unterdurchschnittliche Qualität abgeleitet werden soll.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Christoph Stellbrink  
Autor  
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Thomas Deneke  
Autor  
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

### **Autoren/Experten**

*Diese gemeinsame Stellungnahme wurde für die Fachgesellschaften erarbeitet von*

[Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. \(DGK\)](#)

Prof. Dr. Christoph Stellbrink, Bielefeld (federführend)

Prof. Dr. Thomas Deneke, Bad Neustadt a. d. Saale (federführend)

[Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. \(DGIM\)](#)

Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland, Aachen

DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz  
im Gesundheitswesen (IQTIG)  
Abteilung Verfahrensentwicklung

[REDACTED]  
[REDACTED]

Via E-Mail: verfahrensentwicklung2@iqtig.org

**Sprecher des  
Konvents für fachliche  
Zusammenarbeit der DGKJ**  
Prof. Dr. Dominik Schneider

**Geschäftsstelle**  
Chausseestr. 128/129  
10115 Berlin  
Tel. +49 30 3087779-0  
Fax: +49 30 3087779-99  
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Dortmund, 15.11.2022

**Stellungnahme der DGKJ  
zum IQTIG QS-Verfahren „Entwicklung eines sektorenübergreifenden,  
datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“**

[REDACTED]  
[REDACTED]

vielen Dank für die Zusendung des wissenschaftlichen Vorberichts zur  
„Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungs-  
verfahrens für Entlassmanagement“ und die damit verbundene Möglichkeit zur  
Kommentierung.

Ziel des QS-Verfahrens für das Entlassmanagement ist die Verbesserung der  
Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang von einer  
Krankenhausbehandlung in eine weiterführende Anschlussversorgung. Es richtet  
sich explizit an alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, auch an die  
pädiatrischen.

Im Fokus des QS-Verfahrens stehen Patientinnen und Patienten mit einem umfas-  
senden Bedarf für ein Entlassmanagement (eBEM). Hierzu wurde in einem ersten  
Schritt vom IQTIG ein Prognosemodell entwickelt, um Patienten mit eBEM über  
einen Algorithmus zu identifizieren. Hohe Vorhersagewerte werden z.B. durch ein  
hohes Alter und u.a. das Vorliegen eines (höheren) Pflegegrads erreicht. Die  
Auswahl des Schwellenwertes stellt einen Kompromiss aus Genauigkeit der Selektion  
in Bezug auf eBEM und Anzahl der selektierten Fälle dar. Um das QS-Verfahren  
im Sinne der inhaltlichen Fokussierung und Praktikabilität einzugrenzen, wird in  
einem zweiten Schritt eine Stichprobe anhand der eGK-Versichertennummer  
gezogen.

Für die pädiatrischen Patientengruppen bedeutet dies:

- Durch Selektion der Stichprobe werden Kinder und Jugendliche nur 0,8% der  
selektierten Population ausmachen, bzw. 1,4% der Fälle mit eBEM obwohl ein  
vermutlich deutlich höherer Anteil Kinder mit einem erhöhten Bedarf an Entlass-  
management in den Kinderkliniken betreut wird (S. 67). Diese werden aber weder  
durch das Alter und wenn überhaupt nur in geringem Umfang über einen  
vorliegenden Pflegegrad im Algorithmus erfasst. Es ist die Frage zu stellen, ob

hierin die Ursache dafür liegt, dass Kinder in diesem Verfahren unterrepräsentiert sind. (Liegen hierzu Zahlen aus den Kliniken, z. B. wie viele chronisch oder auch schwerstkranke Kinder im Jahr in Deutschland stationär behandelt werden?)

- Ein weiterer Nachteil der Selektion anhand der eGK-Versichertennummer besteht für die größte Patientengruppe in der Pädiatrie: die Früh- und Neugeborenen, die in der Regel keine eigene eGK-Versichertennummer bis zur Entlassung haben. Dem versucht das IQTIG durch die Aufhebung der zusätzlichen Stichprobenziehung bei allen Patienten mit einem Alter von weniger als 6 Monaten Rechnung zu tragen. Damit sollen diese Fälle bereits in der ersten Stufe (Prognosemodell) vollzählig entsprechend des o.g. Algorithmus ausgelöst werden (S. 201). In der Abfrage der Sozialdaten der Krankenkassen wird hingegen der Stichprobenalgorithmus angewandt, da man davon ausgeht, dass die Neonatologie-Fälle bis zu dieser Abfrage eine eigene eGK-Versichertennummer haben. Es bleibt abzuwarten, ob und wie die Neonatologiefälle durch das Prognosemodell tatsächlich identifiziert werden und ob der Stichprobenalgorithmus zu einer ausreichenden Repräsentanz dieser Fälle führt.
- Die Problematik bzgl. der Pflegeeinstufung bei pädiatrischen, v.a. neonatologischen Patienten ist bekannt. Diese liegt oftmals zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht vor und kann daher im Algorithmus nicht erfasst werden. Oft wird zudem bei Säuglingen noch kein Pflegegrad zuerkannt mit der Begründung, dass die Säuglinge – auch ohne ihre schwere Erkrankung – ohnehin pflegebedürftig seien, und dass sich der über die Grundpflege hinausgehende Pflegebedarf erst im Verlauf manifestieren würde. Ebenso erhalten, anders als chronisch kranke Erwachsene, akut schwer erkrankte Kinder, z.B. mit einer onkologischen Erkrankung, meist erst nach Monaten ihre Pflegegradeinstufung; der Bedarf an Entlassmanagement ist aber gerade zu einem Zeitpunkt gegeben, an dem die Pflegeeinstufung noch nicht getroffen ist. Insofern gehen die Einschlusskriterien für diese Analyse am besonderen Bedarf der Kinder vorbei.

Eine Alternative könnte die Erfassung der Qualität des Entlassmanagements in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborener (QFR-RL) sein. Dies wurde im Expertengremium diskutiert, jedoch im Bericht nicht mehr adressiert. Wir empfehlen, dies entsprechend in den Endbericht aufzunehmen.

- Basierend auf den Daten der Sozialmedizinischen Nachsorge, für die ein komplexer Versorgungsbedarf ein zwingendes Indikationskriterium darstellt, werden in Deutschland jährlich ca. 8000 Frühgeborene versorgt. Dabei versorgen die Bunten Kreise als Hauptanbieter Sozialmedizinischer Nachsorge in Deutschland nur 80% der Fläche v.a. in West- Nor- und Süddeutschland. Daher ist davon auszugehen, dass auch diese Anzahl noch nicht der Anzahl Kinder entspricht, die einen gesetzlichen Anspruch auf diese sektorenübergreifende Versorgung haben.

Im vorgelegten Set der Qualitätsindikatoren war nach der ersten Verfahrensstufe (Literatursichtung und Experteninterviews) die Organisation der Anbindung an Sozialmedizinische Nachsorge vorgesehen. Diese hat aber keine Mehrheit in der Beurteilung im ersten Expertengremium gefunden, d.h. weniger als 75% der Expertinnen und Experten haben dieses Merkmal nicht mit >7 oder 7 bewertet. Hierzu muss kritisch angemerkt werden, dass nur zwei Expertinnen im gesamten Gremium aus der Pädiatrie stammten: Fr. Karin Borchert und Fr. PD Dr. Britta Hüning. In der Diskussion wurde deutlich, dass diese spezifische pädiatrische Versorgungsform nicht bekannt und auch nicht verstanden wurde.

Der Bericht führt an, dass der Fokus nicht auf der Organisation der Sozialmedizinischen Nachsorge, sondern auf deren Verordnung liegen sollte, es jedoch keinen Konsens zum bestehenden Verbesserungspotential gab, da Frühgeborene, kardiologische und onkologische Patienten gut versorgt seien (S.141,148). Dies entspricht jedoch nicht der Realität. Diesem Urteil könnte zugrunde liegen, dass entsprechende Empfehlungen in G-BA Richtlinien zur Versorgung von neonatologischen oder kardiologischen Patienten vorliegen. Die Fallzahlen der tatsächlich stattfindenden Sozialmedizinischen Nachsorgen sprechen hingegen nicht für eine umfassende Versorgung.

Dabei kann Sozialmedizinische Nachsorge als sektorenübergreifende Versorgung genau das leisten, was das QS-Verfahren sich zum Ziel gesetzt hat: die Verbesserung des Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Weiterbetreuung, die Sicherstellung der Weiterbehandlung, die Vermeidung von stationären Wiederaufnahmen und Senkung von Risiken durch Versorgungslücken.

- Diese Versorgungslücken bestehen jedoch verstärkt in der Pädiatrie. So fehlen insbesondere ambulante und stationäre Pflegeangebote, v.a. bei intensivmedizinischem Versorgungsbedarf.

Die DGKJ regt daher explizit die Überarbeitung des Qualitätssicherungs-Aspektes zur bedarfsgerechten Weiterversorgung und Wiederaufnahme des Merkmals „Organisation notwendiger sozialmedizinischer Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung“ an. Dies darf nicht nur auf die Gruppe der Frühgeborenen beschränkt werden, sondern muss offen für alle Kinder und Jugendliche mit schweren Erkrankungen, die die Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Sozialmedizinische Nachsorge erfüllen, gelten.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dominik Schneider

Per Mail:

verfahrensentwicklung2@iqtig.org

sehr geehrte Damen und Herren

im Auftrag der orthopädischen und unfallchirurgischen Fachgesellschaften DGOOC , DGU und DGOU nehme ich Stellung zum Beteiligungsverfahren des IQTIG zum Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“.

Grundlage zur Beauftragung sind die Beschlüsse des G-BA unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3484/> sowie <https://www.g-ba.de/beschluesse/4887/>

Folgende Punkte sind aus Sicht unseres Faches nicht nachvollziehbar und sollten entsprechend angepasst werden:

### **Beschreibung der Grundgesamtheit**

Die Grundgesamtheit im QS-Verfahren *Entlassmanagement* setzt sich aus gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zusammen, die aus einer voll- bzw. teilstationären Krankenhausversorgung mit einer Aufenthaltsdauer von mindestens zwei Kalendertagen entlassen wurden. Auf Grundlage der Informationen zu den Patientinnen und Patienten aus dem jeweiligen Krankenhausaufenthalt, erfolgt mittels eines Prognosemodells anhand von relevanten poststationären Versorgungsleistungen im ersten Schritt die Identifikation der Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement. Hierbei werden keine weiteren Einschränkungen, z. B. im Hinblick auf das Alter oder Geschlecht der Patientinnen und Patienten, den Diagnosen oder durchgeführten Operationen und Prozeduren, vorgenommen. Die Grundgesamtheit für die im nachfolgenden aufgeführten Qualitätsindikatoren/Kennzahlen wird anschließend in einem zweiten Schritt durch die Ziehung einer Zufallsstichprobe gebildet (siehe hierzu Kapitel 4 im Vorbericht)

### **Zu den Punkten im Einzelnen:**

#### **1.3 Qualitätsindikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“**

**Nenner**

alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit

**Referenzbereich**

≥ 95 %

Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant bei weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten einen Entlassplan erstellt haben.

### **Kommentar hierzu (1.3):**

1: Die Dokumentation und Nachweispflichten, welche hierfür vorgeschlagen werden sind extrem aufwendig für die Leistungserbringer zu erstellen. Von Seiten der Kostenträger bzw. von Seiten des Gesetzgebers muss zwingend gefordert werden, dass die Kosten zur Erstellung dieser umfangreichen Dokumentationen auch entsprechend vergütet werden.

Hier reicht es auch nicht aus, dass nur eine Stichprobe am Ende geprüft wird, denn letztlich soll ja bei einer sehr großen Zahl dieses Entlassmanagement so nachweisbar sein.

Es kann nicht Sinn und Zweck sein den Krankenhäusern weitere bürokratische Dokumentationspflichten aufzuerlegen, die sie dann aus ihren schon äußerst schmalen Budgets zusätzlich erbringen müssen.

2: Die Vorgaben zur Eingrenzung des QSD Verfahrens sehen wir als nicht realistisch an:

Zitat aus Kapitel 4:

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 vor-dringlichem 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.

Zitat aus 4.1.:

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 insbesondere, dass der Umfang des Entlassmanagements bei Fällen mit erhöhtem Bedarf stets über die Erstellung eines Entlassbriefs als Basiselement des Entlassmanagements hinausgeht.

Und weiter:

Die Zielpopulation umfasst genau jene Entlassfälle mit einem „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“<sup>12</sup>, der dann gegeben ist, wenn *mindestens* eine Maßnahme zur poststationären Weiterversorgung im Rahmen des Entlassmanagements initiiert werden muss.

**Fazit:** Hier muss klarer definiert werden, bei welchen Fällen ein Entlassmanagement überhaupt gefordert und überprüft wird, denn aus den vorliegenden Ausführungen ist das nicht für jeden Leistungserbringer klar ersichtlich.

---

**1.8 Qualitätsindikator**  
**„Übermittlung eines endgültigen**  
**Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen**  
**nach Entlassung an die ambulant**  
**nachbehandelnden**  
**Leistungserbringer“** Bezeichnung  
 Qualitätsziel

**Übermittlung eines endgültigen**  
**Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach**  
**Entlassung an die ambulant**  
**nachbehandelnden Leistungserbringer**

Möglichst häufig Übermittlung eines  
 endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14  
 Tagen nach Entlassung der Patientinnen  
 und Patienten an die nachbehandelnden  
 Leistungserbringer.

**Kommentar:** Dies ist in einigen Fällen vor allem bei z.B. Tumorpatienten schwierig, wo einerseits die endgültige Histologie ev. zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht vorliegt, andererseits ggf. noch ein interdisziplinäre Tumorkonferenz entscheiden muss, wie die weitere Behandlung empfohlen wird. Mehrere endgültige Entlassbriefe auszufertigen macht aber erst recht keinen Sinn, so dass eigentlich der Endgültige einmalig sein sollte, was aber nach 14 Tagen nicht in über 90 machbar sein wird. Selbstverständlich ist ein vorläufiger Entlassbrief bei der Entlassung mitzugeben!

**2.1 Kennzahl „Wiederaufnahmen**  
**innerhalb von 30 Tagen nach**  
**Entlassung“** Bezeichnung  
 Qualitätsziel

**Wiederaufnahmen innerhalb von 30**  
**Tagen nach Entlassung**

Möglichst wenige Patientinnen und  
 Patienten mit einer stationären  
 Aufnahme innerhalb von 30 Tagen nach  
 Entlassung.

**Zähler**

Patientinnen und Patienten, die innerhalb  
 von 30 Tagen nach Entlassung wieder  
 stationär in ein Krankenhaus  
 aufgenommen wurden

**Nenner**

alle Patientinnen und Patienten gemäß  
 Grundgesamtheit

Auch wenn dieser Punkt aktuell nicht „strafbewährt“ ist, sehen wir hier ein großes Problem, dass Krankenhäuser, die sonst multimorbide Patienten behandeln (also das Patientenkollektiv, welches in erster Linie wieder für eine erneute Aufnahme innerhalb 30 Tagen in Frage kommt), diese Patienten tendentiell primär nicht mehr behandeln, um dadurch nicht auffällig zu werden. Zudem muss hier zwingend differenziert werden, warum der Patient erneut aufgenommen wird, sonst ist überhaupt keine Zuordnung zu einem mangelhaften Entlassmanagement möglich (Sprich steht die Aufnahmediagnose in irgendeiner Weise in Bezug zur ehemaligen Entlassdiagnose).

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Alexander Beck

# STELLUNGNAHME



18.11.2022

Seite 1 | 7

## **IQTIG Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“** Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) begrüßt die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassmanagement, zumal die im Vorbericht beschriebenen Qualitätsziele mit den in Teilbereichen seit Jahren gesetzlich vorgeschriebenen Zielen des Entlassmanagements weitgehend übereinstimmen.

Folgende Qualitätsziele werden im Vorbericht formuliert:

1. Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
2. Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung
3. Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
4. Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
5. Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
6. Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
7. Der endgültige Arztbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen bzw. Patienten erforderlichen Informationen
8. Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer
9. Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung
10. Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“

**Die DGP hat zu folgenden Punkten Anmerkungen und Änderungsvorschläge:**

### **Zu QZ 1**

Die Verfahrensregelung schreibt folgende Inhalte vor:

Konkrete Festlegung von relevanten Teilprozessen des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag, u. a.

- Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)
- differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des post-stationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)
- Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement Beteiligten (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte für Soziale Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gem. §112

#### ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie  
und Beatmungsmedizin e.V.  
Robert-Koch-Platz 9  
10115 Berlin

#### GESCHÄFTSFÜHRENDER VORSTAND

Prof. Dr. med. T. T. Bauer, Präsident  
Prof. Dr. med. W. Windisch, Stellv. Präsident  
Prof. Dr. med. W. J. Randerath, Generalsekretär  
Prof. Dr. med. H. Slevogt, Schatzmeisterin  
Prof. Dr. med. M. Pfeifer, Pastpräsident

#### VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.  
Vereinsregister des Amtsgerichts  
Marburg: VR 622

#### UMSATZSTEUER-IDENTIFIKATIONSNR.

USt-IdNr.: DE190100878

# STELLUNGNAHME



Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) für die einzelnen Teilprozesse gemäß Rahmenvertrag

Seite 2 | 7

- zeitliche Abläufe der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag
- Dokumentation der Informationen zum Entlassmanagement in einem zentralen Dokument („Entlassplan“) in der Patientenakte
- krankenhauserne Evaluation im multiprofessionellen Team, u. a.
- Vorgaben zu Frequenz und Fallauswahl

Hier ist aus Sicht der DGP e.V. zu berücksichtigen, dass viele stationäre Patienten aufgrund der medizinischen Entwicklungen, der Abrechnungsvorschriften und Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) nur noch sehr kurze stationäre Aufenthalte haben. Die Umsetzung und Dokumentation, die für kurzstationäre Patienten ebenso wie für Patienten mit komplizierten, langwierigen Verläufen gefordert wird, ist aus Sicht der DGP e.V. für einen großen Teil der Patienten nur durch einen Bürokratieaufwand zu bewerkstelligen, der in keinem Verhältnis zu den Ergebnissen steht.

An anderer Stelle wird ausgeführt: „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).“

Deshalb sollten die Erkrankungen bzw. Situationen klar definiert werden, für die ein Entlassmanagement erforderlich ist, da sonst allein dabei, die Patienten über das Entlassmanagement aufzuklären und ihre Einwilligung einzuholen, ein extremer bürokratischer Aufwand entsteht.

Insofern schlägt die DGP e.V. vor, die Vorgabe eines Entlassmanagements mit den geforderten QZ nicht für alle Patientinnen und Patienten vorgeschrieben und nicht von der Liegedauer, sondern von speziellen Faktoren, die im Folgenden genannt werden, abhängig gemacht wird:

- Vorbestehender oder neu beantragter Pflegegrad
- Erhebliche Komorbiditäten (z.B. PCCL > 2)
- Neueinleitung nichtinvasiver Beatmung / Langzeitsauerstofftherapie
- Verordnung einer Rehabilitationsbehandlung
- Palliatives Behandlungsziel
- Erhebliche psychische Beeinträchtigung
- Kontakt mit weiterversorgenden Leistungserbringern wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ärzte weiterer Fachdisziplinen o.ä.

Bei Langzeitbeatmeten mit außerklinischer Intensivpflege wurde ein derartiges Entlassmanagement von der DGP e.V. im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens WeanNet schon 2010 umgesetzt.

# STELLUNGNAHME



## Zu QZ 2

Seite 3 | 7

Dieses QZ ist nach Erstellung der Verfahrensanweisung umsetzbar. Wie bei QZ 1 erwähnt, sollten die Erkrankungen bzw. Situationen, bei denen QZ 1 umgesetzt werden muss, in der VA definiert werden und die Schulung der MA dementsprechend erfolgen.

Der Qualitätsindikator „Schulung neuer Mitarbeiter“ macht nur dann Sinn, wenn klar definiert ist, was die Schulungsinhalte für das Entlassmanagement sind und die Patientengruppen definiert sind.

## Zu QZ 3

Die Verfahrensregelung scheidet folgende Inhalte vor:

Vorhandensein eines eigenständigen Dokuments in der Patientenakte, welches als „Entlassplan“ identifizierbar ist.

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

Die DGP e.V. sieht wie bei QZ 1 einen erheblichen, von den Kliniken nicht zu stemmenden Arbeitsaufwand, wenn dieses QZ allgemein verankert wird.

Folgende Lösung wird vorgeschlagen:

- Dokumentation, ob ein Entlassplan mit den oben beschriebenen Details (wie fortdauernder Arbeitsunfähigkeit) für die Anschlussversorgung und zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin / des Patienten oder Kontakt mit nach- oder weiterversorgenden Leistungserbringern notwendig ist
- Falls nein – keine weitere Dokumentation.
- Andernfalls Begrenzung auf die bei QZ 1 genannten speziellen Faktoren:
  - Vorbestehender oder neu beantragter Pflegegrad
  - Erhebliche Komorbiditäten (z.B. PCCL > 2)
  - Neueinleitung nichtinvasiver Beatmung / Langzeitsauerstofftherapie
  - Verordnung einer Rehabilitationsbehandlung
  - Palliatives Behandlungsziel
  - Erhebliche psychische Beeinträchtigung
  - Kontakt mit weiterversorgenden Leistungserbringern wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Ärzte weiterer Fachdisziplinen o.ä.
- Der Qualitätsindikator „Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr statistisch signifikant bei weniger als 95 % der Patientinnen und Patienten einen Entlassplan entsprechend den festgelegten Anforderungen erstellt haben“ macht nur Sinn, wenn die Bezugsgröße, also welche Patienten wirklich einen Entlassplan benötigen, festgelegt ist.

# STELLUNGNAHME



## **Zu QZ 4**

Die Verfahrensregelung scheidet folgende Inhalte vor:

Krankenhausstandorte müssen über ein schriftliches Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen verfügen.

Ein Konzept muss mindestens folgende konkrete Inhalte umfassen:

- Themen, für die Informationen, Beratungen und/oder Anleitungen angeboten werden
- Zielgruppe des jeweiligen Themas
- Format der Information, Beratung oder Anleitung
- durchführende bzw. verantwortliche Professionen

Anmerkung der DGP e.V.:

Die Konzepterstellung ist möglich, sollte aber die Gruppe der Patienten, für die diese Konzepte erstellt werden, eingrenzen, je nach Fachbereich, um eine übermäßige Bürokratie, die automatisch zu Lasten der Patientenversorgung geht, zu vermeiden – die aktuelle Vergütung erlaubt sicher nicht einen zusätzlichen Ausbau des Qualitätsmanagements. Die in Metaanalysen gezeigten und vom IQTIG genannten positiven Effekte eines Entlassmanagements sind nicht bei kurzen, unkomplizierten Krankenhausaufenthalten zu sehen.

## **Zu QZ 5**

Die Verfahrensregelung scheidet folgende Inhalte vor:

Für möglichst viele Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation entlassen werden, soll ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplans erstellt und diesen mitgegeben werden.

Anmerkung der DGP e.V.:

Hier handelt es sich um eine gesetzliche Vorgabe, dennoch ist der DGP e.V. bekannt, dass ein (Groß-)Teil der KH aus verschiedenen Gründen diese Vorgabe noch nicht umgesetzt hat bzw. noch nicht umsetzen konnte. Hier wird die Nennung einer Frist empfohlen, zu der dieses QZ verbindlich von allen KH umgesetzt werden kann.

Berücksichtigt werden sollte, dass in den letzten zwei Jahren das Funktionieren während der Corona-Pandemie in den meisten KH als oberste Priorität angesehen wurde und somit weitere Modernisierungen und die Umstellung von Abläufen zurückgestellt wurden.

## **Zu QZ 6**

Die Verfahrensregelung scheidet folgende Inhalte vor:

Patientinnen und Patienten, die Medikamente oder eine Medikamentenverordnung erhalten haben

Anmerkung der DGP e.V.

Diese Vorgabe existiert schon jetzt und ist mit Vorhandensein von elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) und funktionierender Software eigentlich umsetzbar, bedeutet aber natürlich einen erheblichen Zeitaufwand (Einloggen mit dem eHBA, Abgleich der vorbestehenden mit den aktuellen Verordnungen, Rezepte ausdrucken)

# STELLUNGNAHME



cken, aktuell Vorgabe: E-Rezepte nur für neue, während des Aufenthalts verordneten Medikamente in kleinster Packungsgröße und nicht für die gesamte Medikation – dafür exakte Arzneimittelanamnese notwendig, z.B. durch Pharmazeutisch-technische Assistenten)

Dieses Verfahren wird, da Regress für das Krankenhaus entstehen könnte, wenn ggf. schon früher verordnete Medikamente, die der Patient nicht zu Hause hat, rezeptiert werden, nicht flächendeckend umgesetzt. Zunächst sollte die verbindliche Vorgabe der Verwendung des EHBA, deren Einführung mehrfach aus administrativen/technischen Gründen verschoben wurde, terminlich präzisiert werden. Anschließend ist eine Übergangsfrist einzuräumen, und die Gefahr eines Regresses für das jeweilige KH sollte bei Verordnung von kleinsten Größen auch bereits auswärts verordneter Medikamente für das KH ausgeschlossen werden.

Zu begrüßen ist, dass im Rahmen der neu geschaffenen Verordnungsmöglichkeiten Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen kurzen Übergangszeitraum verordnen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen können (GKV-Spitzenverband et al. 2022b: §4). Hier sollte jedoch vermieden werden, dass insbesondere bei Einleitung einer hochpreisigen medikamentösen Therapie (z.B. im Rahmen einer Tumorthherapie, Asthmatherapie, pulmonalen Hypertonie oder Lungenfibrose) entsprechende Regressforderungen seitens der KV an die Krankenhäuser bzw. ausstellenden Ärzte gestellt werden.

## **Zu QZ 7**

Die Verfahrensregelung schreibt folgende Inhalte vor:

Patientinnen und Patienten, bei denen der endgültige Entlassbrief die für die Nach- bzw. Weiterversorgung erforderlichen Informationen enthält.

Mindestens enthalten sein müssen für die Nach- bzw. Weiterversorgung wesentliche Informationen im Sinne von §9 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement:

- Telefonnummer der behandelnden Fachabteilung für Rückfragen
- Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
- Weiteres Prozedere/Empfehlungen
- Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von §115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan sowie Informationen über mitgegebene Arzneimittel
- Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach §39 Abs. 1a Satz 7, §33a, §37b und §92 Abs. 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sowie die nachfolgende(n) Versorgungseinrichtung(en)
- Information zu Befunden

Anmerkungen der DGP e.V.

Diese Forderungen sind vernünftig und grundsätzlich bei definitiven Entlassbriefen vorhanden.

Bedacht werden müssen die kurzstationären Patienten, die nur zu einer aufwendigen Untersuchung von einem Facharzt eingewiesen werden. Hier kann aus Sicht der DGP e.V. nur eine kurze Information über das Ergebnis der Untersuchung gewährleistet werden.

# STELLUNGNAHME



Wie bei QZ 1 bereits diskutiert, sollten die Bedingungen/Begleiterkrankungen/Krankheitsumstände näher definiert werden, bei denen die Anforderungen im endgültigen Entlassbrief erfüllt sein müssen. Daneben sind fachspezifisch spezielle Konstellationen zu diskutieren, bei denen auch diese Anforderungen erfüllt sein müssen, z.B. starre Bronchoskopie mit Diagnose Lungenkarzinom – Empfehlung weiteres Staging, ggf. Abklärung Operabilität, Tumorkonferenz etc.)

Seite 6 | 7

## **Zu QZ 8**

Die Verfahrensregelung schreibt folgende Inhalte vor:

Für Patientinnen und Patienten muss innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung ein endgültiger Entlassbrief an

- die ambulant nachbehandelnde Hausärztin/den nachbehandelnden Hausarzt und sofern beteiligt
- die ambulant nachbehandelnde Fachärztin/den nachbehandelnden Facharzt

übermittelt werden.

Anmerkung der DGP e. V.

Schon heute erhalten Patienten in den meisten Kliniken einen vorläufigen und oft sehr umfangreichen Entlassbrief, der über den Begriff „Kurzarztbrief“ weit hinausgeht, da er schon alle bis zum Entlassungszeitpunkt eingegangenen Befunde und daraus abgeleiteten Therapien bzw. Therapieentscheidungen einschließlich eines weiteren Procedere enthält. Aufgrund teilweise mit höherer Latenz eingehender Spezialbefunde insbesondere bei schwierigen Differenzialdiagnosen ist eine 14-Tages-Frist nicht generell umsetzbar.

Auf der anderen Seite wurde für die Patienten mit außerklinischer Intensivpflege, bei der die wichtigen Informationen schon bei Entlassung an die weiterversorgenden Einrichtungen im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens nach WeanNet verpflichtend mitgegeben werden muss, schon 2010 umgesetzt. Allerdings sind das Patienten mit einem häufig wochenlangen Aufenthalt, bei deren Entlassung alle wichtigen Befunde schon vorliegen.

Grundsätzlich sollte die Frist für den endgültigen Brief auf 4 Wochen verlängert werden, auch wenn in Leitlinien wie z.B. S3-Leitlinie Lungenkarzinom auch kürzere Zeiten für onkologische Patienten vorgeschlagen werden.

## **Zu QZ 9**

Die Verfahrensregelung schreibt folgendes vor:

Möglichst vielen Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.

Anmerkung der DGP e. V.

Die Mitgabe eines Pflegeüberleitbogens ist aus Sicht der DGP e. V. schon heute die Regel und daher ein unproblematisches QZ.

# STELLUNGNAHME



## **Zur Kennzahl Wiederaufnahme, Nr. 10**

Seite 7 | 7

Diese Kennzahl sollte für die Patienten, die notfallmäßig innerhalb von 30 Tagen nach ihrer Entlassung erneut aufgenommen werden, auf der Grundlage des §21-Datensatzes durch die Krankenkassen selbst ermittelt werden.

Bei Auffälligkeiten sollte dann beim jeweiligen Krankenhaus angefragt werden, ob die zur Verminderung dieser Kennzahl ermittelten Faktoren wie

- die Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- die kontinuierliche Medikamentenversorgung nach einer Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen und
- die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer

tatsächlich umgesetzt wurden. Es sollte auch geklärt werden, weshalb Patienten erneut in dasselbe oder ein anderes Krankenhaus aufgenommen wurden – insbesondere, ob die Wiederaufnahme tatsächlich auf ein inadäquates Entlassmanagement zurückgeführt werden kann, oder aber aufgrund einer anderen Erkrankung oder natürlichen Verschlechterung der ursprünglichen Erkrankung bedingt war.



[REDACTED]  
Leiter Abteilung Verfahrensentwicklung

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Berlin, 02.12.2022

Per Mail

### QS-Verfahren Entlassmanagement/Beteiligungsverfahren Vorbericht

[REDACTED]

die DGPPN begrüßt alle Schritte, die zu einem verbesserten Entlassmanagement insbesondere für Patient\*innen mit komplexen Hilfebedarfen führen. Aus Sicht der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Fachkrankenhäusern, Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinika ist gleichzeitig zu betonen, dass die Zeit in der Beziehung zu unseren Patient\*innen und ihren Angehörigen ein sehr hohes Gut ist und jede Form von Dokumentationsaufwand diese Zeit begrenzt. Qualität ist nicht in erster Linie, was dokumentiert wird, sondern was getan wird. Hauptaufgabe eines jeden QS-Verfahrens muss daher sein, diese Aspekte zugunsten der Beziehung angemessen zu gewichten.

Insbesondere für die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern sehen wir erhebliche Probleme bezüglich des vorhandenen Personals, gerade in der zu erwartenden Entwicklung in den kommenden Jahren. Eine Verschiebung von Menschen, die Anspruch auf ein strukturiertes Entlassmanagement haben und primär in somatischen Abteilungen behandelt werden, in die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie bei Personalnot ist aus unserer Sicht erwartbar. Anstelle einer Entlassung könnten Anreize entstehen, diese Patienten in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des jeweiligen Klinikums zu verlegen, um dort die Anforderungen an das Entlassmanagement erfüllen zu können.

Wir möchten Sie bitten, diesen Aspekten in der anschließenden Machbarkeitsstudie Rechnung zu tragen und hoffen, dass im Rahmen des QS-Verfahrens konkrete und spürbare Verbesserungen des Entlassungsprocedures für die betroffenen Patient\*innen nicht aus dem Blick geraten.

#### VORSTAND

Prof. Dr. Thomas Pollmächer  
Präsident

Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz  
Past President

Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg  
President Elect

Prof. Dr. Arno Deister

Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke

Prof. Dr. Martin Driessen

Prof. Dr. Andreas J. Fallgatter

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

Dr. Iris Hauth, Kassenführerin

Prof. Dr. Frank Jessen

Dr. Christian Kieser

Dr. Sabine Köhler

Dr. Julia-Maleen Kronsbein

Prof. Dr. Jürgen L. Müller

Prof. Dr. Andreas Reif

Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Prof. Dr. Rainer Rupprecht

Dr. Bettina Wilms

#### HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDEMMXXX

VR 26854 B, Amtsgericht

Berlin-Charlottenburg

#### USt-ID-Nummer

DE251077969

Angesichts dessen, dass sich unter den beteiligten Expertinnen und Experten keine Psychiaterinnen und Psychiater befinden, würden wir eine engere Einbeziehung unserer Expertise vorschlagen.

Für einen entsprechenden Austausch stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Thomas Pollmächer  
Präsident



DGPT e.V. Kurfürstendamm 54/55 10707 Berlin www.dgpt.de

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse,  
Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.  
(DGPT) im Beteiligungsverfahren des IQTIG zum  
Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden,  
datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für  
Entlassmanagement“**

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT bedankt sich für die Möglichkeit, zum Vorbericht des IQTIG zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement Stellung nehmen zu können.

Der rechtliche Anspruch auf ein Entlassmanagement ist für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V verankert. Die Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) enthält verbindliche Vorgaben zu den Leistungen und zur Ausgestaltung des Entlassmanagements. Damit haben jährlich ca. 16,5 Mio. gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten Anspruch auf ein Entlassmanagement.

Dieses umfasst Prozesse zur Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs von Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung in die weiterführende, meist ambulante Anschlussversorgung. Ziele des Entlassmanagements sind u.a. die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Nach- und Weiterversorgung, die Koordination und Organisation von erforderlichen Maßnahmen vor dem Ende des Krankenhausaufenthaltes, um bedarfsgerecht und patientenindividuell den zuvor identifizierten poststationären Versorgungsbedarf zu decken, die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf Probleme und Anforderungen nach Entlassung, die Sicherstellung einer kontinuierlichen und lückenlosen Weiterversorgung, auch um Wiederaufnahmen und Notkontakte nach Entlassung zu vermeiden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragte am 20. September 2018 das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) inklusive

Deutsche Gesellschaft für  
Psychoanalyse,  
Psychotherapie,  
Psychosomatik und  
Tiefenpsychologie e.V.

**Geschäftsführender Vorstand**

Dr. phil. Dipl.-Psych. Rupert Martin  
Vorsitzender  
Münsterer Straße 1  
51063 Köln  
Fon: 0221 / 6 60 65 33  
E-Mail:

Birgit Jänchen-van der Hoofd  
Stellv. Vorsitzende  
Fachärztin für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie  
Leonhardtstr. 4  
14057 Berlin  
Fon: 030 / 37592763  
E-Mail:

Dipl.-Psych. Georg Schäfer  
Stellv. Vorsitzender  
Baumschulallee 21  
53115 Bonn  
Fon: 0228 / 21 56 07  
E-Mail:

Ingrid Moeslein-Teising  
Vorsitzende der Sektion  
„Berufsverband der Ärztlichen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker und der tiefenpsychologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte (BÄP)“  
Fachärztin für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie  
Ludwig-Braun-Straße 13  
36251 Bad Hersfeld  
Fon: 06621 / 91 50 33  
E-Mail:

Dipl.-Psych. Birgit Pechmann  
Vorsitzende der Sektion  
„Berufsverband der Psychologischen  
Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker und der tiefenpsychologisch tätigen Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (BPP)“  
Steubenstr. 3  
65189 Wiesbaden  
Fon: 0611 / 3600 9633  
E-Mail:

**Geschäftsstelle**

Dr. rer. pol. Felix Hoffmann  
Geschäftsführer

RAin Birgitta Lochner  
Justitiarin

Kurfürstendamm 54/55  
10707 Berlin  
Fon: 030 / 8 87 16 39 30  
Fax: 030 / 8 87 16 39 59

Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement. Zentrale Ziele des QS Verfahrens sind gemäß Beauftragung die Förderung der Qualität über eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität zwischen Leistungserbringern hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung unter Berücksichtigung der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen des Entlassmanagements, die Fokussierung auf Risikogruppen von entlassenen Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement auf Basis eines Prognosemodells.

**Wir möchten betonen, dass wir die Ziele des Entlassmanagements als solchem vollumfänglich unterstützen, insbesondere da diese für die von uns versorgten und zu versorgenden Patienten und Patientinnen mit psychischen Erkrankungen von besonderer Relevanz sind.**

Wie auch in unseren Stellungnahmen zu anderen Qualitätssicherungsverfahren möchten wir jedoch auf grundsätzlich kritische Punkte hinweisen:

### **Umgang mit den erhobenen Daten**

Zum Umgang mit den erhobenen Daten bleiben viele Fragen offen, deren Klärung aus verschiedenen, u.a. auch ethischen Gründen vorab unabdingbar ist. So ist bzgl. der Datensicherheit zu klären, wo und wie die Daten gespeichert und gesichert werden sollen, wer darauf Zugriff hat und wie lange die Daten aufbewahrt werden, bevor sie wieder gelöscht werden. Ferner ist vorab zu klären, wie und von wem die Daten genutzt werden sollen bzw. können und vor allem mit welchen anderen Daten sie verknüpft werden können.

Insgesamt ist ein Datenschutzkonzept wie auch ein Datennutzungskonzept zu fordern.

### **Ressourcen**

Die Strukturen im Gesundheitswesen, Leistungserbringerinnen und andere sind gehalten, ressourcensparend zu arbeiten. Wir bezweifeln, dass trotz der vorgelegten komplexen Reduktion der zu befragenden Qualitätssicherungsfälle das vorgelegte QSV grundsätzlich ressourcensparend ist und fürchten eine Qualitätsbürokratie.

Insbesondere fällt bei der Betrachtung der Zielkriterien, nach denen die eBEM-Zielvariable berechnet werden, auf, dass besonders für psychiatrische, aber auch für psychosomatische Behandlungen beinahe 100 % der Patientinnen wenigstens einer solchen Zielvariable zuzuordnen sind und somit beinahe 100 % der Entlassfälle die eBEM-Zielvariable erfüllt. Dies entspricht auch der Abbildung 5, nach der bei längerer Verweildauer, was für psychiatrische und psychosomatische Abteilungen durchweg der Fall ist, die Anzahl der als

QS-relevanten Fälle ab 10 Tagen auf über 80 % steigt. Das würde bedeuten, dass auch bei einer Reduktion der Qualitätssicherungsfälle durch Anwendung des Regressionsmodells psychiatrische und psychosomatische Häuser durch die QS-Maßnahme eine besondere Belastung erfahren würden, die in irgendeiner Form zu berücksichtigen wäre. Die Frage ist also, inwieweit der Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer mit insgesamt hohen Fallzahlen dennoch angemessen gering gehalten werden kann.

Es ist außerdem zu befürchten, dass der geplante Umfang des QS Verfahrens und die damit zu schaffende administrative Infrastruktur enorme finanzielle Kosten zur Folge haben wird – gerade auch für Leistungserbringer mit insgesamt hohen Fallzahlen. Es ist zu klären, wer diese Kosten trägt und es ist darauf zu achten, dass es nicht zu Einschränkungen in anderen Bereichen aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen kommt.

Insgesamt konnten wir bei der Auswahl der Qualitätsindikatoren, bzw. bei dem Verzicht auf ursprünglich angedachte Qualitätsindikatoren, den Einschätzungen der Experten durchweg folgen.

Im Einzelnen möchten wir auf folgende Inhalte noch einmal gesondert hinweisen:

Das Ziel „keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung“ hängt nicht nur von der sorgfältigen Entlassplanung während der stationären Behandlung ab, sondern ist maßgeblich mit beeinflusst von den verfügbaren Strukturen, die eine nachstationäre Behandlung leisten können. Deshalb sollte bei der Einwilligung in das Entlassmanagement durch den Patienten darauf geachtet werden, dass dem Patienten nicht das Gefühl vermittelt wird, dass das Krankenhaus alleine für die Bereitstellung und Organisation von nachstationärer Behandlung zuständig ist und ein Versagen der stationären Behandlung vorliegt, wenn das trotz aller Bemühungen nicht gelingt. Wir unterstützen die von den Experten an mehreren Stellen vorgeschlagene Formulierung „Verordnung“ einer nachstationären Maßnahme anstelle von „Organisation“, da häufig eine gelingende Organisation nicht in der Macht der stationären Behandler liegt.

Die Empfehlung des Expertenstandards Entlassmanagement sieht vor, dass eine Pflegefachkraft innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten aufnehmen soll, um das Ergebnis des Entlassprozesses zu überprüfen (DNQP). Wie vom Expertengremium im weiteren eingeschätzt, halten auch wir die Abfrage der Erfüllung einer solchen Regelung als QS-Indikator nicht für hilfreich, da es bei der aktuellen Ressourcenknappheit in den Pflegeberufen fraglich ist, ob diese Maßnahme immer geleistet werden kann. Hinzu kommt, dass aus unserer Sicht nicht nur Pflegekräfte in Frage kommen, einen eventuell notwendigen oder sinnvollen nachstationären Kontakt aufzunehmen. Ähnlich sehen wir dies bei der Frage, ob nur die Pflegekraft innerhalb von 24 Stunden für das Assessment zur Ermittlung des Bedarfs einer Anschlussversorgung

zuständig sein muss, während das in einem multiprofessionellen Team an vielen Stellen stattfinden kann und muss.

Auch die Aufnahme des Kontaktes zur weiterversorgenden Einrichtung kann nicht nur zu Lasten von Pflegekräften gehen, zumal auch hier sehr häufig strukturelle Probleme bestehen, da nachstationäre Leistungserbringer häufig gar nicht zu erreichen sind und das Procedere insgesamt eine zu große zeitliche Belastung darstellt. Die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme ist auch gegeben, wenn die Rückrufnummer von den nachstationären Leistungserbringern genutzt wird.

Wir unterstützen deshalb die Einschätzung des Expertengremiums, dass das Qualitätsmerkmal „Evaluation des Entlassprozesses nach der Entlassung mit Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen“ sehr schwierig ist und nur mit hohem Aufwand umzusetzen ist.

Der Forderung nach der Festlegung eines voraussichtlichen Entlasstermins zu Beginn der Entlassplanung (also direkt nach Aufnahme), können auch wir die geäußerten Bedenken teilen, dass dies zu einer Benachteiligung bei einer MDK-Überprüfung führen könnte.

Wie schon erwähnt teilen wir auch die Sorge, dass strukturelle Gegebenheiten in der nachstationären Versorgung zu einem enorm hohen Organisations- und Koordinationsaufwand führen würden, wenn die stationären Leistungserbringer für die lückenlose Versorgung verantwortlich gemacht werden würden.

Ebenso teilen wir die Bedenken, dass in Einrichtungen geeignete Räumlichkeiten für Schulungen von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zur Verfügung gestellt werden sollen – dies stößt vermutlich bei einigen Häusern an deren Kapazitätsgrenzen.

Bezüglich der am Ende ausgewählten neun Qualitätsindikatoren lässt sich die Auswahl inhaltlich zwar nachvollziehen, es scheint uns jedoch immer noch ein relativ hoher Dokumentationsaufwand zu sein. Die Frage wäre, ob man diese Qualitätsindikatoren noch weiter priorisieren und den Dokumentationsaufwand verschlanken könnte. Hier wäre ein besonderes Augenmerk in der Machbarkeitsstudie, inwieweit der Dokumentationsaufwand moderat bleiben kann gerade in Häusern, die eine besonders hohe Fallzahl aufweisen.

Wir bedanken uns für den sehr sorgfältig erstellten und gut nachvollziehbaren Bericht und danken noch einmal für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Berlin 17.11.2022

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT


**DEGRO** • Reinhardtstraße 47 • 10117 Berlin

An



Leiter Abt. Verfahrensentwicklung



Projektleiterin

Per Mail [verfahrensentwicklung2@iqtig.org](mailto:verfahrensentwicklung2@iqtig.org)**Prof. Dr. Cordula Petersen**  
**Präsidentin**

☎ +49 40 7410 573 51

📠 +49 40 7410 567 10

✉ **DEGRO-Geschäftsstelle**📍 Reinhardtstraße 47  
10117 Berlin

☎ +49 30 84 41 91 88

📠 +49 30 84 41 91 89

✉ office@degro.org

🌐 www.degro.org

Hamburg-Berlin, 17.11.2022

**Stellungnahme zu Vorbericht Qualitätssicherungsverfahrens zum Entlassmanagement**
  


die Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens zum Entlassmanagement begrüßen und unterstützen wir sehr. Dies ist von größter Bedeutung für Tumorpatient:innen, da sie häufig zahlreiche, kurze stationäre Therapiephasen haben und in der Regel einer intensiven ambulanten Therapie im unmittelbaren Anschluß an die Entlassung bedürfen.

Wir danken für die die Gelegenheit, zum Vorbericht vom 7.10.2022 Stellung nehmen zu können.

Zwei Aspekte sind für Tumorpatient:innen, die eine Strahlentherapie und/oder medikamentöse Tumorthherapie erhalten, kritisch zu bewerten.

Qualitätsaspekt „Medikamentenmanagement“

Der Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ ist für Analgetika, die als Betäubungsmittel klassifiziert sind, nicht geeignet bzw. die Umsetzung der Forderung nach lückenloser Versorgung bedarf einer gesonderten Regelung. Betäubungsmittel dürfen nach Betäubungsmittelgesetz nicht mitgegeben werden. Die Medikation wird in aller Regel nicht in der Apotheke vorgehalten, so dass auch die Verordnung per Rezept eine Versorgung vor Wochenenden und über Feiertage nicht sicherstellt. Die für die Patient: innen sinnvollste Lösung ist eine Anpassung des Betäubungsmittelgesetzes, um eine Mitgabe der Medikation bei Entlassung zu ermöglichen. Vor allem Schmerzpatient:innen würden hiervon sehr profitieren.

Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“

Die Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ ist für Patient: innen der Radioonkologie und der Onkologie nicht anwendbar. Typischerweise erhalten sie eine Therapie, die im zwei- bis vierwöchigem Wechsel mehrere Phasen von stationärer und ambulanter Strahlentherapie mit medikamentöser Tumorthherapie beinhaltet. Gerade die schnelle Aufeinanderfolge dieser Therapieschritte ist ein Indikator der gelungenen Patientenbetreuung und der optimalen Vernetzung des ambulanten und stationären Bereichs. Sie kann nur mit erheblichem Personalaufwand und optimaler Organisation gelingen.

Wir hoffen sehr, dass diese Aspekte berücksichtigt werden und entsprechende Adaptationen und Regelungen gefunden werden.

Mit freundlichem Gruß

Ihre



Prof. Dr. med. Cordula Petersen  
Präsidentin der DEGRO



PD Dr. med. Ulrike Höller  
Generalsekretärin





Gesellschaft für Arzneimittelverwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie

**GAA e. V.**

**Dr. Udo Puteanus**

(Vorstandsmitglied der GAA)

Soetenkamp 45

48149 Münster



Dr. U. Puteanus, Soetenkamp 45, 48149 Münster

**IQTIG**

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz

im Gesundheitswesen

Abteilung Verfahrensentwicklung

Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

**Stellungnahme der GAA zum IQTIG-Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Gesellschaft für Arzneimittelverwendungsforschung und Arzneimittelepidemiologie, GAA e. V., bedankt sich für die Möglichkeit, zum Vorbericht des IQTiG zur „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“ und zum entsprechenden Indikatorenset Stellung zu nehmen. Dabei beschränkt sich die GAA auf die Ausführungen zu den beiden Qualitätsindikatoren

1.5 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

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

und auf die Diskussionen im Expertengremium um das Qualitätsmerkmal „Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung“.

**Zum Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“:**

Die GAA begrüßt die Aufnahme dieses Qualitätsindikators. Auf die Bedeutung des Medikationsplans für AMTS – aber auch auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung (Stichwort Digitalisierung) weist auch die S3-Leitlinie Multimedikation verschiedentlich hin (u.a. auch im Abschnitt: Schnittstelle Krankenhaus). Eine Einbindung in die elektronische Patientenakte wird als unerlässlich angesehen.

Aus Sicht der GAA sollte die Informationsvermittlung vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung über Arzneimittel, die im Krankenhaus angewendet wurden und den Arzneimitteln, die im ambulanten Bereich weiterverordnet werden sollten, nicht nur über den Medikationsplan und damit **über den Patienten** erfolgen, sondern zwingend auch über einen **direkten Informationsfluss** vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich – und zwar bevor der Patient das Krankenhaus verlässt. Dieser Informationsaustausch sollte auch nicht nur die aktuelle Medikation (einschl. OTC, die hierzu ggf. im Krankenhaus zu erfassen wären) umfassen, sondern auch Begründungen für das Umstellen der Medikation (siehe hierzu die Empfehlungen der S3 Leitlinie Multimedikation). Dieser unmittelbare Informationsfluss ist im Qualitätsindikator nicht aufgenommen worden, da von Seiten des Expertengremiums des IQTiG hierfür beim Krankenhaus derzeit keine Verantwortlichkeit gesehen wurde; dies sei erst dann möglich, so wird ausgeführt, sobald „die im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bereits weitgehend etablierte elektronische „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM), die eine datenschutz-konforme und aufwandsarme Übermittlung ermöglicht, auch durch Krankenhäuser verpflichtend genutzt werden wird.“ Dies ist aus Sicht der Patientensicherheit von Nachteil, da nach den bisherigen Erfahrungen mit der Einführung digitalisierter Verfahren nicht immer zeitnah gerechnet werden kann. Es ist deswegen nicht im Sinne der Patientensicherheit, wenn bis zu diesem Zeitpunkt in der Zukunft der direkte Informationsfluss über Arzneimittel zu den ambulanten Leistungserbringern – hier den Vertragsärztinnen und –ärzten, sowie den Apotheken – unterbleibt. Denn dies kann zur Folge haben, dass die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht rechtzeitig über die Notwendigkeit einer Arzneimittelverordnung informiert werden oder notwendige Nachfragen nicht rechtzeitig geklärt werden können.

In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, dass die **Apotheken** im Vorbericht des IQTiG als ambulanter Leistungserbringer nicht aufgenommen wurden und auch im Expertengremium nicht vertreten waren. Damit wurde bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren auf die Expertise dieses Bereichs verzichtet, obwohl Apotheken nach einer Krankenhausentlassung oftmals die ersten Ansprechpartner für die Patienten oder deren Angehörigen sind – zumindest dann, wenn dem Patienten keine Arzneimittel vom Krankenhaus mitgegeben wurden oder vom Krankenhaus eine Arzneimittelverordnung ausgestellt wurde. Apotheken sind daher wichtige Ansprechpartner für die Patienten nach einer Krankenhausentlassung. Deshalb setzt sich die GAA dafür ein, die Apotheken bei der Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren mehr als bisher einzubeziehen.

Bei einem Kontakt zwischen Patienten/Angehörigen und den Apotheken, der oftmals erst am Nachmittag des Entlassungstags erfolgen kann, ergeben sich häufig Probleme, die verordneten Arzneimittel rechtzeitig zu besorgen. Dies kann daran liegen, dass die Verordnungen nicht eindeutig sind und Nachfragen im Krankenhaus notwendig werden, die am Nachmittag erfahrungsgemäß von dort nicht immer ausreichend beantwortet werden können. Dies kann aber auch an der Besonderheit der verordneten Arzneimittel liegen, die nicht am gleichen Tag geliefert werden können. Nicht zuletzt ist die Tatsache, dass die Zahl der Lieferengpässe in letzter Zeit zunimmt, ein Argument dafür, dass Apotheken rechtzeitig über die notwendige Medikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus informiert werden. Um hier eine reibungslose Versorgung zu gewährleisten, wäre eine direkte Informationsvermittlung vom Krankenhaus zur versorgenden Apotheke – nach Einwilligungserklärung des Patienten – wichtig, und das möglichst vor Entlassung des

Patienten. Dies bedeutet entsprechend eine Anbindung der Apotheken an für die Kommunikation genutzte technische Infrastrukturen.

**Zum Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“.** Die GAA begrüßt die Aufnahme dieses Indikators. Aus Gründen der Patientensicherheit ist es jedoch wichtig, dass Patienten die mitgegebenen Arzneimittel dem Medikationsplan eindeutig zuordnen können, damit die Gefahren von Anwendungsfehlern minimiert werden. Dazu ist es notwendig, dass die Arzneimittel eindeutig gekennzeichnet sind (keine losen Blister) und ausreichend Informationen zum Arzneimittel (am besten die Packungsbeilage) dem Patienten mitgegeben werden. Auf diese Problematik wurde bereits im Verfahren des IQTiG zur Erarbeitung des Qualitätsindikators hingewiesen. Die GAA würde begrüßen, wenn dies bei der Weiterentwicklung dieses Indikators berücksichtigt würde.

Im Zusammenhang mit dem vorab vom IQTiG erarbeiteten **Qualitätsmerkmal „Sicherstellung der kontinuierlichen Medikamentenversorgung nach Entlassung“** wird im Vorbericht aufgrund der Einwände im Expertengremium diskutiert, warum (Arzneimittel-)Verordnungen von Fachärzten im Krankenhaus so selten ausgestellt werden; mit dem Ergebnis, Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements könnten nur vorgenommen werden, „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“ (IQTiG-Vorbericht: 133).

Die GAA gibt bezogen auf Arzneimittel zu bedenken, dass der Hinweis,

ein Krankenhaus könne nur eine Verordnung ausstellen, wenn die Verordnung **erforderlich** sei, und diese Erforderlichkeit rechtlich nicht ausreichend definiert sowie die Rezeptierung von Arzneimitteln deswegen nicht zwingend sei,

aus Sicht der Patientensicherheit nicht hilfreich ist. Sofern ein Patient ein Arzneimittel benötigt, ist es erforderlich. Nicht erforderliche Arzneimittel dürfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verordnet werden. Da eine lückenlose Arzneimittelversorgung von Patienten nach der Entlassung notwendig ist, setzt sich die GAA dafür ein, dass sich Krankenhäuser mehr als bisher darum bemühen, Arzneimittelverordnungen ordnungsgemäß auszustellen und den direkten Informationsfluss zu den Leistungserbringern (Arzt **und Apotheke**) zu gewährleisten, um die Versorgung nach der Entlassung sicherzustellen. Dies sollte aus Sicht der GAA bei der Weiterentwicklung des Qualitätsindikatorenssets berücksichtigt werden.

Mit freundlichen Grüßen





Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTIG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

**Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen  
nach § 140f SGB V zum Vorbericht des IQTIG:**

**Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassma-  
nagement* (Indikatorenset V1.0)**

(Stand: 07.10.2022)

**18.11.2022**

**Ansprechpartnerin:**

Cordula Mühr, MD MPH, DBR / SoVD, [REDACTED]



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTIG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

## Inhaltsverzeichnis

I.	Hintergrund und Einordnung .....	3
II.	Zu den vorgeschlagenen Indikatoren im Einzelnen .....	5
III.	Gesamtbewertung .....	8

**Hinweis:** Die im Text aufgeführten Seitenzahlen, Tabellenangaben und wörtlichen Zitate beziehen sich, soweit nicht anders gekennzeichnet, auf den Vorbericht des IQTIG zur „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*“.



**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement***

## **I. Hintergrund und Einordnung**

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2015 mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) in § 39 SGB V den Anspruch gesetzlich versicherter Patienten auf ein Entlassmanagement normiert. Seither haben Patientinnen und Patienten Anspruch auf ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung beim Übergang in die weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung. Die Umsetzung dieses Rechts in der Versorgungsrealität ist hochrelevant für eine sichere und patientenzentrierte Versorgung an den Schnittstellen zwischen mehreren Sektoren. Ziel des Entlassmanagements ist es, vor Ende des stationären Aufenthalts mittels einer strukturierten Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs von Patientinnen und Patienten erforderliche Maßnahmen so zu koordinieren und zu organisieren, dass Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Nach- und Weiterversorgung unterstützt werden und auf Probleme und Anforderungen nach der Entlassung vorbereitet werden (SVR Gesundheit 2018). Zudem soll durch patientenindividuelle Entlass- und Überleitungsprozesse eine kontinuierliche, lückenlose Weiterversorgung gewährleistet werden, sodass das Risiko vermeidbarer Wiederaufnahmen und anderer Komplikationen reduziert wird. Daher kommt der Qualitätssicherung des Entlassmanagements aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen eine herausragende Bedeutung zu. Wichtige Vorgaben zum Entlassmanagement wurden durch den am 1. Oktober 2017 in Kraft getretenen trilateralen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement festgelegt (siehe dazu auch Kapitel 3 dieses Vorberichts). Am 20. September 2018 wurde schließlich das IQTiG vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Indikatoren und Instrumente für ein sektorenübergreifendes datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren inklusive einer Patientenbefragung zum Thema „Entlassmanagement“ im Rahmen von drei Auftragsteilen (A, B und C) zu entwickeln. Als Qualitätsziele wurden u. a. die Verminderung von Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung sowie die Förderung der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten im Versorgungsprozess genannt.



**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement***

Gemäß **Teil A** sollte die bereits im September 2015 abgenommene Konzeptskizze des AQUA-Instituts überarbeitet werden. Hierzu hat das IQTiG bereits am 31. Juli 2019 einen Zwischenbericht vorgelegt.

In einem **Teil C** wurde die Entwicklung einer Patientenbefragung beauftragt. Hierzu wurde vom IQTiG bereits am 30. April 2021 ein Zwischenbericht für ein Beteiligungsverfahren und am 31. Oktober 2022 ein Abschlussbericht vorgelegt.

Gemäß **Teil B** der Beauftragung sollte das IQTiG Qualitätsindikatoren, notwendige Dokumentationsvorgaben, ein Prognose- sowie ein Datenflussmodell und ein Auswertungskonzept zur vergleichenden Abbildung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickeln.

Als neuer Abgabetermin für den diesbezüglich abschließenden Bericht wurde der 15. Februar 2023 festgelegt. Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich auf den am 7. Oktober 2022 vom IQTiG vorgelegten **Vorbericht zu Teil B der Beauftragung**.

Das Ergebnis der Entwicklungen in den Teilaufträgen B und C soll ein gemeinsames Set von Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren Entlassmanagement sein, wobei das Qualitätsmodell aus Teilauftrag A den gemeinsamen inhaltlichen Ausgangspunkt darstellen sollte. Eine Beurteilung der im vorliegenden Bericht vorgeschlagenen Indikatoren und Umsetzungskonzepte ist deshalb letztlich nur bei gemeinsamer Betrachtung der Vorschläge und Empfehlungen des IQTiG zu allen drei Auftragsteilen sinnvoll.



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

## II. Zu den vorgeschlagenen Indikatoren im Einzelnen

Der **Strukturqualität** ordnet das IQTiG drei der neun vorgeschlagenen Indikatoren zu, die mittels Einrichtungsbefragung erhoben werden sollen:

- Verfahrensregelung zum multi-professionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur haus-internen Verfahrensregelung
- Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

Der **Prozessqualität** werden sechs Indikatoren zugeordnet, die jeweils fallbezogen beim Leistungserbringer erhoben werden sollen:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
- Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
- Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen
- Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer
- Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung

Der **Ergebnisqualität** wird lediglich eine Kennzahl zugeordnet, die auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden soll:





**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement***

- Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Durch **Patientenbefragung** sollen gemäß Abschlussbericht des IQTiG vom 31. Oktober 2022 zum Auftragsteil C zusätzlich zwölf Indikatoren mithilfe von 53 Items erhoben werden. Hierdurch sollen als Qualitätsmerkmale in den Blick genommen werden:

- Entlassplanung
- Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung
- Information und Aufklärung zur Medikation
- Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
- Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung
- Entlassgespräch
- Entlassdokumente
- Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten
- Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung
- Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Als finale **Befragungs-Indikatoren** hat das IQTiG daraus abgeleitet:

1. Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus
2. Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung
3. Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus
4. Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung
5. Information und Aufklärung zur Entlassmedikation
6. Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung
7. Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung
8. Entlassgespräch
9. Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten
10. Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung



**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement***

11. Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten
12. Entlassbereitschaft von Kindern / Jugendlichen und deren Eltern / Sorgeberechtigten

**Somit sollen insgesamt 21 Indikatoren und eine Kennzahl in diesem Verfahren eingesetzt werden.** Gemäß Beauftragung standen dem IQTiG für die Entwicklung eines QS-Verfahrens zum Entlassmanagement folgende Datenquellen zur Verfügung:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. Fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer
3. Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer
4. Patientenbefragung
5. Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern

Mit Blick auf die Aufwand-Nutzen-Abwägung hatte das IQTiG die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern nicht als Datenquelle empfohlen (IQTiG 2019a: Abschnitt 5.5) und bei der weiteren Entwicklung des QS-Verfahrens nicht berücksichtigt. Das wurde von der Patientenvertretung in ihrer früheren Stellungnahme bereits bedauert. Die Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation / Sozialdaten bei den Krankenkassen und die Qualitätsindikatoren auf Basis der Patientenbefragung sollten sich gegenseitig ergänzen, sodass sich die Versorgungsqualität der Entlass- und Überleitungsprozesse umfassend darstellen lässt. Die identifizierten Qualitätsaspekte sind aber – auch nach Analyse des IQTiG in seinem Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung (Stand: 30. April 2021, S. 28ff.) – teilweise durch unterschiedliche Datenquellen abbildbar. Z. B. wurde dort dargestellt,

*[dass] der Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“, der bisher durch die Datenquelle „Sozialdaten bei den Krankenkassen“ abgedeckt werden sollte, aufgrund seiner inhaltlichen Ausrichtung bezüglich der Definition für ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakte zur ambulanten*

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTIG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement***

*Notfallversorgung durchaus auch durch die Patientenbefragung adressiert werden kann.*

Gleichermaßen wurde dort ausgeführt, dass auch folgende Qualitätsaspekte grundsätzlich sowohl mittels Leistungserbringer-Dokumentation als auch durch Patientenbefragung erhebbar seien:

- Entlassplanung
- Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
- Entlassgespräch
- Entlassdokumente
- Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

Für die Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung wurde im genannten Zwischenbericht sinnvollerweise dargelegt, dass alle drei Datenquellen (Patientenbefragung, QS-Dokumentation der Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Krankenkassen) parallel zu nutzen seien.

**III. Gesamtbewertung**

Die Entwicklung der Indikatoren erfolgte durchgängig gemäß der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG. Die zugrunde gelegte Literatur- und leitlinienrecherche ist umfangreich und wird im Anhang auf über 70 Seiten dargestellt. Neun sogenannte „Qualitätsaspekte“ wurden auf Grundlage dieser Recherche sowie aus den Vorgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagement nachvollziehbar identifiziert und durch davon abgeleitete so genannte „Qualitäts-

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement***

merkmale“ in jeweils unterschiedlicher Anzahl ergänzt (siehe Anhang zum Vorbericht, Tabelle 20, S.78). Nicht vollständig nachvollziehbar bleiben bisweilen die Kriterien, nach denen die beschriebenen Qualitätsaspekte und -merkmale vom IQTiG zu den letztlich von ihm vorgeschlagenen Indikatoren weiterentwickelt wurden. Hier wäre auch eine explizitere Darstellung des Zustandekommens der Bewertungen des einbezogenen Expertenpanels wünschenswert.

Die als sogenannte „Kennzahl“ vorgeschlagene Erfassung der „Ungeplanten Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ ist ein international übliches Maß zur Beurteilung der Güte des Entlassmanagements im Sinne der Vermeidung von „Drehtüreffekten“. Einen ähnlichen Aspekt – nämlich die „Ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung“ – hatte das IQTiG bei der Beauftragung durch den G-BA ebenfalls zu berücksichtigen – er wird aber im vorliegenden Bericht weder als Indikator noch als Kennzahl empfohlen, obwohl die Vermeidung kurzfristiger Notfallaufnahmen durchaus im Sinne eines patientenrelevanten Endpunktes des Entlassmanagements verstanden werden kann. Als Indikatoren im Sinne des Methodenpapiers eignen sich aber beide nicht, sofern sie auf der Basis von Routedaten erhoben werden. Das IQTiG merkt selbst an, dass die Gründe für kurzfristige Wiedereinweisungen und Notfallaufnahmen „multifaktoriell“ sind und ein Zusammenhang mit der Qualität des Entlassmanagements eines Krankenhauses sich auf der Grundlage von Sozialdaten nicht im ausreichenden Maße herstellen und somit den Krankenhäusern zuschreiben lässt. Deshalb wird zu diesem einzigen Outcome-Aspekt vom IQTiG lediglich eine Kennzahl vorgeschlagen. Dagegen wäre es vermutlich durchaus möglich und sinnvoll, ungeplante Notfallaufnahmen und deren Gründe bei den Patientinnen und Patienten zu erfragen. Diese müssten sich in aller Regel an den Hintergrund der Aufnahme erinnern können. Auf diese Weise wäre es ggf. doch möglich, sie einrichtungsbeziehbar als Indikator zu nutzen. Das IQTiG wird gebeten, diese Option erneut zu prüfen und das Ergebnis seiner Prüfung im Abschlussbericht darzustellen.

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement***

Gemäß des im Rahmen der vorliegenden Beauftragung in einem ersten Schritt vom IQTiG weiter optimierten Prognosemodells würden zunächst weiterhin insgesamt zirka neun Millionen Fälle Teil des QS-Verfahrens bleiben. Deshalb wird im vorliegenden Bericht zur weiteren Reduktion der QS-auslösenden Fälle vorgeschlagen, eine zusätzlich nachgelagerte Stichprobe anhand der eGK-Versichertennummer innerhalb des QS-Filters zu ziehen. In der Folge würden aber immer noch insgesamt zirka eine Million QS-pflichtige Fälle ausgelöst, die mit Hilfe von jeweils 45 Datenfeldern abgefragt werden sollen. Vor dem Hintergrund dieses absehbaren Dokumentationsaufwandes für die Leistungserbringer und der zu erwartenden Beschlüsse des G-BA als Folge des „Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der externen datengestützten Qualitätssicherung“ sollte der Einsatz fallbezogener Dokumentation im Bereich der QS des Entlassmanagements vom IQTiG kritisch überdacht werden. Als Option sollte im Rahmen des Abschlussberichts geprüft werden, ob zumindest ein Teil der Prozessindikatoren – die derzeit zur fallbezogenen Erhebung empfohlen werden – als Vollerhebung über eine jährliche Einrichtungsbefragung oder ggf. sogar ausschließlich über eine repräsentative Patientenbefragung (als Vollerhebung bei kleiner interessierender Fallzahl oder mit mindestens 200 der die Einschlusskriterien erfüllenden Fälle pro Einrichtung) erhoben werden kann. Der vermehrte Einsatz von Patientenbefragungen vermindert grundsätzlich die häufig beklagten Dokumentationsaufwände bei den Leistungserbringern und kann deutlich aufwandsärmer dazu beitragen, Einrichtungs- bzw. Leistungserbringerbezogene Hinweise auf relevante Versorgungsdefizite zu erhalten, denen dann fokussiert nachgegangen werden sollte. Im konkreten Verfahren könnte das z. B. die Messung der Qualität der Entlassplanung betreffen sowie ggf. die der Entlassdokumente. Hierzu könnten Patientenbefragungen und die (allerdings bisher nicht berücksichtigte) Nachsorger-Befragungen vermutlich deutlich aussagekräftigere Ergebnisse liefern als – wie aktuell vom IQTiG vorgeschlagen – die Leistungserbringer in jedem Einzelfall ankreuzen zu lassen, ob teilweise absolut selbstverständliche Standards erfüllt wurden. Als Beispiel sei hier die jeweils fallbezogen zu dokumentierende Angabe genannt, ob der endgültige Entlassbrief „*Informationen zu Befunden*“ enthält. Ausschließlich die entlassenden Leistungserbringer selbst zu diesem

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Vorbericht des IQTiG: Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement***

Sachverhalt zu befragen und nicht zumindest ebenfalls die weiterversorgenden Einrichtungen, kann unserer Auffassung nach allenfalls die Aussagekraft einer Checkliste erreichen. Das IQTiG wird deshalb gebeten erneut zu prüfen und in seinem Abschlussbericht das Ergebnis seiner Prüfung darzulegen, ob eine fokussierte Nachsorger-Befragung unter Aufwand-Nutzen-Abschätzung nicht doch als Datenquelle genutzt werden sollte.

Die Patientenvertretung würde es außerdem im Zusammenhang mit der Qualität der Entlassdokumente außerordentlich begrüßen, wenn das IQTiG patientenverständliche Entlassbriefe als relevanten Qualitätsaspekt im Zusammenhang mit einem an Patientinnen und Patienten und ihrer sicheren Weiterversorgung orientierten Entlassmanagement identifizieren und in der Verfahrensentwicklung berücksichtigen würde. Nicht ohne Grund wurde ein entsprechendes Innovationsfonds-Projekt („PASTA“) zur Überführung in die Regelversorgung empfohlen. Bis jede Patientin und jeder Patient ein sozialgesetzlich verbrieftes Anrecht auf einen verständlichen Entlassbrief erhält, sollte das IQTiG zumindest einen entsprechen Anreiz dafür setzen, indem es ihren Einsatz in der Versorgung erfragt und als Kennzahl veröffentlicht.



**Stellungnahme  
des GKV–Spitzenverbandes  
vom 17.11.2022**

**zum Vorbericht des IQTIG  
„Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens  
Entlassmanagement“  
vom 7. Oktober 2022**

**GKV–Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
politik@gkv-spitzenverband.de  
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 2 von 20

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Zusammenfassende Bewertung .....</b>	<b>4</b>
<b>III. Detaillierte Stellungnahme .....</b>	<b>7</b>
1. Hintergrund des Verfahrens .....	7
2. Verfahrensentwicklung .....	7
3. Umfang und inhaltliche Ausrichtung des Indikatorensets .....	9
4. Indikatoren auf Grundlage einrichtungsbezogener Dokumentation durch die Krankenhäuser .....	11
5. Indikatoren auf Grundlage fallbezogener Dokumentation durch die Krankenhäuser .....	12
6. Kennzahl auf Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen .....	15
7. Konzeption von Prognosemodell und Stichprobenverfahren .....	15
8. Weitere Anmerkungen .....	19



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 3 von 20

## I. Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das IQTIG am 20.09.2018 mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren zum Thema Entlassmanagement beauftragt. Als Grundlage für diese Entwicklung sollte die vom AQUA-Institut erarbeitete Konzeptskizze genutzt werden.

Der Auftrag besteht aus drei Teilen:

- A. Überarbeitung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts
- B. Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die identifizierten Qualitätsaspekte für die definierte Zielgruppe (Prognosemodell) sowie notwendige Dokumentationsvorgaben
- C. Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung)

Zu Teil A hat das IQTIG im Juli 2019 einen „Zwischenbericht“ zur Verfügung gestellt. In diesem wurde das vom AQUA-Institut erarbeitete Prognosemodell überarbeitet und ein Qualitätsmodell mit 14 Qualitätsaspekten empfohlen.

Knapp zwei Jahre später (Abgabe Zwischenbericht: April 2021; Abgabe Abschlussbericht: Oktober 2022) hat das IQTIG zu Teil C konkrete Ausarbeitungen zur Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb vorgestellt. Zudem wurde eine methodisch-statistische Weiterentwicklung des Prognosemodells vorgenommen.

Für den Teilauftrag B war explizit vorgegeben, folgende „patientenrelevante Endpunkte“ zu berücksichtigen:

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

Aufbauend auf den vorherigen Berichten wurde am 07.10.2022 nun der Vorbericht zu diesem Teil B vom IQTIG für ein Beteiligungsverfahren vorgelegt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 4 von 20

## II. Zusammenfassende Bewertung

Der vorliegende Bericht ist verständlich formuliert und klar strukturiert. Er umfasst die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die sowohl auf der einrichtungs- und fallbezogenen Dokumentation von Krankenhäusern als auch auf den Sozialdaten der Krankenkassen beruhen. Im Ergebnis umfasst das Indikatorenset neben den 12 Indikatoren zur Patientenbefragung neun Qualitätsindikatoren, von denen drei mit Hilfe der Einrichtungsbefragung und sechs mit Hilfe der fallbezogenen Dokumentation erhoben werden sollen. Ergänzt werden sollen diese durch eine Kennzahl – erfasst mit Sozialdaten. Die Qualitätsindikatoren adressieren die Struktur- und Prozessqualität, die Kennzahl *„Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“* hingegen betrachtet die Ergebnisqualität. Es ist nachvollziehbar, dass diese Kennzahl für einen Einrichtungsvergleich nicht primär geeignet ist.

Zusätzlich weist das IQTIG auf einen sich in der Entwicklung befindende Qualitätsindikator *„Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen ...“* hin. Seine Weiterentwicklung wird – auch vor dem Hintergrund der aktuellen finanziellen Förderung des digitalen Entlassmanagements durch das KZHG – begrüßt. Potentielle Synergieeffekte sollten geprüft und zukünftig einbezogen werden.

Insgesamt erscheint dem GKV-Spitzenverbands das Indikatorenset mit 21 Indikatoren sehr umfangreich, sodass eine fachlich tiefe und praktikable Befassung mit den Ergebnissen aller Indikatoren in den LAGen durch die Fachkommissionen – gerade vor dem Hintergrund des Eckpunktepapiers des G-BA vom April 2022 – in Frage gestellt werden kann.

Die drei Indikatoren, die mittels Einrichtungsbefragung erfasst werden sollen, erscheinen relevant und begründet. Die konkrete Operationalisierung erscheint im Hinblick insbesondere auf das Differenzierungspotential (gute vs. schlechte Qualität) jedoch diskussionswürdig.

Die fallbezogene Dokumentation für die sechs Indikatoren soll für ca. eine Million Fälle mit Hilfe von 45 Datenfeldern erfolgen. Der Dokumentationsaufwand und die Komplexität der Erfassung erscheinen hierfür sehr hoch. Für mehrere Indikatoren ist bei in der Regel standardisiertem Vorgehen und Dokumentenvorlagen in den Krankenhäusern der Nutzen einer Abfrage in jedem Einzelfall kritisch zu hinterfragen. Anstelle einer fallbezogenen Erfassung erscheint eine vollständige Umsetzung der mittels der Einrichtungsbefragung naheliegender und könnte aus Sicht des GKV-Spitzenverbands voraussichtlich vergleichbare Ergebnissen generieren. In der Folge bedürfte es auch keines komplexen sowie aufwändigen Prognosemodells mit nachgelagerter Stichprobenziehung extra nur für die Fallidentifikation der fallbezogenen Dokumentation.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 5 von 20

Mit Hilfe dieses vom IQTIG aufwändig entwickelten und auf Daten der Krankenkassen basierenden „Prognosemodells“ soll die fallbezogene Wahrscheinlichkeit für einen „erhöhten“ Bedarf an Entlassmanagement zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus geschätzt werden („selektierte Fälle“). Eine anschließende Stichprobenziehung, die direkt beim Leistungserbringer durch den QS Filter erfolgt, soll die Anzahl an „ausgelösten Fällen“ auf eine Million Fälle reduzieren. Dieses Modell wurde vom IQTIG fundiert entwickelt und begründet. Dennoch weist es unvermeidliche Limitationen auf, die vom IQTIG auch dargestellt werden. Insbesondere kann die Auslösung mit Hilfe dieses Modells erst zum Zeitpunkt der Entlassung erfolgen, so dass die Dokumentation immer nur retrospektiv erfolgen kann und außer dem Anzeigen der Dokumentationspflichten keinen weiteren Nutzen für das Krankenhaus hat. Auch ist die Spezifität der Auslösung zwangsläufig eingeschränkt, so dass nach dem vom IQTIG empfohlenen Schwellenwert ca. 20 % der ausgelösten Fälle keinen erhöhten Bedarf für Entlassmanagement aufweisen.

Die praktische Anwendung dieses Auslösealgorithmus samt Stichprobenziehung erscheint anspruchsvoll. Risiken in Bezug auf die Praktikabilität und Umsetzbarkeit erscheinen sehr realistisch. Darüber hinaus bedarf das Prognosemodell einer kontinuierlichen und recht aufwändigen Weiterentwicklung und Pflege. Hinzu kommen die Überlegungen zum Nutzen bzw. Mehrwert des Einsatzes dieses Prognosemodells für alle Beteiligten (wie Krankenhäuser, Krankenkassen, IQTIG).

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte, wie weiter oben bereits dargestellt, primär versucht werden, die sechs Indikatoren mit Fallbezug in die Einrichtungsbefragung zu überführen. Sollte dies nicht umsetzbar sein oder besteht weiter Bedarf zumindest für die Auslösung der Patientenbefragung, sollte ein alternatives und in der Umsetzung einfacheres Vorgehen (z. B. eine nach bestimmten Kriterien geschichtete Stichprobe: Alter, Geschlecht, bestimmte ICD) geprüft werden. Denn für den Verfahrensstart stellt sich die Frage, ob eine erste Umsetzung des QS-Verfahrens sich nicht auf eine bestimmte, kleinere, klar definierte Gruppe von Patientinnen und Patienten stützen kann. Das Verfahren könnte so zunächst erprobt und regelhaft eingeführt werden, bevor ein komplexes sowie aufwändiges Stichprobenverfahren mit Prognosemodell in einer späteren Umsetzungsstufe angewendet wird.

Seitens des GKV-Spitzenverbandes wird ergänzend angeregt, für das QS-Thema „Entlassmanagement“ den Einsatz eines qualitativen Instruments zu prüfen, da hierzu in den Krankenhäusern die Behandlungs- und Entlassdokumentation nutzbar vorliegt: Es könnten jährlich Stichproben von Entlassbriefen und -dokumenten gezogen und bei Leistungserbringern angefordert werden. Diese könnten von Fachkommissionen in den LAGen qualitativ beurteilt und bewertet werden. Dies wäre eine direkte Messung von Qualität auf Basis bestehender

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022

zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“

Seite 6 von 20

Dokumentationen, anstelle den Umweg über die zusätzliche Erhebung und Auswertung von indirekt messenden Qualitätsindikatoren zu wählen. Zusätzlich könnte für die Krankenhäuser ganz konkreter und spezifischer Qualitätsverbesserungsbedarf benannt werden, welcher unmittelbar umgesetzt werden könnte.

### **Fazit im Hinblick auf eine Umsetzung**

Eine Reduzierung der Aufwände – insbesondere in Bezug auf den Dokumentationsaufwand bei den Leistungserbringern und den genannten Risiken – erscheint für einen erfolgreichen Verfahrensstart notwendig. Vor diesem Hintergrund spricht sich der GKV-Spitzenverband für eine Überarbeitung des Konzepts aus und schlägt die folgenden weiteren Schritte vor:

- Zunächst sollte die fallbezogene Dokumentation in eine einrichtungsbezogene Dokumentation überführt werden, sofern keine erheblichen methodischen Gründe dagegensprechen. In der Folge müsste für diese Datenquelle kein Prognosemodell und keine Stichprobenziehung beim Leistungserbringer implementiert und angewendet werden.
- Eine qualitative Beurteilung von Entlassbriefen- und Dokumenten könnte an Stelle der fallbezogenen QS durchgeführt werden.
- Sollte dennoch Bedarf für eine Fallauslösung z. B. für die Patientenbefragung bestehen, sollte das statistisch und technisch hoch anspruchsvolle Prognosemodell zugunsten einer vereinfachten Fallauslösung z. B. mit Hilfe von eindeutigen Prädiktoren (z. B. Pflegegrad, Altersgruppen, Krankheitsgruppen) ersetzt werden – zumindest zum Verfahrensstart.

Die Umsetzung eines so umfassenden, komplexen und aufwändigen QS-Verfahrens sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes im Hinblick auf den Einsatz der Methoden, des Dokumentationsaufwands und der sonstigen Aufwände gestuft begonnen werden. Erst im weiteren Verlauf sollte auf Basis der dann vorliegenden Erkenntnisse und bei Bedarf das Verfahren weiterentwickelt und inhaltlich sowie methodisch ausgebaut werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 7 von 20

### III. Detaillierte Stellungnahme

#### 1. Hintergrund des Verfahrens

Das Qualitätssicherungsverfahren „Entlassmanagement“ betrifft einen sehr qualitätssensiblen Bereich der Patientenversorgung, vor allem da kritische Schnittstellen zwischen mehreren Sektoren erfasst werden.

Die erarbeiteten Qualitätsmerkmale sind daher über das spezifische Thema des Entlassmanagements hinausgehend hoch relevant für die Patientensicherheit und eine patientenzentrierte Versorgung. Daher kommt dem geplanten Verfahren ein zentraler Stellenwert im Gesamtkonzept einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu – auch wenn hier primär der stationäre Sektor angesprochen wird.

Dieser Hintergrund, die Bedeutung des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement (GKV-SV, DKG, KBV) sowie für das Verfahren relevante aktuelle Regelungen des G-BA werden im Vorbericht des IQTIG vor allem in Kapitel 3 „Versorgungspraxis“ noch einmal kompakt und sehr aussagekräftig zusammengefasst.

#### 2. Verfahrensentwicklung

Das methodische Vorgehen erfolgt grundsätzlich entsprechend der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG.

Die Ableitung der Qualitätsmerkmale auf Grundlage einer Literatur- und Leitlinienrecherche sowie des Rahmenvertrags Entlassmanagement erscheint nachvollziehbar. Insbesondere die konkrete Darstellung der zugrundeliegenden Evidenz sowie des konkreten Bezugs zum Rahmenvertrag Entlassmanagement in Anhang A.2.2 und A.2.3 liefern eine fundierte Begründung für die abgeleiteten Qualitätsanforderungen.

Wie bereits bei vorangegangenen Verfahrensentwicklungen erscheinen allerdings einige Entscheidungs- und Auswahlprozesse vor allem wegen der in den „Methodischen Grundlagen“ nur eingeschränkt konkret beschriebenen „Eignungskriterien“ teilweise relativ informell und nicht vollständig nachvollziehbar. Es ist nur eingeschränkt transparent und damit nachvollziehbar, wie die Positionierungen der Expertengremien bzw. einzelner Experten oder Expertinnen, aber auch einzelner Mitarbeitende des IQTIG möglicherweise Entscheidungen beeinflussen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 8 von 20

Auf Seite 29 wird zur Bewertung von Qualitätsmerkmalen mit Hilfe der Kriterien „Verbesserungspotential“ und „Zuschreibbarkeit der Verantwortung“ dargestellt:

*„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 Ergebnisse dieser Bewertungen (Vorabbewertung und zweite Bewertung) sind im Bericht nicht konkret ersichtlich.

Diese Darstellung erscheint auch nicht ganz konsistent mit der Darstellung auf Seite 77:

*„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“ ...*
- *Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer (schließt die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer ein) ...“*

Handelt es sich hierbei um eine dritte Bewertung dieser Kriterien?

Die auf Seite 30 dargestellte Bewertung der Kriterien zu möglichen unerwünschten Wirkungen/Fehlanreizen und zur Risikoadjustierung scheint eher im Rahmen einer informellen Diskussion erfolgt zu sein:

*„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.“*

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 9 von 20

Auch die Festlegung von Referenzbereichen und die Bewertung des Indikatorensets scheint eher im Rahmen einer informellen Diskussion unter Nutzung von Leitfragen erfolgt zu sein (Seite 30):

*„Anhand der aufbereiteten Qualitätsindikatoren wurden mit den Expertinnen und Experten in einem dritten Treffen die vorgeschlagenen Referenzbereiche für die Qualitätsindikatoren diskutiert und das Qualitätsindikatorenset reflektiert.“*

Nachvollziehbar ist die Darstellung auf Seite 77:

*„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.“*

In Kapitel 5 werden dann aber inhaltlich nachvollziehbare Begründungen sowohl für die ausgewählten als auch für die nicht ausgewählten Merkmale und Indikatoren dargestellt. Für jeden Qualitätsaspekt wird in einer Übersichtstabelle für jedes potentielle Qualitätsmerkmal das Ergebnis der Bewertung der Eignungskriterien dargestellt (z. B. Seite 91, 100, 112). Wie bereits angemerkt ist das Zustandekommen dieser Bewertungen allerdings eher informell ersichtlich.

### 3. Umfang und inhaltliche Ausrichtung des Indikatorensets

Das empfohlene Indikatorenset umfasst neun Qualitätsindikatoren. Es erscheint ausgewogen und erfasst relevante und qualitätssensible Aspekte des Entlassmanagements.

Drei Qualitätsindikatoren sollen mit Hilfe einer Einrichtungsbefragung erfasst werden und werden vom IQTIG als Strukturindikatoren bezeichnet:

- Verfahrensregelung zum multi-professionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung
- Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 10 von 20

Sechs Indikatoren adressieren die Prozessqualität und sollen fallbezogen erfasst werden:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
- Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
- Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen
- Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer
- Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung

Darüber hinaus soll eine „Kennzahl“ zur Ergebnisqualität mit Hilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden:

- Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

In der Beauftragung wurde explizit vorgegeben, dass die „Ambulante Notfallbehandlung nach Entlassung“ betrachtet werden soll. Dieser Aspekt scheint weder im nun empfohlenen Indikatorenset noch in der Patientenbefragung gezielt berücksichtigt.

Zu berücksichtigen ist, dass neben den in diesem Bericht empfohlenen 9 Qualitätsindikatoren im Abschlussbericht zur Patientenbefragung weitere 12 Qualitätsindikatoren empfohlen werden. Somit sollen insgesamt 21 Indikatoren in diesem Verfahren eingesetzt werden.

Dieses Indikatorenset erscheint so umfangreich, dass eine fachliche tiefe und praktikable Befassung mit den Ergebnissen dieser Indikatoren fraglich erscheint. Die Erfahrungen aus den aktuellen Verfahren zeigen, dass die Bearbeitung auffälliger Ergebnisse in den LAGen durch die Fachkommissionen es kaum zulässt, eine fachlich angemessene Bewertung von mehr als 20 Indikatoren vorzunehmen.

Auch das Eckpunktepapier des G-BA zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung vom April 2022 weist auf die Notwendigkeit einer Fokussierung der eingesetzten Indikatoren hin.

Vor diesem Hintergrund sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbands vor Abgabe des Abschlussberichts innerhalb des IQTIG nochmals eine kritische Bewertung und Diskussion des Umfangs und Inhalts des empfohlenen Indikatorensets erfolgen (siehe hierzu auch S. 12f.).



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 11 von 20

#### 4. Indikatoren auf Grundlage einrichtungsbezogener Dokumentation durch die Krankenhäuser

Folgende Qualitätsindikatoren sollen mit Hilfe der Datenquelle „Einrichtungsbefragung“ erfasst werden:

- Verfahrensregelung zum multi-professionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung
- Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

Es erscheint sinnvoll, für ein Verfahren zum Entlassmanagement die relativ aufwandsarm und praktikabel einsetzbare Datenquelle „Einrichtungsbefragung“ zu nutzen.

Die empfohlenen Indikatoren erscheinen relevant und gut begründet. Die Operationalisierung der einzelnen Indikatoren erscheint allerdings teilweise diskutabel und bedarf einer kritischen Analyse.

##### **Indikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“**

Zu diesem Indikator wird das Qualitätsziel dieses Indikators nur dann erreicht, wenn alle Einzelfragen/Einzelanforderungen (siehe Datenfelder im Anhang „Indikatorenset“) erfüllt sind. Diese Datenfelder erscheinen in der vorgelegten Form allein nicht ausreichend präzise (z. B. „Sind die Verantwortlichkeiten für das ärztliche Personal festgelegt?“) und bedürfen daher noch differenzierter Ausfüllhinweise.

##### **Indikator „Schulung der ... beteiligten Gesundheitsprofessionen zur ... Verfahrensregelung“**

Zum Indikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung“ erscheint nicht ganz konsistent, dass das Qualitätsziel ist, dass eine „Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement“ erfolgen soll, im Nenner des Indikators aber nur „im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ erfasst werden sollen. Es bleibt unklar, wie für die „Bestandskräfte“ zum Zeitpunkt der erstmaligen Befragung erfasst werden soll, ob diese entsprechend geschult wurden.

Auch bezieht sich die Definition des Zählers dieses Indikators nicht auf die neu beschäftigten, sondern auf alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter („Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bis zum 31. Januar des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an einer Schulung zur

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 12 von 20

hausinternen Verfahrensregelung teilgenommen haben“) – was nicht der Formulierung in Datenfeld 16.1 („Wie viele von den neu beschäftigten ...“) entspricht.

Es bleibt unklar, wie mit der Antwortoption „Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht dokumentiert“ bei der Berechnung des Indikators umgegangen werden soll.

Dieser Indikator wird vom IQTIG als Strukturindikator bezeichnet, könnte aber auch als Prozessindikator klassifiziert werden.

#### **Indikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten ...“**

Der Indikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“ erscheint relativ wenig differenziert operationalisiert. Es wird praktisch nur gefordert, dass ein entsprechendes Konzept schriftlich vorliegt, eine nicht näher beschriebene Anzahl nicht näher beschriebener „Themen“ anspricht und für diese in nicht näher beschriebener Form „Zielgruppen“ und ein Format beschreibt. Zur Verantwortlichkeit für die Durchführung sollen lediglich die „Professionen“ benannt werden.

### **5. Indikatoren auf Grundlage fallbezogener Dokumentation durch die Krankenhäuser**

#### **Umfang und Konzeption der Indikatoren**

Sechs Indikatoren zur Prozessqualität sollen fallbezogen erfasst werden.

Die Erfassung soll mit Hilfe eines relativ umfangreichen Datensatzes (45 Datenfelder) mit zum Teil komplexen Einzelabfragen erfolgen.

Die Dokumentation dieses Datensatzes soll in ca. einer Million Fällen erfolgen (Seite 65).

Die fallbezogene Dokumentation umfasst Fragen, die möglicherweise von Krankenhäusern, die mit standardisierten Dokumenten und Prozessen arbeiten, in allen Fällen mit „ja“ beantwortet werden.

Beispielsweise umfasst die Operationalisierung des Indikators „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ Fragen wie z. B. „Ist die Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin oder des Patienten zu einem konkreten Thema im Entlassplan dokumentiert?“ oder „Ist ein Bedarf für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern im Entlassplan

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 13 von 20

dokumentiert?“. Es erscheint realistisch, dass in Krankenhäusern ein standardisierter Entlassplan verwendet wird, wodurch praktisch sichergestellt wird, dass in diesem die jeweiligen Fragen immer mit ja beantwortet werden können. Es könnte daher kritisch angemerkt werden, dass Krankenhäuser möglicherweise mehrere Hundert Mal angeben müssen, dass sie einen internen Standard erfüllen. Daher liegt es nahe diese Erhebung im Rahmen der Einrichtungsbefragung umzusetzen und nicht fallbezogen.

Auch für den Indikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“ könnte ein solcher Standard postuliert werden. Für diesen Indikator werden Datenfelder verwendet wie z. B. „Der endgültige Entlassbrief enthält eine Telefonnummer der behandelnden Fachabteilung für Rückfragen“ oder „Der endgültige Entlassbrief enthält Informationen zu Befunden“ oder „Der endgültige Entlassbrief enthält Informationen oder Empfehlungen zum weiteren Prozedere“.

Gerade zu den beiden letztgenannten Datenfeldern kann auch kritisch angemerkt werden, dass diese so undifferenziert formuliert sind, dass kaum vorstellbar ist, dass ein Entlassbrief diese Anforderungen nicht erfüllt.

In solchen Fällen könnte von den Krankenhäusern ggf. berechtigt kritisch angemerkt werden „dies ist bei uns ein Standard, dessen Einhaltung nicht hundertmal abgefragt werden muss“.

Praktisch würde dies z. B. für ein Krankenhaus mit 1.000 ausgelösten Fällen, das alle Standards gemäß dem Rahmenvertrag suffizient implementiert hat, bedeuten, dass es pro Jahr 45.000 Datenfelder auszufüllen hat, um die Erfüllung der Standards nachzuweisen.

Diese Problematik besteht grundsätzlich bei den meisten Prozessindikatoren. Im vorgelegten Verfahrenskonzept ist diese Problematik aber dadurch verschärft, dass teilweise absolut selbstverständliche Standards abgefragt werden (z. B. „Der endgültige Entlassbrief enthält Informationen zu Befunden“), dass sich Indikatoren für die fallbezogene Erfassung praktisch ausschließlich auf solche Standards beziehen und dass die Erfassung mit 45 Datenfeldern relativ aufwändig und teilweise komplex ist.

Insgesamt sieht der GKV-Spitzenverband daher das Konzept der fallbezogenen Erfassung unter Abwägung von Aufwand und Nutzen und gerade vor dem Hintergrund des Eckpunktepapiers des G-BA vom April 2022 kritisch.

Das IQTIG wird daher gebeten unter Beachtung der o. g. Hinweise explizit zu prüfen, ob die fallbezogen zu erfassenden Qualitätsmerkmale nicht im Rahmen der Einrichtungsbefragung erhoben werden können.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 14 von 20

### **Alternative zur fallbezogenen Dokumentation: Qualitative Bewertung von Entlassdokumenten**

Nach § 9 des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement haben Entlassbriefe einen hohen Stellenwert im Entlassmanagement. Das IQTIG schlägt zwei Indikatoren vor, die explizit die Qualität der Inhalte von Entlassbriefen anhand fallbezogener Dokumentationen messen sollen:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- Der endgültig Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen.

Diese wurden im Kapitel 5 bereits eingeordnet und bewertet. Demnach hält der GKV-Spitzenverband die vorgeschlagenen Indikatoren für kritisch und aufwändig in ihrer Anwendung.

Alternativ wird ein qualitatives Verfahren zur Qualitätsbeurteilung und -verbesserung vorgeschlagen: Zentrale Akteure dieser Beurteilung wären Fachexperten/Fachexpertinnen – z. B. die Fachkommissionen auf LAG-Ebene. Die LAGen würden von den Krankenhäusern Fallstichproben von konkreten und bereits erstellten Entlassbriefen und ggf. weiteren relevanten Entlassdokumenten anfordern, fachlich bewerten sowie vertieft analysieren. Die Vollständigkeit könnten sie beispielsweise anhand der Mindestvorgaben im Rahmenvertrag Entlassmanagement prüfen. Auch wäre es denkbar, Form und Inhalt der Entlassbriefe leistungserbringerübergreifend zu vergleichen, um Unterschiede herauszuarbeiten. Anschließende Maßnahmen (z. B. Feedback Gespräche, Peer Review Verfahren) könnten vor allem eine ganz konkrete Qualitätsförderung fokussieren und stärken.

Im Ergebnis würden konkrete und nicht indirekt über speziell konstruierte, erhobene und berechnete Indikatoren Mängel aufgedeckt sowie Best Practice Beispiele identifiziert werden können. Gleichzeitig würde der Aufwand für die Leistungserbringer reduziert werden, da die Entlassbriefe und -dokumente bereits vorliegen und keine gesonderte Datenerhebung notwendig wird.

Das IQTIG wird gebeten in seinem Abschlussbericht auf diesen Vorschlag einzugehen.

### **Indikator „Erstellung und Aktualisierung eines ... Entlassplans im multiprofessionellen Team“**

Für den Indikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ soll der Nenner „alle Patientinnen und Patienten gemäß Grundgesamtheit“ sein. Da mit dem Prognosemodell auch Fälle ausgelöst werden, für die kein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement besteht, stellt sich die Frage, ob es sachgerecht ist,

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 15 von 20

diese Fälle in der Grundgesamtheit zu berücksichtigen. Der Referenzbereich soll bei 95 % liegen, womit nicht kompensiert würde, dass nur ca. 80 % der mittels Prognosemodell ausgelösten Fälle einen erhöhten Bedarf aufweisen.

## 6. Kennzahl auf Grundlage von Sozialdaten bei den Krankenkassen

Das IQTIG empfiehlt neben den Qualitätsindikatoren die Verwendung einer „Kennzahl“, die mit Hilfe von Sozialdaten bei den Krankenkassen berechnet werden soll: „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“.

Die Modellierung dieser Kennzahl kann derzeit nicht ausreichend nachvollzogen werden, da wohl erst aus den differenzierten Rechenregeln ersichtlich sein wird, wie „Wiederaufnahme“ (d. h. erneute Aufnahme in Abgrenzung zu stationärer Aufnahme wegen anderer Erkrankungen oder Ereignisse) abgegrenzt werden soll.

Es erscheint nachvollziehbar, dass diese Kennzahl nicht als Qualitätsindikator zum Einrichtungsvergleich eingesetzt werden soll, da die Zuschreibbarkeit der Verantwortung von vornherein als stark eingeschränkt anzunehmen ist.

## 7. Konzeption von Prognosemodell und Stichprobenverfahren

### **Operationalisierung und Limitationen vom Auslösealgorithmus (inkl. Stichprobenziehung)**

Das IQTIG stellt nachvollziehbar dar, dass die Verwendung einer fallbezogenen Erfassung eine Begrenzung der dokumentationspflichtigen Fälle auf ein praktikables Maß erfordert (Seite 5):

*„Mit dem im Rahmen der vorliegenden Beauftragung weiter optimierten Prognosemodell kann eine Reduzierung der Zielpopulation um zirka 55 % erfolgen (Schritt 1). Damit würden weiterhin insgesamt zirka 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 eine zusätzlich nachgelagerte Stichprobe anhand der eGK-Versichertennummer innerhalb des QS-Filters empfohlen (Schritt 2), sodass das QS-Verfahren insgesamt zirka 1 Million QS-pflichtige Fälle umfasst.“*

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 16 von 20

Das IQTIG unterscheidet aufgrund dieses Konzepts zwischen der (durch das Prognosemodell) „selektierten“ und der (auf Grundlage der dann folgenden Stichprobenziehung) „ausgelösten“ Fallpopulation (Seite 45).

Dieses Konzept des IQTIG wurde sehr fundiert entwickelt und wird sehr differenziert dargestellt und erläutert, wobei auch auf Nachteile und Limitationen sehr transparent eingegangen wird. Zweck des Konzepts ist, den Umfang der dokumentationspflichtigen Fälle zu limitieren und möglichst Fälle mit erhöhtem Bedarf an Entlassmanagement auszulösen.

Dieses Prognosemodell sowie die darauf aufbauende Stichprobenziehung sind in ihrer Konstruktion und in der praktischen Anwendung sehr komplex und aufwändig und bedürfen der regelhaften Nutzung der Sozialdaten der Krankenkassen (§ 299 Abs. 1a SGB V) für ausschließlich diesen Zweck. Ferner müssten Auslösealgorithmus und Stichprobenziehung in die QS-Filter-Software der Krankenhäuser integriert und immer wieder nach erfolgter Neuberechnung auf Basis der Daten der Krankenkassen aktualisiert werden.

Dies erfordert hohen Aufwand für die softwaretechnische Implementierung und auch für die kontinuierlich erforderliche Weiterentwicklung (Seite 64), verbunden mit entsprechenden Kosten.

Darüber hinaus kann eine stabile Funktion aufgrund der Komplexität nicht sicher vorausgesetzt werden, insofern wäre das Vorgehen zum Start des QS-Verfahrens experimentell.

Hinzu kommen unvermeidliche methodische Limitationen – trotz der fundierten Entwicklung durch das IQTIG. Folgende, vom IQTIG benannten Limitationen und Nachteile erscheinen dabei vor allem erwähnenswert:

- **Eingeschränkte Sensitivität:**  
Es werden nicht alle Fälle mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement ausgelöst. Bei Verwendung des vom IQTIG empfohlenen Schwellenwerts würden ca. 77 % der Fälle mit erhöhtem Bedarf ausgelöst, d. h. ca. jeder fünfte spezifisch für ein Entlassmanagement relevante Fall würde nicht ausgelöst (siehe Tabelle 3, Seite 60)
- **Eingeschränkte Spezifität:**  
Es werden Fälle ausgelöst, bei denen kein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement besteht. Bei Verwendung des vom IQTIG empfohlenen Schwellenwerts würden ca. 82 % der ausgelösten Fälle einen erhöhten Bedarf aufweisen, d. h. ca. jeder fünfte ausgelöste Fall wäre nicht spezifisch für ein Entlassmanagement relevant (siehe Tabelle 3, Seite 60). Es erscheint daher realistisch, dass Krankenhäuser kritisch anmerken, dass für nicht relevante („unsinnige“) Fälle eine Dokumentation erforderlich ist, während dies für tatsächlich relevante

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 17 von 20

Fälle vielfach nicht gefordert wird – und dies insbesondere vor dem Hintergrund einer recht aufwändigen fallbezogenen Dokumentation (siehe Abschnitt „Indikatoren auf Grundlage fallbezogener Dokumentation durch die Krankenhäuser“).

- Es können Fälle ausgelöst werden, für die keine Einwilligung der Patientinnen und Patienten in ein Entlassmanagement vorliegt. Für diese Fälle ist ebenfalls eine – allerdings stark verkürzte – fallbezogene Dokumentation anzulegen.
- „Erhöhter“ Bedarf umfasst sehr unterschiedlich ausgeprägte Bedarfe: „Erhöhter“ Bedarf wird festgestellt, wenn mindestens eine von 16 Maßnahmen („Zielkriterien“, z. B. Verordnung von Hilfsmitteln oder Medikamenten, Krankentransport, Häusliche Krankenpflege...) poststationär eingeleitet wurde (Seite 50f.). Diese Definition von „erhöhtem Bedarf“ umfasst aber sowohl Fälle mit nur gering erhöhtem Bedarf (z. B. Verordnung eines einfachen Hilfsmittels oder eines Arzneimittels oder eines Krankentransports) als auch Fälle mit sehr hohem Bedarf (z. B. palliativmedizinische Versorgung in Kombinationen mit mehreren weiteren „Maßnahmen“ / „Zielkriterien“). Gerade vor diesem Hintergrund erscheint auch nicht ganz nachvollziehbar, dass „erhöhter Bedarf“ vom IQTIG mit „umfassendem Bedarf“ gleichgesetzt wird (Seite 47): *„Die Zielpopulation umfasst genau jene Entlassfälle mit einem „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“, der dann gegeben ist, wenn mindestens eine Maßnahme zur poststationären Weiterversorgung im Rahmen des Entlassmanagements initiiert werden muss.“*
- Die Dokumentation kann nicht fallbegleitend, sondern immer nur retrospektiv frühestens zum Entlassungszeitpunkt erfolgen (Seite 217): *„Die Daten der fallbezogenen QS-Dokumentation im Krankenhaus werden ab erfolgter Entlassung dokumentiert und können nach Bogenabschluss kontinuierlich an das IQTIG übermittelt werden. Es erfolgt keine prozessbegleitende Auslösung.“* Das bedeutet auch, dass das Krankenhaus keinen Nutzen im Sinne eines prospektiven Hinweises, dass bei diesem Patienten möglicherweise besonderes Augenmerk auf das Entlassmanagement zu richten ist bzw. ein besonderer Bedarf für Entlassmanagement besteht, hat.
- Das Modell ist nie vollständig aktuell, da es nur prospektiv entwickelt und weiterentwickelt werden kann (Seite 64).

Gerade vor diesem Hintergrund sollte das IQTIG ggf. herausstellen, welcher Nutzen sich für die Krankenhäuser ergibt, der über die Auslösung der Fälle für die fallbezogene Dokumentation hinausgeht.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 18 von 20

Weitergehend erläutert werden sollte folgende Darstellung auf Seite 46:

*„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, ...“*

Zur Auslösung „auf identische Weise“ gehört letztlich auch „zum identischen Zeitpunkt“. D. h., dass die Sozialdatenspezifikation berücksichtigen muss, dass die Daten verwendet werden, die zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus dem Krankenhaus vorliegen. Ob dies in der Sozialdatenspezifikation gewährleistet werden kann, erscheint fraglich.

Erstaunlich erscheint in Abbildung 1 auf Seite 52, dass nur bei weniger als 5 % der Fälle poststationär eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde. Dies sollte ggf. erläutert werden.

#### **Weiterentwicklung und Pflege des Prognosemodells**

Den Ausführungen des IQTIG nach sollen mit Hilfe einer gesonderten Sozialdatenübermittlung in einem zweijährigen Rhythmus das Prognosemodell aktualisiert und damit seine Gültigkeit sichergestellt werden. Die hierfür benötigten und zu liefernden Daten (Datenbestände nach SGB V, SGB IX und SGB XI) werden in den Tabellen 51 und 52 konkretisiert.

Grundsätzlich sind Krankenkassen gemäß § 299 SGB V befugt und verpflichtet, zum Zwecke der Qualitätssicherung Sozialdaten zu liefern. Hierzu stellt das IQTIG zu Beginn des Kapitels 7.3 (S. 204) korrekterweise fest:

*„Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung sind ausschließlich Datenbestände bei den Krankenkassen nutzbar, die unter den Regelungskontext des SGB V fallen.“*

Neben den „klassischen“ Abrechnungsdaten gem. SGB V, gehören laut § 284 Abs. 1 Nr. 18 hierzu auch Daten, die der „Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem Neunten Buch“ dienen. Eine Nutzungsbefugnis von Daten nach SGB XI zum Zwecke der Qualitätssicherung besteht u. E. nicht.

#### **Fazit zur Anwendung des Prognosemodells für eine fallbezogene QS-Dokumentation**

In Kapitel 5 wurde bereits dargelegt, dass der GKV-Spitzenverband die in diesem Vorbericht vorgeschlagene fallbezogene Dokumentation kritisch bewertet. Verstärkt wird dieser Eindruck durch die in diesem Kapitel beschriebene Komplexität und die Aufwände zur Erlangung des Auslösealgorithmus, der zur Identifikation der dokumentationspflichtigen Fälle eingesetzt werden soll. Die Option eines Verzichts auf die fallbezogene Erfassung und eine entsprechende



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022  
zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“  
Seite 19 von 20

Ausweitung der einrichtungsbezogenen Erfassung erscheint demgegenüber zielführend. Im Ergebnis bedürfte es dann auch keines komplexen sowie aufwändigen Prognosemodells mit nachgelagerter Stichprobenziehung für die Fallidentifikation der fallbezogenen Dokumentation.

Sollte dennoch Bedarf für eine Fallauslösung z. B. für die Patientenbefragung bestehen, sollte das statistisch und technisch hoch anspruchsvolle Prognosemodell zugunsten einer vereinfachten Fallauslösung z. B. mit Hilfe von eindeutigen Prädiktoren (z. B. Pflegegrad, Altersgruppen, Krankheitsgruppen) ersetzt werden – zumindest zum Verfahrensstart.

Vorstellbar wäre eine vereinfachte Fallauslösung z. B. mit Hilfe von eindeutigen Prädiktoren (Beispiele: Pflegegrad, Altersgruppen, Krankheitsgruppen). Die Umsetzung eines so umfassenden, komplexen und aufwändigen QS-Verfahrens sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes im Hinblick auf den Einsatz der Methoden, des Dokumentationsaufwands und der sonstigen Aufwände gestuft begonnen werden. Erst im weiteren Verlauf sollte auf Basis der dann vorliegenden Erkenntnisse und bei Bedarf das Verfahren weiterentwickelt und inhaltlich sowie methodisch ausgebaut werden.

Das IQTIG sollte vor diesem Hintergrund Aufwand, Nutzen und Risiken der fallbezogenen Erfassung noch einmal sehr kritisch prüfen: sowohl in Bezug auf die Operationalisierung und Erfassung der entsprechenden Indikatoren als auch in Bezug auf den komplexen und anspruchsvollen Auslösealgorithmus mit seinen unvermeidlichen methodischen Limitationen und seinem erheblichen, kontinuierlich erforderlichen Aufwand für Weiterentwicklung und Pflege. Berücksichtigt werden sollte bei dieser Abwägung auch der Aspekt der Bedeutung des Prognosemodells für die Auslösung der Patientenbefragung. Eine entsprechende Darstellung hierzu im Abschlussbericht wird erwartet.

## 8. Weitere Anmerkungen

### **Digitalisierungsbedingte Synergieeffekte**

Allgemein wird der Digitalisierung im Rahmen des Entlassmanagements eine wichtige Unterstützungsfunktion zugeordnet. Besonders deutlich wird dies anhand der aktuellen finanziellen Förderung von Patientenportalen mit digitalem Aufnahme-, Behandlungs- und Entlassmanagement sowie Überleitungsmanagement im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG). Geprüft werden sollte, inwieweit Synergieeffekte mit Blick auf das vorliegende QS-Verfahren vorliegen und ggf. genutzt bzw. ausgebaut werden können. Von Relevanz könnten sowohl inhaltliche (z. B. Schnittstellenmanagement) als auch

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 17.11.2022

zum Vorbericht des IQTIG „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement“

Seite 20 von 20

verfahrenstechnische (z. B. Bürokratieabbau durch Reduzierung manueller Datenfeld-Erfassung) Aspekte sein. Vor diesem Hintergrund wird auch der sich in der Entwicklung befindende Qualitätsindikator elektronischen Informationsweitergabe an den ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer begrüßt und seine zukünftige Implementierung ausdrücklich unterstützt.

### **Begriffsverwendung „Kennzahl“**

Das IQTIG verwendet den Begriff „Kennzahl“ für die Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ offensichtlich in Abgrenzung zu den Qualitätsindikatoren.

Anscheinend entspricht dieser Begriff (dieses Konstrukt) dem bislang verwendeten Begriff/Konstrukt „Transparenzkennzahl“ sowie dem Begriff/Konstrukt „Zusatzparameter“ (z. B. Entwicklungsbericht zum QS-Verfahren Sepsis). Nicht konsistent erscheint dieser Begriff mit dem vom IQTIG vorgelegten neuen Kennzahlkonzept, da dort der Begriff „Kennzahl“ als allumfassender Oberbegriff verwendet wird. Das IQTIG sollte diesen Begriff weitergehend erläutern und darauf eingehen, wie er im Kontext der oben genannten Konstrukte zu verstehen ist.

### **Berücksichtigung von Übergangspflege**

Seit 2021 wurde die Übergangspflege mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) als neue GKV-Leistung (§ 39e SGB V) eingeführt. Da das IQTIG vor dieser Gesetzesänderung mit der Entwicklung dieses Qualitätssicherungsverfahrens beauftragt wurde, ist es nachvollziehbar, dass das Thema im vorliegenden Bericht noch nicht aufgegriffen wurde. Gleichzeitig stehen Übergangspflege und Entlassmanagement im engen Zusammenhang – die Berücksichtigung der Übergangspflege im QS-Verfahren Entlassmanagement ist daher nach Ansicht des GKV-Spitzenverbands in der Weiterentwicklung erforderlich.

# **Weitere stellungnahmeberechtigte Organisationen und Institutionen**

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. vertritt als spezieller Berufsverband des deutschen Pflegewesens die Positionen der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*innen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik bei kinderkrankenpflegerischen Fragestellungen. Im Nachfolgenden nimmt der BeKD e.V. Stellung zum Vorbericht - Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement.

Der Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. begrüßt das methodische Vorgehen des IQTIG. Hinsichtlich der abgeleiteten Qualitätsmerkmale und Entwürfe der Qualitätsindikatoren würde der BeKD e.V. folgende Empfehlung aussprechen:

### **Zu Ergebnissen und Empfehlungen**

Die im Rahmen des Entwicklungsprozesses insgesamt neun Qualitätsindikatoren und eine Kennzahl zur Abbildung der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells zum Entlassmanagement sind zu entwickeln und um den Indikator **vorläufiger Entlassbrief** zu erweitern. Drei Indikatoren sollen sich dabei auf die Strukturqualität beziehen und werden zukünftig einrichtungsbezogen erhoben:

- Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement
- Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung
- Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen

Sieben Indikatoren adressieren die Prozessqualität und sollen fallbezogen erfasst werden:

- Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team
- Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans
- Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen
- Grundsätzliche Mitgabe eines **vorläufigen Entlassbriefes**, welcher in Kurzform die wichtigsten Informationen zu Diagnose, Therapie und anschließender Versorgung enthält
- Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen
- Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefes innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer

- 2 -

- **Grundsätzliche** Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bzw. deren Bezugspersonen bei der Entlassung

Eine Kennzahl ist darüber hinaus auf die Ergebnisqualität gerichtet, die Erfassung ist über die Sozialdaten bei den Krankenkassen vorgesehen:

- Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Wir empfehlen darüber hinaus die **grundsätzliche Mitgabe** eines Pflegeüberleitungsbogens, wohl wissend, dass nicht jedes Kind eine sektorenübergreifende pflegerische Versorgung benötigt bzw. die allgemeine und spezielle Pflege des Kindes evtl. durch Eltern oder Bezugspersonen erfolgt. Auch dieser Sachverhalt wäre dann zu dokumentieren. Angesichts der entstehenden Bürokratie haben wir diese Empfehlung wohl überlegt getroffen, sorgfältig abgewogen und auf Verhältnismäßigkeit überprüft. Heute schon werden Kinder und Jugendliche vermehrt tagesklinisch versorgt, aus abrechnungstechnischen Gründen und um Pflegepersonal in den Kliniken zu entlasten. Um zu verhindern, dass es zu einer sektorenübergreifenden pflegerischen Unterversorgung kommt, ist eine grundsätzliche Dokumentation der Pflegeüberleitung geboten.



IQTIG  
 Institut für Qualitätssicherung und  
 Transparenz im Gesundheitswesen

████████████████████  
 Katharina-Heinroth-Ufer 1  
 10787 Berlin

Augsburg, 18. November 2022

**Stellungnahme des Bundesverbandes Bunter Kreise e.V. zum IQTIG QS-Verfahren  
 „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten  
 Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“.**

Familien mit einem schwer kranken Kind haben während des Klinikaufenthalts und v.a. beim Übergang nach Hause einen großen Bedarf an Unterstützung, Aufklärung, Koordination, emotionaler Entlastung und Vernetzung. Diese sektorenübergreifenden Aufgaben übernimmt die Sozialmedizinische Nachsorge (SMN) seit 25 Jahren mit interdisziplinären Teams (Pflege, Sozialpädagogik, Psychologie, Medizin) in 96 Einrichtungen, die an über 120 Standorten tätig sind. Die Einrichtungen sind im Bundesverband Bunter Kreise e.V. (BV-BK) zusammengeschlossen.

Die SMN ist seit 2009 eine gesetzliche Leistung der GKV. Die interdisziplinären Teams sorgen für die Integration des Kindes in sein Umfeld mit der Methode des Case Managements. Die PRIMA-Studie konnte nachweisen, dass SMN die Familienbelastung reduziert, und die Zahl der Arzt- und Klinikbesuche halbiert (1). Jährliche bundesweite Evaluationen zeigen verbesserte Selbstwirksamkeit und Leistungsfähigkeit der Eltern (2), der Klinikaufenthalt wird verkürzt, stationäre Wiederaufnahmen verhindert (3,4).

Die SMN hat einen festen Platz in der pädiatrischen sektorenübergreifenden Versorgung. Sie ist der erste sektorenübergreifende Lotsendienst mit gesetzlicher Grundlage für die Leistung und den Case Management Leistungserbringer (§43,2; 132c SGBV) und Vorgaben für einzelne Patientengruppen durch den GBA. Die SMN richtet sich damit genau an diejenigen Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf, die auch das QS-Verfahren adressiert. Die Qualitätssicherung und -entwicklung der SMN wird vom BV-BK federführend mit Audits und Akkreditierung übernommen.

Das QS Verfahren Qualitätsindikatoren für das Entlassmanagement richtet sich explizit an alle gesetzlich versicherten Patienten, auch an die pädiatrischen mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang von einer Krankenhausbehandlung in eine weiterführende Anschlussversorgung.

BUNDESVERBAND BUNTER KREIS e.V.

Ulmer Straße 160, 86156 Augsburg, Tel.: 0821 999707-98, Telefax 0821 999707-96

info@bv-bunter-kreis.de, www.bv-bunter-kreis.de, VR 200873

Bankverbindung: Sparkasse Schwaben-Bodensee, IBAN: DE44 7315 0000 0030 1927 69

1. Vorstand: Andreas Podeswik

2. Vorstand: Dr. Theodor Michael

3. Vorstand: Dr. Britta Hüning



Zudem sollen Wiederaufnahmen und andere Komplikationen aufgrund von Versorgungslücken gesenkt werden.

Die Qualitätsindikatoren sollen dabei auf Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement fokussieren.

Um das QS-Verfahren im Sinne der inhaltlichen Fokussierung und Praktikabilität einzugrenzen und die Grundgesamtheit zu reduzieren hat das IQTIG ein Prognosemodell entwickelt. Dieses soll die Patienten mit einem umfassenden Bedarf (eBEM) identifizieren. In einem zweiten Schritt wird hieraus eine Stichprobe anhand der eGK-Versichertennummer gezogen.

### **Aus Sicht des BV-BK möchten wir wie folgt Stellung nehmen:**

Durch Selektion der Stichprobe werden Kinder und Jugendliche nur 0,8% der selektierten Population ausmachen, bzw. 1,4% der Fälle mit eBEM.

Dies ist eine geringe Anzahl, wenn man bedenkt, dass schon 10.000 Kinder allein jährlich Sozialmedizinischen Nachsorge erhalten, 80% davon Frühgeborene. Diese genehmigungspflichtige Leistung der Krankenkassen setzt zwingend einen komplexen Versorgungsbedarf als Indikation voraus (vgl. Bestimmung zu § 43, Abs. SGB V des GFV-Spitzenverbandes Bund).

Es muss kritisch hinterfragt werden, ob die Gruppe der schwer kranken oder chronisch kranken Kinder unterrepräsentiert ist und sich durch diese QS-Verfahren eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreichen lässt.

Den größten Kritikpunkt:

Die Einbindung der sektorenübergreifenden SMN in die Versorgungskette der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen ist kein Qualitätsmerkmal geworden

- Im mehrstufigen Verfahren des Expertengremiums hat die SMN die Anforderungen der schriftlichen und anonymen Bewertung der Experten nicht erreicht, d.h. weniger als 75% der Expertinnen und Experten haben dieses Merkmal nicht mit 7 oder höher bewertet. So schied es als Merkmal bereits in der ersten Sitzung aus.
- SMN ist eine sektorenübergreifende, qualitätsgesicherte und evaluierte Leistung in der Pädiatrie mit anerkannten Leistungserbringern nach § 132c SGB V, deren Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kontinuierlich überprüft und fortentwickelt wird
- Da es aber nur zwei pädiatrische Experten gab (Fr. Karin Borchert und Fr. PD Dr. Britta Hüning), und die Mehrheit der anderen Experten die Versorgungsstruktur der SMN nicht kannte, könnte dies das Bewertungsverhalten beeinflusst haben (Beurteilungskriterien, S. 77).
- Die Verordnung und Erbringung der SMN ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, da Versorgungsstrukturen wie stationäre Pflegeeinrichtungen, häusliche Kinderkrankenpflegedienste bzw. weitere ambulante Versorgungsleistungen, insbesondere intensivmedizinisch versorgte Kinder, in Deutschland nur sehr unzureichend vorhanden sind, d.h. dies als weiterführende Anschlussversorgung oftmals nicht genutzt werden können
- SMN wäre einfach aus dem Datensatz der Krankenkassen zu überprüfen (Anträge, nicht Genehmigungen) Verwaltungsdaten der KK, S. 51



Der Vorbericht des IQTIG besagt, dass der Fokus nicht auf der Leistungserbringung der SMN, sondern auf deren Verordnung liegen sollte, es jedoch keinen Konsens zum bestehenden Verbesserungspotential gab, da FG, Kardios und Onkos gut versorgt seien (S.141, 148). Dies stimmt nicht, es gibt trotz der Anerkennung der SMN als Regelleistung der GKV immer noch in fast 20 Prozent der Fläche Deutschlands kein Angebot der SMN. Da wir ebenso wie die Palli Versorgung nicht flächendeckend in Deutschland SMN anbieten können (S. 145). Dies haben wir für die FG nach dem GBA-Beschluss in einer Originalarbeit zeigen können.

Wir sehen in jedem Fall ein großes Verbesserungspotential bei

- Flächendeckung insbesondere in strukturschwachen Gebieten
- Der fehlenden Leistungserbringung der SMN bei Patientengruppen, z.B. mit endokrinologischen oder neuropädiatrischen Diagnosen oder seltenen Krankheiten.

Die SMN muss ein fester Bestandteil der sektorenübergreifenden Versorgung zwischen stationärer, ambulanter und rehabilitativer Behandlung werden, unabhängig von Diagnosen, sondern abhängig vom Bedarf, der mit der ICF-CY zu klassifizieren ist. Hierzu ist eine Sensibilisierung und Qualifizierung des stationär tätigen Personals (Mitarbeiter im Entlassmanagement, Ärzte, etc.) erfolgen, damit bisher nicht erreichte Patientengruppen auch in strukturschwachen Gebieten mit Case Management qualitativ hochwertig versorgt werden. Dies würde neben der Versorgungssicherheit erhebliche Kosten, z.B. bei unnötigen Wiederaufnahmen, einsparen.

Andreas Podeswik  
1. Vorstand

#### Literaturliste

1. Porz F (2013): Sozialmedizinische Nachsorge für Familien mit Frühgeborenen und kranken Neugeborenen. In: Reichert J & Rüdiger M: Psychologie in der Neonatologie. Hogrefe Göttingen 255-265.
2. Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) Wirkungsevaluation der sozialmedizinischen Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis. [https://www.fogs-gmbh.de/ueber-uns/team/anel-kuntz/?tx\\_mgprojektdatenbank\\_pi4%5Bmodus%5D=singleViewProject&tx\\_mgprojektdatenbank\\_pi4%5Bproject%5D=225&cHash=97d015df6dbc18251ada0e41aafbb4e8](https://www.fogs-gmbh.de/ueber-uns/team/anel-kuntz/?tx_mgprojektdatenbank_pi4%5Bmodus%5D=singleViewProject&tx_mgprojektdatenbank_pi4%5Bproject%5D=225&cHash=97d015df6dbc18251ada0e41aafbb4e8)
3. Hüning BM, Reimann M, Sahlmen S, Leibold S, Nabring JC, Felderhoff-Müser U. (2016) Konzeptanalyse einer stationären und ambulanten psychosozialen familienzentrierten Betreuung in Zeiten des G-BA-Beschlusses. Klin Padiatr. 228(4):195-201.
4. Hüning BM, Reimann M, Beerenberg U, Stein A, Schmidt A, Felderhoff-Müser U. (2012) Establishment of a family-centred care programme with follow-up home visits: implications for clinical care and economic characteristics. Klin Padiatr. 224(7):431-6.
5. Weishaupt E, Reimann M, Hinzpeter B, Grimm M, Podeswik A, Felderhoff-Müser U, Hüning BM (2021) Sozialmedizinische Nachsorge bei Frühgeborenen – Auswirkungen des G-BA Beschlusses zur Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborener (QFR-RL). Z Geburtsh Neonatol, doi: 10.1055/a-1548-7301.



**Von:** [Sebastian John](#)  
**An:** [IQTIG\\_Verfahrensentwicklung](#)  
**Cc:** [REDACTED]  
**Betreff:** AW: IQTIG - QS-Verfahren Entlassmanagement/Beteiligungsverfahren zum Vorbericht  
**Datum:** Dienstag, 22. November 2022 10:59:25

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum „QS-Verfahren Entlassmanagement“. Mit Blick auf den vorliegenden Bericht, kommentieren wir – in aller Kürze – den Anhang sowie das Indikatorenset wie folgt:

- Das Entlassmanagement ist aus hausärztlicher Sicht momentan sehr schlecht (schlechte Kommunikation in Richtung der hausärztlichen Praxen, schlechte Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte in die Therapie im Krankenhaus und die Anschlusstherapie, schlechte Weitergabe von Informationen an die hausärztlichen Praxen etc.). Deshalb ist die Einführung eines QS-Verfahrens grundsätzlich sehr positiv zu bewerten und wir vom Hausärzterverband ausdrücklich begrüßt.
- Die Kommunikation in Richtung der Hausärztinnen und Hausärzte, im Rahmen des Entlassmanagements, muss insgesamt deutlich verbessert werden. Die Abstimmung zur Entlassung zwischen behandelndem Krankenhaus und behandelnder Hausärztin/behandelndem Hausarzt muss eigentlich vor der Entlassung stattfinden v. a. bei älteren, morbiden Patientinnen und Patienten, damit eine Anschlussversorgung gewährleistet ist. Ebenso bedarf es der Einbindung der Hausärztinnen und Hausärzte in die Entscheidung über die nachfolgende Therapie. Diesem Zusammenspiel der Versorgungsebenen wird im aktuellen Entwurf nicht angemessen Rechnung getragen.
- Die vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren sind überwiegend „self-reported“ durch das Krankenhaus. Dies führt zu einer sehr einseitigen Bewertung der Qualität des Entlassmanagements. Deshalb wäre es sinnvoll, bspw. im Zuge von regelmäßigen repräsentativen Befragungen, die Qualität des Entlassmanagements auch aus Sicht der (Haus)Ärztinnen und (Haus)Ärzte bewerten zu lassen oder deren Perspektive anderweitig in die Bewertung einzubinden.
- Die Übermittlung von strukturierten Entlassbriefen wird künftig (und müsste eigentlich schon heute) über strukturierte KIM-Nachrichten erfolgen. Im Zuge der Protokollierung dieser digitalen Kommunikation werden Daten generiert, die auch in der Bewertung der Qualität des Entlassmanagements berücksichtigt werden können. Denkbar wäre beispielsweise die Messung bzw. Übermittlung der Anzahl, der durch ein Krankenhaus versandten KIM-Entlassbriefe bzw. die automatisierte Erfassung und Übermittlung der Zahl der durch die (Haus-)Arztpraxen empfangenen KIM-Entlassbriefe. Deshalb ist es dringend erforderlich, dass der Indikator aus Anhang F des Anhangs zum Vorbericht *„Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“* so schnell wie möglich in das geplante QS-Verfahren integriert wird.
- Das parallel entwickelte Medizinische Informationsobjekt (MIO) „Entlassbrief“ soll künftig den Datenaustausch strukturiert ermöglichen. Die Möglichkeiten, die die strukturierte Erfassung und Übermittlung von Daten im Zuge des Entlassmanagements bietet, sind im

aktuellen Entwurf eines QS-Entlassmanagements nicht berücksichtigt. Dies sollte dringend nachgeholt werden.

Gern stehen wir Ihnen für Rückfragen und weiteren Abstimmungsbedarf zur Verfügung.

Mit besten Grüßen,

Sebastian John

-----  
[Deutscher Hausärzteverband e.V.](#)

Sebastian John  
Geschäftsführer  
Bleibtreustraße 24 | 10707 Berlin



[www.hausaerzteverband.de](http://www.hausaerzteverband.de)  
[twitter.com/hausarztverb](https://twitter.com/hausarztverb)  
[facebook.com/deutscherhausarztverband](https://facebook.com/deutscherhausarztverband)



Bundesvorsitzender: Dr. Markus Beier | Hauptgeschäftsführer: Joachim Schütz | Geschäftsführer: Robert Festersen, Sebastian John  
Handelsregister VR 4057, Amtsgericht Köln

---

Diese E-Mail enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie diese E-Mail. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieser E-Mail sind nicht gestattet.

This e-mail may contain confidential and/or privileged information. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error) please notify the sender immediately and destroy this e-mail. Any unauthorized copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail is strictly forbidden.

---

DNQP an der Hochschule Osnabrück - Postfach 1940 - D-49009 Osnabrück

**IQTiG**  
Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen  
Abteilung Verfahrensentwicklung  
Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

**Fakultät Wirtschafts- und  
Sozialwissenschaften**

**Deutsches Netzwerk  
für Qualitätsentwicklung  
in der Pflege (DNQP)**

**Wissenschaftliche Leitung  
Prof. Dr. Dr. h.c.  
Andreas Büscher**

Caprivistraße 30a  
D-49076 Osnabrück

Telefon (0541) 969-0  
Durchwahl  
Telefax  
e-mail  
Internet: www.dnqp.de

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

(Bitte bei Antwort angeben)  
Mein Zeichen

Bearbeitet von

Osnabrück  
17.11.2022

[Redacted],  
sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bedankt sich für die Gelegenheit, zum vorgesehenen QS-Verfahren zum Entlassungsmanagement in der vom IQTiG vorgelegten Form Stellung nehmen zu können.

Das DNQP begrüßt die Überlegungen, ein eigenes Qualitätssicherungsverfahren für das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus zu entwickeln, da nach wie vor erhebliche Probleme und Versorgungsbrüche aus unterschiedlichen Perspektiven berichtet werden. Entsprechend ist es sinnvoll, diesem Thema im Rahmen der externen Qualitätssicherung verstärkte Aufmerksamkeit zu widmen und somit der internen Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern wichtige Impulse zu verleihen.

Das DNQP bedankt sich beim IQTiG für die umfangreichen und in der Gesamtheit sehr gelungenen Vorarbeiten, die im Vorbericht, im vorgelegten Indikatorenset sowie im umfangreichen Anhang zum Vorbericht niedergelegt sind. Sie zeigen neben dem entwickelten QS-Verfahren insbesondere die vielfältigen Entwicklungen im Entlassungsmanagement in den letzten Jahren auf.

Besonders begrüßt das DNQP die enge Anlehnung an den DNQP-Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“, der vielfältige Anwendung in Krankenhäusern erfährt, zu dem Erfahrungen mit der Implementierung vorliegen und der – trotz des auf die Pflege bezogenen Titels – zahlreiche Empfehlungen für ein gelingendes interdisziplinäres Entlassungsmanagement im Krankenhaus enthält.

Eine wichtige Empfehlung des Expertenstandards ist die Fokussierung auf Personen mit einem erwartbaren poststationären Versorgungsbedarf im Rahmen des Entlassungsmanagements, die in den sehr dezidierten Überlegungen zur Zielpopulation für das entwickelte QS-Verfahren und dem entwickelten Prognosemodell zum Ausdruck kommen. Dieses Modell scheint aus unserer Sicht gut geeignet für seine intendierten Zwecke zu sein, sollte jedoch parallel zur Einführung gut begleitet und evaluiert werden, um ggf. angepasst werden zu können.

Neben dieser grundsätzlich positiven Stellungnahme zu den vorliegenden Arbeiten für das entwickelte Verfahren, erfolgen nachfolgend einige Hinweise zu einzelnen Indikatoren des vorgelegten Indikatorensets.

Vorher sei jedoch noch auf eine grundsätzliche sprachliche Frage eingegangen, die weniger dem aktuell vorgeschlagenen Verfahren zuzuschreiben ist, sondern sich im Zuge der Bestimmungen zum Entlassungsmanagement entwickelt hat. In den entsprechenden Gesetzen und Verordnungen ist aus uns nicht nachvollziehbaren Gründen aus dem Entlassungsmanagement das Entlassmanagement geworden, in einem Indikator wird nun vom Entlassplan gesprochen. Nach Ansicht des DNQP handelt es sich dabei – ohne besserwisserisch klingen zu wollen – um einen nicht korrekten Sprachgebrauch. Es geht um den Vorgang der Entlassung aus dem Krankenhaus, der in sinnvoller Art und Weise geplant, gehandhabt und u.a. durch das vorgeschlagene Verfahren qualitätsgesichert werden soll. Der Vorgang ist die Entlassung und nicht der, die oder das „Entlass“. Der Begriff „Entlass“ ist unseres Erachtens nach auch nicht aus einer Übersetzung des englischen Begriffs „Discharge“ abzuleiten, der nach unserer Ansicht mit „Entlassung“ zu übersetzen wäre. Vor diesem Hintergrund ist es nicht einsichtig, warum der Vorgang der Entlassung, der gemanagt werden soll, auf ein „Entlass“ reduziert wird – ein Wort, das selbst der Duden nur als Präfix kennt. Das DNQP wird weiterhin konsequent bei den Begriffen der Entlassung und des Entlassungsmanagements bleiben, weil diese dem Sachverhalt unserer Einschätzung am besten entsprechen.

#### **Anmerkungen zum Indikatorenset:**

Aus unserer Sicht sind die wesentlichen Aspekte des Entlassungsmanagements darin abgebildet und wir halten das QI-Set für grundsätzlich in der vorliegenden Form geeignet, die Versorgungsqualität in Bezug auf das Entlassungsmanagement zu verbessern. Das Verfahren ist methodisch gut entwickelt, die Indikatoren sind logisch abgeleitet und inhaltlich stimmig. Ein vollständiges und rundes Bild wird unserer Ansicht nach jedoch erst entstehen können, wenn auch die Patient\*innenperspektive Eingang findet, deren Erhebung jedoch mit hohem Aufwand verbunden ist.

#### **Q 1.1 „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“**

Das Instrument der Verfahrensregelung als zentrales Steuerungselement für ein funktionierendes, multiprofessionelles Entlassungsmanagement zu etablieren, wird sehr begrüßt. Die interprofessionelle Verständigung auf ein gemeinsames Vorgehen ist voraussetzungsvoll für gelingende Abläufe, insbesondere hinsichtlich eines erhöhten poststationären Versorgungsbedarfs. Daher wird dieser Qualitätsindikator sehr begrüßt.

Bezogen auf die Aussage in der Zählerbeschreibung „Zeitliche Abläufe der Teilprozesse vom Aufnahme- bis Entlassungstag“ möchten wir anmerken, dass es aus unserer Sicht weniger um exakt einzuhaltende zeitliche Abläufe als vielmehr um strukturelle Abläufe geht, die eingehalten werden sollten. Hier könnte auf das Wort „zeitlich“ verzichtet werden, da in den Datenfeldern für die Berechnung der Hinweis z.B. auf einen Ablaufplan steht, anhand dessen die strukturierten Abläufe deutlich werden. Es gilt eher das Prinzip „wenn/dann“ als die Einhaltung von Zeiten. Es wird vorgeschlagen, entweder den Begriff „zeitliche“ durch „inhaltliche“ zu ersetzen oder „und inhaltliche“ zu ergänzen.

Zeitliche Abläufe spielen primär bei der Einschätzung (so früh wie möglich) und in der individuellen Erstellung einer Entlassungsplanung eine wichtige Rolle, da die häufig kurzen Verweildauern das Festlegen von Zeiten erfordern, bis zu denen die Einleitung bestimmter Maßnahmen erfolgt sein müssen. Das ist aber schwer in einer allgemeingültigen Verfahrensregelung abzubilden.

#### **Q 1.2 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung“**

Schulungen der am Entlassungsmanagement beteiligten Professionen werden ausdrücklich begrüßt. Aber die Beschränkung der Schulungen auf die hausinterne Verfahrensregelung erscheint uns sehr eng betrachtet. Wie richtig festgestellt, geht es um Schulungsbedarfe beispielsweise zu kommunikativen Kompetenzen bei Beratung durch Pflegefachkräfte oder zur korrekten Ausstellung von Rezepten oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch Krankenhausärzte. Diese Schulungsbedarfe ergeben sich nur bedingt aus der Verfahrensregelung. Unser Vorschlag wäre, hier vielmehr von Schulungen

zum Entlassungsmanagement entsprechend der professionsspezifischen Verantwortlichkeiten zu sprechen.

**Q 1.4 Qualitätsindikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“**

Dieser Indikator gewährleistet das Angebot von Information, Schulung und Beratung von Patient\*innen und Angehörigen zu Fragen der poststationären Versorgung auf Basis eines einrichtungsinternen Konzepts. Dies ist sehr zu begrüßen, da die Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen eine wichtige Stellschraube für die Vermeidung von Versorgungsbrüchen darstellt.

**Q 1.9 „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“**

Dies ist aus unserer Sicht ein sehr wichtiger Aspekt für ein gelingendes Entlassungsmanagement. Der Pflegeüberleitungsbogen sollte tatsächlich mit der Entlassung in ein poststationäres Setting Patient\*innen unmittelbar mitgegeben und mit ihrem Einverständnis ggf. zusätzlich an die nachbetreuende Einrichtung übermittelt werden (E-Mail, Fax). Eine Vorab-Information der nachstationären Leistungsanbieter wäre sehr zu begrüßen, z.B. durch den Hinweis, den Pflegeüberleitungsbogen bereits 24 Stunden vor der Entlassung zur Verfügung zu stellen, so dass sich die Einrichtungen/Dienste auf den erwartbaren Versorgungsbedarf personell und strukturell besser vorbereiten können.

**K 2.1 „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“**

Wir begrüßen die Aufnahme dieser Kennzahl und sehen die dadurch ermittelten Werte als gute Grundlage für die Qualitätsentwicklung in Krankenhäusern. Die so ermittelten Werte geben Anlass für genauere Analysen. Abschließende Ursachenanalysen würden jedoch weitere Aktivitäten wie beispielsweise die Befragung nachsorgender Einrichtungen und Personen sowie der Patienten und ihrer Angehörigen erfordern.

Wir wünschen dem vorgeschlagenen Verfahren einen guten und erfolgreichen Weg durch die vorgesehenen Instanzen und hoffen, dass es tatsächlich zu einer Verbesserung bestehender Schnittstellenprobleme einen Beitrag zu leisten vermag.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Andreas Büscher,  
Wissenschaftlicher Leiter des DNQP

## **Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens Entlassmanagement**

Mit dem Qualitätssicherungsverfahren im Entlassmanagement hat das IQTIG einen Überprüfungsrahmen für das im Jahr 2017 eingeführte Entlassmanagement im Krankenhaus geschaffen. Die Prüfkriterien setzen sich aus dem § 39 Abs. 1a SGB V und dem dazugehörigen Rahmenvertrag inklusive seiner acht Änderungsvereinbarungen zusammen. Insgesamt gibt es neun Qualitätsindikatoren, welche sich in drei Struktur- und in sechs Prozessindikatoren unterteilen. Zusätzlich wird eine Kennzahl der Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen erhoben.

Grundsätzlich begrüßt die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ein Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen des Entlassmanagements. Das Entlassmanagement ist ein multi-professioneller Prozess in einem sektorenübergreifenden Kontext. Dies kann zu vielen Bruchstellen führen, welche indirekt und direkt Auswirkungen auf die Genesung von Patient\*innen haben.

Durch den ausführlichen und transparenten Vorbericht ist es durchgängig möglich, den Diskussionsprozess nachzuvollziehen. Dies ist für das Verfassen einer Stellungnahme sowie für die Meinungsbildung sehr hilfreich.

Die DVSG nimmt zu dem nun vorliegenden Vorbericht nebst Anhang und Indikatorenset wie folgt Stellung:

### **Das Qualitätssicherungsverfahren sektorenübergreifend weiterentwickeln**

Das vom IQTIG entwickelte Verfahren setzt an zwei Punkten an:

- a) mit einer Patient\*innenbefragung bei den Betroffenen und deren Angehörigen und
- b) bei dem entlassenden Krankenhaus.

Die DVSG bewertet dieses Vorgehen im ersten Schritt positiv: es ist ein wichtiger Meilenstein auf dem Weg zu einem umfassenden Qualitätssicherungsverfahren für das Entlassmanagement. Gleichzeitig liegt darin auch der zentrale Schwachpunkt, denn es ermöglicht nicht, das Entlassmanagement als Ganzes mit zahlreichen intern und extern verantwortlichen Akteur\*innen in den Blick zu nehmen. Beim Entlassmanagement sind die sektorenübergreifenden Prozesse und deren Gelingen ebenso essentiell, wie die krankenhausinterne Planung und Organisation. Auch wenn alle Prozesse und Regelungen zum Entlassmanagement innerhalb des Krankenhauses optimal umgesetzt wurden, kann eine Entlassung und die weitere Versorgung von Patient\*innen dennoch scheitern oder nicht zufriedenstellend erfolgen. Dafür gibt es unterschiedliche Ursachen, die nicht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen, wie z. B.

- Nachversorger, die sich nicht an vorherige Absprachen z. B. in Bezug auf die Belieferung von Stomamaterial halten,
- Rehabilitationsplätze, die nicht zeitnah zur Verfügung stehen oder kurzfristig nach der Entlassung abgesagt werden,
- Pflegedienste, die plötzlich aufgrund von Personalausfällen keine Kapazitäten für die verordneten Dienstleitungen haben oder nicht ausreichend qualifiziertes bzw. geschultes Pflegepersonal bei komplexen Versorgungsbedarfen wie z. B. Wundversorgung, PEG-/Trachealkanülen-Management, zur Verfügung haben
- Verordnungen für Heilmittel, die ausgestellt werden, aber für die Praxen zeitnah keine freien Therapeut\*innen zur Verfügung haben oder
- Kostenübernahmen, die zeitverzögert von den Krankenkassen ausgestellt werden.

Aus diesen Gründen wäre für das Entlassmanagement ein umfassenderes, sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren notwendig, das sowohl Patient\*innen und Krankenhäuser, als auch Nachversorger und Kostenträger einbezieht.

### Verständlichere Erläuterung der Grundgesamtheit im Vorwort des Indikatorensets erforderlich

Da ein Entlassmanagement nicht für alle teil- oder vollstationären Patient\*innen notwendig wird, wurde eine Differenzierung der Grundgesamtheit vorgenommen. Die Beschreibung der Grundgesamtheit in Kapitel 1 des Indikatorensets ist jedoch nicht selbsterklärend und wird erst nach eingehender Befassung mit den ausführlichen Erläuterungen des Vorberichts verständlich. Da davon auszugehen ist, dass bei der späteren Anwendung des Indikatorensets in der Regel lediglich die hier vorangestellten Erläuterungen, nicht jedoch der Vorbericht gelesen werden, empfiehlt die DVSG an dieser Stelle eine präzisere Definition der Grundgesamtheit und Erläuterungen dazu, wie sich die Grundgesamtheit im Vergleich zur Gesamtheit aller stationär oder teilstationär behandelten Patient\*innen zusammensetzt. Eine Darstellung als Grafik wird empfohlen, z. B. folgendermaßen:



### Evaluation der Qualitätsindikatoren und Weiterentwicklung notwendig

Die Autor\*innen des Vorberichts geben zu bedenken, dass die Definition der entsprechenden Qualitätsindikatoren aktuell lediglich auf Basis von Daten einer einzigen Krankenkasse erfolgt. Aus Sicht der DVSG muss daher sichergestellt werden, dass das Qualitätssicherungsverfahren und insbesondere die einzelnen Indikatoren ergebnisoffen überprüft und weiterentwickelt werden, sobald eine erste bundesweite Anwendung erfolgt ist.

### Gemeinsame Betrachtung aller Qualitätsindikatoren und -dimensionen ermöglichen

Mit dem vorliegenden Vorbericht und dem Entwurf der Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser liegen detaillierte und nachvollziehbare Grundlagen für das Qualitätssicherungsverfahren der entlassenden Krankenhäuser vor. Im Rahmen der Herleitung, Auswahl und Bearbeitung der Qualitätsindikatoren verweisen die Autor\*innen wiederholt auf die geplante Patient\*innenbefragung, insbesondere dann, wenn einzelne Indikatoren für das Verfahren der Krankenhäuser als nicht geeignet ausgeschlossen wurden. Für eine Ge-

sambewertung, ob mit dem vorliegenden Entwurf ein ausgewogenes und umsetzbares Set an Qualitätsindikatoren vorliegt, wäre es erforderlich, zeitgleich auch die geplante Operationalisierung der Indikatoren für die Patient\*innenbefragung sichten zu können. Aktuell ist unklar, ob und wie die verschiedenen, im Verfahren für Krankenhäuser ausgeschlossenen Indikatoren im Rahmen der Patient\*innenbefragung zur Anwendung kommen oder möglicherweise auch dort verworfen wurden.

Die bislang vorliegenden Qualitätsindikatoren sind ausschließlich auf die Struktur- und Prozessqualität beschränkt. Die Ergebnisqualität bleibt unberücksichtigt. Damit fehlt für die Qualitätssicherung Entlassmanagement eine wesentliche Information und qualitative Aussage.

### **Der monoprofessionelle Expertenstandard Pflege ersetzt nicht den multiprofessionellen Standard aller am Entlassmanagement beteiligten Professionen.**

Die Entwicklung des Indikatorensets basiert maßgeblich auch auf Inhalten des Expertenstandards Entlassmanagement in der Pflege. Dieser Standard beschreibt für die Pflege die wesentlichen Grundlagen und Prozesse im Entlassmanagement. Auch wenn dieses Werk aktuell als Einziges für das Handlungsfeld Entlassmanagement als Expertenstandard benannt ist, darf im Hinblick auf die multidisziplinäre Ausrichtung des Rahmenvertrags Entlassmanagement nicht vergessen werden, dass es sich hierbei um einen monoprofessionellen Standard für die Pflege handelt. Es ist sicherzustellen, dass nicht durch eine unreflektierte Übernahme von Inhalten z. B. zu Verfahrensregelungen in die Qualitätsindikatoren dieser für die Pflege ausgerichtete Standard indirekt zu einem Standard für alle am Entlassmanagement beteiligten Professionen wird (Ärztinnen und Ärzte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit und weitere), ohne dass entsprechende weitere professions- und disziplintypische Grundlagen berücksichtigt werden. Aus Sicht der DVSG ist es auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells relevant, z. B. soziale Determinanten (wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, finanzielle Problemlagen, Vorliegen einer Suchterkrankung, Vorhandensein von minderjährigen Kindern, Pflege von Angehörigen) regelhaft beim Initialassessment zu berücksichtigen. Damit wäre gewährleistet, dass bei einer sozialen Indikation regelhaft eine Fachkraft der Sozialen Arbeit eingebunden wird. Seit 2013 gibt es das Positionspapier Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken der DVSG, das für die Profession der Fachkräfte der Sozialen Arbeit entsprechende Grundlagen für die Tätigkeit im Entlassmanagement beinhaltet. 2022 wurde das Positionspapier vollständig überarbeitet und aktualisiert (DVSG 2022). Es ist aus Sicht der DVSG nicht nachvollziehbar, dass diese Publikation im Rahmen der Literaturrecherche nicht identifiziert wurde. Ebenso unberücksichtigt blieb die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, die seit 2019 in der vierten überarbeiteten Fassung vorliegt (DVSG 2019). Dies obgleich die Autor\*innen des Vorberichts darlegen, dass sich an diesem Standardwerk rund 11% der Krankenhäuser orientieren (vgl. S. 83 des Vorberichts).

### **Einheitliche Bezeichnung der beteiligten Personengruppen**

Sofern nicht einzelne Berufsgruppen benannt werden, werden im Indikatorenset verschiedene Bezeichnung für die Gesamtheit der am Entlassmanagement beteiligten Personen und Berufsgruppen verwendet. Teils ist von „Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“ die Sprache, teils von „Gesundheitsprofessionen“. Diese Bezeichnungen sollten harmonisiert verwendet werden. Die DVSG schlägt die Bezeichnung „die am Entlassmanagement beteiligten Professionen...“ an den Stellen vor, an denen nicht die einzelnen Berufsgruppen benannt werden.

Weitere konkrete Anmerkungen und Änderungsvorschläge zu den vorgelegten Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser sind zwecks besserer Lesbarkeit dieser Stellungnahme in der **nachfolgenden Tabelle** beigefügt. Darin sind lediglich die Textstellen der jeweiligen Qualitätsindikatoren (QI) aufgelistet, zu denen eine Änderung vorgeschlagen wird.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.  
Berlin, 07. November 2022



**Literaturhinweise:**

Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg.) (2010): Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer, Berlin. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Fach-berufeProzessverbesserung.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Fach-berufeProzessverbesserung.pdf)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) (2015): Trägerübergreifende Beratungsstandards. Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation. Frankfurt am Main. Online verfügbar: [https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha\\_vereinbarungen/pdfs/HETBStandards.web.pdf](https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/HETBStandards.web.pdf)

Deutsche Rentenversicherung (2022): Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation, online verfügbar: [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/konzepte/Praxisempfehlungen\\_Soziale\\_Arbeit.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/Praxisempfehlungen_Soziale_Arbeit.pdf?__blob=publicationFile&v=2)

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (2022): Positionspapier Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. Berlin. [https://dvsg.org/fileadmin/user\\_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Entlassungsmanagement-2022-05.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Entlassungsmanagement-2022-05.pdf)

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) (2019): Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, 4. überarbeitete und erweiterte Neuauflage 2019. Berlin.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG); Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) (2018): Expertenstandard „Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient\*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung (PEOPSA)“ PEOPSA. Online verfügbar: [https://dvsg.org/fileadmin/user\\_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/PEOPSA/Expertenstandard-PEOPSA-2018.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Arbeitshilfen/PEOPSA/Expertenstandard-PEOPSA-2018.pdf) .

## Anmerkungen zu einzelnen Qualitätsindikatoren des Indikatorensets

QI 1	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
<b>Bezeichnung</b>	<b>Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement</b>	
Zähler	<p>[...]</p> <p>In der Verfahrensregelung müssen konkret festgelegt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ relevante Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag, u. a. <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)</li> <li>▫ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)</li> </ul> </li> <li>▪ Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement <b>Beteiligten</b> (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte für Soziale Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gem. § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) für die einzelnen Teilprozesse gemäß Rahmenvertrag [...]</li> </ul>	<p>[...]</p> <p>In der Verfahrensregelung müssen konkret festgelegt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ relevante Teilprozesse des Entlassmanagements gemäß Rahmenvertrag, u. a. <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Durchführung einer kriteriengeleiteten Ersteinschätzung des patientenindividuellen Bedarfs (initiales Assessment)</li> <li>▫ differenzierte, kriteriengeleitete Erhebung des poststationären Versorgungsbedarfs (differenziertes Assessment)</li> </ul> </li> <li>▪ Verantwortlichkeiten der am Entlassmanagement <b>beteiligten Professionen</b> (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte für Soziale Arbeit oder andere für die soziale Betreuung und Beratung gem. § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) für die einzelnen Teilprozesse gemäß Rahmenvertrag [...]</li> </ul>
<b>Rationale</b>	<p><b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b></p> <p>[...]</p> <p><b>Literatur</b></p>	<p><b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b></p> <p>[...]</p> <p><b>Literatur</b></p> <p>Entlassmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit kann nur durch eine ganzheitliche Bedarfserfassung und interdisziplinär verzahntes Handeln gelingen, in das jede Berufsgruppe ihre Kompetenzen einbringt.</p> <p>Ein Vorschlag zur Umsetzung wurde von der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen zur Aufgabenverteilung der Berufsgruppen in transsektoralen Prozessen erarbeitet (vgl. BÄK 2010) (DVSG 2022).</p>

QI 2	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
<b>Bezeichnung</b>	<b>Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung</b>	<b>Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Professionen zur hausinternen Verfahrensregelung</b>
<b>Qualitätsziel</b>	Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement.	Schulung möglichst aller am Entlassmanagement beteiligten Professionen zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement.
<b>Nenner</b>	Im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungs-Gesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer) der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten.	Im Erfassungsjahr neu beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Angestellte, Honorarkräfte und nach dem Arbeitnehmerüberlassungs-Gesetz (AÜG) überlassene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer) der am Entlassmanagement beteiligten Professionen (mindestens ärztliches Personal, Pflegekräfte, Fachkräfte der Sozialen Arbeit und für die soziale Betreuung und Beratung gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 4 zuständige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 % Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr bis einschließlich 31. Januar des Folgejahres statistisch signifikant weniger als 95 % der neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten zur hausinternen Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement geschult haben.	≥ 95 % Auffällig werden die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr bis einschließlich 31. Januar des Folgejahres statistisch signifikant weniger als 95 % der neu beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten, welche zu den am Entlassmanagement beteiligten Professionen gehören, zur hausinternen Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement geschult haben.
<b>DF 15</b>	Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen, die im Erfassungsjahr eine Beschäftigung mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten aufgenommen haben	Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der am Entlassmanagement beteiligten Professionen, die im Erfassungsjahr eine Beschäftigung mit einer vertraglich vereinbarten Beschäftigungsdauer von mindestens 6 Monaten aufgenommen haben
<b>DF 16.1</b>	Wie viele von den neu beschäftigten Mitarbeitern der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen haben im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?	Wie viele von den neu beschäftigten Mitarbeitern der am Entlassmanagement beteiligten Professionen haben im Erfassungsjahr oder bis 31. Januar des Folgejahres an einer Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement teilgenommen?

<b>DF 16.2</b>	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht dokumentiert	Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer <b>ist</b> nicht dokumentiert
<b>QI 3</b>	<b>Aktueller Text</b>	<b>Änderungsvorschläge</b>
<b>Zähler</b>	<p>Patientinnen und Patienten, für die ein individueller Entlassplan im multi-professionellen Team erstellt und aktualisiert wurde.</p> <p>Hierfür muss mindestens erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorhandensein eines eigenständigen Dokuments in der Patientenakte, welches als „Entlassplan“ identifizierbar ist</li> <li>▪ Mindestinhalte des Entlassplans: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschluss-versorgung und zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin / des Patienten</li> <li>▫ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege), sofern dieser festgestellt wird</li> <li>▫ [...]</li> </ul> </li> </ul>	<p>Patientinnen und Patienten, für die ein individueller Entlassplan im multi-professionellen Team erstellt und aktualisiert wurde.</p> <p>Hierfür muss mindestens erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorhandensein eines eigenständigen Dokuments in der Patientenakte, welches als „Entlassplan“ identifizierbar ist</li> <li>▪ Mindestinhalte des Entlassplans: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Informationen zu erforderlichen Maßnahmen und Verordnungen nach §§ 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SGB V <b>sowie alle erforderlichen Leistungen nach SGB XI</b> und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschlussversorgung</li> <li>▫ <b>Informationen zur Erforderlichkeit einer Information, Beratung oder Anleitung der Patientin / des Patienten</b></li> <li>▫ Dokumentation des Bedarfs für einen Informationsaustausch mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern (mindestens stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege, <b>Hilfsmittelversorger</b>), sofern dieser festgestellt wird</li> <li>▫ [...]</li> </ul> </li> </ul>
<b>DF 15</b>	<p>[...]</p> <p>Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SG B V sowie [...]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [...].</li> </ul> <p>Verordnungen nach § 39 Absatz 1a Satz 8, 37b, 38, 39c SG B V] <b>sowie alle erforderlichen Leistungen nach SGB XI</b> und bezüglich einer fortdauernden Arbeitsunfähigkeit für die Anschlussversorgung</p>
<b>DF 17</b>	<p>[...] [Ergänzende Bezeichnung: z. B. stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege]</p>	<p>[...]</p> <p>[Ergänzende Bezeichnung: z. B. stationäre Rehabilitation, stationäre Pflege, ambulante Pflege, <b>Hilfsmittelversorger</b>]</p>

<b>DF 18.2</b>	Abschließende Überprüfung des Entlassplans <del>nicht</del> erfolgt 1 = ja	Abschließende Überprüfung des Entlassplans <del>nicht</del> ist spätestens 24 Stunden vor der Entlassung erfolgt: 0 = nein 1 = ja
<b>QI 4</b>	<b>Aktueller Text</b>	<b>Änderungsvorschläge</b>
<b>Rationale</b>	[...]	[...] <b>Ergänzungsvorschlag der DVSG:</b> Die Komplexität und Anforderung an qualitätsgesicherte psychosoziale und sozialrechtliche Beratung ist für das Handlungsfeld Onkologie und die Soziale Arbeit im Expertenstandard Psychosoziale Erstberatung onkologischer Patient*innen durch Soziale Arbeit in der stationären Versorgung (PEOPSA) beschrieben (DVSG, DKG 2018).
<b>Zähler</b>	Krankenhausstandorte, die über ein schriftliches Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen verfügen. Ein Konzept muss mindestens folgende konkrete Inhalte umfassen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Themen, für die Informationen, Beratungen und/oder Anleitungen angeboten werden</li> <li>▪ Zielgruppe des jeweiligen Themas</li> <li>▪ Format der Information, Beratung oder Anleitung</li> <li>▪ durchführende bzw. verantwortliche Professionen</li> </ul>	Krankenhausstandorte, die über ein schriftliches Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen verfügen. Ein Konzept muss mindestens folgende konkrete Inhalte umfassen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Themen, für die Informationen, Beratungen und/oder Anleitungen angeboten werden</li> <li>▪ Zielgruppe des jeweiligen Themas</li> <li>▪ Ziele der Information, Beratung und/oder Anleitung</li> <li>▪ Format der Information, Beratung oder Anleitung</li> <li>▪ durchführende bzw. verantwortliche Professionen</li> </ul>
<b>DF 22</b>	<b>neu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sind in dem Konzept konkrete Ziele der Information, Beratung und/oder Anleitung benannt</li> </ul>

QI 5	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
<b>Qualitätsziel</b>	Für <del>möglichst viele</del> Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation entlassen werden, soll ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplans erstellt und <del>diesen</del> mitgegeben werden.	Für <b>alle</b> Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation <b>≥ 3 Arzneimittel</b> entlassen werden, soll ein aktueller bundeseinheitlicher Medikationsplans erstellt und <del>diesen</del> mitgegeben werden.
QI 6	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
<b>Qualitätsziel</b>	Möglichst viele Patientinnen und Patienten, bei denen eine kontinuierliche Medikamentenversorgung über Wochenenden oder Feiertage sichergestellt ist.	Möglichst für <b>viele alle</b> Patientinnen und Patienten, bei denen eine kontinuierliche Medikamentenversorgung <b>notwendig ist, ist diese</b> über Wochenenden oder Feiertage sichergestellt.
QI 7	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
<b>Qualitätsziel</b>	Endgültige Entlassbriefe sollen <del>möglichst häufig</del> die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen enthalten.	Endgültige Entlassbriefe sollen <b>möglichst häufig</b> die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen enthalten.
<b>Zähler</b>	<p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan sowie Informationen über mitgegebene Arzneimittel</li> <li>▪ Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 39 Abs. 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit sowie die nachfolgende(n) Versorgungseinrichtung(en)</li> <li>▪ Information zu Befunden</li> </ul>	<p>[...]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten)</li> <li>▪ <b>Medikationsplan sowie Informationen über mitgegebene Arzneimittel/</b></li> <li>▪ Alle veranlassten Leistungen (inklusive nach § 39 Abs. 1a Satz 7, § 33a, § 37b und § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummern 6 und 12 SGB V) <b>sowie alle erforderlichen Leistungen nach SGB XI</b> und Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit</li> <li>▪ <b>die nachfolgende(n) Versorgungseinrichtung(en)</b></li> <li>▪ Information zu <b>mitgegebenen</b> Befunden</li> </ul>
<b>Rationale</b>	<b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag.</b> [...]	<b>Expertenstandard/internationale Leitlinien/Rahmenvertrag</b> [...]

	Literatur [...]	Literatur [...] Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation ist bereits geregelt, dass zum Entlassbrief die Soziale Arbeit regelhaft fachspezifische Beiträge beisteuert (DRV 2022: Seite 9f.). Entsprechend enthält der nicht-ärztliche Teil des Entlassbriefs regelhaft eine Sozialanamnese.
QI 8	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Bezeichnung	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer	Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden ärztlichen Leistungserbringer Ärztinnen und Ärzte
QI 9	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Qualitätsziel	Möglichst vielen Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.	Möglichst allen Patientinnen und Patienten, die in eine weitere pflegerische Versorgung entlassen werden, soll ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben werden.
Kennzahl	Aktueller Text	Änderungsvorschläge
Anmerkungen	Die Kennzahl soll zusätzlich stratifiziert ausgewiesen werden für: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung mit einer administrativen Notfallkennzeichnung wieder stationär aufgenommen wurden, sowie</li> <li>▪ auffällige Fälle in den prozessbezogenen Qualitätsindikatoren, insbesondere <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“,</li> <li>▫ „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ und</li> <li>▫ „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“.</li> </ul> </li> </ul>	Die Kennzahl soll zusätzlich stratifiziert ausgewiesen werden für: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung mit einer administrativen Notfallkennzeichnung und einer mit der Vorbehandlung in Zusammenhang stehender Diagnose, wieder stationär aufgenommen wurden, sowie</li> <li>▪ auffällige Fälle in den prozessbezogenen Qualitätsindikatoren, insbesondere <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“,</li> <li>▫ „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ und</li> <li>▫ „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzte.“</li> <li>▫ Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung</li> </ul> </li> </ul>

# Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums

Hinweis: Personenbezogene Daten wie Adressdaten wurden unleserlich gemacht.



**Von:** [Dr. Matthias Fabian](#)  
**An:** [IQTIG\\_Verfahrensentwicklung](#)  
**Betreff:** AW: IQTIG - QS-Verfahren Entlassmanagement/Beteiligungsverfahren zum Vorbericht  
**Datum:** Freitag, 18. November 2022 15:53:57

---

[REDACTED],  
[REDACTED],

herzlichen Dank für das Mamutwerk, was ich leider nur selektiv lesen konnte.

Bzgl. der Datenfelder und Indikatoren habe ich keine Anmerkungen, die hatten wir im Expertenkreis schon diskutiert und müssen hier nicht wiederholt werden.

Was mir allerdings sehr große Sorge macht, ist die große Anzahl an fallbezogenen Bögen, die auf die Maximalversorger zukommen werden. Unser Patientenklentel besteht überwiegend aus Patienten mit Entlassmanagementbedarf.

Hinzu kommt die implizite Problematik, dass der QS-Filter erst bei Entlassung aktiv werden kann. Bis auf den Entlassbrief und fehlenden Befunden sind Patienten nach verlassen der Station aber nicht mehr auf dem Schirm. Hier noch eine QS Aufgabe hinten dran zu hängen ist problematisch.

Nicht nur zur Entlastung der unter der Bürokratie stöhnenden Ärzteschaft und Pflege, sondern auch aus Gründen der internen QS wäre es daher sinnvoller, den QS-Bogen EntlaM durch das zentrale oder dezentrale QM machen zu lassen.

Allerdings gehe ich von einer Bearbeitung pro Bogen von 10 – 15 Minuten aus. Bei 1.000 Bögen wären das bei uns ca. 200 Stunden, die zusätzlich geleistet werden müssten.

Mein Vorschlag wäre daher, in der Pilotphase zu testen, wie viele Fälle pro entlassende Abteilung gezogen werden. Wenn wir hier sehen, dass es zu unverhältnismäßigen Spitzen kommt, dann sollte die Zahl der Bögen pro entlassende Abteilung gedeckelt werden.

Wenn Sie darauf hoffen, dass man mit Software mehr machen kann, haben Sie zwar grundsätzlich recht, derzeit sind die KIS Hersteller aber nicht mal in der Lage, den § 6 Bogen zur ärztlichen Meldung nach Infektionsschutzgesetz zeitnah zur Verfügung zu stellen. Hier müssten bei derartigen Aufgaben KIS Hersteller eine gesetzliche Verpflichtung zur Verfügungstellung von bestimmten Feldern haben.

Bin gespannt wie es weiter geht und hoffe unversehrt aus der Sache rauszukommen

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Matthias Fabian

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



**Von:** IQTIG, Verfahrensentwicklung  
**Betreff:** WG: IQTIG - QS-Verfahren Entlassmanagement/Beteiligungsverfahren zum Vorbericht

---

**Von:** Kristina Spöhrer  
**Gesendet:** Freitag, 18. November 2022 22:35  
**An:** IQTIG, Verfahrensentwicklung <verfahrensentwicklung2@iqtig.org>  
**Betreff:** Re: IQTIG - QS-Verfahren Entlassmanagement/Beteiligungsverfahren zum Vorbericht

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei übermittle ich Ihnen meine Stellungnahme zum Vorbericht:

**Beteiligung am Verfahren des IQTIG am Vorbericht „Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement“**

Das Entlassmanagement der Krankenhäuser ist aktuell sehr schlecht umgesetzt. Regelmäßig zeigt sich nach Entlassung in der hausärztlichen Versorgung ein sehr großer Handlungsbedarf, um die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Daher begrüße ich die Verbesserung des Entlassmanagements sehr, welche durch das angestrebte Qualitätssicherungsverfahren implementiert werden soll.

Eine grundlegende Schwachstelle der Qualitätsindikatoren ist, dass sich fast alle Indikatoren aus Selbstauskunft ergeben. Daraus ergibt sich eine besondere Relevanz der aus externen Daten ableitbaren Indikatoren. Diese sind zum einen die Kennzahl „Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen“ und dem im Anhang F benannten zukünftigen Indikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“.

Hier erscheint besonders wichtig, dass der im Anhang F des Vorberichtes benannte Qualitätsindikator möglichst zeitnah implementiert wird. Sowohl die standardisierte Übermittlung des Entlassbriefes über KIM als auch der frühe Zeitpunkt der Übermittlung der Informationen ist für ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement unerlässlich.

Positiv zu vermerken ist der Qualitätsindikator 1.5 „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“. Dieser Indikator dient der Patientensicherheit, da durch den QR-Code eine fehlerfreie Übertragung sichergestellt ist. Auch die vorgeschriebene regelhafte Einbindung der Hausärzte im Qualitätsindikator 1.8 ist eine Verbesserung der aktuellen Situation.

Perspektivisch ist das MIO „Entlassbrief“ in das Entlassmanagement zu integrieren.

Mit freundlichen Grüßen,  
Dr. Kristina Spöhrer



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*

Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Februar 2023

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*. Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen.....	5
Einleitung .....	7
1 Eingrenzung und Aufwand des QS-Verfahrens .....	8
1.1 Prognosemodell zur Definition der Zielpopulation.....	8
1.2 Hoher Aufwand durch das QS-Verfahren .....	11
2 Methodisches Vorgehen .....	14
2.1 Literatur- und Leitlinienrecherche sowie Recherche nach bestehenden Indikatoren.....	14
2.2 Expertenbeteiligung.....	15
3 Operationalisierung der Qualitätsindikatoren .....	17
3.1 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ .....	18
3.2 Qualitätsindikator „Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung“ .....	19
3.3 Qualitätsindikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ .....	20
3.4 Qualitätsindikator „Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“ .....	22
3.5 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“ .....	22
3.6 Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“ .....	24
3.7 Qualitätsindikator „Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“ .....	25
3.8 Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“ .....	26
3.9 Qualitätsindikator „Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung“ .....	28
3.10 Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ .....	28
3.11 Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“ (derzeit noch nicht umsetzbar) .....	30

4	Empfohlenes Qualitätsindikatorenset.....	32
4.1	Ausgewogenheit des Qualitätsindikatorensets .....	32
4.2	Berücksichtigung der patientenrelevanten Endpunkte .....	33
5	Auswertungs- und Umsetzungskonzept.....	35
5.1	QS-Auslösung .....	35
5.2	Aktualisierung des Prognosemodells im Regelbetrieb .....	38
5.3	Fallbezogene QS-Dokumentation .....	39
5.4	Berichtswesen .....	39
5.5	Hinweise zum Datenschutz .....	39
6	Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern .....	41
7	Umfassende Erprobung vor Beginn des Regelbetriebs.....	43
8	Allgemeine Hinweise zum QS-Verfahren .....	45
	Literatur.....	48

## Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

### Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

- Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg (Sozialbehörde HH)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Wissenschaftlich medizinische Fachgesellschaften:
  - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
    - Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V. (DGS)
  - Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)
  - Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e. V. (DGK)
    - Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
  - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
  - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC)
    - Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)
    - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU)
  - Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)
  - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
  - Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
  - Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO)
  - Gesellschaft für Arzneimittelanwendungsforschung und Arzneimittel epidemiologie e. V. (GAA)
- Patientenvertretung: maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V (PatV)
- Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV)

### Weitere stellungnahmeberechtigte Organisationen und Institutionen

- Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD)
- Bundesverband Bunter Kreis e. V. (BV Bunter Kreis)
- Deutscher Hausärzteverband e. V. (Dt. Hausärzteverband)
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)



**Stellungnahmen der Mitglieder des Expertengremiums**

- Dr. Matthias Fabian
- Marie-Julie Kelm
- Dr. Kristina Spöhrer

## Einleitung

Für den Vorbericht „Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens *Entlassmanagement*“ wurde ab dem 10. Oktober 2022 ein externes Beteiligungsverfahren durchgeführt. Bis zum 18. November 2022 konnten die zu beteiligenden Institutionen gemäß § 137a Abs. 7 SGB V ihre Stellungnahmen einsenden. Das Beteiligungsverfahren wurde darüber hinaus erweitert um die Mitglieder des beratenden Expertengremiums.

Insgesamt haben 24 Organisationen im Sinne von § 137a Abs. 7 SGB V sowie drei Expertinnen und Experten des beratenden Expertengremiums eine Stellungnahme eingereicht. Das IQTIG bedankt sich bei allen Stellungnehmenden für die umfangreichen Rückmeldungen und die konstruktiven Hinweise. Alle eingegangenen Stellungnahmen finden sich in voller Länge in der Anlage.

Die eingegangenen Stellungnahmen wurden in folgender Weise bearbeitet:

- Extraktion der zentralen Kritikpunkte und Anmerkungen mittels der computergestützten qualitativen Daten- und Textanalysesoftware MAXQDA
- Sortierung und Zuordnung zu einer zugrunde liegenden Fragestellung bzw. Thematik soweit möglich und sinnvoll
- Zuordnung der Themen zu den Kapiteln des Vorberichts
- Zusammenfassung der zentralen Aussagen unter einer thematischen Überschrift und Beantwortung der aufgeworfenen Frage[n]
- ggf. Hinweis auf Berücksichtigung im Abschlussbericht

Die vorliegende Würdigung beschränkt sich auf die in den Stellungnahmen aufgeworfenen inhaltlichen Fragen und soll deutlich machen, inwiefern die Anregungen bzw. Kritikpunkte zu inhaltlichen Änderungen im Abschlussbericht geführt haben bzw. begründen, warum eine Anpassung des Abschlussberichts aus Sicht des IQTIG nicht als erforderlich angesehen wurde. Redaktionelle Änderungen wurden durchgeführt ohne diese in jedem einzelnen Punkt zu erläutern.

# 1 Eingrenzung und Aufwand des QS-Verfahrens

## 1.1 Prognosemodell zur Definition der Zielpopulation

In einigen Stellungnahmen wurde speziell auf das Prognosemodell bzw. die Eingrenzung des QS-Verfahrens Bezug genommen. Eine stellungnahmeberechtigte Organisation begrüßte die innovative Vorgehensweise des IQTIG in Bezug auf die Auslösung mithilfe eines Prognosemodells und einer pseudozufälligen Stichprobenziehung (KBV, S. 3–4), die dabei helfe, den Dokumentationsaufwand für Leistungserbringer gering zu halten. Eine andere stellungnahmeberechtigte Organisation begrüßte, dass sich das IQTIG der komplexen Aufgabe zur Entwicklung eines dem Entlassmanagement-Bedarf gerechten Prognosemodells angenommen habe (DKG, S. 7). In einer weiteren Stellungnahme wurde für die umfangreiche, sehr gelungene Arbeit zu dem Verfahren sowie die Überlegungen zur Zielpopulation und dem entwickelten Prognosemodell, das als gut geeignet bezeichnet wurde, gedankt (DNQP, S. 1).

Darüber hinaus bemängelten jedoch auch mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen, dass bestimmte Personen-/Patientengruppen in dem entwickelten Prognosemodell eine zu geringe Berücksichtigung erfahren würden (DGKJ, S. 1 f.; BV Bunter Kreis, S. 2; BPtK, S. 7 f.; DGHWi, S. 3 f.; BÄK, S. 15). In zwei dieser Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass hinterfragt werden müsse, ob die Gruppe der schwer kranken bzw. chronisch kranken Kinder in der Auslösung unterrepräsentiert sei, da chronisch kranke Kinder weder durch ihr Alter, noch durch eine Selektion nach Pflegegrad angemessen berücksichtigt würden (BV Bunter Kreis, S. 2; DGKJ, S. 1 f.). In einer weiteren Stellungnahme wurde kritisiert, dass Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene im QS-Verfahren *Entlassmanagement* nicht im Fokus ständen, obwohl der Bedarf und die positiven Outcomes einer sichergestellten ambulanten Nachsorge belegt seien (DGHWi, S. 3 f.). Zudem wurde in einer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass die vom IQTIG genutzte Modellierung zur Ermittlung des erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement wenig geeignet sei, einen erhöhten Entlassmanagement-Bedarf für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu ermitteln, da sich die Zielkriterien hauptsächlich auf die Folgen körperlicher Erkrankungen beziehen würden. Die stellungnahmeberechtigte Organisation regte an, das Prognosemodell zu einem späteren Zeitpunkt anhand aktueller Daten um weitere Zielkriterien bzw. Kovariablen zur psychiatrischen Versorgung (z. B. ambulante Psychotherapie) zu ergänzen (BPtK, S. 7 f.). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde dagegen bemängelt, dass bei beinahe 100 % der Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen wenigstens eine der einbezogenen Zielvariablen erfüllt sei und somit beinahe 100 % der psychiatrischen Entlassfälle QS-pflichtig sein könnten (DGPT, S. 2).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde zudem darauf hingewiesen, dass durch den alleinigen Einbezug gesetzlich Versicherter im Prognosemodell, die Patientengruppe der unversicherten Patientinnen und Patienten, der Wohnungslosen, der Asylbewerberinnen und Asylbewerber u. ä. unberücksichtigt bleibe (BÄK, S. 15).

**IQTIG:** Das QS-Verfahren adressiert als Querschnittsverfahren die Gesamtpopulation und somit alle Patientengruppen ohne inhaltliche Gewichtung, aber entsprechend ihrer Prävalenz in der Gesundheitsversorgung. Die Verteilung der Patientenkollektive ergibt sich aus den erbrachten Entlassmanagement-relevanten Leistungen nach SGB V und löst somit Entlassfälle nach ihrer Wahrscheinlichkeit für einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement aus. Zu den Zielkriterien gehören Leistungen und Maßnahmen aus verschiedenen Bereichen der weiterführenden Gesundheitsversorgung, die sowohl nach somatischen als auch nach psychischen Erkrankungen erbracht werden, weshalb eine beschwerdeübergreifende und umfassende Patientenauslösung angenommen wird. Da dem ersten Filterschritt nach dem Prognosemodell ein zweiter Schritt der Ziehung einer Zufallsstichprobe folgt, kann keine Patientensubgruppe zu 100 % in das QS-Verfahren eingeschlossen werden.

Darüber hinaus wurden von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen die Zielkriterien im Hinblick auf die Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement kritisiert (DGK/DGIM, S. 1 f.; BÄK, S. 4; DKG, S. 7 f.; GKV-SV, S. 17; DNVF, S. 2). So wurde in einer dieser Stellungnahmen beanstandet, dass bei den 16 Zielkriterien ausschließlich die tatsächlich von den Krankenkassen genehmigten bzw. erstatteten Maßnahmen berücksichtigt worden seien, während die tatsächliche Notwendigkeit dieser jedoch häufig strittig sein könne (DGK/DGIM, S. 1 f.). In mehreren Stellungnahmen wurde zudem kritisiert, dass durch die Setzung der Zielvariable „mindestens eine Versorgungsmaßnahme“ das Spektrum der Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement weit gefasst und relativ unspezifisch sei (BÄK, S. 4; DKG, S. 7 f.; GKV-SV, S. 17). Die Zielkriterien seien zu unterschiedlich, um „gleichberechtigt“ einen tatsächlich erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement zu identifizieren. Das alleinige Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit nach stationärem Aufenthalt sei beispielsweise bezüglich der Schwere der Erkrankung einer Patientin/eines Patienten anders zu werten, als die Entlassung in die stationäre Pflege. Es sei daher nicht nachvollziehbar, weshalb nicht versucht worden sei, die am schwersten betroffenen Patientinnen und Patienten zu ermitteln und für das QS-Verfahren zu selektieren (BÄK, S. 4). Unterstützt von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde jedoch diesbezüglich angemerkt, dass die Rate der Fälle mit Arbeitsunfähigkeit im Datenpool erstaunlich niedrig sei (BÄK, S. 4; GKV-SV, S. 18). Des Weiteren wurde auf Verteilungsunterschiede bezüglich der Zielkriterien im bereits 2019 vorgelegten

Zwischenbericht *Entlassmanagement* und dem jetzigen Vorbericht hingewiesen (BÄK, S. 4 f.).

**IQTIG:** Das IQTIG weist darauf hin, dass Verteilungsunterschiede der Zielkriterien im Zwischen- und Vorbericht dadurch erklärt werden können, dass unterschiedliche Datenpools von verschiedenen Krankenkassen in den verschiedenen Entwicklungsaufträgen genutzt und die Daten im Rahmen der Entwicklung des Prognosemodells jeweils nicht alters- und geschlechtsstandardisiert hochgerechnet wurden. Darüber hinaus waren aufgrund unterschiedlicher Datenstrukturen leichte Anpassungen der Operationalisierung bei einzelnen Zielvariablen notwendig.

Die Zielkriterien dienen dazu, die tatsächlich breit gefächerte Zielpopulation mit erhöhtem Bedarf für Entlassmanagement zu ermitteln. Dieser erhöhte Bedarf wird dann als gegeben angenommen, wenn bereits mindestens eines der Zielkriterien erfüllt ist, welche sich aus der Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen ergeben. Eine stärkere Fokussierung auf Entlassfälle mit „höchstem“ Bedarf erscheint dem IQTIG nicht zielführend, da sichergestellt werden soll, dass sich das QS-Verfahren nicht nur auf Maximalversorger und besondere Fachkliniken konzentriert. Durch die Forderung eines Mindestbedarfs sollen in erster Linie Fälle mit keinen oder kaum Anforderungen an das Entlassmanagement nicht unnötig dokumentationspflichtig werden.

Eine Gewichtung zwischen Zielkriterien hinsichtlich ihrer Relevanz für einen erhöhten Bedarf für Entlassmanagement wurde nach Überprüfung verworfen, auch weil bisher keine kanonische quantitative Gewichtung der Zielkriterien existiert, wie auch in Abschnitt 4.2.2 des Abschlussberichts dargestellt. Den tatsächlichen Bedarf für ein Entlassmanagement und die individuell notwendigen Maßnahmen bei einzelnen Patientinnen und Patienten zu ermitteln bleibt Aufgabe der Leistungserbringer, da die Zielvariable des Prognosemodells nur eine Approximation darstellt.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde des Weiteren kritisiert, dass das Prognosemodell insgesamt nicht treffsicher genug sei. In einer Stellungnahme wurde angemerkt, dass der vom IQTIG empfohlene Schwellenwert für die Selektion QS-pflichtiger Fälle zu niedrig gewählt sei. Durch die Selektierung QS-pflichtiger Fälle, bei denen kein erhöhter Bedarf für Entlassmanagement bestehe, würden unnötige Aufwände geschaffen. Die stellungnahmeberechtigte Organisation schlug daher vor, den Schwellenwert zu erhöhen (DKG, S. 7). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation kritisierte ebenso, dass die vorgeschlagene Auslösung durch das Prognosemodell aufwendig und nur zu 80 % treffsicher sei und schlug daher eine vereinfachte Auslösung mithilfe einer Zufallsstichprobe vor (DNVF, S. 1).

**IQTIG:** Das IQTIG weist darauf hin, dass es die Aufgabe des Prognosemodells und der Stichprobenziehung ist, eine zielgerichtete Reduktion der QS-pflichtigen Fälle zu erreichen und nicht das Anzeigen von Fällen, bei denen Leistungserbringer grundsätzlich ein Entlassmanagement durchzuführen haben. Wie in Abschnitt 4.2.6 des Abschlussberichts erläutert, hat die Wahl des Schwellenwerts unter anderem Auswirkungen auf den Anteil der selektierten Fallpopulation, die Sensitivität, die Spezifität und den *positive predictive value* (PPV). Dementsprechend würde die Selektion mit steigendem Schwellenwert zwar spezifischer, jedoch würden Entlassfälle mit einer vergleichsweise niedrigeren geschätzten Wahrscheinlichkeit für einen *erhöhten Bedarf für Entlassmanagement* (eBEM), die allerdings immer noch auf eBEM hinweist, systematisch aussortiert werden. Hieraus resultiert eine sinkende Sensitivität, da der Anteil an selektierten Fällen selbst unter den Entlassfällen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement kleiner werden würde. Insbesondere würde dadurch auch die Repräsentativität für die Population des Patientenkollektives mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement leiden, was nicht dem Ziel des QS-Verfahrens entsprechen würde, eine hinsichtlich dem Entlassmanagementbedarf fokussierte, aber ansonsten heterogene Zielpopulation zu erfassen. Das IQTIG bleibt daher nach Abwägung bei seiner Empfehlung, den Schwellenwert von 0,5 anzuwenden. Sollten bei einem ausgelösten QS-pflichtigen Fall jedoch tatsächlich kein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement vorliegen, dann besteht hierfür die Möglichkeit, bei den Datenfeldern die Antwortoption „nicht erforderlich“ zu wählen und damit den Dokumentationsaufwand einzuschränken.

Hinsichtlich der letztlichen Gesamtanzahl an zu dokumentierenden QS-Fällen ist der Schwellenwert des Prognosemodells ohnehin nicht die entscheidende Stellgröße, sodass der Schwellenwert somit nicht den entstehenden Dokumentationsaufwand reguliert, sondern vielmehr allokiert. Die Gesamtanzahl QS-pflichtiger Fälle wird dagegen über den Stichprobenanteil im nachgelagerten Stichprobenalgorithmus gesteuert.

## 1.2 Hoher Aufwand durch das QS-Verfahren

Nach Einschätzung mehrerer stellungnahmeberechtigter Organisationen sei die Ausgestaltung des QS-Verfahrens Entlassmanagement, wie derzeit im Vorbericht dargestellt, insgesamt zu umfangreich und zu aufwändig (GKV-SV, S. 4; DKG, S. 4; KBV, S. 4; PatV, S. 10; BÄK, S. 16; DGPT, S. 3). In diesem Zusammenhang wurde auch auf das „Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der externen datengestützten Qualitätssicherung“ des G-BA von April 2022 Bezug genommen (GKV-SV, S. 4; DKG, S. 4; KBV, S. 4; PatV S. 10). Es wurde kritisiert, dass sowohl aufgrund der hohen Anzahl ausgelöster QS-pflichtiger Fälle, als auch der Anzahl an zu dokumentierenden Datenfeldern in der QS-Dokumentation, für die

Leistungserbringer absehbar ein sehr hoher Aufwand durch das QS-Verfahren entstünde (DGPT, S. 3; GKV-SV, S. 13; DKG, S. 8; KBV, S. 9; PatV S. 10). Insbesondere Leistungserbringer mit hohen Fallzahlen, wie beispielsweise Maximalversorger, aber auch psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser, deren Patientenkollektive fast zu 100 % mindestens eine Zielvariable erfüllten, seien hiervon besonders betroffen (StN Experte, S. 1; DGPT, S. 3). Vor allem hinsichtlich der fallbezogenen Qualitätsindikatoren wurde ein zu hoher Aufwand kritisiert; diese würden überwiegend bereits vielfach in den Krankenhäusern etablierte Standards abfragen (GKV-SV, S. 13; DKG, S. 14) und häufig lediglich einer Checkliste gleichkommen (PatV, S. 11). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde auch in den einrichtungsbezogenen Qualitätsindikatoren eher ein Reminder-System erkannt (BPtK, S. 12). Es bestehe ein Missverhältnis zwischen Aufwand und geringem oder fraglichem Nutzen (BÄK, S. 16; BPtK, S. 10; DKG, S. 8; GKV-SV, S. 13; DGP, S. 2). Auch trotz der Reduktion der QS-pflichtigen Fälle durch das Prognosemodell sei das Verfahren nicht ressourcensparend, es sei mit hohen finanziellen Folgekosten und zusätzlichem bürokratischem Aufwand zu rechnen (DGPT, S. 2; BÄK, S. 10). In einer weiteren Stellungnahme wurde dargelegt, dass bei geschätzten 10 bis 15 Minuten Dokumentationsaufwand pro Fall in der eigenen, großen Einrichtung mit einem zusätzlichen Zeitaufwand von 200 Stunden gerechnet werden müsse (StN Experte, S. 1). Ebenfalls im Hinblick auf den realen Erfüllungsaufwand wurde von weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen angemahnt, diesen zu berücksichtigen (Sozialbehörde HH, S. 2; DGGG/DGS, S. 1). Die Belastung der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) durch die Befassung mit den Ergebnissen wurde angesichts eines Indikatorensets von 21 Indikatoren für das vorliegende Verfahren inklusive der mitbeauftragten Patientenbefragung ebenfalls als problematisch bewertet (GKV-SV, S. 4; DKG, S. 8). Im Rahmen der geäußerten Vorbehalte wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen eine kritische Überprüfung des Konzepts der fallbezogenen Dokumentation bei den Leistungserbringern gefordert (GKV-SV, S. 6; DKG, S. 6; PatV, S. 11). Es sei zu prüfen, inwieweit Prozessindikatoren im Rahmen einer einrichtungsbezogenen Abfrage oder auch einer Patientenbefragung bzw. möglicherweise einer Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern erhoben werden könnten, um somit vollständig auf die fallbezogene QS-Dokumentation und das komplexe und aufwändige Prognosemodell verzichten zu können (GKV-SV, S. 13; DKG, S. 6; BÄK, S. 16; PatV, S. 11). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, das aufwendige Prognosemodell z. B. durch eine oder mehrere gerichtete Zufallsstichproben zu ersetzen (DNVF, S. 1). In einer weiteren Stellungnahme wurde angemerkt, dass auch Ansätze im Hinblick auf eine Verkürzung des Erhebungszeitraums oder eine Einschränkung auf ausgewählte Fachbereiche zur Reduzierung der Fallzahlen denkbar seien (DKG, S. 8). In jedem

Fall seien die Fallzahlen deutlich zu reduzieren (DKG, S. 9) und das Verfahren zu fokussieren und zu verschlanken (KBV, S. 4; Sozialbehörde HH, S. 2).

**IQTIG:** Das IQTIG hat die Hinweise bezüglich des Umfangs des QS-Verfahrens aufgenommen und entsprechende Änderungen im Abschlussbericht vorgenommen, sodass eine erhebliche Reduzierung des Aufwandes erzielt wurde. Durch eine Reduktion der Zufallsstichprobe konnte eine deutliche Verminderung der ausgelösten QS-pflichtigen Fälle erreicht werden. Somit konnte die Gesamtzahl der Fälle von zuvor 1 Million auf 300.000 Fälle bei 2.730 Krankenhausstandorten begrenzt werden. Zugleich wurde durch die Streichung eines Indikators („Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen“) die Anzahl der fallbezogen zu dokumentierenden Datenfelder um 11 Datenfelder und damit der fallbezogene Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer weiter reduziert werden. Die Streichung erfolgte nach erneuter Diskussion mit Blick auf eine kritische Aufwand-Nutzen-Relation. Durch die Streichung eines weiteren Indikators („Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen“) wurde auch der Aufwand im Bereich der leistungserbringerbezogenen QS-Dokumentation reduziert. Das Thema dieses Qualitätsindikators wird auch durch die Patientenbefragung erfasst.

Weitere Hinweise zum Aufwand werden im Rahmen der Machbarkeitsprüfung im Dialog mit den Leistungserbringern zu prüfen sein.



## 2 Methodisches Vorgehen

### 2.1 Literatur- und Leitlinienrecherche sowie Recherche nach bestehenden Indikatoren

Bezüglich der Literaturrecherche wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Darlegung der Suchstrategien sowie der Datenextraktion als verständlich aufgeschlüsselt bewertet; auch die Ableitung der Inhalte aus Leitlinien und dem Rahmenvertrag Entlassmanagement könne anhand der Tabellen gut nachvollzogen werden (BPtK, S. 4 – 5).

In einer weiteren Stellungnahme wurde dagegen kritisch angemerkt, dass der im Rahmen der Literaturrecherche eingeschlossene Expertenstandard Entlassmanagement, der von Pflegeorganisationen ohne Beteiligung anderer Berufsgruppen entwickelt worden sei, nicht einen multiprofessionellen Standard ersetzen könne. Es wurde daher auf das 2022 aktualisierte Positionspapier der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) hingewiesen, welches für die Profession der Fachkräfte der Sozialen Arbeit entsprechende Grundlagen für die Tätigkeit im Entlassmanagement beinhalte. Zudem wurde auch kritisiert, dass die Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, welche seit 2019 in der vierten überarbeiteten Fassung vorliegt, unberücksichtigt geblieben sei (DVSG, S. 3).

**IQTIG:** Das IQTIG stimmt grundsätzlich zu, dass es sich beim Entlassmanagement um ein multidisziplinäres Thema handelt und demnach alle Veröffentlichungen bzw. Standards von den am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen Berücksichtigung finden sollten. Dementsprechend wurde eine breite systematische Literatur- und Leitlinienrecherche durchgeführt sowie weitere einschlägige Publikationen im Rahmen einer Webseitenrecherche gesucht. Entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG sind für die Literatur- und Leitlinienrecherche vorab jedoch sowohl methodisch-formale als auch inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt (IQTIG 2019b). Durch die Festlegung der methodisch-formalen Einschlusskriterien soll ein grundlegendes Evidenzniveau der einbezogenen Literatur/Leitlinien sichergestellt werden. Die Recherche wird dabei regelhaft zu Beginn des Entwicklungsprozesses zu einem bestimmten (dokumentierten) Zeitpunkt durchgeführt. Die genannten Publikationen der Sozialen Arbeit konnten nicht berücksichtigt werden, da sie entweder zum Zeitpunkt der Literatur- und Leitlinienrecherche 2021 noch nicht vorlagen oder die vorab festgelegten methodisch-formalen Einschlusskriterien nicht erfüllten. Das IQTIG nimmt die Hinweise jedoch gerne für die zukünftige Weiterentwicklung des Verfahrens auf.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde bemängelt, dass zentrale Begrifflichkeiten wie z. B. „transitional care“, die im Rahmen der Suchstrategie verwendet wurden, ausschließlich im Anhang des Vorberichts auftauchten, jedoch im Vorbericht nicht weiter genannt würden (DNVF, S. 2).

**IQTIG:** Auf den im Anhang ausführlich dargestellten Recherchebericht wurde an den notwendigen Stellen des Vorberichts mittels Verweisen Bezug genommen. Des Weiteren wurde die Übergangspflege (engl. „transitional care“) als zentrale Begrifflichkeit bereits im thematisch zugehörigen Zwischenbericht *Entlassmanagement* (Abschnitt 2.2.4) ausführlich aufgegriffen.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation äußerte darüber hinaus Klärungsbedarf, inwieweit die recherchierten nationalen und internationalen Indikatoren in die Entwicklung des Verfahrens einbezogen wurden (KBV, S. 5).

**IQTIG:** Die recherchierten Indikatoren dienten als Orientierung hinsichtlich der qualitätsrelevanten Themen und wurden bei dem Entwicklungsschritt der Konkretisierung der Qualitätsaspekte herangezogen.

## 2.2 Expertenbeteiligung

Zum Expertengremium hätten aus Sicht mehrerer stellungnahmeberechtigter Organisationen noch zusätzliche Expertisen, z. B. aus der Rehabilitation oder den Apotheken, und insbesondere zur Abbildung des Nachsorgespektrums noch weitere Facharztgruppen einbezogen werden müssen (KBV, S. 3; BÄK, S. 3; GAA, S. 2). Nach Meinung zweier stellungnahmeberechtigter Organisationen habe die Einbeziehung von lediglich zwei Expertinnen aus der Pädiatrie in das Expertengremium zu einer unzutreffenden Einschätzung der Situation in der sozialmedizinischen Nachsorge geführt; dies habe möglicherweise das Bewertungsverhalten beeinflusst (DGKJ, S. 2; BV Bunter Kreis, S. 2). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation empfahl zukünftig die stärkere Einbindung von Expertise aus der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DGPPN, S. 2).

**IQTIG:** Zur Gewährleistung einer umfassenden und konstruktiven Gruppendiskussion wurde die Anzahl der Teilnehmenden am Expertengremium vom IQTIG vorab auf 20 bis 25 Personen festgelegt. Dabei erfolgte die Auswahl der Expertinnen und Experten mit dem Ziel, ein möglichst breites Spektrum von Fachgebieten und Funktionen aus ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen abzubilden. Hierzu wurde von August bis Oktober 2021 ein öffentlicher Aufruf für eine Teilnahme am Expertengremium gestartet. Aus den eingegangenen Registrierungen wurde die Auswahl der Expertinnen und Experten getroffen und dabei explizit darauf geachtet, vor allem die am Entlassmanagement im Krankenhaus beteiligten Berufsgruppen zu berücksichtigen, aber darüber hinaus auch Expertinnen und Experten aus der weiterführenden

Versorgung einzubeziehen. Dabei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass sich nicht zu allen gesuchten Bereichen auch Expertinnen und Experten registriert haben (z. B. gingen keine Registrierungen aus den Bereichen der ambulanten oder stationären Pflege ein). Das Expertengremium konnte dementsprechend lediglich aus den vorliegenden Registrierungen zusammengestellt werden. Dabei ist es aus Sicht des IQTIG dennoch gelungen, alle im Rahmen des Entlassmanagements im Krankenhaus relevanten Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, Mitarbeitende im Sozialdienst) aus unterschiedlichen Fachgebieten (Somatik, Pädiatrie, Psychiatrie) in ausreichender und ausgeglichener Anzahl zu berücksichtigen.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde im Hinblick auf die Bewertungen im Expertengremium gewünscht, dass das Votum der Expertinnen und Experten nicht nur zusammengefasst textlich wiedergegeben werde, sondern auch eine aggregierte Punktevergabe des durchgeführten Ratings im Anhang dargestellt werden solle (GKV-SV, S. 7 f; BPtK, S. 6).

**IQTIG:** Gemäß den Methodischen Grundlagen V1.1 (IQTIG 2019b) erfolgte die Erfassung der Expertenmeinung in Anlehnung an die RAND/UCLA-Appropriateness-Method (RAM). Hierbei geben die Expertinnen und Experten ihre Einschätzung zum Vorliegen eines Verbesserungspotenzials sowie der Verantwortungszuschreibung merkmalsbezogen sowohl in schriftlichen Vorabbewertungen als auch in den persönlichen Treffen des Expertengremiums auf einer 9-stufigen Skala ab. Ein Konsens des Expertengremiums, dass das jeweils beurteilte Kriterium erfüllt ist, wurde vom IQTIG dann angenommen, wenn in der zweiten Bewertung mehr als 75 % der Expertinnen und Experten einen Punktwert von 7 oder höher vergeben haben (ähnlich der Konsensstärke, die die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) bei Abstimmungen über Leitlinienempfehlungen verwendet) (IQTIG 2019b). Die Einschätzung des beratenden Expertengremiums wird – neben der Literatur sowie den Ergebnissen möglicher Sozialdatenanalysen – als ein Wissensbestand bei der Auswahl der relevanten Qualitätsmerkmale durch das IQTIG berücksichtigt. Eine einzelne Darstellung der jeweiligen quantitativen Merkmalsbewertungen ist darüber hinaus nicht aussagekräftig. Die Ergebnisse der Diskussionen im Expertengremium sowie die Entscheidungen des IQTIG im Hinblick auf die Überführung der Qualitätsmerkmale zur weiteren Operationalisierung sind im Abschlussbericht in Kapitel 5 je abgeleitetem Qualitätsmerkmal ausführlich dargestellt.

### 3 Operationalisierung der Qualitätsindikatoren

Zur Methodik der Operationalisierung sowie zu den operationalisierten Qualitätsindikatoren fanden sich in den Stellungnahmen verschiedene Anmerkungen. In zwei Stellungnahmen wurde angemerkt, die Ableitung der Qualitätsmerkmale auf Grundlage einer Literatur- und Leitlinienrecherche sowie des Rahmenvertrags Entlassmanagement seien nachvollziehbar beschrieben und es wurde insbesondere die konkrete Darstellung der zugrundeliegenden Evidenz positiv erwähnt (GKV-SV, S. 7; KBV, S. 4). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde hervorgehoben, dass die Rationale der Entwicklung der Indikatoren sehr gut dargestellt werde (DNVF, S. 1).

Von anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde dagegen kritisiert, dass die Vorgehensweise beim Entwicklungsschritt von den konsentierten Qualitätsmerkmalen hin zu den operationalisierten Qualitätsindikatoren einschließlich ihrer Datenfelder nicht ausreichend transparent sei bzw. die Kriterien nicht nachvollziehbar seien (BPtK, S. 13; PatV, S. 9; DNVF, S. 2); ebenfalls unklar sei das Entscheidungsrationale für Inhalt und Wording der Datenfelder, was jedoch zur Beurteilung, ob die Operationalisierung eines Indikators bzw. Datenfeldes für die Durchführung der beauftragten Qualitätssicherung zweckmäßig ist, unabdingbar sei (BPtK, S. 9). Hinsichtlich der Berücksichtigung der qualitativen Ergebnisse aus Interviews und Gruppendiskussionen bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale bzw. der Darlegung des Verbesserungspotenzials wurde angemerkt, es bliebe letztlich offen, wie mit unterschiedlichen und teils widersprüchlichen Informationen vonseiten des IQTIG umgegangen werde (BPtK, S. 5).

**IQTIG:** Der Entwicklungsprozess einschließlich der Ableitung von Qualitätsmerkmalen und der Operationalisierung der Indikatoren erfolgte gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG und ist im Bericht transparent dargelegt. Zugleich wurden Hinweise aus den bereits im Rahmen der Erstellung des Zwischenberichts Entlassmanagement (IQTIG 2019a) durchgeführten Einzelinterviews und Fokusgruppen sowie aus dem Expertengremium auf ein Verbesserungspotenzial einbezogen und den Erkenntnissen aus der Literatur gegenübergestellt. Die Ergebnisse aus den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen wurden bereits im Zwischenbericht Entlassmanagement ausführlich dargelegt und für den vorliegenden Bericht erneut gesichtet und zusammenfassend dargestellt. Die Informationen aus den verschiedenen Wissensquellen wurden in der Zusammenschau gesichtet und bildeten so die Grundlage für die Entscheidungen des IQTIG.

Die Datenfelder wurden gemäß den methodischen Vorgaben des IQTIG entwickelt. Es wird im Rahmen der Machbarkeitsprüfung im Sinne eines Pretests mit

Echtdaten im Dialog mit den Leistungserbringern näher zu prüfen sein, ob Anpassungsbedarf z. B. hinsichtlich der Zweckmäßigkeit und Verständlichkeit der Datenfelder besteht.

Nach Ansicht einer stellungnahmeberechtigten Organisation seien die konkreten Vorschläge für die Referenzbereiche der Qualitätsindikatoren insgesamt nur bedingt nachvollziehbar, da die Entscheidungskriterien zur Bemessung der Höhe der Referenzbereiche aus dem Vorbericht nicht schlüssig hervorgehen (BPtK, S. 9).

**IQTIG:** Die jeweiligen Referenzbereiche wurden gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG vorgeschlagen und unter Einbeziehung der Beratungsergebnisse aus dem Expertengremium vom IQTIG empfohlen (IQTIG 2019b). Die endgültige Festlegung der Referenzbereiche obliegt dem G-BA.

### 3.1 Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde für den Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“ darauf hingewiesen, dass der Begriff „zeitliche Abläufe“ in der Zählerbeschreibung unklar und daher begrifflich eine Klarstellung vonnöten sei (DKG, S. 10; DNQP, S. 2). Zudem wurde bezüglich einer krankenhausernen Evaluation kritisch angemerkt, dass Vorgaben zur Frequenz und Fallauswahl zwar in einer Verfahrensregelung beschrieben werden könnten, die Umsetzung unter den derzeit bekannt schwierigen personellen Gegebenheiten in den Krankenhäusern jedoch äußerst unwahrscheinlich sei (DKG, S. 10). Aus Sicht einer stellungnahmeberechtigten Organisation erscheinen die Datenfelder zu diesem Indikator in der vorgelegten Form allein nicht ausreichend präzise, es seien hier differenzierte Ausfüllhinweise nötig (GKV-SV, S. 11).

**IQTIG:** Das IQTIG hat den Hinweis bezüglich der Zählerbeschreibung aufgenommen und diese im Abschlussbericht angepasst.

Die Anforderungen an die Verfahrensregelung wurden mit der Festlegung von Frequenz und Fallauswahl für die krankenhauserne Evaluation vorerst niedrigschwellig gehalten. Im Sinne des PDCA-Zyklus sollte auf eine – zumindest stichprobenartige – Evaluation nicht verzichtet werden. Potenzielle Schwierigkeiten hinsichtlich der Umsetzbarkeit werden im Rahmen der Machbarkeitsprüfung im Dialog mit den Leistungserbringern näher zu prüfen sein. Ebenso kann eine eventuell notwendige Präzisierung der Datenfelder sowie die Ergänzung von Ausfüllhinweisen im Rahmen der Machbarkeitsprüfung geprüft werden.

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

Bezüglich der Indikatorbezeichnung wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation vorgeschlagen, diese um den Zusatz „entsprechend den professions-spezifischen Verantwortlichkeiten“ zu ergänzen (DNQP, S. 3). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, den Begriff „Professionen“ anstatt Gesundheitsprofessionen zu verwenden und zudem „Fachkräfte der Sozialen Arbeit“ in Zähler und Nenner zu ergänzen (DVSG, S. 6). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kommentiert, eine Einrichtungsbefragung bezüglich einer Schulung sei nur sinnvoll, wenn die Schulungsinhalte dem unterschiedlichen Bedarf verschiedener Berufsgruppen entsprechend genau definiert seien und differenziert abgefragt würden (BÄK, S. 7; DGP, S. 3). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde zu bedenken gegeben, dass sich allein aus der Teilnahme an Schulungen durch einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch keine Rückschlüsse auf die Qualität des Entlassmanagements ziehen ließen (DKG, S. 10).

**IQTIG:** Das IQTIG stimmt zu, dass die am Entlassmanagement beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht zwingend einer Gesundheitsprofession angehören und hat die Bezeichnungen im Abschlussbericht sowie im Indikatorrenset V1.1 entsprechend angepasst sowie „Fachkräfte der Sozialen Arbeit“ ergänzt. Die Inhalte und Adressaten und damit die professions-spezifischen Verantwortlichkeiten sind in der jeweiligen Verfahrensregelung festzulegen (siehe Qualitätsindikator „Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement“) und werden dementsprechend Inhalt der Schulung zur hausinternen Verfahrensregelung zum Entlassmanagement. Es soll gewährleistet sein, dass Schulungen zum Entlassmanagement in den Krankenhäusern grundsätzlich implementiert werden. Die Schulungen sind aus Sicht des IQTIG eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements.

Bezüglich der zu schulenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde in einer Stellungnahme kritisiert, dass die am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen nicht ausreichend klar abgegrenzt seien, dies jedoch Voraussetzung für die Ermittlung einer Quote sei (Sozialbehörde HH, S. 1–2). In einer weiteren Stellungnahme wurde angemerkt, dass die Indikatorbezeichnung in Bezug zum Qualitätsziel sowie die Definition des Zählers nicht ganz konsistent seien (GKV-SV, S. 11–12). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Hinweis gegeben, dass die Erfassung der Bestandskräfte zum Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung, bzw. ob und wie diese zu schulen seien, unklar sei (DGK/DGIM, S. 2; GKV-SV, S. 11). Nach Einschätzung einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation verursache die Einbeziehung von Honorar- und Leasingkräften bei der

Dokumentation einen ungerechtfertigten Aufwand zum Nachhalten der benötigten Informationen (DKG, S. 10).

**IQTIG:** Das IQTIG hat die Hinweise bezüglich der Abgrenzung sowie der Definition des Zählers aufgenommen und sowohl die Zähler- als auch Nennerbeschreibung im Abschlussbericht sowie im Indikatorenset V1.1 angepasst: demnach beziehen sich Zähler und Nenner ausschließlich auf 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. Darüber hinaus steht es den Krankenhäusern jedoch frei, krankenhausesindividuell festzulegen, auch weitere Berufsgruppen zur krankenhausesinternen Verfahrensregelung zu schulen.

Eine Schulung von Bestandskräften zu Beginn des QS-Verfahrens erscheint auch dem IQTIG aufgrund eines zu hohen Aufwands nicht umsetzbar. Daher wird die Schulung der Bestandskräfte von diesem Qualitätsindikator nicht erfasst. Der Qualitätsindikator adressiert alle neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sodass ein einheitlicher Kenntnisstand zum Entlassmanagement sukzessive aufgebaut werden kann. Der Qualitätsindikator bezieht auch Honorar- und Leasingkräfte mit ein, da diese ebenfalls täglich am Entlassmanagement beteiligt sein können und daher aus Sicht der Expertinnen und Experten des Expertengremiums und auch des IQTIG genauso über Kenntnisse der jeweiligen krankenhausesindividuellen Regelungen des Entlassmanagements verfügen sollten.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde bezüglich des Datenfeldes „Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht dokumentiert“ bemängelt, dass der Umgang mit der entsprechenden Antwort bei der Auswertung des Indikators unklar sei (GKV-SV, S. 12).

**IQTIG:** Das IQTIG stellt klar, dass Leistungserbringer, die die Anzahl der an einer entsprechenden Schulung teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht erfassen, den Qualitätsindikator nicht erfüllen und auffällig werden.

### 3.3 Qualitätsindikator „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“

Der Titel des Qualitätsindikators „Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team“ wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation als nicht treffend kritisiert, da eine „Aktualisierung“ sowie die Erstellung des Entlassplans „im multiprofessionellen Team“ nicht konkret abgefragt würden (DKG, S. 11).

**IQTIG:** Das IQTIG stimmt der Kritik zu und hat den Titel des Qualitätsindikators im Abschlussbericht entsprechend angepasst.

Des Weiteren kritisierte die stellungnahmeberechtigte Organisation, dass der geforderte Entlassplan lediglich einem redundanten Zusammenführen bereits vorhandener Informationen diene und somit unnötigen Aufwand verursache (DKG, S. 11). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands die Erforderlichkeit eines Entlassplans von konkreten Faktoren, wie z. B. dem Vorhandensein von Komorbiditäten, eines Pflegegrades, der Neueinleitung einer Sauerstofftherapie etc., abhängig zu machen; als Bezugsgröße müsse festgelegt sein, welche Patientinnen und Patienten einen Entlassplan benötigen (DGP, S. 3).

**IQTIG:** Aus Sicht des IQTIG ist ein Entlassplan in jedem Fall erforderlich, um zu dokumentieren, dass der Bedarf des Entlassmanagements zumindest initial geprüft wurde. Sofern kein Bedarf für Maßnahmen des Entlassmanagements über den Entlassbrief hinaus besteht, ist dies ebenfalls im Entlassplan festzuhalten.

Aus der recherchierten Literatur sowie aus den Einzelinterviews und Fokusgruppen ergaben sich Hinweise, dass vorhandene Informationen zum Entlassmanagement häufig dezentral oder für die Beteiligten schlecht zugänglich vorliegen und dadurch ein optimaler Prozessablauf im Entlassmanagement verhindert wird. Aus Sicht des IQTIG ist daher ein zentral vorliegender, umfassender Entlassplan eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kommentiert, es sei unklar, wie mit Patientinnen und Patienten, die initial nicht die Kriterien für ein umfassendes Entlassmanagement erfüllten und die z. B. durch Komplikationen im Verlauf der Behandlung erst einen solchen Bedarf entwickelten, zu verfahren sei (DGK/DGIM, S. 3).

**IQTIG:** Eine Veränderung des Entlassmanagementbedarfs und damit einhergehend eine Aktualisierung des Entlassplans kann sich im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes jederzeit ergeben. Dies ist jedoch schwer operationalisierbar. Es bleibt in der Verantwortung der Krankenhäuser, entsprechend ihren Gegebenheiten angemessene Prozessschritte zur Überprüfung und Aktualisierung des Entlassplans zu implementieren. Eine abschließende Überprüfung des Entlassplans auf seine Aktualität vor der Entlassung ist aus Sicht des IQTIG daher ein wichtiger Prozessschritt und im Sinne einer Erfolgskontrolle zu dokumentieren.

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde eingewendet, dass das Abfragen eines Datums in Bezug auf die erfolgte abschließende Überprüfung



des Entlassplans überflüssig sei, ein einfaches Ja-/Nein-Feld stattdessen sei ausreichend (BÄK, S. 8; DKG, S. 12).

**IQTIG:** Die Formulierung der Datenfelder erfolgte entsprechend den methodischen Vorgaben des IQTIG. Dementsprechend wird auch die Datumsangabe für die Erstellung des Entlassplans erhoben, um eine höhere Validität zu gewährleisten.

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

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, der Bezug des Indikators sei unklar und sollte mit der Indikatorbezeichnung deutlicher werden (DNVF, S. 2). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde empfohlen, den Indikator zurückzustellen, da er über die gesetzlichen Anforderungen hinausgehe (Sozialbehörde HH, S. 2). In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass das Thema auch durch die Patientenbefragung adressiert werde und Doppelerhebungen zu vermeiden seien (DKG, S. 12). Das Entscheidende eines derartigen Konzeptes seien Anwendung und Nutzen, so wurde von der stellungnahmeberechtigten Organisation betont; darüber könne jedoch mit dem vorliegenden Qualitätsindikator keine Aussage getroffen werden (DKG, S. 12). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde empfohlen, die Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die diese Konzepte erstellt würden, je nach Fachbereich einzugrenzen, um unnötige Bürokratie zu vermeiden (DGP, S. 4). In einer weiteren Stellungnahme wurde kritisiert, dass der Qualitätsindikator wenig differenziert operationalisiert sei (GKV-SV, S. 12).

**IQTIG:** Bei diesem Qualitätsindikator wurde ein niedrigschwelliger Ansatz gewählt, sodass die Krankenhäuser die Inhalte und Adressaten im Rahmen eines Konzeptes nach ihren jeweiligen Gegebenheiten selbst festlegen können. Es soll gewährleistet sein, dass Angebote des Kompetenz- und Informationserwerbs für Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern grundsätzlich konzipiert und implementiert werden. Diese sind aus Sicht des IQTIG eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements.

Da das Thema des Qualitätsindikators auch durch die Patientenbefragung adressiert wird, hat sich das IQTIG nach erneuter Diskussion jedoch entschieden, den Indikator nicht in das endgültige Indikatorenset V1.1 zu übernehmen.

### 3.5 Qualitätsindikator „Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans“

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Indikator im Interesse einer erhöhten Arzneimitteltherapiesicherheit begrüßt; eine Einbindung

des Medikationsplans in die elektronische Patientenakte sei dabei unerlässlich (StN Experte, S. 1; GAA, S. 1). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde ebenfalls befürwortet, einen elektronischen Medikationsplan gemäß den Festlegungen der KBV sowohl auf der elektronischen Gesundheitskarte als auch in der elektronischen Patientenakte abzulegen (Sozialbehörde HH, S. 3). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation sprach sich dafür aus, eine Frist bis zur verbindlichen Umsetzung der Vorgaben festzulegen, da dies derzeit aus verschiedenen Gründen noch nicht in allen Krankenhäusern möglich sei (DGP, S. 4). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde kritisiert, dass das IQTIG hier die gesetzlichen Vorgaben überschreite; die Vorgaben gemäß § 31a SGB V seien ausschließlich für die vertragsärztliche Versorgung verbindlich, Krankenhäuser hingegen seien ausgenommen, zumal diesen das Ausstellen eines Medikationsplans nicht vergütet würde (DKG, S. 12).

**IQTIG:** Die gesetzlichen Vorgaben des § 31a SGB V zielen auf ein bundesweit einheitliches Format eines Medikationsplans zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit für alle gesetzlich Versicherten ab. Dementsprechend soll gemäß *Rahmenvertrag Entlassmanagement* ein Medikationsplan dieses Formats auch durch Krankenhäuser erstellt und ausgehändigt werden. Die *Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans* enthält eine entsprechende Spezifikation für die Anwendung auch durch Krankenhäuser. Nach Einschätzung des IQTIG ist davon auszugehen, dass insbesondere aufgrund der Förderung durch den Krankenhauszukunftsfonds die notwendige digitale Infrastruktur bis zum Verfahrensstart in den Krankenhäusern zur Verfügung stehen wird, sodass die Mitgabe eines Medikationsplans im bundeseinheitlichen Format standardmäßig möglich sein wird. Dies ist aus Sicht des IQTIG eine wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit.

Eine Hinterlegung des Medikationsplans in der elektronischen Patientenakte (ePA) sollte auf Wunsch der Patientin oder des Patienten erfolgen. Unter den derzeitigen Rahmenbedingungen einer nicht verpflichtenden ePA sollte jedoch standardmäßig die Mitgabe eines Medikationsplans in Papierform weiterhin vorgesehen werden. Unabhängig davon sieht das IQTIG einen direkten Informationsfluss vom Krankenhaus zu Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder Apotheken als genauso wichtig an und unterstützt die Forderung einer möglichst zügigen Anbindung aller betreffenden Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur.

Bezüglich des Datenfelds „Wurde die Patientin oder der Patient mit 3 oder mehr Arzneimitteln entlassen?“ wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, es sei dafür eine Überprüfung der Anzahl der Arzneimittel in jedem Einzelfall erforderlich, was einen erhöhten Aufwand verursache (DKG, S. 13).

In zwei Stellungnahmen wurde zudem eingewandt, die Erhebung des Ausstellungsdatums eines Medikationsplans über ein zusätzliches Datenfeld sei überflüssig, da dieses zur Berechnung des Qualitätsindikators nicht benötigt werde; eine einfache Abfrage, ob ein Medikationsplan mitgegeben worden sei, sei hier ausreichend und das Datenfeld zu streichen (BÄK, S. 8; DKG, S. 13).

**IQTIG:** Das IQTIG nimmt die Hinweise zu den Datenfeldern auf. Eine eventuell notwendige Anpassung hinsichtlich des Datenfeldes „Wurde die Patientin oder der Patient mit 3 oder mehr verordneten Arzneimitteln entlassen?“ wird im Rahmen der Machbarkeitsprüfung im Dialog mit den Leistungserbringern näher zu prüfen sein.

Die Formulierung der Datenfelder erfolgte entsprechend den methodischen Vorgaben des IQTIG. Dementsprechend wird auch die Datumsangabe für die Ausstellung des Medikationsplans erhoben, um eine höhere Validität zu gewährleisten.

### 3.6 Qualitätsindikator „Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen“

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der Indikator ausdrücklich begrüßt (KBV, S. 6; GAA, S. 3); die Praxis zeige, dass häufig Patientinnen und Patienten ohne die notwendige Medikation entlassen würden (KBV, S. 6). Zudem sei bei der Weiterentwicklung eine hinreichende Kennzeichnung der mitgegebenen Medikamente zu berücksichtigen (GAA, S. 3). Bezüglich der Datenfelder dieses Qualitätsindikators wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angeregt, die Formulierungen so anzupassen, dass weniger Datenfelder erforderlich seien, um so den Aufwand zu reduzieren (DKG, S. 13). Da das Entlassdatum bekannt sei, könne automatisch ermittelt werden, welcher Wochentag bzw. ob ein bevorstehender Feiertag betroffen seien, eine händische Eingabe könne dann entfallen; der so ermittelte Wert könne als Filter für die abhängigen Datenfelder dienen, ob eine Mitgabe der erforderlichen Medikamente bzw. die Mitgabe einer Verordnung erfolgte (DKG, S. 13; BÄK, S. 9). Darüber hinaus wurde kritisiert, dass der Referenzbereich für den Indikator von  $\geq 95\%$  für den Verfahrensstart zu hoch angesetzt sei (DKG, S. 13).

**IQTIG:** Das IQTIG hat die Hinweise zu den Datenfeldern aufgenommen und diese im Indikatorenset V1.1 entsprechend angepasst.

Der Referenzbereich wurde gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG vorgeschlagen und unter Einbeziehung der Beratungsergebnisse aus dem Expertengremium vom IQTIG empfohlen (IQTIG 2019b). Die endgültige Festlegung der Referenzbereiche obliegt dem G-BA.

Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde gefordert, das Betäubungsmittelgesetz sei dahingehend zu ändern, dass auch Analgetika, die als Betäubungsmittel klassifiziert sind, im Rahmen des Entlassmanagements zukünftig mitgegeben werden könnten; vor allem Schmerzpatienten würden davon profitieren können (DEGRO, S. 1).

**IQTIG:** Für Betäubungsmittel kann im Rahmen des Entlassmanagements eine Verordnung ausgestellt werden, eine Mitgabe ist derzeit jedoch nicht möglich. Das IQTIG hat einen entsprechenden Ausfüllhinweis für das betreffende Datenfeld zur Klarstellung im Indikatorenset V1.1 ergänzt. Bei einer entsprechenden Änderung des Betäubungsmittelgesetzes wäre im Verlauf des Regelbetriebs zu prüfen, inwieweit dies durch das QS-Verfahren aufgegriffen werden kann.

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

Bei diesem Qualitätsindikator wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen ein hoher Aufwand angesichts von 11 auszufüllenden Datenfeldern und zugleich ein fraglicher Nutzen kritisiert (BÄK, S. 10; DKG, S. 14; GKV-SV, S. 13). Es würden Standards hinsichtlich eines Entlassbriefs abgefragt, die von den Krankenhäusern ohnehin erfüllt würden, was als zu aufwändig eingeschätzt wird und daher von Krankenhäusern zu Recht als zu bürokratisch kritisiert werden könnte (GKV-SV, S. 13; BÄK, S. 10). Es wurde argumentiert, für den Indikator seien zwei Felder ausreichend, die fallbezogen abfragen, ob ein Entlassbrief vorhanden sei und ob die obligatorischen Inhalte enthalten seien (DKG, S. 14). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, die ausdifferenzierten Anforderungen an einen endgültigen Entlassbrief auf Fälle mit speziellen Konstellationen zu beschränken; bei kurzstationären Fällen, die z. B. lediglich einer Untersuchung dienen, sei ein derartiger Entlassbrief nicht zu gewährleisten (DGP, S. 5–6). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde die fallbezogene Erfassung unter Abwägung von Aufwand und Nutzen als grundsätzlich problematisch angesehen; es sei daher zu prüfen, ob diese in eine Einrichtungsbefragung überführt werden könne (GKV-SV, S. 13). Gleichzeitig wurde von der stellungnahmeberechtigten Organisation für den Qualitätsindikator angeregt, alternativ statt der QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer eine Prüfung der Qualität der Entlassbriefe durch Fachexpertinnen und Fachexperten in Betracht zu ziehen (GKV-SV, S. 6, 14).

Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde angemerkt, dass der Referenzbereich von  $\geq 95\%$  für den Verfahrensstart zu hoch sei (DKG, S. 14).

**IQTIG:** Das IQTIG hat die Hinweise aufgenommen und sich nach erneuter Diskussion hinsichtlich der Aufwand-Nutzen-Relation entschieden, den Qualitätsindikator nicht in das endgültige Indikatorenset V1.1 zu übernehmen. Das wichtige Thema des Entlassbriefs wird weiterhin mit dem Qualitätsindikator „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an ambulant nachbehandelnde Leistungserbringer“ adressiert.

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

Bei diesem Qualitätsindikator wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen angeregt, perspektivisch den Entlassbrief als medizinisches Informationsobjekt (MIO) zu integrieren; damit seien zugleich auch strukturierte Inhalte festgelegt (KBV, S. 7; Dt. Hausärzteverband, S. 1–2; StN Experte, S. 1).

**IQTIG:** Das IQTIG unterstützt die Forderung einer zügigen Anbindung aller betreffenden Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur sowie die Nutzung entsprechend geeigneter Instrumente für die Kommunikation.

Bezüglich der Adressaten eines endgültigen Entlassbriefs wurde in einer Stellungnahme darauf hingewiesen, es seien auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten explizit als nachbehandelnde Leistungserbringer zu nennen, wie dies in der 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) vorgesehen sei; dementsprechend sei auch ein weiteres Datenfeld zu ergänzen (BPtK, S. 10).

**IQTIG:** Das IQTIG bedankt sich für den Hinweis. Im Indikatorenset V1.1 sowie im fallbezogenen Dokumentationsbogen wurden entsprechende Datenfelder ergänzt.

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde eine 14-Tage-Frist für die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs als de facto nicht immer umsetzbar eingeschätzt; um keine schlechten Indikatorergebnisse zu erzielen, sei hier eine Anpassung erforderlich, z. B. sei an eine Teilübermittlung oder definierte Ausnahmeregelungen oder an eine Fristverlängerung zu denken (DKG, S. 15). Von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation wurde vorgeschlagen, die Frist für den endgültigen Entlassbrief auf vier Wochen zu verlängern (DGP, S. 6). In einer Stellungnahme wurde empfohlen, bei der Entlassung einen vorläufigen Entlassbrief zu fordern, da ein endgültiger Entlassbrief innerhalb von 14 Tagen nicht machbar sein werde (DGOOC/DGU/DGOU, S. 3). In einer weiteren Stellungnahme wurde mit Verweis auf einen zunehmenden Korrekturbedarf bei

Entlassbriefen in der Praxis ebenfalls das Zwei-Wochen-Ziel als problematisch eingeschätzt und daher ein Referenzbereich von  $\geq 80\%$  für den Start des Verfahrens empfohlen (DGK/DGIM, S. 3). Zudem wurde die Bedeutung eines vorläufigen Entlassbriefs betont; dieser entspreche in Qualität und Umfang häufig bereits einem endgültigen (DGK/DGIM, S. 3). In einer weiteren Stellungnahme wurde die grundsätzliche Mitgabe eines vorläufigen Entlassbriefs empfohlen, welcher in Kurzform die wichtigsten Informationen zu Diagnose, Therapie und anschließender Versorgung enthalte (BeKD, S. 1). Es wurde betont, ein vorläufiger Entlassbrief, der alle wichtigen Informationen enthalte, sei – ebenso wie die Direktmitgabe eines endgültigen Entlassbriefs – für die unmittelbare Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung (BÄK, S. 9). Von zwei weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass ein direkter Informationsfluss vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich bereits vor der Entlassung erfolgen und insgesamt die Kommunikation mit Hausärztinnen und Hausärzten deutlich verbessert werden und ebenfalls vor der Entlassung stattfinden müsse (GAA, S. 2; Dt. Hausärzteverband, S. 1). Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation wurde geäußert, das IQTIG möge patientenverständliche Entlassbriefe als relevanten Qualitätsaspekt bei der Verfahrensentwicklung berücksichtigen (PatV, S. 11).

**IQTIG:** Der Qualitätsindikator fokussiert auf den endgültigen Entlassbrief als Dokument zur abschließenden Informationsweitergabe an nachbehandelnde Leistungserbringer. Da – wie von einigen stellungnahmeberechtigten Organisationen beschrieben – in einem vorläufigen Entlassbrief, der den Patientinnen und Patienten bei Entlassung überwiegend mitgegeben werde, häufig bereits die wichtigsten Informationen enthalten sind, wird die Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung als angemessen angesehen. Dies schließt die Möglichkeit ein, dass einzelne Befunde mit höherer Latenz später nachgereicht werden können. Eine entsprechende Anmerkung wurde im Indikatorenset V1.1 ergänzt. Die Frage nach der Mitgabe eines vorläufigen Entlassbriefs bei der Entlassung wird bereits durch die Patientenbefragung aufgegriffen.

In Bezug auf eine frühzeitige Informationsweitergabe verweist das IQTIG auf den zukünftig umzusetzenden Qualitätsindikator „Elektronische Information der ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer über weitere Maßnahmen / relevante Versorgungsinformationen gemäß Entlassplan spätestens am Tag vor der Entlassung“, mit dem eine frühestmögliche Kommunikation gewährleistet werden soll.

Das IQTIG empfiehlt bei diesem Indikator einen Referenzbereich von  $\geq 90\%$ . Aufgrund verschiedener Hinweise aus dem Expertengremium hinsichtlich schwieriger interner Prozesse bei der Erstellung eines Entlassbriefs sowie aus der Literatur wurde damit von dem ursprünglich angedachten Referenzbereich

von  $\geq 95\%$  abgewichen. Die endgültige Festlegung des Referenzbereichs obliegt jedoch dem G-BA.

Patientenverständliche Entlassbriefe stellen nach Einschätzung des IQTIG ein zentrales Element für eine patientenorientierte Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements dar. Im Januar 2022 wurden vom Innovationsausschuss beim G-BA auf Basis der Ergebnisse des Projekts „PASTA – Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen (G-BA 2022). Sollten patientenverständliche Entlassbriefe zukünftig als Neuerung in der Regelversorgung etabliert werden, wäre im Verlauf des Regelbetriebs zu prüfen, inwieweit dies durch das QS-Verfahren aufgegriffen werden kann.

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

Bei diesem Qualitätsindikator wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass bei entsprechender Formulierung: „Wenn der Patient poststationär pflegerischen Unterstützungsbedarf benötigt: Wurde ihm ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben?“ anstelle von drei Datenfeldern ein Datenfeld ausreichend sei (DKG, S. 15). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kommentiert, dass das Datum der Erstellung eines Pflegeüberleitungsbogens für den Indikator nicht relevant und daher das Datenfeld „Datum der Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens“ zu streichen sei (BÄK, S. 11; DKG, S. 15). In einer Stellungnahme wurde darüber hinaus für die grundsätzliche Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bzw. deren Bezugspersonen bei der Entlassung plädiert (BeKD, S. 2).

**IQTIG:** Die Formulierung der Datenfelder erfolgte entsprechend den methodischen Vorgaben des IQTIG. Dementsprechend wird auch die Datumsangabe für die Erstellung des Pflegeüberleitungsbogens erhoben, um eine höhere Validität zu gewährleisten.

Der Qualitätsindikator fokussiert die Patientinnen und Patienten mit Bedarf für eine pflegerische Versorgung, für die der Pflegeüberleitungsbogen wichtige Informationen enthält. Unter Aufwand-Nutzen-Gesichtspunkten ist die grundsätzliche Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an alle Patientinnen und Patienten aus Sicht des IQTIG nicht angemessen.

### 3.10 Kennzahl „Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Erhebung einer Kennzahl für die 30-Tage-Wiederaufnahme als prinzipiell nachvollziehbar

und sinnvoll eingeschätzt (DGK/DGIM, S. 4; DNQP, S. 3; BÄK, S. 12). Eine Stellungnahme sprach sich für eine möglichst frühzeitige Einführung des international gebräuchlichen Indikators „Ungeplante Wiederaufnahmen“ auf Basis von Sozialdaten aus (DNVF, S. 1). Nach Ansicht einer stellungnahmeberechtigten Organisation seien auf dieser Basis noch weitere Kennzahlen vorstellbar, um beispielsweise regionale systemische Qualitätsunterschiede zu detektieren (BÄK, S. 16). Von verschiedenen anderen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die Zuschreibbarkeit der Verantwortung schwierig bzw. eine Kausalität zum Entlassmanagement nicht gegeben bzw. diese vor einer Bewertung zwingend zu prüfen sei (GKV-SV, S. 15; Sozialbehörde HH, S. 2; DGOOC/DGU/DGOU, S. 3). Für eine Ursachenanalyse würden demnach weitere Erhebungen bei Patientinnen und Patienten sowie Nachsorgern erforderlich werden, um einen Zusammenhang zu einem unzureichenden Entlassmanagement belegen zu können (DNQP, S. 3); es sei durchaus möglich und sinnvoll, Patientinnen und Patienten nach den Gründen einer Wiederaufnahme zu befragen und dies einrichtungsbezogen zu nutzen (PatV, S. 9). Des Weiteren wurde angeregt, die Kennzahl durch die Krankenkassen direkt erheben zu lassen (Sozialbehörde HH, S. 2; DGP, S. 7); bei Auffälligkeiten sei dann mit dem jeweiligen Krankenhaus zu klären, ob diese tatsächlich auf ein inadäquates Entlassmanagement zurückzuführen seien (DGP, S. 7). In einer Stellungnahme wurde vorgeschlagen, die Stratifizierung durch eine mit der Vorbehandlung in Zusammenhang stehenden Diagnose zu konkretisieren und die Kennzahl ebenfalls nach den Ergebnissen des Indikators zur Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens stratifiziert auszuwerten (DVSG, S. 10). Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurden negative Anreize zur Patientenselektion bei Krankenhäusern befürchtet, um zu vermeiden aufgrund einer hohen Anzahl multimorbider Patientinnen und Patienten auffällig zu werden (DGOOC/DGU/DGOU, S. 7). Für bestimmte Patientenkollektive, wie beispielsweise in der Radiologie oder Onkologie, sei die Kennzahl aufgrund der spezifischen Therapieregimes mit kurz aufeinanderfolgenden stationären Aufenthalten nicht anwendbar (DEGRO, S. 2). Auch unter einer Aufwand-Nutzen-Abwägung sei die Kennzahl problematisch (DGK/DGIM, S. 4) bzw. aufgrund des hinterfragbaren Nutzens abzulehnen (DKG, S. 16). Insbesondere auch die Publikation alleinig von Daten zu Wiederaufnahmen wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation als extrem problematisch eingeschätzt, wenn daraus eine über- oder unterdurchschnittliche Qualität abgeleitet werden solle (DGK/DGIM, S. 4).

**IQTIG:** Das IQTIG ist sich der Limitationen dieser Kennzahl bewusst und stimmt den in den Stellungnahmen geäußerten Bedenken teilweise zu. Im Vorbericht wurde auch aufgrund der Aussagen aus dem Expertengremium dargelegt, dass die Tatsache einer Wiederaufnahme keinesfalls per se ein Beleg für ein defizitäres Entlassmanagement ist. Vor diesem Hintergrund greift auch der Vor-



schlag einer Eingrenzung auf mit der Vorbehandlung in Zusammenhang stehenden Diagnosen zu kurz. Eine Kausalität bzw. der Zusammenhang einer Wiederaufnahme mit einem vorangegangenen Entlassmanagement kann letztlich nur im Einzelfall geprüft und nachgewiesen werden. Die Kennzahl wurde dennoch auftragsgemäß berücksichtigt und erlaubt aus Sicht des IQTIG eine erste Annäherung an den Sachverhalt. Die Ergebnisse könnten von den Krankenhäusern für eine Ursachenanalyse genutzt werden. Die Stratifizierung könnte erste Anhaltspunkte bieten, welche Prozesse des Entlassmanagements möglicherweise in einem Zusammenhang mit Wiederaufnahmen stehen. Da sich jedoch weitere relevante verfahrenstechnische Umsetzungshürden gezeigt haben (siehe Abschnitt 5.1), hat sich das IQTIG nach erneuter Diskussion entschieden, die Kennzahl nicht weiter für das QS-Verfahren zu empfehlen. Die Kennzahl wurde daher aus dem Indikatorenset V1.1 gestrichen und eine entsprechende Erläuterung im Abschlussbericht aufgenommen.

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

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Verwendung des Fachdienstes „Kommunikation im Medizinwesen (KIM)“ und eine Implementierung des Indikators im Regelbetrieb befürwortet (Sozialbehörde HH, S. 3; Dt. Hausärzteverband, S. 1; StN Experte, S. 1; GKV-SV, S. 20). Dieser ermögliche eine sichere, strukturierte und datengeschützte Kommunikation und sei daher das passende Werkzeug in diesem Kontext (Sozialbehörde HH, S. 3). Die dadurch ermöglichte frühzeitige Übermittlung von Informationen sei für ein qualitativ hochwertiges Entlassmanagement unerlässlich (StN Experte, S. 1). Eine stellungnahmeberechtigte Organisation verwies in diesem Zusammenhang auf konkrete Pläne, den Entlassbrief zukünftig als medizinisches Informationsobjekt (MIO) umzusetzen und als standardisiertes Dokument in die elektronische Patientenakte einzustellen; dennoch sei der Einsatz des Indikators mit Herausforderungen verbunden, da erfahrungsgemäß auch elektronisch der Dokumentationsaufwand bei Ärztinnen und Ärzten verbleibe, was hinsichtlich Umsetzung und Akzeptanz problematisch sei (KBV, S. 10). Eine weitere Stellungnahme sprach sich dafür aus, den Indikator so schnell wie möglich in das Verfahren zu integrieren, sodass dann beispielsweise eine automatisierte Erfassung der Anzahl von gesendeten bzw. empfangenen Entlassbriefen für eine Bewertung des Entlassmanagements herangezogen werden könnte (Dt. Hausärzteverband, S. 1). In mehreren Stellungnahmen wurde insbesondere in Bezug auf eine Medikation die Wichtigkeit des frühzeitigen und direkten Informationsflusses in die ambulante Versorgung betont (GAA, S. 2; Dt. Hausärzteverband, S. 1; StN Experte, S. 1).

**IQTIG:** Das IQTIG bedankt sich für die positiven Rückmeldungen und unterstützt die Forderung einer zügigen Anbindung aller betreffenden Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur sowie die Nutzung entsprechender geeigneter Instrumente für die Kommunikation, um den Qualitätsindikator so schnell wie möglich im Regelbetrieb einsetzen zu können. Der Indikator fokussiert eine zeitnahe und umfassende Informationsweitergabe als wesentliche Voraussetzung für die Qualität des Entlassmanagements.

## 4 Empfohlenes Qualitätsindikatorenset

### 4.1 Ausgewogenheit des Qualitätsindikatorensets

Das empfohlene Qualitätsindikatorenset wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen als methodisch gut hergeleitet und fachlich nachvollziehbar und stimmig angesehen. Die entwickelten Qualitätsindikatoren und die Kennzahl seien ausgewogen und gut geeignet, um zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie der Strukturen und Prozesse des Entlassmanagements in den Krankenhäusern beitragen zu können (GKV-SV, S. 9, KBV, S. 7, DNQP, S. 2, BPtK, S. 12, DVSG, S. 2, Sozialbehörde HH, S. 1, StN Experte, S. 2). Verschiedene stellungnahmeberechtigte Organisationen wiesen dabei jedoch auch darauf hin, dass eine Gesamtbewertung des Indikatorensets und somit des Gesamt-QS-Verfahrens erst vorgenommen werden könne, wenn auch die Entwicklungsergebnisse der Patientenbefragung vorlägen (BÄK, S. 15, DNQP, S. 2, DVSG, S. 3).

Im Detail merkte eine stellungnahmeberechtigte Organisation kritisch an, dass die Ausgewogenheit des Indikatorensets durch die Fokussierung ausschließlich auf die Struktur- und Prozessqualität der Krankenhäuser beschränkt sei und die Ergebnisqualität unberücksichtigt bleibe, wodurch wesentliche Informationen fehlen würde (DVSG, S. 3).

Hingegen äußerte eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation, dass die Gesamtzahl der entwickelten Indikatoren, inklusive die der Patientenbefragung, für das gesamte QS-Verfahren *Entlassmanagement* sehr umfangreich seien, so dass eine fachliche Tiefe und praktikable Befassung mit den Ergebnissen dieser Indikatoren fraglich erscheine. Vor diesem Hintergrund wurde empfohlen, den Umfang und den Inhalt des Indikatorensets nochmals kritisch zu reflektieren (GKV-SV, S. 10).

**IQTIG:** Vor dem Hintergrund der Rückmeldungen aus dem Beteiligungsverfahren wurden nach nochmaliger Aufwand-Nutzen-Abwägung zwei Qualitätsindikatoren gestrichen und das vorliegende Indikatorenset V1.1 somit auf nun 7 dokumentationsbasierte Qualitätsindikatoren reduziert. Aus Sicht des IQTIG liegt in der Zusammenschau mit den Indikatoren aus der Patientenbefragung somit ein fokussiertes und weiterhin ausgewogenes QI-Set vor, das die wesentlichen Verbesserungspotenziale im Hinblick auf die Struktur- und Prozessqualität und auch der Ergebnisqualität des Entlassmanagements adressiert.

Hinsichtlich der Beschreibung der Grundgesamtheit im Vorwort des Indikatorensets empfahl eine stellungnahmeberechtigte Organisation eine präzisere Definition und verständlichere Erläuterung einzuführen, da diese aktuell nicht selbsterklärend sei und davon auszugehen sei, dass bei der späteren Anwendung des

Indikatorensets in der Regel lediglich die hier vorangestellten Erläuterungen, nicht jedoch der zugehörige Bericht, gelesen werden (DVSG, S. 2).

**IQTIG:** Das IQTIG hat die Anmerkung hinsichtlich der ausführlicheren Erläuterung der Grundgesamtheit aufgenommen und eine entsprechende grafische Darstellung zur Beschreibung der Grundgesamtheit des QS-Verfahrens im Indikatorenset V1.1 integriert.

## 4.2 Berücksichtigung der patientenrelevanten Endpunkte

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass der Vorbericht weitere im Auftrag des G-BA genannte patientenrelevante Endpunkte – ambulante Notfallbehandlungen nach Entlassung, keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung, Patientin/Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess – nur indirekt oder gar nicht berücksichtige (DGK/DGIM, S. 2; GKV-SV, S. 10; PatV, S. 9; BPTK, S. 4). Dabei wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation eine Diskussion der ggf. identifizierten methodischen und inhaltlichen Limitationen vermisst (BPTK, S. 4). Es wurde konzidiert, dass ambulante Notfall-Behandlungen, die auch im kassenärztlichen Bereich stattfänden, auf der Basis von Routinedaten nur schwer zu erfassen seien, ebenso sei auch die Entstehung von Versorgungslücken über Kennzahlen schwer zu messen (PatV, S. 9; DGK/DGIM, S. 2). Einige Qualitätsindikatoren würden zumindest auf die Vermeidung von Versorgungslücken abzielen und die Selbstbestimmung und Kompetenz der Patientinnen und Patienten im Versorgungsprozess erfassen (DGK/DGIM, S. 2). Im Hinblick auf Patientenzentrierung wurde in einer Stellungnahme angeregt, das Verfahren zielgerichteter auf die Informiertheit der Patientinnen und Patienten und das rechtzeitige Vorliegen von Informationen für die weitere Versorgung als Voraussetzung für eine sichere Weiterbehandlung auszurichten (DNVF, S. 1). Eine genauere Beurteilung sei nach Meinung weiterer stellungnahmeberechtigter Organisationen allerdings nur über eine zusätzliche Patientenbefragung möglich, da nur Patientinnen und Patienten Auskunft über die Ursachen geben könnten (PatV, S. 9; DGK/DGIM, S. 2). Der Aufwand stehe jedoch wegen der enorm großen Zahl von zu befragenden Patientinnen und Patienten in einem fraglichen Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen (DGK/DGIM, S. 2).

**IQTIG:** Die entwickelten Qualitätsindikatoren zielen alle grundsätzlich auf die Vermeidung von Versorgungslücken beim Übergang in die weitere Versorgung ab, z. B. durch die generelle Durchführung eines Assessments, Erstellung eines Entlassplans oder Mitgabe von Medikamenten oder Medikamentenverordnungen. Darüber hinaus wird die Patientenperspektive bezüglich der lückenlosen Versorgung bzw. Selbstbestimmtheit und Informiertheit der Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Indikatoren durch die ergänzende

Patientenbefragung abgebildet. Hierdurch wird deutlich, dass die in der Beauftragung des G-BA genannten patientenrelevanten Endpunkte nicht notwendigerweise ausschließlich bei der Entwicklung der dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu adressieren waren. Dies wurde als grundsätzliches Auftragsverständnis noch im Abschlussbericht ergänzt.

Der Endpunkt „ungeplante Rehospitalisation“ wurde durch die Kennzahl „Ungeplante Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung“ berücksichtigt. Allerdings kann diese aufgrund verfahrenstechnischer Umsetzungshürden nicht aufwandsarm umgesetzt werden (siehe Abschnitt 5.1) und erscheint auch im Hinblick auf ihre Interpretierbarkeit auf das Entlassmanagement problematisch (siehe Abschnitt 3.10). Bezüglich des Endpunktes „ambulante Notfallkontakte“ wurde im Vorbericht dargelegt, dass hinsichtlich eines Verbesserungspotenzials aus der Literatur keine eindeutigen Belege entnommen werden konnten. Auch die kritische Einschätzung des Expertengremiums hinsichtlich eines Verbesserungspotenzials sowie der Zuschreibbarkeit der Verantwortung wurden im Vorbericht erläutert. Vor diesem Hintergrund und aufgrund einer bereits im Zwischenbericht dargelegten zu erwartenden hohen Komplexität und Fehleranfälligkeit eines Verfahrens zur Erfassung von ambulanten Notfallkontakten war aus Sicht des IQTIG dieses Qualitätsmerkmal zu diesem Zeitpunkt nicht sinnvoll weiter zu operationalisieren.

## 5 Auswertungs- und Umsetzungskonzept

Zum beschriebenen Auswertungs- und Umsetzungskonzept wurden verschiedene Aspekte im Rahmen des Beteiligungsverfahrens von den stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt.

### 5.1 QS-Auslösung

In mehreren Stellungnahmen wurde auf die Komplexität der Auslösung und den damit einhergehenden Aufwand eingegangen.

Verschiedene stellungnahmeberechtigte Organisationen machten deutlich, dass sie die QS-Auslösung für unverständlich hielten und sich nicht sicher seien, für welche Patientinnen und Patienten genau eine QS-Dokumentation durchgeführt werden müsse (BÄK, S. 12 f.; DGK/DGIM, S. 1; StN Experte, S. 1; DGP, S. 2; DGOOC/DGU/DGOU, S. 2). Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen sprachen sich daher für eine klarere Definition hinsichtlich der Erkrankungen bzw. der Fälle aus, für die ein Entlassmanagement erforderlich sein soll (DGP, S. 2; DGOOC/DGU/DGOU, S. 2).

In diesem Zusammenhang wurde auch bemängelt, dass es unklar bzw. nicht erkennbar sei, ob für alle nach dem Prognosemodell infrage kommenden Patientinnen und Patienten ein Datensatz mit dem Datenfeld zur vorliegenden Einwilligung zum Entlassmanagement angelegt werden müsse, oder ob das Datenfeld zur Einwilligung erst nach der Anwendung der zweistufigen Patientenselektion (ca. 1 Million verbleibende Patientinnen und Patienten) fällig wäre (BÄK, S. 12 f.; DGK/DGIM, S. 1). Es wurde darauf hingewiesen, dass der Aufwand der Anlage bei 16,2 Million Datensätzen erheblich sei (BÄK, S. 12 f.). Darüber hinaus wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen kritisiert, dass durch die notwendige Abfrage des Vorliegens einer Einwilligung zum Entlassmanagement ein zusätzlicher Aufwand anfallen würde, da diese Information nicht regelhaft und flächendeckend im Krankenhausinformationssystem (KIS) hinterlegt sei und manuell erfasst werden müsste (DKG, S. 16, KBV, S. 8).

**IQTIG:** Alle Patientinnen und Patienten haben ein prinzipielles Anrecht auf ein Entlassmanagement. Ob für eine Patientin oder einen Patienten ein Entlassmanagement durchgeführt werden muss, ist grundsätzlich individuell vom Leistungserbringer selbst zu ermitteln und zu verantworten. Unabhängig davon wählt der QS-Filter die für die Qualitätssicherungsdokumentation relevanten Fälle aus der Grundgesamtheit aus. Dies geschieht durch das Prognosemodell und die nachgelagerte Stichprobenziehung. Durch dieses Vorgehen wird die Anzahl der QS-pflichtigen Fälle von 16,2 Million auf ca. 300.000 (vormals 1 Million) reduziert. Der Leistungserbringer wird daraufhin bei dem jeweiligen

QS-pflichtigen Fall darauf hingewiesen, dass hier eine QS-Dokumentation zu übermitteln ist.

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement gibt vor, dass eine schriftliche Einwilligung der Patientinnen und Patienten zum Entlassmanagement einzuholen ist, womit eine Abfrage auch für die QS-pflichtigen Fälle notwendig ist, um die Daten für das QS-Verfahren erfassen zu dürfen. Bei Nicht-Einwilligung des Patienten ist dementsprechend lediglich ein sog. Basisdatensatz mit Stammdaten aus dem KIS zu übermitteln. Sofern derzeit die Information über das Vorliegen einer Einwilligung noch nicht in allen Krankenhäusern in digitaler Form im KIS vorliegt, ist in diesen Fällen eine manuelle Erfassung notwendig. Wenn Einwilligungserklärungen in digitaler Form vorliegen, können diese jedoch auch automatisiert in die QS-Dokumentation übernommen werden. Das IQTIG geht davon aus, dass sich bis zum Start des QS-Verfahrens im Regelbetrieb die Digitalisierung in den Krankenhäusern weiterentwickelt hat, sodass entsprechende Informationen regelhaft und flächendeckend digital vorliegen und automatisiert in die QS-Dokumentation übertragen werden können.

In zwei Stellungnahmen wurde zudem kritisiert, dass das Prognosemodell die QS-pflichtigen Fälle erst zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. nach der Entlassung des Patienten auslöse und somit, außer dem retrospektiven Anzeigen von dokumentationspflichtigen Fällen, keinen darüberhinausgehenden Nutzen für die Krankenhäuser aufweise (GKV-SV, S. 5 f., S. 15 f.; StN Experte, S. 1). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation merkte dementsprechend an, dass es durch die vorgesehene Auslösung zu einem Zeitverzug der Prozesse im Verfahren komme, was einen zusätzlichen Aufwand verursachen würden. Das Auslösekriterium 2-Tage-Verweildauer würde dazu führen, dass die Informationen für die ausgewählten Fälle nur verzögert erfasst werden könnten (DKG, S. 16). Vor allem bei der Erfassung der Informationen für den QI „Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer“ würde ein zusätzlicher zeitlicher Verzug der Dokumentation entstehen. Die fallbezogene Dokumentation würde so in separate Teilschritte gespalten, wodurch zusätzlich permanent offene und noch nicht abschließbare Vorgänge in der Software vorliegen würden, deren Nachhaltung sehr ressourcenaufwendig wäre (DKG, S. 16).

Dagegen wurde von einer anderen stellungnahmeberechtigten Organisation kritisiert, dass die Festlegung einer Verweildauer von mind. 2 Tagen generell zu gering sei. Es wurde angeregt, die Mindestverweildauer zu erhöhen, um Patientinnen und Patienten mit Routine-Eingriffen und einer häufigen Verweildauer von 2 Tagen nicht in der Grundgesamtheit zu berücksichtigen, da diese selten überhaupt einen Entlassmanagementbedarf hätten (DGK-DGIM, S. 3).

**IQTIG:** Bezüglich der Anmerkungen zur entstehenden Verzögerung der Prozesse während der Krankenhausbehandlung weist das IQTIG darauf hin, dass im vorliegenden QS-Verfahren die QS-Auslösung erst mit der Entlassung erfolgt und die QS-Dokumentation somit erst ausgelöst wird, wenn die Krankenhausbehandlung der Patientinnen und Patienten bereits abgeschlossen ist und davon ausgegangen werden kann, dass alle zu dokumentierenden Daten zu den Patientinnen und Patienten in der Akte routinemäßig vorliegen. Eine Ausnahme hierbei bildet in der Tat der Indikator zur Übermittlung des endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen. Die Dokumentation hierzu kann erst spätestens nach 14 Tagen erfolgen. Aus Sicht des IQTIG ist dieser Zeitraum jedoch durchaus überschaubar und daher den Krankenhäusern zumutbar. Grundsätzlich geht das QS-Verfahren also davon aus, dass die Entlassmanagementprozesse im Krankenhaus gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement beim Start des Regelbetriebs stabil etabliert sind und angemessen für alle Patientinnen und Patienten, und nicht nur für die in das QS-Verfahren eingeschlossene Stichprobe von Patientinnen und Patienten, Anwendung finden.

Das IQTIG bleibt bei seiner Empfehlung, für die QS-Auslösung eine Mindestverweildauer von zwei Tagen vorzusehen. Diese Empfehlung wurde aus pragmatischen Gründen gegeben: Es erscheint einerseits plausibel, dass in Fällen mit einer Verweildauer von weniger als zwei Tagen von einer eher geringeren Morbidität mit geringerem neuem Versorgungsbedarf oder bereits bestehenden Versorgungsstrukturen ausgegangen werden kann. Andererseits erscheint eine Mindestverweildauer von zwei Tagen ausreichend, um die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten zu erfassen und darauf angemessen zu reagieren.

Des Weiteren wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation hinsichtlich der gleichartigen QS-Auslösung bei den Leistungserbringern und den Sozialdaten bei den Krankenkassen angemerkt, dass bei der Sozialdatenspezifikation nicht nur berücksichtigt werden müsse, dass die fallbezogene QS-Auslösung bei den Leistungserbringern und die QS-Auslösung bei den Krankenkassen auf identische Weise umsetzbar sei, sondern diese insbesondere auch zum identischen Zeitpunkt erfolgen müsse, das heißt, dass jeweils die Daten verwendet werden müssten, die zum Zeitpunkt der Entlassung beim Krankenhaus vorlagen. Die stellungnahmeberechtigte Organisation hinterfragte diesbezüglich, ob dies grundsätzlich gewährleistet werden könne (GKV-SV, S. 18).

**IQTIG:** Das IQTIG räumt ein, dass eine QS-Auslösung bei den Krankenkassen, die auf identische Weise wie bei den Leistungserbringern erfolgen soll, d. h. auf Grundlage derselben Informationen zu den Patientinnen und Patienten, die auch zum Zeitpunkt der Entlassung im Krankenhaus vorlagen, einen hohen technischen Aufwand verursachen würde. Die technische Auslösung bei den



Krankenkassen findet zu einem deutlich späteren Zeitpunkt (bis zu mehrere Monate Unterschied) statt, wodurch sich der Datenstand bei den Sozialdaten von dem Datenstand 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. Eine QS-Auslösung und Datenübermittlung bei bzw. von den Krankenkassen ist lediglich zur Berechnung der sozialdatenbasierten Kennzahl notwendig. Vor diesem Hintergrund hat sich das IQTIG nach nochmaliger Diskussion entschieden, auf die Erfassung der sozialdatenbasierten Kennzahl zu verzichten, da der Aufwand zur Sicherstellung der QS-Auslösung in gleicher Weise für die Berechnung ausschließlich einer Kennzahl nicht als gerechtfertigt angesehen wurde.

## 5.2 Aktualisierung des Prognosemodells im Regelbetrieb

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation kritisierte die vorgeschlagene Vorgehensweise zur Aktualisierung des Prognosemodells im Regelbetrieb. Es wurde darauf hingewiesen, dass keine Nutzungsbefugnis von Daten nach SGB XI zum Zwecke der Qualitätssicherung bestehe. Die zur Aktualisierung des Prognosemodells notwendige Sozialdatenübermittlung aus Datenbeständen nach SGB XI sei somit nicht gesichert (GKV-SV, S. 18). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass die Zielkriterien des Prognosemodells des QS-Verfahrens lediglich auf Daten einer einzigen Krankenkasse basieren. Daher sollte sichergestellt werden, dass diese ergebnisoffen überprüft und weiterentwickelt werden, sobald eine erste bundesweite Anwendung erfolgt sei (DVSG, S. 2).

**IQTIG:** Das IQTIG nimmt den Hinweis zur fraglichen Nutzungsbefugnis der Daten nach SGB XI zum Zwecke der Qualitätssicherung zur Kenntnis. Aus Sicht des IQTIG bleibt jedoch offen, ob diese Daten nicht ggf. doch zu Verfügung gestellt und für die Aktualisierung des Prognosemodells genutzt werden können. Diese Prüfung sollte letztendlich durch den G-BA verbindlich vorgenommen werden. Eine regelmäßige Aktualisierung des Prognosemodells im Verlauf des Regelbetriebs ist unbedingt erforderlich. Als weitere Optionen wären hierfür die Nutzung der Abrechnungsdaten aller Versicherten beim Forschungsdatenzentrum des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder die Möglichkeit einer Datenlieferung von Krankenkassen auf freiwilliger Basis zu prüfen. Im Abschlussbericht wurde eine Darstellung der weiteren Optionen zur Aktualisierung des Prognosemodells ergänzt.

### 5.3 Fallbezogene QS-Dokumentation

Darüber hinaus äußerte eine stellungnahmeberechtigte Organisation Unklarheiten bezüglich der QS-Dokumentation. Bei der Basisdokumentation, welche bei fehlender Einwilligung in das Entlassmanagement angelegt werden soll, sei unklar, welche Informationen zu welchem Zweck hinterlegt und wie die Daten im Unterschied zu den Minimaldatensätzen in anderen QS-Verfahren verwendet werden sollen (KBV, S. 8 f.). Hinsichtlich der fallbezogenen Dokumentation sei unklar, wie viele der Datenfelder manuell erfasst werden müssten (KBV, S. 9).

**IQTIG:** Die Basisdokumentation stellt einen dokumentationspflichtigen Behandlungsfall dar. Ein Minimaldatensatz hingegen wird erforderlich, wenn ein Behandlungsfall ausgelöst wurde, dessen Dokumentation jedoch nicht möglich ist, weil z. B. der Eingriff abgebrochen wurde. Dieser fließt nicht in die Auswertung der Qualitätsindikatoren ein und dient lediglich dem Fallzahlenabgleich.

Im Rahmen der Machbarkeitsprüfung wird näher zu prüfen sein, welche Datenfelder bei der fallbezogenen QS-Dokumentation manuell erfasst werden müssen und welche aus dem KIS ausgeleitet werden können, abhängig von den digitalen Strukturen in den Krankenhäusern.

### 5.4 Berichtswesen

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation kommentierte den im Vorbericht vorgeschlagenen Verzicht auf quartalsweise Zwischenberichte. In der zeitnahen Rückmeldung der Leistungserbringer, in diesem Fall durch die Erstellung von Zwischenberichten, bestünde Potenzial zur Qualitätsverbesserung, welches nicht ungenutzt bleiben sollte. Demnach teile die stellungnahmeberechtigte Organisation die Auffassung zum vorgeschlagenen Verzicht auf Zwischenberichte nicht und betonte, dass diese doch weiterhin auch die Akzeptanz gegenüber dem QS-Verfahren erhöhen würde (KBV, S. 9).

**IQTIG:** Das IQTIG kann die Anmerkung nachvollziehen und hat gemäß den derzeitigen Regelungen der DeQS-RL den Aspekt der vierteljährlichen Übermittlung von Zwischenberichten im Abschlussbericht ergänzt. Darüber hinaus regt das IQTIG jedoch an, die Thematik der Notwendigkeit von Zwischenberichten im Rahmen der Erstellung der themenspezifischen Bestimmungen erneut zu beraten. Die endgültige Entscheidung hierüber obliegt dem G-BA.

### 5.5 Hinweise zum Datenschutz

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation äußerte Bedenken bezüglich der Datensicherheit, die im Umgang mit den QS-Daten fraglich erscheine. Es solle vorab geklärt werden, wie und von wem die Daten genutzt werden und mit welchen anderen Daten eine Verknüpfung erfolge. In diesem Zusammenhang wurde ein

Datenschutzkonzept sowie auch ein Datennutzungskonzept gefordert (DGPT, S. 2).

**IQTIG:** Die notwendigen Anforderungen bezüglich der Datensicherheit werden im Rahmen der Richtlinie des G-BA adressiert. In das Stimmnahmeverfahren zur Richtlinie des G-BA ist auch der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) regelhaft einbezogen.

## 6 Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern

Für die Indikatoren des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* soll die Datenerfassung über die Daten der QS-Dokumentation der Krankenhäuser, die Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine Patientenbefragung erfolgen. Über eine weitere Datenerfassung durch die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern äußerten sich einige stellungsberechtigte Organisationen.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation stimmte der Auffassung des IQTIG zu, dass eine weitere Datenerfassung bei den nachsorgenden Leistungserbringern aufgrund der Komplexität und Fehleranfälligkeit des Verfahrens nicht empfohlen werden könne (KBV, S. 3).

Von weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde jedoch die Notwendigkeit einer Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern betont. Die Qualität des Entlassmanagements lediglich durch die Krankenhäuser zu erfassen führe zu einer einseitigen Bewertung der Qualität des Entlassmanagements, weshalb vorgeschlagen wurde, im Zuge von regelmäßigen repräsentativen Befragungen die Qualität des Entlassmanagementprozesses auch aus Sicht der (Haus-)Ärztinnen und (Haus-)Ärzte bewerten zu lassen oder deren Perspektive in die Bewertung mit einzubinden (Dt. Hausärzteverband, S. 1). Denn nur durch die Befragung von weiterbehandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie der Patientinnen und Patienten ließen sich Informationen darüber, ob die Bedingungen für eine sichere Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten durch die Krankenhäuser vollständig erfüllt wurden, tatsächlich eruieren (DNVF, S. 1). Des Weiteren wurde angeführt, dass zur Qualität der Entlassplanung oder der Entlassdokumente neben der Patientenbefragung die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern vermutlich deutlich aussagekräftigere Ergebnisse liefern könne, als das Abfragen selbstverständlicher Standards bei den Krankenhäusern (PatV, S. 10).

**IQTIG:** Für das IQTIG ist nachvollziehbar, dass aus Versorgungsperspektive die Einbindung der nachsorgenden Leistungserbringer relevant ist. Es ist jedoch zum aktuellen Zeitpunkt technisch nicht umsetzbar, mit den Instrumenten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Daten bei nachsorgenden Leistungserbringern fallbezogen zeitnah zu erheben. Im Zwischenbericht *Entlassmanagement* (siehe IQTIG 2019a: Abschnitt 5.5) wurde das Ergebnis der Prüfung zur Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern bereits ausführlich dargestellt. Eine Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern wurde als sehr komplex und fehleranfällig eingeschätzt und vor dem Hintergrund einer realistischen Aufwand-Nutzen-Abwägung nicht empfohlen.

Das IQTIG empfahl eine erneute Prüfung, sobald eine umfassende digitale eGK-Infrastruktur bei allen nachsorgenden Leistungserbringern etabliert ist (IQTIG 2019a).

## 7 Umfassende Erprobung vor Beginn des Regelbetriebs

Im Hinblick auf den Start des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb wiesen mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen auf Aspekte hin, die noch vor Beginn des QS-Verfahrens erprobt und umgesetzt werden sollten.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass das Prognosemodell bisher lediglich retrospektiv getestet wurde und die geplante prospektive Anwendung an Millionen von Patientinnen und Patienten einem gigantischen Beta-Test gleiche. Daher sei es dringend zu empfehlen, eine zeitlich limitierte Machbarkeitsprüfung voranzustellen, nach deren Abschluss die Relevanz der erhobenen Daten auch im Verhältnis zum Aufwand der Leistungserbringer kritisch evaluiert werde (DGK-DGIM, S. 1).

Von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation erfolgte der Vorschlag, zunächst eine gestufte Erprobung des QS-Verfahrens durchzuführen, bei der mittels einer vereinfachten Stichprobe das QS-Verfahren zunächst auf eine bestimmte, kleinere und klar definierte Gruppe von Patientinnen und Patienten fokussiere (GKV-SV, S. 5). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation regte an, das Verfahren zunächst regional begrenzt zu erproben, bevor es bundesweit eingesetzt werde (BÄK, S. 16). Darüber hinaus wurde in einer weiteren Stellungnahme vorgeschlagen, vor Einführung des QS-Verfahrens zu testen, wie viele Fälle pro entlassender Abteilung gezogen würden, um somit Unverhältnismäßigkeiten erkennen und gegebenenfalls die Zahl der Dokumentationsbögen pro entlassender Abteilung entsprechend begrenzen zu können (StN Experte, S. 1).

Darüber hinaus wurde von einer weiteren stellungnahmeberechtigten Organisation vor dem Hintergrund des bestehenden Personalmangels in den Krankenhäusern darauf hingewiesen, dass häufiger Verschiebungen von Patientinnen und Patienten in andere Abteilungen erwartbar seien, um dort die Anforderungen an das Entlassmanagement erfüllen zu können. Dies sollte im Hinblick auf die Einführung des QS-Verfahrens beachtet werden (DGPPN, S. 1).

In anderen Stellungnahmen wurden weitere Aspekte genannt, auf die in der anschließenden Machbarkeitsprüfung explizit zu achten sei. So solle insbesondere das kritisierte Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen des QS-Verfahrens im Rahmen der Machbarkeitsprüfung geprüft werden (BÄK, S. 16). Zudem sei darauf zu achten, inwieweit der Dokumentationsaufwand insbesondere in Krankenhäusern, die eine besonders hohe Fallzahl aufweisen, moderat bleiben könne (DGPT, S. 4). In einer weiteren Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, bei der Mach-

barkeitsprüfung ein besonderes Augenmerk auf die einrichtungsbezogenen Indikatoren zu legen, insbesondere hinsichtlich sich ergebender Deckeneffekte, um Potenziale zur Reduktion der Aufwände systematisch zu identifizieren (BptK, S. 10).

Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation wies darauf hin, dass künftig neue Gruppen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern adressiert würden, die bisher noch nicht in der datengestützten Qualitätssicherung berücksichtigt werden. Entsprechend könne mit Startproblemen gerechnet werden, was durch eine tolerante Normsetzung zum Verfahrensstart angemessen berücksichtigt werden müsse (DKG, S. 5).

**IQTIG:** Das IQTIG erachtet es ebenfalls für sinnvoll vor Einführung des QS-Verfahrens eine umfassende Machbarkeitsprüfung durchzuführen, um u. a. den Aufwand des QS-Verfahrens (z. B. hinsichtlich des Dokumentationsaufwands) zu eruieren und mögliche Fehlanreize zu erkennen. Dementsprechend spricht sich das IQTIG für eine zeitnahe Beauftragung einer entsprechenden Machbarkeitsprüfung aus.

## 8 Allgemeine Hinweise zum QS-Verfahren

Einige stellungnahmeberechtigte Organisationen gaben übergreifende Hinweise zum Gesamtverfahren. Dabei wurde in mehreren Stellungnahmen die Einführung eines QS-Verfahrens für den Bereich Entlassmanagement begrüßt (DVSG, S. 1; Dt. Hausärzterverband, S. 1; StN Experte, S. 1; DEGRO, S. 1). Dem Verfahren wurde ein zentraler Stellenwert beigemessen und die erarbeiteten Qualitätsmerkmale wurden als relevant für Patientenzentriertheit und Patientensicherheit erachtet (GKV-SV, S. 7). Zusätzlich lobte eine stellungnahmeberechtigte Organisation die Entwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* und sah darin Potenzial für ein verbessertes Schnittstellenmanagement im Übergang zwischen den Gesundheitssektoren; die Einführung einer stichprobenbasierten Datenerhebung wurde dabei positiv hervorgehoben (KBV, S. 3).

In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass in der stationären und ambulanten Leistungserbringung auch Hebammen im Rahmen des Entlassmanagements tätig seien, diese jedoch im Vorbericht nicht explizit erwähnt würden (DGHWi, S. 3).

**IQTIG:** Das IQTIG dankt für den Hinweis und stimmt zu, dass ebenfalls auch Hebammen und Entbindungspfleger am Entlassmanagement beteiligt sein können. Im Abschlussbericht wurden daher die Hebammen/Entbindungspfleger im entsprechenden Abschnitt mit der Darlegung der am Entlassmanagement beteiligten Akteure ergänzt.

In mehreren Stellungnahmen wurde vorgeschlagen, dass Bereiche des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* auch in andere Qualitätssicherungs-Richtlinien integriert und von diesen abgedeckt werden könnten (DNVF, S. 1; DGKJ, S. 2; DGHWi, S. 3). Es wurde vorgeschlagen, dass die Strukturindikatoren als Teil der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V (MD-QK-RL) abgefragt werden könnten (DNVF, S. 1). In einer weiteren sich diesbezüglich äussernden Stellungnahme wurde vorgeschlagen, dass die Erfassung der Qualität des Entlassmanagements durch die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborener (QFR-RL) vollzogen werden könne (DGKJ, S. 2). In einer anderen Stellungnahme wurde vorgeschlagen, Datenbestände nach § 301a SGB V sowie Daten aus der Perinatal-Erhebung für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für das Entlassmanagement zu nutzen und zu prüfen, ob durch diese Daten wesentliche Erkenntnisse gewonnen werden könnten (DGHWi, S. 3).

**IQTIG:** Das IQTIG wurde beauftragt, ein eigenständiges QS-Verfahren für das Entlassmanagement zu entwickeln. Inwieweit Inhalte bzw. Anteile des Verfahrens zukünftig in andere QS-Verfahren integriert werden könnten, bleibt Ent-



scheidung des G-BA. Eine Verknüpfung von Datenbeständen aus unterschiedlichen QS-Verfahren ist nur mit einer expliziten Beauftragung durch den G-BA möglich.

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten kritisch an, dass mit dem QS-Verfahren alleinig das Krankenhaus als Verantwortlicher für ein funktionierendes Entlassmanagement adressierte werde. Eine optimale Umsetzung des Entlassmanagements im Krankenhaus garantiere jedoch keine optimale Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten, sondern es sei ein multifaktorieller Prozess, bei dem es aufgrund unterschiedlicher Ursachen dazu kommen könne, dass dieser nicht immer zufriedenstellend laufe, dies aber auch nicht immer alleinig im Verantwortungsbereich des Krankenhauses läge (DVSG, S. 1; DKG, S. 5; BÄK, S. 15 f.). In diesem Zusammenhang wurde in mehreren Stellungnahmen darauf aufmerksam gemacht, dass das Verfahren aufgrund seiner Ausgestaltung daher nicht als sektorenübergreifend bezeichnet werden könne (KBV, S. 9 f.; DGK/DGIM, S. 2; BÄK, S. 15). Es wurde kritisiert, dass die Bezeichnung als „sektorenübergreifendes Verfahren“ irreführend sei, da das Verfahren nur den stationären Sektor einbeziehe (KBV, S. 9 f.). Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen bemängelten ebenfalls, dass der Ansatz des IQTIG zur Erreichung des ursprünglichen Ziels des G-BA eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens zu hinterfragen sei, da das gesamte Verfahren ausschließlich die Qualität der Krankenhäuser prüfe, die nachbehandelnden, ambulanten Einrichtungen sowie die Kostenträger jedoch vollständig ausspare (DGK/DGIM, S. 2; BÄK, S. 15).

**IQTIG:** Das Entlassmanagement adressiert die Schnittstelle zwischen den Sektoren der Gesundheitsversorgung. Die Formulierung „sektorenübergreifend“ orientierte sich am ursprünglichen Gesamtauftrag des G-BA zur Entwicklung eines sektorenübergreifenden QS-Verfahrens *Entlassmanagement*. Da im Zwischenbericht zu Teil A der Beauftragung des G-BA die Datenerfassung bei den nachsorgenden Leistungserbringern nach eingehender Überprüfung aufgrund verfahrenstechnischer Gründe und eines zu hohen Aufwands nicht empfohlen werden konnte, ist es richtig, dass das QS-Verfahren nun ausschließlich sektorspezifisch ausgestaltet ist. Das IQTIG bedankt sich für den Hinweis. Die entsprechenden Stellen im Abschlussbericht wurden angepasst.

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass sich die Qualitätssicherung, ausgehend von den Herausforderungen des Entlassmanagements, in Zukunft jedoch weiteren Versorgungsbereichen widmen solle, welche speziell die Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung betreffen. Angeführt wurden hierbei die Entwicklungen hin zu einer zunehmenden Ambulantisierung bisheriger stationärer Krankenhausleistungen, durch die das in der derzeitigen Form ausgestaltete QS-Verfahren *Entlassmanagement* möglicherweise

überholt werden könnte. Des Weiteren sei perspektivisch auch die Zunahme von telemedizinischen Leistungen zu beachten (DGGG/DGS, S. 2; KBV, S. 10).

**IQTIG:** Das IQTIG ist sich der zukünftigen Entwicklung der Gesundheitsversorgung mit verstärkter Ambulantisierung stationärer Leistungen sowie der Zunahme telemedizinischer Leistungen bewusst. Hinsichtlich des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* wird zukünftig zu prüfen sein, ob Anpassungen des QS-Verfahrens an die sich verändernden Gegebenheiten in der Gesundheitsversorgung vorzunehmen sind.

In einer weiteren Stellungnahme wurde kritisiert, dass der Einfluss der Krankenkassen auf das Entlassmanagement und dessen Qualität in diesem Verfahren nicht abgebildet sei (Sozialbehörde HH, S. 2). Die Bearbeitungseffizienz der Krankenkassen mit naheliegender Einfluss auf die Versorgungsqualität sei daher unbedacht geblieben.

**IQTIG:** Das IQTIG dankt für den Hinweis und verweist auf die Beauftragung des G-BA. Das QS-Verfahren *Entlassmanagement* orientiert sich an dem vom G-BA vorgegebenen Rahmen und fokussiert auf die Qualität der Leistungserbringer.

## Literatur

- 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](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/130/2022-01-21_PASTA.pdf) (abgerufen am: 14.09.2022).
- 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](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): 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](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) (abgerufen am: 30.09.2022).



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. April 2023

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*. Abschlussbericht

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Veronika Andorfer

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

20. September 2018

**Datum der Abgabe:**

31. Oktober 2022, aktualisierte Version vom 28. April 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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Kurzfassung

## Hintergrund

Der **rechtliche Anspruch auf ein Entlassmanagement** ist für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten in § 39 Abs. 1a SGB V verankert. Der **Rahmenvertrag Entlassmanagement** vom 1. Oktober 2017 enthält als Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen; GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) verbindliche Vorgaben zu den Leistungen und zur Ausgestaltung des Entlassmanagements.

Ein Entlassmanagement umfasst Prozesse zur Organisation und Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs von Patientinnen und Patienten aus der stationären Krankenhausversorgung in die weiterführende Anschlussversorgung. Insbesondere Patientinnen und Patienten, die nach der Entlassung Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Erkrankung und/oder ihres Alltags benötigen, haben meist einen komplexen poststationären Versorgungsbedarf. Häufig liegt für diese Patientinnen und Patienten auch ein umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement vor. Die **Ziele des Entlassmanagements** sind u. a.:

- die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Nach- und Weiterversorgung
- die Koordination und Organisation von erforderlichen Maßnahmen vor dem Ende des Krankenhausaufenthalts, um bedarfsgerecht und patientenindividuell den zuvor identifizierten poststationären Versorgungsbedarf zu decken
- die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf Probleme und Anforderungen nach Entlassung
- die Sicherstellung einer kontinuierlichen, lückenlosen Weiterversorgung, um das Risiko vermeidbarer Wiederaufnahmen zu senken

## Auftrag und Auftragsverständnis

Am 20. September 2018 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement. Zentrale **Ziele des QS-Verfahrens** sind gemäß Beauftragung:

- die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung unter Berücksichtigung der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen des Entlassmanagements
- die Förderung der Qualität über eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität zwischen Leistungserbringern hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- die Fokussierung der Qualitätsindikatoren auf Patientinnen und Patienten mit einem vorrangigen Bedarf für ein Entlassmanagement

Die Beauftragung umfasst drei Teilaufträge (Tabelle 1), in denen die vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) für den G-BA erarbeiteten Ergebnisse für ein QS-Verfahren im Bereich Entlassmanagement aus dem Jahr 2015 aufgegriffen werden sollen.

Tabelle 1: Übersicht der Teilaufträge zur Entwicklung des QS-Verfahrens Entlassmanagement mit beauftragten Inhalten und Bearbeitungsstatus durch das IQTIG

Teil	Beauftragte Inhalte	Bearbeitungsstatus IQTIG
A	<p><b>Konzeptstudie</b> u. a. mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstellung eines Qualitätsmodells zur Identifikation von Qualitätspotenzialen und Versorgungszielen als inhaltliche Grundlage für die Teilaufträge B und C</li> <li>▪ Weiterentwicklung des Prognosemodells zur Identifikation von <b>Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement</b> als Zielgruppe des QS-Verfahrens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ abgeschlossen</li> <li>▪ Bericht zur Konzeptstudie des IQTIG „Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze“ vom 18. Oktober 2019 ist veröffentlicht</li> </ul>
B	<p>Entwicklung von <b>Qualitätsindikatoren</b> für die im Qualitätsmodell identifizierten Qualitätsaspekte für die definierte Zielgruppe (Prognosemodell) sowie notwendige Vorgaben zur <b>QS-Dokumentation der Leistungserbringer/Sozialdaten</b> bei den Krankenkassen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ laufendes Beteiligungsverfahren zum Vorbericht (10. Oktober bis 18. November 2022)</li> <li>▪ Abgabe des Abschlussberichts am 15. Februar 2023</li> </ul>
C	<p>Entwicklung von <b>Qualitätsindikatoren</b> und Instrumenten zur <b>Abbildung der Patientenperspektive</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung und Validierung der einzusetzenden Befragungsinstrumente</li> <li>▪ Festlegung der QS-Auslösung und Fragebogenlogistik</li> <li>▪ Entwicklung eines Datenflussmodells und eines Auswertungskonzepts (z. B. anhand eines Indexmodells)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ abgeschlossen</li> <li>▪ Abgabe des Abschlussberichts am 31. Oktober 2022</li> </ul>

Gegenstand des vorliegenden Abschlussberichts ist **Teilauftrag C** zur Patientenbefragung. Gemäß Beauftragung ergeben sich hierzu vier zentrale Entwicklungsbestandteile:

- Definition der **Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung** auf Basis der zu entwickelnden Befragungsinstrumente
- Weiterentwicklung der **Auslösung** QS-pflichtiger Entlassfälle auf Basis des weiterentwickelten **Prognosemodells** zur Identifizierung der Zielgruppe der Patientenbefragung
- Erstellung eines **Auswertungskonzepts für die Qualitätsindikatoren** der Patientenbefragung unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen des Prognosemodells
- Erstellung eines **Umsetzungskonzepts der Patientenbefragung** hinsichtlich Befragungszeitpunkt, Datenfluss und Stichprobenkonzept der Fragebogenlogistik

### Konzeptionelle Rahmenbedingungen

Aus der Beauftragung des G-BA und den rechtlichen Rahmenbedingungen des Entlassmanagements ergeben sich **Anforderungen und Rahmenbedingungen**, die insbesondere den Umfang und die Heterogenität der Zielpopulation des QS-Verfahrens betreffen und die entwickelten Befragungsinstrumente prägen:

- Das QS-Verfahren soll gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement fokussieren. In der Beauftragung sind keine Einschränkungen hinsichtlich des Alters, der Diagnose bzw. Erkrankung der versicherten Person sowie der spezifischen Prozedur, Therapie oder einer anderweitigen stationären Leistung festgelegt. Um einen Vergleich von stationären Leistungserbringern unabhängig von deren Versorgungs- bzw. Behandlungsschwerpunkten zu gewährleisten, entwickelt das IQTIG Qualitätsindikatoren mit **allgemeinen Anforderungen an das Entlassmanagement**. Damit sollen die Qualitätsindikatoren **unabhängig von der erbrachten stationären Leistung, der Diagnose und dem Alter der Patientinnen und Patienten** gleichermaßen eingesetzt werden können. Das bedeutet, dass die **Fragebogeninhalte** einerseits so **allgemein** sein müssen, dass sie für alle Befragten beantwortbar sind, aber andererseits so **konkret**, dass sie sich auf solche Merkmale der Versorgung bzw. des Entlassmanagements beziehen, die **Rückschlüsse auf die Qualität** des Entlassmanagements in den Krankenhäusern erlauben, und sich daraus konkrete Handlungsanschlüsse für die Leistungserbringer ergeben.
- Die Anzahl der jährlich entlassenen Patientinnen und Patienten umfasst mit 16,2 Millionen eine Größenordnung, die insbesondere für die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und die Patientenbefragung im QS-Verfahren nicht praktikabel ist. Für die Reduktion der Grundgesamtheit wird der Fokus auf Patientinnen und Patienten gelegt, die einen erhöhten oder komplexen poststationären Versorgungsbedarf und folglich einen **umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement** haben. Die Identifikation der Zielpopulation soll über ein **Prognosemodell** erfolgen.
- Es werden erstmals neben volljährigen Patientinnen und Patienten auch **Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren** Teil der Zielgruppe der Patientenbefragung sein. Den im Rahmen der Entwicklung des Prognosemodells analysierten Routinedaten zufolge entsprechen Minderjährige mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement ca. 0,8 % bis 1,4 % aller Entlassfälle. Mit Blick auf eine Aufwand-Nutzen-Abwägung wird **keine direkte Befragung von Kindern bzw. Jugendlichen** vorgenommen. Auch wenn **Eltern bzw. Sorgeberechtigte** je nach Alter der Kinder in einem unterschiedlichen Umfang in deren Entlassprozess involviert sind, stellen sie dennoch eine **wichtige Informationsquelle** für die Erfassung der Qualität des Entlassmanagements für diese Patientengruppe dar.
- Es ist davon auszugehen, dass in der Zielpopulation des QS-Verfahrens ein bestimmter Anteil der erwachsenen Patientinnen und Patienten wegen gesundheitlichen Einschränkungen nicht in der Lage sein wird, einen Fragebogen selbstständig auszufüllen. Damit die Erfassung der Versorgungsqualität vor allem bei dieser vulnerablen Patientengruppe sichergestellt wird, sollen Angehörige oder andere nahestehende Personen **unterstützend oder stellvertretend** für die eigentlich zu befragende Person antworten können („**Proxy-Befragung**“).



## Methodisches Vorgehen zur Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Ausgangspunkt der Indikatorentwicklung sind die Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells (Teilauftrag A). Diese Qualitätsaspekte wurden im nächsten Schritt in Form von patientenrelevanten Qualitätsmerkmalen ausdifferenziert. Die Qualitätsmerkmale stellen konkrete, begründete Qualitätsanforderungen an die Versorgungspraxis in Krankenhäusern dar, die im Kontext der Patientenbefragung als Fragebogenitems operationalisiert wurden und die Grundlage der daraus konzipierten Qualitätsindikatoren sind.

Die Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung erfolgte unter Berücksichtigung des rechtlichen Rahmens (Rahmenvertrag Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a SGB V sowie entsprechende Richtlinien des G-BA) auf Basis verschiedener Wissensquellen:

- einer umfassenden Literaturrecherche nach diagnose- und prozedurunabhängigen, nationalen und internationalen Leitlinien/Expertenstandards sowie Publikationen zur Patientenperspektive, zur Versorgungssituation in Deutschland und zu Parametern der Ergebnisqualität des Entlassmanagements
- Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, pflegenden Angehörigen/Eltern sowie stationär und ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen

In der Zusammenschau der Erkenntnisse aus den Wissensquellen wurden Qualitätsmerkmale definiert und externen Expertinnen und Experten zur fachlich-inhaltlichen Beratung vorgelegt. Das Expertengremium bestand aus Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern, Gesundheitsprofessionen der stationären ärztlichen und pflegerischen Versorgung, des Case Managements, Entlassmanagements bzw. Sozialdienstes sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern übergeordneter Forschungsbereiche.

Gemäß § 137a Abs. 7 SGB V ist das IQTIG verpflichtet, bestimmte Organisationen bei seinen Entwicklungen zu beteiligen. Hierzu wurden die Zwischenergebnisse einschließlich des ersten Entwurfs der Qualitätsmerkmale einem Beteiligungsverfahren unterzogen. Die schriftlichen Stellungnahmen wurden gemeinsam mit den Erkenntnissen aus dem Expertengremium geprüft und die Qualitätsmerkmale ggf. überarbeitet.

Auf Grundlage der überarbeiteten Qualitätsmerkmale wurden zwei papierbasierte Fragebogenversionen entwickelt. Die Fragebogenitems wurden in Form von Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) operationalisiert. Die Fragebögen wurden in einem zweistufigen Pretestverfahren validiert: In einem kognitiven Pretest wurden durch Einzelinterviews Verständlichkeit, Interpretation und Beantwortbarkeit der Fragen überprüft und, wenn notwendig, Verbesserungen vorgenommen. Im Anschluss daran wurde ein Standard-Pretest als Pilotstudie durchgeführt, um anhand einer größeren Stichprobe eventuelle systematische Probleme, wie etwa eine große Anzahl von fehlenden Antworten, zu erkennen sowie die messtheoretischen Eigenschaften der Fragebögen zu prüfen. Dazu wurden die Fragebögen unter ähnlichen Bedingungen, wie sie im Regelbetrieb des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* erwartet werden, von Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ausgefüllt. Auf dieser Basis wurden Items modifiziert und zur Sicherstellung der Verständlichkeit weitere kognitive Interviews durchgeführt.

## Ergebnisse und Empfehlungen

### Entwicklung und Validierung der Befragungsinstrumente (Qualitätsindikatoren)

Um die heterogene Zielpopulation im QS-Verfahren *Entlassmanagement* angemessen zu adressieren, wurden zwei weitgehend inhaltsäquivalente Fragebogenversionen zur Erfassung von Qualitätsanforderungen an das Entlassmanagement von Krankenhäusern entwickelt:

- **Fragebogen für „Erwachsene“** adressiert die Entlassung von volljährigen Patientinnen und Patienten. Der Fragebogen richtet sich primär an die entlassene Patientin / den entlassenen Patienten selbst. Angehörige können den Fragebogen als **dritte Person unterstützend bzw. stellvertretend** für Patientinnen und Patienten ausfüllen.
- **Fragebogen für „Eltern/Sorgeberechtigte“** adressiert die Entlassung von minderjährigen Patientinnen und Patienten. Der Fragebogen richtet sich primär an die Eltern/Sorgeberechtigten als Adressaten bei der Entlassung ihrer Kinder. Bei älteren Kindern können die Eltern/Sorgeberechtigten den Fragebogen gemeinsam mit den Jugendlichen ausfüllen.

Die Ergebnisse der Validierung verweisen auf gut verständliche Fragen, die Ereignisse des Entlassmanagements im Krankenhaus adressieren, die von den Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Eltern/Sorgeberechtigten gut erinnerbar sind. Zudem lassen sich die Fragebögen über gezielte Filterfragen und die Antwortmöglichkeiten „Brauchte ich nicht“ vor dem Hintergrund unterschiedlicher patientenindividueller Anforderungen an die Entlassung gut beantworten: Der Anteil an „Weiß nicht“-Antworten lag im Standard-Pretest bei unter 5 %; die kognitive Pretestung zeigte, dass die durchschnittliche Beantwortungsdauer der Fragebögen mit 15 Minuten angemessen ist.

9 Qualitätsaspekte mit insgesamt 31 Qualitätsmerkmalen bilden die inhaltliche Grundlage für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. Auf Basis der Fragebogenitems wurden dann insgesamt **12 Qualitätsindikatoren** definiert, die zur Qualitätssicherung des Entlassmanagements empfohlen werden. 10 Qualitätsindikatoren zielen auf Prozesse des Entlassmanagements in den Krankenhäusern ab:

- 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
- Information und Aufklärung zur Entlassmedikation
- Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung
- Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung
- Entlassgespräch
- Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten
- Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung

2 Qualitätsindikatoren erfassen die Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten als Ergebnis des Entlassmanagements:

- Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten
- Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten

Die empfohlenen Qualitätsindikatoren bilden als allgemeine Anforderungen an das Entlassmanagement im Krankenhaus unabhängig von der Diagnose, der stationären Leistung und dem Alter der Patientinnen und Patienten patientenrelevante Aspekte der Versorgungsqualität ab, die durch die stationären Leistungserbringer beeinflussbar sind, zur Verbesserung der Versorgung beitragen und valide über die Patientenbefragung gemessen werden können. Zusammen mit den in Teilauftrag B empfohlenen Qualitätsindikatoren liegt ein Qualitätsindikatorensatz vor, das zu einer ausgewogenen Messung der Versorgungsqualität beiträgt und die wesentlichen Qualitätsaspekte adressiert.

### **Prognosemodell und Stichprobenziehung**

In Deutschland gibt es pro Jahr etwa **16,2 Millionen Entlassungen** von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten aus einem stationären Krankenhausaufenthalt, die entsprechend § 39 Abs. 1a SGB V grundsätzlich alle einen Anspruch auf ein Entlassmanagement haben. Um eine inhaltliche Fokussierung und Praktikabilität für das QS-Verfahren zu gewährleisten, ist über das Prognosemodell eine **Reduktion** der Grundgesamtheit auf **Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement** möglich. Die Identifikation der Zielgruppe der Patientenbefragung erfolgt in drei Schritten (Abbildung 1):

- Mit dem im Rahmen der vorliegenden Beauftragung weiter optimierten Prognosemodell kann eine Reduzierung der relevanten Entlassungen auf ca. 55 % erfolgen (Schritt 1). Dennoch würden weiterhin insgesamt ca. 9 Millionen Fälle Teil des QS-Verfahrens bleiben. Um die Anzahl der QS-pflichtigen Fälle auf ein praktikables Maß zu reduzieren, wird daher vom IQTIG ein **zusätzliches nachgelagertes Stichprobenverfahren** anhand der Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte (eGK-Versichertennummer) innerhalb des QS-Filters empfohlen (Schritt 2), sodass das QS-Verfahren dann insgesamt ca. 300.000 QS-pflichtiger Fälle umfasst. Damit ist die Grundlage für die Berechnung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen gelegt (Teilauftrag B).
- Für die Patientenbefragung werden daraufhin die Adressdaten und ggf. weitere behandlungsbezogene Daten der Patientinnen und Patienten an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt. Dort wird die **abschließende Stichprobe für den Fragebogenversand** (Schritt 3) gezogen.

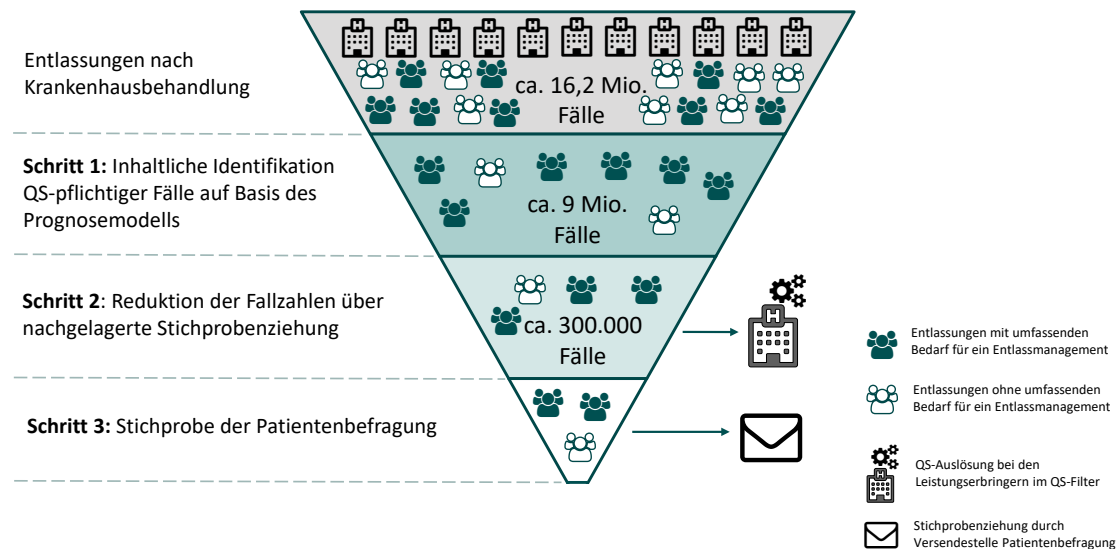


Abbildung 1: Schritte der QS-Auslösung im QS-Verfahren Entlassmanagement

### Auswertungskonzept

Zur Berechnung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren wird eine Bayesianische Auswertungsmethodik empfohlen, die Indikatorwerte, Unsicherheitsintervalle und eine quantitative Einstufung der Indikatorenergebnisse für einzelne Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte liefert. Sie basiert auf einem etablierten Vorgehen und ist in das Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik des IQTIG eingebettet. Ebenso können mit der Auswertungsmethodik klassische Poweranalysen durchgeführt werden, um die Treffsicherheit der quantitativen Einstufung zu analysieren.

### Umsetzungskonzept

Zur Umsetzung der Patientenbefragung wurden zum einen die zentralen Datenflüsse für den stationären Sektor und die daran beteiligten Akteure aufgezeigt. Zum anderen wurden die (datenschutz-)rechtlichen Rahmenbedingungen der Patientenbefragung berücksichtigt. Im Kern wird empfohlen, dass die **Befragung** möglichst **zeitnah innerhalb von 2 bis 13 Wochen nach der Entlassung** der Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus erfolgen soll:

- Die Leistungserbringer dokumentieren die für den Fragebogenversand relevanten Adressdaten und notwendigen behandlungsspezifischen Informationen der über den QS-Filter ausgelösten Patientinnen und Patienten. Spätestens am 7. Tag des Folgemonats nach der Entlassung sollen die Daten an die Datenannahmestelle übermittelt werden.
- Die Datenannahmestelle leitet die Daten unmittelbar an die Versendestelle für die Stichprobenziehung und den Fragebogenversand weiter. Um mögliche Erinnerungseffekte gering zu halten, sollen die Fragebögen in der darauffolgenden Woche an die Adresse der versicherten Person verschickt werden.
- Die ausgefüllten Fragebögen werden von den Patientinnen und Patienten an die Fragebogenannahmestelle zur Datenerfassung geschickt. Das IQTIG nimmt in seiner Funktion als Bundesauswertungsstelle die Auswertungen vor und erstellt die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer.

Für die **gezielte Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 17** der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (**DeQS-RL**) empfiehlt das IQTIG die **entlassende Fachabteilung** als behandlungsspezifische Information zusammen mit den Adresdaten der Patientinnen und Patienten zu übermitteln. Eine aggregierte Darstellung nur für die Fälle eines Leistungserbringers, die für die Patientenbefragung ausgewählt wurden, ermöglicht unter Maßgabe der Datensparsamkeit eine Übersicht der betroffenen Fachabteilungen eines Leistungserbringers. Auf diese Weise können die Leistungserbringer gezielt Qualitätsverbesserungen in ihren unterschiedlichen Fachabteilungen umsetzen.

### **Fazit und Ausblick**

Gemäß der Beauftragung des G-BA wurde eine Patientenbefragung entwickelt, die bei Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement und unabhängig von deren Diagnose und der erbrachten stationären Leistung eingesetzt werden kann. Die 12 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung ermöglichen eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität zwischen stationären Leistungserbringern mit dem Ziel der Qualitätsförderung.

Mit Blick auf die Umsetzbarkeit für den Regelbetrieb ist eine **Aktualisierung des Prognosemodells** notwendig, da die aktuelle Version auf Daten des Jahres 2017 basiert. Zudem ist neben der Etablierung der **technischen und organisatorischen Erfordernisse** insbesondere für die QS-Auslösung auf Basis des Prognosemodells und der Fragebogenlogistik eine **umfassende Information** zum Zweck der Befragung, dem Datenschutz und der Datenübermittlung sowohl der betroffenen Leistungserbringer als auch der Patientinnen und Patienten essenziell. Gerade weil die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* ein Querschnittsthema adressiert, das prinzipiell **alle stationären Leistungserbringer in Deutschland** tangiert, ist es für die Akzeptanz wichtig, dass diese ausreichend und rechtzeitig über den Hintergrund, den Inhalt und den Nutzen der Patientenbefragung informiert sind. Zudem sollten Patientinnen und Patienten im Vorfeld über die Patientenbefragung informiert werden, damit sie auf einen möglichen Erhalt eines Fragebogens vorbereitet sind.

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	18
Abbildungsverzeichnis.....	20
Abkürzungsverzeichnis.....	22
<b>Teil I: Einleitung .....</b>	<b>24</b>
1 Auftrag und Auftragsverständnis .....	25
1.1 Beauftragung des G-BA für ein Qualitätssicherungsverfahren zum Thema Entlassmanagement.....	25
1.2 Auftragsverständnis und projektspezifische Anforderungen an die Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens <i>Entlassmanagement</i> .....	27
2 Zentrale Elemente der Versorgungspraxis und des versorgungspolitischen Rahmens des Entlassmanagements .....	29
2.1 Ziele des Entlassmanagements .....	29
2.2 Rechtliche Grundlagen des Entlassmanagements .....	30
2.3 Beteiligte Akteure im Prozess des Entlassmanagements .....	30
2.4 Prozess des Entlassmanagements im Krankenhaus.....	31
3 Das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens <i>Entlassmanagement</i> .....	32
Teil II: Methodisches Vorgehen .....	35
4 Konzeptionelle Rahmenbedingungen .....	36
4.1 Zielgruppenbestimmung von Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement.....	36
4.2 Stellvertretende Befragung bei Patientinnen und Patienten .....	37
4.2.1 Proxy-Befragung bei erwachsenen Patientinnen und Patienten .....	37
4.2.2 Stellvertretende Befragung von Eltern/Sorgeberechtigten bei Kindern und Jugendlichen .....	38
4.3 Erfassung von Ergebnisqualität.....	39
4.4 Befragungszeitpunkt .....	41
5 Methoden zur Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung.....	43
5.1 Literaturrecherche und Evidenzsynthese .....	44
5.1.1 Ziele der Literaturrecherche und Evidenzanalyse.....	44
5.1.2 Recherchekonzept und Vorgehen.....	45

5.2	Fokusgruppen/Einzelinterviews mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen sowie Gesundheitsprofessionen des Entlassmanagements .....	46
5.2.1	Ziele der Fokusgruppen.....	46
5.2.2	Planung und Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer .....	47
5.2.3	Ethikvotum und Datenschutzkonzept .....	49
5.2.4	Interviewleitfaden .....	49
5.2.5	Durchführung der Einzelinterviews.....	50
5.2.6	Kurzfragebogen .....	50
5.2.7	Auswertung des Datenmaterials.....	50
5.3	Beratung durch ein Expertengremium.....	52
5.3.1	Ziele und Aufgaben des Expertengremiums .....	52
5.3.2	Registrierungsverfahren für das Expertengremium.....	52
5.3.3	Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums .....	53
5.3.4	Vorgehen bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale .....	54
5.4	Durchführung eines Beteiligungsverfahrens.....	54
6	Fragebogenentwicklung .....	56
6.1	Itementwicklung .....	56
6.2	Kognitiver Pretest.....	57
6.2.1	Ziele des kognitiven Pretests.....	57
6.2.2	Stichprobe und Rekrutierung der Testpersonen.....	57
6.2.3	Durchführung des kognitiven Pretests und Vorgehen zur Auswertung des Datenmaterials.....	60
6.3	Standard-Pretest .....	62
6.3.1	Zielsetzung und Überblick zum Ablauf des Standard-Pretests .....	62
6.3.2	Geplante Stichprobe der Patientinnen und Patienten im Standard-Pretest .....	62
6.3.3	Fallzahlenkalkulation.....	63
6.3.4	Rekrutierung und Auswahl der teilnehmenden Leistungserbringer.....	64
6.3.5	Rekrutierung der Patientinnen und Patienten bei den teilnehmenden Leistungserbringern .....	66
6.3.6	Feldphase .....	66
6.3.7	Herausforderungen aufgrund der COVID-19 Pandemie .....	69
6.3.8	Auswertung des Standard-Pretests.....	69

6.4	Reliabilität .....	73
6.5	Validität .....	74
7	Entwicklung der Qualitätsindikatoren.....	77
7.1	Konzeptionell-inhaltliche Entwicklung.....	77
7.1.1	Aggregation mehrerer Items zu Qualitätsindikatoren .....	77
7.1.2	Skalierung der Antwortalternativen.....	78
7.2	Statistische Auswertungsmethodik.....	79
7.2.1	Kurzzusammenfassung der Auswertungsmethodik.....	79
7.2.2	Grundlegende Annahmen .....	81
7.2.3	Definition des Indikators für einen Leistungserbringer .....	84
7.3	Referenzbereiche .....	85
7.4	Risikoadjustierung.....	86
8	QS-Auslösung der Zielpopulation über ein Prognosemodell .....	88
8.1	Zentrale inhaltliche Anforderungen und Ziele der Weiterentwicklung des Prognosemodells.....	89
8.2	Modellentwicklung.....	92
8.2.1	Datengrundlage und Datenaufbereitung.....	92
8.2.2	Operationalisierung und Ergebnisse zur eBEM-Zielvariable .....	93
8.2.3	Regressionsmodellierung der eBEM-Zielvariable .....	98
8.2.4	Alternative Modellierungsansätze und weitere Modellierungsmöglichkeiten.....	100
8.2.5	Ergebnisse der Regressionsmodellierung .....	102
8.2.6	Schwellenwert als Entscheidungskriterium für die Selektion QS-pflichtiger Fälle.....	104
8.2.7	Validierung des Selektionsalgorithmus anhand von Entlassfällen aus dem Jahr 2016 .....	106
8.2.8	Bemerkungen zur Anwendbarkeit im Regelbetrieb.....	108
8.3	Weitere Reduktion der selektierten Fallpopulation über Stichprobenverfahren ..	110
8.3.1	Anvisierte Anzahl von QS-pflichtigen Fällen für das QS-Verfahren .....	110
8.3.2	Fallzahlreduktion mittels Stichprobenverfahren im QS-Filter .....	112
8.4	Beschreibung der selektierten Fallpopulation .....	113
8.4.1	Demographische und versorgungsspezifische Merkmale der Patientinnen und Patienten .....	114
8.4.2	Verteilung der selektierten Fallpopulation auf die Leistungserbringer .....	117



<b>Teil III: Ergebnisse und Empfehlungen .....</b>	<b>122</b>
9 Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung .....	123
9.1 Abgeleitete Qualitätsmerkmale und Konkretisierung der Qualitätsaspekte der Patientenbefragung .....	123
9.1.1 Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung .....	125
9.1.2 Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung .....	127
9.1.3 Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Medikation .....	130
9.1.4 Qualitätsaspekt 4: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit .....	131
9.1.5 Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung .....	133
9.1.6 Qualitätsaspekt 6: Entlassgespräch.....	136
9.1.7 Qualitätsaspekt 7: Entlassdokumente .....	137
9.1.8 Qualitätsaspekt 8: Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten .....	138
9.1.9 Qualitätsaspekt 9: Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung .....	141
9.1.10 Qualitätsaspekt 10: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung .....	142
9.1.11 Qualitätsaspekt 11: Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern.....	143
9.2 Übersicht der Anpassungen der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung .....	143
9.2.1 Beratungen durch das Expertengremium .....	144
9.2.2 Hinweise zu den Qualitätsmerkmalen in den eingegangenen Stellungnahmen zum Zwischenbericht der Patientenbefragung.....	145
9.2.3 Veränderungen der Qualitätsmerkmale im Zuge der initialen Fragebogenentwicklung und Operationalisierung der Items vor dem kognitiven Pretest .....	145
9.2.4 Veränderungen der Qualitätsmerkmale nach dem kognitiven Pretest .....	146
9.2.5 Veränderungen der Qualitätsmerkmale nach dem Standard-Pretest und einer weiteren kognitiven Pretestung.....	148
9.3 Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale als Grundlage der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung .....	148

10	Fragebogenentwicklung .....	151
10.1	Gängige Fragebögen aus der Literatur .....	151
10.2	Ergebnisse der Itementwicklung .....	156
10.2.1	Erste Fragebogenversionen .....	156
10.2.2	Auswahl der Variablen zur Risikoadjustierung und zur Beschreibung der Stichprobe .....	157
10.2.3	Auswahl weiterer Variablen für die Stichprobenbeschreibung und zur Filterführung .....	160
10.3	Ergebnisse des kognitiven Pretests .....	160
10.3.1	Allgemeine Erkenntnisse .....	161
10.3.2	Fragebogenübergreifende Überarbeitungen .....	169
10.3.3	Entfallene Items .....	170
10.3.4	Veränderung von Fragebogenitems .....	173
10.3.5	Neu aufgenommene Items .....	180
10.3.6	Zusammenfassung .....	181
10.4	Ergebnisse des Standard-Pretests .....	182
10.4.1	Stichprobenbeschreibung .....	182
10.4.2	Analysen zum Fragebogenrücklauf und zur Unit-Non-Response .....	188
10.4.3	Analyse substanzieller Antwortkategorien .....	190
10.4.4	Analyse nicht substanzieller Antworten .....	193
10.4.5	Item-Non-Response-Analyse .....	195
10.4.6	Interne Konsistenz und Homogenität von Qualitätsindikatoren .....	198
10.5	Kognitive Pretestung von Items nach dem Standard Pretest .....	198
10.5.1	Stichprobenbeschreibung .....	199
10.5.2	Beantwortungsdauer der Fragebögen .....	199
10.5.3	Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit der erfragten Informationen .....	200
10.5.4	Überarbeitung von Items .....	200
10.5.5	Zusammenfassung .....	204
10.6	Ergebnis der Fragebogenentwicklung .....	205
11	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung .....	206
11.1	Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren .....	206
11.1.1	Berechnung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers .....	206

11.1.2	Quantifizierung von Unsicherheit bei der Bestimmung der Indikatorwerte.....	217
11.1.3	Quantitative Auffälligkeitseinstufung .....	218
11.1.4	R-Implementation der statistischen Auswertungsmethodik .....	219
11.1.5	Erweiterungen.....	219
11.1.6	Diskussion.....	223
11.2	Vorstellung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung .....	226
11.2.1	45xx00: Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus .....	227
11.2.2	45xx01: Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung .....	228
11.2.3	45xx02: Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus .....	229
11.2.4	45xx03: Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung .....	230
11.2.5	45xx04: Information und Aufklärung zur Entlassmedikation.....	231
11.2.6	45xx05: Wissensvermittlung zur medizinischen-pflegerischen Selbstversorgung.....	232
11.2.7	45xx06: Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung .....	233
11.2.8	45xx07: Entlassgespräch .....	234
11.2.9	45xx08: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten ..	235
11.2.10	45xx09: Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung .....	236
11.2.11	45xx10: Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten .....	237
11.2.12	45xx11: Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten.....	238
11.3	Einordnung der Qualitätsindikatoren in das IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität..	240
12	Empfehlungen für den Regelbetrieb .....	244
12.1	Empfehlungen zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik im Regelbetrieb .....	244
12.1.1	Datenfluss.....	244
12.1.2	QS-Auslösung .....	249
12.1.3	Datenerfassung und Export.....	252
12.1.4	Fragebogenlogistik .....	254
12.2	Empfehlungen zum Befragungszeitpunkt .....	256

12.3	Empfehlungen zu Stichprobenziehung und Fallzahlberechnung im Regelbetrieb .	257
12.3.1	Rahmenbedingungen und Poweranalysen für die Stichprobenplanung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens <i>Entlassmanagement</i> .....	257
12.3.2	Kriterien für Stichprobenziehungen und Vollerhebungen .....	261
12.3.3	Stichprobenziehung .....	264
12.3.4	Stichprobengröße.....	266
12.3.5	Einschätzung zu Mehrfachbefragungen.....	266
12.4	Empfehlungen zur Datenauswertung und Rückmeldung im Regelbetrieb.....	268
12.4.1	Empfehlungen zum Berichtszeitraum und Rückmeldezeitpunkt.....	268
12.4.2	Empfehlungen zum Inhalt der Datenauswertung .....	268
12.4.3	Empfehlungen zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 17 DeQS-RL.....	272
<b>Teil IV: Fazit und Ausblick.....</b>		<b>274</b>
<b>Teil V: Literatur .....</b>		<b>277</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Teilaufträge zur Entwicklung des QS-Verfahrens Entlassmanagement mit beauftragten Inhalten und Bearbeitungsstatus durch das IQTIG....	4
Tabelle 2: Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen .....	33
Tabelle 3: Überblick über die allgemeinen Rekrutierungskriterien der Patientinnen und Patienten im Standard-Pretest .....	63
Tabelle 4: Beispiele für die Skalierung der Antwortalternativen .....	79
Tabelle 5: Notation für die Erläuterung der Auswertungsmethodik .....	81
Tabelle 6: Zielkriterien zur Abbildung von poststationären Versorgungsmaßnahmen und deren Operationalisierung über Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	95
Tabelle 7: Kennzahlen zur selektierten Fallpopulation für verschiedene Schwellenwerte im Selektionsalgorithmus.....	104
Tabelle 8: Empirische Analyse zur Anzahl ausgelöster QS-pflichtiger Fälle und zur erwarteten Anzahl eingehender Fragebögen aus der Patientenbefragung (PB) pro Leistungserbringer (LE) .....	111
Tabelle 9: Übersicht der durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews .....	125
Tabelle 10: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung .....	126
Tabelle 11: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung.....	129
Tabelle 12: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Medikation .....	131
Tabelle 13: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 4: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit.....	132
Tabelle 14: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung .....	135
Tabelle 15: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 6: Entlassgespräch .....	136
Tabelle 16: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 7: Entlassdokumente .....	137
Tabelle 17: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 8: Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten.....	140
Tabelle 18: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 9: Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung .....	141
Tabelle 19: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 10: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung.....	142
Tabelle 20: Übersicht der Qualitätsaspekte und finalen Qualitätsmerkmale als Grundlage der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung .....	148
Tabelle 21: Übersicht der berücksichtigten Fragebögen .....	152
Tabelle 22: Übersicht der Variablen zur Risikoadjustierung .....	158
Tabelle 23: Charakteristika der Testpersonen aus den kognitiven Interviews .....	163
Tabelle 24: Ausfüllzeit der Fragebögen im kognitiven Pretest .....	167
Tabelle 25: Erinnerungszeiträume zwischen Entlassung und kognitiven Interviews .....	168

Tabelle 26: Überblick über die Brutto- und Nettostichprobe des Standard-Pretests .....	182
Tabelle 27: Übersicht des Fragebogenrücklaufs nach Angaben zur Ausfüllperson im Standard-Pretest .....	183
Tabelle 28: Soziodemografische Charakteristika der Testpersonen in der Nettostichprobe des Standard-Pretests .....	184
Tabelle 29: Soziodemografische und behandlungsspezifische Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus der Nettostichprobe des Standard-Pretests .....	186
Tabelle 30: Anteil der „Weiß nicht“-Antworten pro Item gemeinsam für beide Fragebogenversionen im Standard-Pretest .....	194
Tabelle 31: Anteil Item-Non-Response auf Itemebene im Standard-Pretest .....	196
Tabelle 32: Ausfüllzeit des Fragebogens in der kognitiven Pretestung nach dem Standard- Pretest .....	200
Tabelle 33: Erinnerungszeiträume zwischen Entlassung und den kognitiven Interviews nach dem Standard-Pretest .....	200
Tabelle 34: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Entlassmanagement zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität .....	240
Tabelle 35: Zuordnung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für die Qualitätsindikatoren aus Teilauftrag B (Stand: Vorbericht) und Teilauftrag C zur Entwicklung der Patientenbefragung .....	242
Tabelle 36: Notwendige Anzahl an auswertbaren Fragebögen sowie angefragten Patientinnen und Patienten .....	261
Tabelle 37: Merkmale und empfohlene Maßzahlen zur Stichprobenbeschreibung .....	270

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schritte der QS-Auslösung im QS-Verfahren Entlassmanagement .....	9
Abbildung 2: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets von Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren Entlassmanagement .....	26
Abbildung 3: Ablauf der Feldphase im Standard-Pretest .....	68
Abbildung 4: Hierarchische Struktur von Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Items und hierarchische Aggregation zu Qualitätsindikatoren .....	78
Abbildung 5: Graphisches Modell für den $i$ ten Leistungserbringer für einen Indikator .....	83
Abbildung 6: Anteil an Entlassfällen, bei denen die jeweiligen Zielkriterien zutreffen .....	96
Abbildung 7: Boxplot-Grafik zur altersabhängigen Verteilung der Vorhersagewerte $\pi_j$ für die Entlassfälle innerhalb der Modellgrundgesamtheit stratifiziert nach Geschlecht und eBEM (ja/nein) .....	103
Abbildung 8: Anteil der als QS-relevant selektierten Entlassfälle nach Alter auf Basis der Daten der Indexjahre 2016 und 2017 .....	108
Abbildung 9: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Alter (oben) sowie zusätzlich stratifiziert nach Geschlecht und eBEM vs. kein eBEM (unten) .....	115
Abbildung 10: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Verweildauer im Krankenhaus .....	116
Abbildung 11: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Pflegegrad bei Aufnahme ins Krankenhaus .....	117
Abbildung 12: 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) .....	119
Abbildung 13: 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 .....	121
Abbildung 14: Binär-logistische Regression zur Unit-Non-Response des Fragebogens „Erwachsene“ .....	189
Abbildung 15: Binär-logistische Regression zur Unit-Non-Response des Fragebogens „Eltern/Sorgeberechtigte“ .....	190
Abbildung 16: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilung .....	209
Abbildung 17: Kategoriewahrscheinlichkeiten (Kategorie-WK) im HW-Multinomialmodell in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters $\theta_{im}$ .....	214
Abbildung 18: Diskretisierung der latenten Skala in $K = 4$ Klassen anhand der vorgegebenen Schwellenwerte für $b_{ij} = 0$ (links) sowie $b_{ij} = 1$ (rechts) .....	221
Abbildung 19: Item-Funktion für ein Item mit 4 Klassen für das Proportional-Odds-Modell (pom) sowie für das HW-Multinomialmodell (h-w) .....	223

Abbildung 20: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx00 „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“ .....	227
Abbildung 21: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx01 „Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung“ .....	228
Abbildung 22: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx02 „Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus“ .....	229
Abbildung 23: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx03 „Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung“ .....	230
Abbildung 24: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx04 „Information und Aufklärung zur Entlassmedikation“ .....	231
Abbildung 25: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx05 „Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung“ .....	232
Abbildung 26: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx06 „Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung“ .....	234
Abbildung 27: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx07 „Entlassgespräch“ .....	235
Abbildung 28: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx08 „Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten“ .....	236
Abbildung 29: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx09 „Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung“ .....	237
Abbildung 30: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx10 „Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten“ .....	238
Abbildung 31: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx11 „Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten“ .....	239
Abbildung 32: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Entlassmanagement.....	245
Abbildung 33: Schematische Darstellung des Datenflusses inkl. Verschlüsselung der Daten..	249
Abbildung 34: Schritte der QS-Auslösung für das QS-Verfahren Entlassmanagement .....	250
Abbildung 35: Zeitlicher Ablauf der Fragebogenlogistik.....	255
Abbildung 36: Teststärke in Abhängigkeit von der Anzahl der befragten Patientinnen und Patienten ( <i>na</i> ) und der zugrunde liegenden Indikatorstruktur bei einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % .....	260



## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
Abs.	Absatz
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation
AUC	Area under the curve
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
eBEM	Erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> ) – 10. Revision – German Modifikation
IKNR	Institutionskennzeichennummer
IMDEC	International Medical & Dental Ethics Commission
KIS	Krankenhausinformationssystem
LANR	Lebenslange Arztnummer
LASSO	Least Absolute Shrinkage and Selection Operator
M(C)AR	<i>missing (completely) at random</i>
MNAR	<i>missing not at random</i>
N	Grundgesamtheit
n	Teilgesamtheit
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PPV	<i>positive predictive value</i>
PREMs	Patient-Reported Experience Measures
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures
QS	Qualitätssicherung

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
<i>QS NET</i>	<i>QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen</i>
<i>QS PCI</i>	<i>QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
<i>QS Schizophrenie</i>	<i>QS-Verfahren Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen</i>
SGB	Sozialgesetzbuch

# Teil I: Einleitung

# 1 Auftrag und Auftragsverständnis

## 1.1 Beauftragung des G-BA für ein Qualitätssicherungsverfahren zum Thema Entlassmanagement

Am 20. September 2018 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement (G-BA 2018). Die Versorgungsqualität des Entlass- und Überleitungsprozesses nach einer Behandlung im Krankenhaus soll über Qualitätsindikatoren und -instrumente abgebildet werden, welche die gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V berücksichtigen.

Ziel des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* ist gemäß Beauftragung die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung. Dabei sollen über ein Prognosemodell insbesondere Patientinnen und Patienten mit einem vordringlichen Bedarf für ein Entlassmanagement in den Blick genommen werden. Die Qualitätsindikatoren sollen auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein und eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität zwischen Leistungserbringern ermöglichen. Zudem sollen interne Entlassungs- und Überleitungsprozesse durch Rückspiegelung der Ergebnisse an die Leistungserbringer optimiert und die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten unterstützt werden. Die Beauftragung umfasst drei Teilaufträge (G-BA 2018):

- **Teil A** – Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze
- **Teil B** – Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die im Qualitätsmodell identifizierten Qualitätsaspekte für die definierte Zielgruppe (Prognosemodell) sowie notwendige Dokumentationsvorgaben
- **Teil C** – Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientensicht (Patientenbefragung)

Teilauftrag A hat das IQTIG im Rahmen einer Konzeptstudie für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* bereits abgeschlossen (IQTIG 2019a).

Auf Basis der Konzeptstudie sollen in den Teilaufträgen B und C Instrumente und Indikatoren zur vergleichenden Abbildung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt werden.<sup>1</sup>

Das Ergebnis der Entwicklungen in den Teilaufträgen B und C ist ein gemeinsames Set von Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* (Abbildung 2). Das Qualitätsmodell aus Teilauftrag A stellt hierfür den gemeinsamen inhaltlichen Ausgangspunkt dar. Die Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation/Sozialdaten bei den Krankenkassen und die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung ergänzen sich gegenseitig, sodass sich die Versorgungsqualität der Entlass- und Überleitungsprozesse umfassend darstellen lässt.

---

<sup>1</sup> Die Entwicklungsarbeiten zu Teilauftrag B wurden gemäß Plenumsbeschluss vom 17. Juni 2021 begonnen (G-BA 2021). Der Abschlussbericht zu Teilauftrag B wird dem G-BA am 15. Februar 2023 vorgelegt.

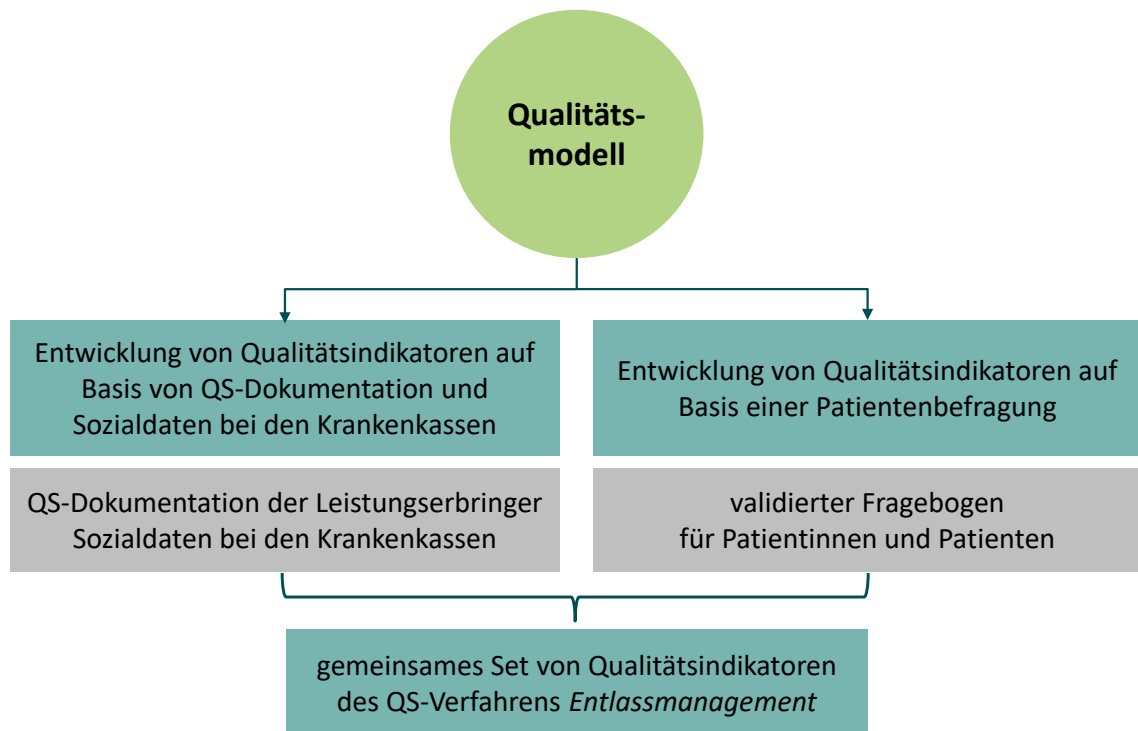


Abbildung 2: Ablauf der Entwicklung eines gemeinsamen Sets von Qualitätsindikatoren für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Der vorliegende Abschlussbericht zu Teil C der Beauftragung fokussiert auf die Entwicklung der Befragungsinstrumente und die empfohlenen Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. Für die Entwicklung der Patientenbefragung wurden folgende drei Bestandteile beauftragt:

- Entwicklung und Validierung der einzusetzenden Befragungsinstrumente
- Festlegung der QS-Auslösung und Fragebogenlogistik
- Entwicklung eines Datenflussmodells und eines Auswertungskonzepts (z. B. anhand eines Indexmodells)

Um insbesondere die Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung als zentralen Schritt zur Definition der Qualitätsindikatoren darzustellen, wurde auftragsgemäß zuvor ein Zwischenbericht für den G-BA erstellt. Die Abgabe erfolgte am 30. April 2021. Hierzu wurde im Rahmen der Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V vom 30. April bis zum 13. Juni 2021 für die zu beteiligenden Organisationen ein Beteiligungsverfahren durchgeführt. Auf diese Weise konnten Impulse für die weitere Entwicklung der Patientenbefragung aufgenommen werden. Die schriftlichen Stellungnahmen und die Würdigung der Stellungnahmen finden sich in der entsprechenden Anlage zu diesem Abschlussbericht.

## 1.2 Auftragsverständnis und projektspezifische Anforderungen an die Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*

Mit der Beauftragung des G-BA liegt für das gesamte QS-Verfahren *Entlassmanagement* eine sehr heterogene Zielgruppe an gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten aus der teil- und vollstationären Versorgung zugrunde, die weder hinsichtlich des Alters, der Diagnose, der Therapie noch hinsichtlich der erbrachten stationären Leistungen eingeschränkt ist. Zur Identifikation der Zielpopulation bei den stationären Leistungserbringern soll über ein Prognosemodell (Kapitel 8) der erhöhte Bedarf für ein Entlassmanagement vorhergesagt werden, sodass im QS-Verfahren vornehmlich stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden poststationären Versorgungsbedarf und einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement adressiert werden (IQTIG 2019a).

Damit werden insbesondere auch erwachsene Patientinnen und Patienten einbezogen, die unabhängig von ihrer Erkrankung und Behandlung aufgrund von körperlichen, psychischen oder kognitiven Einschränkungen den Fragebogen nicht selbst ausfüllen können. Für diese Patientengruppe ist nach Einschätzung des IQTIG eine stellvertretende Beantwortung der Fragebögen durch Angehörige<sup>2</sup> in der Entwicklung zu berücksichtigen (Abschnitt 4.2.1). Dabei sollen sich die erfragten Themen, abgebildet über Fragebogenitems, dennoch an die entlassenen Patientinnen und Patienten und nicht an die Angehörigen richten. Zum einen ist dies dadurch begründet, dass sich die rechtliche Grundlage des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V auf die jeweils versicherte Person, also die behandelte Patientin / den behandelten Patienten bezieht. Zum anderen erlauben die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen in § 299 Abs. 4 SGB V zur Umsetzung einer Patientenbefragung nur die Nutzung der Adressdaten der jeweiligen versicherten Person. Somit liegen keine validen Adressdaten von Angehörigen oder anderen betreuenden Personen vor, die für die Zusendung eines Fragebogens genutzt werden können. Gleichwohl die Perspektive von Angehörigen und deren Funktionen, Aufgaben und Informations-/Schulungsbedürfnisse eine wichtige Rolle bei der Entlassung und der Sicherstellung einer angemessenen Anschlussversorgung der Patientin / des Patienten spielen können (Wingenfeld 2020), ist eine eigenständige Befragung von Angehörigen unter den gegebenen Rahmenbedingungen nach Einschätzung des IQTIG nicht möglich.

Weiterhin bezieht das QS-Verfahren *Entlassmanagement* Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren mit ein. Eltern bzw. Sorgeberechtigte sind als Angehörige je nach Alter der Kinder und Jugendlichen in unterschiedlichem Ausmaß in den Entlassprozess involviert, bleiben jedoch bis zur Volljährigkeit der Patientinnen und Patienten aus Sicht des IQTIG die primären Adressaten

---

<sup>2</sup> Unter dem Begriff „Angehörige“ werden im vorliegenden Abschlussbericht alle dritten Personen verstanden, die in den Entlassprozess einer Patientin / eines Patienten involviert sind / sein können und keine Gesundheitsprofessionen sind. Dies können (pflegende) Familienangehörige (z. B. Eltern, Ehepartner, erwachsene Kinder, erwachsene Geschwister), nicht verwandte Zugehörige, aber auch rechtliche Betreuerinnen und Betreuer sein.

des Entlassmanagements. Vor diesem Hintergrund sollen sie auch als Informationsquelle hinsichtlich der Qualität des Entlassmanagements bezüglich ihres Kindes und damit als Adressaten des Fragebogens angesehen werden können (Abschnitt 4.2.2).

Das QS-Verfahren *Entlassmanagement* fokussiert auf Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement innerhalb eines Leistungserbringers. Demnach kann das Befragungsinstrument nicht dem Vergleich von einzelnen Fachabteilungen oder Kliniken innerhalb eines Leistungserbringers dienen, sondern erlaubt den Vergleich von Leistungserbringern auf Ebene von Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten. Für die Qualitätsindikatoren bedeutet dies, ein vom Versorgungs- bzw. Behandlungsschwerpunkt einzelner Fachabteilungen unabhängiges Instrument zur Qualitätsförderung zu entwickeln. Die empfohlenen Qualitätsindikatoren können damit allgemeine, altersunabhängige sowie diagnose- und prozedurübergreifende Anforderungen an die Entlassung von Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement abdecken. Nicht verallgemeinerbare Anforderungen an die Entlassung von Patientinnen und Patienten mit spezifischen Diagnosen oder stationären Leistungen lassen sich aus Sicht des IQTIG in den diagnose- bzw. indikationsspezifischen Patientenbefragungen erfassen und dann auch gezielt für die dabei fokussierten Fachabteilungen/Kliniken eines Leistungserbringers darstellen.

## 2 Zentrale Elemente der Versorgungspraxis und des versorgungspolitischen Rahmens des Entlassmanagements

### 2.1 Ziele des Entlassmanagements

„Entlassmanagement“ wird allgemein definiert als das koordinierte und strukturierte Vorgehen sowie die Organisation von Maßnahmen, die die kontinuierliche Versorgung von Patientinnen und Patienten beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor sicherstellen sollen (SVR Gesundheit 2018, Khan 2018: 125-126). Ziel des Entlassmanagements ist es, vor Ende des stationären Aufenthalts mittels einer strukturierten Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs von Patientinnen und Patienten erforderliche Maßnahmen so zu koordinieren und zu organisieren, dass Patientinnen und Patienten wie auch Angehörige beim Übergang in die Nach- und Weiterversorgung unterstützt werden und auf medizinische oder versorgungsbezogene Probleme und Anforderungen nach Entlassung vorbereitet werden (SVR Gesundheit 2018). Zudem soll durch patientenindividuelle Entlass- und Überleitungsprozesse eine kontinuierliche, lückenlose Weiterversorgung gewährleistet werden, sodass das Risiko vermeidbarer Wiederaufnahmen und anderer Komplikationen reduziert wird (AQUA 2015, DNQP 2019).

Insbesondere die Zunahme von altersbedingten bzw. chronischen Erkrankungen und die Verkürzung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer steigern die Relevanz des Entlassmanagements zur Sicherstellung einer lückenlosen, adäquaten Versorgung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung (Appelrath und Messerle 2018, DNQP 2019, IQTIG 2019a).

Das Entlassmanagement ist dabei keine vereinzelte Maßnahme, sondern ein Prozess, der eine ganzheitliche Betrachtung des gesundheitlichen Zustands und der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten erfordert.

Wesentliche Ziele des Entlassmanagements sind:

- die Sicherung einer bedarfsgerechten, lückenlosen sowie individuellen Versorgung der Patientinnen und Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung (§ 2 Abs. 1 und Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement: GKV-Spitzenverband et al. 2022)
- 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: 37)



## 2.2 Rechtliche Grundlagen des Entlassmanagements

Rechtliche Grundlage des Entlassmanagements für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten ist § 39 Abs. 1a SGB V, welche durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz, GKV-VStG) aus dem Jahr 2012 und dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, GKV-VSG) aus dem Jahr 2015 konkretisiert wurde. Der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) vom 1. Oktober 2017 gibt den strukturellen Rahmen des Entlassmanagements vor, stellt das Ordnungsrecht bei der Entlassung aus dem Krankenhaus dar und regelt die Pflichten des Krankenhauses sowohl gegenüber den Patientinnen und Patienten als auch gegenüber den Krankenkassen sowie die Pflicht der Krankenkassen zur Unterstützung des Entlassmanagements. Diese Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen; GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) liegt aktuell in der Fassung der 8. Änderungsvereinbarung vor (GKV-Spitzenverband et al. 2022). Die rechtlichen Grundlagen, welche in einschlägigen Richtlinien des G-BA und im Rahmenvertrag Entlassmanagement als wichtige Rahmenbedingungen für die Entwicklung der Patientenbefragung identifiziert wurden, sind in Anhang D.1.1 zusammengefasst.

## 2.3 Beteiligte Akteure im Prozess des Entlassmanagements

Der Prozess des Entlassmanagements ist mit seinen Schwerpunkten multidisziplinär angelegt und erfordert als interprofessionelle Aufgabe die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsprofessionen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses. Das Krankenhaus mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist ein zentraler Akteur des Entlassmanagements. Folgende Akteure sind am Entlassmanagement im Krankenhaus beteiligt:

- Ärztinnen und Ärzte
- Pflegefachkräfte
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes, Case Managements bzw. Entlassmanagements
- Krankenhausapothekerinnen und -apotheker
- Psychologinnen und Psychologen sowie Seelsorgerinnen und Seelsorger
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem administrativen Bereich (§ 3 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement: GKV-Spitzenverband et al. (2022), AQUA (2015: 44))

Im Rahmen des Versorgungsübergangs der Patientinnen und Patienten sollen die beteiligten Akteure im Krankenhaus mit verschiedenen nachsorgenden Leistungserbringern aus der ambulanten Versorgung kooperieren. Dies sind u. a. (AQUA 2015: 44):

- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung)
- Rehabilitationseinrichtungen
- ambulante Pflegedienste

- stationäre Pflegeeinrichtungen
- Apotheken
- Therapeutinnen und Therapeuten
- Sanitätshäuser
- Kranken- bzw. Pflegekassen
- Beratungsstellen wie z. B. Selbsthilfegruppen, Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder unabhängige Patientenberatungsstellen

## **2.4 Prozess des Entlassmanagements im Krankenhaus**

Der Prozess des Entlassmanagements beginnt im Prinzip mit der stationären Aufnahme der Patientinnen und Patienten und der schriftlichen Einwilligung der Patientin / des Patienten zum Entlassmanagement. Daran schließen sich seitens des Leistungserbringers die Bewertung des patientenindividuellen Bedarfs für ein Entlassmanagement sowie die damit einhergehende Feststellung eines Handlungsbedarfs und die Informationsweitergabe an die für die Entlassung verantwortlichen Akteure an. Einem differenzierten Assessment zum Entlassbedarf folgen die Erstellung des patientenindividuellen Entlassplans, die Erstellung von Verordnungen für die notwendigen poststationären Maßnahmen (Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie etc.) sowie die Kontaktaufnahme zu nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern. Dabei sollten die betroffenen Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörige in den Entlassprozess einbezogen und über die erforderlichen Maßnahmen und Prozesse umfassend informiert werden. Bevor die Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden, sollten die veranlassten Maßnahmen überprüft und ggf. angepasst werden. In diesem Zusammenhang erfolgt auch die Beurteilung der patientenindividuellen Entlassfähigkeit. Zum Zeitpunkt der Entlassung sind den Patientinnen und Patienten die Entlassdokumente mitzugeben. Ein Versorgungspfad, der die Schlüsselstrukturen und -prozesse der Versorgung sowie Schnittstellen und am Entlassprozess beteiligte Akteure darstellt, ist zusammen mit einer ausführlichen Darstellung in der Konzeptstudie des IQTIG zu finden (IQTIG 2019a: 39-48).

### 3 Das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*

Die Entwicklung neuer QS-Verfahren durch das IQTIG basiert regelhaft auf einem Qualitätsmodell für das Themengebiet, für das ein QS-Verfahren entwickelt werden soll (IQTIG 2022d: Abschnitt 11.1). Hierbei wird nach der Methodik des IQTIG erarbeitet, für welche patientenrelevanten Themen die Qualität dargestellt und anhand von Qualitätsindikatoren gemessen und bewertet werden soll. Diese qualitätsrelevanten Themen werden als Qualitätsaspekte bezeichnet und im Qualitätsmodell zusammengefasst.

Das Qualitätsmodell stellt eine strukturierte, an den Bedarfen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Auswahl an Qualitätsaspekten dar und lenkt die weitere Entwicklung verbindlich, indem die selektierten Qualitätsaspekte die thematischen Schwerpunkte des beauftragten QS-Verfahrens und damit auch der Patientenbefragung vorgeben. Wie das IQTIG in der Konzeptstudie (IQTIG 2019a) darstellte, wurden die Qualitätsaspekte anhand der Erkenntnisse einer Literaturrecherche und auf Basis von Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, pflegenden Angehörigen sowie ambulant und stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Mitarbeitenden im Case-Management/Entlassmanagement und der ambulanten und stationären Pflege definiert. Dabei wurde die Identifikation und Auswahl der Qualitätsaspekte gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG von folgenden Kriterien geleitet (IQTIG 2022d: Abschnitt 11.1):

- Es gibt Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial der Versorgungsqualität.
- Es ist plausibel, dass sich die Versorgungsqualität durch Anstrengungen der Leistungserbringer positiv beeinflussen lässt.
- Der Qualitätsaspekt liegt im Regelungsbereich des G-BA (SGB V).

Im Anschluss an die Definition der Qualitätsaspekte erfolgte im Rahmen der Entwicklungen der Konzeptstudie eine erste Einschätzung zur Eignung der verfügbaren Datenquellen zur Abbildung der Qualitätsaspekte. Zusätzlich zur Prüfung, welche Datenquelle verfahrensspezifisch die konkret adressierten Inhalte eines Qualitätsaspekts am besten abbildet, ist eine Abwägung von Aufwand und Nutzen einer Datenerhebung im Hinblick auf die konkreten Datenquellen zu treffen. Im Ergebnis kann ein Qualitätsaspekt aufgrund seiner inhaltlichen Ausgestaltung auch auf mehrere Datenquellen aufgeteilt werden (IQTIG 2019a). Gemäß Beauftragung durch den G-BA standen folgende Datenquellen für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* zur Verfügung:

1. Sozialdaten bei den Krankenkassen
2. Fallbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer
3. Einrichtungsbezogene QS-Dokumentation der Leistungserbringer
4. Patientenbefragung

Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten der Konzeptstudie prüfte das IQTIG die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern als Datenquelle für das QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Mit Blick auf die Aufwand-Nutzen-Abwägung konnte das IQTIG die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern nicht als Datenquelle empfehlen (IQTIG 2019a: Abschnitt 5.5). Diese Datenquelle wird daher für die weitere Entwicklung des QS-Verfahrens nicht berücksichtigt.

Insgesamt wurden 14 Qualitätsaspekte in das Qualitätsmodell des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* aufgenommen. Diese sind inhaltlich in der Konzeptstudie zur Erstellung des Qualitätsmodells dargelegt (IQTIG 2019a). Von diesen 14 Qualitätsaspekten wurden zum damaligen Stand 9 Qualitätsaspekte im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung als geeignete Datenquelle zugeordnet. Tabelle 2 stellt die Zuordnung der einzelnen Qualitätsaspekte zu den jeweils geeigneten Datenquellen dar. Die Qualitätsaspekte, die Grundlage der Entwicklung zur Patientenbefragung sind, sind grau unterlegt, wohingegen weiß unterlegte Qualitätsaspekte ausschließlich durch Sozialdaten bei den Krankenkassen oder die QS-Dokumentation der Leistungserbringer abgebildet werden.

Tabelle 2: Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen

Qualitätsaspekt	Zugeordnete Datenquelle(n)
Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation der Leistungserbringer</li> </ul>
Risikoeinschätzung (initiales Assessment)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QS-Dokumentation der Leistungserbringer</li> </ul>
Entlassplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> <li>▪ QS-Dokumentation der Leistungserbringer</li> </ul>
Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> </ul>
Information und Aufklärung zur Medikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> </ul>
Medikamentenmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> <li>▪ QS-Dokumentation der Leistungserbringer</li> </ul>
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> <li>▪ QS-Dokumentation der Leistungserbringer</li> </ul>
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> <li>▪ QS-Dokumentation der Leistungserbringer</li> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> </ul>
Entlassgespräch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> <li>▪ QS-Dokumentation der Leistungserbringer</li> </ul>
Entlassdokumente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> <li>▪ QS-Dokumentation der Leistungserbringer</li> </ul>

Qualitätsaspekt	Zugeordnete Datenquelle(n)
Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> </ul>
Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> </ul>
Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> <li>▪ Sozialdaten bei den Krankenkassen</li> </ul>
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientenbefragung</li> <li>▪ QS-Dokumentation der Leistungserbringer</li> </ul>

Hinweis: Die Qualitätsaspekte, die Grundlage der Entwicklung zur Patientenbefragung sind, sind grau unterlegt. Weiß unterlegte Qualitätsaspekte werden ausschließlich durch Sozialdaten bei den Krankenkassen oder die QS-Dokumentation der Leistungserbringer abgebildet.

Für die Qualitätsaspekte „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“ und „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“, welche über die Datenquelle „fallbezogene QS-Dokumentation“ bzw. „Sozialdaten bei den Krankenkassen“ abgedeckt werden sollten, wurde die Abbildbarkeit über die Datenquelle „Patientenbefragung“ als eingeschränkt eingeschätzt. Mit Beginn der Entwicklungsarbeiten zu den Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung wurde die Zuordnung der Qualitätsaspekte zu den Datenquellen erneut geprüft und in diesem Zuge die beiden Qualitätsaspekte für eine Prüfung der Umsetzung über die Patientenbefragung in deren Entwicklung berücksichtigt.

## Teil II: Methodisches Vorgehen

## 4 Konzeptionelle Rahmenbedingungen

### 4.1 Zielgruppenbestimmung von Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement

Gemäß der G-BA-Beauftragung wurden vom IQTIG keine Einschränkungen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Alters, der Diagnose sowie der spezifischen Prozedur, Therapie oder anderweitiger stationärer Leistungen vorgenommen (Abschnitt 1.2). In Deutschland gibt es pro Jahr etwa 16,2 Millionen Entlassungen von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten aus einem stationären Krankenhausaufenthalt (GBE-Bund 2021b), die entsprechend § 39 Abs. 1a SGB V grundsätzlich alle einen Anspruch auf ein Entlassmanagement während der Krankenhausversorgung haben. Der regelhafte Einbezug aller Patientinnen und Patienten, die aus einer stationären Krankenhausbehandlung entlassen wurden, ist in dieser Größenordnung für ein QS-Verfahren nicht praktikabel. Mit dem Ziel der Datensparsamkeit und der Reduktion des Befragungsaufwands seitens der befragten Patientinnen und Patienten, aber auch vor dem Hintergrund des Dokumentationsaufwands bei den Leistungserbringern ist die Definition einer fokussierten Zielpopulation notwendig. Diese beinhaltet nur einen Teil der Gesamtheit aller Entlassungen von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten und führt so zu einer Reduktion der für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* relevanten Entlassungen.

Laut § 3 Abs. 2 des Rahmenvertrag Entlassmanagement ist es insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement zu treffen, bspw. bei neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen der Mobilität und Selbstversorgung (GKV-Spitzenverband et al. 2022). Über die beauftragte Weiterentwicklung des Prognosemodells findet eine Fokussierung auf Patientinnen und Patienten mit einem vordringlichen Bedarf für ein Entlassmanagement statt (G-BA 2018). Ein solcher vordringlicher bzw. umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement liegt gemäß der Definition des IQTIG (Kapitel 8) dann vor, wenn für die Patientinnen und Patienten zusätzlich zum Entlassbrief mindestens eine *konkrete Versorgungsleistung oder Maßnahme zur Sicherstellung einer lückenlosen bedarfsgerechten Nach- und Weiterversorgung* im Rahmen der Entlassung verordnet und organisiert werden muss (z. B. verordnete Heil- und Hilfsmittel oder Medikamente, Anschlussbehandlungen, medizinische Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflegeleistungen oder Haushaltshilfen). Dieser Patientenpopulation mit einem vordringlichen bzw. umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement wird sich über ein Prognosemodell für die QS-Auslösung auf Basis der zum Zeitpunkt der Entlassung verfügbaren Daten des Krankenhausinformationssystem (KIS) angenähert (Abschnitt 8.1). In Abschnitt 8.4 wird die so selektierte Fallpopulation detaillierter beschrieben.

Damit bleibt dennoch eine Heterogenität der zu adressierenden Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Alters, der Diagnose und der erbrachten stationären Leistung sowie der im Rahmen der Entlassung konkret veranlassten poststationären Leistungen bestehen. Für die Entwicklung der Patientenbefragung bedeutet dies mit Blick auf die heterogene Zielgruppe, die Themen so allgemein anzulegen, dass sie grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten der Zielgruppe

des QS-Verfahrens gleichermaßen relevant sind. Sie sollten jedoch konkret genug sein, um Rückschlüsse auf die Qualität des Entlassmanagements zu erlauben. Gleichzeitig sollten die Themen auch von dritten Personen valide beobachtbar bzw. erfahrbar und beantwortbar sein, um stellvertretende Befragungen zulassen zu können.

## **4.2 Stellvertretende Befragung bei Patientinnen und Patienten**

Mit dem Anspruch, ein Befragungsinstrument für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement zu entwickeln, werden sowohl minderjährige Patientinnen und Patienten als auch solche Patientinnen und Patienten miteinbezogen, die aufgrund von schweren körperlichen, psychischen oder kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage sein werden, einen Fragebogen (vollständig) ohne Hilfe selbst auszufüllen. Um diese vulnerablen Patientengruppen nicht aus der Patientenbefragung, und damit der Erfassung der Versorgungsqualität des Entlassmanagements, auszuschließen und selektive Datenausfälle zu minimieren (z. B. durch Non-Response Bias), empfiehlt das IQTIG, für diese vulnerablen Patientengruppen bei der Entwicklung der Patientenbefragung die Möglichkeit von Proxy-Befragungen zu berücksichtigen; eine dritte Person unterstützt demnach die Befragten beim Beantworten oder beantwortet stellvertretend für diese vollständig den Fragebogen. Proxy-Befragungen werden bei Gesundheitssurveys meist von Angehörigen, Mitgliedern des Haushalts, gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern oder dem Pflegepersonal beantwortet (Cobb 2018b, Robertson et al. 2017, Sakshaug 2014, Cobb 2018a).

### **4.2.1 Proxy-Befragung bei erwachsenen Patientinnen und Patienten**

Die Qualität der Antworten aus Proxy-Befragungen wird von mehreren Faktoren geprägt. Zum einen beeinflusst die Art der Beziehung der Proxy-Person zu der befragten Patientin / dem befragten Patienten die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbbericht. Je enger die Beziehung zwischen Patientin/Patient und der Proxy-Person ist, desto eher sind Proxys in der Lage, valide Antworten anstelle der Patientin / des Patienten zu geben (z. B. Cobb 2018b, Cobb 2018a). So zeigt sich bspw., dass gerade bei älteren Personen die Ehepartnerin / der Ehepartner mit den Betroffenen übereinstimmende Antworten hinsichtlich gesundheitlicher Fragen geben kann (Elliott et al. 2008). Darüber hinaus wirkt sich der Grad der Eingebundenheit der Proxys in die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf die Beurteilung der Fragen von Dritten aus. Je stärker die Bezugspersonen in die Versorgung eingebunden sind, desto valider können diese Angaben zur Versorgung machen (Roydhouse et al. 2018). Nicht zuletzt sind die Inhalte der Fragen entscheidend für die Übereinstimmung zwischen Selbstbericht und Proxy. Differenzen treten insbesondere bei Fragen zu gesundheitlichen Problemen, Problemen im Alltag, dem psychischen Wohlbefinden und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität – also bei subjektiv empfundenen Themen – zutage (Graham 2016, Elliott et al. 2008, Roydhouse und Wilson 2017, Oczkowski und O'Donnell 2010). Dagegen liegen die Berichte beim Erfragen von objektiven und konkreten bzw. faktischen Sachverhalten, z. B. beobachtbare Symptome oder beobachtbares Verhalten bzw. körperliche Einschränkungen, von Patientinnen und Patienten und Proxy-Antworten näher beieinander (Graham 2016, Sakshaug 2014, Elliott et al. 2008, Oczkowski und O'Donnell 2010, McPherson und Addington-Hall 2003).



Für die stellvertretende Befragung bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die nicht selbst in der Lage sind, den Fragebogen auszufüllen, gilt es bei der Entwicklung der Patientenbefragung konkrete Situationen zu erfragen, die auch von Dritten grundsätzlich erfahrbar und bewertbar sind. Ist es bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten nicht möglich, als Angehörige am Entlassprozess im Krankenhaus beteiligt zu sein, sollte dies über geeignete Antwortoptionen, z. B. „Weiß nicht“, im Fragebogen abbildbar sein. Darüber hinaus sollte im Rahmen der Befragung erfasst werden, inwieweit die Patientinnen und Patienten bei der Beantwortung des Fragebogens durch Dritte unterstützt wurden oder die Proxy-Person den Fragebogen ohne Beteiligung der Patientin / des Patienten aufgefüllt hat sowie in welchem Verhältnis die Proxy-Person zur Patientin / zum Patienten steht.

Über die Validierung der Fragebögen können schon im Rahmen der Entwicklung mögliche Herausforderungen bei der Beantwortung durch Proxys ermittelt und die Fragebögen entsprechend optimiert werden. So wird im kognitiven Pretest neben der Verständnis- und Erinnerungsfähigkeit auch die Beurteilungsfähigkeit der Testpersonen in Bezug auf die Items geprüft. Im Rahmen der Auswertung des Standards-Pretests können Hinweise auf das Antwortverhalten (z. B. fehlende Antworten oder „Weiß nicht“-Antworten) bei der stellvertretenden Beantwortung der Fragebögen ermittelt werden (Abschnitt 10.4). Eine Vergleichsanalyse zwischen Selbst- und Fremdauskunft hinsichtlich der Berechnung der Qualitätsindikatoren ist im Rahmen der vorliegenden Entwicklung aufgrund der eingeschränkten Datengrundlage des Standard-Pretests nicht möglich. Für den Regelbetrieb werden vom IQTIG in Abschnitt 12.4.2 Empfehlungen hierfür gegeben.

#### **4.2.2 Stellvertretende Befragung von Eltern/Sorgeberechtigten bei Kindern und Jugendlichen**

Wie in Abschnitt 4.1 dargelegt, gehören minderjährige Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement ebenfalls zur Zielgruppe der Patientenbefragung. Vor dem Hintergrund einer Aufwand-Nutzen-Betrachtung ist eine direkte Befragung von Kindern bzw. Jugendlichen im Rahmen des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* nicht zu empfehlen. Die Entwicklung altersgerechter Fragebögen für Kinder und Jugendliche erfordert einen erheblichen Mehraufwand aufgrund der anspruchsvollen methodischen Umsetzung, die neben einer geeigneten Itemformulierung eine besondere Ansprache, ein entsprechendes Layout sowie eine kürzere Version des Fragebogens erfordert (Hargreaves et al. 2018, CQC 2019, CQC/Picker [2020]-a, CQC/Picker [2020]-b). Zudem ist eine aufwendigere Pretestung notwendig, die im Rahmen des vorliegenden Entwicklungsprojekts nicht geleistet werden konnte.

Aus methodischer Sicht ist bei minderjährigen Patientinnen und Patienten in Gesundheitssurveys prinzipiell die Unterstützung durch Eltern, Angehörige, gesetzlich Vertretende (Desai et al. 2018) bzw. den „am besten Bescheid wissenden“ Erwachsenen (engl. *most knowledgeable adult*) (Sakshaug 2014) notwendig. Es ist davon auszugehen, dass bei minderjährigen Patientinnen und Patienten deren Eltern bzw. Sorgeberechtigte in unterschiedlichem Ausmaß eine verantwortungsvolle Rolle in Stellvertretung für ihr Kind im Entlassprozess einnehmen. Die Eltern bzw. Sorgeberechtigten können bis zur Volljährigkeit der Patientinnen und Patienten grundsätzlich als primäre Adressaten der Entlassung ihres Kindes eingeschätzt werden. Im Entlassprozess

selbst sowie in der nachgelagerten Versorgung sind zudem die Eltern bzw. Sorgeberechtigten die Ansprechpersonen für die Leistungserbringer.

Aus diesen genannten Gründen empfiehlt das IQTIG für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* bei der Befragung von Minderjährigen die Eltern bzw. Sorgeberechtigten als direkte Adressaten für den Fragebogen. Da die Beantwortung der Items aus Perspektive der Eltern/Sorgeberechtigten und nicht aus der Perspektive der betroffenen Kinder erfolgt, liegt in diesem Fall keine „echte“ Proxy-Befragung vor. Eine Ausnahme bilden hierbei Jugendliche ab 14 Jahren, die „einsichtsfähig“ sind und demnach den Fragebogen gemeinsam mit ihren Eltern ausfüllen können (Nachtsheim und König 2019, Kölch et al. 2020, ADM 2006).

### 4.3 Erfassung von Ergebnisqualität

Neben der Struktur- und Prozessqualität soll gemäß der Beauftragung auch die Ergebnisqualität im Rahmen der Entwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* für die Messung der Versorgungsqualität der Entlass- und Überleitungsprozesse berücksichtigt werden. In den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022d: Abschnitt 13.2) legt das IQTIG dar, dass Qualitätsmessungen grundsätzlich die in Kapitel 5 aufgeführten Eignungskriterien für Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren erfüllen müssen. Mit Blick auf die Erfassung von Ergebnisqualität für das Entlassmanagement ist hierbei das Kriterium der „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ in besonderem Maße zu berücksichtigen.

Damit die Beeinflussbarkeit der Versorgungsqualität durch den Leistungserbringer gewährleistet ist, muss das gemessene Qualitätsmerkmal bzw. der Qualitätsindikator innerhalb der Handlungsmöglichkeiten des Leistungserbringers liegen (IQTIG 2022d: Abschnitt 13.2). Auf das Ergebnis nehmen im Rahmen des Entlassmanagements jedoch neben dem Leistungserbringer der initialen Entlassung auch patientenseitige Faktoren wie z. B. die Schwere der Erkrankung, das Alter, der Familienstand, die Länge des Krankenhausaufenthalts, die Art der Krankenhausbehandlung (akute vs. elektive Behandlung) sowie Aspekte der Verfügbarkeit und Kapazitäten der ambulanten Nach- und Weiterversorgung Einfluss.

Im Rahmen der Konzeptstudie wurden die beiden Qualitätsaspekte „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“ sowie „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“, die die Ergebnisqualität adressieren, identifiziert (IQTIG 2019a). Für den Qualitätsaspekt „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ wurde eine eingeschränkte Abbildbarkeit über die Patientenbefragung dargelegt, die es in der weiteren Entwicklung zu überprüfen gilt (IQTIG 2019a).

#### **Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung**

In der Konzeptstudie wurde gezeigt, dass Krankenhäuser durch gezielte Interventionen im Entlassmanagement (z. B. durch Patienteninformation und Schulungen) ungeplante stationäre Wiederaufnahmen oder ambulante Notfallkontakte reduzieren können (z. B. Braet et al. 2016a, Branowicki et al. 2017, Rodakowski et al. 2017, Leppin et al. 2014, Jones et al. 2016). Deutlich wird jedoch auch, dass für die Bewertung der Versorgungsqualität ausschließlich ungeplante

und in Bezug auf das Entlassmanagement vermeidbare, stationäre Wiederaufnahmen berücksichtigt werden sollen, die in einem direkten Zusammenhang mit dem initialen Krankenhausaufenthalt stehen. Geplante Wiederaufnahmen sowie nicht vermeidbare Wiederaufnahmen geben keine Hinweise auf ein Qualitätsdefizit der Versorgung (Fischer et al. 2014). Für die Erfassung von ungeplanten Wiederaufnahmen ist zudem der Zeitpunkt der Erfassung/Messung bedeutend: Je weiter die erfasste Wiederaufnahme vom Zeitpunkt der Entlassung entfernt ist, desto schwieriger wird es, sie mit der initialen Entlassung in einen eindeutigen Zusammenhang zu bringen (Fischer et al. 2014). Darüber hinaus sind ungeplante stationäre Wiederaufnahmen durch weitere, vom Leistungserbringer nicht unmittelbar beeinflussbare Faktoren wie patientenindividuelle Charakteristika und ambulante Versorgungsstrukturen beeinflusst.

Auch in Bezug auf die ambulante Notfallversorgung ist eine Objektivierung der „Dringlichkeit“ eines Notfallkontakts schwer vorzunehmen, da Patientinnen und Patienten aus vielfältigen Gründen, die nicht unbedingt einer medizinischen Notwendigkeit folgen, Notfallambulanzen aufsuchen (Somasundaram et al. 2018). Zudem ist die Nutzung einer Notfallambulanz von weiteren Faktoren wie der vorhandenen medizinischen Infrastruktur abhängig, die nur vage in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der initialen Entlassung stehen (z. B. Vorhandensein einer ambulanten/vertragsärztlichen Notfallambulanz vs. Notfallambulanz in einem Krankenhaus vs. Angebot von ärztlichen Hausbesuchen). Aus diesen genannten methodisch-konzeptionellen Gründen wird im Rahmen der weiteren Entwicklung der Patientenbefragung die Operationalisierbarkeit dieses Qualitätsaspekts geprüft.

### **Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung**

Die Entlassfähigkeit von Patientinnen und Patienten ist sowohl aus der Patientenperspektive als auch aus Sicht der behandelnden Gesundheitsprofessionen erfassbar (DNQP 2019, Dietrich et al. 2019, Brittan et al. 2015, Amin et al. 2016), wobei diese beiden Perspektiven nicht deckungsgleich sein müssen (Galvin et al. 2017). Das Konstrukt der subjektiven Entlassbereitschaft bzw. *readiness for hospital discharge* ist sowohl auf Prozessebene als auch auf Ebene der Ergebnisqualität als individueller Zustand am Ende des Krankenhausaufenthalts zu begreifen (Galvin et al. 2017). Dabei können nach Galvin et al. (2017) vier Komponenten der subjektiven Entlassbereitschaft unterschieden werden:

- **körperliche Stabilität als Voraussetzung der Entlassung („physical stability“):**

Die körperliche Stabilität oder klinische Entlassfähigkeit (Solan et al. 2015) kann sowohl objektiv als auch subjektiv gemessen werden. Hierunter zählen u. a. Vitalparameter, die Wundheilung oder Symptome (Galvin et al. 2017), aber auch das subjektive Empfinden der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihres medizinischen, krankheitsbezogenen Gesundheitsstatus bzw. Genesungsverlaufs.

- **mentale Bereitschaft zur Entlassung („psychological ability“):**

Die mentale Bereitschaft von Patientinnen und Patienten zur Entlassung kann von der klinischen Entlassfähigkeit abweichen (Solan et al. 2015). Sie hängt vor allem von den individuellen Bewältigungsstrategien ab, den eigenen Alltag und die neue Situation nach Entlassung aus dem Krankenhaus kontrollieren zu können (Galvin et al. 2017).

- **Information und Wissen zu Versorgungserfordernissen nach Entlassung („adequate information and knowledge“):**

Zudem wird die subjektive Entlassbereitschaft vom Wissen, also den im Rahmen des Entlassmanagements vermittelten Informationen über die krankheitsbezogenen Versorgungserfordernisse für die Zeit nach der Entlassung beeinflusst (Galvin et al. 2017). Je besser Patientinnen und Patienten über die ambulante Nach- und Weiterversorgung informiert und z. B. durch Schulungen vorbereitet werden, desto eher sind die Betroffenen bereit für die Entlassung (Verhaegh et al. 2019, Weiss et al. 2017, Mabire et al. 2019, Jones et al. 2017).

- **Unterstützung und Hilfestellung nach Entlassung („adequate support“):**

Im Rahmen des Entlassmanagements initiierte formelle Hilfen wie bspw. Pflegedienste, ärztliche Nachsorgen oder die informelle Unterstützung durch Angehörige oder Nachbarinnen/Nachbarn fördern die subjektive Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten (Galvin et al. 2017).

Anhand der vier Komponenten zeigt sich die mögliche Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer im Rahmen des Entlassmanagements auf die subjektive Entlassbereitschaft. In einer orientierenden Recherche zu Parametern der Ergebnisqualität, welche das IQTIG für die Ableitung der Qualitätsmerkmale durchgeführt hat (Abschnitt 5.1.2 sowie Anhang D.1.2), finden sich Hinweise, dass eine aktive Beeinflussung des Entlassmanagements durch die stationären Leistungserbringer in großen Teilen möglich ist und subjektive Entlassfähigkeit als Ergebnis des Entlassmanagements den Leistungserbringern zumindest teilweise zuschreibbar ist. Gleichzeitig finden sich Hinweise auf Einflussfaktoren, die nicht durch die stationären Leistungserbringer beeinflussbar sind (z. B. Ausgestaltung der ambulanten Versorgungsstrukturen, Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Entlassplanung).

Der Einfluss von patientenseitigen Faktoren bei der Messung der Ergebnisqualität kann durch ein angemessenes Bewertungskonzept und dementsprechend durch die Festlegung von Referenzbereichen eines Qualitätsindikators sowie durch Modelle der Risikoadjustierung aufgefangen werden (IQTIG 2022d: Abschnitt 6.2). Im Rahmen der Patientenbefragung können jedoch nur solche Einflussfaktoren in die Risikoadjustierung einbezogen werden, die sich auch über diese Datenquelle erfassen lassen (Abschnitt 7.4). Dies muss bei der Entwicklung der Fragebögen berücksichtigt und überprüft werden (Abschnitt 10.2.2).

#### 4.4 Befragungszeitpunkt

Das IQTIG wurde vom G-BA im Rahmen des vorliegenden Entwicklungsprojekts beauftragt, Empfehlungen zum Befragungszeitpunkt für die Umsetzung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* zu erarbeiten. Die Bestimmung des konkreten Befragungszeitpunkts, der zur Abbildung der Qualität des Entlassmanagements aus einer stationären Krankenhausbehandlung geeignet ist, hängt zum einen inhaltlich von den abgeleiteten Qualitätsmerkmalen und zum anderen von der Erinnerungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der erfragten Themen der Items ab. Grundsätzlich nimmt die Erinnerungsleistung mit der Zeit ab. Aus

diesem Grund sollte der Zeitraum zwischen der Entlassung aus einer stationären Krankenhausbehandlung und der Befragung nicht allzu groß sein und die Befragung selbst zeitnah nach der Entlassung erfolgen (Abschnitt 12.2).

Bei außergewöhnlichen Ereignissen, die von den Befragten als wichtig und emotional einschneidend erlebt werden, kann zwar von einem relativ langen Erinnerungszeitraum ausgegangen werden (Grotmeter 2008). Auch qualitative Studien (z. B. Mitchell et al. 2018, Gotlib Conn et al. 2018, Major et al. 2019) sowie die vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews legen den Schluss nahe, dass die Entlassung ein einprägsames und erinnerungsreiches Ereignis darstellt, sodass die befragten Patientinnen und Patienten auch wenige Monate nach Entlassung noch detaillierte Angaben machen konnten, bspw. wie sie vom Entlasstermin erfahren haben. Jedoch kann das Erleben und Abspeichern neuer Erfahrungen, die zwischen dem zu erinnernden Ereignis und der Befragung liegen, den Abruf der Erinnerung erschweren (Tourangeau 2000, Grotmeter 2008). Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass befragte Patientinnen und Patienten bspw. Details verwechseln oder Informationen falsch zuordnen (Grotmeter 2008). Bei der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* kann es z. B. zu einer Überlagerung der Erinnerung an die Entlassung aus der Krankenhausbehandlung kommen, wenn Patientinnen und Patienten zeitnah erneut stationär behandelt werden. Im kognitiven Pretest und im Standard-Pretest wurde daher untersucht, ob bei den erprobten Zeiträumen, die aufgrund der Empfehlungen zur QS-Auslösung und zum Datenfluss bzw. Datenexport der Patientenbefragung zwischen 2 und 13 Wochen liegen können (Abschnitt 12.2), eine ausreichende Erinnerungsfähigkeit und Beurteilbarkeit für die einzelnen Qualitätsmerkmale bei den Patientinnen und Patienten gegeben war (Abschnitte 10.3 und 10.4).

## 5 Methoden zur Ableitung von Qualitätsmerkmalen der Patientenbefragung

Als Zwischenschritt zur Operationalisierung werden die Qualitätsaspekte in Form von Qualitätsmerkmalen differenziert und inhaltlich konkretisiert. Die Qualitätsmerkmale müssen dabei folgende Eignungskriterien gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG erfüllen, um im weiteren Entwicklungsprozess berücksichtigt zu werden (IQTIG 2022d: Abschnitt 13.2):

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

Weiterhin muss sichergestellt sein, dass die abgeleiteten Themen potenziell von Patientinnen und Patienten beurteilbar sind, d. h. erlebt wurden und im Rahmen einer Befragung beantwortet werden können (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2.3). Zudem sind für die Ableitung der Qualitätsmerkmale auch die nachfolgend dargestellten projektspezifischen Anforderungen zu berücksichtigen, welche sich aus der breiten und heterogenen Zielgruppe der Patientenbefragung ergeben (Abschnitt 1.2):

- Unabhängigkeit von spezifischen Diagnosen der Patientinnen und Patienten, d. h., das Qualitätsmerkmal ist für entlassene Patientinnen und Patienten unabhängig von deren Diagnose(n) bzw. Krankheitsbild(ern) relevant
- Unabhängigkeit von der erbrachten stationären Leistung, d. h., das Qualitätsmerkmal ist für entlassene Patientinnen und Patienten unabhängig von der in der Krankenhausbehandlung durchgeführten Operation, Prozedur oder Therapie relevant
- Unabhängigkeit vom Alter der Patientinnen und Patienten, d. h., das Qualitätsmerkmal ist für entlassene Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Alter relevant

Grundlage zur Ableitung der Qualitätsmerkmale bilden Erkenntnisse aus einer systematische Literaturrecherche und -analyse (Abschnitt 5.1) sowie die Durchführung und Auswertung von Fokusgruppen und Einzelinterviews (Abschnitt 5.2).

In einem ersten Schritt wurden die identifizierten Themen aus den eingeschlossenen Leitlinien und dem deutschen Expertenstandard der Pflege, eingeschlossenen Publikationen zur Patientenperspektive, zur Versorgungssituation in Deutschland sowie zu ausgewählten Parametern der Ergebnisqualität des Entlassmanagements (Anhang D.1.2) sowie den Fokusgruppen und Einzelinterviews (Anhang D.1.3) separat als Themen synthetisiert. In einem zweiten Schritt wurden diese Themen übergreifend zusammengeführt, woraus sich die abgeleiteten Qualitätsmerkmale ergaben (Abschnitt 9.1). Neben der initialen Fragestellung zur Identifizierung patientenrelevanter Inhalte leiteten die oben genannten Eignungskriterien, die projektspezifischen Anforderungen sowie der rechtliche Rahmen zum Entlassmanagement mit dem Rahmenvertrag Entlassmanagement und den entsprechenden Richtlinien des G-BA den Analyseprozess und die Ableitung

der jeweiligen Qualitätsmerkmale. Die zusammengestellten Qualitätsmerkmale wurden von einem externen Expertengremium beraten (Abschnitt 5.3). Eine weitere externe Reflexion erfolgte durch ein Beteiligungsverfahren im Rahmen der Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V (Abschnitt 5.4). Auf Basis der daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden die Qualitätsmerkmale nochmals geprüft, ggf. im weiteren Prozess der Fragebogenentwicklung überarbeitet und schließlich als Grundlage der Qualitätsindikatoren definiert (Abschnitt 9.3).

## 5.1 Literaturrecherche und Evidenzsynthese

### 5.1.1 Ziele der Literaturrecherche und Evidenzanalyse

Das übergeordnete Ziel der Literaturrecherche und Evidenzanalyse für die Entwicklung der Patientenbefragung bestand darin, umfassende Erkenntnisse zu den einzelnen qualitätsrelevanten Themen der im Qualitätsmodell festgelegten Qualitätsaspekte zu erlangen. Außerdem dienten die Ergebnisse der Literaturrecherche der Generierung von Themen für die Leitfäden der Einzelinterviews und sollten die spätere Entwicklung der Fragebogenitems und Variablen zur Risikoadjustierung unterstützen.

Grundlage hierfür war die systematische Literaturrecherche aus der Konzeptstudie (IQTIG 2019b) sowie eine Update-Recherche dieser, um bereits identifizierte Themen mit der aktuellen Studienlage ab Dezember 2018 abzugleichen und ggf. zu ergänzen. Zentral hierbei waren neben der Relevanz für die Patientinnen und Patienten auch die Erlebbarkeit bzw. Beurteilbarkeit der Themen durch die Patientinnen und Patienten, sodass diese im Rahmen einer Befragung adressiert werden können. Für die systematischen Literaturrecherchen erfolgten zunächst Operationalisierungen in strukturierte, recherchierbare Fragestellungen. Dabei wurde die Informationsbeschaffung folgendermaßen unterteilt:

- **Informationsbeschaffung – Leitlinien und deutscher Expertenstandard**

Identifizierung der aktuellen, diagnose- bzw. krankheitsübergreifenden, in nationalen und internationalen Leitlinien und im deutschen Expertenstandard der Pflege empfohlenen normativen Standards für das Entlassmanagement

- **Informationsbeschaffung – Versorgungssituation in Deutschland**

Beschreibung der deutschen Versorgungssituation und Versorgungspraxis von Patientinnen und Patienten, die aus dem Krankenhaus in die ambulante Weiterversorgung übergehen sowie Hinweise auf eine mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus einem teil- bzw. vollstationären Krankenhausaufenthalt

- **Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen**

Beschreibung der Patientenperspektive (bzw. der Perspektive Angehöriger, Eltern oder anderer Vertreterinnen und Vertreter) hinsichtlich der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus einem teil- oder vollstationären Krankenhausaufenthalt in die ambulante Weiterversorgung sowie Identifikation von patientenrelevanten und potenziell im Rahmen einer Patientenbefragung adressierbaren Themen hinsichtlich der Entlassung aus dem Krankenhaus

Die konkreten Fragestellungen mit angewandten Suchstrategien zu den einzelnen Informationsbeschaffungen können dem Recherchebericht (Anhang A.1) entnommen werden.

### 5.1.2 Recherchekonzept und Vorgehen

Die Literatur wurde – orientiert an der Methodik eines Scoping Reviews – systematisch recherchiert und aufbereitet (IQTIG 2022d: Abschnitt 9.3).<sup>3</sup> Ausgehend vom Vorgehen in der Konzeptstudie erfolgten Aktualisierungen der systematischen Recherchen, um jüngste Publikationen (nach Dezember 2018) mit zu berücksichtigen.<sup>4</sup>

Zur Beantwortung der Frage nach **normativen Standards** wurden bei der Update-Recherche ausschließlich evidenzbasierte Leitlinien und Expertenstandards der Pflege eingeschlossen, die auf das deutsche Gesundheitssystem hinreichend übertragbar sind. Zudem erfolgte im Vergleich zur Konzeptstudie eine Präzisierung auf Publikationen, die den Prozess der Entlassung diagnose- bzw. krankheitsübergreifend adressieren. Die Empfehlungen in den Leitlinien und im Expertenstandard der Pflege sollten formal eindeutig als solche gekennzeichnet sein. Die bereits bei der Konzeptstudie identifizierten Leitlinien und der Expertenstandard wurden bezüglich der geschärften Einschlusskriterien geprüft und ausgewählt. Für die inhaltliche Aufbereitung der eingeschlossenen Leitlinien und des Expertenstandards wurden deren Charakteristika tabellarisch erfasst (Anhang A.2.1). Empfehlungen wurden dann als relevant eingestuft und extrahiert, wenn sie entsprechend der Qualitätsaspekte der Patientenbefragung (Tabelle 2) dem Prozess des Entlassmanagement zugeordnet werden konnten und potenziell von Patientinnen und Patienten beobachtbar und beurteilbar sind (Anhang A.2.2).

Um eine Fokussierung auf die derzeitige **Versorgungssituation in Deutschland** im Rahmen des Entlassmanagements zu erhalten und Hinweise auf eine mögliche Unter-, Über- und Fehlversorgung abzuleiten, wurden die Publikationen bei der Update-Recherche allein auf die deutsche Versorgungssituation begrenzt. Des Weiteren wurden durch die Anforderung, ausschließlich „peer reviewed“ Publikationen einzuschließen, die Kriterien der Studiauswahl verbessert. Die bereits bei der Konzeptstudie identifizierten Publikationen zum Thema Versorgungssituation wurden bezüglich der geschärften Einschlusskriterien gesichtet und ausgewählt.

Für die Identifizierung von **patientenrelevanten** und potenziell im Rahmen einer Patientenbefragung adressierbaren **Themen** wurden gezielt Publikationen einbezogen, die ein aktuelles Bild der Patientenperspektive auf den Entlassprozess wiedergeben. Hierzu wurden die Sicht von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Eltern sowie die Einschätzung von beteiligten Gesundheitsprofessionen bezüglich der Situation von Patientinnen und Patienten während der Entlassung berücksichtigt. Es wurden nur Erhebungen einbezogen, die sich auf vergleichbare In-

---

<sup>3</sup> In Anlehnung an die Methode eines Scoping-Reviews wurden die eingeschlossenen Publikationen nicht bewertet. Leitlinien und Expertenstandard wurden einer AGREE-II-Bewertung unterzogen (siehe Recherchebericht zur Konzeptstudie für die Erstellung des Qualitätsmodells, IQTIG 2019b: Anhang A.1 Abschnitt 2.2).

<sup>4</sup> Die Übersichten zu den eingeschlossenen Referenzen aus den Update-Recherchen sind im Recherchebericht in Anhang A.1 dokumentiert. Der Recherchebericht zur systematischen Recherche im Rahmen der Konzeptstudie mit den einzelnen methodischen Schritten und Zwischenergebnissen kann in Anhang A.1 der Konzeptstudie eingesehen werden (IQTIG 2019b).



dustrienationen beziehen und somit eine grundsätzliche Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem ermöglichen. Berücksichtigt wurden weiterhin nur Publikationen, in denen der Datenpool beschrieben wird. Auch hier wurden nur „peer reviewed“ Publikationen eingeschlossen. Bereits bei der Konzeptstudie identifizierte Publikationen zu patientenrelevanten Themen wurden bezüglich der geschärften Einschlusskriterien gesichtet und ausgewählt.

Auf der Grundlage der systematischen Recherche der Konzeptstudie sowie der Update-Recherche, in denen vornehmlich nach Publikationen zur Versorgungssituation und zur Patientenperspektive recherchiert wurde, erfolgte eine ergänzende, orientierende Recherche zu in der Konzeptstudie bereits definierten Parametern der **Ergebnisqualität** von Entlassmanagement (subjektive Entlassbereitschaft, ungeplante Wiederaufnahmen, Kontakt zu Notfallambulanzen oder vertragsärztlichem Notdienst) (IQTIG 2019a). Ziel der orientierenden Recherche war es, einen tiefergehenden Einblick in zugrunde liegende Einflussfaktoren sowie Handlungsmöglichkeiten zu erhalten, um die Beeinflussbarkeit durch und die Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer im Kontext der Ergebnisqualität in Ergänzung zur systematischen Recherche zu analysieren.

## **5.2 Fokusgruppen/Einzelinterviews mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen sowie Gesundheitsprofessionen des Entlassmanagements**

### **5.2.1 Ziele der Fokusgruppen**

Den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wird im Rahmen der Entwicklung von Patientenbefragungen des IQTIG ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt. So können vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Versorgung gewonnen werden und im Sinne einer patientenzentrierten Ausrichtung in die Qualitätsanforderungen einfließen. Gemeinsam mit den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche werden durch die Fokusgruppen die Themensetzungen des späteren Fragebogens genauer bestimmt und Qualitätsmerkmale als Ausgangspunkt für einzelne Fragen (Items) und Indikatoren abgeleitet.

Anhand von Fokusgruppen sollen die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten, die aus einer teil- bzw. vollstationären Behandlung im Krankenhaus entlassen werden, eruiert werden, um daraus bedeutsame Themen für das QS-Verfahren abzuleiten. Im Rahmen der Entlassplanung und der Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus spielen vielfach auch Angehörige eine wichtige Rolle. Dies betrifft vor allem pflegebedürftige Patientinnen und Patienten, bei denen häufig Angehörige die Organisation und Koordination der weiterführenden Versorgung zu Hause übernehmen. Bei minderjährigen Patientinnen und Patienten, insbesondere bei Früh- und Neugeborenen, Kleinkindern/Kindern, aber auch Jugendlichen sind die Eltern die ersten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Vor diesem Hintergrund haben auch die Erfahrungen der Angehörigen eine wichtige Funktion bei der Identifikation von qualitätsrelevanten Themen.

Damit war es zum einen Aufgabe der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen, Charakteristiken oder Ereignisse der Versorgung zu berichten, die aus ihrer Sicht von hoher Relevanz für die Qualität der Versorgung sind und von den Patientinnen und Patienten

sowie Angehörigen beobachtbar und beurteilbar sind. Zum anderen sollen Fokusgruppen mit den an der Entlassung aus einer teil- bzw. vollstationären Behandlung beteiligten Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen (z. B. ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeitende des Sozialdienstes / des Case Managements / des Entlassmanagements oder der ambulanten und stationären Pflege) die patientenrelevanten Themen entsprechend ihres Erfahrungshorizonts ergänzen.

### **5.2.2 Planung und Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer**

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Fokusgruppenteilnehmenden wurde eine inhaltliche Repräsentativität (Lamnek und Krell 2016: 362-365) angestrebt, die insbesondere auf die behandlungsbezogenen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, die aus einer teil- bzw. vollstationären Behandlung im Krankenhaus entlassen werden, sowie deren Angehörigen fokussierte. Um einen umfassenden Blick über die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen auf die Entlassung zu gewinnen, wurden insgesamt fünf Fokusgruppen geplant:

- drei Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten
- eine Fokusgruppe mit Angehörigen von Patientinnen und Patienten
- eine Fokusgruppe mit Eltern von minderjährigen Patientinnen und Patienten

Die Fokusgruppen sollten inhaltlich hinsichtlich der Schwere der Erkrankungen der Patientinnen und Patienten und den damit verbundenen komplexen oder geringen Versorgungsbedarfen im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb der Gruppen möglichst homogen zusammengestellt werden. Der Versorgungsbedarf wurde, in Anlehnung an § 3 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement, dann als komplex definiert, wenn für Patientinnen und Patienten bspw. Einschränkungen in der Mobilität und Selbstversorgung für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bestehen und für die weiterführende ambulante Versorgung spezifische Leistungen beantragt werden müssen. Bei den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sollte zudem für die Rekrutierung berücksichtigt werden, ob die Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant/akut erfolgte. Das Geschlechterverhältnis und die Altersverteilung sollten in allen Fokusgruppen möglichst ausgewogen sein. Zudem sollte die Entlassung der Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus zwischen 6 und 12 Monate zum Zeitpunkt der Durchführung der Fokusgruppen zurückliegen.

Darüber hinaus sollten vier Fokusgruppen mit Gesundheitsprofessionen durchgeführt werden, die Erfahrungen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten haben, die aus einer stationären Behandlung entlassen wurden:

- eine Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten
- eine Fokusgruppe mit ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten
- eine Fokusgruppe mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes, Case Managements bzw. Entlassmanagements und Pflegefachkräften
- eine Fokusgruppe mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen

Für die Teilnahme an den Fokusgruppen wurden sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Angehörigen Ausschlusskriterien formuliert. Sofern sich die Teilnehmenden physisch wie psychisch nicht in der Lage fühlten, an einer ca. 60-minütigen Diskussion teilzunehmen, wurden diese von der Teilnahme ausgeschlossen. Um Überschneidungen mit anderen Studien zur Versorgung zu vermeiden, wurden Patientinnen und Patienten sowie Angehörige, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Gruppendiskussion, einem Interview oder an einer klinischen Studie zum Thema „Entlassung aus dem Krankenhaus“ teilgenommen haben, nicht in die Rekrutierung mit aufgenommen. Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen sollten ebenfalls innerhalb der letzten drei Monate an keiner Gruppendiskussion, keinem Interview und an keiner klinischen Studie zum Thema „Entlassung aus dem Krankenhaus“ teilgenommen haben.

Die Durchführung der Fokusgruppen war für das Frühjahr 2020 vorgesehen. Aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie zusammenhängenden Kontakt- und Reisebeschränkungen ab Mitte März 2020 konnten die Fokusgruppen jedoch nicht wie geplant stattfinden. Da zudem die zu Befragenden selbst teilweise zu den Risikogruppen gehörten, entschied sich das IQTIG dafür, das Infektionsrisiko für alle Beteiligten so gering wie möglich zu halten und alternative Befragungssituationen in den Blick zu nehmen. Anstelle von vor Ort durchgeführten Fokusgruppen oder Einzelinterviews wurden digital bzw. telefonisch durchgeführte Formate geprüft. Aufgrund der räumlichen Distanz zwischen den Teilnehmenden und der Moderation bei digital durchgeführten Fokusgruppen werden interaktive Momente erschwert und damit Effekte der Gruppendynamik reduziert. Diese bilden jedoch eine Voraussetzung für die Diskussion über erlebte Ereignisse im Rahmen der Versorgung und schließlich für die Identifikation von in der Gruppe gemeinsam als versorgungsrelevant diskutierten und erachteten Themen. Aus diesem Grund wurden Einzelinterviews mit den Teilnehmenden geplant, wobei die Wahl des Mediums (Video/Telefon) den Teilnehmenden oblag. In summa hat die COVID-19-Pandemie im März 2020 und die damit verbundene Reorganisation der Fokusgruppen zu einer Projektverzögerung von drei Monaten geführt, die aufgrund der zentralen Position von Fokusgruppen innerhalb des Projekts im weiteren Verlauf nicht aufzuholen war.

Ähnlich wie bei kleineren Gruppenformaten z. B. Dyaden und Triaden liegt der Vorteil von Einzelinterviews in einer leichteren Involvierung der Interviewpersonen. Somit können in einer offenen und intimen Gesprächsführung die subjektiven Sichtweisen der Interviewpersonen aufgedeckt und damit Einblicke in die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Versorgung gewonnen werden (Flick 2016: 277, Kühn und Koschel 2011). Schulz und Ruddat (2012) konstatieren in ihrer Studie, dass Telefoninterviews keine Defizite im Erkenntnisgewinn gegenüber Face-to-Face-Interviews aufweisen und heben vielmehr die Vorteile der eher anonymen Gesprächssituation hervor. So könne es u. a. bei der Durchführung von Telefoninterviews von Vorteil sein, das hohe Maß an Subjektivität der Gesprächssituation, wie sie in Face-to-Face-Interviews zu finden ist (nonverbale Kommunikation), auf ein Minimum zu reduzieren und nur die Stimme als Grundlage der Kommunikation zu nutzen (Schulz und Ruddat 2012). Darüber hinaus können digital oder telefonisch durchgeführte Interviews lokale Distanzen zwischen der interviewenden Person und den Befragten überbrücken. Dies ermöglichte eine bundesweite Rekrutierung.

Das IQTIG wurde in der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen von einem externen Dienstleister unterstützt, der Erfahrung in der Ansprache dieser Zielgruppen vorweisen konnte. Die Rekrutierung erfolgte über unterschiedliche Vermittlungskanäle, vorwiegend über den Direktkontakt mit Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus oder mit Patientinnen und Patienten. Zudem wurde über Selbsthilfegruppen und Pflegenetzwerke rekrutiert. Die zuvor für die Fokusgruppen formulierten Rekrutierungskriterien blieben für die Einzelinterviews unverändert bestehen. Die Gesamtanzahl der teilnehmenden Interviewpartnerinnen und -partner wurde auf ein erforderliches Mindestmaß reduziert, welches sowohl methodisch als auch pragmatisch als sinnvoll erachtet wurde und im Zuge der Datenerhebung eine inhaltliche Sättigung hinsichtlich der identifizierten Themen ermöglichte (Dimbath et al. 2018).

### 5.2.3 Ethikvotum und Datenschutzkonzept

Vor Beginn der Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Fokusgruppen erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission (IMDEC) im März 2020 ein positives Votum für den Antrag des IQTIG. Die Zustimmung für eine Studienänderung hinsichtlich der Durchführung von digitalen und telefonischen Einzelinterviews erfolgte ebenfalls durch die IMDEC im Mai 2020.

### 5.2.4 Interviewleitfaden

Für die Durchführung der Einzelinterviews mit den Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen wurden thematisch aufeinander abgestimmte Interviewleitfäden erstellt. Aus der vorab durchgeführten systematischen Literaturrecherche und den Ergebnissen aus der Konzeptstudie des IQTIG (IQTIG 2019a) wurden hierfür Themen abgeleitet, die mithilfe der Einzelinterviews verdichtet werden sollten. Eine hinreichend offene Gestaltung der Leitfäden sollte die Aufnahme weiterer, im Rahmen der Durchführung der Einzelinterviews seitens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgeworfener Themen in die Gesprächssituation erlauben. Die Themen der Leitfäden für Patientinnen und Patienten und Angehörige sowie für die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen sind in Anhang B.1 einzusehen und setzten folgende thematische Schwerpunkte:

- **Entlassplanung:** z. B. Vorbereitung und Planung der Entlassung durch das Krankenhaus, Unterstützungsbedarfe, Erstellung eines Entlassplans, Festlegung des Entlasstermins, die Organisation des Entlasstags, Aufklärung zum Entlassmanagement
- **Weiterführende Behandlungen und therapeutische Maßnahmen:** z. B. Information zur weiterführenden ambulanten Behandlung bei Fachärztinnen und -ärzten, Reha, Physiotherapie
- **Selbstmanagement und Medikation:** z. B. Maßnahmen, die die Selbstversorgung der Patientinnen und Patienten nach Entlassung zu Hause unterstützen bzw. fördern, wie Verbandswechsel, Wundversorgung, Einnahme von Medikamenten
- **Beteiligung an Entlassplanung und Kommunikation mit medizinischem Personal:** z. B. Umgang zwischen Patientinnen und Patienten und medizinischem Personal während Entlassplanung, Einbinden von Angehörigen in die Entlassung aus dem Krankenhaus

- **Tag der Entlassung:** z. B. Zeitpunkt der Entlassung, Wartezeiten, Durchführen eines Entlassgesprächs, Erhalt von Entlassdokumenten, Information zu Kontaktdaten von Ansprechpersonen, Sicherstellen der Entlassfähigkeit, Vorhandensein von Unterstützungsleistungen
- **Zeit nach der Entlassung:** z. B. lückenlose Inanspruchnahme der poststationären Unterstützungsangebote, Übergang zu weiterführenden Leistungserbringern, sektorenübergreifender Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern
- **Ergebnis des Entlassmanagement:** z. B. ungeplante Wiederaufnahmen im Krankenhaus nach Entlassung, ungeplante Notfallkontakte nach Entlassung, subjektiv wahrgenommene Entlassbereitschaft

### 5.2.5 Durchführung der Einzelinterviews

Der Gesprächssituation angepasst, wurden die Einzelinterviews von jeweils einer Mitarbeiterin des IQTIG im Mai und Juni 2020 durchgeführt. Für die Durchführung der Einzelinterviews wurde eine Dauer von ca. 60 Minuten angestrebt. Die Interviewerin übernahm gleichzeitig die Funktion der Protokollantin. Die Teilnahme an den Einzelinterviews war freiwillig. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einzelinterviews wurden vorab mittels einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung über die Ton- und Videoaufzeichnung des Interviews schriftlich und mündlich informiert und mussten vor Beginn der Interviewdurchführung ihr Einverständnis zur Teilnahme geben. Von den Einzelinterviews wurden digitale Ton- bzw. Videoaufnahmen angefertigt, die anonymisiert transkribiert wurden und nach Abschluss des Projekts gelöscht werden. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten eine finanzielle Aufwandsentschädigung.

### 5.2.6 Kurzfragebogen

Im Anschluss an die Fokusgruppen werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer regelhaft vom IQTIG gebeten, einen anonymen Kurzfragebogen auf freiwilliger Basis auszufüllen. Auf diese Weise können soziodemografische Merkmale und aufenthaltspezifische Angaben der rekrutierten Personen deskriptiv erfasst werden. Um dies auch für die digital durchgeführten Einzelinterviews umzusetzen, wurden die Teilnehmenden darum gebeten, mündlich Angaben zu soziodemografischen und versorgungsbezogenen Fragen der Entlassung (z. B. Verweildauer im Krankenhaus) zu machen. Die Beantwortung war freiwillig und nicht verpflichtend an die Teilnahme an den Interviews gebunden.

### 5.2.7 Auswertung des Datenmaterials

Die Tonaufnahmen wurden anonymisiert und vollständig transkribiert. Das Datenmaterial aus den Einzelinterviews wurde in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Während mithilfe der aus den Interviewleitfäden deduktiv entwickelten Hauptkategorien zunächst zentrale Aussagen aus den Einzelinterviews erfasst wurden, konnte mit den anschließenden induktiv entwickelten Subkategorien das Kategoriensystem präzisiert und das Datenmaterial umfassend erfasst werden (Mayring 2015). Daran anschließend wurden Ankerbeispiele abgeleitet, die neben der systematischen Literatur-

recherche eine weitere Grundlage für die Beschreibung der Qualitätsmerkmale bilden. Die Datenanalyse erfolgte nach den Vorgaben der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2.2).

Für die Auswertung wurde ergänzend auch auf das Datenmaterial von vier Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen und einer Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten zurückgegriffen, die im Februar 2019 vom IQTIG für die Erstellung des Qualitätsmodells durchgeführt wurden (IQTIG 2019a).<sup>5</sup> Neben allgemeinen, übergreifenden Themen, die in diesen Gruppendiskussionen angesprochen wurden und Grundlage für die Ableitung der Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells waren, gab es auch Diskussionsbeiträge, die ergänzende Hinweise für die Ableitung von Qualitätsmerkmalen geben konnten.<sup>6</sup>

Im Einzelnen standen in der Datenanalyse folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie erleben Patientinnen und Patienten sowie Angehörige die Vorbereitung und Planung ihrer Entlassung im Krankenhaus?
- Welche Erfahrungen haben Patientinnen und Patienten sowie Angehörige in Bezug auf die weiterführende Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus?
- Wie erleben Patientinnen und Patienten und deren Angehörige den Übergang vom Krankenhaus in die weiterführende (ambulante) Behandlung?
- Welche qualitätsrelevanten Themen lassen sich identifizieren, die für Patientinnen und Patienten sowie für deren Angehörige wichtig in Bezug auf die Entlassung aus dem Krankenhaus sind?
- Wann sind Patientinnen und Patienten körperlich und mental ausreichend auf ihre Entlassung aus dem Krankenhaus vorbereitet?

Im Anschluss an die Datenanalyse wurden solche Textstellen für die Ergebnisdarstellung gewählt, die die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer prägnant veranschaulichen und stellvertretend für ähnliche Diskussionsbeiträge stehen. Die Darstellung der Ergebnisse aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews kann Anhang D.1 entnommen werden.

---

<sup>5</sup> Für die Erstellung des Qualitätsmodells wurden neben der Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten auch 13 Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern von am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen aus dem ambulanten und stationären Versorgungssektor durchgeführt (IQTIG 2019a). Da der inhaltliche Schwerpunkt der Einzelinterviews auf dem Abgleich zu den Qualitätspotenzialen der AQUA-Konzeptskizze, der Bedarfsermittlung für ein Entlassmanagement und der Erfassung weiterer möglicher Qualitätspotenziale lag, wurde das Interviewmaterial aus diesen 13 Einzelinterviews nicht für die Entwicklung der Patientenbefragung herangezogen.

<sup>6</sup> Das methodische Vorgehen zur Planung, Rekrutierung und Durchführung der Fokusgruppen für das Qualitätsmodell ist in der Konzeptstudie dargestellt (IQTIG 2019a). Die Moderationsleitfäden können im vorliegenden Abschlussbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung Anhang B.1 entnommen werden.

## 5.3 Beratung durch ein Expertengremium

### 5.3.1 Ziele und Aufgaben des Expertengremiums

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG wird zur Entwicklung einer Patientenbefragung ein Expertengremium beratend eingebunden, welches bei der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* aus Ärztinnen und Ärzten, Vertreterinnen und Vertretern des Pflegepersonals, Vertreterinnen und Vertretern des Entlassmanagements, Case Managements und Sozialdienstes, Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern übergeordneter Fachdisziplinen bestand. Ziel der Expertenkonsultation war das Einholen einer Einschätzung zu den bisherigen Entwicklungsarbeiten des IQTIG bezüglich der Qualitätsmerkmale. Die Einschätzungen orientierten sich zum einen an den folgenden, allgemeinen Eignungskriterien (IQTIG 2022d: Abschnitt 13.2):

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Potenzial zur Verbesserung
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer / Zuschreibbarkeit der Verantwortung

Zum anderen wurde folgende speziell für Patientenbefragungen relevante Zusatzbedingung berücksichtigt:

- Erlebbarkeit und Beurteilbarkeit durch Patientinnen und Patienten

Dabei standen die inhaltliche Erläuterung zu den jeweiligen Einschätzungen sowie die umfassende Darlegung auch divergierender Meinungen im Vordergrund (Niederberger und Wassermann 2015). Die Einschätzungen der Expertinnen und Experten stellen damit eine weitere Grundlage für die Entscheidungen des IQTIG über den weiteren Umgang mit den vorliegenden Qualitätsmerkmalen dar, d. h., ob die Qualitätsmerkmale weiter als Fragebogenitems formuliert werden oder ob ggf. Modifikationen notwendig sind. Die Experteneinbindung zielt damit auf die Erhöhung der Inhaltsvalidität der Qualitätsmerkmale, bevor auf diesen die weitere Entwicklung des Fragebogens und der Qualitätsindikatoren aufgebaut wird (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2.4).

### 5.3.2 Registrierungsverfahren für das Expertengremium

Für die Besetzung des Expertengremiums wurden Interessierte über einen öffentlichen Aufruf auf der Website des IQTIG sowie über die direkte Ansprache von 57 wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Organisationen (einschließlich Patientenorganisationen) und einschlägigen Fachzeitschriften dazu eingeladen, sich für die Teilnahme am Expertengremium zu registrieren bzw. den Aufruf weiterzuleiten. Aufgerufen wurden Expertinnen und Experten aus den Bereichen Medizin, Pflege, Entlassmanagement, Case Management bzw. Sozialdienst und Wissenschaft sowie Patientenvertreterinnen und -vertreter, Angehörige, Eltern und/oder gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter mit dem Ziel, aus multiprofessioneller Perspektive eine Einschätzung hinsichtlich der Qualitätsmerkmale zu erreichen. Die Registrierung konnte zwischen dem 3. Februar und dem 22. März 2020 vorgenommen werden.

Für die Teilnahme am Expertengremium wurden folgende Kriterien definiert:

- **Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter** sollten einen thematischen Bezug zu bzw. Erfahrungen mit der Entlassung aus einer teil- bzw. vollstationären Behandlung im Krankenhaus vorweisen. Angehörige, Eltern und/oder gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter von Patientinnen und Patienten sollten dementsprechend über einen thematischen Bezug bzw. Erfahrungen mit der Entlassung eines erwachsenen Angehörigen bzw. eines nicht volljährigen Kindes aus einer teil- bzw. vollstationären Behandlung im Krankenhaus haben.
- **Medizinische und pflegerische Expertinnen und Experten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Entlassmanagements, Case Managements bzw. Sozialdienstes** sollten über praktische Erfahrungen in der Versorgung von erwachsenen und minderjährigen Patientinnen und Patienten, die aus einer teil- bzw. vollstationären Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen werden, verfügen. Fachärztinnen und -ärzte, die zum Zeitpunkt der Registrierung in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern im Rahmen der Stationsarbeit tätig waren, sollten vorwiegend Erfahrungen aus den Versorgungsbereichen Innere Medizin, Chirurgie und Psychosomatik/Psychiatrie mitbringen. Gegebenenfalls verfügten die Expertinnen und Experten darüber hinaus über Expertise im Bereich der Qualitätsentwicklung (z. B. über Fachgesellschaften, Mitwirkung an der Leitlinienerstellung).
- **Wissenschaftliche Expertinnen und Experten** als Fachexpertinnen und Fachexperten aus dem übergeordneten Versorgungskontext, z. B. Epidemiologie, Versorgungsforschung oder Public Health, sollten ggf. Expertise zu Patientenbefragungen im Bereich des Entlassmanagements und in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zur Qualitätsentwicklung hinsichtlich der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus vorweisen.

### 5.3.3 Auswahl der Expertinnen und Experten und Besetzung des Expertengremiums

Die Auswahlkriterien für die Expertinnen und Experten zielten einerseits auf die oben genannten persönlichen Qualifikationen und Erfahrungen der Bewerberinnen und Bewerber sowie andererseits auf eine ausgewogen heterogene Zusammenstellung der Expertisen im Expertengremium ab. In diesem Zusammenhang wurde auf eine möglichst gleichverteilte Expertise hinsichtlich der oben genannten Gruppen (Medizin, Pflege, Case Management/Entlassmanagement oder Sozialdienst, Wissenschaft, Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter sowie Angehörige, Eltern und/oder gesetzliche Vertreterinnen und Vertretern) geachtet. Expertinnen und Experten, deren Unterlagen unvollständig waren oder bei denen relevante Interessenkonflikte vorlagen, wurden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen.<sup>7</sup>

Die Bewertung der Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten erfolgte vom IQTIG als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut durch eine eigens dafür eingesetzte institutsinterne Kommission (IQTIG 2022d: Abschnitt 10.4). Eine Liste mit den 20 teilnehmenden Expertinnen und Experten kann Anhang C.2 entnommen werden.

---

<sup>7</sup> Zu den Ausschlussgründen aufgrund von Interessenkonflikten siehe die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022d: Abschnitt 10.4).



### 5.3.4 Vorgehen bei der Einschätzung der Qualitätsmerkmale

Die Expertenkonsultation erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. In der ersten Stufe wurden die Expertinnen und Experten gebeten, in einer Online-Befragung jedes einzelne Qualitätsmerkmal hinsichtlich der in diesem Kapitel eingangs genannten Eignungskriterien sowie beauftragungsspezifischen Anforderungen auf einer 3-stufigen Skala (Ja / Nein / Bin unentschieden) einzuschätzen. Dazu erhielten alle Expertinnen und Experten eine Beschreibung der Qualitätsmerkmale und der übergeordneten Qualitätsaspekte, deren Entwicklungshintergrund (Literaturrecherche, vom IQTIG durchgeführte Fokusgruppen und Einzelinterviews) sowie eine Einführung zu den methodischen Schritten der Entwicklung von Patientenbefragungen des IQTIG, mit dem Fokus auf die Entwicklung eines Qualitätsmodells, von Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikatoren. Die Expertinnen und Experten konnten vom 27. November bis zum 11. Dezember 2020 ihre Einschätzung der Qualitätsmerkmale vornehmen. Alle 20 Expertinnen und Experten nahmen an der Online-Befragung teil.

Die Ergebnisse dieser Vorabbefragung dienten als Moderationsinstrument für die zweite Stufe, in der die aufbereiteten Antworten im Plenum diskutiert wurden. Dieser Expertenworkshop, an dem alle 20 Expertinnen und Experten teilnahmen, fand am 14. und 15. Januar 2021 aufgrund der COVID-19 Pandemie als Videokonferenz statt. Hierbei stand die Diskussion der einzelnen Qualitätsmerkmale im Vordergrund. Am Ende einer jeden Diskussion zu einem Qualitätsmerkmal wurde das Gremium um eine Gesamteinschätzung für die weitere Eignung des Qualitätsmerkmals gebeten.

Die protokollierten Ergebnisse der Diskussion wurden durch das IQTIG zusammenfassend aufbereitet, damit sie in den anschließenden Entwicklungsprozess der Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems einbezogen werden konnten. Eine detaillierte Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium ist darüber hinaus Anhang C.1 zu entnehmen.

Auf Basis der Beratungen im Expertengremium und in der Zusammenschau mit den Erkenntnissen aus den verschiedenen Wissensbeständen (Literaturrecherche sowie vom IQTIG durchgeführte Fokusgruppen und Einzelinterviews) wurde seitens des IQTIG geprüft, welche der entwickelten Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsprozess (in ggf. modifizierter Form) eingebunden und als Grundlage für Fragebogenitems in die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* aufgenommen werden. Sowohl die zentralen Einschätzungen der Expertinnen und Experten zu den Qualitätsmerkmalen als auch der begründete Umgang mit den Einschätzungen sind in Anhang C.1 sowie Anhang D.2 dokumentiert und in Abschnitt 9.2 zusammenfassend dargestellt.

## 5.4 Durchführung eines Beteiligungsverfahrens

Im Anschluss an die Übermittlung des Zwischenberichts des IQTIG an den G-BA wurde vom 30. April bis 13. Juni 2021 ein Beteiligungsverfahren gemäß nach § 137a Abs. 7 SGB V durchgeführt. Dazu hat das IQTIG den zu beteiligenden Organisationen den Zwischenbericht zukommen lassen, in dem vor allem die Qualitätsmerkmale, die mittels Fragebogen abgebildet werden sollen, hergeleitet und beschrieben wurden. Der Zeitpunkt für das Beteiligungsverfahren ist durch

das IQTIG gemäß seiner „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2 und Kapitel 12) so gewählt, dass fachliche Hinweise zur inhaltlichen Ausrichtung der Befragung im Entwicklungsprozess berücksichtigt werden können. Der Zwischenbericht beschreibt die Herleitung und Entwicklung der konkretisierten Qualitätsmerkmale, die die zentrale Grundlage für die daran anschließende Itementwicklung und die Konzeption der Qualitätsindikatoren bilden. Sie stellen somit die inhaltliche Ausrichtung der Patientenbefragung dar. Fachliche Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren, die sich auf die Auswahl und Definition der Qualitätsmerkmale beziehen, konnten so Einfluss auf die Ausrichtung der Fragebögen nehmen. Insgesamt wurden von 16 Organisationen Stellungnahmen eingereicht:

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)
- Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) – zwei separate Stellungnahmen
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- Maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V (PatV)

Die eingegangenen Stellungnahmen und deren Würdigung durch das IQTIG sind in den entsprechenden Anlagen zu diesem Abschlussbericht enthalten.

## 6 Fragebogenentwicklung

### 6.1 Itementwicklung

Grundlage der Entwicklung von Fragebogenitems bilden die Qualitätsmerkmale. Die Qualitätsmerkmale können in der Regel als latente Konstrukte nicht direkt erfasst werden. Deshalb müssen deren Ausprägungen durch manifeste Variablen gemessen werden, die anhand von Fragen und Antwortmöglichkeiten operationalisiert werden (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2.5). Ergänzend zu den wissenschaftlich-theoretischen Anforderungen wurden bei der Itementwicklung insbesondere die methodisch-wissenschaftlichen Grundprinzipien des IQTIG zur Sicherstellung der Eignungskriterien des Messverfahrens (Objektivität, Reliabilität, Validität und Praktikabilität) berücksichtigt (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2.9 und 13.3). Die Patientenbefragung verfolgt im Schwerpunkt einen faktenorientierten Ansatz, sodass die Entwicklung von Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) im Vordergrund stand (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.1).

#### Ablauf der Itementwicklung

Zunächst wurden die Beschreibungen der Qualitätsmerkmale hinsichtlich möglicher Itemformulierungen gesichtet und erste Entwürfe generiert. In Abhängigkeit von der inhaltlichen Breite eines Qualitätsmerkmals wurden zu dessen Operationalisierung ggf. mehrere Itementwürfe entwickelt. Für eine erste inhaltliche Überprüfung, ob die Itementwürfe die betreffenden Qualitätsmerkmale in hinreichender Form wiedergeben (Inhaltsvalidität), wurden sie anschließend evaluiert, kritisch diskutiert und ggf. angepasst. Dabei wurde mit Blick auf die heterogene Zielpopulation des QS-Verfahrens insbesondere die Anforderung an eine valide Erfassung von verallgemeinerbaren Anforderungen an das Entlassmanagement bei gleichzeitiger konkreter faktenorientierter Operationalisierung berücksichtigt. Neben Items zur Abbildung der für die Patientenbefragung relevanten Qualitätsmerkmale wurden zum Zweck der Risikoadjustierung auswertungsrelevante Zusatzfragen sowie Items zur Stichprobenbeschreibung aufgenommen.

Im Zuge der Fragebogenentwicklung wurden zudem externe Expertinnen und Experten des Entlassmanagements konsultiert, um insbesondere die inhaltlichen Schwerpunkte und die sprachliche Ausrichtung der Fragebögen zu reflektieren.

Die nach mehrfacher interner und externer Evaluierung optimierten Fragebögen wurden in einem zweistufigen Pretest-Verfahren hinsichtlich Funktionsfähigkeit, Verständlichkeit bzw. möglicher Befragungsprobleme (z. B. Erinnerungsschwierigkeiten) überprüft, und die Items wurden daraufhin angepasst (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2). Das Pretest-Verfahren bestand aus einem kognitiven Pretest (Abschnitt 6.2), der vor allem Einblicke in die kognitiven Prozesse bei der Interpretation der Fragen und dem Antwortverhalten der Befragten geben sollte, und einem Standard-Pretest (Abschnitt 6.3), der unter anderem der Prüfung der messtheoretischen Eigenschaften dienen sollte (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2).

## 6.2 Kognitiver Pretest

### 6.2.1 Ziele des kognitiven Pretests

Ein Kernelement der Fragebogenentwicklung ist die Pretestung des Fragebogens mit Testpersonen aus der angestrebten Zielgruppe (Campanelli 2008, Schnell 2012, Lenzner et al. 2015, Prüfer und Rexroth 2000). Im Rahmen von kognitiven Pretests werden durch Einzelinterviews mögliche Probleme bei der Interpretation und Beantwortung von Items ermittelt, deren Ursachen aufgedeckt und woraufhin Anpassungen vorgenommen werden (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2.6, Porst 2014, Lenzner et al. 2015). Im QS-Verfahren *Entlassmanagement* wurden daher kognitive Interviews mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten geführt. Im Einzelnen fokussierte der kognitive Pretest auf die Überprüfung

- der Verständlichkeit der Fragebogenitems,
- der vorgegebenen Antwortkategorien auf Vollständigkeit und Relevanz für die Zielgruppe,
- der Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit der erfragten Ereignisse und Situationen,
- der Dauer der Beantwortung der Fragebögen und
- der Abgrenzbarkeit der erfassten Themen sowie auf die Identifikation möglicher Redundanzen in den Fragebögen aus Sicht der Zielgruppe.

### 6.2.2 Stichprobe und Rekrutierung der Testpersonen

Bezüglich der Anzahl der Interviews wird empfohlen, zwischen 5 und 30 Interviews pro Pretestung einer Fragebogenversion durchzuführen (Prüfer und Rexroth 2005). Die schwerwiegendsten Probleme können bereits bei einer relativ kleinen Anzahl von Interviews identifiziert werden (Willis 2005), allerdings steigt mit zunehmender Zahl an Interviews die Wahrscheinlichkeit, dass zusätzliche Schwierigkeiten aufgedeckt werden können (Blair und Conrad 2011). Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Praktikabilität und einer Kosten-Nutzen Abwägung hinsichtlich des Erkenntnisgewinns wurde angestrebt, pro Fragebogenversion ca. 20 Pretest-Interviews durchzuführen.

Die Rekrutierung der Testpersonen wurde mit Unterstützung eines externen Dienstleisters durchgeführt. Dieser verfügte über entsprechende Erfahrung in der Ansprache und Betreuung von Testpersonen im medizinisch-gesundheitlichen Setting. Die Rekrutierung erfolgte über die Kontaktkartei des Dienstleisters, über eine direkte Kontaktierung von Institutionen bzw. Ärztinnen und Ärzten, (Online-)Selbsthilfegruppen sowie Aushänge in (Tages-)Kliniken. Die Auswahl aller Testpersonen erfolgte mithilfe von Screening-Fragebögen, welche die nachfolgenden spezifischen Filter- und Quotierungsmerkmale enthielten. Vor Beginn der Rekrutierung erteilte die IMDEC ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung des kognitiven Pretests.

### Übergreifende Rekrutierungsmerkmale

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Testpersonen wurde eine inhaltliche Repräsentativität angestrebt (Lamnek und Krell 2010). Das bedeutet, dass die Gruppe der Testpersonen so zusammengesetzt sein sollte, dass möglichst viele Personeneigenschaften ähnlich der späteren Zielgruppe, die einen Einfluss auf das Fragenverständnis haben könnten, abgebildet werden (Prüfer und Rexroth 2005, Lenzner et al. 2015).

Vor Beginn der Rekrutierung wurden für die beiden Fragebogenversionen drei Subgruppen festgelegt: erwachsene Patientinnen und Patienten (ca. 20 Personen), Sorgeberechtigte/Eltern (ca. 20 Personen) sowie Angehörige (ca. 10 Personen), die den Fragebogen stellvertretend für Patientinnen und Patienten beantworten, die selbst nicht in der Lage sind, an Befragungen teilzunehmen. Folgende Rekrutierungsmerkmale wurden übergreifend für jede Subgruppe definiert:

- Volljährigkeit der Testperson
- Gesetzliche Krankenversicherung der erwachsenen bzw. minderjährigen Patientinnen und Patienten
- Voll- oder teilstationäre Behandlung im Krankenhaus
- Mindestens 2 Nächte/Tage Verweildauer
- Die Entlassung sollte zum Interviewzeitpunkt zwischen 2 bis 13 Wochen zurückliegen (gemäß der geplanten QS-Auslösung im Regelbetrieb)
- Keine Einschränkung hinsichtlich Diagnose, Prozedur oder Therapie
- Die Testpersonen fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage, an einem Einzelinterview teilzunehmen
- Innerhalb der letzten 3 Monate vor dieser Datenerhebung erfolgte keine Teilnahme an einer Fokusgruppe, einem Interview oder einer klinischen Studie zum Thema Entlassmanagement.

### Gruppenspezifische Rekrutierungsmerkmale

Das Prognosemodell sieht vor, Patientinnen und Patienten für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* einzuschließen, die einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement haben (Kapitel 8). Dieser kann z. B. dann vorliegen, wenn im (teil-)stationären Setting eine ambulante Weiterversorgung organisiert werden muss. Da durch das Prognosemodell aber nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, dass auch Personen ohne einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement ausgelöst werden, sollten im kognitiven Pretest sowohl Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement als auch ohne einen solchen Bedarf (ca. 5 Personen) eingeschlossen werden. Ein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement wurde für den kognitiven Pretest entlang folgender Kriterien festgelegt:<sup>8</sup>

- Vorliegen eines Pflegegrads
- Neu erworbener Pflegegrad oder Höherstufung

---

<sup>8</sup> Für das Vorliegen eines erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement muss nur eines der aufgelisteten Kriterien erfüllt werden.

- Mögliche Kennzeichen eines umfassenden poststationären Versorgungsbedarfs, z. B.:
  - Bedarf an einer Form von weiterführenden Anschlussbehandlungen in den ersten 7 Tagen nach Entlassung, wie Rehabilitation, psychologische Betreuung, Heilmittelbehandlung wie bspw. Physiotherapie und/oder Ergotherapie
  - Bedarf an Hilfsmitteln für die Zeit unmittelbar nach Entlassung (z. B. Gehilfen, Toilettensitze etc.)
  - Neu erworbene Unterstützungsbedarfe wie z. B. häusliche Krankenpflege
  - Weiterversorgung in einer stationären Einrichtung (Kurzzeitpflege, Langzeitpflege, Hospiz etc.)

Darüber hinaus sollten explizit auch Patientinnen und Patienten aus teilstationären Behandlungen rekrutiert werden (ca. 5 Personen).

Für die Subgruppe der Angehörigen sollten nur Personen rekrutiert werden, die Angaben über eine nahestehende Patientin / einen nahestehenden Patienten zur Entlassung machen können. Die Patientinnen und Patienten selbst sollten kognitiv oder psychisch nicht in der Lage sein, eigenständig an Befragungen teilzunehmen. Zudem sollten die Patientinnen und Patienten mindestens über Einschränkungen im Rahmen von Pflegegrad 1 nach der Entlassung verfügen sowie eines (oder mehrere) Kriterien für einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement erfüllen.

Ähnliches galt für die minderjährigen Patientinnen und Patienten, zu deren Entlassung ihre Eltern/Sorgeberechtigten befragt werden. Die Kinder und Jugendlichen sollten ebenfalls ein oder mehrere Kriterien für einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement erfüllen.

### **Vorgaben zur Quotierung der einzelnen Gruppen**

Neben den übergreifenden und subgruppenspezifischen Rekrutierungsmerkmalen für die Testpersonen wurden weitere Vorgaben zur Quotierung der einzelnen Gruppen festgelegt:

- eine möglichst gleiche Verteilung der Geschlechter (50:50 bis max. 60:40)
- eine möglichst ausgewogene Verteilung zwischen elektiven und akuten Behandlungen sowie somatischen und psychiatrischen Fällen
- eine möglichst ausgewogene Verteilung bezüglich des Interviewzeitpunkts nach Entlassung, bezogen auf folgende Intervalle:
  - 2 bis 5 Wochen nach Entlassung
  - 6 bis 9 Wochen nach Entlassung
  - 10 bis 13 Wochen nach Entlassung
- eine Altersverteilung in der Subgruppe der Patientinnen und Patienten leicht zugunsten von eher älteren Personen
- eine Verteilung des Bildungsniveaus leicht zugunsten niedriger Bildung

### 6.2.3 Durchführung des kognitiven Pretests und Vorgehen zur Auswertung des Datenmaterials

Die Pretest-Interviews fanden als 1:1-Interviews mit jeweils einem Interviewer / einer Interviewerin und einer Testperson in einem ruhigen, geschlossenen Raum statt. Von den kognitiven Interviews wurden digitale Ton- und Videoaufnahmen angefertigt, die im Anschluss anonymisiert und transkribiert wurden. Alle Testpersonen wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über die Aufzeichnung informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Die Testpersonen erhielten für die Teilnahme an den Interviews eine Aufwandsentschädigung. Die Interviewdauer war auf 60 bis 90 Minuten angelegt.

#### Testleitfäden und Kurzfragebogen

Die Durchführung der kognitiven Interviews erfolgte durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG (im Folgenden auch als Testleiterinnen und Testleiter bezeichnet). Die Interviews wurden anhand halbstandardisierter Testleitfäden (D'Ardenne 2015, Lenzner et al. 2015) unter Einbezug gängiger Techniken der kognitiven Pretestung (z. B. *Probing* oder *Think Aloud*; IQTIG (2022d: Abschnitt 7.2.6)) geführt. Halbstandardisierte Testleitfäden gewährleisteten eine einheitliche Vorgehensweise im Ablauf der kognitiven Interviews und lassen eine Offenheit für neue Themen sowie vertiefende Nachfragen zu.

Für die Testung des Fragebogens wurden zwei verschiedene Testansätze und damit einhergehend auch zwei verschiedene Testleitfäden eingesetzt. Im ersten Testansatz wurden die Testpersonen darum gebeten, den Fragebogen zunächst vollständig und ungestört auszufüllen. Erst nach Beantwortung des gesamten Fragebogens wurde um eine Gesamteinschätzung des Fragebogens gebeten sowie vertiefende Nachfragen zu einzelnen Items gestellt. Ziel dieses Testansatzes war es, die allgemeine Usability des Fragebogens zu testen (u. a. Aufbau und Struktur des Fragebogens, Filterführung, Umfang/Ausfüllzeiten). Die Nachfragen bezogen sich hier auf Probleme, die bei der Fragebogenbearbeitung beobachtet wurden oder nach dem Ausfüllen von den Testpersonen angesprochen wurden.

Beim zweiten Testansatz wurden den Testpersonen einzelne Fragen oder Fragenblöcke unabhängig voneinander zur Beantwortung vorgelegt. Im Anschluss an jede Frage bzw. jeden Block wurden vertiefende Nachfragen gestellt (z. B. zur Interpretation, Verständnis, Beantwortbarkeit). Vorteil dieses Vorgehens ist die gezielte und detaillierte Prüfung konkreter Fragen (Lenzner et al. 2015). Während der Feldphase wurde der Testleitfaden des zweiten Testansatzes iterativ verändert, sodass Fragen mit bereits eindeutigem Testergebnis durch bislang nicht getestete Fragen oder auffällige Fragen aus dem ersten Testansatz ausgetauscht wurden.

Die Testpersonen wurden im Vorfeld möglichst gleichmäßig unter Berücksichtigung ihrer Personenmerkmale zu gleichen Teilen einem Testansatz zugeordnet. Ein Auszug der Testleitfäden befindet sich im Anhang F.2.

Im Anschluss an die kognitiven Interviews erhielten die Testpersonen einen Kurzfragebogen. Dieser diente dazu, den soziodemographischen Hintergrund der Testpersonen sowie Angaben

zu deren Erkrankung und Behandlung anonymisiert zu erfassen. Die Beantwortung des Fragebogens erfolgte freiwillig.

### **Auswertung des Datenmaterials**

Die Auswertung des qualitativen Datenmaterials wurde in Anlehnung an die Empfehlungen von Lenzner et al. (2015) durch ein Zwei-Personen-Team vorgenommen. Zunächst wurde jedes (anonymisierte) Transkript fallspezifisch für sich in einer formellen Analyse mithilfe eines Kodierschemas analysiert. Darauf folgend wurde eine Gesamtanalyse des Materials pro Frage bzw. pro Fragenblock vorgenommen, bei der entschieden wurde, ob es genug empirische Anhaltspunkte gibt, eine Frage bzw. ein Fragenblock zu modifizieren bzw. zu streichen. Die Verkodung der Einzeltranskripte erfolgte durch jeweils eine Person, die Gesamtanalyse wurde unabhängig und parallel durch beide Teammitglieder durchgeführt und im Anschluss diskutiert, und es wurde gemeinsam entschieden, ob ein Änderungsbedarf vorliegt. Die Ergebnisse wurden dann von zwei weiteren Personen nachvollzogen.

Das Kodierschema, welches für jede Frage angewendet wurde, bestand im Wesentlichen aus drei Schritten. Im ersten Schritt wurde geprüft, ob die Frage generell angemessen beantwortet wurde (oder ggf. verweigert wurde). Dies erleichterte eine Grundselektion in kritische und unkritische Items. Im zweiten Schritt wurden Aussagen zum Verständnis des Items kodiert (Interpretation des Fragegegenstands allgemein, des zeitlichen Kontexts, des lokalen Kontexts, Doppeldeutigkeit oder Unklarheiten einzelner Begriffe). Der dritte Schritt bestand darin, Aussagen zum Antwortverhalten zu kodieren (Umsetzung von Filterführung, Usability des Antwortformats bzw. der Antwortoptionen, Erinnerbarkeit, Sicherheit beim Beantworten). Spezifische Nachfragen aus den Testleitfäden wurden im Vorfeld in die einzelnen Schritte als eigenständige Codes mitaufgenommen. Das Kodierschema wurde aufgrund der formalisierten Auswertung hauptsächlich deduktiv erstellt. In Einzelfällen wurden jedoch auch induktive Aufnahmen von Codes zugelassen. Das Material wurde ganzheitlich und nicht „fehler-fokussiert“ kodiert, sodass in der Gesamtbetrachtung quantitativ abgeschätzt werden konnte, zu welchem Anteil Items als problematisch wahrgenommen wurden und wann Anpassungen vorgenommen werden müssen. Änderungen aufgrund von Einzelmeinungen seitens der Testpersonen wurden somit vermieden.

Alle Auswertungen wurden mithilfe der Software MAXQDA Plus 20 durchgeführt. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen des kognitiven Pretests wurde eine Überarbeitung der Fragebögen vorgenommen.



## 6.3 Standard-Pretest

### 6.3.1 Zielsetzung und Überblick zum Ablauf des Standard-Pretests

Im Rahmen der Validierung von Fragebögen wird vom IQTIG regelhaft ein Standard-Pretest durchgeführt, sodass die Versionen der Fragebögen, die mittels der Auswertungen und der Ergebnisse aus dem kognitiven Pretest überarbeitet wurden, bei einer Patientenstichprobe unter möglichst realistischen Rahmenbedingungen erprobt werden können (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2.6). Dadurch lassen sich potenzielle systematische Probleme aufseiten der Befragten und im generellen Ablauf der Befragung identifizieren (Campanelli 2008, Dillman et al. 2014).

Da für den Standard-Pretest der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* noch keine QS-Auslösung auf Basis des Prognosemodells zur Verfügung stand, wurde angestrebt sowohl über die Auswahl der teilnehmenden Leistungserbringer (Abschnitt 6.3.4) als auch über Kriterien für die Rekrutierung von Patientinnen und Patienten vor Ort in den Krankenhäusern (Abschnitte 6.3.2 und 6.3.5) ein möglichst heterogenes Patientenkollektiv für den Standard-Pretest zu erfassen, sodass Ergebnisse hinsichtlich folgender Ziele dargestellt werden können:

- Non-Responder-Analyse
- Analyse der Antwortverteilungen auf Itemebene
- Analyse der internen Konsistenz und Homogenität von Items, die zu einem Qualitätsindikator zusammengefasst werden

In der Vorbereitungsphase wurde zunächst die erwartete Stichprobenfallzahl definiert (Abschnitt 6.3.3) und die Leistungserbringer wurden rekrutiert (Abschnitt 6.3.4). Für die Unterstützung bei der Durchführung der Datenerhebung erfolgte eine Ausschreibung für einen externen Dienstleister. Dieser sollte vor allem aus Gründen des Datenschutzes die Annahme der Patientendaten, den Versand und die Annahme der Fragebögen sowie die Dateneingabe übernehmen. Zudem wurde ein positives Ethikvotum der Ethikkommission bei der Ärztekammer Berlin eingeholt. Anschließend fand die Feldphase mit der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten (Abschnitt 6.3.5), dem Versand der Fragebögen und der administrativen Begleitung statt (Abschnitt 6.3.6). Für die abschließende Auswertung (Abschnitt 6.3.8) erhielt das IQTIG vom externen Dienstleister einen Datensatz, der hinsichtlich der Angaben der Patientinnen und Patienten anonymisiert und hinsichtlich der Angaben der teilnehmenden Krankenhäuser pseudonymisiert wurde.

### 6.3.2 Geplante Stichprobe der Patientinnen und Patienten im Standard-Pretest

Für den Standard-Pretest sollten sowohl volljährige als auch minderjährige, gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement rekrutiert werden, die mindestens zwei Tage für eine voll- oder teilstationäre Behandlung im Krankenhaus aufgenommen waren und der Durchführung des Entlassmanagements nach § 7 Rahmenvertrag Entlassmanagement zugestimmt haben. Die allgemeinen Rekrutierungskriterien sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Überblick über die allgemeinen Rekrutierungskriterien der Patientinnen und Patienten im Standard-Pretest

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesetzlich krankenversichert</li> <li>▪ Zustimmung zur Durchführung des Entlassmanagements nach § 7 Rahmenvertrag Entlassmanagement</li> <li>▪ Mindestens 2 Tage stationär im Krankenhaus aufgenommen</li> <li>▪ Entlassung aus einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Privat krankenversichert</li> <li>▪ Keine Zustimmung zur Durchführung des Entlassmanagements nach § 7 Rahmenvertrag Entlassmanagement</li> <li>▪ Weniger als 2 Tage stationär im Krankenhaus aufgenommen</li> <li>▪ Entlassung nach einer anderen Form von Behandlung (z. B. nach Rehabilitation nach SGB IX oder SGB XI, einer Anschlussheilbehandlung oder einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus)</li> <li>▪ Entlassung wegen Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers oder interner Verlegung</li> </ul>

Da für die Definition eines erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement keine spezifischen Diagnosegruppen oder stationären Leistungen herangezogen werden konnten und die Feststellung eines komplexen poststationären Versorgungsbedarfs bei den Leistungserbringern aufgrund von unterschiedlichen Strukturen nicht einheitlich ausgestaltet wird, erhielten die teilnehmenden Einrichtungen vor Beginn der Feldphase zusätzlich zu den allgemeinen Rekrutierungskriterien eine möglichst allgemeingültige Beschreibung der gesuchten Patientinnen und Patienten:

- Insbesondere Ansprache von Patientinnen und Patienten bzw. Eltern/Sorgeberechtigten von Kindern, die aufgrund ihres Gesundheitszustands oder ihrer Lebens- und Versorgungssituation nach der Entlassung Gesundheits- oder Pflegedienstleistungen benötigen
- Lebens-/Versorgungsumstände beispielhaft illustriert über Unterstützungsbedarfe bei der alltäglichen Lebensführung und/oder bei der Organisation von Hilfsmitteln, Pflegegrad, notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen, stationärer Weiterversorgung oder sozialmedizinischer Nachsorge

Am Ende der Feldphase sollten die Leistungserbringer zudem auch Patientinnen und Patienten bzw. Eltern/Sorgeberechtigte rekrutieren, für die im Rahmen des Entlassmanagements nur wenige Maßnahmen organisiert werden mussten (z. B. Organisation eines Krankentransports). Auf diese Weise sollten – entsprechend der antizipierten Zielpopulation auf Basis des Prognosemodells – möglichst unterschiedliche Anforderungsprofile der Patientinnen und Patienten an ein Entlassmanagement für die Validierung der Fragebögen herangezogen werden.

### 6.3.3 Fallzahlenkalkulation

Vor der Rekrutierung der Leistungserbringer wurden Untergrenzen der benötigten Nettofallzahlen geschätzt. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass die Empfehlungen einer minimalen Stichprobengröße bei der Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften von Befragungsinstrumenten stark variieren und neben der Auswahl des Analyseverfahrens von vielen Faktoren

abhängig sind, wie z. B. von der Verteilung und der Anzahl der Items sowie von der Güte der Daten bzw. dem Messfehler der zu überprüfenden Instrumente (Anthoine et al. 2014, Bühner 2011). Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass die Stichprobengröße umso kleiner ausfallen kann, je niedriger der Messfehler und je niedriger die Itemanzahl ist (Anthoine et al. 2014). Von verschiedenen Autoren wird eine minimale Stichprobengröße von  $n = 100$  genannt, was sich aber zumeist auf faktorenanalytische Ansätze bezieht (Anthoine et al. 2014, Bühner 2011). Hinsichtlich der Schätzung der internen Konsistenz konnte hingegen gezeigt werden, dass bei einem kleinen Messfehler bereits eine Stichprobengröße von  $n = 50$  ausreichen kann, um eine hinreichend zuverlässige Berechnung von Cronbachs Alpha zu gewährleisten (Rouquette und Falissard 2011). Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen wurde die Nettostichprobe – also die Anzahl der Fragebögen, die ausgefüllt zurückgesendet werden sollten – je Fragebogenversion auf  $n \geq 250$  festgelegt.

Da bei einer freiwilligen Teilnahme an standardisierten Datenerhebungen nicht alle eingeladenen Befragten antworten, ist zudem eine Rücklaufquote zu schätzen. Unter Berücksichtigung der Rücklaufquote kann dann die Kalkulation der Bruttostichprobe, also der Anzahl an Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen erhalten, erfolgen. Der Rücklauf bei den bisherigen Entwicklungen von Patientenbefragungen des IQTIG, bei der die Patientinnen und Patienten zuvor ebenfalls der Teilnahme am Standard-Pretest zustimmen mussten, lag zwischen 60 % und 86 % (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a, IQTIG 2021a, IQTIG 2021b). Allgemeineren sozialwissenschaftlichen Studien zufolge liegen die Rücklaufquoten bei postalischen Befragungen durchaus niedriger, zwischen 30 % und 50 % (Klein und Porst 2000, Schnell 2012). Auf Basis dieser Datenlage wurde bei der Berechnung der Bruttostichprobengrößen mit einer Rücklaufquote von 30 % kalkuliert, um eine möglichst konservative Schätzung zu erhalten. Je Fragebogenversion wurde daher eine Bruttostichprobengröße von  $n \geq 850$  angestrebt, um jeweils eine Nettostichprobe von  $n \geq 250$  zu erhalten. Insgesamt sollten somit ca. 1.700 Patientinnen und Patienten einbezogen werden.

#### **6.3.4 Rekrutierung und Auswahl der teilnehmenden Leistungserbringer**

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten erfolgte vor deren Entlassung aus einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung direkt vor Ort in den teilnehmenden Krankenhäusern. Die Leistungserbringer wurden im Vorfeld durch einen Aufruf auf der Website des IQTIG sowie durch die Nutzung von fachspezifischen E-Mail-Verteilern dazu eingeladen, freiwillig am Standard-Pretest teilzunehmen. Im Aufruf wurde darum gebeten, für einen befristeten Zeitraum die Adressdaten von Patientinnen und Patienten, die entsprechend der o. g. Rekrutierungskriterien zur Studienteilnahme geeignet waren und sich freiwillig zur Teilnahme bereiterklärten, zur Verfügung zu stellen. Die Leistungserbringer wurden dabei auch über den Hintergrund und den geplanten Ablauf der Studie, über entsprechende Teilnahmevoraussetzungen sowie über den Umgang mit Daten und die Gewährleistung des Datenschutzes aufgeklärt.

Als Anreiz wurde den Leistungserbringern in Aussicht gestellt, dass sie nach Abgabe und Veröffentlichung des Abschlussberichts ihre Ergebnisse aufbereitet, d. h. in Form eines individuellen Ergebnisberichts erhalten, der für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden kann. Ferner wurde vorgesehen, dass die teilnehmenden Leistungserbringer nach Projektende zu einer

Informationsveranstaltung des IQTIG eingeladen werden, in der über die Fragebogenentwicklung und die Befragungsergebnisse informiert wird.

Die Auswahl der registrierten Leistungserbringer erfolgte mit Blick auf die antizipierte Zielpopulation des QS-Verfahrens anhand folgender Kriterien:

- Unterschiedliche Arten der Krankenhäuser (z. B. Maximalversorger, Allgemeinkrankenhäuser, Fachabteilungen bzw. Fachkliniken, teilstationäre Einrichtungen sowie Versorgungseinrichtungen für minderjährige Patientinnen und Patienten u. a. Perinatalzentren, Kinderkliniken etc.)
- Unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte der Krankenhäuser/Fachabteilungen (z. B. Innere Medizin, Onkologie, Neonatologie, Psychiatrie, Geriatrie, Orthopädie)
- Nach Möglichkeit unterschiedliche Größe der Leistungserbringer (Anzahl Betten 1 bis 199 Betten, 200 bis 499 Betten, mehr als 500 Betten)
- Nach Möglichkeit unterschiedliche Standorte zur Vermeidung von regionalen Clusterungen

Von insgesamt 62 interessierten Leistungserbringern wurden nach den oben genannten Kriterien 44 Leistungserbringer ausgewählt.<sup>9</sup> Darunter befanden sich 25 Fachkliniken und Fachabteilungen für die somatische Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten (insbesondere Fachabteilungen der Inneren Medizin, (Allgemein-/Unfall-)Chirurgie, Orthopädie und Geriatrie), 12 Krankenhäuser ohne Einschränkung auf eine bestimmte Fachklinik/Fachabteilung für die somatische Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten, 6 Fachkliniken für die somatische Versorgung von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen, 2 Fachkliniken/Fachabteilungen sowie 5 teilstationäre Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung.<sup>10</sup> In der Vorbereitung der Feldphase zogen 4 Leistungserbringer ihre Teilnahme zurück, sodass hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung eine Nachrekrutierung an Leistungserbringern angestoßen wurde. Trotz intensiver Bemühungen konnte dabei nur eine zusätzliche Fachklinik aus der psychiatrischen Versorgung für die Teilnahme am Standard-Pretest gewonnen werden. Während der Feldphase traten von den 41 Leistungserbringern 9 Leistungserbringer vom Standard-Pretest zurück oder konnten aufgrund der eingeschränkten Versorgungssituation durch die COVID-19 Pandemie während der Feldphase nicht durchgängig Patientinnen und Patienten rekrutieren (Abschnitt 6.3.7).

---

<sup>9</sup> Die Summe der nachfolgenden Aufzählung übersteigt die Anzahl der Leistungserbringer, da einige Leistungserbringer in den Auswahlkategorien mehrmals vertreten sind, z. B. wenn sie sich sowohl mit einer vollstationären Fachabteilung als auch mit einer Tagesklinik registriert haben.

<sup>10</sup> Hinsichtlich der Versorgungsstufe der ausgewählten Leistungserbringer waren 12 Maximalversorger, 22 Krankenhäuser der Grund- und/oder Regelversorgung, 6 Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung und 4 Fachkrankenhäuser in der Stichprobe enthalten.

### 6.3.5 Rekrutierung der Patientinnen und Patienten bei den teilnehmenden Leistungserbringern

Das Vorgehen bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten vor Ort in den teilnehmenden Krankenhäusern wurde vom IQTIG vorgegeben. Die Leistungserbringer informierten zuerst ihre Patientinnen und Patienten über den Standard-Pretest und fragten nach der Teilnahmebereitschaft. Hierfür stellte das IQTIG den Leistungserbringern zusätzlich zu den Teilnehmerinformationen/Einwilligungserklärungen weitere Studienunterlagen in Form von Postern und Flyern zur Verfügung, in denen die Studie vorgestellt wurde und die Kontaktpersonen aus dem IQTIG benannt wurden.

Gaben die Patientinnen und Patienten nach einer vollständigen Information über das Vorhaben und einer Aufklärung über die Datenverwendung und den Datenschutz ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie,<sup>11</sup> erfassten die Leistungserbringer anhand einer vom IQTIG zur Verfügung gestellten Excel-Vorlage Adresdaten und ergänzende Informationen.<sup>12</sup> Die ergänzenden Daten wurden u. a. für die Auswahl des spezifischen zu versendenden Fragebogens, die Festlegung des Versandzeitpunkts und die Non-Responder-Analyse benötigt. Um im Verlauf der Feldphase die Rekrutierung mit Blick auf die Zielpopulation des QS-Verfahrens zu steuern, erhielten Leistungserbringer punktuell Hinweise zur weiteren Rekrutierung.

### 6.3.6 Feldphase

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten fand in den teilnehmenden Krankenhäusern vom 22. November 2021 bis zum 28. März 2022 statt (Abbildung 3). Die Übermittlung der Daten der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer über eine vom externen Dienstleister bereitgestellte, sicheren Online-Plattform erfolgte zu vier Zeitpunkten (20. Dezember 2021, 24. Januar 2022, 28. Februar 2022 und 28. März 2022).

Der Versand der Fragebögen wurde in enger Absprache mit dem IQTIG durch den externen Dienstleister im Anschluss an den jeweiligen Zeitpunkt der Datenübermittlung durchgeführt. Die Auswahl der jeweiligen Fragebogenversion erfolgte anhand des Geburtsjahrs der Patientin / des Patienten unter Berücksichtigung der Minderjährigkeit/Volljährigkeit.<sup>13</sup> Den Fragebögen lagen ein Anschreiben mit dem Datum der Entlassung und der Nennung des spezifischen, behandelnden Leistungserbringers sowie ein Informationsblatt zum Datenschutz und ein vorfrankierter Rückumschlag bei.

---

<sup>11</sup> Im Fall von minderjährigen Patientinnen und Patienten wurde die schriftliche Einwilligung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten eingeholt; bei Kindern ab 12 Jahren wurde über eine separate Einwilligungserklärung zusätzlich auch deren Zustimmung zur Studienteilnahme eingeholt. Bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die nicht geschäftsfähig bzw. nicht einwilligungsfähig waren, konnte eine gesetzliche Vertreterin / ein gesetzlicher Vertreter die schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme geben.

<sup>12</sup> Für Patientinnen und Patienten wurden neben Name, Adresse, Geschlecht, Geburtsjahr ggf. mit Angabe zur Minderjährigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung und Datum der Unterzeichnung der Einwilligungserklärung auch das Datum der Aufnahme und das Datum der Entlassung, die Hauptdiagnose zum Zeitpunkt der Entlassung sowie der Entlassort erfasst. Zudem wurde jeweils der Name der behandelnden Einrichtung und die jeweilige Fachabteilung übermittelt.

<sup>13</sup> Jugendliche Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht volljährig waren, erhielten die Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“.

Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein kombiniertes Erinnerungs- und Dankeschreiben geschickt, wenn diese zwei Wochen nach Versand den Fragebogen noch nicht zurückgeschickt hatten. Nach weiteren zwei Wochen wurde über ein kontrolliertes Rücklaufverfahren nur an jene Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein zweites Erinnerungsschreiben gesendet, von denen noch kein Fragebogen eingetroffen war. Dem zweiten Erinnerungsschreiben wurde ein Ersatzfragebogen mit adressiertem und vorfrankiertem Rückumschlag beigelegt. Auf den Anschreiben wie auch auf den Erinnerungsschreiben war jeweils ein Rücksendedatum angegeben, bis wann der ausgefüllte Fragebogen spätestens zurückgeschickt werden sollte.

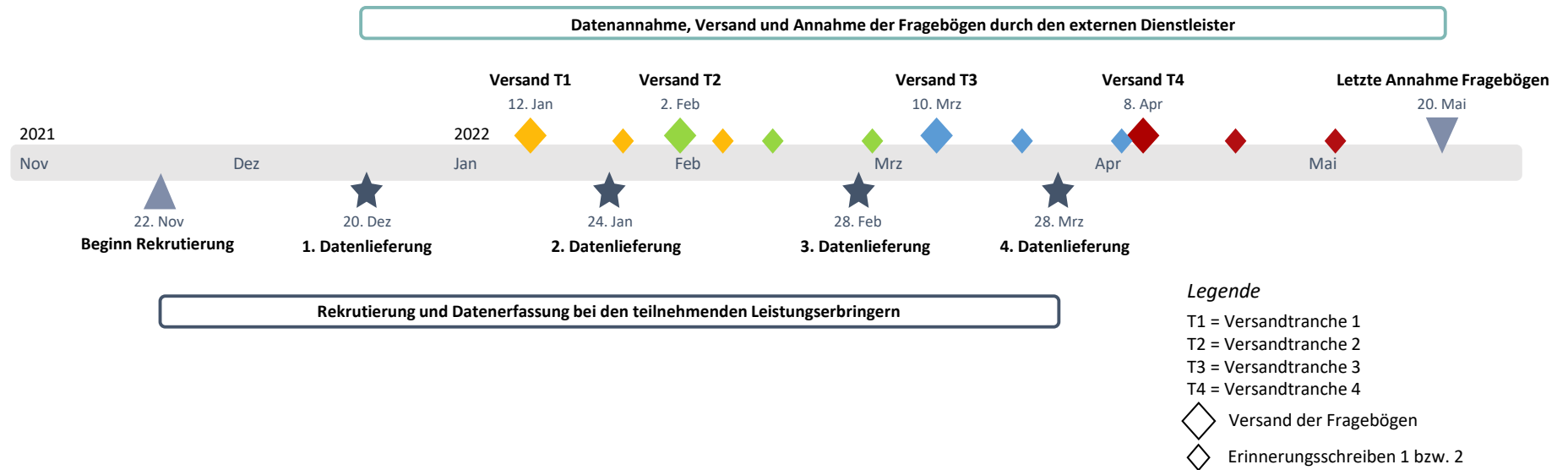


Abbildung 3: Ablauf der Feldphase im Standard-Pretest

### 6.3.7 Herausforderungen aufgrund der COVID-19 Pandemie

Aufgrund der erneut steigenden Fallzahlen von COVID-19-Infektionen und bundesweiten Einschränkungen im Winter 2021/2022 meldeten einige Leistungserbringer zu Beginn der Feldphase, dass sie Patientinnen und Patienten nicht oder nur eingeschränkt rekrutieren konnten. Insbesondere die Verschiebung planbarer Eingriffe und Behandlungen, Besuchsverbote oder eingeschränkte Besuche von Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertretungspersonen, die (zeitweise) Schließung von Stationen/Abteilungen oder der Notfallbetrieb aufgrund von COVID-19-Infektionen des ärztlichen und pflegerischen Personals führte dazu, dass bei einigen Leistungserbringern die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten nicht wie vorgesehen im regulären Versorgungsalltag erfolgen konnte. Diese Einschränkungen bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten führten zu geringeren Fallzahlen bei den jeweiligen Leistungserbringern und damit insgesamt zu einer geringeren Stichprobengröße.

### 6.3.8 Auswertung des Standard-Pretests

Die Auswertung des Standard-Pretests erfolgte anhand univariater und multivariater statistischer Analysen anhand der in Abschnitt 6.3.1 genannten Ziele. Dabei wurden zunächst der allgemeine Fragebogenrücklauf und die Nettostichprobe, auf der die Auswertungen des Standard-Pretests beruht, beschrieben. Im Rahmen einer Unit-Non-Response-Analyse wurde weiterhin untersucht, ob es Personenmerkmale gibt, die das Zurückschicken eines Fragebogens beeinflussen. Ferner wurden die Verteilungen der einzelnen Items bzw. Antwortkategorien im Fragebogen deskriptiv ausgewertet, um Hinweise zur allgemeinen Handhabbarkeit der Fragebögen und zu auffälligen Verteilungen zu erhalten. Auf das methodische Vorgehen aller wesentlichen Analysen wird im folgenden Absatz eingegangen.

#### Unit-Non-Response-Analyse

Eine potenzielle Quelle einer Stichprobenverzerrung bzw. einer Verzerrung von Ergebnissen sind strukturelle Ausfälle bzw. Non-Response (Unit-Non-Response sowie Item-Non-Response). Dabei kann zwischen zufälligen (*missing [completely] at random*, M(C)AR) und systematischen (*missing not at random*, MNAR) Ausfällen unterschieden werden (Schafer und Graham 2002, Little und Rubin 2002, Schnell 2012). Abhängig davon, welcher Mechanismus vorliegt, kann dies Konsequenzen für die Zulässigkeit der statistischen Inferenz, basierend auf den vorliegenden Antworten, haben. Hängt das Nichtzurückschicken eines Fragebogens oder das Nichtbeantworten eines Items von den fehlenden Antworten selbst ab, so handelt es sich um MNAR. Beispielsweise liegt MNAR vor, wenn Fragebögen aufgrund der Schwere der Items von gewissen Subgruppen nicht beantwortet werden können und somit nicht zurückgeschickt werden. MNAR bei Item-Non-Response läge z. B. vor, wenn das Fehlen einer Antwort bezüglich des Gesundheitszustands durch die schwere Erkrankung begründet ist. Im Rahmen der verwendeten Bayesianischen Auswertungsmethodik zur Berechnung der Qualitätsindikatoren (Kapitel 7) kann MNAR insbesondere zu einer Verzerrung der Schätzer führen. Die Auswertungsmethodik lässt dagegen statistische Inferenz zu, wenn Unit-Non-Response oder Item-Non-Response lediglich von den vorliegenden Merkmalen der befragten Person abhängt (MAR) bzw. auch davon unabhängig ist



(MCAR) (Molenberghs et al. 2008). In den Analysen wurde untersucht, inwiefern Unit-Non-Response bzw. Item-Non-Response durch vorliegende Personenmerkmale oder aber auch durch das Itemdesign erklärbar ist.

### **Analyse substantieller Antwortkategorien**

Substantielle Antwortkategorien sind die Antwortkategorien, die Hinweise über die Qualität der Versorgung geben und später in die Berechnung der Qualitätsindikatoren einfließen. Nicht substantielle Antwortkategorien wie „Weiß nicht“ oder „Brauchte ich nicht“ sind im Gegensatz dazu (qualitäts-)neutrale Kategorien. Diese nicht substantiellen Antwortkategorien fließen nicht in die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein. Bei der Analyse der substantiellen Antwortkategorien soll geprüft werden, wie diese Antwortkategorien pro Item verteilt sind und ob Auffälligkeiten vorliegen, die durch die Formulierung der Items bedingt sein könnten.

### **Analyse nicht substantieller Antwortkategorien**

Wie zuvor beschrieben, sind nicht substantielle Antwortkategorien (qualitäts-)neutrale Antwortoptionen. Für die Fragebögen im QS-Verfahren *Entlassmanagement* sind diese hauptsächlich „Weiß nicht“ und „Brauchte ich nicht“. Nicht substantielle Antworten geben zwar keine Hinweise auf die Qualität der erlebten Versorgung, sind jedoch für die Validität der über den Fragebogen erhobenen Daten relevant. Durch nicht substantielle Antwortkategorien werden sowohl Item-Non-Response als auch falsche Antworten vermieden, da diese den Befragten die Möglichkeit bieten, ihre Einschätzung korrekt zum Ausdruck bringen zu können. Das Ankreuzen nicht substantieller Antworten wird als Intention verstanden, eine korrekte Antwort geben zu wollen, dies aber durch die zur Auswahl stehenden substantiellen Antwortkategorien nicht umsetzen zu können. Nicht substantielle Antworten erhöhen zwar die Datenvalidität, können aber für die Berechnung der Qualitätsindikatoren letztendlich nicht herangezogen werden. Vor diesem Hintergrund gilt es, die Anteile der nicht substantiellen Antworten gering zu halten, um möglichst vollständig (substantiell) beantwortete Fragebögen auswerten zu können (Abschnitt 12.3). Im Rahmen der Auswertung des Standard-Pretests werden die Antwortkategorien „Weiß nicht“ und „Brauchte ich nicht“ daher separat deskriptiv betrachtet.

#### **„Weiß nicht“-Antworten**

Die Antwortoption „Weiß nicht“ erhöht bei schwierigen Wissens- oder Erinnerungsfragen die Validität der über den Fragebogen erhobenen Daten, da die Befragten die Möglichkeit haben, fehlende Erinnerungen oder fehlendes Wissen wiederzugeben. Der Anteil an „Weiß nicht“-Antworten ist also ein Hinweis darauf, inwieweit sich eine Person an die erfragten Informationen und Ereignisse erinnern kann oder sie kein Wissen über den erfragten Sachverhalt hat (bspw. als Proxy-Person).

Zunächst wird für die Auswertung für beide Fragebogenversionen gemeinsam der Anteil an „Weiß nicht“-Antworten pro Item berechnet, um zu prüfen, inwiefern Nichtwissen überhaupt als problematisch erscheint. Hierfür werden Anteile in folgenden Abstufungen berichtet: 0–5 %, 6–10 % und > 10 % „Weiß nicht“-Antworten pro Item. Zudem erfolgt eine Betrachtung nach Ausfüllperson (Eltern/Sorgeberechtigte, Patientinnen und Patienten selbst, Proxy-Person), um

Problematiken bezüglich Wissen und Erinnerung in den Subgruppen zu identifizieren. Items mit auffällig hohem Anteil an „Weiß nicht“-Antworten (> 10 %) werden separat analysiert.

#### **„Brauchte ich nicht“-Antworten**

Ebenso wie „Weiß nicht“ erhöht auch die Antwortoption „Brauchte ich nicht“ die Validität der Daten, da die Befragten über ihre Antwort zum Ausdruck bringen können, dass eine Thematik für sie im Rahmen der Entlassung nicht zugetroffen hat. Insbesondere im QS-Verfahren *Entlassmanagement* sind „Brauchte ich nicht“-Antwortoptionen sinnvoll, da der Fragebogen eine breite Zielgruppe adressiert, bei der davon auszugehen ist, dass nicht alle Themen für die befragten Patientinnen und Patienten gleichermaßen relevant gewesen sind und somit inhaltlich mit einer substantiellen Antwortoption beantwortet werden können. Einen Cut-off-Wert für einen zu hohen Anteil an „Brauchte ich nicht“-Antworten zu bestimmen und auf dieser Grundlage Items zu entfernen ist auf Grundlage der Daten aus dem Standard-Pretest nicht zielführend. Es muss allerdings ausgeschlossen werden, dass hohe Anteile an „Brauchte ich nicht“-Antworten aufgrund von Verständnis- oder Interpretationsfehler durch die Formulierung des Items entstehen. Analog zur Analyse der „Weiß nicht“-Antworten wird auch der Anteil der „Brauchte ich nicht“-Antworten auf Itemebene in den genannten Abstufungen geprüft. Items mit einem Anteil von > 50 % an „Brauchte ich nicht“-Antworten werden separat hinsichtlich möglicher Hinweise auf eine problematische Itemformulierung analysiert.

#### **Interne Konsistenz und Homogenität**

Um Aussagen über die Güte der entwickelten Qualitätsindikatoren treffen zu können, soll untersucht werden, inwieweit die zugrunde liegenden Items miteinander in Beziehung stehen und mit dem Gesamtwert des jeweiligen Qualitätsindikators zusammenhängen. Positive Interkorrelationen der Items untereinander sowie positive Korrelationen der Items mit dem Gesamtwert ermöglichen die Interpretation eines Qualitätsindikators. Je stärker die einzelnen Items untereinander und mit dem Gesamtwert assoziiert sind, desto eindeutiger ist das Indikatorergebnis zu interpretieren. Um entsprechende Hinweise hinsichtlich Richtung und Höhe des Zusammenhangs zwischen den Items eines Qualitätsindikators zu generieren, sollen Kennzahlen der Homogenität und der internen Konsistenz der Items berechnet werden (Goeman und De Jong 2018). *Homogenität* meint den Grad, in dem sich die Items auf ein gemeinsames Konstrukt beziehen. Sie kann als gegeben angesehen werden, wenn die Itempaare im Durchschnitt positiv interkorreliert sind (Scott 1960). Die *interne Konsistenz* beschreibt den inneren Zusammenhang der Items und ist dann sinnvoll einsetzbar, wenn von einem hinreichend hohen Ausmaß an Homogenität der Facetten eines Konstrukts, die anhand der Items erfasst werden sollen, ausgegangen wird (Bühner 2011).

Die zu erfassenden Konstrukte sind auf Ebene der Qualitätsindikatoren formativ operationalisiert (Kapitel 7). Daher können Homogenität und interne Konsistenz der jeweiligen Items niedriger ausfallen, als dies bei reflektiv operationalisierten Konstrukten zur Prüfung der Reliabilität üblicherweise vorausgesetzt wird (Abschnitt 6.4). Dennoch sollen die Variablen, die zur Erfassung eines gemeinsamen Konstrukts herangezogen werden und eine konzeptuelle Einheit bilden (Kapitel 7), positiv interkorreliert sein. Sehr niedrige oder negative Interkorrelationen der Items könnten dazu führen, dass hohe Werte auf einem Item niedrige Werte auf einem anderen Item

ausgleichen können. Insbesondere systematische (also über die Daten aller Leistungserbringer hinweg feststellbare) negative Interkorrelationen zwischen einzelnen Items eines Qualitätsindikators würden eine sinnvolle Interpretation der Messwerte erschweren. Dies würde schließlich implizieren, dass eine hohe Ausprägung in einem Item (die auf hohe Versorgungsqualität hinsichtlich des zu erfassenden Qualitätsindikators schließen lässt) *systematisch* mit einer niedrigeren Ausprägung eines oder mehrerer anderer Items einhergeht (was auf eine niedrige Versorgungsqualität hinsichtlich desselben Qualitätsindikators hindeutet). Im ungünstigsten Fall – insbesondere bei der Verwendung verteilungsbasierter Referenzbereiche (Abschnitt 7.3) – könnte dies dazu führen, dass Leistungserbringer stets nur einen beliebigen Teil der Inhalte eines Qualitätsindikators erfüllen müssen, ohne auffällig zu werden.

Empfehlungen hinsichtlich der Interpretation von Koeffizienten der internen Konsistenz findet man in der Literatur hauptsächlich für Cronbachs Alpha (Peterson 1994). Empfehlungen dazu, welcher minimale Wert als akzeptabel angesehen werden kann, variieren je nach Autoren und Ziel der Messung zwischen  $\geq 0,5$  und  $\geq 0,7$  (Peterson 1994). Allerdings ist auch eine zu hohe interne Konsistenz nicht anzustreben, da dies auf redundante Items hindeutet (Bollen und Lennox 1991). Darüber hinaus existiert keine feste Untergrenze hinsichtlich Cronbachs Alpha (Bühner 2011). Die Untergrenze muss vielmehr mit dem Ziel der Messung und mit dem erwarteten bzw. angestrebten Ausmaß an Heterogenität bzw. mit der Breite des Konstrukts (Inhaltsvalidität) abgestimmt werden. Welcher Wert als ausreichend definiert wird, hängt dabei u. a. davon ab, ob die Konstruktausprägung einzelner Individuen gemessen werden soll oder ob aggregierte Messwerte auf Gruppenebene erfasst werden sollen. Für die Erfassung von Konstrukten auf Gruppenebene – worauf auch der Einsatz der entwickelten Fragebögen im vorliegenden Projekt abzielt – werden generell niedrigere Cronbachs-Alpha-Werte als ausreichend angesehen (Peterson 1994).

Cronbachs Alpha liegen allerdings sehr restriktive Annahmen zugrunde, die für Konstrukte mit relativ heterogenen Items nur begrenzt geeignet sind (Tavakol und Dennick 2011, Zinbarg et al. 2005). Zudem ist Cronbachs Alpha nicht robust gegenüber nicht normalverteilten Daten – was im Kontext der externen Qualitätssicherung eher die Regel als eine Ausnahme darstellt – und wird dadurch tendenziell unterschätzt (Sheng und Sheng 2012, Trizano-Hermosilla und Alvarado 2016). Als robusteres Maß mit weniger restriktiven Annahmen wird daher als alternativer Koeffizient für die interne Konsistenz McDonalds Omega berechnet, wobei die Interpretation des Koeffizienten äquivalent zu Cronbachs Alpha erfolgt (Trizano-Hermosilla und Alvarado 2016).

Als Maß für den Zusammenhang eines einzelnen Items mit dem Gesamtwert eines Indikators wird die korrigierte Item-Skala-Korrelation verwendet (Revelle 2018). Die korrigierte Item-Skala-Korrelation wird in erster Linie herangezogen, um aus den o. g. Gründen sicherzustellen, dass Items nicht negativ mit dem Gesamtwert korreliert sind.

Darüber hinaus wird für jedes Itemset, das zur Messung eines Qualitätsindikators herangezogen wird, Loevingers  $H$  als Maß für die Homogenität berechnet (Molenaar und Sijtsma 1984). Loevingers  $H$  beschreibt das Ausmaß, in dem Patientinnen und Patienten mit gleichem Summenscore gleiche Antwortmuster zeigen, was konzeptuell der durchschnittlichen Korrelation zwischen den Items entspricht (Goeman und De Jong 2018).

Grundsätzlich sollen kompakte Messinstrumente entwickelt werden, die anhand von möglichst wenigen Items (Datensparsamkeit), die dabei alle Facetten eines Konstrukts abdecken (Inhaltsvalidität), zum zuverlässigen Vergleich von Einrichtungen herangezogen werden können. Auf dieser Basis wurde festgelegt, dass für den Hinweis auf eine hinreichend homogene Messung die interne Konsistenz einen Wert von 0,6 für Cronbachs Alpha bzw. McDonalds Omega nicht signifikant unterschreiten sollte. Darüber hinaus sollte Loewingers  $H$  größer als 0,3 sein (Stochl et al. 2012) und die korrigierte Item-Skala-Korrelationen für jedes Item positiv ausfallen. Erfüllen diese Kennzahlen die genannten Kriterien nicht, wird mit Blick auf die dem betroffenen Qualitätsindikator zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale überprüft, inwieweit eine Modifikation des Indikators (z. B. Aufteilung der zusammengefassten Qualitätsmerkmale auf mehrere Qualitätsindikatoren) auch auf Basis inhaltlicher Überlegungen notwendig bzw. sinnvoll ist.

## 6.4 Reliabilität

Als Reliabilität – oder Zuverlässigkeit – einer Messung wird in der Psychometrie das Verhältnis von wahrer Varianz zwischen den Messwerten der Messobjekte und der Gesamtvarianz (= wahre Varianz + Fehlervarianz) der Messwerte bezeichnet. Die Reliabilität kann damit als ein relatives Maß für die Präzision einer Messung verstanden werden (Bühner 2011, Raykov und Marcoulides 2011). Auf Ebene einzelner Patientinnen und Patienten entspricht die Reliabilität dem Verhältnis von Varianz zwischen den wahren Werten der Patientinnen und Patienten und der Gesamtvarianz der Messwerte der Patientinnen und Patienten. Für die Bestimmung der Reliabilität werden bei der Auswertung des Standard-Pretests Methoden zur Schätzung der *internen Konsistenz* (z. B. Cronbachs Alpha) angewendet, um Aussagen über die Güte und Interpretierbarkeit auf Basis des inneren Zusammenhangs der zugrunde liegenden Items treffen zu können (Abschnitt 6.3.8).<sup>14</sup> Da die Qualitätsindikatoren formativ operationalisiert werden und Eindimensionalität der Items nicht vorausgesetzt wird, können auf Basis der berechneten Kennzahlen der internen Konsistenz allerdings keine direkten Rückschlüsse auf die Reliabilität (bzw. auf den Messfehler) der Skalen gezogen werden (Jarvis et al. 2003). Im Kontext von QS-Verfahren werden Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität vor allem durch den Soll-Ist-Abgleich des berechneten Indikatorwerts eines Leistungserbringers mit einem Referenzbereich gezogen. Um den entsprechenden Indikatorwert wird stets ein Vertrauensbereich berechnet. Die Reliabilität der Messung spiegelt sich, gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022d: Abschnitt 13.3.3), in der Breite des Vertrauensbereichs um die Indikatorwerte der Leistungserbringer wider: Je größer die Reliabilität einer Messung ist, desto kleiner ist die Variabilität der

---

<sup>14</sup> Gängige Methoden zur Reliabilitätsbestimmung wie die Split-Half-Methode oder die Retest-Methode (Bühner 2011, Schermelleh-Engel und Werner 2012) können bei den entwickelten Fragebögen für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* nicht angewendet werden. Da die Items in der Regel inhaltlich abgegrenzte Facetten des jeweiligen latenten Konstrukts erfassen, können die Fragebögen nicht in zwei Testhälften (Split-Half) geteilt werden, um die Reliabilität über die Korrelation zwischen den beiden Hälften zu bestimmen (Moosbrugger und Kelava 2012). Zudem können dieselben Patientinnen und Patienten nicht zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten befragt werden (Retest), um die Korrelation zwischen den Antworten zu beiden Befragungszeitpunkten für die Schätzung der Reliabilität heranzuziehen (Bühner 2011), da die Annahme eines zeitlich stabilen Konstrukts für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* nicht haltbar ist. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich mehrere der erfassten Konstrukte über die Zeit verändern können; dies ist Grundlage für eine Verbesserung der Versorgungsqualität bei den Leistungserbringern.

Patientenangaben innerhalb eines Leistungserbringers und desto schmaler wird der Vertrauensbereich um den Indikatorwert. Die Breite des Vertrauensbereichs ist demnach ein Maß für die Präzision der Schätzung des zugrunde liegenden Indikatorwerts des Leistungserbringers, in die die Reliabilität auf Ebene der Patientinnen und Patienten eingeht. Die Details der biometrischen Auswertungsmethodik sind in Kapitel 7 und ausführlich in Abschnitt 11.1 dargestellt.

## 6.5 Validität

Als Validität eines Erhebungsinstruments wird das Ausmaß bezeichnet, in dem Schlussfolgerungen aus den damit erhobenen Daten gerechtfertigt sind (Messick 1995). Die Schlussfolgerungen, die auf Basis der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* gezogen werden sollen, betreffen die Versorgungsqualität der jeweiligen Leistungserbringer in diesem Bereich. Das Erhebungsinstrument soll Aussagen darüber erlauben, ob die Leistungserbringer den erwartbaren Standard für diejenigen Qualitätsanforderungen erfüllen, zu denen die Patientinnen und Patienten befragt werden. Damit beschreibt die Validität des Fragebogens das Ausmaß, in dem Schlüsse über die Versorgungsqualität des Entlassmanagements auf Basis der Patientenbefragung gerechtfertigt und belastbar sind. Das Instrument der Patientenbefragung ist demnach als umso valider anzusehen, je eher es

- eine Darstellung der tatsächlichen Versorgungsqualität des Entlassmanagements bei jedem Leistungserbringer ermöglicht und
- einen fairen Vergleich der Versorgungsqualität zwischen Leistungserbringern erlaubt.

Eine Gesamteinschätzung der Validität des Erhebungsinstruments erfordert damit eine umfassende Analyse der potenziellen Einflüsse, die diese angestrebten Schlussfolgerungen einschränken könnten. Diese Sichtweise auf die Validität der Patientenbefragung berücksichtigt dabei auch weitere mögliche, u. a. dem speziellen Anwendungskontext der Befragung geschuldete, Gefährdungen der Validität. Die im Folgenden dargestellten potenziellen Gefährdungen wurden im Rahmen des Entwicklungsprozesses durch geeignete Methoden und Empfehlungen adressiert.

### **Inhaltsvalide Abbildung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale**

Für die in den Fragebögen erfassten Qualitätsaspekte muss im ersten Schritt sichergestellt sein, dass der Fragebogen tatsächlich die relevanten Qualitätsmerkmale und darüber hinaus auch keine irrelevanten Qualitätsmerkmale abdeckt. Dies wird als Inhaltsvalidität bezeichnet. Um die Inhaltsvalidität sicherzustellen, wurden eine umfassende Literaturrecherche und -analyse sowie Fokusgruppen und Einzelinterviews durchgeführt und externe fachliche Expertise eingeholt (Kapitel 5). Das beratende Expertengremium wurde herangezogen, um die Bedeutung der aus den verschiedenen Quellen abgeleiteten Qualitätsmerkmale für den jeweiligen Qualitätsaspekt zu beurteilen (Abschnitt 5.3). Ein weiterer Schritt zur Sicherstellung der Inhaltsvalidität war die Durchführung eines Beteiligungsverfahrens, auf dessen Basis weitere Erkenntnisse für die weitere Entwicklung gewonnen werden konnten (Abschnitt 5.4).

Im nächsten Schritt wurde für die Operationalisierung der Qualitätsmerkmale in Form der Items sichergestellt, dass diese inhaltsvalide für die Qualitätsmerkmale sind. Dies erfolgte im Rahmen

der Itementwicklung durch einen mehrstufigen Entwicklungs- und Prüfprozess. Um Inhaltsvalidität auf Ebene der Qualitätsindikatoren zu gewährleisten, müssen alle relevanten Inhalte der konstituierenden Qualitätsmerkmale hinreichend durch die jeweiligen Items in den Fragebögen abgedeckt sein.

### **Verzerrungen aufgrund der heterogenen Zielpopulation des QS-Verfahrens**

Aufgrund der Heterogenität der Zielpopulation kann sowohl von unterschiedlichen Anforderungsprofilen der Patientinnen und Patienten an ein Entlassmanagement als auch von Unterschieden im Versorgungsgeschehen und in den inhaltlichen Schwerpunkten des Entlassmanagements in den einzelnen Fachabteilungen eines Krankenhauses ausgegangen werden. Mit Blick auf die oben genannte Inhaltsvalidität hat das IQTIG ein Befragungsinstrument entwickelt, das allgemeine, prozedur- und diagnoseübergreifende Anforderungen an ein Entlassmanagement adressiert. Insbesondere über Filterfragen und die Antwortoption „Brauchte ich nicht“ / „Trifft auf mich nicht zu“ stellt das IQTIG sicher, dass auf Ebene der befragten Patientinnen und Patienten in die Berechnung der Ergebnisse der Patientenbefragung nur inhaltlich angemessene Antworten eingehen. Damit lässt sich das empfohlene Befragungsinstrument trotz der verallgemeinerten Qualitätsanforderungen, die für das Querschnittsthema Entlassmanagement notwendig sind, zielgerichtet für das heterogene Anforderungsprofil sowohl aufseiten der Patientinnen und Patienten als auch aufseiten der Leistungserbringer einsetzen. Im Rahmen des kognitiven Pretests und des Standard-Pretests wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten mit verschiedenen konkreten Bedarfen an ein Entlassmanagement den Fragebogen gleichermaßen beantworten können. Nach Einschätzung des IQTIG gehen aus den Wissensbeständen keine Hinweise hervor, dass für Patientinnen und Patienten mit teilstationärer Krankenhausbehandlung patientenrelevante Themen vorliegen, die sich in gesonderten Qualitätsanforderungen an das Entlassmanagement solcher Einrichtungen niederschlagen sollten. Im Zuge der kognitiven Pretestung wurde sichergestellt, dass die Fragebögen auch für Testpersonen mit Entlassungen aus einer teilstationären Behandlung verständlich und gut zu beantworten sind. Für den Standard-Pretest konnten jedoch keine Patientinnen und Patienten mit Entlassung aus teilstationärer Behandlung rekrutiert werden.

### **Erinnerungsfähigkeit**

Die Fähigkeit, sich an die abgefragten Situationen und Inhalte erinnern zu können, spielt für valide Befragungsergebnisse eine wichtige Rolle. Nur insofern Patientinnen und Patienten hinreichend in der Lage sind, sich genau zu erinnern, können die Befragungsergebnisse auch Auskunft über die Versorgungsqualität geben. Um eine begründete Empfehlung für einen Befragungszeitpunkt im Regelbetrieb abzuleiten, wurde die Erinnerbarkeit der erfragten Themen im Rahmen der kognitiven Pretestung geprüft und bei der Auswertung der Daten des Standard-Pretests berücksichtigt (Abschnitte 10.3 und 10.4).

### **Unterschiede im Case-Mix zwischen Leistungserbringern**

Die Zusammensetzung der Patientengruppen kann sich zwischen verschiedenen Leistungserbringern unterscheiden. Wenn solche Unterschiede auch die Befragungsergebnisse beeinflussen, können diese die Validität des Erhebungsinstruments mindern. Um dieser Gefährdung der Aussagekraft der Ergebnisse entgegenzuwirken, wurden im Rahmen der Itementwicklung Variablen zur Risikoadjustierung für die Berücksichtigung von Patientenrisiken recherchiert und entwickelt (Abschnitt 10.2.2). Die Entwicklung eines konkreten Modells zur Risikoadjustierung kann allerdings erst auf Basis einer umfangreicheren Datengrundlage zur Zielpopulation mithilfe der Daten aus dem Regelbetrieb erfolgen (Abschnitt 7.4).

### **Verzerrungen durch systematische Non-Responder**

Unterscheiden sich die Patientinnen und Patienten, die einen ausgefüllten Fragebogen zurückschicken (sogenannte Responder), von den Patientinnen und Patienten, die keinen Fragebogen zurückschicken (sogenannte Non-Responder), spricht man von Stichprobenverzerrungen (Lohr 2010). Im regelhaften Einsatz der Fragebögen im QS-Verfahren *Entlassmanagement* könnte sich daraus eine Gefährdung der Validität ergeben, sofern Hinweise auf derartige Verzerrungen vorliegen. In Abschnitt 10.4.2 wird auf Basis der Ergebnisse des Standard-Pretests eine Non-Response-Analyse vorgestellt, sodass unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen des Standard-Pretests (v. a. die notwendige Einwilligung der Patientinnen und Patienten zur Studienteilnahme) Hinweise auf mögliche Verzerrungen aufgezeigt werden können.

### **Verzerrungen durch Proxy-Antworten**

Unterschiede in den Einschätzungen und Antworten von Personen, die den Fragebogen selbst ausfüllen, zu denjenigen, bei denen die Einschätzungen und Antworten von Angehörigen oder anderen Personen für die jeweilige Patientin / den jeweiligen Patienten vorgenommen werden (Proxy-Antworten), könnten ebenfalls die Validität einschränken. Bei der Entwicklung der Fragebögen wurde über den faktenorientierten Befragungsansatz darauf geachtet, dass auch von dritten Personen erfahrbare und bewertbare Situationen operationalisiert wurden. Zudem können Proxy-Personen über die Antwortoption „Weiß nicht“ angeben, wenn sie eine erfragte Situation nicht bewerten können. Auf diese Weise fließen auch bei Proxy-Personen nur inhaltlich relevante Antworten in die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein. Im kognitiven Pretest wird die Verständlichkeit der Items für Angehörige von Patientinnen und Patienten geprüft (Abschnitt 10.3). Über die Analyse der Item-Non-Response und der „Weiß nicht“-Antworten kann im Rahmen des Standard-Pretests zudem die Beantwortbarkeit der Items für Proxy-Personen untersucht werden (Abschnitt 10.4). Der Umgang mit Proxy-Antworten für die Berechnung der Qualitätsindikatoren im Regelbetrieb wird in Abschnitt 12.4.2 skizziert.

## 7 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren erlauben den Grad der Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen zu messen. Sie bestehen aus einem Ziel für die Versorgungsqualität (z. B. „möglichst wenige Komplikationen“), einem Messverfahren („Operationalisierung“) und einem Bewertungskonzept für die Zielerreichung in Form eines Referenzwerts und einer Methode zur Feststellung, ob dieser Referenzwert erreicht wurde (IQTIG 2022d: Abschnitt 4.1).

### 7.1 Konzeptionell-inhaltliche Entwicklung

Die Konstruktion der Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen beruht auf der Aggregation mehrerer Items zu einem Qualitätsindikator. Die Konzeption der Qualitätsindikatoren orientiert sich an der hierarchischen Struktur der Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems (Abbildung 4) (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2.8). Für die Methodik der Entwicklung von Items zur Messung von befragungsbasierten Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Entlassmanagement* ist vorwiegend ein formativer Messansatz leitend, wobei für die konstituierenden Variablen der zu messenden Konstrukte stets konzeptuelle Einheit angenommen wird (IQTIG 2022d: Abschnitt 4.3).

#### 7.1.1 Aggregation mehrerer Items zu Qualitätsindikatoren

Für die Aggregation mehrerer Items zu einem Qualitätsindikator (QI) wird ein zweistufiges Vorgehen gewählt: Sofern ein Qualitätsmerkmal (QM) anhand mehrerer Items gemessen wird, erfolgt im ersten Schritt eine Aggregation der Items (I) eines Merkmals. Im zweiten Schritt – sofern ein Qualitätsindikator durch mehrere Merkmale repräsentiert wird – erfolgt eine Aggregation der Werte aus dem ersten Schritt zu einem Indexwert. Da die Qualitätsmerkmale als thematische Ausdifferenzierungen der Qualitätsaspekte (QA) gleichwertig behandelt werden sollen, werden alle Qualitätsmerkmale auf Basis theoretischer Vorüberlegungen – und um eine intuitive Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern – bei der Aggregation gleichgewichtet (Shwartz et al. 2015). Auf Ebene der Qualitätsmerkmale erfolgt die Aggregation der Items ebenfalls gleichgewichtet. Dieses Vorgehen führt dazu, dass Qualitätsmerkmale mit mehr Items das gleiche Gewicht bei der Aggregation in einem Index erhalten wie Qualitätsmerkmale mit wenigen Items oder nur einem Item.



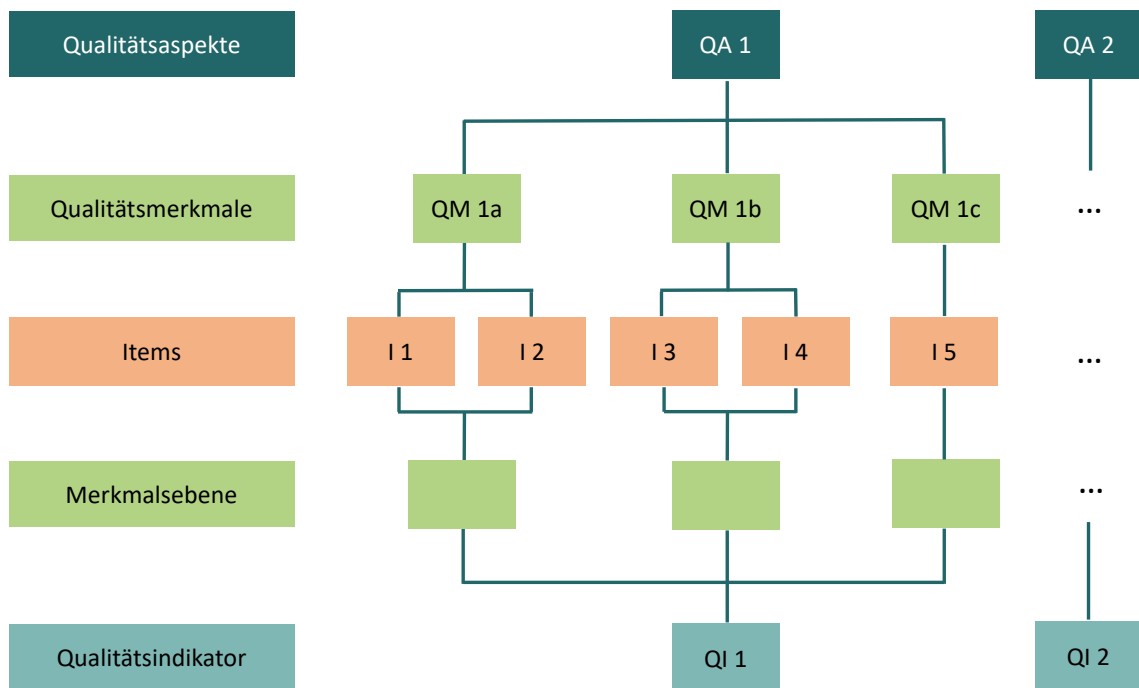


Abbildung 4: Hierarchische Struktur von Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Items und hierarchische Aggregation zu Qualitätsindikatoren

### 7.1.2 Skalierung der Antwortalternativen

Für die Beantwortung der Items werden unterschiedliche Antwortskalen verwendet. In der Regel kommen dichotome Antwortskalen (z. B. „Ja“ und „Nein“) oder ordinalskalierte Antwortskalen mit vier Antwortkategorien (z. B. „Immer“, „Meistens“, „Selten“, „Nie“) zum Einsatz. Zur Kodierung der Antwortkategorien für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* wird – wie auch in den vorangegangenen Entwicklungen von Patientenbefragungen durch das IQTIG (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a, IQTIG 2021b) – in Anlehnung an den National Health Service (NHS) ein Punktschema verwendet (NHS England Analytic Team 2014). Dabei wird jeder gültigen Antwortalternative ein Wert zwischen 0 (Minimum) und 100 (Maximum) zugewiesen, wobei höhere Werte eine bessere Bewertung der Qualität widerspiegeln. Die Punktwerte werden dabei gleichmäßig auf die Antwortkategorien verteilt. Beispiele für die Kodierung unterschiedlicher Antwortskalen finden sich in Tabelle 4. Dieses Verfahren impliziert, dass die Abstände zwischen den einzelnen Antwortkategorien eines Items als „gleich“ angenommen werden. Dadurch soll ein möglichst hohes Maß an Transparenz und Interpretierbarkeit von Punktwerten gewährleistet werden, die sich ggf. aus mehreren aggregierten Items mit unterschiedlichen Antwortskalen zusammensetzen. Da sich die Qualitätsindikatoren durch dieses Vorgehen auf der gleichen Skala wie prozentuale Bewertungen bewegen, ist davon auszugehen, dass die Bewertung von Indikatorenergebnissen auf dieser Skala intuitiv und einfach nachvollziehbar ist.

Tabelle 4: Beispiele für die Skalierung der Antwortalternativen

Dichotome Antwortalternative		Vierstufige Antwortalternative	
Antwortkategorien	Punkte	Antwortkategorien	Punkte
Ja	100	Immer	100
Nein	0	Meistens	67
		Selten	33
		Nie	0

Antwortangaben wie „Weiß nicht“ werden als fehlend behandelt und gehen nicht in die Berechnung ein. Antworten, die als Ausweichkategorie dienen, wie „Brauchte ich nicht“, sollen Leistungserbringern weder positiv noch negativ zugerechnet werden und werden in der Berechnung der Indikatoren ebenso nicht berücksichtigt.

## 7.2 Statistische Auswertungsmethodik

Die statistische Auswertungsmethodik für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* entspricht der statistischen Auswertungsmethodik aus den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022d: Abschnitt 20.1), die bereits mit den vorherigen Entwicklungen etabliert wurde (vgl. Patientenbefragungen zu den QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI)* und *Koronarangiographie (QS PCI)*, *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (QS Schizophrenie)*, *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)* und zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a, IQTIG 2021a, IQTIG 2021b)).

Der Abschnitt 7.2.1 fasst die Auswertungsmethodik kurz und ohne statistische Details zusammen. Abschnitt 7.2.2 sowie Abschnitt 11.1 stellen zusammen eine erweiterte und detaillierte mathematische Beschreibung der Auswertungsmethodik dar. Im Abschnitt 7.2.2 werden die grundlegenden Annahmen zur hierarchischen Struktur der Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems mittels mathematischer Notation erörtert. Die konkrete statistische Inferenzmethode für die Indikatorberechnung wird detailliert in Abschnitt 11.1 erläutert.

### 7.2.1 Kurzzusammenfassung der Auswertungsmethodik

Hinsichtlich der Anforderungen und Ergebnisse der statistischen Methodenentwicklung für Patientenbefragungen wurden folgende Festlegungen im Rahmen der Taxonomie für Zielsetzung, Stichprobenart, Berechnungsart und Bewertungsart getroffen (IQTIG 2022d: Abschnitt 20.1).

Die Auswertung erfolgt nach einer sogenannten *analytischen Zielsetzung*. Die analytische Zielsetzung hebt hervor, dass es das Ziel der Datenauswertung ist, Aussagen über die zugrunde liegenden Versorgungsprozesse zu generieren. Somit ist die Berücksichtigung von statistischer Unsicherheit eine Kernkomponente der Auswertungsmethodik: Neben dem Schätzwert für die

zugrunde liegende Größe wird auch ein zugehöriges Unsicherheitsintervall angegeben. Außerdem wird Unsicherheit bei der quantitativen Leistungserbringerbewertung explizit mitberücksichtigt.

Bezüglich der *Stichprobenart* handelt es sich um eine Vollerhebung auf Ebene der Leistungserbringer und – wie in Abschnitt 12.3 beschrieben – um eine Stichprobe auf Ebene der Fälle eines Leistungserbringers. Diese Stichprobe setzt sich zusammen aus einer Stichprobe von QS-pflichtigen Entlassfällen, die auf Basis des Prognosemodells und einer nachgelagerten Stichprobenziehung über die Versichertennummer der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) selektiert werden (Kapitel 8). Daran schließt sich eine Stichprobe für die Patientenbefragung an, die auf Basis der QS-pflichtigen Fälle eine Vollerhebung (bis 200 Fälle des Leistungserbringers) bzw. eine Zufallsstichprobe von 200 Fällen pro Leistungserbringer vorsieht. Die erste Stichprobe wird durch den QS-Filter generiert, während die nachgelagerte zweite Stichprobe durch die Versendestelle gezogen wird (Abschnitt 12.1.2).

Diese Festlegungen bezüglich Zielsetzung und Stichprobenart führen zu einer *Berechnungsart* „Patientenbefragungs-Index“, welcher im Folgenden genauer erläutert wird. Weil die Teilnahme an der Befragung (Ausfüllen des Fragebogens) freiwillig ist, ist der adäquate Umgang mit fehlenden Patientenantworten eine weitere wichtige Anforderung an die Auswertungsmethodik bei Patientenbefragungen. Daraus resultiert bei der Operationalisierung – in Übereinstimmung mit dem Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik (IQTIG 2022d: Abschnitt 20.1) – ein hierarchischer Bayes-Ansatz, welcher berücksichtigt, dass jedes Fragebogenitem einem Qualitätsmerkmal zugeordnet ist und ein Qualitätsindikator aus der gemeinsamen Betrachtung mehrerer Qualitätsmerkmale entsteht. Für jedes Fragebogenitem werden Punktwerte zwischen 0 und 100 Punkte für die Antwortmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten festgelegt. Die erhaltenen Punkte in den ausgefüllten Fragebögen werden entsprechend der Hierarchie von Fragebogenitem und Qualitätsmerkmalen des betrachteten Qualitätsindikators über alle Antworten der entsprechenden Auswertungsebene (z. B. Leistungserbringerebene) inferenztechnisch verrechnet, sodass Schlüsse über den kombinierten Kompetenzparameter auf der Auswertungsebene gezogen werden können. Je größer die Anzahl an tatsächlich ausgewerteten Fragebögen dabei ist, desto größer ist die Sicherheit bei der Bestimmung des Qualitätsindikators. Konkret wird der Qualitätsindikator im Rahmen eines formativ-reflektiven Modells als A-posteriori-Verteilung über den kombinierten Kompetenzparameter auf der Skala von 0 bis 100 Punkten operationalisiert. Der Erwartungswert dieser A-posteriori-Verteilung wird als Punktschätzer für den kombinierten Kompetenzparameter gewählt und stellt den sogenannten *Indikatorwert* dar. Zweiseitige Unsicherheitsintervalle können als entsprechende Quantile der A-posteriori-Verteilung bestimmt werden.

Bei der *Bewertungsart* handelt es sich, wie im Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik in den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022d: Abschnitt 20.1) beschrieben, um eine binäre, statistische Klassifikation des zugrunde liegenden Kompetenzparameters anhand des Referenzwerts. Ziel ist es, die Qualität der Leistungserbringer anhand der vorliegenden Daten auf Auffälligkeiten zu prüfen und im Falle von Auffälligkeiten ein Stellungnahmeverfahren nach § 17 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

(DeQS-RL)<sup>15</sup> einzuleiten. Die quantitative Auffälligkeitseinstufung gilt als Operationalisierung des Begriffs „Hinreichender Hinweis für ein Qualitätsdefizit“: Ist genügend statistische Evidenz für das Nichterreichen des Referenzbereichs vorhanden, führt dies im Rahmen eines zweiten qualitativen Schritts zu einer fachlichen Klärung (IQTIG 2022d: Abschnitt 20.1). Konkret wird bei der quantitativen Auffälligkeitseinstufung geprüft, ob genügend Masse der A-posteriori-Verteilung auf Punktwerten außerhalb des Referenzbereichs liegt. Dies ist äquivalent zum Vergleich, ob die entsprechende Intervallgrenze des dualen Unsicherheitsintervalls innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs liegt. Details zur Auffälligkeitseinstufung finden sich in Abschnitt 11.1.3.

### 7.2.2 Grundlegende Annahmen

Die Definition der Indikatoren der Patientenbefragung sowie die Berechnungen der Indikatorenergebnisse einschließlich der quantitativen Einstufung basieren auf bestimmten Grundannahmen hinsichtlich der Struktur und der Zusammenhänge der zugrunde liegenden Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale und Fragebogenitems.

#### Notation

In Tabelle 5 wird die Notation für die folgende Erläuterung der Auswertungsmethodik eingeführt. Diese Notation wird auch für die Beschreibung der verwendeten Methodik in Abschnitt 11.1 des Ergebnisteils verwendet und orientiert sich an gängiger statistischer Methodik (vgl. z. B. Skrondal und Rabe-Hesketh 2004, Carlin und Louis 2009) für hierarchische Modelle.

Um die Klarheit der Darstellung zu erhöhen, werden Zufallsvariablen (mit Ausnahme von Verteilungsparametern<sup>16</sup>) mit Großbuchstaben gekennzeichnet, wohingegen die Realisierungen mit den entsprechenden Kleinbuchstaben benannt sind. Vektorielle Größen sind fett gedruckt. Schätzer einer Größe, z. B. von  $\theta$ , werden im Folgenden mit einem Dach, d. h. im Beispiel  $\hat{\theta}$ , bezeichnet.

Tabelle 5: Notation für die Erläuterung der Auswertungsmethodik

Notation	Erläuterung
$i = 1 \dots, I$	Index für die Leistungserbringer
$j = 1, \dots, J_i$	Index für die Patientinnen und Patienten von Leistungserbringer $i$ , die die Grundgesamtheitsbedingungen des Indikators erfüllen und einen Fragebogen zurückgesendet haben
$Ql_i$	Indikator für Leistungserbringer $i$ (zugrunde liegende Größe)
$Y_{ijml}, l = 1, \dots, L_m$	Antwort von Patientin oder Patient $j$ behandelt von Leistungserbringer $i$ auf Item $l$ von Qualitätsmerkmal $m$ (Zufallsvariable)

<sup>15</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 24.10.2020).

<sup>16</sup> Verteilungsparameter können im Bayesianischen Kontext auch Zufallsvariablen darstellen.

Notation	Erläuterung
$K_{ml}$	Anzahl Antwortkategorien für Item $l$ von Qualitätsmerkmal $m$
$A \vee B$	$A$ oder $B$ (logischer Operator)
$A := B$	$A$ wird definiert als $B$
$\text{Log}(x)$	Natürlicher Logarithmus von $x$
$E(X)$	Erwartungswert der Zufallsvariable $X$
$P(X \geq x)$	Wahrscheinlichkeit, dass Zufallsvariable $X$ einen Wert größer/gleich $x$ annimmt
$X \perp Y$	Zufallsvariablen $X$ und $Y$ sind statistisch unabhängig
$X   y$	Zufallsvariable $X$ bedingt darauf, dass Zufallsvariable $Y$ den Wert $y$ annimmt
$X \sim F$	Zufallsvariable $X$ folgt der Wahrscheinlichkeitsverteilung $F$
$X_i \stackrel{\text{ind.}}{\sim} F_i, i = 1, \dots, n$	Zufallsvariablen $X_1, \dots, X_n$ sind unabhängig verteilt und folgen den jeweiligen Wahrscheinlichkeitsverteilungen $F_i$
$X_i \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} F, i = 1, \dots, n$	Zufallsvariablen $X_1, \dots, X_n$ sind unabhängig und identisch verteilt und folgen der Wahrscheinlichkeitsverteilung $F$
$\text{Ber}(\pi)$	Bernoulli-Verteilung mit Erfolgswahrscheinlichkeit $\pi \in [0, 1]$
$\text{Binom}(n, \pi)$	Binomialverteilung mit Anzahl an Versuchen $n \in \mathbb{N}_+$ und Erfolgswahrscheinlichkeit $\pi \in [0, 1]$
$\text{Mult}(n, \boldsymbol{\pi} = (\pi_1, \dots, \pi_k)')$	Multinomialverteilung mit Anzahl an Versuchen $n \in \mathbb{N}_+$ und Ereigniswahrscheinlichkeiten $\pi_1, \dots, \pi_k \in [0, 1], \sum_{i=1}^k \pi_i = 1$
$\text{Beta}(a, b)$	Betaverteilung mit Parametern $a > 0, b > 0$
$N(\mu, \sigma^2)$	Normalverteilung mit Erwartungswert $\mu$ und Varianz $\sigma^2$
$\text{Logistic}(\alpha, \beta)$	Logistische Verteilung mit Parametern $\alpha, \beta > 0$

### Graphisches Modell

Graphische Modelle finden insbesondere in der Bayesianischen Modellierung hierarchischer Modelle (Pearl 2009, Skrondal und Rabe-Hesketh 2004) Verwendung. Aufgrund der hierarchischen Struktur von Qualitätsindikatoren, Qualitätsmerkmalen und Fragebogenitems bei der Patientenbefragung eignet sich ein graphisches Modell besonders gut und wird im Folgenden zur Beschreibung der Annahmen, die der statistischen Modellierung bei der Patientenbefragung zugrunde liegen, verwendet. Für die Darstellung im graphischen Modell wird nicht berücksichtigt, dass Patientenantworten fehlen können. Auf den Umgang mit fehlenden Werten wird in Abschnitt 11.1 eingegangen.

Abbildung 5 zeigt das graphische Modell für den in dieser Patientenbefragung verwendeten Ansatz für den  $i$ 'ten Leistungserbringer. Auf unterster Ebene stehen die Patientenantworten  $Y_{ijml}$  bezüglich der einzelnen Items, wobei die Umrahmungen der untersten Ebene die Antworten der einzelnen Patientinnen und Patienten symbolisieren. Das bedeutet, jede Patientin bzw. jeder Patient wird in dem graphischen Modell durch ein Plättchen dargestellt. Die Items stellen Operationalisierungen der Qualitätsmerkmale dar. Somit liegt allen Patientenantworten des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter  $\theta_{im}$  zugrunde. Dieser Parameter kann als Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im  $m$ 'ten Qualitätsmerkmal abgebildeten Kompetenzfeldes interpretiert werden. Beispielsweise könnte es sich dabei um die zugrunde liegende Aufklärungsrate über Behandlungsalternativen handeln, wenn im Qualitätsmerkmal die Aufklärung über Behandlungsalternativen betrachtet wird. Welche Antwort eine Patientin bzw. ein Patient auf die Items zugehörig zum  $m$ 'ten Qualitätsmerkmal gibt, hängt laut Modell somit von der Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des im entsprechenden Qualitätsmerkmal abgebildeten Kompetenzfeldes ab. Diese Annahme rechtfertigt, dass aus den Patientenantworten Schlüsse über die Kompetenz des Leistungserbringers gezogen werden können.

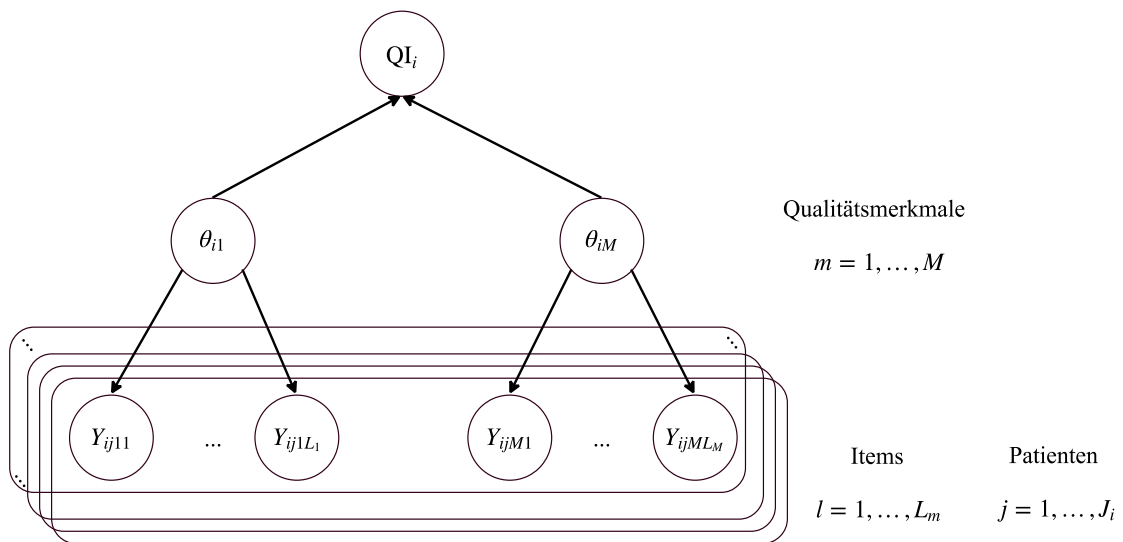


Abbildung 5: Graphisches Modell für den  $i$ 'ten Leistungserbringer für einen Indikator

Aus dem graphischen Modell lässt sich zudem ablesen, dass Unabhängigkeit der Antworten auf Items desselben Qualitätsmerkmals bedingt auf den Parameter auf Qualitätsmerkmalsebene angenommen wird, d. h. mit der mathematischen Notation

$$Y_{ijml} \perp Y_{ij'm'l'} \mid \theta_{im}, \text{ sofern } j \neq j' \vee l \neq l'$$

Weiterhin wird angenommen, dass die Patientenantworten auf Items, die zu unterschiedlichen Qualitätsmerkmalen gehören, unabhängig sind, d. h.

$$Y_{ijml} \perp Y_{ijm'l} \text{ für } m \neq m'$$

Diese beiden Unabhängigkeitsannahmen beziehen sich sowohl auf Antworten derselben Patientin bzw. desselben Patienten als auch auf Antworten zwischen verschiedenen Patientinnen und Patienten.

Der Indikator selbst,  $QI_i$ , wird als Kombination der unbekanntes qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter definiert. Im Gegensatz zum unteren Teil des graphischen Modells, bei dem die Pfeile und somit die Kausalitätsrichtung von oben nach unten gerichtet sind, liegt der Indikator den Parametern  $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$  nicht zugrunde, sondern wird aus ihnen gebildet. Somit kann das Modell als Kombination aus einem formativen und einem reflektiven Messmodell angesehen werden (vgl. Jarvis et al. 2003); die Beziehung zwischen Qualitätsmerkmalen und ihren Operationalisierungen ist reflektiver Natur, wohingegen die Beziehung zwischen Qualitätsmerkmalen und Indikator analog zum Qualitätsmodell formativ ist.

### 7.2.3 Definition des Indikators für einen Leistungserbringer

Wie aus dem graphischen Modell in Abbildung 5 hervorgeht, wird der Indikator für Leistungserbringer  $i$  als Kombination der qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter  $\theta_{im}, m = 1, \dots, M$ , definiert. Eine naheliegende Möglichkeit, die Qualitätsmerkmale in einem Indikator zusammenzufassen, besteht darin, die zugehörigen Parameter zu mitteln. Analog zum Qualitätsmodell wird von einer Gleichgewichtung der Qualitätsmerkmale und somit der Parameter ausgegangen (siehe auch Abschnitt 11.1). Der Indikator für Leistungserbringer  $i$  wird somit wie folgt definiert:

$$QI_i := \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im}$$

Die Parameter  $\theta_{im}$  sind dabei unbekannte Größen, die, wie in Abschnitt 7.2.2 beschrieben, als Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals aufgefasst werden können. Wie in Abbildung 5 dargestellt, wird angenommen, dass die Parameter  $\theta_{im}$  den Patientenantworten auf die Items des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals zugrunde liegen. Genauer wird angenommen, dass die Patientenantworten bei Leistungserbringer  $i$  auf Items des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals einer Wahrscheinlichkeitsverteilung  $F$  mit Parameter  $\theta_{im}$  folgen, d. h.

$$Y_{ijml} | \theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} F(\theta_{im})$$

Demnach wird davon ausgegangen, dass, abgesehen von stochastischen Komponenten, die Antworten der Patientinnen und Patienten die Kompetenz des Leistungserbringers bezüglich des jeweiligen Qualitätsmerkmals widerspiegeln.

Das Interesse liegt also in einer Funktion von unbekanntes Parametern. Anhand der Patientenantworten wird Inferenz für die Parameter  $\theta_{im}$  und somit für den Indikator betrieben. Dabei gehen alle vorliegenden Patientenantworten auf Items des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals in die Inferenz für  $\theta_{im}$  ein. Die konkrete Bestimmung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers wird in Abschnitt 11.1.1.1 zunächst anhand eines einfachen Spezialfalls und dann im Allgemeinen beschrieben. Die entscheidende Annahme ist dabei, dass die zugrunde liegenden Kompetenzparameter der Qualitätsmerkmale eines Qualitätsindikators als unabhängig voneinander angesehen werden können. In Abschnitt 11.1.1.2 wird ein Ansatz dargestellt, wie sich diese Annahme aufweichen lässt.

### 7.3 Referenzbereiche

Qualitätsindikatoren erlauben einen Rückschluss auf die Versorgungsqualität eines Leistungserbringers über den Soll-Ist-Abgleich des Indikatorwerts eines Leistungserbringers mit dem Referenzbereich des Indikators. Im Rahmen von QS-Verfahren, die Qualitätsverbesserungen durch externen Vergleich und Fördermaßnahmen anstreben, definieren Referenzbereiche zu erwartende Qualität im Sinne einzuhaltender Standards, bei deren Unterschreitung gemäß der DeQS-RL Fördermaßnahmen eingeleitet werden sollen.

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG werden – wann immer möglich – feste Referenzbereiche definiert (IQTIG 2022d: Kapitel 16). Feste Referenzbereiche erlauben eine von der Versorgungsqualität der anderen Leistungserbringer unabhängige Bewertung der Versorgungsqualität. Die indicatorspezifische Ableitung solcher Standards erfolgte nach den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG auf Basis einer Einschätzung, welche Indikatorwerte erreichbar wären, und unter Berücksichtigung von Leitlinien, wissenschaftlichen Studien sowie medizinisch-ethischen oder rechtlichen Grundlagen (IQTIG 2022d: Abschnitt 16.3). Verteilungsbasierte Referenzbereiche werden dagegen immer dann definiert, wenn die Setzung eines festen Referenzbereichs auf Basis der vorliegenden Informationen (noch) nicht ausreichend ist oder relative Qualitätsaussagen getroffen werden sollen.

#### Feste Referenzbereiche

Vor allem für Prozesse, deren Durchführung immer indiziert ist und die durch die Leistungserbringer beeinflussbar sind, sollte der erreichbare Indikatorwert üblicherweise bei 100 % bzw. für die Bewertung der Indikatoren der Patientenbefragung bei 100 Punkten liegen. In der Versorgungspraxis finden sich jedoch immer wieder Versorgungssituationen, die durch die Qualitätsindikatoren (und ggf. durch eine zusätzliche Risikoadjustierung) nicht adäquat abgebildet werden und daher selbst bei bester Versorgungsqualität eine vollständige Erfüllung des Qualitätsziels erschweren. Aus diesem Grund wurden die Referenzbereiche auf  $\geq 95$  Punkte festgelegt, um auch solchen besonderen Versorgungssituationen gerecht zu werden. Dieser Abschlag berücksichtigt pauschal, dass nicht jede Versorgungskonstellation im Qualitätsindikator adäquat abgebildet wird und nicht jeder Abweichung vom erreichbaren Indikatorwert nachgegangen werden muss. Ein höherer Abschlag wird nicht empfohlen, da die Auffälligkeitseinstufung für die Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen zusätzlich unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit anhand entsprechender Vertrauensintervalle der Leistungserbringerergebnisse erfolgt. Diese Vertrauensintervalle sind abhängig von der Fallzahl und erlauben daher mit abnehmender Fallzahl eine größere Abweichung des Indikatorergebnisses vom Referenzbereich, bevor ein Leistungserbringer als quantitativ auffällig klassifiziert wird.

#### Verteilungsbasierte Referenzbereiche

Vor allem für befragungsbasierte Ergebnisindikatoren, deren Qualitätsziele ein möglichst hohes Maß an gesundheitsbezogener Lebensqualität oder eine möglichst niedrige Symptombelastung fordern, kann es sinnvoll sein, verteilungsbasierte Referenzbereiche zu definieren, da sich meist



a priori keine erwartbaren Standards aus wissenschaftlichen Studien oder Leitlinien ableiten lassen. Auch für bestimmte Prozessvariablen können verteilungsbasierte Referenzbereiche besser geeignet sein als feste Referenzbereiche, z. B. bei Indikatoren, die sich auf die Häufigkeit von wiederkehrenden erwünschten Ereignissen im Behandlungsprozess über einen längeren Zeitraum beziehen.

Es gibt zur Auffälligkeitseinstufung verschiedene Vorgehensweisen. So kann beispielhaft über perzentilbasierte Referenzbereiche der Referenzwert so gestaltet werden, dass ca. 5 % der Leistungserbringer auffällig werden, wenn diese in den jeweiligen Qualitätsindikatoren die wenigsten Punkte erreicht haben. Es wird am IQTIG eine entsprechende Methodik entwickelt, die sowohl den Indikatorwert als auch die durch Stochastizität verursachte Unsicherheit des Ergebnisses berücksichtigt. Alternativ zu einem bestimmten Perzentil kann der Referenzwert auch anhand einer anderen Charakteristik der Verteilung, wie z. B. des Mittelwerts über alle Leistungserbringerergebnisse, gesetzt werden. Liegt das Ergebnis einer Einrichtung (nach adäquater Risikoadjustierung) deutlich über bzw. unter diesem Referenzwert, kann dies zur Interpretation für hohe bzw. niedrige Ergebnisqualität herangezogen werden. Bei einer solchen Vorgehensweise würden dann beispielhaft nur die Leistungserbringer auffällig, die eine Qualität aufweisen, die signifikant unter der durchschnittlichen Qualität aller Leistungserbringer läge.

#### **7.4 Risikoadjustierung**

Neben der Auslösung von Qualitätsfördermaßnahmen für die Leistungserbringer werden Qualitätsindikatoren auch zur einrichtungsvergleichenden Darstellung der Versorgungsqualität herangezogen. Allerdings können Unterschiede in den Indikatorenergebnissen zwischen Leistungserbringern auch auf Unterschiede in den patientenindividuellen Risiken (Risikofaktoren wie z. B. Gesundheitszustand und Vorerkrankungen) zwischen den Leistungserbringern (z. B. Patientenmix) zurückgehen (Iezzoni 2013). Um Verzerrungen durch solche Unterschiede in den Patientengruppen zwischen den Leistungserbringern zu minimieren, werden bestimmte patienten- und einrichtungsseitige Einflussfaktoren, die in den Patientengruppen der verschiedenen Leistungserbringer unterschiedlich verteilt sind und die direkte Auswirkungen auf die Ergebnisse von Qualitätsmessungen haben, bei der Berechnung der Indikatorenergebnisse berücksichtigt. Dabei sollen nur solche Unterschiede berücksichtigt werden, die direkt oder indirekt die Wahrscheinlichkeit eines indikatorspezifischen Ereignisses beeinflussen und die nicht vom Leistungserbringer selbst im Rahmen der zu bewertenden Leistung beeinflussbar sind (vgl. Iezzoni 2013). Dies betrifft insbesondere Ergebnisindikatoren (Joling et al. 2018, Mant 2001, Rubin et al. 2001). Prozessindikatoren der Patientenbefragung beinhalten in der Regel Anforderungen, die für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen gelten und daher keiner Risikoadjustierung bedürfen (z. B. Aufklärung über Behandlungsalternativen). Folglich ist neben patientenbezogenen Einflüssen auch das Qualitätsziel des Indikators ausschlaggebend für die Notwendigkeit einer Risikoadjustierung (Joling et al. 2018, Rubin et al. 2001).

Die Auswahl der verwendeten Methode zur Risikoadjustierung ist abhängig von der Anzahl und dem Zusammenspiel der einzelnen Risikofaktoren (bzw. deren Datenstruktur) sowie dem Skalenniveau der Risikofaktoren und dem des Indikators (IQTIG 2022d: Abschnitt 20.2). Die konkrete Erstellung des Risikoadjustierungsmodells kann erst anhand einer größeren Datenbasis im Regelbetrieb erfolgen. Eine erste Auswahl potenzieller patientenseitiger Risikofaktoren erfolgte jedoch bereits bei der Entwicklung auf Basis einer orientierenden Literaturrecherche. Für die Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung kann derzeit keine Verknüpfung auf Fallebene zwischen den Befragungsdaten und den anderen Daten eines QS-Verfahrens (z. B. QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen) hergestellt werden. Daher können bisher nur über den Fragebogen erfassbare Risikovariablen für die Adjustierung von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung herangezogen werden (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2.10). Im Zuge der Itementwicklung wurden neben den Items zur Abbildung der Qualitätsmerkmale auch Items zur Erfassung der identifizierten Risikovariablen entwickelt und in den Fragebogen aufgenommen (Abschnitt 10.2.2).

## 8 QS-Auslösung der Zielpopulation über ein Prognosemodell

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 nur ein reduzierter Anteil aller stationären Fälle mit Anspruch auf 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.

In der Konzeptstudie des IQTIG zum QS-Verfahren *Entlassmanagement* für Teilauftrag A (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 (Abschnitt 12.1.2). Die Fallpopulation für die Patientenbefragung besteht aus einer Stichprobe der Fallpopulation, für die die QS-Dokumentation seitens der Leistungserbringer ausgelöst wird, wobei diese Stichprobe durch die Versendestelle Patientenbefragung gezogen wird (Abschnitt 12.1).

In diesem Kapitel werden Modifikationen in den inhaltlichen Anforderungen an das Prognosemodell, die im Anschluss an die Konzeptstudie (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 8.1). Daran schließt sich eine detaillierte Darstellung der Modellentwicklung (Abschnitt 8.2) 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 8.3). Abschließend erfolgt eine Beschreibung der selektierten Fallpopulation auf Basis des Prognosemodells (Abschnitt 8.4).

Dabei ist hervorzuheben, dass – anders als in der Konzeptstudie 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 reduzieren. 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 (Abschnitt 8.3).

## 8.1 Zentrale inhaltliche Anforderungen und Ziele der Weiterentwicklung des Prognosemodells

### Weiterentwicklung der Definition der Zielpopulation im Vergleich zur Konzeptstudie

Um festzulegen, welche Entlassfälle<sup>17</sup> im QS-Verfahren *Entlassmanagement* berücksichtigt werden sollen, wurde innerhalb der Konzeptstudie (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 in Fällen mit erhöhtem Bedarf stets über die Erstellung eines Entlassbriefs als Basiselement des Entlassmanagements hinausgeht. Im Rahmen der Konzeptstudie 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). Es stellte sich jedoch heraus, dass dieser Ansatz aus methodischer Sicht nicht zielführend war, 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. Welche konkreten Maßnahmen dies sein können, wird in Abschnitt 8.2.2 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.

---

<sup>17</sup> Als *Entlassfall* werden die Krankenhausfälle nach Krankenhausentgeltgesetz mit einer Entlassung aus *einem* voll- oder teilstationären Aufenthalt bezeichnet.

### 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 Zeitpunkt der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten die entsprechenden Daten zum unmittelbar anschließenden poststationären Versorgungsgeschehen nicht für die QS-Auslösung zur Verfügung stehen (vgl. Konzeptstudie für Teilauftrag A, IQTIG 2019a). Für die Auslösung, die bis zum Zeitpunkt der Entlassung einer Patientin oder eines Patienten geschehen soll, kann lediglich auf Daten aus dem KIS zurückgegriffen werden. Da für das gesamte QS-Verfahren auch sozialdatenbasierte Kennzahlen geplant sind,<sup>18</sup> 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 für einen gegebenen Fall nicht mit Gewissheit festgelegt 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 zur Konzeptstudie

In der Konzeptstudie (IQTIG 2019a) wurde, aufbauend auf den Überlegungen aus der AQUA-Konzeptskizze (AQUA 2015), ein statistisches Prognosemodell weiterentwickelt. Dieses in der Konzeptstudie des IQTIG dargestellte Prognosemodell (IQTIG 2019a) basierte auf einem binomial-logistischen Regressionsansatz, um die in der Konzeptstudie verwendete Zielvariable zum erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement anhand der Kovariablen zu den verfügbaren Patienteninformationen zu prognostizieren. Basierend auf dem in der Konzeptstudie entwickelten Prognosemodell konnte für alle stationär entlassenen Patientinnen und Patienten ein Prognosewert berechnet werden, der als prognostiziertes Ausmaß des erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement interpretiert werden konnte. Zusätzlich wurde in der Konzeptstudie des IQTIG (IQTIG 2019a) 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

---

<sup>18</sup> Dies beinhaltet auch Kennzahlen, die sowohl auf der QS-Dokumentation der Leistungserbringer als auch auf Sozialdaten basieren und somit eine Verknüpfung dieser Datensätze erfordern (siehe Abschlussbericht zu Teilauftrag B).

(prognostizierter) Bedarf für ein Entlassmanagement zur QS-Auslösung als im Vergleich zu älteren Altersgruppen hinreichend. Darüber hinaus war die Schwellenwertsetzung selbst ausschließlich an der Fallzahl orientiert, jedoch nicht inhaltlich gestützt. Das heißt, dass in der Konzeptstudie des IQTIG zwar eine Zielpopulation anhand des „erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement“ definiert wurde, jedoch beim zu entwickelnden QS-Filter nicht a priori festgelegt wurde, ab welchem (prognostizierten) erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement ein Entlassfall der Zielpopulation zugeordnet wird 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 Fälle<sup>19</sup> 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 8.2) 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 ein Entlassmanagement“ besteht, da insbesondere nicht alle Information 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 der Konzeptstudie mit „erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement“ (eBEM) bezeichnet.

Ähnlich wie bereits in der Konzeptstudie 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

---

<sup>19</sup> In diesem Kontext wird mit der Selektion QS-pflichtiger Fälle die inhaltliche Selektion von Entlassfällen durch das Prognosemodell als Vorstufe der QS-Auslösung bezeichnet.

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 8.3). Dabei sind diese Stichprobenverfahren innerhalb des QS-Filters ausdrücklich von der Stichprobenziehung für die Fälle der Patientenbefragung zu unterscheiden; diese soll nachgelagert zusätzlich als Zufallsstichprobe durch die Versendestelle Patientenbefragung erfolgen (Abschnitt 12.1.2).

## **8.2 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 8.2.1), die Definition der Zielvariable zum „erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement“, die als messbare Approximation bzw. Operationalisierung für den „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“ fungiert (Abschnitt 8.2.2), sämtliche Aspekte zur Regressionsmodellierung dieser eBEM-Zielvariable (Abschnitt 8.2.3 und Abschnitt 8.2.4) und die Ergebnisse der Regressionsmodellierung (Abschnitt 8.2.5) sowie die Definition eines Selektionskriteriums auf Basis der Modell-Prognosewerte anhand eines Schwellenwertvergleichs (Abschnitt 8.2.6). Zudem wird die Validierung des Selektionsalgorithmus anhand von Entlassfällen aus dem Jahr 2016 dargestellt (Abschnitt 8.2.7) und auf die Anwendbarkeit des Prognosemodells im Regelbetrieb (Abschnitt 8.2.8) eingegangen.

### **8.2.1 Datengrundlage und Datenaufbereitung**

Für die Modellentwicklung wurden von einer Krankenkasse anonymisierte Routinedaten zur Verfügung gestellt. 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. Diagnosen und durchgeführte Prozeduren, sowie weitere Informationen zu sämtlichen Verordnungen und abgerechneten Behandlungen dieser Patientinnen und Patienten im gesamten Zeitraum von einschließlich 2015 bis 2018. Das heißt, für einen konkreten stationären Aufenthalt 2016 oder 2017 enthalten die Daten mindestens das gesamte Behandlungs- und Verordnungsgeschehen der entsprechenden Patientin oder des Patienten für den Zeitraum von einem Jahr vor bis zu einem Jahr nach dem Aufenthalt.

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

Für die Modellentwicklung wurde die Grundgesamtheit der Entlassfälle definiert als alle Entlassungen aus vollstationären Aufenthalten mit Datum der Entlassung im Jahr 2017, d. h., diese Grundgesamtheit bildet die Trainingsdaten für das zu entwickelnde Prognosemodell. Aus dieser Grundgesamtheit an Entlassfällen (n = 1.906.546) wurden aus Gründen der Datenvalidität und

-vollständigkeit bzw. aus inhaltlichen Gründen einzelne Entlassfälle aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. In Bezug auf Datenvalidität betrifft dies folgende Entlassfälle:

- Patientinnen und Patienten mit uneindeutiger Angabe zum Geburtsjahr
- Patientinnen und Patienten mit Todesjahr ungleich dem Endjahr des Versicherungszeitraums
- Patientinnen und Patienten mit Versichertendauer von weniger als 365 Tagen im Jahr 2017 oder weniger als 90 Tagen in den Jahren 2016 oder 2018 (trifft nicht zu, falls die verkürzte Versichertendauer durch Tod 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 2017<sup>20</sup>, wobei eine Patientin oder ein Patient mit mehreren Entlassfällen auch mehrfach in der Grundgesamtheit vorkommen kann.

### 8.2.2 Operationalisierung und Ergebnisse zur eBEM-Zielvariable

Um das Prognosemodell auf Basis der verfügbaren Krankenkassendaten weiterzuentwickeln, ist für die Entlassfälle der oben definierten Grundgesamtheit (Abschnitt 8.2.1) 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 Entlassmanagement 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.<sup>21</sup> Darüber hinaus enthalten die Krankenkassendaten Entlassfälle, für die Weiterversorgungsmaßnahmen zwar notwendig waren, 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 als „erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement“ (eBEM) bezeichnet und dient als *messbare*

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Dies betrifft z. B. Leistungen zur Behindertenhilfe, die nach SGB XII und SGB IX erfasst werden.



Approximation bzw. Operationalisierung der eigentlichen Zielgröße „umfassender Bedarf für ein Entlassmanagement“. Ein Entlassfall hat somit „erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement“, 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 ggf. 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 ein 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 6). 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 6: Zielkriterien zur Abbildung von poststationären Versorgungsmaßnahmen und deren Operationalisierung über Sozialdaten bei den Krankenkassen

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
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 der 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 der 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 der 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

Zielkriterium	Operationalisierung
Sozialmedizinische Versorgung	Verordnung während des Krankenhausaufenthalts max. 5 Tage vor der Entlassung bis einschließlich 14 Tage nach der Entlassung
Kurzzeitpflege	Kurzzeitpflege nach § 132h SGB V mit Leistungsanfang am Tag der Entlassung bis spätestens 14 Tage nach der Entlassung
Haushaltshilfe	Haushaltshilfe nach § 132 SGB V mit Leistungsanfang am Tag der Entlassung bis spätestens 14 Tage nach der 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.

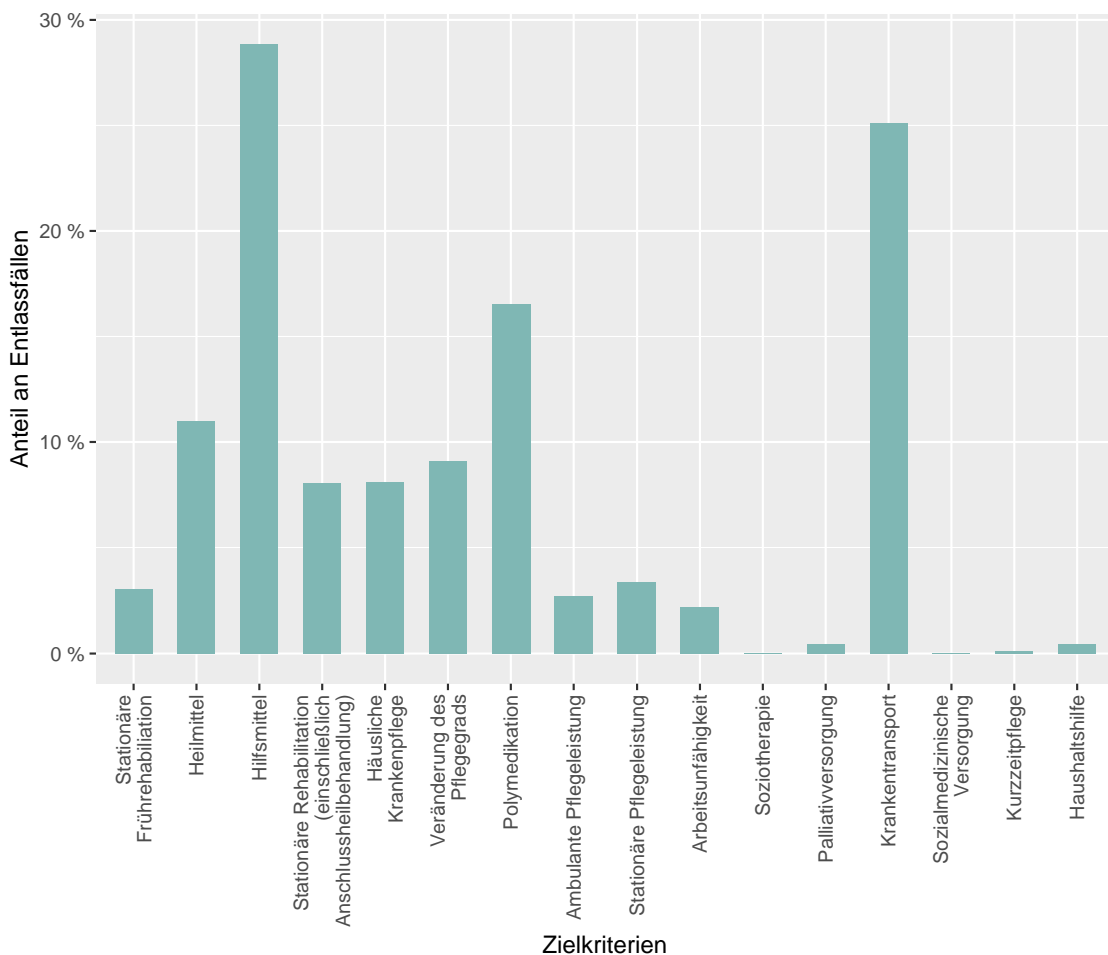


Abbildung 6: Anteil an Entlassfällen, bei denen die jeweiligen Zielkriterien zutreffen. Pro Entlassfall können mehrere Zielkriterien zutreffen. Insgesamt umfasst die Grundgesamtheit der Modelldaten 1.633.359 Entlassfälle des Jahres 2017.

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 6 dargestellt. Demnach sind die Verordnung von „Hilfsmitteln“ (ca. 28 %), die Notwendigkeit eines „Krankentransports“ (ca. 25 %) und „Poly-medikation“ (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.<sup>22</sup>

### **Bemerkungen zur Operationalisierung der eBEM-Zielvariable**

Im Rahmen der Konzeptstudie (IQTIG 2019a) wurde ebenso eine sozialdatengestützte Zielvariable zur Messung des Bedarfs für ein 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 Zunahme 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 zur Konzeptstudie (IQTIG 2019a) 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 in der Konzeptstudie (IQTIG 2019a) anteilmäßig mehr Entlassfälle mindestens ein Zielkriterium erfüllen und damit eBEM<sup>23</sup> aufweisen.

Die methodischen Limitationen zur Operationalisierung der eBEM-Zielvariable bleiben ansonsten größtenteils unverändert im Vergleich zur Modellierung in der Konzeptstudie (IQTIG 2019a). Insbesondere bleibt das Dunkelzifferproblem bestehen bezüglich derjenigen Fälle, für die notwendigen Weiterversorgungsmaßnahmen nicht eingeleitet wurden und die in den Daten daher auch nicht sichtbar sind. Weiterhin sind nicht alle Zielkriterien für alle Teilpopulation 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 könnte darin bestehen, 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 ein Entlassmanagement fokussieren. Aus Sicht des IQTIG ist die konkrete Festlegung einer erforderlichen Anzahl jedoch problematisch, da eine

---

<sup>22</sup> 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.

<sup>23</sup> Gemäß der aktuellen Definition der eBEM-Zielvariable. In der Konzeptstudie (IQTIG 2019a) orientierte sich die Definition der eBEM-Zielvariable an der Anzahl erfüllter Zielkriterien.

solche Definition nicht mehr der klaren Interpretation von „sämtlichen Maßnahmen, die über den Entlassbrief hinausgehen“ entspräche. In dem Zusammenhang müsste man 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 nach Einschätzung des IQTIG 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 (Abschnitt 8.2.6).

### 8.2.3 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 8.1). 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 zur Konzeptstudie 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, durchgeführten Operationen und Prozeduren, vorhandenem Pflegegrad und der Verweildauer der Patientinnen und Patienten.<sup>24</sup>

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.

---

<sup>24</sup> Der Wochentag des Entlasstages ist ebenfalls als Fallinformation verfügbar, wird aus Gründen der Beeinflussbarkeit seitens der Leistungserbringer jedoch nicht als Kovariable im Prognosemodell berücksichtigt.

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 (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 in der Konzeptstudie werden für den Zweck der Regressionsmodellierung sämtliche dokumentierten 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 in der Konzeptstudie werden für das im folgenden dargestellte Regressionsmodell keine Interaktionsterme der Kovariablen untereinander berücksichtigt (Abschnitt 8.2.4).

### 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. Geschlecht<sup>25</sup>, 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  $\pi_j$  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  $\pi_j$  wird modelliert mittels

<sup>25</sup> In den verfügbaren Krankenkassendaten aus dem Jahr 2017 ist das Geschlecht binär angegeben.

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

wobei  $\alpha$  den Interzept und  $\beta_k$  die zu den Kovariablen jeweils zugehörigen Koeffizienten darstellen (z. B. Fahrmeir und Tutz 2010).

Wie schon in der Konzeptstudie 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, jene Kovariablen mit unzureichender Vorhersagekraft oder starker Interkorrelation herauszufiltern, sodass nur Variablen im Modell verbleiben, die in ihrer Gesamtheit einen relevanten Einfluss auf die Zielvariable haben<sup>26</sup> (vgl. 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 8.2.6 erläutert.

#### 8.2.4 Alternative Modellierungsansätze und weitere Modellierungsmöglichkeiten

Das oben dargestellte Regressionsmodell mitsamt der beschriebenen Zusammensetzung an Kovariablen ist das abschließende Produkt einer Reihe von Vergleichen zwischen verschiedensten 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-Wert<sup>27</sup> (Fawcett 2006) und der mittlere Brier-Score (Brier 1950) auf Basis des Testdatensatzes<sup>28</sup> ausge-

<sup>26</sup> Im Gegensatz zur Konzeptstudie 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).

<sup>27</sup> Der AUC-Wert (*Area under the curve*) ist ein quantitatives Maß für die Klassifikationsgüte des Prognosemodells.

<sup>28</sup> 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. Dieses Prozedere wird x-fach wiederholt, wobei jedesmal ein anderer Teil der Daten als Testdatensatz gewählt wird.

wertet 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-Zielvariable 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 Subzielvariablen voraggregiert — z. B. 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 Modellansatzes 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 in der Konzeptstudie (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 bspw. *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 inhaltlichen



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.

### 8.2.5 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 Modellvariablen<sup>29</sup> 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 7 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 7 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 8.2.7.

---

<sup>29</sup> Eine nicht binäre Kovariable mit mehreren Kategorien (z. B. der Pflegegrad) wird in mehrere Modellvariablen zerlegt, d. h. in eine binäre Modellvariable pro Kategorie.

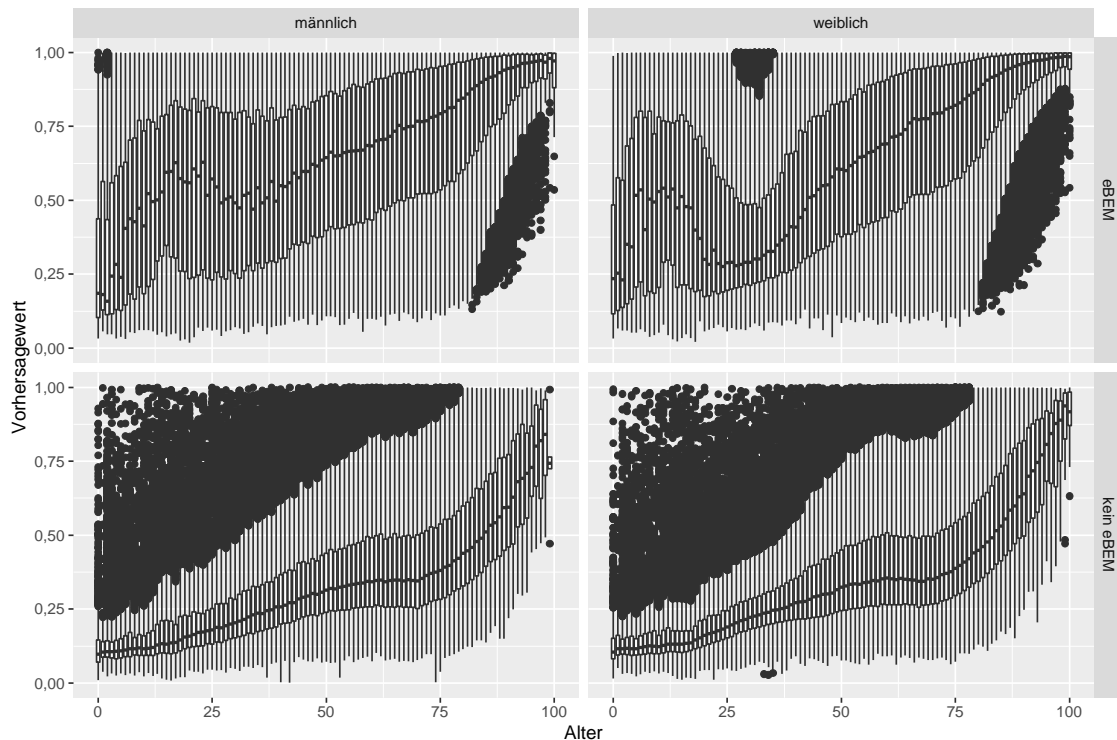


Abbildung 7: Boxplot-Grafik zur altersabhängigen Verteilung der Vorhersagewerte  $\hat{\pi}_j$  für die Entlassfälle innerhalb der Modellgrundgesamtheit stratifiziert nach Geschlecht und eBEM (ja/nein). Pro Altersjahr ist jeweils eine (schmale) Box dargestellt. Die schwarzen Linien innerhalb jeder Box markieren jeweils den Median, die Boxenränder stellen jeweils die 25 %- und 75 %-Quartile dar. Senkrechte Linien ober- und unterhalb der Boxen markieren die Whiskers<sup>30</sup>. (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 8.4). 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“

<sup>30</sup> 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 8.2.6).

### 8.2.6 Schwellenwert als Entscheidungskriterium für die Selektion QS-pflichtiger Fälle

Die Vorhersagewerte  $\hat{\pi}_j$  des logistischen Prognosemodells geben eine Einschätzung zur fallspezifischen 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  $q$  benötigt, oberhalb dessen die Vorhersagewerte zu einer Selektion des zugrunde liegenden Entlassfalls führen. 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 7 sind diese Kennzahlen für verschiedene Schwellenwerte zusammengetragen.<sup>31</sup>

Tabelle 7: 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 spezifischer, als die Selektion vermehrt auf Entlassfälle fokussiert, die eine hohe geschätzte eBEM-Wahrscheinlichkeit aufweisen.

<sup>31</sup> Diese basieren auf den Vorhersagewerten für die Trainingsdaten, d. h. die Grundgesamtheit der Entlassfälle, die auch für die Schätzung der Modellkoeffizienten verwendet wurden.

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 7), 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, bspw. 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 Fallzahlpopulation vermieden werden soll, da durch die Setzung eines höheren Schwellenwerts insbesondere Entlassfälle, die zwar eBEM aufweisen, aber z. B. 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, z. B. Kinderkliniken oder besondere Fachkliniken (z. B. Spezialisierung auf Augheilkunde), nicht mehr durch das QS-Verfahren abgedeckt wären, obwohl diese ein für das QS-Verfahren relevantes Patientenkollektiv behandeln. Die konkrete Ausprägung des Alters, des

Pflegegrads und weiterer Merkmale innerhalb der selektierten Fallpopulation zum empfohlenen Schwellenwert sind in Abschnitt 8.4.1 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 Dokumentationspflicht dieser QS-pflichtigen Entlassfälle ohne eBEM ist nicht ohne Nutzen. Einerseits werden vom IQTIG Qualitätsindikatoren empfohlen, 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. Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus). Um für die Berechnung der Qualitätsindikatoren dann nur die patientenindividuellen Bedürfnisse für die Entlassung und den konkreten Bedarf der Patientinnen und Patienten für die Nach- und Weiterversorgung nach der Entlassung zu erfassen, enthalten die Fragebögen Filterfragen und entsprechende Antwortmöglichkeiten (z. B. „Brauchte ich nicht“). 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 sie zur Setzung von statistischen Toleranzgrenzen durchgeführt werden kann (IQTIG 2022d: Anhang A). Dieser Ansatz erfordert allerdings konkrete Annahmen zu Kosten und Nutzen von korrekt und inkorrekt identifizierten eBEM-Entlassfällen, die zum aktuellen Entwicklungsstand nicht getroffen werden können.

### **8.2.7 Validierung des Selektionsalgorithmus anhand von Entlassfällen aus dem Jahr 2016**

Im späteren Regelbetrieb wird der entwickelte Selektionsalgorithmus auf Entlassfälle aus späteren Indexjahren<sup>32</sup> 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

---

<sup>32</sup> Als Indexjahr wird das Bezugsjahr einer Menge an Entlassfällen bezeichnet, falls alle diese Fälle im selben Jahr (dem Indexjahr) entlassen wurden.

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 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*<sup>33</sup> 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 möglicher Überanpassung (der Parameterschätzer) an die Daten der *out-of-sample* AUC-Wert typischerweise geringer als der *in-sample* AUC-Wert.<sup>34</sup>

In Abbildung 8 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, allerdings 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.

---

<sup>33</sup> Die Bezeichnungen *in-sample* und *out-of-sample* geben an, ob eine Kennzahl (z. B. der AUC-Wert) anhand eines Datensatzes berechnet wurde, die auch zur Schätzung der Modellparameter genutzt wurde (*in sample*) bzw. der für die Modellparameterschätzung unberücksichtigt blieb (*out ofsample*). Entsprechende Datensätze werden auch Trainings- (*in-sample*) bzw. Testdaten (*out-of-sample*) bezeichnet.

<sup>34</sup> 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.

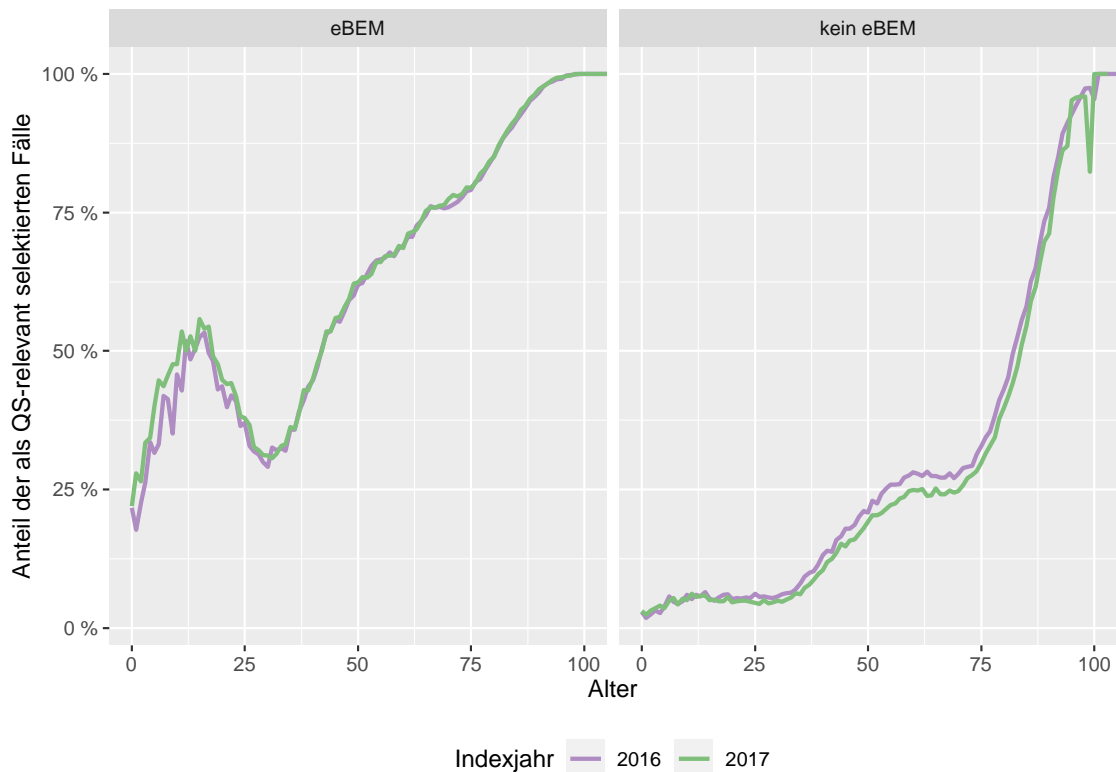


Abbildung 8: Anteil der als QS-relevant selektierten Entlassfälle nach Alter auf Basis der Daten der Indexjahre 2016 und 2017. Die Schätzung der Modellkoeffizienten basiert auf den Daten des Jahres 2017.

### 8.2.8 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 bspw. durch eine reine Zufallsstichprobe nicht gewährleistet wäre.

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

Es ist zu betonen, dass das entwickelte Prognosemodell lediglich eine fallspezifische Wahrscheinlichkeitsprognose für das Erfüllen der eBEM-Zielvariable berechnet. Auf Basis dieser Wahrscheinlichkeit — des Vorhersagewerts 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 all 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 8.2.7). Daher empfiehlt das IQTIG, das Modell vor dem Start des Regelbetriebs und auch im laufenden Regelbetrieb im regelmäßigen Abstand anhand von jeweils aktuellen repräsentativen Daten zu aktualisieren (vgl. dazu Kapitel 7 im Bericht des IQTIG zu Teilauftrag B). 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 Geschlechts, zu gewichten, um mögliche Verzerrungen in den Effektschätzern des Prognosemodells zu vermeiden. Gleichermäßen lassen sich Adjustierungen der Zielvariable um z. B. weitere Versorgungsleistungen oder auch Anpassungen der Grundgesamtheit, z. B. 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, um auf diese Weise Entlassfälle der für das QS-Verfahren definierten Zielpopulation zu identifizieren. Ein zweite Komponente bildet ein Stichprobenalgorithmus, der innerhalb des QS-Filters eine weitere Fallzahlreduktion der so vorselektierten Population bezwecken soll (Abschnitt 8.3). Damit soll der Dokumentationsaufwand pro Leistungserbringer in einem praktikablen Rahmen gehalten werden. Dabei sind die Fallzahlanforderungen für Qualitätsindikatoren auf Basis der Leistungserbringerdokumentation und im Rahmen von Patientenbefragungen zu berücksichtigen.



### 8.3 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.

#### 8.3.1 Anvisierte Anzahl von QS-pflichtigen Fällen für das QS-Verfahren

Das IQTIG empfiehlt die QS-Auslösung von jährlich ca. 300.000 Entlassfällen, 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 leistungserbringerspezifischen 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 8.4.2). 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 (Abschnitt 12.3. 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 8). 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.<sup>35</sup> Die Schwellen von 34 und 67 Fragebögen basieren dabei auf einer Poweranalyse<sup>36</sup> zur notwendigen Mindestanzahl von Fragebögen, um mit ausreichender statistischer Sicherheit deutliche Qualitätsdefizite detektieren zu können. Diese Schwellen sind auch für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* relevant. Die Schwelle von 4 Fällen ist eine aus Datenschutzgründen erforderliche Mindestfallzahl, ab der überhaupt erst eine leistungserbringerspezifische Auswertung erfolgen kann.

---

<sup>35</sup> Ein verzerrender Effekt dieser Analyse ist, dass die letzte Auswertung im Regelbetrieb auf Standortebene erfolgt. Demnach sind im Vergleich zu den Angaben aus Tabelle 8 noch kleinere Fallzahlen pro Standort zu erwarten.

<sup>36</sup> Diese Poweranalysen gehen von unterschiedlichen Indikatorstrukturen bei einer gewünschten Detektionswahrscheinlichkeit von 80 % aus.

Tabelle 8: 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 8). 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 8 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.<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Anhand von gesammelten Erfahrungen im Rahmen des Regelbetriebs ließe sich diese Setzung der anvisierten Fallzahl jahresweise anpassen.

### 8.3.2 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.

Innerhalb des QS-Filters soll dies als zusätzlicher Ein-/Ausschlussalgorithmus 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) 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 diese jeweils immer zum gleichen Ergebnis hinsichtlich des Ein- oder Ausschlusses 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 verfügbar ist. Für jede Versicherte / jeden Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 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“.<sup>38</sup> 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 festgelegte 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 ca. 300.000 Fällen, 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

---

<sup>38</sup> Schriftliche Auskunft des Referats Datenaustausch des GKV-Spitzenverbands.

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, d. h., eine spezifische Schichtung der Stichprobe, z. B. nach Alter oder nach Leistungserbringer, erfolgt nicht. Auf Leistungserbringerebene bedeutet dies, dass sich die Anzahl der durch das Prognosemodell als QS-pflichtig 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 letztlich 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 (Abschnitt 8.4.2).

#### **8.4 Beschreibung der selektierten Fallpopulation**

Anhand des in Abschnitt 8.2 beschriebenen Prognosemodells zusammen mit dem für die Selektion QS-pflichtiger 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 zusätzliche Fallzahlreduktion 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 bilden.<sup>39</sup>

Um einen Eindruck von den selektierten Fälle zu erlangen, werden im Folgenden zunächst ausgewählte demographische und versorgungsbezogene Merkmale dieser Fallpopulation beschrieben (Abschnitt 8.4.1). Zudem wird die Verteilung der Entlassfälle auf die Leistungserbringer dargestellt (Abschnitt 8.4.2). Diesbezüglich ist hervorzuheben, dass sich die folgenden Analysen allein 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.

---

<sup>39</sup> Die zusätzliche Stichprobenziehung innerhalb des QS-Filters führt zu keiner systematischen Verschiebung der dargestellten Fallmerkmale.

#### 8.4.1 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 9 (oben) dargestellt.<sup>40</sup> Zusätzlich ist diese Verteilung noch einmal stratifiziert nach Geschlecht und nach eBEM vs. kein eBEM dargestellt (Abbildung 9, 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).

---

<sup>40</sup> 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.

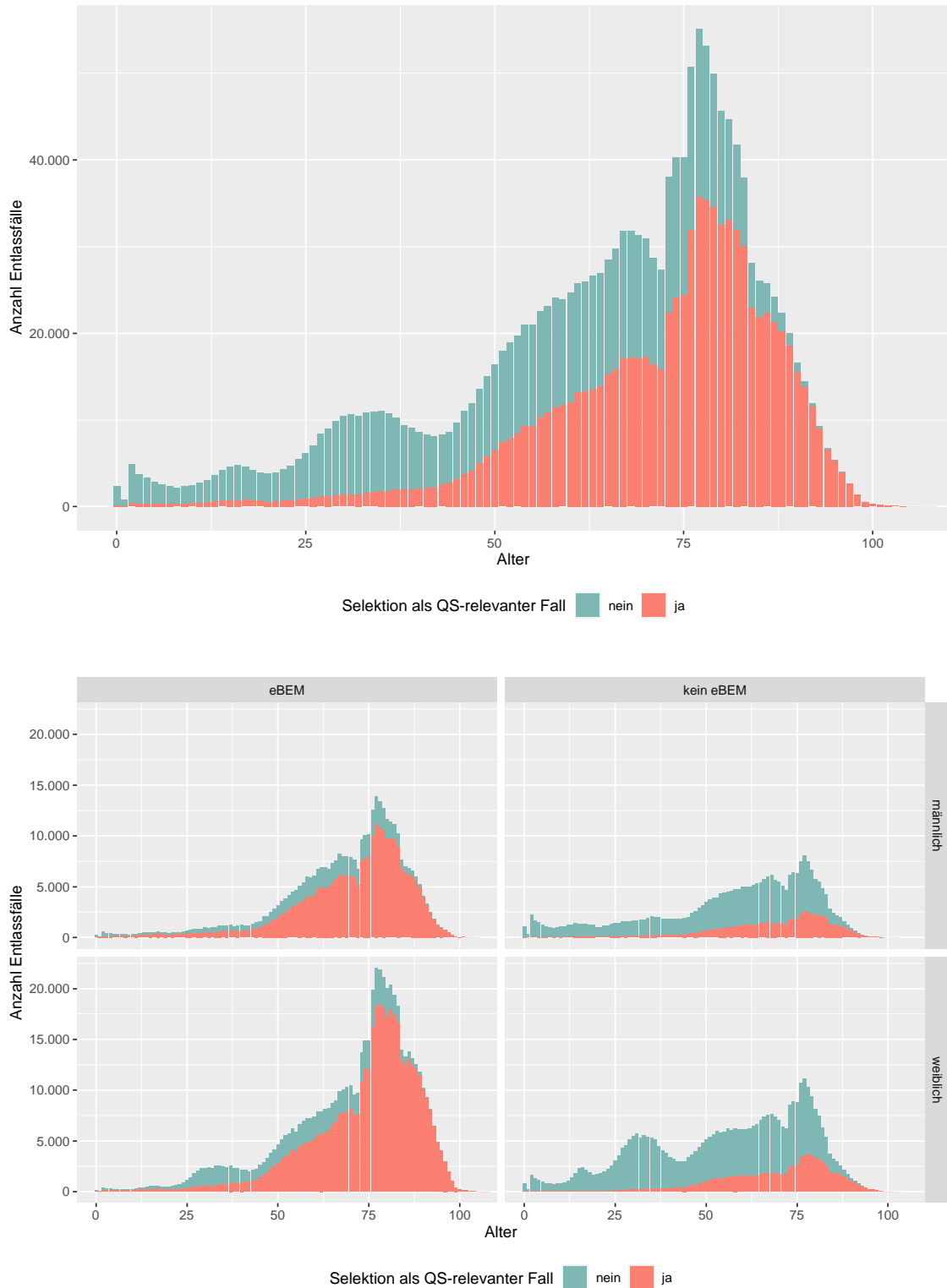


Abbildung 9: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Alter (oben) sowie zusätzlich stratifiziert nach Geschlecht und eBEM vs. kein eBEM (unten)

Der Anteil der selektierten Fälle unterscheidet sich 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 8.2.5 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.

Die Verteilung der durch den Algorithmus selektierten und nicht selektierten Entlassfälle in Abhängigkeit von der stationären Verweildauer ist in Abbildung 10 dargestellt.<sup>41</sup> 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 8.2.1). Der Anteil der selektierten Entlassfälle steigt mit zunehmender Verweildauer, bei einer Verweildauer von 2 Tagen werden bspw. 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.

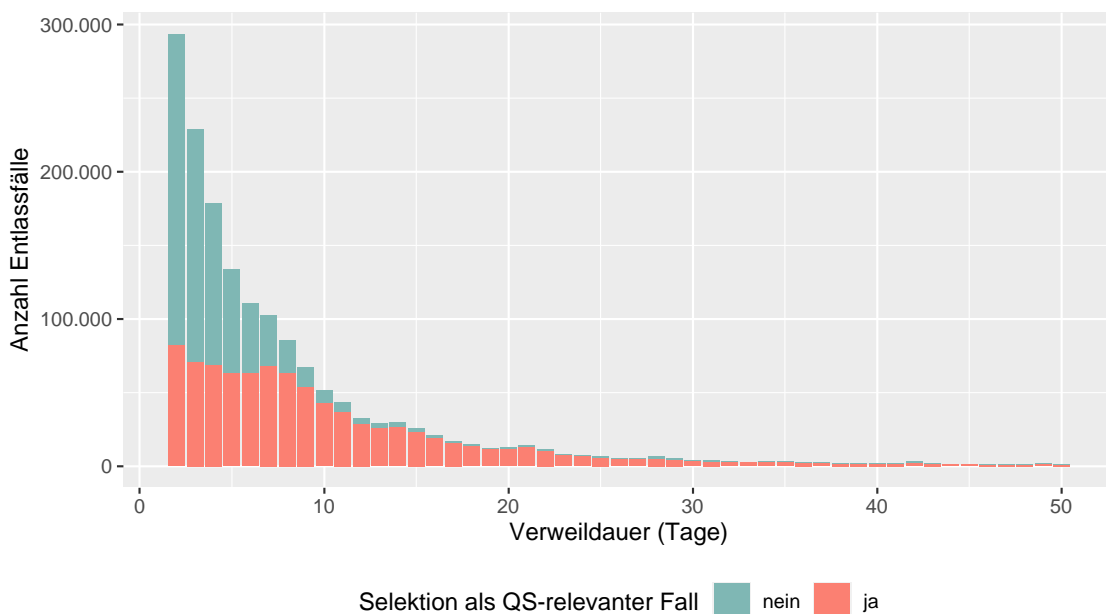


Abbildung 10: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Verweildauer im Krankenhaus. Fälle mit einer Verweildauer von mehr als 50 Tagen sind nicht dargestellt.

<sup>41</sup> Eine zusätzlich stratifizierte Darstellung nach Geschlecht und eBEM bietet keine weiteren nennenswerten Erkenntnisse.

Die Anteil selektierter Fälle in Abhängigkeit vom Pflegegrad ist in Abbildung 11 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.

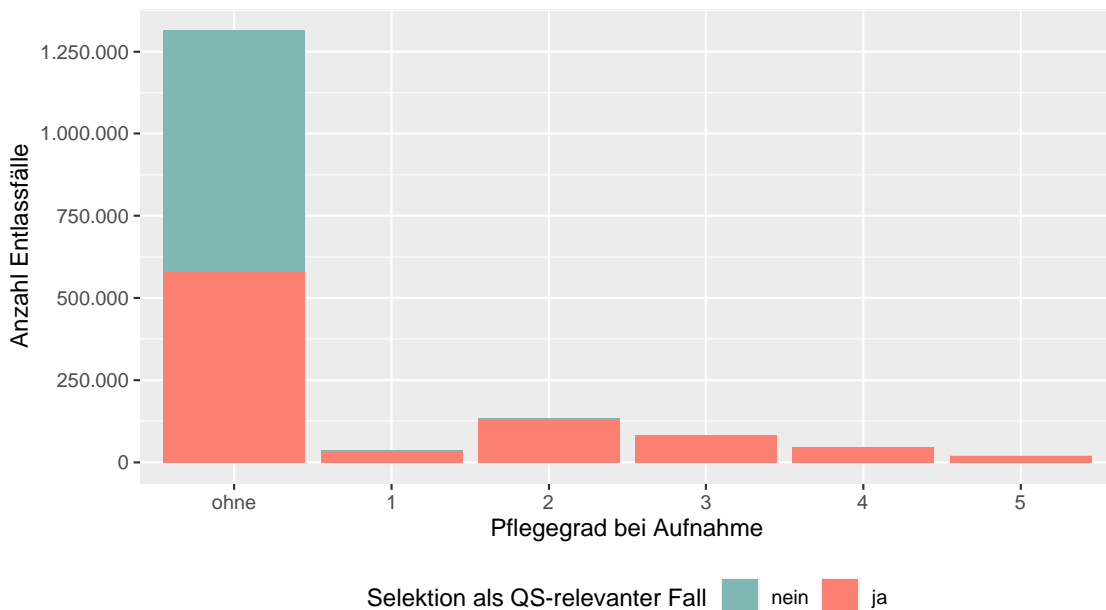


Abbildung 11: Anzahl der als QS-relevant selektierten und nicht selektierten Entlassfälle nach Pflegegrad bei Aufnahme ins Krankenhaus

#### 8.4.2 Verteilung der selektierten Fallpopulation auf die Leistungserbringer

Im Rahmen der Entwicklung der Patientenbefragung zum Verfahren *QS PCI* wurden erste Mindestfallzahlberechnungen, sogenannte Poweranalysen, für die Patientenbefragung im Regelbetrieb vorgenommen (IQTIG 2018b). Im Abschlussbericht zur Patientenbefragung des Verfahrens *QS PCI* wird diesbezüglich dargestellt, dass unter Berücksichtigung eines unvollständigen Rücklaufs pro Leistungserbringer ca. 200 Patientinnen und Patienten befragt werden müssen, um statistisch aussagekräftige Indikatorergebnisse für den jeweiligen Leistungserbringer zu gewährleisten (IQTIG 2018b: Abschnitt 16.1).<sup>42</sup> Für den vorliegenden Bericht wurden diese Poweranalysen erweitert um Szenarien mit komplexeren Qualitätsindikatoren, bestehend aus mehreren

<sup>42</sup> Diese Poweranalyse bezog sich auf einen Indikator, der durch ein binäres Item operationalisiert wurde, und auf konkrete Annahmen zur Abweichung vom Referenzwert, die es zu detektieren gilt.



Items und Merkmalen (Abschnitt 12.3). Demnach sind je nach Definition der Qualitätsindikatoren auch teils deutlich weniger als 200 angefragte Patientinnen oder Patienten<sup>43</sup> notwendig, um entsprechende Abweichungen vom Referenzwert mit hoher Wahrscheinlichkeit zu detektieren.

Um einen Eindruck davon zu gewinnen, wie sich die selektierte Fallpopulation im QS-Verfahren *Entlassmanagement* auf die verschiedenen Krankenhäuser verteilt und inwieweit einzelne Krankenhäuser eine notwendige Fallzahl von 200 selektierten Entlassfällen erreichen, wurde auf Basis der verfügbaren Grundgesamtheit der Modelldaten die entsprechende Fallzahl pro Krankenhaus berechnet. Dabei 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.<sup>44</sup> Darüber hinaus beinhalten die verfügbaren Daten nur Angaben zu den Krankenhäusern, die jeweils anhand der Institutionskennzeichenummer (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.

Die Verteilung der Entlassfälle auf die Krankenhäuser ist in Abbildung 12 (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 12 (unten) dargestellt.

Entsprechend dem Gesamtanteil selektierter Fälle schwankt auch der krankenhausspezifische Anteil um ca. 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 Patienten Klientel) vorliegen, die diese Unterschiede im Anteil selektierter Entlassfälle verursachen.

---

<sup>43</sup> Mit angefragten Patientinnen und Patienten sind diejenigen übermittelten identifizierten Fälle eines Leistungserbringers gemeint, für die initial von der Versendestelle ein Fragebogen verschickt wird.

<sup>44</sup> Laut KG-2-Statistik der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gab es im Jahr 2017 insgesamt 16.530.843 Krankenhausfälle (GBE-Bund 2021b).

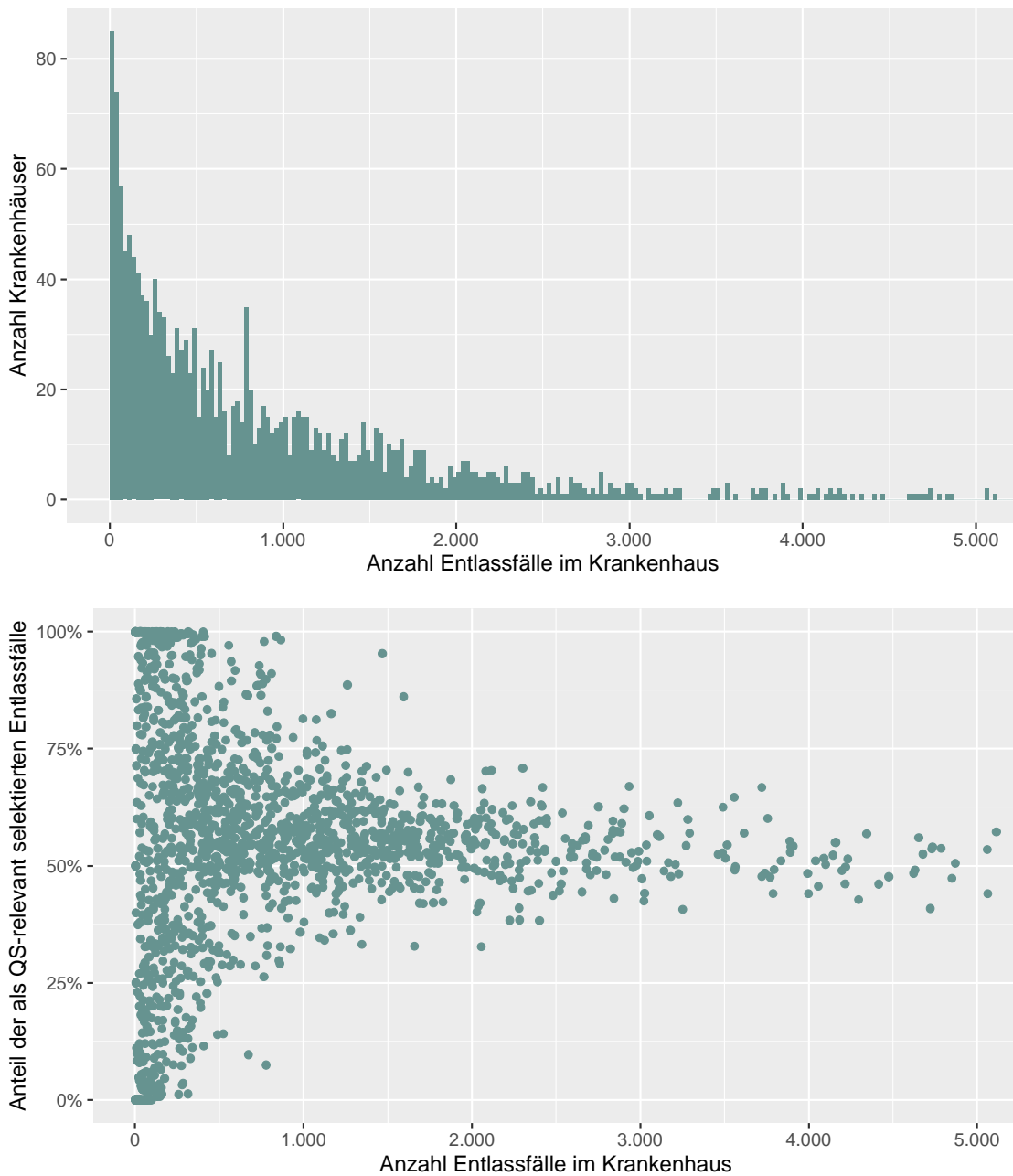


Abbildung 12: Oben: Verteilung der Anzahl der Entlassfälle in der Grundgesamtheit der Modelldaten über die insgesamt 1.720 Krankenhäuser als Histogramm (Spannweite der Gruppen: 25 Fälle). Unten: Anteil der als QS-relevant selektierten Entlassfälle pro Krankenhaus nach Größe des Krankenhauses (Gesamtanzahl Entlassfälle). Krankenhäuser mit mehr als 5.000 Entlassfällen ( $n = 21$ ) sind in beiden Grafiken teilweise nicht abgebildet.

Hinsichtlich der statistischen Aussagekraft der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren, sowohl auf Basis der QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer als auch auf Basis von Patientenbefragungen, ist die Verteilung der Anzahl QS-pflichtiger Fälle pro Krankenhaus von besonderem Interesse. Hinsichtlich einer für die Patientenbefragung hinreichenden jährlichen Fallzahl von 200 ausgelösten Entlassfällen stellt sich bspw. die Frage, bei wie vielen Krankenhäusern erwartet werden kann, dass diese Fallzahl erreicht würde. 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 Datenstichproben ca. 10 % aller bundesweiten jährlichen Entlassfälle enthält und dass wiederum der QS-Filter ca. 4 % der jährlichen Entlassfälle für die Auslösung in Betracht zieht<sup>45</sup> (Abschnitt 8.3), müssen die Fallzahlen auf Basis der Datenstichprobe auf zu erwartende Fallzahlen im späteren Regelbetrieb hochgerechnet werden. Konkret bedeutet dies bspw. für ein Krankenhaus mit laut Datengrundlage 28 durch das Prognosemodell selektierten Fällen, 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.

In Abbildung 13 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. Zudem zeigt sich, dass es durchaus auch Krankenhäuser (n = 38) ohne einen einzigen selektierten Fall in der Datenstichprobe gibt. Bei insgesamt 1.106 der Krankenhäuser (64,4 %) werden mindestens 200 Entlassfälle als QS-relevant selektiert, sodass bei einem Großteil der Leistungserbringer die statistisch hinreichende Fallzahl von 200 Patientinnen und Patienten für die Patientenbefragung erreicht werden kann.

---

<sup>45</sup> Dies bedeutet, dass der QS-Filter ca. 4 % der Fälle mittels des eGK-Versichertennummern-basierten Stichprobenverfahrens vorselektiert, ungeachtet des fallbasierten Einschlusskriteriums anhand des Prognosemodells.

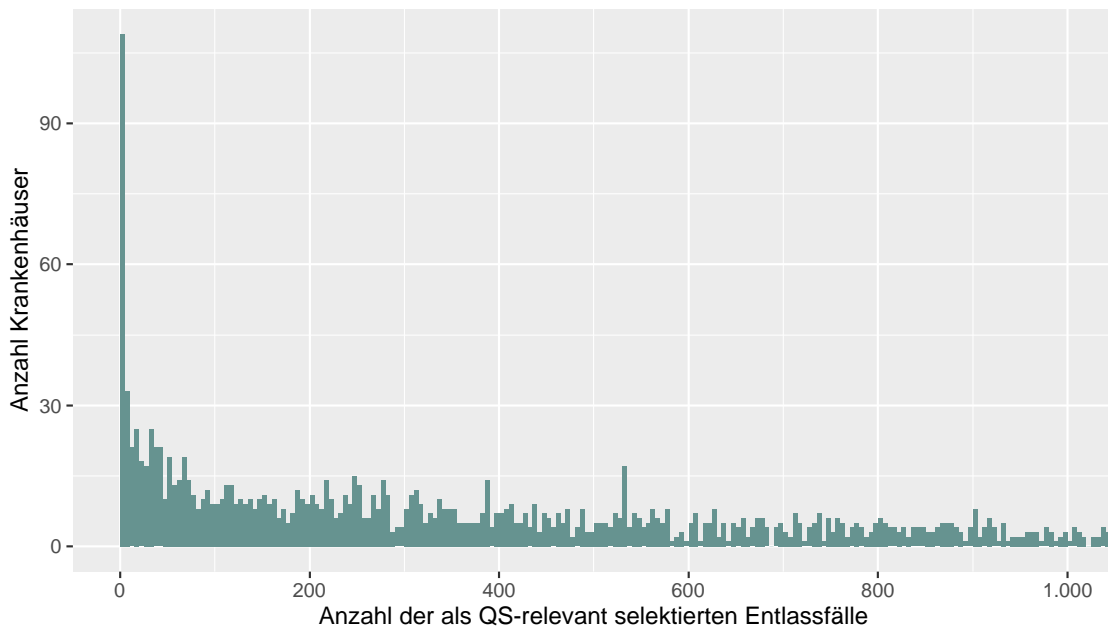


Abbildung 13: Verteilung der Anzahl der als QS-relevant selektierten Entlassfälle über die Krankenhäuser als Histogramm (Spannweite der Gruppen: 5 Fälle), basierend auf den Modelldaten der Grundgesamtheit. Krankenhäuser mit mehr als 1.000 Entlassfällen ( $n = 578$ ) sind teilweise nicht abgebildet.

Wie oben bereits erwähnt, können je nach Definition des Qualitätsindikators auch bereits weniger als 200 Entlassfälle für statistisch aussagekräftige Ergebnisse ausreichend sein, sodass auch für die ca. 35 % der Standorte mit weniger als 200 selektierten Entlassfällen belastbare Ergebnisse erwartet werden können. Da für die Patientenbefragung die Anzahl angefragter Patientinnen und Patienten bei 200 Fällen pro Leistungserbringer im nachgelagerten Stichprobenverfahren gedeckelt wird, ließe sich so bundesweit die Anzahl angefragter Fälle auf 193.270 von ursprünglich ca. 300.000 QS-pflichtigen Fällen reduzieren.

## Teil III: Ergebnisse und Empfehlungen

## 9 Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Nachfolgend werden die 11 Qualitätsaspekte der Patientenbefragung aus dem Qualitätsmodell des QS-Verfahrens und die zugehörigen Qualitätsmerkmale, die zunächst anhand der synthetisierten Ergebnisse aus der Literaturrecherche und den Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews definiert wurden, im Einzelnen dargestellt (Abschnitt 9.1). Für die Ableitung der Qualitätsmerkmale wurden neben der Synthese der Wissensbestände auch die Eignungskriterien des Qualitätsziels (IQTIG 2022d: Abschnitt 13.2), die projektspezifischen Anforderungen sowie der rechtliche Rahmen des Entlassmanagements – insbesondere der Rahmenvertrag Entlassmanagement – herangezogen. Dementsprechend mündeten nicht alle in den Wissensbeständen identifizierten Themen in Qualitätsmerkmale (Kapitel 5). Im Verlauf der Entwicklung wurden die abgeleiteten Qualitätsmerkmale ggf. verändert oder von der weiteren Entwicklung ausgeschlossen. Diese Anpassungen sind in Abschnitt 9.2 zusammenfassend dargestellt und können in Anhang D.2 für jedes Qualitätsmerkmal im Detail nachvollzogen werden. Eine tabellarische Übersicht der finalen Qualitätsmerkmale, die schlussendlich der Konzeption der Qualitätsindikatoren zugrunde liegen, findet sich in Abschnitt 9.3.

### 9.1 Abgeleitete Qualitätsmerkmale und Konkretisierung der Qualitätsaspekte der Patientenbefragung

Die Qualitätsmerkmale wurden auf Basis von sechs Quellen abgeleitet, welche am Ende jedes Qualitätsaspekts in einer tabellarischen Gesamtübersicht dargestellt sind:

- rechtlicher Rahmen des Entlassmanagements über den Rahmenvertrag Entlassmanagement und relevante Richtlinien des G-BA (Anhang D.1.1)
- normative Versorgungsstandards des Entlassmanagements in Leitlinien / Expertenstandard Entlassmanagement (Anhang D.1.2)
- Publikationen zur Patientenperspektive (Anhang D.1.2)
- Publikationen zur Versorgungssituation in Deutschland (Anhang D.1.2)
- Publikationen zu ausgewählten Parametern der Ergebnisqualität des Entlassmanagements (Anhang D.1.2)
- Fokusgruppen/Einzelinterviews, womit stets die eigene empirische Erhebung des IQTIG gemeint ist (Anhang D.1.3)

Die im Rahmen der Literaturrecherche berücksichtigten Publikationen lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen:<sup>46</sup>

- Für die **normativen Versorgungsstandards** wurden insgesamt drei Publikationen berücksichtigt. Dies sind zwei zum Zeitpunkt der Überprüfung gültige Leitlinien (NICE 2015 [2020], BMASGK 2018) und ein gültiger Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP 2019).
- Hinsichtlich der Literaturrecherche nach Publikationen, welche **patientenrelevante Themen im Sinne der Patientenperspektive** fokussieren, konnten durch die Update-Recherche 31 Publikationen eingeschlossen werden. Zusammen mit den 42 Publikationen aus der systematischen Recherche der Konzeptstudie, welche nach erneuter Sichtung ebenfalls berücksichtigt wurden, ergeben sich 73 eingeschlossene systematische Reviews, qualitative und quantitative Primärstudien sowie Mixed-Methods-Studien.
- Im Rahmen der Update-Recherche zur **Versorgungssituation in Deutschland**, aus der Hinweise auf eine mögliche Unter-, Über- oder Fehlversorgung bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung generiert werden sollen, konnten nach dem Titel-Abstract- und dem Volltext-Screening insgesamt 3 weitere Publikationen eingeschlossen werden. Zusammen mit den 17 Publikationen, die aus der systematischen Literaturrecherche aus der Konzeptstudie berücksichtigt wurden, ergeben sich insgesamt 20 relevante Publikationen für diese Wissensquelle.
- Zudem erfolgte eine ergänzende, orientierende Recherche zu den bereits vordefinierten Parametern der **Ergebnisqualität** des Entlassmanagements. Insgesamt wurden 10 weitere Publikationen durch die ergänzende Recherche identifiziert. Aus der systematischen Literaturrecherche der Konzeptstudie und der Update-Recherche wurden insgesamt 21 Publikationen berücksichtigt, sodass insgesamt 31 Publikationen zur Ergebnisqualität verwendet wurden.

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Ableitung der Qualitätsmerkmale sind in Tabelle 9 entsprechend des jeweiligen Entwicklungsschritts zusammengefasst.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Die Evidenzsynthese auf Grundlage der hier beschriebenen Literaturrecherche ist Anhang A zu entnehmen. Eine detaillierte tabellarische Darstellung der Charakteristika der eingeschlossenen Publikationen findet sich ebenfalls im Anhang (A.2.4 bis A.2.6).

<sup>47</sup> Die Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kann Anhang B.2 entnommen werden. Eine ausführliche Darstellung der Erkenntnisse aus den vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews findet sich in Anhang D.1.3.

Tabelle 9: Übersicht der durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews

Entwicklungsschritt	durchgeführte Fokusgruppen und Einzelinterviews
Erstellung des Qualitätsmodells	<p>insgesamt 5 Fokusgruppen im Februar 2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten mit jeweils 6 Personen</li> <li>▪ 2 Fokusgruppen mit Angehörigen bzw. Eltern mit 9 Angehörigen erwachsener Patientinnen und Patienten sowie 6 Eltern/Sorgeberechtigten</li> <li>▪ eine Fokusgruppe mit 5 stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten</li> </ul>
Entwicklung der Patientenbefragung	<p>insgesamt 43 Einzelinterviews im Mai/Juni 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 15 Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ 10 Einzelinterviews mit Angehörigen</li> <li>▪ 10 Einzelinterviews mit stationär tätigen Gesundheitsprofessionen</li> <li>▪ 8 Einzelinterviews mit ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen</li> </ul>

### 9.1.1 Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung

Die Entlassplanung stellt ein zentrales Element des Entlassmanagements dar, um eine patientenindividuelle und bedarfsorientierte Entlassung umzusetzen. Für die Patientinnen und Patienten sind neben der Planung des Entlasstermins, dem Abklären der individuellen Versorgungssituation und der Beförderung am Entlasstag auch eine zentrale Ansprechperson und das Angebot zur Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses wichtig. Zudem ist es für Patientinnen und Patienten relevant, ob es am Entlasstag zu zeitlichen Verzögerungen kommt.

#### Qualitätsmerkmal 1.1: Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten frühzeitig über den geplanten Entlasstermin informiert hat. Diese Information umfasst neben dem geplanten Tag der Entlassung auch ein Zeitfenster am Entlasstag (z. B. vormittags, nachmittags).

#### Qualitätsmerkmal 1.2: Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlasskriterien

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, an welche patientenindividuellen Kriterien der geplante Entlasstermin geknüpft ist. Dies können z. B. gesundheitsbezogene Parameter, Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten oder freie Kapazitäten zur bedarfsgerechten Weiterversorgung außerhalb des Krankenhauses sein.



**Qualitätsmerkmal 1.3: Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten an der Festlegung ihres Entlasstermins beteiligt wurden.

**Qualitätsmerkmal 1.4: Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob mit Patientinnen und Patienten ihre individuelle Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung frühzeitig besprochen wurde. Dieses Abklären des patientenindividuellen Versorgungsbedarfs umfasst neben der Berücksichtigung des Gesundheitszustands auch das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten.

**Qualitätsmerkmal 1.5: Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlass- tag vom Krankenhaus zum Entlassort**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob mit Patientinnen und Patienten besprochen wurde, wie sie am Tag der Entlassung vom Krankenhaus zum Entlassort befördert werden. Dies umfasst z. B. die Abholung durch Angehörige oder die Beförderung mit einem Krankentransport.

**Qualitätsmerkmal 1.6: Zentrale Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten bei Bedarf eine zentrale Ansprechperson aus dem Krankenhaus zur Verfügung stand, die bei Fragen zum Entlassmanagement individuell Auskunft geben konnte.

**Qualitätsmerkmal 1.7: Angebot an Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Sozialdien- stes des Krankenhauses**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten das Angebot erhalten haben, bei Bedarf Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Kranken- hauses zu führen.

**Qualitätsmerkmal 1.8: Zeitliche Verzögerungen am Entlasstag**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob es am Entlasstag zu zeitlichen Verzögerungen kam.

Tabelle 10: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung

Qualitätsmerkmale	Quellen
1.1 Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Quellen
1.2 Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlasskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
1.3 Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
1.4 Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
1.5 Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> </ul>
1.6 Zentrale Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
1.7 Angebot an Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
1.8 Zeitliche Verzögerungen am Entlasstag	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

**9.1.2 Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung**

Wichtige Voraussetzungen für einen patientenzentrierten Entlassprozess sind bedarfsgerechte und patientenindividuelle Informationen zu den Möglichkeiten und Strukturen der Anschlussversorgung sowie die Beratung der Patientinnen und Patienten zu Unterstützungsangeboten. Zudem sind für Patientinnen und Patienten Informationen zum Grund ihres Krankenhausaufenthalts, zu den Behandlungen oder Untersuchungen sowie zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung wichtig.

**Qualitätsmerkmal 2.1: Information zu Ansprechpersonen bei medizinischen Fragen nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob mit Patientinnen und Patienten besprochen wurde, an wen sie sich nach Entlassung aus dem Krankenhaus wenden können, wenn sie Fragen zu ihrer medizinischen Versorgung haben. Dies umfasst Informationen zu Ansprechpersonen innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses z. B. bei Fragen zum Gesundheitszustand, zur Genesung, bei Fragen zur Medikation oder zur medizinischen Selbstversorgung.

**Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche weiterführende ambulante Versorgung durch Hausärztinnen/Hausärzte bzw. Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist.

**Qualitätsmerkmal 2.3: Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche weiteren therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge (z. B. Heilmittel wie Physio- oder Sprachtherapie oder Soziotherapie, ambulante oder stationäre Rehabilitation) für die Zeit nach Entlassung notwendig sind.

**Qualitätsmerkmal 2.4: Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Krankenhaus dazu beraten wurden, welche weiteren Unterstützungsangebote es für sie für die Zeit nach Entlassung gibt. Dies umfasst eine patientenindividuelle Beratung z. B. zur stationären oder ambulanten Pflege, zur Versorgung in einem Pflegeheim, zu Kostenerstattungen oder Anträgen gemäß verschiedener Sozialgesetzbücher oder auch zu ambulanten Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen.

**Qualitätsmerkmal 2.5: Information zu Hilfsmitteln**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche Hilfsmittel für die Zeit nach Entlassung notwendig sind.

**Qualitätsmerkmal 2.6: Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach ihrer Entlassung beteiligt wurden. Dies umfasst z. B. Entscheidungen zum Entlassort oder zu Maßnahmen der ambulanten (medizinischen) Weiterbehandlung.

**Qualitätsmerkmal 2.7: Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, mit welcher Diagnose bzw. aus welchem Grund die Aufnahme ins Krankenhaus erfolgte.

**Qualitätsmerkmal 2.8: Information zur Behandlung und Behandlungsergebnissen**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche Behandlungen oder Untersuchungen während des Aufenthalts im Krankenhaus durchgeführt wurden und welche Behandlungsergebnisse vorliegen.

**Qualitätsmerkmal 2.9: Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob einen Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, wie die Erkrankung bzw. der Gesundheitszustand sich nach Entlassung entwickeln kann.

*Tabelle 11: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung*

Qualitätsmerkmale	Quellen
2.1 Information zu Ansprechpersonen bei medizinischen Fragen nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
2.2 Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
2.3 Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
2.4 Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
2.5 Information zu Hilfsmitteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
2.6 Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
2.7 Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Quellen
2.8 Information zur Behandlung und Behandlungsergebnissen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
2.9 Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

### 9.1.3 Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Medikation

Werden im Rahmen des Krankenhausaufenthalts Medikamente neu verordnet oder wird eine bestehende Medikation verändert, ist es für Patientinnen und Patienten wichtig, über die Notwendigkeit der Medikation, über Einnahmeregeln sowie über Neben- und Wechselwirkungen informiert zu werden. Zudem sollten Patientinnen und Patienten eine Unterstützung zur Einnahme der Medikation erhalten.

#### Qualitätsmerkmal 3.1: Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche Medikamente wofür und warum nach der Entlassung eingenommen werden müssen. Dies beinhaltet neben der Information zum Nutzen der Medikamente auch die Information über mögliche Konsequenzen, wenn diese nicht eingenommen werden.

#### Qualitätsmerkmal 3.2: Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus Patientinnen und Patienten über die Regeln für die Einnahme der Entlassmedikation aufgeklärt hat. Dies umfasst z. B. die Information zur Häufigkeit, zur Tageszeit, zur Menge und Dauer der Einnahme des jeweiligen Medikaments.

#### Qualitätsmerkmal 3.3: Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Entlassmedikation haben kann. Dies umfasst z. B. die Information zur Kombination der Entlassmedikation mit anderen Medikamenten oder Lebensmitteln.

#### Qualitätsmerkmal 3.4: Unterstützung zur Einnahme der Entlassmedikation

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten durch das Krankenhaus Unterstützung zur Einnahme der neu verordneten oder veränderten Entlassmedikation erhalten haben. Dies beinhaltet eine schriftliche Übersicht zur Entlassmedikation (z. B. in Form eines Medikationsplans) oder auch gestellte Medikamente in Tablettenboxen.

Tabelle 12: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Medikation

Qualitätsmerkmal	Quellen
3.1 Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
3.2 Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
3.3 Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
3.4 Unterstützung zur Einnahme der Entlassmedikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

#### 9.1.4 Qualitätsaspekt 4: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

Um die Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, sind Information und Schulung von Patientinnen und Patienten notwendig. Insbesondere soll im Krankenhaus eine Wissensvermittlung zur medizinischen Selbstversorgung im Alltag, zum Umgang mit Hilfsmitteln, zum Verhalten im Alltag, zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie zu möglichen Komplikationen oder Warnsignalen erfolgen. Die Wissensvermittlung kann z. B. in Form von Informationsveranstaltungen, Schulungen oder Trainings erfolgen.

##### Qualitätsmerkmal 4.1: Wissensvermittlung zur medizinischen Selbstversorgung im Alltag

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten erklärt hat, wie sie sich nach der Entlassung zu Hause medizinisch selbst versorgen können (z. B. Wundversorgung, Schmerzmanagement, Umgang mit Symptomen).

##### Qualitätsmerkmal 4.2: Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten erklärt hat, wie sie mit Hilfsmitteln umgehen können (z. B. Geh- oder Toilettenhilfen).

**Qualitätsmerkmal 4.3: Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten erklärt hat, wie sie sich nach der Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Regeln zu Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, Bewegung/Sport, Verzehr von Lebensmitteln).

**Qualitätsmerkmal 4.4: Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten erklärt hat, mit welchen weiteren Maßnahmen sie im Alltag ihre Gesundheit positiv beeinflussen können (z. B. Empfehlungen zur gesunden Lebensführung, therapeutische Übungen oder Etablierung einer Tagesstruktur).

**Qualitätsmerkmal 4.5: Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten erklärt hat, wie sie nach der Entlassung Komplikationen und Warnsignale erkennen können (z. B. Atemnot, Wundinfektion oder Symptome psychischer Erkrankungen/Suizidgedanken) und was sie selbst bei Komplikationen und Warnsignalen tun können.

*Tabelle 13: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 4: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit*

Qualitätsmerkmale	Quellen
4.1 Wissensvermittlung zur medizinischen Selbstversorgung im Alltag	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
4.2 Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
4.3 Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
4.4 Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
4.5 Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

### **9.1.5 Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

Um für die Patientinnen und Patienten einen nahtlosen Übergang zwischen der stationären Behandlung und der ambulanten Weiterversorgung zu gewährleisten, ist die Umsetzung der zuvor geplanten Maßnahmen für die Zeit unmittelbar nach Entlassung notwendig. Neben der Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten bzw. Fachärztinnen/Fachärzten umfasst dies auch verordnungsfähige/veranlassungsfähige Leistungen gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement.

#### **Qualitätsmerkmal 5.1: Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten bei der Vereinbarung eines Termins bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten bzw. Fachärztinnen/Fachärzten für die Zeit unmittelbar nach Entlassung unterstützt hat.

#### **Qualitätsmerkmal 5.2: Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten für die Zeit unmittelbar nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten zur Sicherstellung der medikamentösen Versorgung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung von einer Ärztin / einem Arzt aus dem Krankenhaus eine Verordnung für Medikamente erhalten haben, d. h., Patientinnen und Patienten haben eine Verordnung in Form eines Rezepts erhalten oder ihnen wurden die verordneten Medikamente mitgegeben.

#### **Qualitätsmerkmal 5.3: Verordnung von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten für die zuvor geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge (z. B. Heilmittel wie Physio- oder Sprachtherapie sowie Soziotherapie) von einer Ärztin / einem Arzt aus dem Krankenhaus eine Verordnung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung erhalten haben.

#### **Qualitätsmerkmal 5.4: Verordnung von geplanten Hilfsmitteln für die Zeit unmittelbar nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten für die zuvor geplanten Hilfsmittel von einer Ärztin / einem Arzt aus dem Krankenhaus eine Verordnung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung erhalten haben.



**Qualitätsmerkmal 5.5: Organisation der verordneten Hilfsmittel für die Zeit unmittelbar nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses die zuvor verordneten Hilfsmittel so organisiert hat, dass diese für die Patientinnen und Patienten am Tag der Entlassung zur Verfügung standen.

**Qualitätsmerkmal 5.6: Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses die zuvor geplante Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort organisiert hat.

**Qualitätsmerkmal 5.7: Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus Patientinnen und Patienten bei Bedarf eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung ausgestellt hat.

**Qualitätsmerkmal 5.8: Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen wie bspw. einem Pflegegrad oder einer Rehabilitation unterstützt hat. Dies umfasst z. B., Antragsunterlagen zur Verfügung zu stellen und beim Ausfüllen der Unterlagen zu unterstützen.

**Qualitätsmerkmal 5.9: Verordnung der geplanten häuslichen Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten für die zuvor geplante häusliche Krankenpflege von einer Ärztin / einem Arzt aus dem Krankenhaus eine Verordnung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung erhalten haben.

**Qualitätsmerkmal 5.10: Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten dabei unterstützt hat, die geplanten Leistungen für häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe zu organisieren.

Tabelle 14: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

Qualitätsmerkmale	Quellen
5.1 Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
5.2 Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
5.3 Verordnung von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
5.4 Verordnung von geplanten Hilfsmitteln für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
5.5 Organisation der verordneten Hilfsmittel für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
5.6 Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
5.7 Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
5.8 Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
5.9 Verordnung der geplanten häuslichen Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

Qualitätsmerkmale	Quellen
5.10 Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

### 9.1.6 Qualitätsaspekt 6: Entlassgespräch

Im Rahmen eines abschließenden Gesprächs können Patientinnen und Patienten die für sie wichtigen Themen zur Entlassung ansprechen und offene Fragen klären. Ein solches Gespräch sollte in einer ruhigen Umgebung stattfinden. Nach Wunsch der Patientinnen und Patienten sollten auch Angehörige am Gespräch teilnehmen können.

#### Qualitätsmerkmal 6.1: Durchführen eines abschließenden Gesprächs

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob am Ende des Krankenhausaufenthalts mit Patientinnen und Patienten ein abschließendes Gespräch geführt wurde.

#### Qualitätsmerkmal 6.2: Ruhige, ungestörte Atmosphäre im abschließenden Gespräch zur Entlassung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob das abschließende Gespräch zur Entlassung in einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre stattfand (bspw. ohne Störung durch unbeteiligte Dritte, ohne Klingeln des Telefons, in separaten Räumlichkeiten).

#### Qualitätsmerkmal 6.3: Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten im Rahmen des abschließenden Gesprächs die Möglichkeit hatten, individuell relevante Themen, Anliegen und Fragen zur Entlassung anzusprechen.

#### Qualitätsmerkmal 6.4: Angebot zum Einbezug von Angehörigen in das abschließende Gespräch zur Entlassung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten angeboten wurde, Angehörige in das abschließende Gespräch zur Entlassung einzubeziehen.

Tabelle 15: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 6: Entlassgespräch

Qualitätsmerkmal	Quellen
6.1 Durchführen eines abschließenden Gesprächs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
6.2 Ruhige, ungestörte Atmosphäre im abschließenden Gespräch zur Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

Qualitätsmerkmal	Quellen
6.3 Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
6.4 Angebot zum Einbezug von Angehörigen in das abschließende Gespräch zur Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

**9.1.7 Qualitätsaspekt 7: Entlassdokumente**

Der Entlassbrief stellt ein wichtiges Dokument zur Kommunikation zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Leistungserbringern dar. Um die Informationsweitergabe zwischen den Akteuren zu gewährleisten, sollte der (vorläufige) Entlassbrief den Patientinnen und Patienten bei der Entlassung übergeben werden. Für Patientinnen und Patienten ist es zudem wichtig, eine schriftliche Übersicht zu den für sie veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung zu erhalten.

**Qualitätsmerkmal 7.1: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten spätestens am Tag der Entlassung mindestens einen vorläufigen Entlassbrief ausgehändigt hat.

**Qualitätsmerkmal 7.2: Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus zur Entlassung schriftliche Unterlagen mit einer Übersicht zu den für sie veranlassten und geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung erhalten haben.

*Tabelle 16: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 7: Entlassdokumente*

Qualitätsmerkmal	Quellen
7.1 Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
7.2 Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

### **9.1.8 Qualitätsaspekt 8: Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten**

Der Übergang von der stationären Behandlung im Krankenhaus zur ambulanten Weiterversorgung kann bei Patientinnen und Patienten Unsicherheiten, Ängste und Sorgen hervorrufen. Gleichzeitig erhalten Patientinnen und Patienten eine Vielzahl an Informationen über ihre Versorgung für die Zeit nach der Entlassung. Vor diesem Hintergrund ist eine patientenzentrierte Kommunikation und Interaktion der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses wichtig. Neben einem patientenindividuellen und sensiblen Umgang sollte Zeit für Gespräche zur Entlassung sein. In den Gesprächen sollte eine patientenverständliche Sprache verwendet werden und ggf. eine dolmetschende Person bereitstehen.

#### **Qualitätsmerkmal 8.1: Verwendung einer patientenverständlichen Sprache in Gesprächen zur Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob in Gesprächen zur Entlassung eine für die Patientinnen und Patienten verständliche Sprache verwendet wurde, das meint vor allem die Vermeidung oder Erläuterung von Fachbegriffen.

#### **Qualitätsmerkmal 8.2: Bereitstellen einer dolmetschenden Person für Gespräche zur Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob das Krankenhaus bei Bedarf eine dolmetschende Person (z. B. eine Dolmetscherin / ein Dolmetscher, eine andere Person aus dem Krankenhaus oder Angehörige) für Gespräche zur Entlassung mit Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt hat.

#### **Qualitätsmerkmal 8.3: Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten von den Ärztinnen/Ärzten sowie dem Pflegepersonal des Krankenhauses widerspruchsfreie Informationen zur Entlassung erhalten haben. Dies umfasst z. B. einheitliche Informationen zum geplanten Entlasstermin.

#### **Qualitätsmerkmal 8.4: Zeit für Gespräche zur Entlassung mit Ärztinnen und Ärzten**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus Zeit für Gespräche zur Entlassung mit den Patientinnen und Patienten genommen haben.

#### **Qualitätsmerkmal 8.5: Zeit für Gespräche zur Entlassung mit dem Pflegepersonal**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich das Pflegepersonal des Krankenhauses Zeit für Gespräche zur Entlassung mit den Patientinnen und Patienten genommen hat.

**Qualitätsmerkmal 8.6: Ruhige, ungestörte Atmosphäre in Gesprächen zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Gespräche zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses in einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre stattfanden (bspw. ohne Störung durch unbeteiligte Dritte, ohne Klingeln des Telefons, in separaten Räumlichkeiten).

**Qualitätsmerkmal 8.7: Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus mit den Patientinnen und Patienten individuell und sensibel umgegangen sind, sodass die persönliche Situation und die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses berücksichtigt wurden.

**Qualitätsmerkmal 8.8: Individueller und sensibler Umgang des Pflegepersonals mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob das Pflegepersonal des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten individuell und sensibel umgegangen ist, sodass die persönliche Situation und die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses berücksichtigt wurden.

**Qualitätsmerkmal 8.9: Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten individuell und sensibel umgegangen sind, sodass die persönliche Situation und die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses berücksichtigt wurden.

**Qualitätsmerkmal 8.10: Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztinnen und Ärzte aus dem Krankenhaus im Entlassprozess auf mögliche Sorgen und Ängste eingegangen sind, die von Patientinnen und Patienten geäußert wurden.

**Qualitätsmerkmal 8.11: Eingehen des Pflegepersonals auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob das Pflegepersonal des Krankenhauses im Entlassprozess auf mögliche Sorgen und Ängste eingegangen ist, die von Patientinnen und Patienten geäußert wurden.

Tabelle 17: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 8: Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmal	Quellen
8.1 Verwendung einer patientenverständlichen Sprache in Gesprächen zur Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
8.2 Bereitstellen einer dolmetschenden Person für Gespräche zur Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
8.3 Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
8.4 Zeit für Gespräche zur Entlassung mit Ärztinnen und Ärzten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
8.5 Zeit für Gespräche zur Entlassung mit dem Pflegepersonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
8.6 Ruhige, ungestörte Atmosphäre in Gesprächen zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
8.7 Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
8.8 Individueller und sensibler Umgang des Pflegepersonals mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
8.9 Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
8.10 Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
8.11 Eingehen des Pflegepersonals auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

### 9.1.9 Qualitätsaspekt 9: Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung

Am Ende des Krankenhausaufenthalts ist eine Einschätzung zur Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten notwendig. Die Überprüfung der körperlichen, psychischen und sozialen Entlassfähigkeit durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses sollte durch das Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten ergänzt werden. Die subjektive Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten stellt zudem einen Parameter der Ergebnisqualität des Entlassmanagements dar. Weiterhin sollte der Entlassprozess vom Krankenhaus über eine Kontaktaufnahme mit den Patientinnen und Patienten in den ersten Tagen nach der Entlassung evaluiert werden.

#### Qualitätsmerkmal 9.1: Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob mit Patientinnen und Patienten ihre körperliche, psychische und soziale Entlassfähigkeit für die geplante Entlassung besprochen wurde.

#### Qualitätsmerkmal 9.2: Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, in welchem Maße sich Patientinnen und Patienten bereit gefühlt haben, am Ende ihres Krankenhausaufenthalts entlassen zu werden. Die subjektive Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten umfasst deren körperliche, psychische und soziale Entlassfähigkeit.

#### Qualitätsmerkmal 9.3: Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten in den ersten Tagen nach Entlassung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses in den ersten Tagen nach Entlassung mit den Patientinnen und Patienten persönlich oder telefonisch Kontakt aufgenommen hat, um sich nach der Umsetzung der geplanten/eingeleiteten Maßnahmen zu erkundigen.

Tabelle 18: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 9: Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung

Qualitätsmerkmal	Quellen
9.1 Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
9.2 Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Parameter der Ergebnisqualität Entlassmanagement</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>



Qualitätsmerkmal	Quellen
9.3 Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten in den ersten Tagen nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

### 9.1.10 Qualitätsaspekt 10: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Sowohl ungeplante stationäre Wiederaufnahmen als auch Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung, die im Zusammenhang mit der vorherigen Krankenhausbehandlung stehen, können Hinweise auf die Qualität des Entlass- und Überleitungsprozesses geben. Ein gut strukturierter und geplanter Entlassprozess kann ungeplante und vermeidbare stationäre Wiederaufnahmen und ungeplante Kontakte zur ambulanten ärztlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten verringern.

#### Qualitätsmerkmal 10.1: Ungeplante stationäre Wiederaufnahme der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob entlassene Patientinnen und Patienten ungeplant innerhalb von 7 Tagen nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus aufgrund desselben Krankheitsbildes / derselben Behandlung wie im unmittelbar vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erneut stationär in ein Krankenhaus aufgenommen wurden.

#### Qualitätsmerkmal 10.2: Ungeplanter ambulanter Notfallkontakt der Patientinnen und Patienten innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob entlassene Patientinnen und Patienten innerhalb von 7 Tagen nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus aufgrund desselben Krankheitsbildes / derselben Behandlung wie im unmittelbar vorangegangenen Krankenhausaufenthalt ungeplant einen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine Notfallambulanz aufgesucht haben.

Tabelle 19: Übersicht der Qualitätsmerkmale zu Qualitätsaspekt 10: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Qualitätsmerkmal	Quellen
10.1 Ungeplante stationäre Wiederaufnahme der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Parameter der Ergebnisqualität Entlassmanagement</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>
10.2 Ungeplanter ambulanter Notfallkontakt der Patientinnen und Patienten innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Parameter der Ergebnisqualität Entlassmanagement</li> <li>▪ rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul>

### **9.1.11 Qualitätsaspekt 11: Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern**

Um den nahtlosen Übergang der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus in die weiterführende, ambulante Versorgung sicherzustellen, ist die Kommunikation zwischen Krankenhaus und nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern besonders wichtig. Dies umfasst neben einer frühzeitigen, umfassenden und direkten Informationsübermittlung zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Leistungserbringern auch die Beteiligung der nachsorgenden Leistungserbringer an der Entlassplanung. Aus den synthetisierten Wissensbeständen wurden Versorgungsprobleme insbesondere hinsichtlich einer sektorenübergreifenden Informationsweitergabe zur Medikation, der Weitergabe des Entlassbriefs an weiterversorgende Leistungserbringern, der (telefonischen) Erreichbarkeit der stationären Leistungserbringer sowie der sektorenübergreifenden Einbindung von beteiligten Akteuren in die Entlassplanung ersichtlich. Insbesondere für die Kommunikation zwischen Krankenhäusern und nicht ärztlichen Leistungserbringern wie bspw. Pflegediensten oder Pflegeheimen finden sich Hinweise auf Versorgungsprobleme.

Bei der Entwicklung der Patientenbefragung konnten jedoch für diesen Qualitätsaspekt keine Qualitätsmerkmale definiert werden, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die befragten Patientinnen und Patienten (sowie ggf. deren Angehörige / gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter) die Kommunikation zwischen Krankenhaus und nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern sowie deren Einbezug in die Entlassplanung in vollem Umfang beobachten und damit valide beurteilen können. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern und auf Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen kann jedoch geprüft werden, inwiefern sich für diese beiden Datenquellen Qualitätsmerkmale definieren lassen.

## **9.2 Übersicht der Anpassungen der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung**

Die im vorherigen Abschnitt dargestellten Qualitätsmerkmale wurden in den weiteren Entwicklungsschritten der Patientenbefragung zur Konzeption der Qualitätsindikatoren und zur Operationalisierung der Fragebogenitems teilweise inhaltlich präzisiert, angepasst oder wegen fehlender Eignung ausgeschlossen. Veränderungen ergaben sich im Zuge folgender Entwicklungsschritte:

- Beratungen durch das Expertengremium
- eingegangene Stellungnahmen zum Zwischenbericht der Patientenbefragung im Rahmen des Beteiligungsverfahrens
- Operationalisierung der Qualitätsmerkmale mit der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest
- Optimierung der Fragebögen nach dem kognitiven Pretest bzw. nach dem Standard-Pretest

Nachfolgend werden zentrale Anpassungen aus den einzelnen Entwicklungsschritten zusammenfassend dargestellt. Eine detaillierte Darstellung der Modifikationen je Qualitätsmerkmal kann Anhang D.2 entnommen werden.

### 9.2.1 Beratungen durch das Expertengremium

Die in Abschnitt 9.1 beschriebenen Qualitätsmerkmale wurden in einem zweistufigen Verfahren durch ein Expertengremium beraten (Abschnitt 5.3). Insgesamt wurden die 58 Qualitätsmerkmale von den Expertinnen und Experten überwiegend positiv eingeschätzt. Bei 29 Qualitätsmerkmalen waren keine Anpassungen notwendig. Für die restlichen Qualitätsmerkmale legte die Gesamtbetrachtung der Hinweise aus dem Expertengremium nahe, diese erneut zu prüfen und ggf. inhaltlich anzupassen. Die Hinweise der Expertinnen und Experten bezogen sich insbesondere auf

- inhaltliche Präzisierungen von Qualitätsmerkmalen, um die Beeinflussbarkeit/Zuschreibbarkeit der formulierten Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer zu verbessern (z. B. hinsichtlich der Verordnung von Maßnahmen zur Nach- und Weiterversorgung im Rahmen des Entlassmanagements),
- gezielte Ergänzungen von inhaltlichen Facetten bei einzelnen Qualitätsmerkmalen, sodass die Anforderungen an den Übergang in die weiterführende Versorgung der Patientinnen und Patienten umfassend adressiert werden können (z. B. Berücksichtigung von pflegerischen Aspekten der Selbstversorgung nach Entlassung, Edukation und Schulung der Patientinnen und Patienten für die Zeit nach der Entlassung),
- die Erfassbarkeit der von Patientinnen und Patienten berichteten Entlassbereitschaft und
- die Sicherstellung der Erinnerbarkeit der formulierten Qualitätsanforderungen des Entlassmanagements durch die befragten Patientinnen und Patienten.

Die ausführliche Dokumentation der Hinweise des Expertengremiums kann Anhang C.1 entnommen werden. Im Nachgang zum Expertengremium hat das IQTIG die Qualitätsmerkmale insbesondere hinsichtlich deren Beeinflussbarkeit/Zuschreibbarkeit angepasst:

- Präzisierung der genannten Akteure für eine bessere Beeinflussbarkeit/Zuschreibbarkeit der formulierten Qualitätsanforderung
- Präzisierung der adressierten Leistungen und Maßnahmen, die im Rahmen des Entlassmanagements für die Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten angestoßen werden, sodass die Beeinflussbarkeit bei der Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen im Verantwortungsbereich des Leistungserbringers liegt

Nach dem Expertengremium hat das IQTIG zudem vier Qualitätsmerkmale aufgrund eingeschränkter Beeinflussbarkeit/Zuschreibbarkeit ausgeschlossen:<sup>48</sup>

- Qualitätsmerkmal 5.4 „Verordnung von geplanten Hilfsmitteln für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“
- Qualitätsmerkmal 5.9 „Verordnung der geplanten häuslichen Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“
- Qualitätsmerkmal 8.2 „Bereitstellen einer dolmetschenden Person für Gespräche zur Entlassung“

---

<sup>48</sup> Die Nummerierung der Qualitätsmerkmale, welche im Zuge der verschiedenen Entwicklungsschritte ausgeschlossen wurden, entspricht der Nummerierung in Abschnitt 9.1.

- Qualitätsmerkmal 10.2 „Ungeplanter ambulanter Notfallkontakt der Patientinnen und Patienten innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung“

### **9.2.2 Hinweise zu den Qualitätsmerkmalen in den eingegangenen Stellungnahmen zum Zwischenbericht der Patientenbefragung**

Die nach dem Expertengremium verbliebenen 54 Qualitätsmerkmale wurden im Zwischenbericht zur Entwicklung der Patientenbefragung zusammengefasst. Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens nach § 137a Abs. 7 SGB V konnten stellungnahmeberechtigte Organisationen vom 30. April bis 13. Juni 2021 schriftlich Stellung nehmen (Abschnitt 5.4).

In den eingegangenen Stellungnahmen wurden hinsichtlich der Qualitätsmerkmale insbesondere folgende Themen adressiert:

- Reduktion der Anzahl an Qualitätsmerkmalen durch Vermeidung von inhaltlichen Überschneidungen und Redundanzen sowie Zusammenfassen ähnlicher Qualitätsmerkmale
- Sicherstellen der inhaltlichen Relevanz einzelner Qualitätsmerkmale bei unterschiedlichen Anforderungsprofilen der Patientinnen und Patienten an ein Entlassmanagement im Rahmen der Operationalisierung
- Sicherstellen der Beeinflussbarkeit der formulierten Qualitätsanforderungen durch die Leistungserbringer sowohl für die Prozesse als auch die Ergebnisse des Entlassmanagements
- Fokussierung auf Prozesse, welche Patientinnen und Patienten eindeutig dem Entlassmanagement im Krankenhaus und nicht der allgemeinen stationären Behandlung bzw. dem Krankenhausaufenthalt als Ganzes zuordnen können
- Berücksichtigung der Strukturen, Kapazitäten und Versorgungsbarrieren der nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer vor allem bei der Formulierung von Qualitätsanforderungen für Maßnahmen und Leistungen, welche im Rahmen des Entlassmanagements vom Krankenhaus angestoßen werden
- Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen zur Erfassung der Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten

Der inhaltliche Anpassungsbedarf, der sich nach Einschätzung des IQTIG auf Basis der eingegangenen Stellungnahmen ergab, wurde in der weiteren Konzeption der Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren berücksichtigt und ist insbesondere in die Fragebogenentwicklung eingeflossen.

### **9.2.3 Veränderungen der Qualitätsmerkmale im Zuge der initialen Fragebogenentwicklung und Operationalisierung der Items vor dem kognitiven Pretest**

Prinzipiell soll jedes abgeleitete Qualitätsmerkmal durch Fragebogenitems operationalisiert werden. Bei der initialen Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest wurde jedoch deutlich, dass sich nicht alle Qualitätsmerkmale operationalisieren ließen. In diesem Entwicklungsschritt wurden vom IQTIG 10 Qualitätsmerkmale ausgeschlossen:

- Qualitätsmerkmal 1.8 „Zeitliche Verzögerungen am Entlasstag“
- Qualitätsmerkmal 3.4 „Unterstützung zur Einnahme der Entlassmedikation“

- Qualitätsmerkmal 4.4 „Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen“
- Qualitätsmerkmal 5.2 „Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“
- Qualitätsmerkmal 5.5 „Organisation der verordneten Hilfsmittel für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“
- Qualitätsmerkmal 5.6 „Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag“
- Qualitätsmerkmal 5.7 „Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“
- Qualitätsmerkmal 8.10 „Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses“
- Qualitätsmerkmal 8.11 „Eingehen des Pflegepersonals auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses“
- Qualitätsmerkmal 9.3 „Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten in den ersten Tagen nach Entlassung“

Gründe für den Ausschluss der Qualitätsmerkmale waren insbesondere:

- Es konnten keine trennscharfen Itemformulierungen gefunden werden, um Qualitätsmerkmale ohne inhaltliche Überschneidungen bzw. Redundanzen zu operationalisieren.
- Eine klare Eingrenzung auf Prozesse des Entlassmanagements, welche durch den stationären Leistungserbringer beeinflusst werden können, konnte nicht über leicht verständliche und sparsame Frageformulierungen umgesetzt werden.
- Aufgrund der heterogenen Zielpopulation und den damit einhergehenden unterschiedlichen Anforderungsprofilen an ein Entlassmanagement konnten Prozesse ggf. nur über eine allgemeine Itemformulierung operationalisiert werden. Konkrete Rückmeldungen an die Leistungserbringer zur Qualitätsverbesserung des Entlassmanagements waren dann jedoch nicht mehr möglich.
- Eine Erfassung des Qualitätsmerkmals ist durch die anderen Datenquellen des beauftragten QS-Verfahrens präziser möglich.

Eine Übersicht der Items sowie deren Zuordnung zu den verbleibenden 44 Qualitätsmerkmalen mit entsprechenden Qualitätsaspekten für den Entwicklungsstand vor dem kognitiven Pretest kann Anhang E.1 entnommen werden.

#### **9.2.4 Veränderungen der Qualitätsmerkmale nach dem kognitiven Pretest**

Im Rahmen des kognitiven Pretests zeigte sich, dass die Testpersonen bei einigen Items Verständnis- oder Erinnerungsprobleme hatten und insbesondere Fragen zur Kommunikation und Interaktion mit dem Personal des Krankenhauses nicht eindeutig der Phase der Entlassung zuordneten (Abschnitt 10.3). Die folgenden 7 Qualitätsmerkmale wurden aufgrund der nach dem kognitiven Pretest entfallenen Items aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen:

- Qualitätsmerkmal 1.3 „Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlassstermins“
- Qualitätsmerkmal 1.6 „Zentrale Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung“
- Qualitätsmerkmal 7.2 „Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung“
- Qualitätsmerkmal 8.1 „Verwendung einer patientenverständlichen Sprache in Gesprächen zur Entlassung“
- Qualitätsmerkmal 8.5 „Zeit für Gespräche zur Entlassung mit dem Pflegepersonal“
- Qualitätsmerkmal 8.7 „Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses“
- Qualitätsmerkmal 8.8 „Individueller und sensibler Umgang des Pflegepersonals mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses“

Im Zuge der Überarbeitungen nach dem kognitiven Pretest hat das IQTIG außerdem Qualitätsanforderungen unter Berücksichtigung der Hinweise aus den eingegangenen Stellungnahmen und den vorliegenden Wissensbeständen nachgeschärft. Folgende 3 Qualitätsmerkmale wurden im Zuge dieser Überarbeitungen ausgeschlossen:

- Qualitätsmerkmal 6.2 „Ruhige, ungestörte Atmosphäre im abschließenden Gespräch zur Entlassung“
- Qualitätsmerkmal 8.6 „Ruhige, ungestörte Atmosphäre in Gesprächen zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses“
- Qualitätsmerkmal 10.1 „Ungeplante stationäre Wiederaufnahme der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung“

Gründe für den Ausschluss dieser Qualitätsmerkmale waren insbesondere:

- Aufgrund der heterogenen Anforderungsprofile der Patientinnen und Patienten an die Entlassung und die unterschiedliche Ausgestaltung des Entlassmanagements in den Krankenhäusern wurden Qualitätsanforderungen hinsichtlich konkreter Räumlichkeiten gestrichen.
- Die Gründe, weshalb es zu vermeidbaren ungeplanten Wiederaufnahmen kommen kann, sind vielfältig. Eine umfassende, standardisierte Erfassung, welche aufwandsarm eine eindeutige Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit der Verantwortlichkeit erlaubt, ist nach Einschätzung des IQTIG über die Patientenbefragung nicht möglich. Das Qualitätsmerkmal sollte als Kennzahl über die Datenquelle der Sozialdaten bei den Krankenkassen erfasst werden (Bericht des IQTIG zu Teilauftrag B).

Eine Übersicht der Items sowie deren Zuordnung zu den verbleibenden 34 Qualitätsmerkmalen mit den zugehörigen Qualitätsaspekten für den Entwicklungsstand nach dem kognitiven Pretest kann Anhang F.4 entnommen werden.

### 9.2.5 Veränderungen der Qualitätsmerkmale nach dem Standard-Pretest und einer weiteren kognitiven Pretestung

Auf Basis der Erkenntnisse aus dem Standard-Pretest (Abschnitt 10.4) und einer weiteren kognitiven Pretestung (Abschnitt 10.5) wurden gezielt Verbesserungen an einzelnen Items vorgenommen. Dabei zeigte sich, dass für 3 Qualitätsmerkmale keine valide Erfassung der Qualitätsanforderung möglich war:

- Qualitätsmerkmal 2.7 „Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus“ und Qualitätsmerkmal 2.8 „Information zur Behandlung und Behandlungsergebnissen“: Trotz der inhaltlichen Relevanz der Qualitätsmerkmale zur Information über die Diagnose bzw. den Grund der Aufnahme ins Krankenhaus und der Information über die dort vorgenommenen Behandlungen und deren Ergebnisse konnte keine Operationalisierung mit einer eindeutigen Fokussierung auf die Phase der Entlassung gefunden werden. Die Qualitätsmerkmale zeigen nach Einschätzung des IQTIG qualitätsrelevante Anforderungen auf, welche jedoch nicht primär die Prozesse der Entlassung und das Entlassmanagement betreffen, sondern vielmehr auf den Krankenhausaufenthalt insgesamt fokussieren.
- Qualitätsmerkmal 5.1 „Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten“: Es konnte keine valide und sparsame Operationalisierung gefunden werden, um die Qualitätsanforderung zur Unterstützung bei der Terminvereinbarung bei weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten ausschließlich für Patientinnen und Patienten mit hierfür notwendigem Unterstützungsbedarf zu erfassen.

### 9.3 Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale als Grundlage der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die in Tabelle 20 zusammengefassten 9 Qualitätsaspekte und 31 Qualitätsmerkmale bildeten nach Abschluss der Fragebogenvalidierung die inhaltliche Grundlage für die Konzeption der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*. In Anhang D.3 sind die Eignungskriterien der final eingeschlossenen Qualitätsmerkmale dargestellt.

Tabelle 20: Übersicht der Qualitätsaspekte und finalen Qualitätsmerkmale als Grundlage der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
1. Entlassplanung	1.1 Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin
	1.2 Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen
	1.3 Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung
	1.4 Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
	1.5 Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten
2. Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung	2.1 Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung
	2.2 Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung
	2.3 Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge
	2.4 Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten
	2.5 Information zu Hilfsmitteln
	2.6 Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung
	2.7 Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung
3. Information und Aufklärung zur Medikation	3.1 Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation
	3.2 Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation
	3.3 Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation
4. Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	4.1 Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag
	4.2 Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln
	4.3 Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung
	4.4 Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen
5. Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	5.1 Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
	5.2 Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen
	5.3 Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe



Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale
6. Entlassgespräch	6.1 Durchführen eines abschließenden Gesprächs
	6.2 Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch
	6.3 Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung
7. Entlassdokumente	7.1 Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag
8. Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten	8.1 Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung
	8.2 Zeit für Fragen zur Entlassung
	8.3 Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses
9. Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	9.1 Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten
	9.2 Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten

## 10 Fragebogenentwicklung

### 10.1 Gängige Fragebögen aus der Literatur

Zur Vorbereitung der eigenen Fragebogenentwicklung wurde in einem ersten Schritt ein Überblick über bereits bestehende Befragungsinstrumente zur Versorgung im Bereich Entlassmanagement erstellt. Hierzu wurde im Rahmen einer orientierenden Literaturrecherche nach validierten Fragebögen für erwachsene Patientinnen und Patienten bzw. für Eltern minderjähriger Patientinnen und Patienten gesucht, welche unabhängig von der spezifischen Diagnose oder erbrachten stationären Leistung ausschließlich oder teilweise selbstberichtete Prozesse oder Ergebnisse der Entlassung adressieren. Hierfür wurden zum einen die Studien, welche bereits im Rahmen der systematischen Recherche zur Ableitung der Qualitätsmerkmale eingeschlossen wurden, erneut gesichtet; zum anderen wurde über eine Handrecherche nach inhaltlich relevanten Fragebögen gesucht.

Insgesamt konnten 16 Instrumente identifiziert werden (Tabelle 21). Die Mehrzahl der identifizierten Instrumente sind Fragebögen, die Prozesse des Entlassmanagements erfassen; 5 Fragebögen erfassen als kompletter Fragebogen das Thema Entlassung und 4 Fragebögen enthalten einzelne Themenblöcke zur Entlassung. Weitere 5 Fragebögen erfassen sowohl Prozesse als auch Ergebnisse der Entlassung. 2 Fragebögen adressieren ausschließlich die Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

Bei 13 identifizierten Instrumenten handelt es sich um Fragebögen für erwachsene Patientinnen und Patienten, davon sind 3 speziell für Eltern und ein Fragebogen für Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren vorgesehen. 2 Fragebögen wurden für minderjährige Patientinnen und Patienten und deren erwachsene Bezugsperson entwickelt. Ein Instrument hat keine Voraussetzungen hinsichtlich des Alters der befragten Person.

In der folgenden Tabelle findet sich eine Übersicht der berücksichtigten Messinstrumente, aufgeteilt nach prozess- und ergebnisorientierten Fragebögen mit entsprechendem Erhebungsfokus (kompletter Fragebogen, einzelne Themenblöcke zum Thema Entlassung) sowie Fragebögen zur Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten. Zudem werden die Zielpopulation/Studienpopulation und die Domänen bzw. Konstrukte mit Bezug zum Thema Entlassung dargestellt.

Tabelle 21: Übersicht der berücksichtigten Fragebögen

Instrument (Akronym)	Ziel- bzw. Studienpopulation	Referenzen	Konstrukte bzw. Domänen (Anzahl Items)
<b>Prozessorientierte Fragebögen zum Thema Entlassung</b>			
Care Transitional Measure (Langversion: CTM-15; Kurzversion: CTM-3)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Braet et al. (2016b), Tverdal et al. (2018), Yeh et al. (2021), Flink et al. (2018), Mixon et al. (2016)	Präferenzen zur Beteiligung an der Entlassung, Vorbereitungen das Krankenhaus zu verlassen, Vorbereitungen für Follow-up-Termine, Medikationsmanagement (Langversion: 15; Kurzversion: 3)
Caregiver-Reported Pediatric Quality Measure for Transition between Sites of Care	Eltern von minderjährigen Patientinnen und Patienten	Desai et al. (2016), Desai et al. (2018)	Möglichkeit vor der Entlassung Fragen zu stellen, Umgang mit Hilfsmitteln, schriftliche und verständliche Schulungsunterlagen und Informationen zur Entlassung, Unterstützung bei Terminvereinbarung für Nachsorge (8)
Patients' experiences of discharge from The Royal Liverpool and Broadgreen University Hospital Trust	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Wright et al. (2017)	Bewertung und Verbesserungsvorschläge bezüglich des Entlassprozesses, Einbezug in Entscheidungsprozesse, Bewertung der Aufklärung und Beratung zur Entlassung, Medikationsmanagement (12)
Pediatric Transition Experience Measure (P-TEM)	Minderjährige Patientinnen und Patienten sowie deren Erziehungsberechtigte	Desai et al. (2020)	Vorbereitung zur Entlassung und Überleitung, Unterstützung bei Entlassung und Überleitung (8)
Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Weiss et al. (2007), Weiss et al. (2017)	Umfang der erhaltenen Informationen zur Entlassung, Qualität der Aufklärungsgespräche mit dem medizinischen Personal, Eingehen auf eigene Bedürfnisse und Sorgen hinsichtlich der Entlassung (18)

Instrument (Akronym)	Ziel- bzw. Studienpopulation	Referenzen	Konstrukte bzw. Domänen (Anzahl Items)
<b>Prozessorientierte Fragebögen mit einzelnen Themenblöcken zur Entlassung*</b>			
Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Dai et al. (2019), Doos et al. (2015), Mabire et al. (2019)	Erfassung des Hilfebedarfs nach Entlassung, schriftliche Informationen zu Komplikationen, Berücksichtigung von Wünschen für Versorgung nach Entlassung, Wissen über Gesundheitsversorgung nach Entlassung, Wissen über Medikamenteneinnahme nach Entlassung (6)
Adult Inpatient Survey	Erwachsene Patientinnen und Patienten	NHS CQC ([2020]), CQC/Ipsos MORI (2020)	Beteiligung an Entscheidungsprozessen zur Entlassung, Organisation der Entlassung, Aufklärung über neue Medikation, Aufklärung und Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung (12)
Children and Young People's Patient Experience Survey. Parent or Carer's Questionnaire	Kinder von 0 bis 7 Jahren (Fragebogen wird hier nur von den Eltern ausgefüllt), Kinder von 8 bis 11 Jahren und Jugendliche von 12 bis 15 Jahren sowie deren Eltern	CQC/Picker (2020), CQC/Picker ([2020]-a), CQC/Picker ([2020]-b), SCCEM (2020a)	Aufklärung über die Zeit nach der Entlassung (Fragebogen für Eltern von Kinder von 0 bis 7 Jahren: 4; Fragebogen für Eltern und Kinder von 8 bis 11 Jahren : 3; Fragebogen für Eltern und Jugendliche von 12 bis 15 Jahren: 3)
Urgent and Emergency Care Survey (Accident and Emergency Department Questionnaire und Urgent Care Questionnaire)	Patientinnen und Patienten, die entweder im Urgent care (UC) oder im Accident and emergency department (A&E) behandelt wurden; keine Altersbegrenzung	NHS CQC ([kein Datum]-a), NHS CQC ([kein Datum]-b), SCCEM (2020b)	Organisation der Entlassung bzw. des Übergangs in eine andere Einrichtung, Transport, Aufklärung über neue Medikation, Aufklärung und Unterstützung für die Zeit nach Entlass (A&E: 10, UC: 7)

Instrument (Akronym)	Ziel- bzw. Studienpopulation	Referenzen	Konstrukte bzw. Domänen (Anzahl Items)
<b>Prozess- und ergebnisorientierte Fragebögen zur Entlassung</b>			
Discharge Care Experiences Survey Modified (DICARES-M)	Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren	Boge et al. (2019)	Wahrgenommene Probleme für die Zeit nach der Entlassung, Teilnahme an der Entlassplanung sowie die Qualität der Planung, Behandlungssadhärenz (11)
Entlassungsmanagement im Krankenhaus	Patientinnen und Patienten mit speziellem Entlassmanagement bzw. mit besonderem Versorgungsbedarf für die ambulante Nachsorge	Blum und Offermanns (2008)	Planung und Vorbereitung der Entlassung aus dem Krankenhaus, Nachsorge durch den ambulanten Pflegedienst, Versorgung mit Hilfsmitteln, Nachsorge durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kostenübernahme für die weitere Behandlung oder Pflege, Organisation der Nachsorge (50), Gesamtzufriedenheit (12), Angaben zur Person
Patient Continuity of Care Questionnaire (PCCQ)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Hadjistavropoulos et al. (2008)	Beziehungen zum Krankenhauspersonal, Weitergabe von Informationen an die Patientinnen und Patienten, Beziehungen zu sozialen Trägern der Nach- und Weiterversorgung, Verwaltung von Gesundheitsformularen, Verwaltung von Folgemaßnahmen, Verwaltung der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern (41)
Brief PREPARED (B-PREPARED)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Mixon et al. (2016), Graumlich et al. (2008)	Informationen zur Selbstversorgung mit Medikamenten und Aktivitäten, Ausrüstung und Dienstleistungen, Vertrauen (11)
Transition-To-Home: Premature Parent Scale	Eltern von frühgeborenen Kindern	Boykova (2018)	Empfundene Isolation der Eltern nach Entlassung, erhaltene professionelle Unterstützung, Vertrauen in eigene Fähigkeiten zur Pflege des Kindes, Sorgen bezüglich des Gesundheitszustands des Kindes (17)

Instrument (Akronym)	Ziel- bzw. Studienpopulation	Referenzen	Konstrukte bzw. Domänen (Anzahl Items)
<b>Fragebögen zur Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten</b>			
Readiness for Hospital Discharge Scale (Patient version) (RHDS / PT-RHDS)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Mabire et al. (2015), Weiss et al. (2007), Weiss et al. (2010), Weiss et al. (2014), Weiss et al. (2019)	Eigener Gesundheitsstatus, Wissen, Fähigkeiten zum Umgehen mit Problemen, erwartete Unterstützung (21)
Parent Readiness for Hospital Discharge Scale (PedRHDS)	Eltern von minderjährigen Patientinnen und Patienten	Weiss et al. (2017), Weiss et al. (2020)	Gesundheitsstatus des Kindes, Status der Eltern, Wissen, Fähigkeiten zum Umgehen mit Problemen, erwartete Unterstützung (29)

Hinweis: \* Bei prozessorientierten Fragebögen mit einzelnen Themenblöcken zur Entlassung wurden nur die Items zum Thema Entlassung berücksichtigt.

Die berücksichtigten Fragebögen liefern mögliche Beispiele für Operationalisierungen der Items hinsichtlich verschiedener inhaltlicher Dimensionen der Prozesse und Ergebnisse der Entlassung nach einer Krankenhausbehandlung. Sie geben zudem einen Einblick in den wissenschaftlichen Stand der Befragung in diesem Themenbereich. Die Ausgestaltung der Instrumente bzw. Itemformulierungen ist jedoch nicht deckungsgleich mit den inhaltlichen Anforderungen, die durch das Qualitätsmodell und die abgeleiteten Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen des Rahmenvertrags Entlassmanagement an die Domänen bzw. Konstrukte des zu entwickelnden Befragungsinstrumentes gestellt werden. Dies bezieht sich sowohl auf den Abstraktionsgrad bzw. die Detailtiefe der adressierten Konstrukte (bspw. Information und Aufklärung zur Medikation) als auch auf den zeitlichen oder kontextuellen Rahmen, der durch die Qualitätsmerkmale vorgegeben ist (bspw. Unterstützung bei der Organisation von Maßnahmen, welche durch das Krankenhaus gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement für die Zeit unmittelbar nach Entlassung initiiert werden können). Eine direkte Übertragbarkeit der recherchierten Fragebögen auf den Kontext der externen Qualitätssicherung ist aus Sicht des IQTIG daher nur sehr eingeschränkt möglich.

## 10.2 Ergebnisse der Itementwicklung

### 10.2.1 Erste Fragebogenversionen

Mit der Erstellung des Qualitätsmodells wurden über die Qualitätsaspekte die Themen der Patientenbefragung festgelegt, welche über die Qualitätsmerkmale weiter ausdifferenziert wurden und die Grundlage für die Entwicklung der Fragebogenitems bildeten. Dabei wurden bei der Ausformulierung der Fragebogenitems neben den wissenschaftlich-theoretischen Anforderungen insbesondere die methodisch-wissenschaftlichen Grundprinzipien des IQTIG berücksichtigt (IQTIG 2022d: Abschnitt 7.2.5).

Da im QS-Verfahren *Entlassmanagement* die Entlassung von sowohl erwachsenen als auch von minderjährigen Patientinnen und Patienten über die Patientenbefragung adressiert werden soll, wurden zwei weitgehend inhaltsäquivalente Fragebogenversionen zur Erfassung von Qualitätsanforderungen an das Entlassmanagement von Krankenhäusern entwickelt:

- **Fragebogen „Erwachsene“** adressiert die Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten und richtet sich an die Patientinnen und Patienten selbst.
- **Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“** adressiert die Entlassung von minderjährigen Patientinnen und Patienten und richtet sich an deren Eltern/Sorgeberechtigte.

Eine separate Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte bietet nach Einschätzung des IQTIG folgende Vorteile:

- Direkte Ansprache der Eltern/Sorgeberechtigten als Adressaten der Entlassung ihres Kindes
- Vermeidung bzw. Reduktion von komplexer Filterführung und Frageformulierung
- Steigerung der Beantwortbarkeit des Fragebogens durch passende Beispiele
- Valide Messung der Entlassbereitschaft über die getrennte Erfassung der körperlichen und psychischen Verfassung des Kindes, der notwendigen Unterstützung für Eltern/Sorgeberechtigte durch Dritte und der Bewältigung des Alltags mit dem entlassenen Kind

Bei der initialen Fragebogenentwicklung wurden 44 Qualitätsmerkmale in beiden Fragebogenversionen mit 56 Items operationalisiert. Diese wurden in 15 bzw. 16 Themenblöcken dargestellt:

- Allgemeine Fragen zur Entlassung
- Organisation der Entlassung
- Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus
- Erfahrungen mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus
- Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus
- Informationen zur Behandlung im Krankenhaus und zur Weiterversorgung nach der Entlassung
- Medikamente für die Zeit nach der Entlassung
- Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung
- Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung
- Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung
- Das abschließende Gespräch zur Entlassung
- Bereitschaft zur Entlassung
- Dokumente zur Entlassung
- Nach Ihrer Entlassung [der Entlassung Ihres Kindes] aus dem Krankenhaus
- Angaben zum Kind (nur Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“)
- Angaben zur ausfüllenden Person

Eine Übersicht der initial entwickelten Fragebogenitems, der zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale und zugehörigen Qualitätsaspekte sowie der Fragebogenversionen findet sich im Anhang E.1.

### **10.2.2 Auswahl der Variablen zur Risikoadjustierung und zur Beschreibung der Stichprobe**

Neben den Items, welche die Qualitätsmerkmale operationalisieren (Abschnitt 10.2.1), enthält der Fragebogen zusätzliche Items, die sowohl der Risikoadjustierung (Abschnitt 7.4) als auch der Beschreibung der Stichprobe dienen und von den Befragten eingeschätzt werden können. Die Grundlage für die Auswahl der Variablen zur Risikoadjustierung bildete eine orientierende Literaturrecherche nach Übersichtsarbeiten und die Überprüfung von Publikationen, welche bereits im Rahmen der Literaturrecherche zur Ableitung der Qualitätsmerkmale eingeschlossen wurden. Manche Items zur Soziodemographie, wie z. B. in Bezug auf den schulischen bzw. beruflichen Bildungsabschluss, Familienstand oder Erwerbssituation, wurden in Anlehnung an die Demografischen Standards des Statistischen Bundesamts (Beckmann et al. 2016) entwickelt und entsprechend der Projektziele angepasst bzw. aus getesteten Fragebögen von vorherigen Projekten übernommen.

#### **Übersicht der Variablen zur Risikoadjustierung**

Über die orientierende Literaturrecherche konnten insbesondere Übersichtsarbeiten identifiziert werden, welche Risikoadjustierungsvariablen für ungeplante Wiederaufnahmen adressie-



ren. Es wurden keine Übersichtsarbeiten zu Risikoadjustierungsvariablen für subjektive Entlassbereitschaft gefunden, sodass aus den bereits eingeschlossenen Publikationen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale Hinweise auf mögliche relevante Risikofaktoren zur subjektiven Entlassbereitschaft entnommen wurden.

In Tabelle 22 sind 8 Variablen aufgeführt, welche für die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells empfohlen werden. Variablen aus den Reviews bzw. Meta-Analysen, welche im Rahmen der orientierenden Recherche identifiziert wurden, wurden aufgenommen, sofern sie in mindestens 25 % der dort berichteten Studien als signifikant erachtet wurden und die Variablen durch Patientinnen und Patienten beurteilbar sind. Zudem sollen die Variablen in Fragebogenform ökonomisch erfassbar sein, d. h. über wenige Fragen operationalisiert werden können, sodass der Aufwand für die Befragten hinsichtlich des Gesamtfragebogens möglichst gering ausfällt.<sup>49</sup> Eine detaillierte Darstellung der jeweiligen Risikoadjustierungsvariable mit den entsprechenden Publikationen findet sich in Anhang E.2.

Tabelle 22: Übersicht der Variablen zur Risikoadjustierung

Variablenbezeichnung	Item	Antwortoptionen
<b>Alter der Patientin / des Patienten</b>	In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie [wurde Ihr Kind] geboren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angabe von Monat und Jahr der Geburt</li> </ul>
<b>Geschlecht der Patientin / des Patienten</b>	Welches Geschlecht haben Sie [hat Ihr Kind]?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiblich</li> <li>▪ Männlich</li> <li>▪ Divers</li> </ul>
<b>Anzahl Komorbiditäten</b>	<p>Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen [Ihrem Kind] jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)</li> <li>▪ Bluthochdruck</li> <li>▪ Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms</li> <li>▪ Herz-Kreislauf-Erkrankungen</li> <li>▪ Herzinfarkt</li> <li>▪ Schlaganfall</li> <li>▪ Diabetes/hohes Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes)</li> <li>▪ Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> </ul>

<sup>49</sup> Bei den aufgeführten Items handelt es sich um die Versionen nach Abschluss der Pretestungen.

Variablenbezeichnung	Item	Antwortoptionen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krebserkrankung</li> <li>▪ Psychische Erkrankung</li> <li>▪ Demenz oder Alzheimer<sup>50</sup></li> <li>▪ Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)</li> </ul>	
<b>Polymedikation</b>	<p>Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie [nimmt Ihr Kind] aktuell ein?</p> <p>Damit meinen wir Medikamente, für die Sie [Ihr Kind] ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine verschreibungspflichtigen Medikamente</li> <li>▪ 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente</li> <li>▪ 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente</li> <li>▪ 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente</li> <li>▪ Weiß nicht</li> </ul>
<b>Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte</b>	<p>Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung [Ihres Kindes] aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.</p> <p>Wie oft wurden Sie [Ihr Kind] in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gar nicht</li> <li>▪ 1-mal</li> <li>▪ 2- bis 3-mal</li> <li>▪ 4-mal oder mehr</li> <li>▪ Weiß nicht</li> </ul>
<b>Geplante oder ungeplante Behandlung</b>	<p>War Ihre Behandlung [die Behandlung Ihres Kindes] im Krankenhaus geplant oder ungeplant?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geplant</li> <li>▪ Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls)</li> <li>▪ Weiß nicht</li> </ul>
<b>Dauer des Krankenhausaufenthalts</b>	<p>Wie lange sind Sie [ist Ihr Kind] im Krankenhaus gewesen, bis Sie [es] entlassen wurden [wurde]?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger als 1 Woche</li> <li>▪ 1 Woche bis weniger als 2 Wochen</li> <li>▪ 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen</li> <li>▪ 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen</li> <li>▪ 6 Wochen oder länger</li> <li>▪ Weiß nicht</li> </ul>

<sup>50</sup> In der Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ wird als Erkrankung lediglich „Kinderdemenz“ erfasst.

Variablenbezeichnung	Item	Antwortoptionen
Entlassort	Wohin sind Sie [ist Ihr Kind] entlassen worden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/zu Freunden, ins Betreute Wohnen)</li> <li>▪ Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz)</li> <li>▪ Anderes</li> <li>▪ Weiß nicht</li> </ul>

### 10.2.3 Auswahl weiterer Variablen für die Stichprobenbeschreibung und zur Filterführung

Neben Variablen, die der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren dienen, enthalten die Fragebögen weitere verfahrensrelevante Variablen, die zur näheren Beschreibung sowie zur Abbildung der Diversität der Stichprobe dienen.<sup>51</sup> Für die Beschreibung der Stichprobe werden neben soziodemographischen Angaben zu Familienstand, Haushaltsgröße, Bildungsgrad, Erwerbssituation und Deutschkenntnissen auch aufenthalts- bzw. entlassungsspezifische Variablen erhoben (u. a. voll- oder teilstationäre Behandlung, vorzeitiger Behandlungsabbruch und Notwendigkeit zur Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst). Schließlich ist auch die Variable zur Person, die den Fragebogen beantwortet hat, Teil der Stichprobenbeschreibung. Anhang E.3 enthält eine Übersicht der 10 Variablen mit entsprechender Itemformulierung. 4 Variablen, die ausschließlich der Filterführung in den Fragebögen dienen, sind ebenfalls in Anhang E.3 dargestellt.

## 10.3 Ergebnisse des kognitiven Pretests

Die beiden ersten Fragebogenversionen wurden im Rahmen des kognitiven Pretests u. a. auf Verständlichkeit, Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit sowie Beantwortungsdauer geprüft (Abschnitt 6.2). Hierfür wurden kognitive Interviews im Juli und August 2021 mit Testpersonen aus dem Großraum Berlin, Frankfurt am Main sowie München durchgeführt. Insgesamt wurden 61 Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten (n = 30), Angehörigen von Patientinnen und Patienten, die selbst nicht in der Lage sind, Fragebögen eigenständig zu beantworten (n = 12), sowie mit Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten (n = 19) realisiert. Pro Interview wurde eine Dauer von ca. 60 bis 90 Minuten vorgesehen. Es gab zwei Testszenarien, wobei entweder der gesamte Fragebogen ohne Hilfestellungen beantwortet und im Nachgang auf spezifische Hinweise der Testpersonen eingegangen wurde (n = 29) oder ausgewählte Items unabhängig voneinander intensiv getestet wurden (n = 32).

<sup>51</sup> Bei der Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ dienen die Variablen zu Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und Erwerbssituation der Eltern/Sorgeberechtigten (im Rahmen des Standard-Pretests) zur Beschreibung der Stichprobe.

Im Folgenden werden zunächst in Abschnitt 10.3.1 allgemeine Erkenntnisse aus dem kognitiven Pretest dargelegt, welche eine deskriptive Beschreibung der Charakteristika der Testpersonen auf Basis der Angaben aus den freiwillig ausgefüllten Kurzfragebögen, Ergebnisse zur Beantwortungsdauer und zur subjektiv empfundenen Belastung der Beantwortung des Fragebogens sowie eine Einschätzung zur Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit der erfragten Themen umfassen. In Abschnitt 10.3.2 wird dann auf fragebogenübergreifende Änderungen im Kontext des kognitiven Pretests eingegangen, worauf eine detaillierte Darstellung der entfallenen Items (Abschnitt 10.3.3), der inhaltlich modifizierten Items (Abschnitt 10.3.4) sowie neu aufgenommenen Items (Abschnitt 10.3.5) folgt. Die Fragebogenversionen für den kognitiven Pretest und die nach dem kognitiven Pretest angepassten Versionen finden sich in Anhang F.1 bzw. G.1. Die Nummerierung der Items in diesem Abschnitt bezieht sich auf Anhang F.1.

### **10.3.1 Allgemeine Erkenntnisse**

#### **Charakteristika der Testpersonen**

Über alle Subgruppen hinweg waren die Testpersonen zum Zeitpunkt des Interviews im Durchschnitt 50 Jahre alt. Die jüngste Person war 22 Jahre, die älteste Person 82 Jahre alt. Die Geschlechterverteilung lag ebenfalls über alle Gruppen hinweg bei einem Frauenanteil von 73,8 %. 8,2 % der Testpersonen hatten einen niedrigen, 55,7 % einen mittleren und 31,2 % einen hohen Bildungsabschluss (keine Angabe 4,9 %). Berufstätig in Voll- oder Teilzeit waren 65,6 % der Testpersonen, nicht berufstätig (berentet, berufs- oder erwerbsunfähig, arbeitssuchend, Hausfrau/-mann) waren 32,8 % der Testpersonen, in Ausbildung befand sich eine Testperson (1,6 %). Insgesamt konnte ein breites Spektrum bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung sowie beruflicher Situation abgedeckt werden.

Darüber hinaus wurde auf eine möglichst heterogene Zusammenstellung an Indikationen, die zu dem Krankenhausaufenthalt der Patientinnen und Patienten geführt haben, geachtet. Der Anteil psychiatrischer Indikationen lag bei 36,1 %; aufgrund einer somatischen Indikation wurden 63,9 % der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus behandelt (vgl. Anhang F.3 für eine detaillierte Darstellung der Behandlungsgründe).

Im Folgenden werden die Subgruppen „Patientinnen und Patienten“, „Angehörige von erwachsenen Patientinnen und Patienten“ sowie „Eltern/Sorgeberechtigte von minderjährigen Patientinnen und Patienten“ hinsichtlich spezifischer Merkmale bezüglich Krankenhausaufenthalt und Bedarf für ein Entlassmanagement dargestellt. Weitere Angaben zu den Charakteristika der Testpersonen aus den Kurzfragebögen sind Tabelle 23 sowie Anhang F.3 zu entnehmen. Fehlende Werte werden nicht gesondert aufgeführt, weshalb sich absolute Häufigkeiten innerhalb der Subgruppen nicht immer auf die in Abschnitt 10.3 angegebenen Grundgesamtheiten addieren lassen.

**Subgruppe 1: Patientinnen und Patienten**

In der Gruppe der volljährigen Patientinnen und Patienten waren 8 Personen ohne erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement, 18 Personen mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement sowie 4 Personen mit einem teilstationären Krankenhausaufenthalt. Der Altersdurchschnitt der Testpersonen lag bei 55 Jahren. 20 Testpersonen waren weiblich und 10 waren männlich. Jeweils 15 Patientinnen und Patienten hatten entweder einen geplanten oder einen ungeplanten Krankenhausaufenthalt. Die durchschnittliche Anzahl an stationär verbrachten Nächten dieser Gruppe lag bei 20,7. 27 Patientinnen und Patienten wurden nach Hause entlassen und 3 Personen in eine stationäre Anschlussrehabilitation. 22 Patientinnen und Patienten berichteten eine oder mehrere notwendige Weiterbehandlungen (z. B. ambulante Therapien) oder die Notwendigkeit von Unterstützungsmaßnahmen nach Entlassung (z. B. häusliche Krankenpflege). Jeweils 4 Patientinnen und Patienten hatten einen Pflegegrad oder benötigten nach der Entlassung neue Hilfsmittel.

**Subgruppe 2: Angehörige von erwachsenen Patientinnen und Patienten**

Die Patientinnen und Patienten, über die fremdberichtete Angaben durch ihre Angehörigen gemacht wurden (Proxy-Angaben), waren im Durchschnitt 69 Jahre alt. 2 der Angehörigen waren männlich, 10 weiblich. 5 Angehörige machten Angaben über einen Elternteil, jeweils eine Person berichtete über einen Geschwisterteil oder ein volljähriges Kind, 4 Personen machten Angaben zu ihrer Partnerin bzw. ihrem Partner. 8 Patientinnen und Patienten dieser Subgruppe hatten einen ungeplanten stationären Aufenthalt. Die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten lag bei 18 Nächten. 10 Patientinnen und Patienten wurden nach Hause entlassen, die übrigen 2 Personen in eine stationäre Anschlussrehabilitation. Bis auf eine Person wurde für alle Patientinnen und Patienten mindestens eine notwendige Weiterbehandlung oder Unterstützungsmaßnahme für die Zeit nach der Entlassung berichtet. 6 Patientinnen und Patienten hatten zum Zeitpunkt des Interviews einen Pflegegrad, 4 Personen benötigten nach der Entlassung neue Hilfsmittel. Die Angehörigen, welche als Testpersonen an den Interviews teilnahmen, waren im Durchschnitt 53,7 Jahre alt. 10 Testpersonen waren weiblich und 2 männlich.

**Subgruppe 3: Eltern/Sorgeberechtigte**

Die minderjährigen Kinder, über die ihre Eltern bzw. Sorgeberechtigten im Kurzfragebogen Angaben gemacht haben, waren zum Interviewzeitpunkt durchschnittlich 9 Jahre alt. 11 Kinder waren weiblich, 8 männlich. 12 Krankenhausaufenthalte waren geplant und die durchschnittliche Verweildauer lag bei 15,8 Nächten. Alle Kinder wurden nach Hause entlassen. Für 15 Kinder wurde eine notwendige ambulante Weiterbehandlung oder Unterstützungsmaßnahmen nach der Entlassung berichtet. 2 Kinder hatten einen Pflegegrad und 3 Kinder benötigten nach der Entlassung neue Hilfsmittel. Die Eltern bzw. Sorgeberechtigten, welche als Testpersonen an den Interviews teilnahmen, waren im Durchschnitt 39 Jahre alt. 15 Testpersonen waren weiblich und 4 männlich.

Tabelle 23: Charakteristika der Testpersonen aus den kognitiven Interviews

Charakteristika	Gesamt	Patientinnen und Patienten (Selbstauskunft)	Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten (Fremdauskunft)	Eltern/Sorgeberechtigte von minderjährigen Patientinnen und Patienten
Anzahl Testpersonen; n	61	30	12	19
<b>Soziodemografische Angaben der Testpersonen</b>				
Alter in Jahren				
MW (SD)	49,8 (14,6)	55,0 (15,6)	53,7 (10,9)	39,1 (8,3)
Median (Range)	50 (22–82)	58,5 (22–82)	52,5 (29–67)	40 (27–55)
Geschlecht				
Frauen; n	45	20	10	15
Männer; n	16	10	2	4
Bildungsgrad*				
Hoher Bildungsgrad; n	19	10	3	6
Mittlerer Bildungsgrad; n	34	17	7	10
Niedriger Bildungsgrad; n	5	3	1	1

Charakteristika	Gesamt	Patientinnen und Patienten (Selbstauskunft)	Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten (Fremdauskunft)	Eltern/Sorgeberechtigte von minderjährigen Patientinnen und Patienten
<b>Berufliche Situation</b>				
In Ausbildung; n	1	1	0	0
Berufstätig; n	40	16	7	17
Nicht berufstätig; n	19	13	5	1
<b>Soziodemografische Angaben der Angehörigen sowie Eltern/Sorgeberechtigten zu den Patientinnen und Patienten</b>				
<b>Alter in Jahren</b>				
MW (SD)	-	-	68,6 (22,0)	9,2 (6,5)
Median (Range)	-	-	73,0 (22–89)	8,0 (0–18)
<b>Geschlecht</b>				
Frauen; n	-	-	4	11
Männer; n	-	-	8	8
<b>Verwandtschaftsverhältnis Angehörige zu Patientin/Patient</b>				
Elternteil; n	-	-	5	-
Geschwister; n	-	-	1	-
Kind (volljährig); n	-	-	1	-
Partnerin/Partner; n	-	-	4	-

Charakteristika	Gesamt	Patientinnen und Patienten (Selbstauskunft)	Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten (Fremdauskunft)	Eltern/Sorgeberechtigte von minderjährigen Patientinnen und Patienten
<b>Angaben zum Krankenhausaufenthalt und zur Weiterversorgung</b>				
Krankenhausaufenthalt				
Geplant; n	30	15	3	12
Ungeplant; n	30	15	8	7
Weiß nicht; n	1	0	1	0
Grund für Behandlung im Krankenhaus				
Somatische Erkrankungen, n	37	17	7	15
Psychische Erkrankungen; n	22	13	5	4
Aufenthaltsdauer in Nächten				
MW (SD)	18,6 (24,6)	20,7 (24,0)	18,0 (24,1)	15,8 (26,7)
Median (Range)	8,0 (1–120)	8,0 (1–84)	12,0 (2–90)	5,0 (2–120)
Entlassort				
Nach Hause; n	56	27	10	19
Stationäre Rehabilitations- klinik; n	5	3	2	0



Charakteristika	Gesamt	Patientinnen und Patienten (Selbstauskunft)	Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten (Fremdauskunft)	Eltern/Sorgeberechtigte von minderjährigen Patientinnen und Patienten
Weiterbehandlung oder Unterstützungsmaßnahmen nach Entlassung				
Ja; n	48	22	11	15
Nein; n	13	6	1	4
Pflegegrad				
Ja; n	13	4	6	2
Nein; n	49	26	6	17
Notwendigkeit neuer Hilfsmittel nach der Entlassung				
Ja; n	11	4	4	3
Nein; n	50	26	8	16

\* Der Bildungsgrad der Testpersonen wurde auf Basis der Angaben aus den Kurzfragebögen folgendermaßen definiert: hohe Bildung = Fachhochschulreife, Fachoberschule, Allgemeine Hochschulreife, Abitur, EOS; mittlere Bildung = Realschule / Mittlere Reife, Polytechnische Oberschule, 10. Klasse; niedrige Bildung = Hauptschulabschluss/Volkshochschulabschluss, kein Schulabschluss.

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); EOS = Erweiterte Oberschule

### Beantwortungsdauer und subjektive Belastung durch die Beantwortung des Fragebogens

Die Bereitschaft, einen Fragebogen vollständig auszufüllen, hängt neben dem Inhalt des Fragebogens und den Itemformulierungen auch von dessen Länge und der damit einhergehenden Beantwortungsdauer ab. Generell sollte die Beantwortung eines Fragebogens nicht länger als 30 Minuten dauern (Brace 2018, Schnell 2019), was auch bei den für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* entwickelten und getesteten Fragebögen angestrebt wurde.

Insgesamt wurde die benötigte Dauer zur Beantwortung des Fragebogens bei 30 Testpersonen gemessen, die eine der Fragebogenversionen vollständig und ohne Unterbrechungen ausgefüllt haben. Die durchschnittliche Ausfüllzeit lag bei 15,1 Minuten. Die Subgruppen der Patientinnen und Patienten sowie die der Eltern/Sorgeberechtigten unterschieden sich bezüglich der Ausfüllzeit nur marginal. Angehörige, die stellvertretend für nicht anwesende Patientinnen und Patienten Angaben machten, hatten eine durchschnittliche Ausfüllzeit von 18,2 Minuten und benötigten somit geringfügig mehr Zeit zur Bearbeitung. Einen Überblick über die Beantwortungsdauer insgesamt und nach Subgruppen gibt Tabelle 24.

Tabelle 24: Ausfüllzeit der Fragebögen im kognitiven Pretest

Ausfüllzeit in Minuten	Gesamt (n = 30)	Patientinnen und Patienten (n = 15)	Angehörige (n = 5)	Eltern/ Sorgeberechtigte (n = 10)
MW (SD)	15,1 (4,3)	14,5 (4,3)	18,2 (4,4)	14,3 (4,0)
Median (Range)	14,0 (9–24)	14,0 (9–24)	20,0 (13–23)	14,0 (9–22)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*)

Zudem wurden die Testpersonen im Rahmen der Interviews jeweils nach der Beantwortung der Fragebögen gefragt, wie anstrengend bzw. belastend das Ausfüllen empfunden wurde. Dabei zeigte sich für beide Fragebogenversionen, dass sowohl die Beantwortungsdauer als auch der Umfang der Fragebögen als angemessen wahrgenommen wurden. Die Beantwortung an sich wurde von den Testpersonen weder als schwierig noch belastend beurteilt.

### Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit der erfragten Informationen

Für die Validität der Messungen im Fragebogen ist die Beurteilbarkeit der Inhalte durch die befragten Personen elementar. Es müssen also solche Ereignisse und Situationen adressiert werden, die die befragten Personen selbst tatsächlich erlebt haben. Dabei ist grundsätzlich zu vermeiden, dass Personen hypothetisch antworten, d. h., dass Antworten vermutet oder geschätzt werden, weil die erfragte Situation so nicht stattgefunden hat. Für diesen Fall sollen die befragten Personen auf nicht substanzielle Antwortmöglichkeiten zurückgreifen (z. B. „weiß nicht“ oder Ausweichkategorien wie „brauchte ich nicht“). Auch die Erinnerbarkeit von Situationen und Ereignissen wirkt sich auf die Validität der Messung aus. Der Zeitraum zwischen Befragung und Erlebnis sollte daher möglichst kurz sein, sodass den Befragten Erinnerungen an spezifische Situationen präsent sind.

Die Entlassung ist ein Ereignis, welches unmittelbar und zwangsläufig mit jedem (teil-)stationären Krankenhausaufenthalt einhergeht. Das heißt, jede Person, die einen Krankenhausaufenthalt hinter sich gebracht hat, verfügt über Erfahrungswerte zu ihrer Entlassung. Die allgemeine kognitive Verankerung des Ereignisses ist also durch ihre Zwangsläufigkeit gegeben, sodass von einer guten Erinnerbarkeit auszugehen ist. Dies zeigte sich auch in den Ergebnissen der Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Ableitung der Qualitätsmerkmale (Anhang D.1.3). Die Herausforderung bei der Beantwortung einer Befragung zum Entlassmanagement besteht mithin darin, zwischen verschiedenen Krankenhausaufenthalten zu differenzieren. Gerade für Personen mit häufigen Krankenhausaufenthalten muss das Befragungsinstrument so gestaltet sein, dass nur die Entlassung „aus dem (letzten) im Anschreiben genannten Krankenhausaufenthalt“ valide gemessen wird und Erinnerungen nicht vermischt werden. Gleichzeitig bietet dieses für manche Personen wiederkehrende Ereignis „Entlassung aus dem Krankenhaus“ aber auch die Chance einer möglichst genauen Beurteilung der erfragten Erlebnisse, da zwischen verschiedenen Entlassungen vor dem eigenen Erfahrungshorizont verglichen werden kann.

Bezüglich der Erinnerungszeiträume konnten über alle Testgruppen hinweg keine Auswirkungen auf das Antwortverhalten identifiziert werden. Die Zeiträume zwischen Entlassung und Interview (Erinnerungszeitraum) lagen zwischen 2 und 13 Wochen, wobei auch vereinzelt Personen interviewt wurden, deren Entlassung geringfügig länger als 13 Wochen zurücklag (Tabelle 25).

Tabelle 25: Erinnerungszeiträume zwischen Entlassung und kognitiven Interviews

<b>Zeitraum zwischen Entlassung und kognitiven Interview (in Wochen); Anzahl Testpersonen</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Patientinnen und Patienten</b>	<b>Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten</b>	<b>Eltern/Sorgeberechtigte von minderjährigen Patientinnen und Patienten</b>
2 – 5 Wochen; n	13	8	3	2
6 – 9 Wochen; n	20	9	3	8
10 – 13 Wochen; n	23	10	6	7
Mehr als 13 Wochen; n	5	3	0	2

Vereinzelt konnte festgestellt werden, dass die Erinnerungsfähigkeit mit der Dauer des (teil-)stationären Aufenthalts assoziiert ist. Je kürzer der eigentliche Aufenthalt war, desto eher haben Testpersonen darüber nachdenken müssen, ob die abgefragte Situation (in dem kurzen Zeitraum) stattgefunden hat.

Hinsichtlich der Beurteilbarkeit der beiden Fragebogenversionen gab es in den Gruppen der Patientinnen und Patienten sowie der Eltern/Sorgeberechtigten keine Auffälligkeiten. Spezifische Themen der Befragung waren für einzelnen Personen bei ihrer Entlassung bzw. der Entlassung ihres Kindes nicht relevant und konnten somit auch nicht beurteilt werden. Diese konnten aber entweder durch gezielte Filterfragen direkt vermieden werden oder wurden durch Ausweichkategorie wie „brauchte ich nicht“ von den Testpersonen adäquat beantwortet. Bei den Angehörigen war die Beurteilbarkeit der erfragten Ereignisse teilweise erschwert, was im Rahmen von

Proxy-Antworten erwartbar ist. Hier wichen Testpersonen häufiger auf die Kategorie „weiß nicht (mehr)“ aus. Der häufigste Grund für eine eingeschränkte Beurteilbarkeit war, dass Angehörige bei den erfragten Situationen selbst nicht vor Ort waren und ihnen Detailwissen fehlte. Insbesondere die sehr eingeschränkten Besuchszeiten durch die COVID-19-Pandemie vor bzw. während der Feldphase des kognitiven Pretests haben diesen Effekt verstärkt.

### 10.3.2 Fragebogenübergreifende Überarbeitungen

Fragebogenübergreifend<sup>52</sup> wurde die Ausweichkategorie „Weiß nicht mehr“ auf „Weiß nicht“ reduziert. Dies hat den Hintergrund, dass insbesondere Angehörige, die den Fragebogen stellvertretend beantworteten, eher eine Beurteilungs- als eine Erinnerungsschwierigkeit haben. Die reduzierte Form „Weiß nicht“ ohne die zeitliche Dimension „mehr“ eignet sich als Ausweichkategorie sowohl für Beurteilungs- als auch für Erinnerungsschwierigkeiten.

Darüber hinaus wurde die Ausweichkategorie „Ich wollte/brauchte das nicht“ (bis auf zwei Ausnahmen) auf „Brauchte ich nicht“ reduziert. Viele Testpersonen gaben an, dass für sie „etwas nicht wollen“ im Kontext der Entlassung mit einer aktiven Ablehnung eines Angebots des Krankenhauses einhergeht. Außerdem zeigten sich Testpersonen teilweise irritiert über die Doppel Formulierung „wollte/brauchte“ und neigten bei der Beantwortung dazu, eine der beiden Optionen durchzustreichen, um eine genauere Antwort geben zu können. Die Hauptfunktion der Ausweichkategorie besteht darin abzubilden, wenn bestimmte Situationen auf die befragte Person nicht zutreffen. Durch die reduzierte Form „Brauchte ich nicht“ wird dies verständlicher formuliert. Bei Item 16 (Filterfrage zum Kontakt mit dem Sozialdienst) und Item 40 (Frage zum Angebot, Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen) wurde die Formulierung „wollte ich nicht“ nicht verändert, da in diesem Kontext ein „nicht wollen“ inhaltlich stimmig ist. Zudem gaben einige Testpersonen an, das Stattfinden eines Ereignisses oder einer Situation einfach nur verneinen zu wollen, ohne automatisch anzugeben, dass sie dies vermisst bzw. gewollt oder gewünscht hätten. Die Antwortoption „Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte“ wurde daher für die Items 8, 28, 31, 33 und 35 auf „Nein“ reduziert.

Zudem wurden kleinere, den Inhalt nicht verändernde, redaktionelle Anpassungen vorgenommen, wie z. B. Änderungen der Satzstellung oder das Hinzufügen oder Entfernen von Unterstrichen zur Hervorhebung einzelner Satzteile. Darüber hinaus wurde die Filterführung geprüft, wobei lediglich bei Item 5 eine Anpassung vorgenommen wurde, sodass nun auch Personen, die in einem betreuten Wohnen leben, Angaben zur Nutzung eines häuslichen Pflegedienstes machen können bzw. sollen.

---

<sup>52</sup> Alle fragebogenübergreifenden Änderungen beziehen sich sowohl auf die Fragebogenversion für erwachsene Patientinnen und Patienten als auch auf die Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte.

**10.3.3 Entfallene Items**

Nach der kognitiven Testung sind insgesamt 7 Items in beiden Fragebogenversionen entfallen.<sup>53</sup> Im Folgenden wird (chronologisch, entlang der Reihenfolge im Fragebogen) begründet, warum diese für die weitere Fragebogenentwicklung nicht mehr relevant sind. Die dargestellten Testergebnisse sind analog auch für die Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte zu verstehen.

**Organisation der Entlassung**

9	Wurde Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus mit Ihnen abgestimmt?	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr
---	--	---

**Testergebnis:** Mit dem Begriff „abgestimmt“ assoziierten die Testpersonen häufig eine Verhandlungssituation über den Entlasstermin, was so nicht durch das zugrunde liegende Qualitätsmerkmal intendiert war. In der Folge wurde das Item häufig verneint. Das eigentliche Ziel, über die Frage eine „Beteiligung an der Festlegung des Entlasstermins“ zu messen, damit sich Patientinnen und Patienten auf den Entlasstermin einstellen können, wird von den Testpersonen nicht erkannt. Das zugrunde liegende Konstrukt „Beteiligung der Patientinnen und Patienten“ wird an einer anderen Stelle im Fragebogen erneut aufgegriffen (Abschnitt 10.3.5, Item 15 (19 neu)). Da das Mitteilen des Entlasstermins sowie die damit verbundenen Organisationsaufgaben für die Patientinnen und Patienten dennoch von hoher Relevanz sind, wurde diese Thematik zudem in einem neuen, separaten Item (Abschnitt 10.3.5, Item 9 neu) aufgegriffen.

**Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus**

11	Wussten Sie, an wen Sie sich im Krankenhaus bei Fragen zu Ihrer Entlassung wenden können?	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht mehr
----	---	---

**Testergebnis:** In der Regel assoziierten die Testpersonen als Ansprechpersonen das ärztliche Personal, bei psychiatrischen Fällen auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. In den

<sup>53</sup> Zusätzlich zu den 7 entfallenen Items aufgrund des kognitiven Pretests sind 3 weitere Items im Zuge einer erneuten, allgemeinen Schärfung der Qualitätsmerkmale entfallen (Item 18, 38 und 45). Details zu den Veränderungen von Qualitätsmerkmal 8.6 „Ruhige, ungestörte Atmosphäre in Gesprächen zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses“, Qualitätsmerkmal 6.2 „Ruhige, ungestörte Atmosphäre im abschließenden Gespräch zur Entlassung“ und Qualitätsmerkmal 10.1 „Ungeplante stationäre Wiederaufnahme der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung“ sind Anhang D.2 zu entnehmen.

Testungen zeigte sich, dass Testpersonen Schwierigkeiten bei der Beantwortung haben können, wenn sie eine Frage zur Ansprechperson im Krankenhaus zwar mit „Ja“ beantworten können, die Informationen dieser Ansprechperson jedoch nicht als hilfreich eingeschätzt wurden. Die Messung, ob Patientinnen und Patienten wussten, wer im Krankenhaus bei Fragen anzusprechen war, sagte aus Sicht der Testpersonen nichts über die Qualität aus, ob Fragen/Anliegen der Patientinnen und Patienten bzw. Eltern/Sorgeberechtigten auch geklärt wurden. Ein entsprechendes Item wurde daher im Kontext des bedarfsgerechten Umgangs mit den Patientinnen und Patienten neu aufgenommen (Abschnitt 10.3.5, Item 11 neu).

**Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus**

13	Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus, in denen es um Ihre Entlassung ging: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Die Ärztinnen und Ärzte haben ... ... sich für mich und meine Situation interessiert. ... mir aufmerksam zugehört. ... mir Fachwörter erklärt.	Immer Meistens Selten Nie Weiß nicht mehr
----	--	---

**Testergebnis:** Die Fokussierung auf Gespräche ausschließlich zur Entlassung hat sich als zu künstlich herausgestellt. Die Testpersonen zogen zur Beantwortung der Items in Frage 13 in der Regel alle Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten heran. Ohne den Fokus auf Gespräche zur Entlassung erhält das Item allerdings einen sehr generischen Charakter und misst somit nicht ausschließlich die Qualität der Kommunikation und Interaktion des ärztlichen Personals während des Entlassprozesses. Alle Items in Frage 13 wurden daher gestrichen.

**Erfahrungen mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus**

14	Hatten Sie im Krankenhaus die Möglichkeit, jemanden vom Pflegepersonal zu erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	Immer Meistens Selten Nie Ich hatte keine Fragen Weiß nicht mehr
15	Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus, in denen es um Ihre Entlassung ging: Wie häufig kamen folgende Situationen vor? Das Pflegepersonal hat ... ... sich für mich und meine Situation interessiert. ... mir aufmerksam zugehört. ... mir Fachwörter erklärt.	Immer Meistens Selten Nie Weiß nicht mehr

**Testergebnis:** Die Testpersonen erlebten in Bezug auf Fragen zur Entlassung ausschließlich das ärztliche Personal (und im Kontext der psychiatrischen Versorgung teilweise Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) als auskunftsfähig. Items 14 und 15, welche ausschließlich die Kommunikation und Interaktion mit dem Pflegepersonal adressieren, entfallen also, da diese Situationen nicht erlebt wurden und somit von den Testpersonen nicht beurteilt werden konnten. Zudem zeigte sich bei Item 15, dass auch hier eine Fokussierung ausschließlich auf Gespräche zur Entlassung zu künstlich ist. Testpersonen assoziierten beim Beantworten der Items alle Gespräche in Bezug auf ihren Krankenhausaufenthalt und ihre Erkrankung/Behandlung. Ohne den Fokus auf Gespräche zur Entlassung erhalten auch diese Items einen sehr generischen Charakter und messen somit nicht explizit die Qualität der Kommunikation und Interaktion des Pflegepersonals im Entlassmanagement und wurde gestrichen.

**Ihre Bereitschaft zur Entlassung**

41	Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? [...] Ich war dazu bereit, meinen Alltag zu bewältigen (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	Voll und ganz bereit Eher bereit Eher nicht bereit Gar nicht bereit Trifft auf mich nicht zu Weiß nicht mehr
----	--	---

**Testergebnis:** Die Formulierung „Alltag bewältigen“ wird von den Testpersonen nicht konsistent interpretiert. Ein Teil der Testpersonen assoziierte, wie intendiert, die Bewältigung des veränderten und möglicherweise eingeschränkten Alltags nach dem Krankenhausaufenthalt. Der andere Teil assoziierte die Bewältigung des Alltags, den sie/er vor dem Krankenhausaufenthalt hatte. Die Bereitschaft, den „gleichen Alltag“ wie vor dem stationären Aufenthalt bewältigen zu können, kann allerdings nicht als hinreichendes Kriterium für eine Entlassung angelegt werden. Patientinnen und Patienten werden mit körperlichen bzw. psychischen Einschränkungen zur weiteren Genesung entlassen, sobald eine medizinische Überwachung / (teil-)stationäre Versorgung im Krankenhaus nicht mehr notwendig ist.

Als Beispiele dafür, was es für die Testpersonen bedeutet, einen (eingeschränkten) Alltag nach der Entlassung bewältigen zu können, wurden sehr häufig Mobilität, Körperpflege und das Zubereiten von Essen genannt. Diese sind nahezu deckungsgleich mit Beispielen, die unter „Ich war in Bezug auf meine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden“ (ebenfalls im Fragenblock 41) genannt werden. Die Thematik wird also trotz der Streichung des Items „Bereitschaft zur Bewältigung des Alltags“ berücksichtigt.

**Dokumente zur Entlassung**

44	Haben Sie vom Krankenhaus eine schriftliche Übersicht zu Ihrer weiterführenden Versorgung erhalten (z. B. Empfehlungen zu Anschlussbehandlungen, Therapien, Pflege)?	Ja Nein Ich wollte / brauchte das nicht Weiß nicht mehr
----	--	--

**Testergebnis:** Von den meisten Testpersonen wurde das in Frage 44 angesprochene Dokument als Teil des Entlassbriefs verstanden. Keine Testperson gab an, eine „schriftliche Übersicht zur weiterführenden Versorgung“ erhalten zu haben. Zudem konnten sich die Testpersonen kein konkretes Dokument, das sie unabhängig von Entlassbrief erhalten haben, vorstellen. Das Item wurde daher gestrichen.

**10.3.4 Veränderung von Fragebogenitems**

Im Folgenden werden die nach dem kognitiven Pretest modifizierten Items, ebenfalls in chronologischer Reihenfolge, dargestellt und Änderungen begründet. Durch Streichungen und Fettungen im Fragetext werden die Anpassungen visualisiert. Fragebogenübergreifende Änderungen bezüglich der Antwortkategorien wurden direkt in korrigierter Form eingefügt. Auch die hier dargestellten Testergebnisse sowie Änderungen sind analog zur Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte zu verstehen.

**Organisation der Entlassung**

8	Wurde <b>Ihnen</b> im Krankenhaus <del>mit Ihnen besprochen</del> <b>mitgeteilt</b> , unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können <b>(z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)</b> ?	Ja Nein Weiß nicht
---	--	--------------------------

**Testergebnis:** Die Formulierung „Voraussetzungen zur Entlassung besprochen“ interpretierten einige Testpersonen als Verhandlungssituation mit dem klinischen Personal über ihre Entlassung (besprochen = wechselseitige Kommunikation zwischen Patientin/Patient und Krankenhauspersonal). Dies entspricht nicht der Intention von Qualitätsmerkmal 1.2, bei dem lediglich erfasst werden soll, ob den Patientinnen und Patienten bestimmte notwendige (sozial-)medizinische Voraussetzungen zur Entlassung mitgeteilt wurden. Darüber hinaus fiel es manchen Testpersonen schwer, „Voraussetzungen zur Entlassung“ für sich genau zu definieren, oder sie waren unsicher, ob medizinische Faktoren oder z. B. die (gesicherte) Anschlussversorgung gemeint ist.

**Änderungen:** Das Wort „besprochen“ wird durch „mitgeteilt“ ersetzt, um der Assoziation des „Verhandelns“ entgegenzuwirken. Zudem wurden Beispiele für „Voraussetzungen zur Entlassung“ gemäß dem zugrunde liegenden Qualitätsmerkmal 1.2 ergänzt.



**Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus**

12	Hatten Sie im Krankenhaus die Möglichkeit eine Ärztin / einen Arzt <b>Konnten Sie im Krankenhaus eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter</b> zu erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	Immer Meistens Selten Nie Ich hatte keine Fragen Weiß nicht	Ja Nein Ich hatte keine Fragen Weiß nicht
----	---	--	--

**Testergebnis:** Die Testpersonen berichteten sehr heterogen darüber, wer deren Ansprechperson für Fragen zur Entlassung war. Der Großteil der Testpersonen assoziierte zwar Ärztinnen und Ärzte als solche Ansprechpersonen, das Pflegepersonal oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können jedoch auch infrage kommen. Wer letztendlich erreichbar war, um Fragen zu beantworten, war für die Patientinnen und Patienten unerheblich. Zentral für die Kommunikation und Interaktion während des Entlassprozesses war aus Sicht der Testpersonen, dass Patientinnen und Patienten kompetente, auskunftsfähige Ansprechpersonen haben.

Die Antwortoption „immer“ wurde von den Testpersonen teilweise als unrealistisch empfunden. Das Krankenhauspersonal könne nicht „immer“ für Fragen erreichbar sein und müsse es aus Sicht der Testpersonen auch nicht. Das Antwortspektrum „Immer, Meistens, Selten, Nie“ wurde also einerseits unterschiedlich interpretiert und andererseits von einem Teil der Testpersonen so nicht erlebt, was die Messgenauigkeit herabsetzt. Zudem zeigte sich, dass die Testpersonen die Antwortoption „Ich hatte keine Fragen“ nicht gleichwertig zu den restlichen Antwortoptionen („Immer“, „Meistens“, „Selten“, „Nie“) in Betracht zogen. Dies verleitete die Testpersonen teilweise zu einem hypothetischen Antwortverhalten: „Wenn ich Fragen gehabt hätte, wäre auch jemand da gewesen“. Außerdem zeigten die kognitiven Interviews, dass die Sicherheit beim Beantworten bzw. das Differenzieren zwischen den ursprünglichen Antwortkategorien abnahm, je kürzer der Krankenhausaufenthalt war.

**Änderungen:** Die Differenzierung zwischen den Berufsgruppen des medizinisch-pflegerischen Personals wurde mit Blick auf die entfallenen Items zu den Erfahrungen mit dem Pflegepersonal (Items 14 und 15, Abschnitt 10.3.3) aufgehoben und durch die Formulierung „eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses“ verallgemeinert. Die Antwortkategorien wurden auf „Ja“, „Nein“, „Ich hatte keine Fragen“ und „Weiß nicht“ reduziert.

**Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus**

16	Haben Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus <del>das Angebot erhalten</del> , mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes <del>zu sprechen</del> <b>gesprochen</b> ?	<del>Ja, und ich habe das Angebot genutzt</del> <del>Ja, aber ich habe das Angebot nicht genutzt</del> <del>Nein, ich habe kein Angebot erhalten, obwohl ich es mir gewünscht hätte</del> <del>Ich wollte / brauchte das nicht</del> <del>Weiß nicht mehr</del>	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Ich wollte/brauchte das nicht Weiß nicht
----	--	---	--

**Testergebnis:** Item 16 dient neben der Operationalisierung von Qualitätsmerkmal 1.7 auch als Filter für weitere Fragen zu den Erfahrungen mit dem Sozialdienst. Es sollen somit die Patientinnen und Patienten selektiert werden, die im Rahmen ihres Krankenhausaufenthalts Kontakt zum Sozialdienst hatten. Testpersonen im kognitiven Pretest, die selbst den Kontakt zum Sozialdienst aufgenommen haben, verneinten die Frage danach „ein Angebot erhalten“ zu haben und übersprangen fälschlich die Folgefragen zum Sozialdienst.

**Änderungen:** Statt das „Angebot des Sozialdienstes“ zu adressieren wird lediglich der Kontakt zum Sozialdienst abgefragt. Durch die Antwortkategorie „Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte“ bleibt weiterhin messbar, wenn das Krankenhaus kein Angebot unterbreitet hat, obwohl dies aus Sicht der Patientinnen und Patienten notwendig gewesen wäre.

**Informationen zur Behandlung im Krankenhaus und zur Weiterversorgung nach der Entlassung**

20	<del>Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem</del> <b>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen mit Ihnen besprochen, ...</b> ... warum Sie im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)? ... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden? ... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind? <del>... wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann?</del>	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Brauchte ich nicht Weiß nicht
----	--	---

**Testergebnis:** Die Formulierung „wie sich Ihr Gesundheitszustand entwickeln kann“ im vierten Item von Frage 20 wurde von den Testpersonen nicht wie intendiert verstanden. Häufig assoziierten die Testpersonen hier Szenarien, die eintreten, wenn z. B. Medikamente nicht korrekt eingenommen oder Verhaltensregeln nicht befolgt werden. Auch mögliche gesundheitliche

Komplikationen werden genannt. Der intendierte Fokus auf eine Prognose zum Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung und damit auf den Erhalt von Informationen über einen erwartbaren Krankheits- bzw. Genesungsverlauf wurde von den Testpersonen nicht erkannt.

**Änderungen:** Die oben angeführte Intention des Items wurde durch einen Erläuterungssatz hervorgehoben. Durch diese Anpassung wird das Item aus dem ursprünglichen Layout der Itembatterie herausgelöst und als eigenständige Frage in den Fragebogen aufgenommen. Zudem wurde analog zu Item 12 für alle Items in Frage 20 die Fokussierung auf das ärztliche Personal aufgelöst.

20 (neu)	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus <u>vor Ihrer Entlassung</u> darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann? <b>Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.</b>	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Brauchte ich nicht Weiß nicht
-------------	---	---

21	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus <del>besprochen</del> <b>geklärt</b> , ... ... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)? ... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)? ... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung in Frage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Brauchte ich nicht Weiß nicht
----	--	---

**Testergebnis:** Nicht alle Testpersonen berichteten von einem Gespräch, in dem die Lebens- und Versorgungssituation vor dem Krankenhausaufenthalt abgefragt wurde. Teilweise wurden solche Informationen auch über standardisierte Fragebögen zu Beginn des Aufenthalts erhoben.

**Änderungen:** Der Begriff „gefragt“ wird durch ein neutrales „geklärt“ ersetzt, da es für die Messung keine Rolle spielt, in welcher Form die Informationen im Krankenhaus erhoben werden.

22	Wurden Sie im Krankenhaus <del>in die Planung Ihrer Versorgung für die Zeit nach der Entlassung einbezogen</del> <b>bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?</b>	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Brauchte ich nicht Weiß nicht
----	---	---

**Testergebnis:** Das zugrunde liegende Qualitätsmerkmal 2.6 fokussiert die Beteiligung der Patientinnen und Patienten bei Entscheidungen zu ihrer Weiterversorgung. Bei der kognitiven Testung stellte sich aber heraus, dass die Testpersonen diesen Beteiligungsaspekt beim Lesen und

Beantworten der Frage nicht wahrgenommen haben und im direkten Vergleich mit der Formulierung „Planung Ihrer Versorgung für die Zeit nach der Entlassung“ kaum inhaltliche Unterschiede zwischen Item 21 und 22 erkannt wurden. Einige Testpersonen gaben an, vor diesem Hintergrund auf Item 22 verzichten zu können.

**Änderungen:** Durch die Formulierung „einbezogen, wie Sie es wollten“ wird der Beteiligungsaspekt stärker betont. Eine inhaltliche Abgrenzung zwischen den Items 22 und 21 wird durch die Fokussierung auf „Entscheidungen zur Weiterversorgung nach Entlassung“ erzielt.

**Medikamente für die Zeit nach der Entlassung**

24	<p>Haben Sie im Krankenhaus neue Medikamente <b>für die Zeit nach der Entlassung</b> bekommen bzw. wurden Medikamente <del>im Krankenhaus</del> umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?</p> <p><b>Damit sind alle Medikamente gemeint, die Sie nach der Entlassung einnehmen.</b></p>	<p>Ja, ich habe neue Medikamente bekommen bzw. meine Medikamente wurden umgestellt</p> <p>Nein, ich habe keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt</p>
----	---	---

**Testergebnis:** Bei der Beantwortung der Frage zogen die Testpersonen verschiedene Medikamente heran. Den Testpersonen war häufig nicht klar, welche Medikamente in Item 24 genau gemeint sind. Es fiel den Testpersonen schwer, eine Differenzierung zwischen Bedarfsmedikamenten (z. B. Schmerzmittel), Medikamenten, die ausschließlich im Krankenhaus eingenommen wurden, nur sehr kurzfristig nach der Entlassung einzunehmenden Medikamenten sowie (neuen/umgestellten) Dauermedikationen vorzunehmen; insgesamt ergab sich keine einheitliche Interpretation des Fragegegenstands.

**Änderungen:** Das Item zielt auf alle Medikamente ab, die nach dem Krankenhausaufenthalt eingenommen werden **und** im Krankenhaus neu verordnet oder verändert wurden (z. B. Form der Einnahme, Dosierung). Daher wurde ein Erläuterungssatz ergänzt und der zeitliche Bezug zur Medikation nach Entlassung an den Satzanfang gestellt.

### Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

27	<p><del>In manchen Fällen müssen Patientinnen und Patienten nach der Entlassung zu Hause medizinisch oder pflegerisch weiterversorgt werden. Das können die Patientinnen und Patienten selbst übernehmen oder auch ihre Angehörigen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen).</del></p> <p>Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. durch schriftliche Informationen, Schulungen oder Anleitungen) <b>(z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?</b></p>	<p>Ja</p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</p> <p>Brauchte ich nicht</p> <p>Weiß nicht</p>
----	--	--

**Testergebnis:** Item 27 wurde von den Testpersonen insgesamt als zu lang empfunden. Es zeigte sich, dass die Testpersonen keine weiteren Beispiele benötigen, wie die medizinische oder pflegerische Versorgung gezeigt wird (schriftliche Informationen, Schulungen, Anleitungen). Die Beispiele für medizinische oder pflegerische Versorgung (Wunden versorgen etc.) wurden als sehr hilfreich wahrgenommen.

**Änderungen:** Der Einleitungssatz zu Item 27 wurde gestrichen, um die Frage kompakter zu gestalten. Die Beispiele für die medizinische oder pflegerische Selbstversorgung wurden inklusive der Formulierung „mit Symptomen umgehen“ beibehalten. Auch wenn ein Beispiel in manchen Fällen nicht genau verstanden wurde, liefern die restlichen Beispiele genügend Anhaltspunkte, um die Formulierung „medizinische oder pflegerische Selbstversorgung“ zu verstehen.

### Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

32	<p><del>In manchen Fällen benötigen Patientinnen und Patienten direkt nach der Entlassung Therapien (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie). Wurden solche Therapien für Sie im Krankenhaus geplant?</del></p> <p><b>Wurden Ihnen im Krankenhaus Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie)?</b></p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>Weiß nicht</p>
----	--	---

**Testergebnis:** Über die Filterfrage sollen mit Item 32 die Patientinnen und Patienten identifiziert werden, die nach ihrem Krankenhausaufenthalt ambulante Therapien fortführen sollten/mussten. Die Formulierung „geplant“ hat sich in diesem Kontext als missverständlich herausgestellt. Unter der Formulierung „im Krankenhaus geplant“ assoziierten die meisten Testpersonen das Festlegen von verbindlichen Anschlussterminen im Sinne einer erfolgreich angebahnten Weiterversorgung und nicht im Sinne von Qualitätsmerkmal 5.2 lediglich als Unterstützung bei der Organisation. Testpersonen, denen zwar im Krankenhaus ambulante Anschlusstherapien angeraten bzw. empfohlen wurden, antworteten bei Item 32 dann fehlerhaft mit „Nein“, da sie sich

z. B. selbst im Anschluss um ambulante Therapien bemühen mussten und diese für sie nicht (im Krankenhaus) „geplant“ wurden. Die Filterfunktion der Frage war somit eingeschränkt und die Testpersonen übersprangen Folgefragen zur Anschlusstherapie, obwohl diese für sie zutreffend waren.

**Änderungen:** Statt „geplant“ wird die Formulierung „empfohlen“ eingesetzt.

33	<p><del>Das Krankenhaus kann dabei unterstützen, Ihre geplanten Therapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung).</del></p> <p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, <b>solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung) Ihre geplanten Therapien zu organisieren?</b></p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>Brauchte ich nicht</p> <p>Weiß nicht</p>
----	--	---

**Testergebnis:** Der Einleitungssatz in Item 33 wurde im Kontext des davorstehenden Items 32 als redundant empfunden.

**Änderungen:** Das Beispiel aus dem Einleitungssatz wird in den Fragetext von Item 33 integriert, sodass der Einleitungssatz entfallen kann.

34	<p><del>In manchen Fällen benötigen Patientinnen und Patienten direkt nach der Entlassung Unterstützung durch häusliche Krankenpflege oder eine Haushaltshilfe. Wurden solche Hilfen für Sie im Krankenhaus geplant?</del></p> <p><b>Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?</b></p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>Weiß nicht</p>
----	---	---

Testergebnis und Änderungen bei Item 34 analog zu Item 32.

35	<p><del>Das Krankenhaus kann dabei unterstützen, die geplanten Hilfen für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung).</del></p> <p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, <b>für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...</b></p> <p>... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?</p> <p>... eine Haushaltshilfe zu organisieren?</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>Brauchte ich nicht</p> <p>Weiß nicht</p>
----	--	---

**Testergebnis:** Auch Item 35 wurde von den Testpersonen insgesamt als zu lang eingeschätzt. Zudem erwiesen sich die angeführten Beispiele für die Unterstützung bei der Organisation von Hilfen (Liste an Kontaktdaten, Rezept, Verordnung) nicht für alle Testpersonen als gleichermaßen passend. Viele Testpersonen assoziierten mit der Organisation von häuslicher Krankenpflege oder Haushaltshilfen keine Verordnungen, sondern eine Unterstützung z. B. beim Abtelefonieren einzelner Dienste.

**Änderungen:** Der Einleitungstext des Items sowie die Beispiele entfallen.

**Items zur Stichprobenbeschreibung und Risikoadjustierung**

48	<p>Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein?</p> <p>Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.</p> <p><del>Ich nehme __ verschreibungspflichtige Medikamente ein.</del></p>	<p><b>Keine verschreibungspflichtigen Medikamente</b></p> <p><b>1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente</b></p> <p><b>3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente</b></p> <p><b>5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente</b></p>
----	--	--

**Testergebnis:** Insbesondere Angehörige hatten Schwierigkeiten, die genaue Anzahl der Medikamente der Patientinnen und Patienten zu nennen.

**Änderungen:** Da die exakte Anzahl der Medikamente zur Erfassung von Multimedikation als patientenseitiger Risikofaktor im Kontext des QS-Verfahrens nicht relevant ist, wurden vier Antwortkategorien ergänzt, die zwischen keinen, 1 bis 2, 3 bis 4 und 5 oder mehr verschreibungspflichtigen Medikamenten differenzieren.

**10.3.5 Neu aufgenommene Items**

Neben Streichungen und Modifikationen einzelner Items sind nach der Auswertung der kognitiven Interviews 3 Items neu aufgenommen worden.

**Organisation der Entlassung**

9 (neu)	<p>Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?</p> <p>Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.</p>	<p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>Weiß nicht</p>
------------	--	---

**Testergebnis:** Patientinnen und Patienten, Angehörige sowie Eltern/Sorgeberechtigte wiesen in den kognitiven Interviews wiederholt darauf hin, dass es für sie wichtig sei, frühzeitig und so konkret wie möglich einen Entlasstermin (bzw. vorläufigen Entlasstermin) zu erfahren, um die Abholung/Beförderung an den Entlassort, aber auch die Zeit unmittelbar nach der Entlassung organisieren zu können. Dies ist in Qualitätsmerkmal 1.1 (Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin) abgebildet und zeigt sich auch in der inhaltlichen Überschneidung zu Qualitätsmerkmal 1.3 (Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins). Da über das ursprüngliche Item 9 keine valide Messung für Qualitätsmerkmal 1.3 erzielt werden konnte (Abschnitt 10.3.3), wird die Information zum geplanten Entlasstermin in der neuen Formulierung aufgenommen. Aus den kognitiven Interviews wurde ersichtlich, dass sich aufgrund unterschiedlicher Verweildauer weder eine Spezifizierung hinsichtlich einer „frühzeitigen“ oder „rechtzeitigen Mitteilung“ des Entlasstermins noch ein fest definierter Zeitrahmen vorgeben lassen. Das Item fokussiert daher die Wahrnehmung der Befragten darüber, ob für sie genug Zeit bestand, sich auf die Entlassung vorzubereiten.

**Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus**

11 (neu)	Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?	Immer Meistens Selten Nie Weiß nicht
-------------	--	--

**Testergebnis:** Wie in Abschnitt 10.3.3 beim ursprünglichen Item 11 bereits erläutert wurde, hat sich gezeigt, dass die Qualität der Informationen, die während des Krankenhausaufenthalts zur Entlassung gegeben werden, aus Sicht der Testpersonen nicht explizit erfragt wird. Dies wird durch Item 11 neu nun adressiert.

**Erfahrungen mit dem Sozialdienst**

15 (19 neu)	War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?	Ja Nein Weiß nicht
-------------------	--	--------------------------

**Testergebnis:** Analog zu Item 11 neu wurde auch für die Erfassung der Erfahrungen mit dem Sozialdienst von den Testpersonen darauf hingewiesen, dass die Qualität der Beratung des Sozialdienstes im Fragebogen nicht explizit erfragt werde, für das Entlassmanagement an sich aus Sicht der Betroffenen aber relevant ist.

**10.3.6 Zusammenfassung**

Im Zuge der Auswertung des kognitiven Pretests wurde deutlich, dass die Testpersonen die Inhalte der Items in beiden Fragebogenversionen generell gut verstehen konnten, sich gut an die erfragten Situationen in den Items erinnern konnten und Antworten nach Überlegungen bzw. Abwägungen gegeben werden konnten. Der Aufbau der Fragebögen sowie die Filterführung haben den Testpersonen keine Probleme bereitet. Bis auf wenige redaktionelle Änderungen war keine Umstrukturierung der Themen notwendig. Der Umfang der Fragebögen wurde von den Testpersonen als angemessen bewertet. Die durchschnittliche Ausfüllzeit von ca. 15 bis 18 Minuten liegt im angestrebten Bereich (< 30 Minuten), was auf eine allgemein gute Praktikabilität der Fragebögen hinweist. Nach dem kognitiven Pretest wurde die Ausweichkategorie „Weiß nicht mehr“ auf „Weiß nicht“ reduziert. Dadurch eignet sich die Antwortmöglichkeit gleichermaßen für Erinnerungsschwierigkeiten wie auch für Nichtwissen. Insbesondere für die Beantwortung durch Proxys (Angehörige), bei denen davon auszugehen ist, dass nicht immer alle Sachverhalte bekannt sind, steigert dies die Validität der Messung. Insgesamt sind nach dem kognitiven Pretest 7 Items gänzlich entfallen und 3 Items neu aufgenommen worden. Der Umfang der Fragebögen verändert sich durch die Überarbeitung also kaum. 14 Items konnten auf Grundlage der kognitiven Interviews hinsichtlich der Formulierung geschärft bzw. gekürzt werden. Die Hinweise aus den kognitiven Interviews konnten zudem erneut für eine kritische Reflexion der zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale genutzt werden. Dabei ist hervorzuheben, dass



insbesondere die subjektiv empfundene Qualität von bspw. Beratungsgesprächen zur Entlassung aus Sicht der Patientinnen und Patienten nun stärker adressiert wird (Abschnitt 10.3.5).

## 10.4 Ergebnisse des Standard-Pretests

Im Anschluss an den kognitiven Pretest wurden die überarbeiteten Fragebögen (Anhang G.1) im Rahmen des Standard-Pretests unter möglichst realistischen Bedingungen, wie sie später auch im Regelbetrieb vorzufinden sein werden, bei einer Patientenstichprobe erprobt (Abschnitt 6.3). Dabei sollten potenzielle systematische Probleme aufseiten der Testpersonen und im Ablauf der Befragung identifiziert werden. Auf Grundlage der erzielten Ergebnisse wurden die Fragebögen erneut überarbeitet.

### 10.4.1 Stichprobenbeschreibung

Die Feldphase der Befragung fand vom 12. Januar bis zum 25. Mai 2022 statt. Für die Rekrutierung der für den Standard-Pretest benötigten Testpersonen wurden 44 Leistungserbringer ausgewählt. Insgesamt haben final 36 Leistungserbringer am Standard-Pretest teilgenommen (Abschnitt 6.3.4).

Insgesamt konnten  $n = 1.247$  Testpersonen als Bruttostichprobe rekrutiert werden (Tabelle 26). Nach Bereinigung dieser Bruttostichprobe, d. h. nach Abzug der Testpersonen, die ihre Einwilligung widerrufen haben ( $n = 37$ ), deren Einwilligungserklärung unvollständig bzw. fehlend war ( $n = 76$ ), denen der Fragebogen nicht zugestellt werden konnte ( $n = 23$ ) und deren Einwilligung zur Studienteilnahme durch die Leistungserbringer zu spät oder unvollständig übermittelt wurde ( $n = 7$  bzw.  $n = 1$ ), belief sich die (bereinigte) Bruttostichprobe auf  $n = 1.103$ . Die Anzahl der Non-Responder, also der Personen, die einen Fragebogen erhalten haben, diesen aber aus unbekanntem Gründen nicht zurückgesendet haben, belief sich auf  $n = 213$ . 174 der Non-Responder waren Patientinnen und Patienten, 39 waren Eltern/Sorgeberechtigte. Insgesamt konnten 890 gültige Fragebögen für die weiteren Analysen berücksichtigt werden, wovon 808 Fragebögen für Erwachsene und 82 Fragebögen für Eltern/Sorgeberechtigte waren. Die Nettostichprobe enthält ausschließlich Patientinnen und Patienten mit Entlassungen aus einem vollstationären Krankenhausaufenthalt; die wenigen Patientinnen und Patienten, die von einer teilstationären Einrichtung für die Studienteilnahme rekrutiert wurden, haben keinen Fragebogen zurückgeschickt.

Tabelle 26: Überblick über die Brutto- und Nettostichprobe des Standard-Pretests

Stichprobe	Gesamt	Fragebogen „Erwachsene“	Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“
<b>Unbereinigte Bruttostichprobe</b>	<b>1.247</b>	<b>1.113</b>	<b>134</b>
Einwilligung unvollständig/fehlend	76	68	8
Einwilligung zu spät übermittelt	7	6	1
Einwilligung widerrufen	37	37	0
Fragebogen unzustellbar	23	19	4

Stichprobe	Gesamt	Fragebogen „Erwachsene“	Fragebogen „Eltern/Sorge- berechtigte“
Unvollständige Patientendaten	1	1	0
<b>Bereinigte Bruttostichprobe</b>	<b>1.103</b>	<b>982</b>	<b>121</b>
Non-Responder	213	174	39
<b>Nettostichprobe</b>	<b>890</b>	<b>808</b>	<b>82</b>

### Rücklauf von Fragebögen mit stellvertretender Beantwortung

Wie Tabelle 27 zu entnehmen ist, wurden insgesamt nur ca. 9 % aller zurückgesendeten Fragebögen fremd- (durch eine Proxy-Person; n = 27) oder gemischt beantwortet durch eine Patientin / einen Patient und eine Proxy-Person (n = 40) oder durch Eltern/Sorgeberechtigte gemeinsam mit ihrem Kind (n = 5). Der Anteil an stellvertretend ausgefüllten Fragebogen war durch das Studiendesign (Abschnitt 6.3) nur bedingt planbar, da den Patientinnen und Patienten bzw. Eltern/Sorgeberechtigten der Fragebogen direkt zugesandt wurde und diese dann selbst entscheiden konnten, ob sie den Fragebogen allein oder mit Unterstützung beantworten. Dies entspricht dem geplanten Ablauf im Regelbetrieb.

Tabelle 27: Übersicht des Fragebogenrücklaufs nach Angaben zur Ausfüllperson im Standard-Pretest

Ausfüllperson	Gesamt	Patientinnen/ Patienten	Eltern/ Sorgeberechtigte
Patientin/Patienten selbst; n (%)	744 (83,6)	669 (75,1)	75 (8,4)
Eltern/Sorgeberechtigte selbst; n (%)			
Proxy-Person; n (%)	27 (3,0)	27 (3,0)	-
Patientin/Patienten und Proxy-Person; n (%)	45 (5,1)	40 (4,5)	5 (0,6)
Eltern/Sorgeberechtigte und Kind; n (%)			
Keine Angabe; n (%)	70 (7,9)	68 (8,4)	2 (2,4)
Ungültige Angabe; n (%)	4 (0,5)	4 (0,5)	-
<b>Gesamt; n (%)</b>	<b>890 (100)</b>	<b>808 (100)</b>	<b>82 (100)</b>

### Beschreibung der teilnehmenden Patientinnen und Patienten sowie Eltern/Sorgeberechtigten

Die deskriptiven Angaben zur Beschreibung der Nettostichprobe stammen, wenn nicht anders hervorgehoben, aus den von den Patientinnen und Patienten bzw. Eltern/Sorgeberechtigten ausgefüllten Fragebögen. In Tabelle 28 sind die Angaben der Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, also der Testpersonen, dargestellt. Tabelle 29 fasst die soziodemografischen und

behandlungsspezifischen Charakteristika der entlassenen Patientinnen und Patienten zusammen. Kategorien, die von keiner Testperson angekreuzt wurden, sind nicht in den Tabellen aufgeführt.

Tabelle 28: Soziodemografische Charakteristika der Testpersonen in der Nettostichprobe des Standard-Pretests

Charakteristika	Gesamt	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Eltern/Sorgeberechtigte
Anzahl; n	890	808	82
<b>Soziodemografische Angaben der Testpersonen</b>			
Alter in Jahren			
MW (SD)	-	66,61 (12,9)	36,90 (6,8)
Median (Range)	-	67 (20–96)	37 (22–52)
Geschlecht			
Frauen; n (%)	485 (56,6)	414 (53,4)	71 (88,8)
Männer; n (%)	371 (43,3)	362 (46,6)	9 (11,3)
Höchster schulischer Bildungsabschluss°			
Niedrig; n (%)	292 (37,3)	289 (40,9)	3 (3,9)
Mittel; n (%)	221 (28,2)	194 (27,5)	27 (35,1)
Hoch; n (%)	221 (28,2)	177 (25,1)	44 (57,1)
Schülerinnen, Schüler und Sonstige; n (%)	49 (6,3)	46 (6,5)	3 (3,9)
Berufliche Situation°°			
Berufstätig; n (%)	503 (62,0)	481 (65,5)	22 (28,6)
Nicht berufstätig; n (%)	261 (32,2)	216 (29,4)	45 (58,4)
Sonstiges; n (%)	47 (5,8)	37 (5,0)	10 (13,0)
Familienstand			
In fester Partnerschaft, zusammenlebend; n (%)	595 (68,8)	527 (67,1)	68 (85,0)
In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend; n (%)	24 (2,8)	23 (2,9)	1(1,3)
Alleinstehend, geschieden oder in Trennung; n (%)	130 (15,0)	119 (15,2)	11 (13,8)

Charakteristika	Gesamt	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Eltern/Sorgeberechtigte
Verwitwet; n (%)	116 (13,4)	116 (14,8)	0 (0,0)
Anzahl der im Haushalt lebenden Personen			
MW (SD)	2,18 (1,1)	2,03 (1,0)	3,65 (0,9)
Median (Range)	2 (1–9)	2 (1–9)	4 (2–7)
Deutsch als Muttersprache			
Ja; n (%)	802 (90,1)	736 (91,1)	66 (80,5)
Nein; n (%)	46 (5,2)	33 (4,1)	13 (15,9)
Zeitraum zwischen Entlassung und Versand des Fragebogens in Tagen (Erinnerungszeitraum)*			
MW (SD)	52,7 (15,5)	52,6 (15,4)	54,6 (16,1)
Median (Range)	52,0 (14,0–117,0)	52,0 (14,0–117,0)	54,5 (23,0–114,0)

## Anmerkungen:

\* Die Angaben zum Datum der Entlassung wurden von den teilnehmenden Leistungserbringern im Rahmen der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten als behandlungsspezifische Daten übermittelt. Die Angaben zum Versanddatum des Fragebogens wurde vom externen Dienstleister ergänzt.

° Bildungsabschluss wurde in drei Kategorien aufgeteilt: niedriger schulischer Abschluss = von der Schule abgegangen ohne Abschluss, Haupt- oder Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; mittlerer schulischer Abschluss = Realschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; hoher schulischer Abschluss = Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre).

°° Berufliche Situation wurde in drei Kategorien aufgeteilt: Berufstätig = in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden), in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden), geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden), Ausbildung, Umschulung oder Wiedereingliederungsmaßnahme; nicht berufstätig = Schülerinnen/Schüler, Arbeitslos, Altersrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Hausfrau/Hausmann, Sonstiges.

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); DDR = Deutsche Demokratische Republik; EOS = Erweiterte Oberschule

Tabelle 29: Soziodemografische und behandlungsspezifische Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus der Nettostichprobe des Standard-Pretests

Charakteristika	Gesamt	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Minderjährige Patientinnen und Patienten
Anzahl; n	890	808	82
<b>Soziodemografische Angaben der (minderjährigen) Patientinnen und Patienten</b>			
Alter in Jahren			
MW (SD)	-	66,6 (12,9)	5,00 (5,2)
Median (Range)	-	67 (20–96)	3 (0–17)
Geschlecht			
Frauen; n (%)	-	414 (53,4)	39 (50,6)
Männer; n (%)	-	362 (46,6)	38 (49,4)
Anzahl Komorbiditäten			
MW (SD)	2,4 (1,8)	2,5 (1,8)	0,7 (0,9)
Median (Range)	2 (0–9)	2 (0–9)	0 (0–3)
<b>Angaben zum Krankenhausaufenthalt und zur Weiterversorgung</b>			
Krankenhausaufenthalt			
Geplant; n (%)	325 (37,4)	292 (36,9)	33 (42,3)
Ungeplant; n (%)	538 (61,8)	496 (62,6)	42 (53,8)
Weiß nicht; n (%)	7 (0,8)	4 (0,5)	3 (3,8)
Entlassdiagnosegruppen nach ICD-10-GM-2022*			
A00-B99; n (%)	17 (1,9)	16 (2,0)	1 (1,2)
C00-D48; n (%)	79 (8,9)	73 (9,1)	6 (7,3)
D50-D90; n (%)	3 (0,3)	1 (0,1)	2 (2,4)
E00-E90; n (%)	7 (0,7)	7 (0,9)	0 (0,0)
F00-F99; n (%)	59 (6,6)	39 (4,8)	20 (24,4)
G00-G99; n (%)	20 (2,3)	13 (1,6)	7 (8,5)
H60-H95; n (%)	35 (3,9)	35 (4,3)	0 (0,0)
I00-I99; n (%)	173 (19,5)	173 (21,5)	0 (0,0)
J00-J99; n (%)	21 (2,4)	18 (2,2)	3 (3,7)

Charakteristika	Gesamt	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Minderjährige Patientinnen und Patienten
K00-K93; n (%)	28 (3,2)	26 (3,2)	2 (2,4)
L00-L99; n (%)	6 (0,7)	6 (0,7)	0 (0,0)
M00-M99; n (%)	252 (28,4)	251 (31,1)	1 (1,2)
N00-N99; n (%)	18 (2,0)	18 (2,2)	0 (0,0)
P00-P96; n (%)	17 (1,9)	0 (0,0)	17 (20,7)
Q00-Q99; n (%)	7 (0,7)	3 (0,4)	4 (4,9)
R00-R99; n (%)	14 (1,6)	11 (1,4)	3 (3,7)
S00-T98; n (%)	113 (12,8)	112 (13,9)	1 (1,2)
Z00-Z99; n (%)	19 (2,1)	4 (0,5)	15 (18,3)
<b>Aufenthaltsdauer in Nächten</b>			
MW (SD)	12,21 (15,7)	12,16 (15,0)	12,66 (21,1)
Median (Range)	9,0 (1–319,0)	10 (1–319)	4 (1–137)
<b>Entlassort</b>			
Nach Hause; n (%)	698 (81,8)	619 (80,1)	79 (98,8)
Medizinisch-pflegerische Einrichtung <sup>o</sup> ; n (%)	136 (15,9)	135 (17,5)	1 (1,3)
Betreutes Wohnen; n (%)	6 (0,7)	6 (0,8)	0 (0,0)
Anderes; n (%)	13 (1,5)	13 (1,7)	0 (0,0)
<b>Empfehlung zu ambulanten Anschlusstherapien<sup>oo</sup> nach der Entlassung</b>			
Ja; n (%)	378 (44,2)	349 (45,0)	29 (36,3)
Nein; n (%)	457 (53,4)	408 (52,6)	49 (61,3)
Weiß nicht; n (%)	21 (2,5)	19 (2,4)	2 (2,5)
<b>Empfehlung zu zusätzlicher Unterstützung<sup>ooo</sup> nach der Entlassung</b>			
Ja; n (%)	158 (18,6)	146 (19,0)	12 (15,0)
Nein; n (%)	672 (79,2)	606 (78,9)	66 (82,5)
Weiß nicht; n (%)	18 (2,1)	16 (2,1)	2 (2,5)

Charakteristika	Gesamt	Erwachsene Patientinnen und Patienten	Minderjährige Patientinnen und Patienten
Empfehlung zu neuen Hilfsmitteln nach der Entlassung			
Ja; n (%)	304 (35,1)	291 (37,1)	13 (16,3)
Nein; n (%)	561 (64,9)	494 (62,9)	67 (83,8)

Anmerkungen:

\* Die Angabe der Hauptdiagnose zum Zeitpunkt der Entlassung wurde im Rahmen der Rekrutierung von den teilnehmenden Leistungserbringern als behandlungsspezifische Daten der Patientinnen und Patienten übermittelt.

° Medizinisch-pflegerische Einrichtung = Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitation, Hospiz

°° Ambulante Anschlusstherapien = Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie

°°° Zusätzliche Unterstützung = Pflegedienst, Haushaltshilfe

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*)

#### 10.4.2 Analysen zum Fragebogenrücklauf und zur Unit-Non-Response

##### Rücklaufquote

Die Gesamtrücklaufquote nach AAPOR RR6 (AAPOR 2016) beläuft sich für beide Fragebogenversionen auf 80,69 % (n = 890). Der Rücklauf der Fragebögen für erwachsene Patientinnen und Patienten liegt etwas höher bei 82,28 % (n = 808), der Rücklauf der Fragebögen für Eltern/Sorgeberechtigte niedriger bei 67,77 % (n = 82). Somit liegt der Rücklauf für beide Fragebogenversionen über den in postalischen Befragungen erwarteten gängigen Rücklaufquoten von 30 % bis 50 % (Klein und Porst 2000, Schnell 2012). Diese vergleichsweise hohe Rücklaufquote lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass der erste versendete Brief nicht auch gleichzeitig der Erstkontakt zu den Patientinnen und Patienten bzw. Eltern/Sorgeberechtigten war, da sie bereits im Vorfeld durch ihre Leistungserbringer schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt wurden. Ferner gaben die angeschriebenen Patientinnen und Patienten bzw. Eltern/Sorgeberechtigten ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur Weitergabe ihrer Adresse. Da im Regelbetrieb die Aufklärung durch die Leistungserbringer und die Einwilligung zur Teilnahme an der Studie nicht stattfinden wird, lässt diese Rücklaufquote keine Schlüsse auf die Rücklaufquote im Regelbetrieb zu.

##### Unit-Non-Response-Analyse

Im Rahmen der Unit-Non-Response-Analyse wurde untersucht, inwiefern bestimmte Faktoren einen Einfluss auf das Beantworten bzw. das Rücksenden des Fragebogens hatten (Schnell 1997). Um dies zu testen, wurden zwei binär-logistische Regressionen einerseits für die Fragebogenversion „Erwachsene“ andererseits für die Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ berechnet. Die abhängige Variable stellt die Personen, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, denen gegenüber, die zwar ihr Einverständnis gegeben haben, aber aus unbekanntem

Gründen keinen Fragebogen zurückgeschickt haben (sogenannte Unit-Non-Responder). Die Variable wurde mit „0“ und „1“ kodiert, wobei „0“ bedeutet, dass kein Fragebogen eingegangen ist, und „1“ bedeutet, dass ein Fragebogen eingegangen ist.

Als mögliche erklärende Faktoren wurden in das Modell auf Basis der Fragebogenversion für Erwachsene („Patienten-Modell“) das Alter der volljährigen Patientinnen und Patienten in Jahren, das Geschlecht, der Entlassort (Entlassort nach Hause / nicht nach Hause), die Verweildauer im Krankenhaus in Tagen sowie der Zeitraum zwischen Entlassung und Versand des Fragebogens (Erinnerungszeitraum) in Tagen aufgenommen. In das Modell auf Basis der Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte („Eltern-Modell“) wurde das Alter der entlassenen minderjährigen Patientinnen und Patienten, das quadrierte Alter der Kinder, die Verweildauer sowie der Erinnerungszeitraum in Tagen aufgenommen. Der Entlassort und das Geschlecht der Kinder wurden im Unterschied zum Patienten-Modell nicht mitaufgenommen. Hinsichtlich des Entlassorts gab es keine Varianz in den Daten (nur ein Kind wurde nicht nach Hause entlassen); bezüglich des Geschlechts besteht keine Hypothese darüber, inwiefern das Geschlecht der Kinder einen Einfluss auf das Zurücksenden von Fragebögen durch die Eltern/Sorgeberechtigten haben könnte. Für beide Modellvarianten wurden zudem die Diagnosegruppe als erklärende Variablen mitaufgenommen. Da diese aber keine statistisch signifikanten Effekte zeigten, wurden die Diagnosegruppen zur besseren Lesbarkeit der Plots aus den Modellen entfernt. Die für die Analyse benötigten Informationen über die Testpersonen (minderjährige und volljährige Patientinnen und Patienten) konnten aus der dem IQTIG vorliegenden Dokumentation zur Rekrutierung seitens der Leistungserbringer entnommen werden. Die detaillierten Ergebnisse der binär-logistischen Regressionen sind in Anhang G.3.1 dargestellt.

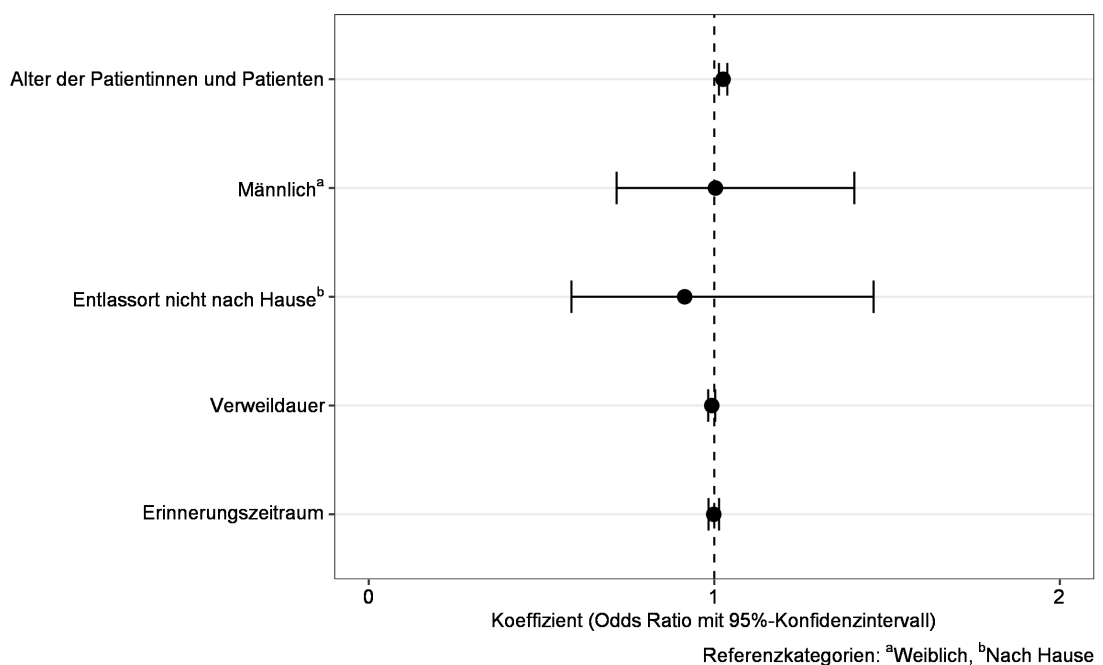


Abbildung 14: Binär-logistische Regression zur Unit-Non-Response des Fragebogens „Erwachsene“



Wie in Abbildung 14 zu sehen, ist das Alter als einzige der erklärenden Variablen statistisch signifikant. Mit steigendem Alter der Patientinnen und Patienten steigt demnach die Wahrscheinlichkeit leicht an, den Fragebogen zurückzuschicken (d. h. ein Responder zu sein). Dieser Effekt ist vermutlich dadurch zu begründen, dass Personen mit nachlassender beruflicher Einbindung eher Zeit haben, an Befragungen teilzunehmen. Alle weiteren Variablen zeigen keine statistisch signifikanten Effekte auf die Wahrscheinlichkeit, einen Fragebogen zurückzuschicken. Es ist somit auf Grundlage des Modells nicht davon auszugehen, dass systematische Verzerrungen hinsichtlich des generellen Zurücksendens der Fragebögen unter den volljährigen Patientinnen und Patienten vorliegen.

Im Unit-Non-Response-Modell für die Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ in Abbildung 15 zeigt sich, dass keine der erklärenden Variablen einen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit hat, einen Fragebogen zurückzuschicken. Es ist auch für diese Fragebogenversion auf der Grundlage des Modells nicht davon auszugehen, dass systematische Verzerrungen vorliegen.

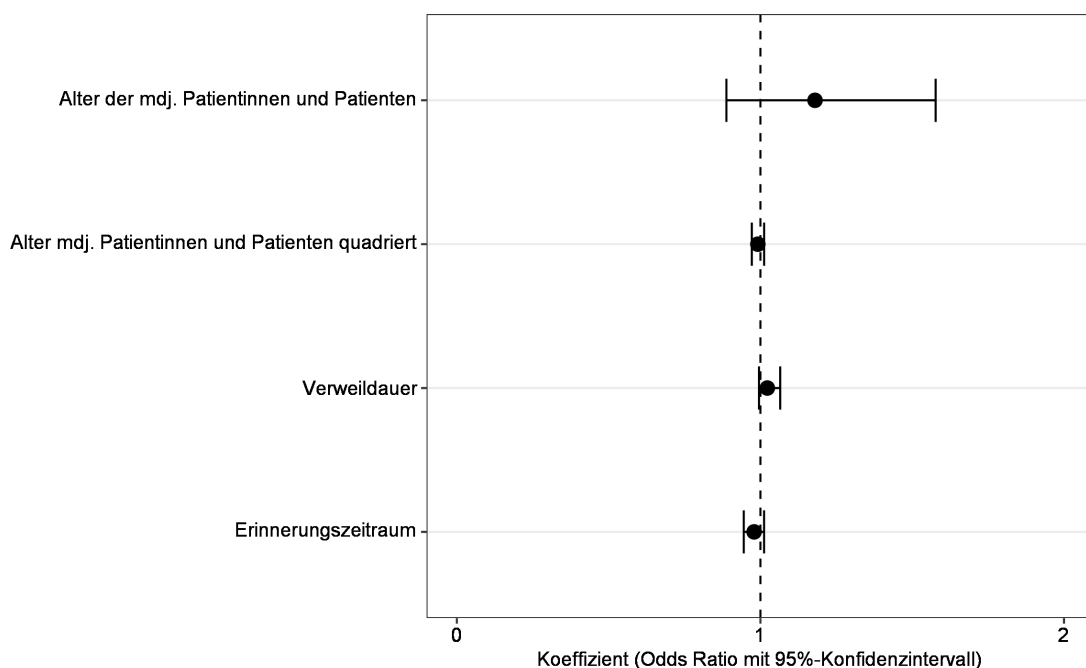


Abbildung 15: Binär-logistische Regression zur Unit-Non-Response des Fragebogens „Eltern/Sorgeberechtigte“

#### 10.4.3 Analyse substanzieller Antwortkategorien

Für die folgenden deskriptiven Betrachtungen werden Items berichtet, bei denen eine einzelne substanzielle Antwortkategorie im Vergleich zu allen anderen substanziellen Antworten des Items von den Testpersonen besonders häufig (> 90 %) gewählt wurde und dies mit der Formulierung des Items zusammenhängen könnte. Zunächst werden Items aufgeführt, bei denen dies in beiden Fragebogenversionen der Fall war. Anschließend werden auffällige Items je Fragebo-

genversion beschrieben. Innerhalb der einzelnen Fragebogenversionen wird nicht nach Ausfüllperson differenziert; fremdberichtete Antworten werden stets mitberücksichtigt. Die Nummerierung der Fragen entspricht den Fragebögen des Standard-Pretests (Anhang G.1)

**Auffällige Antwortverteilungen in beiden Fragebogenversionen**

16	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, ... ... warum Sie im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)? ... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden? ... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Brauchte ich nicht Weiß nicht
----	---	---

Zwischen 90 % und 97 % der Testpersonen beider Fragebogenversionen beantworteten alle drei Items der Itembatterie 16 mit „Ja“. Um Verzerrungen aufgrund der Itemformulierung auszuschließen und den inhaltlichen Zusammenhang zwischen den Items und der Thematik „Entlassung aus dem Krankenhaus“ zu prüfen, wurde das Item (unverändert) erneut mit einer kognitiven Pretestung getestet (Abschnitt 10.5).

**Auffällige Antwortverteilungen in der Fragebogenversion für Erwachsene**

8	Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.	Ja Nein Weiß nicht
---	---	--------------------------

Ca. 92 % der Patientinnen und Patienten haben Item 8 mit „Ja“ beantwortet. Um zu überprüfen, ob die auffällige Antwortverteilung durch die Itemformulierung zustande gekommen ist, wurde in einer weiteren kognitiven Pretestung das Frageverständnis und der Zeithorizont der Formulierung „zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten“ geprüft.

10	Konnten Sie im Krankenhaus eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	Ja Nein Ich hatte keine Fragen Immer Meistens Selten Nie Weiß nicht
----	--	--

Ca. 95 % der Patientinnen und Patienten beantworteten Item 10 mit „Ja“. Vor dem Hintergrund berichteter Erreichbarkeitsprobleme z. B. durch Personalknappheit im Krankenhaus erscheint

dieses Ergebnis ungewöhnlich hoch. Die Antwortverteilung könnte mit der Gestaltung des Antwortformats zusammenhängen. Ein „Nein“ könnte in diesem Kontext von den Testpersonen im Sinne von „Niemals“ interpretiert werden. Da es unwahrscheinlich ist, dass im Krankenhaus „nie“ oder „niemals“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ansprechbar waren, kann vermutet werden, dass die Befragten dazu tendierten, die Antwortoption „Ja“ zu wählen. Um die Erreichbarkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Fragen differenzierter beantworten zu können, wurde das Antwortformat in „Immer, Meistens, Selten, Nie“ abgeändert.

Da das ursprüngliche Item im Fragebogen gleichzeitig eine Filterfunktion hatte und das neue Antwortformat „Immer, Meistens, Selten, Nie“ nicht kompatibel mit Sprunganweisungen ist, wurde zudem eine neue Filterfrage vorgelagert, über die erfasst wird, ob Patientinnen und Patienten überhaupt Fragen zu ihrer Entlassung hatten. Es findet eine analoge Anpassung für die Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ statt. Das überarbeitete Antwortformat wurde in die erneute kognitive Pretestung aufgenommen.

**Weitere auffällige Verteilungen der substanziellen Antwortkategorien**

Zudem gab es bei Item 28 eine auffällige Verteilung der substanziellen Antwortkategorien „Ja“ / „Nein“ und der nicht substanziellen Antwortkategorie „Brauchte ich nicht“.

28	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ... ... einen Termin zur <u>direkten Weiterbehandlung</u> bei einer Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste von Kontaktdaten)?  ... Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	Ja Nein Brauchte ich Weiß nicht
----	---	--

28 (neu)	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ... ... einen Termin zur <u>direkten Weiterbehandlung</u> bei einer Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste von Kontaktdaten)?	Ja Nein <b>Ich brauchte keine Unterstützung</b>  <b>Es war kein Arzttermin zur Weiterbehandlung notwendig</b> Weiß nicht
-------------	--	---

Die Antworten zu Item 28 verteilten sich zu ca. jeweils einem Drittel gleichmäßig auf die Antwortoptionen „Ja“, „Nein“ und „Brauchte ich nicht“. Es ist davon auszugehen, dass (sowohl in der Stichprobe als auch im Regelbetrieb) nur ein sehr kleiner Teil der Patientinnen und Patienten aufgrund ihres Gesundheitszustands einen tatsächlichen Unterstützungsbedarf durch das Krankenhaus bei der Terminfindung bei einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt vorweist. Daher war zu erwarten, dass der Anteil der „Brauchte ich nicht“-Antworten im

Vergleich zu den substanziellen Antwortoptionen relativ hoch ausfällt; dies ist nicht eingetreten. Daraus ergibt sich die Vermutung, dass die Antwortoptionen „Nein“ und „Brauchte ich nicht“ von den Testpersonen nicht adäquat verwendet wurden und sich unter den „Nein“-Antworten („es hat keine Unterstützung stattgefunden“) ein gewisser Anteil an Patientinnen und Patienten befindet, die gar keinen Unterstützungsbedarf vorweisen und deshalb auch keine Unterstützung erhalten haben. Vor diesem Hintergrund wurden in beiden Fragebogenversionen die Antwortoption „Brauchte ich nicht“ in „Ich brauchte keine Unterstützung“ und „Es war kein Arzttermin zur Weiterbehandlung notwendig“ differenziert. Auf diese Weise sollten die Testpersonen zur Beantwortung in stärkerem Maße ihren tatsächlichen Unterstützungsbedarf heranziehen. Das veränderte Item wurde in der erneuten kognitiven Pretestung getestet.

29 (neu)	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ... ... Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	Ja Nein <b>Ich brauchte keine Unterstüt- zung</b> <b>Es waren keine Anträge not- wendig</b> Weiß nicht
-------------	---	--

Das Item zur Unterstützung bei Anträgen zur Weiterversorgung war – wie oben abgebildet – ursprünglich ebenfalls Teil von Item 28. Die differenzierteren, nicht substanziellen Antwortoptionen aus dem Item zur Terminfindung bei niedergelassen Ärztinnen und Ärzten wurden daher auch auf dieses Item übertragen, und das Item wurde aufgrund des Layouts als separate Frage in den Fragebogen aufgenommen. Die modifizierten Antwortkategorien wurden in beiden Fragebogenversionen angepasst und in die weitere kognitive Pretestung aufgenommen.

#### 10.4.4 Analyse nicht substanzieller Antworten

##### Analyse von „Weiß nicht“-Antworten auf Itemebene

Insgesamt sind in den Fragebögen 58 Items mit einer „Weiß nicht“-Antwortoption enthalten. Wie in Tabelle 30 dargestellt, wurde die Antwortoption „Weiß nicht“ nur selten gewählt. 57 Items mit dieser Antwortoption haben einen „Weiß nicht“-Anteil von unter 5 %. Lediglich ein Item hat einen „Weiß nicht“-Anteil zwischen 6 % und 10 %.

Tabelle 30: Anteil der „Weiß nicht“-Antworten pro Item gemeinsam für beide Fragebogenversionen im Standard-Pretest

Anteil „Weiß nicht“-Antworten pro Item	n (%)
0 % bis 5 %	57 (98,3)
6 % bis 10 %	1 (1,7)
Mehr als 10 %	0 (0)
<b>Gesamt</b>	<b>58 (100,0)</b>

Innerhalb der Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte gab es kein Item mit einem „Weiß nicht“-Anteil von über 10 %. Bei der Fragebogenversion für Erwachsene gab es unter den Patientinnen und Patienten, die angaben, den Fragebogen allein ausgefüllt zu haben, ebenfalls kein Item mit einem „Weiß nicht“-Anteil von über 10 %. Unter den reinen Fremdauskünften (Proxy-Angaben) fiel der Anteil an „Weiß nicht“-Antworten mit bis zu 25 % wie erwartet höher aus. Die absolute Häufigkeit an „Weiß nicht“-Antworten war in dieser Subgruppe mitunter sehr gering (zwischen 9 und 27 „Weiß nicht“-Antworten durch Proxy-Personen pro Item). Aus diesem Grund ist eine weitere Betrachtung auf Itemebene innerhalb der Proxy-Antworten nicht zielführend. Nichtsdestotrotz lässt sich erkennen, dass eher höhere Anteile an „Weiß nicht“-Antworten unter den Proxy-Angaben wie erwartet bei Items vorliegen, die Detailwissen z. B. zur differenzierten Medikamentenaufklärung erfordern.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass bei beiden Fragebogenversionen grundsätzlich keine Hinweise auf Erinnerungs- oder Wissensproblematiken vorliegen. Es wurde daher kein Item auf Grundlage der Analyse der „Weiß nicht“-Antworten verändert. Darüber hinaus lässt sich eine Tendenz dazu erkennen, dass die „Weiß nicht“-Antwort von Proxy-Personen gut angenommen wird und davon auszugehen ist, dass die Datenvalidität bezüglich Wissensproblematiken bei Proxy-Personen nicht beeinträchtigt wird.

#### Analyse von „Brauchte ich nicht“-Antworten auf Itemebene

Die beiden Fragebogenversionen enthalten insgesamt 33 Items mit der Antwortoption „Brauchte ich nicht“ (bzw. Abwandlungen davon). Auch hier wurden Items mit einem erhöhten Anteil an „Brauchte ich nicht“-Antworten (50 % bis 70 %) hinsichtlich möglicher Interpretations- oder Verständnisschwierigkeiten betrachtet.<sup>54</sup> Lediglich im Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ wurden bei zwei Items die Beispiele aufgrund eines erhöhten Anteils an „Brauchte ich nicht“-Antworten angepasst.

<sup>54</sup> In der Fragebogenversion „Erwachsene“ wiesen 3 Items einen erhöhten Anteil an „Brauchte ich nicht“-Antworten auf (Item 24, 32.2 und 36). In der Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ waren es 4 Items (Item 9, 18.1, 20.3 und 28.2).

**„Brauchte ich nicht“-Antworten mit > 50 % in der Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte**

18	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. <del>Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel</del> <b>Situation in der Familie, Unterstützung bei der Pflege</b> )?	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Brauchte ich nicht Weiß nicht
----	--	---

Bei Item 18 gaben etwa die Hälfte der befragten Eltern an, dass sie eine Klärung der Lebens- und Versorgungssituation vor dem Krankenhausaufenthalt nicht gebraucht haben. Die Intention des Items besteht darin, dass im Krankenhaus die Lebenssituation der Kinder erfasst wird, also z. B. das familiäre Umfeld, in dem ein Kind betreut und versorgt wird. Vor dem Hintergrund, dass das Abklären der Lebens- und Versorgungssituation als Routinefragen Teil der Anamnese sind, erscheint der Anteil an „Brauchte ich nicht“-Antworten ungewöhnlich hoch. Es stellt sich daher die Frage, ob die Beispiele im Itemtext die Intention des Items nicht zielgenau treffen und das Item daher missverstanden wird. Um dies zu überprüfen, wurden die Beispiele stärker auf die Familiensituation (bzw. Lebenssituation der Kinder) zugeschnitten. Das Item wurde über eine kognitive Pretestung erneut geprüft.

20	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... [...] ... welche Hilfsmittel Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> benötigt (z. B. Gehhilfen, <del>Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung</del> <b>Dusch-/Badehilfen, Pflegebett, Material zur Wundversorgung</b> )?	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Brauchte ich nicht Weiß nicht
----	--	---

Ebenfalls ca. 60 % der Eltern gaben an, dass sie keine Informationen über Hilfsmittel gebraucht haben. Die Beispiele wurden daher noch einmal hinsichtlich der Versorgungsrealität von Kindern nachgeschärft und das Item in die kognitive Pretestung aufgenommen.

**10.4.5 Item-Non-Response-Analyse**

Bei der Item-Non-Response-Analyse wird untersucht, ob es Items je Fragebogenversion gibt, die vermehrt nicht beantwortet wurden. Items, die aufgrund von Sprunganweisungen bei Filterfragen nicht beantwortet werden mussten, wurden im Vorfeld bereinigt.<sup>55</sup> Wie in Tabelle 31 zu sehen ist, gibt es kaum Items, die häufig (> 10 %) nicht beantwortet wurden. In der Fragebogenversion für Erwachsene gibt es 14 und in der Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte 13 Items mit einem Anteil von mehr als 10 %. Dabei ist zu beachten, dass jeweils 13 dieser Items der Itembatterie zur Erfassung von Komorbiditäten angehören, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Abzüglich dieser Items zur Erfassung von Komorbiditäten liegen in der Fragebo-

<sup>55</sup> Mit Blick auf die Handhabbarkeit der Fragebögen für Filterfragen ergaben die Erkenntnisse des Standard-Pretests keine Änderungen.

genversion für Eltern/Sorgeberechtigte keine Items und in der Fragebogenversion für Erwachsene lediglich ein Item mit mehr als 10 % Item-Non-Response vor. Im Folgenden werden die Items berichtet, die einen Item-Non-Response-Anteil von >10 % haben und bei denen Grund zur Annahme besteht, dass dies mit der Itemformulierung zusammenhängt. Die Darstellung der Items erfolgt wieder entlang der Fragebogenversionen.

Tabelle 31: Anteil Item-Non-Response auf Itemebene im Standard-Pretest

Anteil Item-Non-Response pro Item	Fragebogenversion „Erwachsene“ n (%)	Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ n (%)
0 % bis 5 %	65 (79,3)	69 (81,1)
6 % bis 10 %	3 (3,7)	3 (3,5)
Mehr als 10 %	14° (17,0)	13° (15,2)
<b>Gesamt</b>	<b>82 (100,0)</b>	<b>85 (100,0)</b>

Anmerkung: ° Enthält 13 Einzelitems zu Komorbiditäten

**Item-Non-Response > 10 % in beiden Fragebogenversionen**

46	Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt? Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma) ...	Ja Nein
----	--	------------

Die Itembatterie zur Erfassung der Komorbiditäten (insgesamt 13 einzelne Items) weist in beiden Fragebogenversionen einen erhöhten Non-Response-Anteil auf. Die Testpersonen werden dazu aufgefordert, jede der angegebenen Erkrankungen mit „Ja“ oder „Nein“ zeilenweise zu beantworten. Bereits aus den kognitiven Pretestungen ist bekannt, dass Befragte dazu tendieren, nur vorhandene Erkrankungen mit „ja“ anzukreuzen. Die explizite Verneinung wird also häufig vergessen. Das Antwortformat lässt sich allerdings nicht darauf reduzieren, nur Erkrankungen anzugeben, die vorliegen, da eine spätere Unterscheidung zwischen einem tatsächlichen Nichtvorliegen und einer (zufälligen) Item-Non-Response dann nicht möglich ist. Frage 46 bleibt daher unverändert.

**Item-Non-Response > 10 % in der Fragebogenversion für Erwachsene**

32	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... ... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren? ... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	Ja Nein Brauchte ich nicht Weiß nicht
----	---	--

Im Fragebogen „Erwachsene“ hat neben den Items zu Komorbiditäten auch das Item zur Organisation einer Haushaltshilfe einen hohen Non-Response-Anteil von ca. 25 %. Das Item zur Organisation einer häuslichen Krankenpflege, welches sich mit dem genannten Item in Frage 32 befindet, hat einen deutlich geringeren Anteil fehlender Angaben (ca. 8 %). Das Item zur Organisation einer Haushaltshilfe wurde daher über eine kognitive Pretestung erneut auf Interpretations- oder Verständnisschwierigkeiten untersucht. Dabei sollte zunächst geprüft werden, ob beide Stimuli (Pflegedienst und Haushaltshilfe) in der vorgelagerten Filterfrage 31 korrekt verstanden werden. Zusätzlich wurde geprüft, ob der Begriff „Haushaltshilfe“ bei der Beantwortung problematisch ist.

14	Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ... ... sich für mich und meine Situation interessiert. ... mir aufmerksam zugehört.	Immer Meistens Selten Nie Weiß nicht
----	---	--

Zudem wurden beide Items zur Kommunikation mit dem Sozialdienst in die erneute kognitive Pretestung aufgenommen. Der Anteil an Item-Non-Response-Antworten liegt zwar bei beiden Items unter 10 %, allerdings ist auch bei dieser Itembatterie, ähnlich wie im oben beschriebenen Item 32, ein Non-Response-Gefälle zu beobachten. Das Item „sich für meine Situation interessiert“ hat ca. 5 % weniger Item-Non-Response-Antworten als das Folgeitem „mir aufmerksam zugehört“. In der kognitiven Pretestung sollte daher erneut geprüft werden, ob Verständnis- oder Interpretationsprobleme zu dieser beobachteten Antwortverteilung führen.

**Item-Non-Response und Proxy-Antworten**

Wie in Abschnitt 10.4.1 beschrieben, fällt der Anteil an Fremdauskünften in der Stichprobe des Standard-Pretests sehr gering aus. Es lassen sich daher keine separaten Analysen innerhalb der Subgruppe der Proxys durchführen. Dennoch soll ein etwaiger statistischer Zusammenhang zwischen der ausfüllenden Person (Selbstauskunft, Proxy-Auskunft sowie gemischte Beantwortung Patientin/Patient gemeinsam mit Proxy) und der Anzahl an nicht beantworteten Items auf Personenebene mittels non-parametrischer Tests (Kruskal-Wallis-Test) untersucht werden. Ein Vergleich der mittleren Ränge zeigt, dass die Gruppen keine unterschiedliche zentrale Tendenz aufweisen. Antworten von Proxy-Personen bzw. eine gemischte Beantwortung führten also zu nicht mehr Item-Non-Response als Selbstauskünfte der Patientinnen und Patienten. Die Testergebnisse können Tabelle 3 in Anhang G.3.2 eingesehen werden.

**Item-Non-Response und Diagnosegruppen**

Eine zentrale Anforderung bei der Entwicklung der Fragebögen bestand darin, diese diagnose- bzw. indikationsübergreifend zu gestalten. Um diese Anforderung zu berücksichtigen, erfassten die teilnehmenden Leistungserbringer während der Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer die Diagnosegruppe der Patientinnen und Patienten nach ICD-10-GM-2022 (Ta-



belle 29). Da die 18 vorhandenen Diagnosegruppen innerhalb der Stichprobe sehr unterschiedlich stark ausgeprägt sind, lassen sich keine separaten Subgruppenanalysen nach Diagnosegruppen durchführen. Vor diesem Hintergrund wurde auch hier ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet, um Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in Bezug auf Item-Non-Response zu untersuchen. Ein Vergleich der mittleren Ränge zeigt hier, dass die Gruppen keine Unterschiede in der zentralen Tendenz aufweisen. Somit finden sich keine Hinweise, dass das Vorliegen einer bestimmten Diagnosegruppe dazu führt, signifikant häufiger Items zu beantworten als Patientinnen und Patienten mit anderen Diagnosegruppen. Die Testergebnisse können in Tabelle 4 im Anhang G.3.2 eingesehen werden.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass bei beiden Fragebögen keine Problematik mit Item-Non-Response vorliegt. Es wurde kein Item aufgrund hoher Anteile an Item-Non-Response-Antworten umformuliert. Zwei Itembatterien werden lediglich erneut kognitiv getestet, um Interpretations- oder Verständnisschwierigkeiten auszuschließen. Darüber hinaus lassen sich keine Anhaltspunkte bezüglich höherer Anteile an Item-Non-Response zwischen den Ausfüllpersonen sowie zwischen den Diagnosegruppen erkennen.

#### **10.4.6 Interne Konsistenz und Homogenität von Qualitätsindikatoren**

Auf Basis der Daten des Standard-Pretests wurden Analysen zur internen Konsistenz und Homogenität jener Items durchgeführt, die später zu Qualitätsindikatoren zusammengeführt werden. Für Indikatoren, die sich aus mindestens 3 Items zusammensetzen, wurden dafür die korrigierten Item-Skala-Korrelationen sowie Cronbachs Alpha, McDonalds Omega und Loewingers  $H$  berechnet. Für die Indikatoren, welche nur aus 2 Items bestehen, wurde der  $\chi^2$ -Test und das Zusammenhangsmaß Cramers  $V$  berechnet. Es ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die im Rahmen des Standard-Pretests berechneten o. g. Kennzahlen für interne Konsistenz und Homogenität nicht im Sinne der klassischen Testtheorie zur Prüfung des Vorliegens eines unidimensionalen latenten Konstrukts interpretiert werden, sondern als Maß für die inhaltliche Verbundenheit der durch eine formative Entwicklung entstandenen Items (Abschnitt 6.3.8).

In Anhang G.4 sind die Ergebnisse für die Maße der internen Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Indikatoren dargestellt. Insgesamt ergaben sich für alle zusammengestellten Indikatoren messtheoretische Werte, die auf einen inhaltlichen Zusammenhang der Items innerhalb der Qualitätsindikatoren deuten. Alle Indikatoren mit mindestens 3 Items weisen sowohl Cronbachs-Alpha- als auch McDonalds-Omega-Werte teils deutlich höher als 0,6 und Loewingers  $H$  über 0,3 auf. Die beiden Qualitätsindikatoren mit jeweils 2 Items zeigen bezüglich  $\chi^2$  und Cramers  $V$  signifikant positive Zusammenhänge.

#### **10.5 Kognitive Pretestung von Items nach dem Standard Pretest**

Im Anschluss an den Standard-Pretest erfolgte eine weitere kognitive Pretestung einzelner Items. In diese kognitive Pretestung wurden Items aufgenommen, bei denen auf Basis der Ergebnisse aus dem Standard-Pretest Formulierungen verändert wurden (Abschnitt 10.4). Zudem sind Items kognitiv getestet worden, die im Rahmen vorangegangener Entwicklungsschritte, z. B. nach dem kognitiven Pretest, verändert oder neu aufgenommen wurden. Somit konnte

eine Prüfung solcher Items sowohl durch den Standard-Pretest als auch durch die erneute kognitive Pretestung erzielt und damit die Intention der Frage und die Verständlichkeit dieser Items abgesichert werden. Im Rahmen der kognitiven Pretestung wurden alle Testpersonen darum gebeten, zunächst den Fragebogen vollständig auszufüllen. Im Anschluss daran wurden die vorab identifizierten Items gezielt getestet.

#### **10.5.1 Stichprobenbeschreibung**

Die kognitiven Interviews wurden im Juli und August 2022 mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen von Patientinnen und Patienten sowie mit Eltern bzw. Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten aus dem Großraum Berlin und Frankfurt am Main durchgeführt. Insgesamt wurden 6 Patientinnen und Patienten, 3 Angehörige von Patientinnen und Patienten und 6 Eltern bzw. Sorgeberechtigte von minderjährigen Patientinnen und Patienten befragt. Pro Interview war eine Dauer von ca. 60 bis 90 Minuten vorgesehen.

Gemäß den Angaben aus den Kurzfragebögen waren die 15 Testpersonen zum Zeitpunkt des kognitiven Interviews im Durchschnitt 47,8 Jahre alt. Die jüngste Testperson war 31 Jahre und die älteste 78 Jahre alt. Frauen waren zu 60 % vertreten. Es wurden Testpersonen mit niedrigem (6,7 %), mit mittlerem (46,7 %) und hohem (46,7 %) Bildungsniveau interviewt. Hinsichtlich der Angaben zum Krankenhausaufenthalt und zur Weiterversorgung der entlassenen Patientinnen und Patienten waren 6 aufgrund einer psychischen Erkrankung in Krankenhausbehandlung. Rund die Hälfte der entlassenen Patientinnen und Patienten benötigte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Anschlussversorgung in Form von ambulanten Therapien. Nahezu alle Patientinnen und Patienten wurden nach Hause entlassen. Insgesamt konnte bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung der Testpersonen und der benötigten Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten nach Entlassung ein breites Spektrum abgedeckt werden. Detaillierte Angaben zu den soziodemographischen sowie erkrankungs- und behandlungsbezogenen Charakteristika der Testpersonen bzw. entlassenen Patientinnen und Patienten können Anhang H.3 entnommen werden.

#### **10.5.2 Beantwortungsdauer der Fragebögen**

Bei allen Testpersonen (n = 15) wurde die Beantwortungsdauer gemessen. Insgesamt lag die durchschnittliche Dauer für die Beantwortung der Fragebögen bei 15,10 Minuten (Median = 14, Minimum = 9, Maximum = 30). Dabei zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten etwas mehr Zeit benötigten als die Angehörigen von Patientinnen und Patienten sowie Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten. In Tabelle 32 sind die Ausfüllzeiten der Testpersonen zusammengefasst. Zudem wurden die Testpersonen befragt, wie schwer oder leicht ihnen das Ausfüllen des Fragebogens fiel. Dabei zeigte sich gruppenübergreifend, dass den Testpersonen das Ausfüllen des Fragebogens überwiegend leichtfiel und von ihnen nicht als belastend wahrgenommen wurde.

Tabelle 32: Ausfüllzeit des Fragebogens in der kognitiven Pretestung nach dem Standard-Pretest

Ausfüllzeit in Minuten	Gesamt (n = 15)	Patientinnen und Patienten (n = 6)	Angehörige (n = 3)	Eltern/Sorgeberechtigte (n = 6)
MW (SD)	15,1 (5,5)	17,7 (7,4)	12,7 (3,5)	13,8 (3,3)
Median (Range)	14 (9 – 30)	15,5 (10 – 30)	13 (9 – 16)	14,5 (9 – 17)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*)

### 10.5.3 Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit der erfragten Informationen

Zudem wurden im kognitiven Pretest erneut die Erinnerbarkeit an die erfragten Situationen sowie die Beurteilbarkeit der Items seitens der Testpersonen überprüft. Für die Überprüfung der Erinnerbarkeit wurde für die befragten Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Eltern/Sorgeberechtigten ein Erinnerungszeitraum zwischen der Entlassung und dem Zeitpunkt der kognitiven Interviews zwischen 2 bis 13 Wochen vorab definiert. Im Ergebnis zeigte sich für alle getesteten Personen eine gute Erinnerbarkeit an die erfragten Situationen. Keine der Testpersonen hatte bei der Beantwortung der Fragen Schwierigkeiten sich zu erinnern. Mit Blick auf die Beurteilbarkeit konnte ebenfalls festgestellt werden, dass sich die Testpersonen gruppenübergreifend in den erfragten Informationen bzw. Situationen wiedergefunden haben und demzufolge ein kontextueller Konsens zum Fragebogen bestand. In Tabelle 33 kann die Verteilung der Erinnerungszeiträume zwischen den Testpersonen (n = 15) eingesehen werden.

Tabelle 33: Erinnerungszeiträume zwischen Entlassung und den kognitiven Interviews nach dem Standard-Pretest

Zeitraum zwischen Entlassung und kognitiven Interview (in Wochen); Anzahl Testpersonen	Gesamt	Patientinnen und Patienten	Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten	Eltern/Sorgeberechtigte von minderjährigen Patientinnen und Patienten
2 – 5 Wochen; n	6	3	1	2
6 – 9 Wochen; n	5	1	1	3
10 – 13 Wochen; n	4	2	1	1

### 10.5.4 Überarbeitung von Items

In die kognitive Pretestung sind sowohl Items auf Basis der Ergebnisse aus dem Standard-Pretest eingegangen als auch Items, die im Rahmen weiterer Entwicklungsschritte verändert oder neu aufgenommen wurden. Aufgrund des gewählten Testansatzes, dass jede Testperson den Fragebogen zunächst vollständig ausfüllte, wurden auch solche Items indirekt getestet, die nicht explizit im entwickelten Testleitfaden als Probing-Fragen aufgeführt wurden. Ein Auszug der Testleitfäden mit Übersicht der Probing-Fragen findet sich in Anhang H.2. Im Folgenden werden nur solche Items aufgeführt, die anhand der Ergebnisse aus der kognitiven Pretestung überarbeitet

oder gestrichen wurden. Durch Streichungen und Fettungen im Fragetext werden die Anpassungen visualisiert. Die Überarbeitung der Items wurde für beide Fragebogenversionen vorgenommen, sofern sich Änderungen nicht explizit nur auf eine der Fragebogenversionen bezogen haben. Die Nummerierung der Items entspricht den Fragebogenversionen in Anhang H.1.

**Kommunikation mit dem Krankenhauspersonal**

11	Konnten Sie im Krankenhaus <del>eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter</del> <b>jemanden</b> erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	Immer Meistens Selten Nie Weiß nicht
----	---	--

**Testergebnis:** Im Rahmen der kognitiven Pretestung wurde deutlich, dass die Testpersonen unterschiedliche Professionen mit der Frage assoziieren, wie z. B. Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Ärztinnen und Ärzten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes. Diese Interpretation stimmt mit dem intendierten Ziel überein. Es zeigte sich jedoch in diesem Zusammenhang, dass Testpersonen, die an mehr als eine Berufsgruppe bei der Beantwortung der Frage dachten, Schwierigkeiten bei der Wahl einer Antwortoption aufwiesen; insbesondere dann, wenn die jeweiligen Berufsgruppen jeweils in unterschiedlich hohem Maß für Fragen zur Entlassung erreichbar waren. In diesen Fällen waren die Testpersonen bestrebt, eine durchschnittliche Bewertung aus der erbrachten Leistung aller assoziierten Berufsgruppen zu ziehen. Um die Beantwortung der Frage im Regelbetrieb zu erleichtern und das Ziel des Items zu fokussieren, wurde „eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter“ durch „jemanden“ ersetzt. Hierdurch soll das Hauptaugenmerk darauf gerichtet werden, dass unabhängig der Profession die Tatsache der Erreichbarkeit für Fragen zur Entlassung im Vordergrund steht.

**Beratung von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes**

14	<del>Haben Sie während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes gesprochen?</del> <b>Wurden Sie während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten?</b>	Ja Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte Brauchte ich nicht Weiß nicht
----	--	---

**Testergebnis:** In der kognitiven Pretestung zeigte sich bei wenigen Testpersonen, dass die Frage nach einem Gespräch mit dem Sozialdienst nicht entsprechend der tatsächlich erbrachten Leistung des Krankenhauses von den Testpersonen beantwortet wurde, was sich im Ergebnis aber nicht auf die Qualitätsmessung auswirkt. So beantworteten einzelne Testpersonen die Frage mit „Brauchte ich nicht“, obwohl sie im Rahmen ihrer Krankenhausbehandlung ein Beratungsgespräch mit einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter vom Sozialdienst geführt hatten, in dessen Rahmen sich dann herausstellte, dass kein weiterer Beratungsbedarf besteht. Damit von

den Befragten bei dieser Frage zukünftig auch diese Art der Beratung assoziiert werden, wurde der Fragetext entsprechend umformuliert.

**Informationen zur Diagnose, Behandlung und Behandlungsergebnisse**

17	<p><del>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, ...</del></p> <p><del>... warum Sie im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)?</del></p> <p><del>... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden?</del></p> <p><del>... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?</del></p>	<p><del>Ja</del></p> <p><del>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</del></p> <p><del>Brauchte ich nicht</del></p> <p><del>Weiß nicht</del></p>
----	--	--

**Testergebnis:** Im Rahmen der kognitiven Pretestung zeigte sich, dass Informationen zur Diagnose, zu den medizinisch notwendigen Behandlungen und zu den Behandlungsergebnissen von den Testpersonen nicht primär dem Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus zugeordnet wurden. Vielmehr sind dies Informationen, die im Rahmen der Aufnahme und Behandlung im Krankenhaus an die betroffenen Patientinnen und Patienten weitergegeben werden. Da das zu entwickelnde Befragungsinstrument aber auf den Entlassprozess aus einem Krankenhaus fokussiert und auch nur in diesem Zusammenhang Aussagen zur Qualität treffen soll, wurde Frage 17 gestrichen.

**Information zur Behandlung, zu Therapie und zu Hilfsmitteln in der Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte**

21	<p>Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...</p> <p>[...]</p> <p>... welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind nach der Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, <b>Sprachtherapie</b>, Psychotherapie, Rehabilitation)?</p>	<p>Ja</p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</p> <p>Brauchte ich nicht</p> <p>Weiß nicht</p>
----	---	--

**Testergebnis:** Im kognitiven Pretest zeigte sich, dass die verwendeten Beispiele nicht ganz auf die individuelle Situation von Eltern/Sorgeberechtigten minderjähriger Patientinnen und Patienten gepasst haben. Für eine höhere Identifikation der Befragten mit dem vorliegenden Item wurde das Beispiel „Sprachtherapie“ aufgenommen.

**Unterstützung bei der Organisation der Weiterversorgung**

29	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ... ... einen Termin zur <del>direkten Weiterbehandlung</del> bei ei- ner Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärz- tin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste von Kontaktdaten)?</p>	<p>Ja Nein <del>Ich brauchte keine Unterstützung</del> <del>Es war kein Arztter- min zur Weiterbe- handlung notwendig</del> Weiß nicht</p>
----	--	--

**Testergebnis:** Im kognitiven Pretest zeigte sich, dass die Testpersonen die Frage nicht wie inten- diert verstanden haben. So zielt die Frage auf Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Entlass- bedarf ab, die im Rahmen ihrer Weiterversorgung notwendigerweise medizinisch durch eine Fachärztin oder einen Facharzt betreut werden müssen. Hierfür sollen im Entlassprozess Unter- stützungen seitens des Krankenhauses angeboten werden, um eine nahtlose Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Damit sind jedoch nicht obligatorische Kontroll- oder Nachsorgetermine bei bereits bekannten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gemeint; die überwiegende Anzahl der Testpersonen verstand das Item nicht wie intendiert. Das Item wurde daher gestrichen.

**Unterstützung bei der Antragsstellung zur Weiterversorgung**

30	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, An- träge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Re- habilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?</p>	<p>Ja Nein <b>Brauchte ich nicht</b> <del>Ich brauchte keine Unterstützung</del> <del>Es waren keine An- träge notwendig</del> Weiß nicht</p>
----	--	---

**Testergebnis:** Im Rahmen des kognitiven Pretests zeigte sich, dass die Testpersonen die im Zuge der Überarbeitung von Item 29 eingeführte und für Item 30 angepasste Antwortoption „Es wa- ren keine Anträge notwendig“ wenig bzw. gar nicht genutzt haben. Wenn Testpersonen keine Anträge benötigten, wählten sie überwiegend die Antwortoption „Ich brauchte keine Unterstüt- zung“. Aus diesem Grund wurde die Antwortoption „Es waren keine Anträge notwendig“ gesti- chen und die ursprüngliche Antwortoption „Brauchte ich nicht“ beibehalten.

**Information zur Weiterversorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus**

31	Wurden Ihnen im Krankenhaus Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, <b>Psychotherapie</b> )?	Ja Nein Weiß nicht
----	--	--------------------------

**Testergebnis:** In der kognitiven Pretestung zeigte sich, dass sich psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten in den vorgegebenen Therapiebeispielen nicht vollständig wiederfinden konnten und somit die Beantwortung der Frage erschwert war. Um das Frageverständnis zu verbessern, wurde das Beispiel „Psychotherapie“ ergänzt.

**Unterstützung bei der Organisation von Unterstützungsangeboten**

34	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung  ... <del>eine häusliche Krankenpflege</del> <b>einen Pflegedienst</b> zu organisieren?  ... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	Ja Nein Brauchte ich nicht Weiß nicht
----	--	--

**Testergebnis:** Im Rahmen des kognitiven Pretests hatten die Testpersonen keinerlei Verständnisschwierigkeiten bezüglich der Frage und der verwendeten Begriffe „häusliche Krankenpflege“ und „Haushaltshilfe“. Alle Testpersonen konnten eine Differenzierung zwischen beiden Unterstützungsleistungen vornehmen. Im Anschluss an die kognitive Pretestung wurde dennoch der Begriff „häusliche Krankenpflege“ durch den Begriff „Pflegedienst“ ersetzt, um die im Fragebogen verwendeten Begriffe zu vereinheitlichen.

**10.5.5 Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle Testpersonen die getesteten Fragebögen gut verstanden haben. Als positiv hervorgehoben wurden die einfache und klare Formulierung der Fragetexte sowie das übersichtliche Design, das beim Beantworten der Fragen eine klare Struktur vorgibt. Der Umfang der Fragebögen wurde von den Testpersonen als angemessen bewertet, was sich auch in der Ausfüllzeit mit durchschnittlich 15 Minuten zeigt. Alle Testpersonen konnten sich an die erfragten Situationen sehr gut bis gut erinnern. Zudem konnten sich die Befragten übergreifend in den erfragten Situationen inhaltlich wiederfinden. Im Ergebnis wurden 4 Items gestrichen und das Layout des Fragebogens an den entsprechenden Stellen angepasst. Bei weiteren 4 Items wurden gezielt Veränderungen durch bspw. das Hinzunehmen von weiteren Ankerbeispielen oder das Ersetzen von Begriffen vorgenommen mit dem Ziel der inhaltlichen Konkretisierung der Frageformulierung und damit einer besseren der Verständlichkeit der Items.

## 10.6 Ergebnis der Fragebogenentwicklung

Mit den in Abschnitt 9.3 dargestellten Qualitätsmerkmalen als Grundlage der Fragebogenentwicklung wurden die Themen der Patientenbefragung über Items operationalisiert. Auf diese Weise wurden die Qualitätsmerkmale in eine Form überführt, die von den Befragten beurteilt werden kann. Über das Pretest-Verfahren mit dem kognitiven Pretest, dem Standard-Pretest und anschließender weiterer kognitiver Pretestung wurde die Verständlichkeit und Interpretation der Fragen, deren messtheoretische Eigenschaften sowie die Beantwortbarkeit der Fragebögen überprüft. Es konnten keine prinzipiellen Einschränkungen hinsichtlich der Befragbarkeit der Zielpopulation festgestellt werden. Sowohl im kognitiven Pretest als auch im Standard-Pretest zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten, Angehörige als Proxy-Personen sowie Eltern/Sorgeberechtigte die Fragen verstehen und die benötigten Informationen aus ihrem Gedächtnis abrufen und beurteilen und die Fragen beantworten konnten. Die in der kognitiven Pretestung ermittelte durchschnittliche Beantwortungsdauer von 15 Minuten lässt auf einen angemessenen und zumutbaren Umfang der Fragebögen schließen. Die Rücklaufquoten im Standard-Pretest sprechen insgesamt für eine Befragbarkeit der Zielpopulation und die Relevanz der erfragten Themen.

Die entwickelten Fragebögen erfüllen als standardisierte Befragungsinstrumente mit eindeutig interpretierbaren Items, welche die in den Qualitätsmerkmalen dargelegten Qualitätsanforderungen operationalisieren und in einem für die Befragten zumutbaren Umfang valide erfassen, die vom IQTIG in den „Methodischen Grundlagen“ dargelegten Eignungskriterien des Messverfahrens (IQTIG 2022d: Abschnitt 13.3) – also Objektivität, Reliabilität, Validität und Praktikabilität. Es liegen somit zwei validierte, weitgehend inhaltsäquivalente Fragebögen vor (Anlage zum Abschlussbericht), die in ihrer bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen werden und den Ausgangspunkt für die Definition der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung darstellen:<sup>56</sup>

- **Fragebogen „Erwachsene“** adressiert die Entlassung von volljährigen Patientinnen und Patienten. Der Fragebogen richtet sich primär an die entlassene Patientin / den entlassenen Patienten. Angehörige können den Fragebogen stellvertretend für Patientinnen und Patienten ausfüllen.
- **Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“** adressiert die Entlassung von minderjährigen Patientinnen und Patienten. Der Fragebogen richtet sich primär an die Eltern/Sorgeberechtigten als Adressaten bei der Entlassung ihrer Kinder. Bei älteren Kindern können die Eltern/Sorgeberechtigten den Fragebogen gemeinsam mit den Jugendlichen ausfüllen.

---

<sup>56</sup> Änderungen einzelner Items, sowohl sprachlicher als auch inhaltlicher Art, und die Aufnahme bzw. das Entfernen einzelner Items sind nur mit einer sich anschließenden erneuten zweistufigen Pretestung möglich, da andernfalls die Validität der Fragebögen und damit die Berechnungsgrundlage der vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren nicht mehr gegeben ist.



# 11 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

## 11.1 Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

Im Folgenden wird die für die Patientenbefragung entwickelte statistische Methodik im Detail beschrieben. Aufbauend auf der in Abschnitt 7.2 erläuterten methodischen Herangehensweise, den grundlegenden Annahmen und der formalen Definition eines Indikators werden im Folgenden die konkrete Berechnung der Indikatorwerte und der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle sowie die quantitative Einstufung beschrieben. Die Darstellungen im vorliegenden Abschnitt sind gekürzte Versionen der entsprechenden Abschnitte aus den Abschlussberichten zur Entwicklung von Patientenbefragungen zu den QS-Verfahren *QS Schizophrenie*, *QS PCI*, *QS NET* und *Ambulante Psychotherapie* (IQTIG 2018a, IQTIG 2018b, IQTIG 2021a, IQTIG 2021b).

### 11.1.1 Berechnung des Indikatorwerts eines Leistungserbringers

Der Indikatorwert des  $i$ 'ten Leistungserbringers ergibt sich als Schätzwert des im Abschnitt 7.2.3 definierten Indikators,  $QI_i$ , basierend auf den für den Indikator relevanten<sup>57</sup> Patientenantworten für diesen Leistungserbringer.

Die Patientenantworten liegen bei dieser Patientenbefragung in der Anzahl an Kategorien entsprechenden, gleichabständigen Punkten zwischen 0 und 100 vor, wobei einheitlich für alle Items 100 Punkte die bestmögliche Antwort im Sinne der Qualitätssicherung abbildet (Abschnitt 7.1.2). Aufgrund statistisch-methodischer Aspekte basiert die Berechnung der Indikatorwerte und entsprechend auch der dazugehörigen Unsicherheitsintervalle nicht auf den Punkten selbst, sondern auf den entsprechenden gleichabständigen Werten zwischen 0 und 1. Insbesondere werden in der Berechnung nicht die gerundeten Punkte 0, 33, 67 und 100 im Beispiel von 4 Kategorien verwendet, sondern das Intervall von 0 bis 1 wird gleichabständig unterteilt in  $0, \frac{1}{3}, \frac{2}{3}, 1$ . Für die Darstellung der Ergebnisse werden für eine bessere Verständlichkeit wieder Punkte zwischen 0 und 100 angegeben. Mehr Details dazu finden sich in Abschnitt 11.1.1.2.

Zur Berechnung der Indikatorwerte für die Leistungserbringer wird ein Bayesianischer Modellierungsansatz verwendet (z. B. Carlin und Louis 2009). Bayesianische Verfahren haben den Vorteil gegenüber einer frequentistischen Herangehensweise, dass sie sehr flexibel, leicht interpretierbar und gut erweiterbar sind und auch bei niedrigen Fallzahlen gut funktionieren.

In der Bayesianischen Modellierung wird die A-priori-Information über die Modellparameter mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-posteriori-Verteilung der Parameter für die Inferenz über die Parameter verwendet. Je mehr Informationen aus den Daten gewonnen werden können, desto weniger fällt das Vorwissen über

---

<sup>57</sup> Es werden im Allgemeinen pro Indikator nur Antworten von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, die die Grundgesamtheitsbedingungen des Indikators erfüllen. Eine Bedingung für den Einschluss in die Berechnung eines Indikatorwerts kann bspw. sein, dass eine bestimmte Prozedur durchgeführt wurde oder dass es sich bei dem betrachteten Eingriff um einen stationären Eingriff handelte. Folglich gehen neben den Patientenantworten auf Items, die zur direkten Berechnung des Indikatorwerts benötigt werden, indirekt auch Antworten auf Items ein, die in der Definition der Grundgesamtheitsbedingung verwendet werden.

die Parameter ins Gewicht. Bei sehr kleinen Fallzahlen spielt die A-priori-Verteilung hingegen eine vergleichsmäßig große Rolle.

A-priori- und A-posteriori-Verteilungen, die für eine gegebene Verteilung der Daten den gleichen Verteilungstyp besitzen, werden als konjugierte Verteilungen bezeichnet. Die A-priori-Verteilung wird auch zur Verteilung der Daten konjugierte A-priori-Verteilung genannt. Die Verwendung konjugierter Verteilungen bringt insbesondere zwei Vorteile mit sich. Erstens lässt sich die A-posteriori-Verteilung analytisch darstellen und muss nicht mittels numerischer Verfahren approximiert werden, um Inferenz für die Parameter zu betreiben. Dies erlaubt eine effiziente Berechnung, bei der die Berechnungszeit im Vergleich zu nicht konjugierten Verteilungen wesentlich verringert wird. Zweitens liefern konjugierte Verteilungen häufig eine intuitive Interpretation dafür, wie sich die A-posteriori-Verteilung durch das Aufdatieren der A-priori-Verteilung ergibt. Aus diesen Gründen werden für die Bestimmung der Indikatorwerte der Leistungserbringer konjugierte A-priori-Verteilungen verwendet.

Im folgenden Abschnitt wird die konkrete Bestimmung der Indikatorwerte zunächst im Spezialfall nur eines binären Items im Detail erläutert. Darauf folgt die Darstellung für den allgemeinen Fall in Abschnitt 11.1.1.2.

#### 11.1.1.1 Spezialfall nur eines binären Items

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator, in den nur ein Qualitätsmerkmal einfließt, welches durch ein einziges binäres Item operationalisiert ist. In der verwendeten Notation (Abschnitt 7.2.2) bedeutet dies  $M = L_1 = 1$  und  $K_{11} = 2$ . Vorausgesetzt, eine vom  $i$ 'ten Leistungserbringer behandelte Patientin bzw. ein behandelter Patient  $j$  fällt in die Grundgesamtheit des Indikators, so kann eine Antwort  $Y_{ij11}$  entweder den Wert 0 oder 1 annehmen bzw. 0 oder 100 Punkte ergeben. Es ist auch möglich, dass die Antwort auf das Item ein fehlender Wert ist, falls die Patientin oder der Patient die Frage unbeantwortet gelassen oder keine gültige Antwort gegeben hat. In diesem Fall würde die Patientin oder der Patient nicht in die Berechnung dieses Indikators eingehen, da der Indikator in diesem Spezialfall nur aus diesem einen Item besteht, d. h., der Indikator definiert ist als  $Q_i = \theta_{i1}$ . Da es sich um ein binäres Item handelt, kann der Indikator in diesem Spezialfall als die zugrunde liegende „Erfolgswahrscheinlichkeit“, d. h. die Wahrscheinlichkeit für eine Antwort mit dem Wert 1, aufgefasst werden.

Einen Indikatorwert für den  $i$ 'ten Leistungserbringer erhält man in diesem Spezialfall, indem man einen Wert für den unbekannt Parameter  $\theta_{i1}$  aus den vorliegenden Patientenantworten des  $i$ 'ten Leistungserbringers schätzt. Die Schätzung von  $\theta_{i1}$  basiert auf der Annahme, dass die (binären) Patientenantworten  $Y_{ij11}$  Bernoulli-verteilte Zufallsvariablen mit Erfolgswahrscheinlichkeit  $\theta_{i1}$  sind und bedingt auf  $\theta_{i1}$  als unabhängig voneinander betrachtet werden können (Abschnitt 7.2.2). Die Wahrscheinlichkeitsverteilung  $F$  aus Abschnitt 7.2.3 entspricht somit einer Bernoulli-Verteilung und es gilt  $Y_{ij11} | \theta_{i1} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Ber}(\theta_{i1})$ . Daraus folgt, dass die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf  $\theta_{i1}$ ) binomial verteilt ist. Es bezeichne  $\delta_{ij11}$  einen Indikator dafür, ob für die  $j$ 'te Patientin bzw. den  $j$ 'ten Patienten eine Antwort für das Item

vorhanden ist ( $\delta_{ij11} = 1$ ) oder nicht ( $\delta_{ij11} = 0$ ) und sei  $J_{i11}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ij11}$  die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. Damit gilt

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ij11} \delta_{ij11} \mid \theta_{i1} \sim \text{Binom}(J_{i11}^*, \theta_{i1})$$

Als A-priori-Verteilung für Parameter  $\theta_{i1}$  wird die zur Binomialverteilung konjugierte Beta-Verteilung gewählt, die als eine Wahrscheinlichkeitsverteilung über die möglichen Erfolgswahrscheinlichkeiten angesehen werden kann. Diese häufig vorkommende Kombination aus binomialverteilten Daten und einer entsprechenden Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung wird auch als konjugiertes Beta-Binomialmodell bezeichnet (vgl. z. B. Carlin und Louis 2009). Die beiden Parameter der Beta-Verteilung werden mit  $a$  und  $b$  bezeichnet, d. h.

$$\theta_{i1} \sim \text{Beta}(a, b)$$

Im Spezialfall eines Qualitätsindikators mit nur einem Qualitätsmerkmal werden diese Parameter auf  $a = b = \frac{1}{2}$  gesetzt. Mit dieser Wahl entspricht die Verteilung der um Wahrscheinlichkeit  $\frac{1}{2}$  symmetrischen, nicht informativen Jeffreys' A-priori-Verteilung (Carlin und Louis 2009).

Aus der Wahl der konjugierten A-priori-Verteilung als Beta-Verteilung folgt, dass auch die A-posteriori-Verteilung, auf der basierend die Inferenz für  $\theta_{i1}$  betrieben wird, einer Beta-Verteilung entspricht. Die resultierende A-posteriori-Verteilung mit aufdatierten Parametern hat dann die Form

$$\theta_{i1} \mid y_{i111}, \dots, y_{iJ_{i11}} \sim \text{Beta} \left( a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11}, b + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right)$$

Der erste Parameter der Beta-Verteilung kann in Zusammenhang mit der Binomialverteilung als Anzahl an Erfolgen (Patientenantworten mit Wert 1) und der zweite als Anzahl an Misserfolgen (Patientenantworten mit Wert 0) angesehen werden. Somit lässt sich z. B. die Wahl der Parameter der A-priori-Verteilung bei  $a = b = \frac{1}{2}$  derart interpretieren, dass je ein halber Fall zu den beiden Antwortkategorien hinzugespielt wird. Abbildung 16 veranschaulicht die A-priori- und A-posteriori-Verteilung von  $\theta_{i1}$ . Die linke Grafik zeigt dabei die A-priori-Verteilung  $\text{Beta}(\frac{1}{2}, \frac{1}{2})$ . Die mittlere und die rechte Grafik zeigen, wie sich das Aufdatieren der A-priori-Verteilung mittels der Informationen aus den Patientenantworten auswirkt. Beide Grafiken zeigen die A-posteriori-Verteilungen im Fall einer beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7. Der Unterschied zwischen der mittleren und der rechten Grafik entsteht durch die Anzahl an vorliegenden Patientenantworten. In die mittlere Grafik gehen nur 10 Antworten ein, wohingegen für die rechte Grafik 100 Patientenantworten berücksichtigt werden. Dadurch erhalten im ersten Fall die Daten mehr und die A-priori-Informationen über den Parameter entsprechend weniger Gewicht als im zweiten Fall.

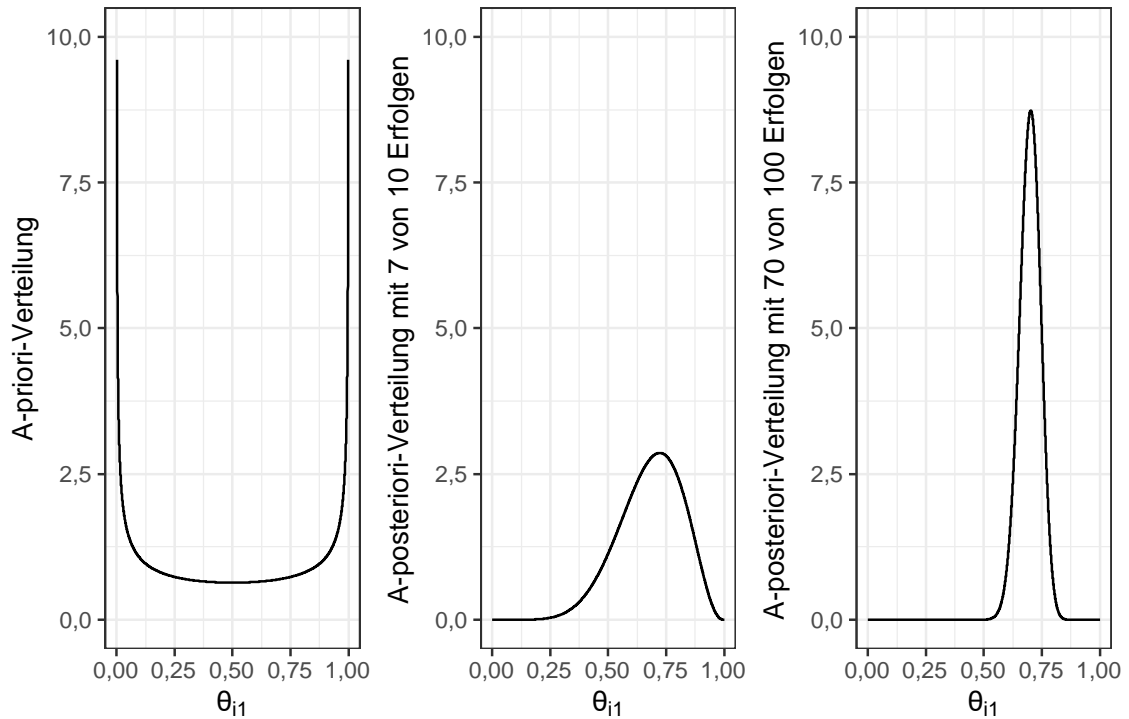


Abbildung 16: Konjugierte A-priori-Verteilung und resultierende A-posteriori-Verteilung; links: Beta-Verteilung mit Parametern  $a = b = \frac{1}{2}$ ; Mitte: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 7 von 10 Erfolgen:  $Beta(7,5, 3,5)$ ; rechts: beispielhaft resultierende A-posteriori-Verteilung bei 70 von 100 Erfolgen:  $Beta(70,5, 30,5)$

Ist die A-posteriori-Verteilung einmal ermittelt, so lassen sich basierend auf ihr Rückschlüsse auf den Parameter  $\theta_{i1}$  und somit auf den Indikator  $QI_i = \theta_{i1}$  ziehen. Der Indikatorwert des  $i$ 'ten Leistungserbringers,  $qi_i$ , wird als A-posteriori-Erwartungswert von  $\theta_{i1}$  basierend auf den Patientenantworten ermittelt, d. h.

$$qi_i := \hat{Q}I_i = E(\theta_{i1} | y_{i111}, \dots, y_{iJ_i11})$$

Der Erwartungswert einer Beta-Verteilung mit Parametern  $a$  und  $b$  ist gegeben als  $a/(a + b)$  (vgl. Carlin und Louis 2009). Somit berechnet sich der Indikatorwert für den  $i$ 'ten Leistungserbringer als

$$\begin{aligned} qi_i = \hat{Q}I_i &= \left( a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / \left( a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} + b + J_{i11}^* - \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) \\ &= \left( a + \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / (J_{i11}^* + a + b) \end{aligned}$$

Die Indikatorwerte für die Beispiele in Abbildung 16 liegen jeweils bei 0,682 (Mitte) und 0,698 (rechts). Damit liegt der Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, die auf mehr Patientenantworten beruht, näher an der beobachteten Erfolgswahrscheinlichkeit von 0,7, wohingegen der

Indikatorwert der A-posteriori-Verteilung, in die wenige Patientenantworten eingehen, dem Erwartungswert der A-priori-Verteilung, der  $\frac{1}{2}$  beträgt, näher ist. Dieser Effekt erzielt eine Stabilisierung der Ergebnisse bei niedrigen Fallzahlen, d. h., wenn nur wenig Information vorliegt.

In diesem Spezialfall mit nur einem binären Item lässt sich der Schätzer auch einfach mit dem (frequentistischen) Maximum-Likelihood-Schätzer für  $\theta_{i1}$  vergleichen. Dieser ergibt sich für ein binäres Item als Anteil an Erfolgen (Antworten mit Wert 1), d. h.

$$\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}} = \left( \sum_{j=1}^{J_i} y_{ij11} \delta_{ij11} \right) / J_{i11}^*$$

Der Vergleich mit  $\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}}$  veranschaulicht erneut das Hinzufügen je eines halben Falls zu den beiden Antwortkategorien durch die gewählte A-priori-Verteilung. Es lässt sich allgemein für das konjugierte Beta-Binomialmodell zeigen, dass sich der A-posteriori-Erwartungswert als gewichtetes Mittel aus dem Maximum-Likelihood-Schätzer  $\hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}}$  und dem A-priori-Erwartungswert ergibt (vgl. Carlin und Louis 2009), d. h.

$$E(\theta_{i1} | y_{i111}, \dots, y_{iJ_{i11}}) = w_i \hat{\theta}_{i1}^{\text{ML}} + (1 - w_i) \frac{a}{a + b}$$

wobei die Gewichte gegeben sind als  $w_i = J_{i11}^* / (J_{i11}^* + a + b)$ . Daran sieht man, dass je größer die Anzahl an eingehenden Beobachtungen  $J_{i11}^*$  ist, desto weniger die A-priori-Information über  $\theta_{im}$  ins Gewicht fällt.

Das beschriebene Vorgehen ergibt sich als Spezialfall der Methodik, die im allgemeineren Fall verwendet wird. Die allgemeine Methode wird im folgenden Abschnitt vorgestellt.

#### 11.1.1.2 Allgemeiner Fall

Allgemein kann sich ein Indikator bei der Patientenbefragung aus  $M$  Qualitätsmerkmalen zusammensetzen, die je durch potenziell mehrere zwei- oder mehrkategoriale Items operationalisiert werden. Somit ergibt sich die Verallgemeinerung vom einfachen Fall zum allgemeinen Fall aus drei wesentlichen Erweiterungen:

1. Qualitätsmerkmale können durch mehr als ein Item operationalisiert werden.
2. Items können mehr als zwei Antwortkategorien aufweisen.
3. Indikatoren können sich aus mehr als einem Qualitätsmerkmal zusammensetzen.

Die erste Erweiterung erfordert für den allgemeinen Fall keine größere methodische Erweiterung, unter der Bedingung, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals die gleiche Skala aufweisen und für die Antwortmöglichkeiten die gleichen Punkte vergeben werden. Sei dazu  $\theta_{im}$  der Kompetenzparameter zum  $m$ 'ten Qualitätsmerkmal. Der einzige Unterschied ist nun, dass für die Inferenz über  $\theta_{im}$  anstelle der Patientenantworten nur eines Items, das das  $m$ 'te Qualitätsmerkmal operationalisiert, die Patientenantworten aller Items verwendet werden.

Die zweite Erweiterung wirkt sich insbesondere auf die geeignete Annahme einer Verteilung für die Daten und eine A-priori-Verteilung für die zugrunde liegenden Parameter aus. Im allgemeinen Fall können die Antworten daher nicht mehr nur die Werte 0 und 1 annehmen. Die Antworten auf ein Item mit  $K_{ml}$  Antwortkategorien können die folgenden Werte annehmen:

$$y_{ijml} \in \left\{ 0, \frac{1}{K_{ml}-1}, \dots, \frac{K_{ml}-2}{K_{ml}-1}, 1 \right\}$$

Für  $K_{ml} = 3$  Antwortkategorien können somit die Werte 0,  $\frac{1}{2}$ , 1 und für  $K_{ml} = 4$  Kategorien die Werte 0,  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{2}{3}$ , 1 erreicht werden. Basierend auf diesen Werten und einem speziellen Multinomialmodell lässt sich der allgemeine Fall wieder auf ein konjugiertes Beta-Binomialmodell zurückführen, das nachfolgend näher beschrieben wird.

Betrachtet wird im Folgenden ein Indikator für den  $i$ 'ten Leistungserbringer, in den  $M$  Qualitätsmerkmale einfließen, die je durch  $L_m$  Items mit  $K_m := K_{ml}$  Antwortkategorien operationalisiert werden. Es wird somit vorausgesetzt, dass alle Items eines Qualitätsmerkmals gleich viele Antwortkategorien aufweisen. Weiterhin wird zur einfachen Darstellung angenommen, dass die Kategorien mit Kategorie 1 beginnen und derart geordnet sind, dass die höchste Kategorie 100 Punkten bzw. dem Wert 1 entspricht. Im Gegensatz zum Spezialfall nur eines Items gehen die Antworten einer Patientin bzw. eines Patienten auch dann in die Berechnung des Indikatorwerts ein, wenn für diese Patientin bzw. diesen Patienten Antworten auf einzelne Items des Indikators fehlen, da alle vorliegenden und für den Indikator informativen Patientenantworten für die Schätzung des zugrunde liegenden Indikators verwendet werden. Eine solche Available-case-Analyse hat den Vorteil gegenüber Complete-case-Analysen, dass alle vorliegenden Antworten genutzt werden. Grundvoraussetzung für unverzerrte Ergebnisse unter Verwendung von Available-case-Ansätzen in Zusammenhang mit der verwendeten Bayesianischen Methodik ist, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu den fehlenden Werten führt, nicht um *missing not at random* (MNAR) handelt (vgl. z. B. Molenberghs et al. 2008). Diese Annahme wird im Folgenden getroffen.

Aus der dritten Erweiterung auf den allgemeinen Fall folgt zudem, dass der Indikatorwert für den  $i$ 'ten Leistungserbringer als Kombination der A-posteriori-Verteilungen der qualitätsmerkmalsspezifischen Parameter  $\theta_{im}$ ,  $m = 1, \dots, M$ , bestimmt wird. Entsprechend der in Abschnitt 7.2.3 eingeführten Definition bestimmt sich der Indikatorwert als Mittelwert der Verteilungen der merkmalspezifischen Parameter, d. h.

$$QI_i = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im}$$

Insbesondere stellt der Indikatorwert  $QI_i$  im Bayesianischen Kontext damit selbst eine Zufallsverteilung dar.

Im Folgenden wird im Detail erläutert, welche Verteilung für die Daten verwendet wird, wie die entsprechend konjugierte A-priori-Verteilung aussieht und wie die A-posteriori-Verteilungen der Parameter kombiniert werden.

Die Verallgemeinerung der Bernoulli-Verteilung auf mehr als zwei Antwortkategorien stellt die Multinomialverteilung mit nur einer Antwort dar (vgl. z. B. Agresti (2013) für eine nähere Beschreibung der Multinomialverteilung)<sup>58</sup>. Im allgemeinen Fall wird daher angenommen, dass die Wahrscheinlichkeitsverteilung  $F$  aus Abschnitt 7.2.3 einer Multinomialverteilung entspricht, d. h. die Antwort der  $j$ 'ten Patientin bzw. des  $j$ 'ten Patienten auf das  $l$ 'te Item des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals aus einer Multinomialverteilung stammt. Im Folgenden werden die Wahrscheinlichkeiten für das Zutreffen der  $K_m$  Antwortkategorien mit  $\boldsymbol{\pi}_{im} = (\pi_{im}^1, \dots, \pi_{im}^{K_m})'$  bezeichnet, wobei sich diese zu 1 aufsummieren, d. h.  $\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k = 1$ . Aufgrund der Annahme, dass die Patientenantworten von der zugrunde liegenden Kompetenz des Leistungserbringers  $\theta_{im}$  abhängen (Abschnitt 7.2.2), lassen sich die Wahrscheinlichkeiten  $\boldsymbol{\pi}_{im}$  als Funktion von  $\theta_{im}$  darstellen, d. h.

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = (\pi_{im}^1(\theta_{im}), \dots, \pi_{im}^{K_m}(\theta_{im}))'$$

Diese Annahme einer den Wahrscheinlichkeiten für die Antwortkategorien zugrunde liegenden, latenten Größe ist eng verwandt mit dem Vorgehen in Modellen der Item-Response-Theory (IRT-Modellen) (vgl. Bühner (2011) und Abschnitt 11.1.5). Somit gilt für die Antwort der  $j$ 'ten Patientin bzw. des  $j$ 'ten Patienten auf das  $l$ 'te Item des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals

$$Y_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Mult}(1, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}))$$

Die Antworten der unterschiedlichen Patientinnen und Patienten auf das  $l$ 'te Item von Qualitätsmerkmal  $m$  bedingt auf die Kompetenz des Leistungserbringers,  $\theta_{im}$  werden als unabhängig und identisch verteilt angenommen (Abschnitte 7.2.2 und 7.2.3). Daraus ergibt sich für die Summe über die vorhandenen Patientenantworten (bedingt auf  $\theta_{im}$ ) wieder eine Multinomialverteilung. Es bezeichne  $\delta_{ijml}$  einen Indikator dafür, ob für die  $j$ 'te Patientin bzw. den  $j$ 'ten Patienten eine Antwort auf das  $l$ 'te Item von Qualitätsmerkmal  $m$  vorliegt ( $\delta_{ijml} = 1$ ) oder nicht ( $\delta_{ijml} = 0$ ). Desweiteren bezeichne  $J_{iml}^* = \sum_{j=1}^{J_i} \delta_{ijml}$  die Anzahl an vorliegenden Antworten für das  $l$ 'te Item des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals. Für die Summe über die Patientenantworten gilt somit aufgrund der Unabhängigkeitsannahme der Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale

$$\sum_{j=1}^{J_i} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{iml}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}))$$

Gemäß den Annahmen in Abschnitt 7.2.2 liegt den Patientenantworten aller  $L_m$  Items des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals der gemeinsame, unbekannte Parameter  $\theta_{im}$  zugrunde. Somit können die Antworten auf alle Items des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals für die Inferenz über  $\theta_{im}$  herangezogen werden. Es bezeichne hierfür  $J_{im}^* = \sum_{l=1}^{L_m} J_{iml}^*$  die Gesamtanzahl an vorliegenden Antworten für das  $m$ 'te Qualitätsmerkmal über alle Items und Patientinnen und Patienten hinweg. Damit ergibt sich die folgende Verteilungsannahme für die Summe über alle Patientenantworten auf Items des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals

<sup>58</sup> Da die Multinomialverteilung eigentlich eine multivariate Verteilung ist, wird zur Abgrenzung dieses Spezialfalls mit nur einer Antwort auch der Begriff „kategoriale Verteilung“ verwendet.

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}))$$

Für die Inferenz über den Kompetenzparameter  $\theta_{im}$  basierend auf den vorliegenden Patientenantworten wird eine Annahme darüber benötigt, wie die Kategoriewahrscheinlichkeiten  $\boldsymbol{\pi}_{im}$  von dem zugrunde liegenden  $\theta_{im}$  abhängen. Da es sich um ein ordinalskaliertes Outcome handelt, ist davon auszugehen, dass für steigende Werte von  $\theta_{im}$  die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der Kategorien mit höheren Punktwerten steigt. Entsprechend der gleichabständigen Punktevergabe für die Antwortkategorien (Abschnitt 7.1.2) wird angenommen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für das Zutreffen der  $k$ 'ten Antwortkategorie wie folgt aus  $\theta_{im}$  ergibt:

$$\pi_{im}^k(\theta_{im}) = \binom{K_m-1}{k-1} \theta_{im}^{k-1} (1 - \theta_{im})^{K_m-1-(k-1)}, \text{ für } k = 1, \dots, K_m$$

Die Summe über die Kategoriewahrscheinlichkeiten ergibt sich entsprechend mithilfe des binomischen Lehrsatzes als

$$\sum_{k=1}^{K_m} \pi_{im}^k(\theta_{im}) = \sum_{k=0}^{K_m-1} \binom{K_m-1}{k} \theta_{im}^k (1 - \theta_{im})^{K_m-1-k} = (\theta_{im} + (1 - \theta_{im}))^{K_m-1} = 1$$

Somit wird das Multinomialmodell mit den  $K_m$  unbekanntem Parametern auf ein Modell mit einem einzigen Parameter,  $\theta_{im}$ , reduziert, welches auch die Ordinalskalierung der Antworten berücksichtigt. Dies ermöglicht, dass die Inferenz über  $\theta_{im}$  auf die Inferenz des Parameters einer Binomialverteilung zurückgeführt werden kann, wie im Folgenden gezeigt wird.

Der angenommene Zusammenhang zum latenten Parameter  $\theta_{im}$  lässt sich auf verschiedene Weisen veranschaulichen. Grundsätzlich ergibt sich jede Kategoriewahrscheinlichkeit als Wahrscheinlichkeit einer bestimmten Kombination aus Erfolgen und Misserfolgen bezüglich der latenten Erfolgswahrscheinlichkeit  $\theta_{im}$ . Aufgrund der Anordnung der Kategorien, bei der die höchste Kategorie dem Wert von 1 entspricht, soll bei hohen Kategorien die Erfolgswahrscheinlichkeit und bei niedrigen Kategorien entsprechend die Gegenwahrscheinlichkeit dominieren. Betrachtet man die  $K_m$  möglichen Kombinationen aus Erfolgen und Misserfolgen, wenn die Reihenfolge der Kombination keine Rolle spielt, so ergeben sich bspw. im Fall von  $K_m = 3$  Kategorien die folgenden drei Kombinationsmöglichkeiten

- {Misserfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit  $(1 - \theta_{im})(1 - \theta_{im}) = (1 - \theta_{im})^2$
- {Erfolg, Misserfolg} mit Wahrscheinlichkeit  $\theta_{im}(1 - \theta_{im})$
- {Erfolg, Erfolg} mit Wahrscheinlichkeit  $\theta_{im}\theta_{im} = \theta_{im}^2$

Diese Kombinationen werden dann entsprechend mit der Anzahl an Möglichkeiten, zu der Kombination zu gelangen, gewichtet, woraus sich für  $K_m = 3$  die folgenden Kategoriewahrscheinlichkeiten ergeben

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im})^2, 2\theta_{im}(1 - \theta_{im}), \theta_{im}^2)'$$

Die resultierenden Kategoriewahrscheinlichkeiten sind in der Populationsgenetik auch als Hardy-Weinberg-Anteile (HW-Anteile) für einen polyploiden Chromosomensatz mit zwei Allelen bekannt, die zur Berechnung von Allelfrequenzen in idealen Populationen verwendet werden



(vgl. Yang und Nakaya 2006 für mehr Details zum Hintergrund der HW-Anteile). Aus diesem Grund wird die Multinomialverteilung mit den HW-Anteilen als Kategoriewahrscheinlichkeiten im Folgenden als HW-Multinomialmodell bezeichnet.

Der Fall eines binären Items ( $K_m = 2$ ), der in Abschnitt 11.1.1.1 behandelt wurde, ergibt sich als direkter Spezialfall des HW-Multinomialmodells. Die Kategoriewahrscheinlichkeiten reduzieren sich in diesem Fall auf die latente Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. die Gegenwahrscheinlichkeit der Binomialverteilung für eine Antwort mit dem Wert 1 bzw. mit dem Wert 0

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = ((1 - \theta_{im}), \theta_{im})'$$

Die Kategoriewahrscheinlichkeiten für  $K_m \in \{2, 3, 4, 5\}$  in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters  $\theta_{im}$  sind in Abbildung 17 dargestellt. Man sieht, dass passend zur Ordinalskala des Outcomes mit steigendem latenten Parameter die Kategorienwahrscheinlichkeit für höhere Kategorien zunimmt. Des Weiteren lässt sich ablesen, dass sich für jeden Wert von  $\theta_{im}$  die Wahrscheinlichkeiten der verschiedenen Antwortkategorien zu 1 aufsummieren.

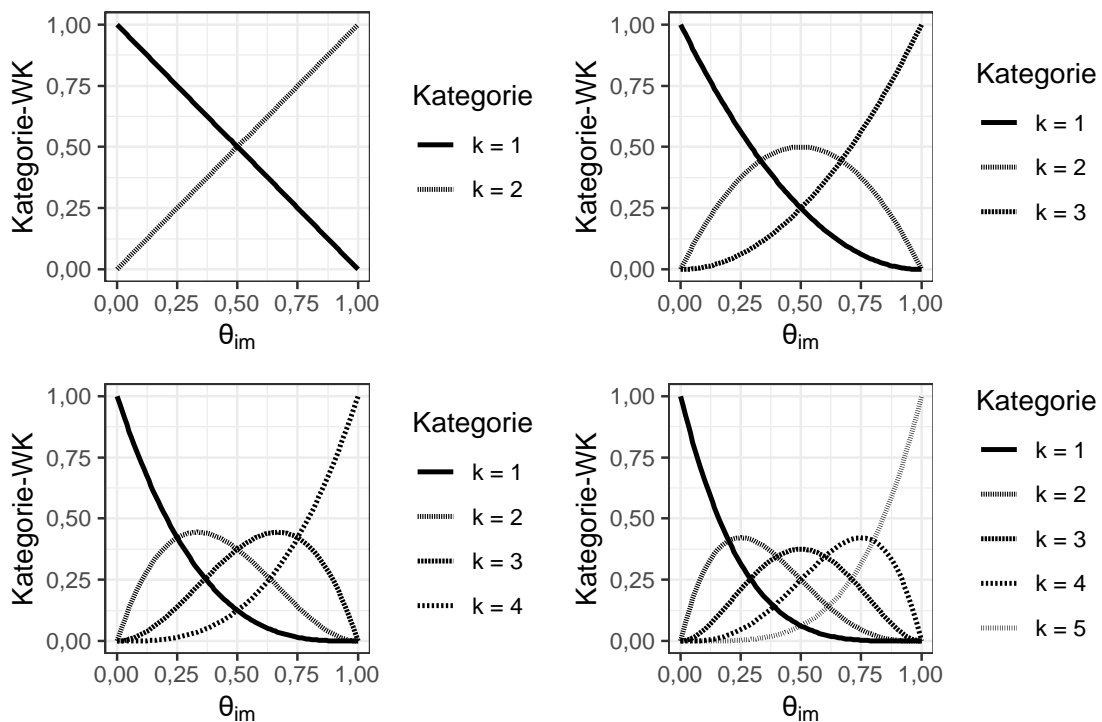


Abbildung 17: Kategoriewahrscheinlichkeiten (Kategorie-WK) im HW-Multinomialmodell in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Parameters  $\theta_{im}$ ; oben links: für zwei Antwortkategorien; oben rechts: für drei Antwortkategorien; unten links: für vier Antwortkategorien; unten rechts: für fünf Antwortkategorien

Es bezeichne  $I(y_{ijml} = k)$  die Indikatorfunktion für die Auswahl der  $k$ 'ten Kategorie durch Patientin bzw. Patient  $j$  von Leistungserbringer  $i$  für das  $l$ 'te Item des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals. Diese Funktion nimmt den Wert 1 an, wenn die  $k$ 'te Kategorie ausgewählt wird, und sonst den Wert 0. Bezeichne weiterhin mit  $y_{i.m}^k$  die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten und über alle Items des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals hinweg die  $k$ 'te Kategorie ausgewählt wurde, d. h.

$$y_{i \cdot m}^k := \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k)$$

Damit lässt sich zeigen, dass das HW-Multinomialmodell pro Qualitätsmerkmal sich auf ein Binomialmodell mit  $L_m J_{im}^* (K_m - 1)$  Versuchen, von denen  $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i \cdot m}^k$  Erfolge sind, zurückgeführt werden kann, bei dem die Erfolgswahrscheinlichkeit  $\theta_{im}$  ist (vgl. IQTIG (2018b: Anhang, Kapitel 12)). Die Anzahl, mit der die  $k$ 'te Kategorie ausgewählt wurde,  $y_{i \cdot m}^k$ , wird somit im – dem HW-Multinomialmodell entsprechenden – Binomialmodell mit Gewicht  $(k - 1)$  als Erfolg gezählt. Passend zur Anordnung der Kategorien zählen Antworten in niedrigen Kategorien folglich weniger als Erfolge als Antworten in hohen Kategorien. Im Beispiel für  $K_m = 3$  Kategorien erhält man als Gewichte 0, 1, 2 und bei  $K_m = 4$  Kategorien entsprechend 0, 1, 2, 3. Dividiert man diese Gewichte durch  $(K_m - 1)$ , d. h., bezieht man sie auf  $J_{im}^*$  Versuche anstelle der  $J_{im}^* (K_m - 1)$  Versuche in der Binomialverteilung, so erhält man für  $K_m = 3$  Kategorien Gewichte von 0,  $\frac{1}{2}$ , 1 und für  $K_m = 4$  Kategorien entsprechend 0,  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{2}{3}$ , 1. Diese Gewichte entsprechen den – aus den Punkten abgeleiteten – Werten für die Antwortkategorien (Abschnitt 7.1.2). Die Anzahl an Erfolgen  $\sum_{k=1}^{K_m} (k - 1) y_{i \cdot m}^k$  geht, in Analogie zu Abschnitt 11.1.1.1, in die Parameter der A-posteriori-Verteilung des konjugierten Beta-Binomialmodells ein, das im Folgenden auf den allgemeinen Fall erweitert wird.

Kurz zusammengefasst: Für die Summe der Patientenantworten auf das  $m$ 'te Qualitätsmerkmal wird die folgende Verteilungsannahme getroffen

$$\sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} Y_{ijml} \delta_{ijml} \mid \theta_{im} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Mult}(J_{im}^*, \boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im})), \text{ mit}$$

$$\boldsymbol{\pi}_{im}(\theta_{im}) = \left( \binom{K_m - 1}{0} \theta_{im}^0 (1 - \theta_{im})^{K_m - 1}, \dots, \binom{K_m - 1}{K_m - 1} \theta_{im}^{K_m - 1} (1 - \theta_{im})^0 \right)'$$

Als A-priori-Verteilung für die einzelnen Parameter  $\theta_{im}$  wird jeweils die zur Binomialverteilung und damit auch zum HW-Multinomialmodell konjugierte Beta-Verteilung gewählt. Die A-priori-Parameter der Beta-Verteilungen  $a$  und  $b$  werden dabei jeweils für alle Parameter  $\theta_{im}$  identisch gewählt und es wird angenommen, dass die Parameter  $\theta_{im}$  unabhängig voneinander sind (Abschnitt 7.2.2). Somit sind die A-priori-Verteilungen für die  $M$  Parameter gegeben durch

$$\theta_{im} \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(a, b), m = 1, \dots, M$$

Im allgemeinen Fall von Qualitätsindikatoren mit mehreren Qualitätsmerkmalen werden die Parameter  $a$  und  $b$  abhängig von der Anzahl der Qualitätsmerkmale  $M$  gesetzt, und zwar  $a = b = 0.5/M$ . Für den oben beschriebenen Fall eines Qualitätsindikators mit nur einem Merkmal entspricht diese Setzung nach wie vor der Jeffreys' Prior. Mit steigender Merkmalsanzahl  $M$  allerdings verliert die A-priori-Verteilung auf Merkmalsebene durch diese Parametersetzung zunehmend an Gewicht. Dies soll dem Effekt entgegenwirken, dass auf Ebene der Qualitätsindikatoren die A-priori-Verteilung des Indikators  $QI_i$ , die aus dem Durchschnitt der  $M$  merkmalspezifischen

A-priori-Verteilungen resultiert, mit zunehmender Merkmalsanzahl an Gewicht zunimmt.<sup>59</sup> Dies würde bei Indikatoren mit vielen Merkmalen zu einem besonders starken Shrinkage-Effekt hin zum Mittelwert 0,5. führen Diese merkmalsabhängige Setzung der A-priori-Parameter geht insbesondere zurück auf Analysen zur theoretischen Sensitivität und Spezifität der statistischen Auffälligkeitsbestimmung, auch in Anbetracht verschiedener Indikator- und Fallzahlenszenarien. Für die Auswertung in Abschnitt 11.2 wurde die hier dargestellten Setzung der A-priori-Parameter verwendet.

Die Unabhängigkeit der Parameter  $\theta_{im}$  ergibt sich aus der Annahme, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig sind (Abschnitt 7.2.2). Aufgrund der getroffenen Unabhängigkeitsannahmen sowie der Konjugiertheit des HW-Multinomialmodells und der Beta-Verteilung als A-priori-Verteilung entsprechen die A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter  $\theta_{im}$  gegeben den Patientenantworten wieder bedingt unabhängigen Beta-Verteilungen mit entsprechend aufdatierten Parametern. Bezeichne  $\mathbf{y}_{ijm} = (y_{ijm1}, \dots, y_{ijmL_m})'$  den Vektor an realisierten Antworten der  $j$ 'ten Patientin bzw. des  $j$ 'ten Patienten von Leistungserbringer  $i$  auf die Items des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals. Die A-posteriori-Verteilung für den  $m$ 'ten Parameter hat damit die Form

$$\theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i1m}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_m} \stackrel{\text{ind.}}{\sim} \text{Beta} \left( a + \sum_{k=1}^{K_m} (k-1) y_{i \cdot m}^k, b + J_{im}^* - \sum_{k=1}^{K_m} (k-1) y_{i \cdot m}^k \right)$$

wobei der erste Parameter  $a$  der A-priori-Verteilung wie im einfachen Fall um die Anzahl an Erfolgen bezüglich des latenten Parameters  $\theta_{im}$  erweitert wird und der zweite Parameter  $b$  entsprechend um die Anzahl an Misserfolgen aufdatiert wird (vgl. z. B. Held und Bové 2014).

Sind die A-posteriori-Verteilungen, d. h. die aufdatierten Parameter der Beta-Verteilungen, für alle  $M$  Parameter ermittelt, lässt sich daraus der Indikatorwert  $q_i$  als Erwartungswert der A-posteriori-Verteilung des Indikators  $Q_i$  bestimmen, welche sich als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der Parameter  $\theta_{im}$  ergibt (vgl. Indikatordefinition in Abschnitt 7.2.3)

$$\begin{aligned} q_i &= \widehat{Q}_i = E(Q_i \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_M}) \\ &= E \left( \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_M} \right) \end{aligned}$$

Aufgrund der Linearität des Erwartungswerts kann der Indikatorwert auch als Mittel der A-posteriori-Erwartungswerte berechnet werden, d. h.

$$q_i = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M E(\theta_{im} \mid \mathbf{y}_{i1m}, \dots, \mathbf{y}_{iJ_m}) = \frac{1}{M} \sum_{m=1}^M \frac{\sum_{k=1}^{K_m} (k-1) \sum_{j=1}^{J_i} \sum_{l=1}^{L_m} I(y_{ijml} = k) + a}{J_{im}^* + a + b}$$

<sup>59</sup> Konkret nimmt auf Ebene der Qualitätsindikatoren die A-priori-Varianz des Indikators  $Q_i$  um den Mittelwert mit zunehmender Merkmalsanzahl ab, falls die Parameter der merkmalspezifischen Beta-a-priori-Verteilungen konstant bei  $a = b = 0,5$  gesetzt wären.

Im Gegensatz zum einfachen Fall ist die Herleitung des Maximum-Likelihood-Schätzer im allgemeinen Fall komplexer, da hierfür die Verteilung des Mittels der HW-Multinomialverteilungen benötigt wird. Unter der getroffenen Unabhängigkeitsannahme der Antworten von Patientinnen und Patienten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale ließe sich der Maximum-Likelihood-Schätzer zumindest numerisch bestimmen. Im Gegensatz zum Bayesianischen Ansatz ist eine Erweiterung auf abhängige Qualitätsmerkmale jedoch schwierig (auch Abschnitt 11.1.5).

### 11.1.2 Quantifizierung von Unsicherheit bei der Bestimmung der Indikatorwerte

Zusätzlich zum Indikatorwert eines Leistungserbringers wird ein (zweiseitiges) Bayesianisches Kreditabilitätsintervall bestimmt, das die Unsicherheit bezüglich der aus den Daten gewonnenen Informationen über den zugrunde liegenden Indikatorwert quantifiziert. Bayesianische Kreditabilitätsintervalle geben einen Bereich von Werten für den Indikator an, die nach der Kombination der A-priori-Information und den aus den Patientenantworten gewonnenen Informationen am plausibelsten sind. Genauer wird ein  $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditabilitätsintervall  $[l, u]$  für den Indikator derart bestimmt, dass die Fläche unter der A-posteriori-Verteilung des Indikators für diese Werte  $1 - \alpha$  entspricht, d. h.

$$\int_l^u f(q_i | y_{i11}, \dots, y_{ij1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{ijM}) (q_i) \, dq_i = 1 - \alpha$$

Die dafür benötigte Dichte der A-posteriori-Verteilung des Indikators

$$f(q_i | y_{i11}, \dots, y_{ij1}, \dots, y_{i1M}, \dots, y_{ijM})$$

ergibt sich entsprechend der Indikatordefinition als Verteilung des Mittels der unabhängigen A-posteriori-Verteilungen der zugrunde liegenden Parameter  $\theta_{im}$ , welche jeweils Beta-Verteilungen entsprechen (Abschnitt 11.1.1.2). Da die Verteilung des Mittels von unabhängigen Beta-Verteilungen nicht in analytischer Form darstellbar ist und keiner bekannten Verteilung entspricht, wird die A-posteriori-Verteilung des Indikators mittels Monte-Carlo-Simulation numerisch bestimmt (vgl. Robert und Casella 2004). Dafür wird aus den  $M$  A-posteriori-Verteilungen der Parameter  $\theta_{im}$  eine große Anzahl an Realisierungen aus den jeweiligen Beta-Verteilungen generiert, die dann jeweils entsprechend dem Indikator gemittelt werden. Somit erhält man eine Approximation der gewünschten A-posteriori-Verteilung des Indikators. Im einfachen Spezialfall eines binären Items wird keine Monte-Carlo-Simulation benötigt, da die A-posteriori-Verteilung des Indikators einer Beta-Verteilung entspricht (Abschnitt 11.1.1.1).

Für die Patientenbefragung werden sogenannte Equal-tailed-Kreditabilitätsintervalle verwendet (vgl. z. B. Carlin und Louis 2009). Diese werden basierend auf den Quantilen der A-posteriori-Verteilung des Indikators bestimmt. Die untere und die obere Intervallgrenze für ein  $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditabilitätsintervall sind durch das  $\alpha/2$ - bzw. das  $(1 - \alpha/2)$ -Quantil gegeben. Dabei ist zu beachten, dass die Intervalle nicht zwingend symmetrisch um den Indikatorwert sind. Es lässt sich zeigen, dass die verwendeten Equal-tailed-Kreditabilitätsintervalle im konjugierten Beta-Binomialmodell mit einer Jeffreys' A-priori-Verteilung eng verwandt sind mit Mid-P-Clopper-Pear-

son-Konfidenzintervallen (vgl. Brown et al. 2001). Letztere kommen in der Methodik für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zum Einsatz (vgl. IQTIG 2016). Für die Patientenbefragung werden 95%-Kredibilitätsintervalle verwendet.

Die Unsicherheitsintervalle dienen zum einen der Information über die statistische Unsicherheit bezüglich des Indikatorwerts und werden zum anderen für die quantitative Auffälligkeitseinstufung herangezogen, wie im folgenden Abschnitt beschrieben wird.

### 11.1.3 Quantitative Auffälligkeitseinstufung

Ziel der quantitativen Auffälligkeitseinstufung ist es, Leistungserbringer basierend auf ihren rechnerischen Ergebnissen für die weitergehende Überprüfung auszuwählen. Dies erfolgt im Vergleich mit dem Referenzbereich des Indikators. Referenzbereiche können gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG fest oder verteilungsabhängig sein (IQTIG 2022d: Abschnitt 16.2). Die festen Referenzbereiche bei der Patientenbefragung liegen in Form von Punkten zwischen 0 und 100 vor. Die verteilungsabhängigen Referenzbereiche werden aus der Verteilung der mit 100 multiplizierten Ergebnisse der Leistungserbringer bestimmt.

Um Fehlentscheidungen aufgrund zufälliger Einflüsse und Konstellationen zu vermeiden (Abschnitt 7.2), wird anstelle des Indikatorwerts eines Leistungserbringers das dazugehörige Bayesianische Unsicherheitsintervall, das im vorherigen Abschnitt beschrieben wurde, für den Vergleich mit dem Referenzbereich und somit für die quantitative Einstufung verwendet. Hierfür werden zunächst die Grenzen des Unsicherheitsintervalls mit 100 multipliziert, damit sie auf der Punkteskala liegen, auf der auch der Referenzbereich angegeben ist.

Für einen Indikator mit einem festen Referenzbereich, z. B. dem Intervall [95, 100] Punkte, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert  $t$  (im Beispiel  $t = 95$  Punkte) verglichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird der Leistungserbringer für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird er als quantitativ unauffällig bewertet. Die Einstufung über die Bayesianischen Unsicherheitsintervalle entspricht der Verwendung eines Bayesianischen Tests mit der Nullhypothese, dass der zugrunde liegende Indikatorwert des  $i$ 'ten Leistungserbringers im Referenzbereich liegt (Carlin und Louis 2009), d. h.

$$H_0: QI_i \geq t \text{ vs. } H_1: QI_i < t$$

Unter Verwendung des Bayesianischen Tests wird Leistungserbringer  $i$  genau dann als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die Nullhypothese bezüglich der A-posteriori-Verteilung eine zu niedrige Wahrscheinlichkeit hat. Genauer wird Leistungserbringer  $i$  als quantitativ auffällig eingestuft, wenn die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die Nullhypothese kleiner ist als die vorgegebene Irrtumswahrscheinlichkeit  $\alpha/2$ , d. h.

$$P(H_0 \mid \mathbf{y}_{i11}, \dots, \mathbf{y}_{iJi1}, \dots, \mathbf{y}_{i1M}, \dots, \mathbf{y}_{iJM}) \leq \alpha/2$$

Die Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha/2$  im Vergleich zum  $(1 - \alpha) \cdot 100\%$ -Kreditabilitätsintervall ergibt sich dadurch, dass es sich bei diesem Test um einen einseitigen Test handelt, das Kreditabilitätsintervall jedoch zweiseitig ist. Dieses Vorgehen ist sehr eng verwandt mit der Bestimmung statistischer Auffälligkeit für planungsrelevante Indikatoren (vgl. IQTIG 2016).

Für Indikatoren mit verteilungsbasierten Referenzbereichen wird bei der Einstufung genauso vorgegangen. Allerdings wird der Referenzwert  $t$ , der die oben genannte Nullhypothese  $H_0$  definiert, zunächst anhand der Menge der Leistungserbringerergebnisse bestimmt, und ist nicht a priori vorgegeben.

#### 11.1.4 R-Implementation der statistischen Auswertungsmethodik

Zur Erhöhung der Transparenz der methodischen Arbeit und um die Anwendbarkeit der Auswertungsmethodik zu gewährleisten, wurde ein R-Paket ‚iqtigprm‘ (prm = *patient related measures*) entwickelt, das eine Implementation der in diesem Abschnitt dargestellten statistischen Methodik enthält, und unter dem github-Account des IQTIG veröffentlicht:

<https://github.com/iqtigorg/iqtigprm>

Das Paket bezieht sich alleinig auf die implementationsmäßige Umsetzung der in den Abschnitten 11.1.1 bis 11.1.3 angegebenen mathematischen Formel zur Indikatorberechnung und quantitativen Auffälligkeitseinstufung. Ebenso enthält das Paket simulierte Daten aus der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *QS PCI*, um die methodische Vorgehensweise beispielhaft zu illustrieren.

#### 11.1.5 Erweiterungen

Die vorgeschlagene statistische Auswertungsmethodik trifft eine Reihe an Annahmen, die Konsequenzen für die Auswertung haben. Dies gilt z. B. bei der Vergabe von gleichabständigen Punktwerten für die verschiedenen Itemkategorien sowie die Annahme der Unabhängigkeit der zugrunde liegenden Parameter der Qualitätsmerkmale. Diese Annahmen waren hier notwendig, um eine fundierte, aber auch funktionierende und für die erwartbaren Fallzahlen skalierbare Auswertungsmethodik vorlegen zu können. Dieser Abschnitt bettet die entwickelte Methodik in einen größeren modellbasierten Rahmen ein, der insbesondere hilft, die getroffenen Annahmen besser einzuordnen und zu evaluieren. Mögliche Erweiterungen der statistischen Auswertungsmethodik im Rahmen des Regelbetriebs werden erläutert.

#### Proportional-Odds-Modell

Eine gängige Art innerhalb der sozialwissenschaftlichen und psychometrischen Literatur, die Fragebögen mit ordinalskalierten Items zu modellieren, sind sogenannte ordinalskalierte hierarchische Modelle, welche der Klasse der generalisierten gemischten Modelle angehören (vgl. z. B. Fahrmeir et al. 2009, Skrondal und Rabe-Hesketh 2004). Diese werden derart formuliert, dass das Antwortverhalten auf einzelne Items sowohl itemspezifische Effekte als auch patientenseitige Effekte beinhalten kann. Je nachdem, ob diese Effekte im statistischen Sinne als feste Kovariableneffekte oder sogenannte Zufallseffekte modelliert werden, erlaubt dieser Rahmen auch

eine Berücksichtigung von messbaren patientenseitigen Einflüssen bzw. nicht messbaren patientenseitigen Einflüssen. Im Kontext der Patientenbefragung bedeutet dies, dass Zusammenhänge zwischen den Antworten einer Patientin bzw. eines Patienten berücksichtigt werden können. Prinzipiell können sogar die Effekte der Leistungserbringer in diesem Rahmen modellbasiert dargestellt werden.

Für die Darstellung des Modells werden im Folgenden die vorliegenden und nach Indikatordefinition zu analysierenden Antworten der Patientinnen und Patienten des Leistungserbringers  $i$ ,  $1 \leq i \leq I$ , für einen Qualitätsindikator mit  $M$  Qualitätsmerkmalen betrachtet, wobei das  $m$ 'te Qualitätsmerkmal aus  $L_m$  Items besteht. Im Proportional-Odds-Modell (Skrondal und Rabe-Hesketh 2004, Tutz 1990) werden zunächst die verschiedenen Einflüsse auf einer latenten kontinuierlichen Skala additiv modelliert, d. h.

$$Y_{ijml}^* = \gamma_{ml} + \lambda_{ml} \text{logit}(\theta_{im}) + \mathbf{x}'_{ij}\boldsymbol{\beta} + b_{ij} + \epsilon_{ijml}$$

wobei mit  $j = 1, \dots, J_i$  die Patientinnen und Patienten des  $i$ 'ten Leistungserbringers indiziert werden, mit  $m = 1, \dots, M$  die Qualitätsmerkmale und mit  $l = 1, \dots, L_m$  die Items. Des Weiteren ist  $\epsilon_{ijml} \sim \text{Logistic}(0,1)$  eine Standard-logistisch-verteilte Zufallsvariable (d. h. mit Lokationsparameter 0 und Skalenparameter 1) und  $\mathbf{x}_{ij}$  ein Vektor der Länge  $p$ , welcher mögliche Kovariablen der Patientin bzw. des Patienten für eine Risikoadjustierung enthält. Entsprechend ist  $\boldsymbol{\beta}$  ein Vektor der Länge  $p$ , welcher die Koeffizienten der Risikoadjustierung beinhaltet. Des Weiteren ist  $b_{ij} \sim N(0, \tau^2)$  ein patientenseitiger Effekt, der über eine normalverteilte Zufallsvariable mit Erwartungswert 0 und Varianz  $\tau^2$  modelliert wird. Diese Art der Modellierung über Zufallseffekte stellt eine etablierte statistische Vorgehensweise bei Daten mit wiederholten Messungen dar (z. B. Fahrmeir et al. 2009), bei der nicht messbare patientenseitige Faktoren (z. B. das Antwortverhalten) als Zufall subsumiert werden.

In der Darstellung wird  $\text{logit}(x) = \exp(x)/(1 + \exp(x))$  bzw.  $\text{logit}^{-1}(x) = \log(x/(1 - x))$  jeweils für die Verteilungsfunktion bzw. die Quantilsfunktion der Standard-logistischen Verteilung verwendet. Zur Vereinfachung der Beschreibung wird im Folgenden von einer *systematischen* patientenseitigen Risikoadjustierung durch festgelegte Risikofaktoren abgesehen, d. h., im Folgenden wird der Term  $\mathbf{x}'_{ij}\boldsymbol{\beta}$  nicht weiter verwendet. Der patientenseitige Zufallseffekt bleibt jedoch im Modell bestehen und kann auch als *unsystematische* patientenseitige Risikoadjustierung, z. B. für nicht erhebbare Patientenmerkmale, aufgefasst werden.

Falls es innerhalb eines Merkmals itemspezifische Niveauverschiebungen gibt, die für alle Leistungserbringer gleich sind, kann dies über die Verschiebungsparameter  $\gamma_{ml}$  abgebildet werden. Dies trifft bspw. zu, falls ein Item im Vergleich zu den anderen Items so formuliert wurde, dass es schwieriger ist, viele Punkte zu erreichen. Beispiel: Zwei binäre Items eines Qualitätsmerkmals, entsprechend den beiden Fragen: „Traf Bedingung X immer bei Ihnen zu (J/N)“ bzw. „Traf Bedingung X im Allgemeinen bei Ihnen zu (J/N)“. Im Folgenden wird jedoch immer  $\gamma_{ml} = 0$  angenommen, da dies der Annahme entspricht, dass der gleiche Parameter  $\theta_{im}$  allen Items eines Merkmals zugrunde liegt. Nachdem auf diesen Sachverhalt speziell bei der Entwicklung der Fragen geachtet wurde, erscheint dies eine gerechtfertigte Annahme zu sein.

Anhand von vorgegebenen Schwellenwerten  $\delta_0 = -\infty < \delta_1 < \dots < \delta_{K_{ml}} = \infty$  wird der latente Wert  $y_{ijml}^*$  in eine der  $K_{ml}$  Klassen des  $l$ 'ten Items des  $m$ 'ten Merkmals kategorisiert. Dies geschieht nach folgendem Schema:

$$y_{ijml} = k \Leftrightarrow \delta_{k-1} \leq y_{ijml}^* < \delta_k$$

für  $k = 1, \dots, K_{ml}$ . Abbildung 18 illustriert die Situation für  $K = 4$  Klassen, Schwellenwerte  $\delta_1 = -1,92$ ,  $\delta_2 = 0$ ,  $\delta_3 = 1,92$ ,  $\lambda = 1$  und zwei Werte des patientenseitigen Zufallseffekts. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Outcome-Kategorie  $k$  ausgewählt wird, lässt sich als Fläche unter der Dichtekurve zwischen Schwellenwert  $\delta_{k-1}$  und  $\delta_k$  ablesen. Man sieht z. B., dass für  $b_{ij} = 1$  im Vergleich zu  $b_{ij} = 0$  die Wahrscheinlichkeit für die höheren Klassen steigt.

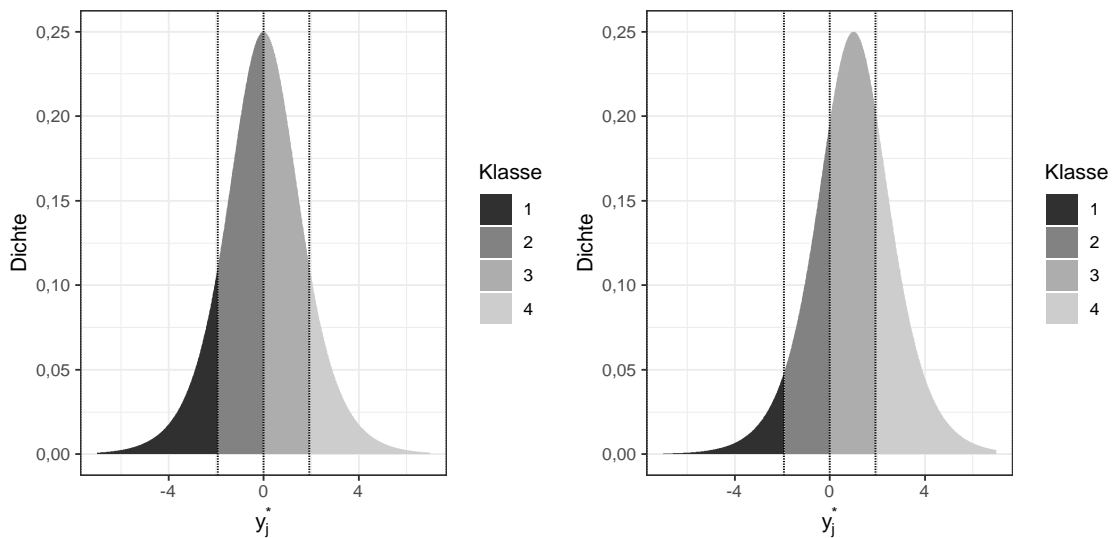


Abbildung 18: Diskretisierung der latenten Skala in  $K = 4$  Klassen anhand der vorgegebenen Schwellenwerte für  $b_{ij} = 0$  (links) sowie  $b_{ij} = 1$  (rechts)

Durch die Wahl der Schwellenwerte ist es also prinzipiell möglich, die Klassen so zu wählen, dass die Schwellenwerte unterschiedliche Abstände auf der latenten Skala haben. Man kann zeigen, dass für das Proportional-Odds-Modell folgender Zusammenhang gilt (z. B. Fahrmeir et al. 2009):

$$P(Y_{ijml} \leq k \mid b_{ij}) = \text{logit}^{-1}(\delta_k - (\lambda_{ml} \text{logit}(\theta_{im}) + b_{ij}))$$

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine spezifische Kategorie  $k$ ,  $k = 2, \dots, K_{ml}$ , ausgewählt wird, ist wie folgt bestimmt:

$$P(Y_{ijml} = k \mid b_{ij}) = P(Y_{ijml} \leq k \mid b_{ij}) - P(Y_{ijml} \leq k - 1 \mid b_{ij})$$

wobei für Kategorie  $k = 1$  gilt, dass  $P(Y_{ijml} = 1 \mid b_{ij}) = P(Y_{ijml} \leq 1 \mid b_{ij})$

In der Psychometrie ist es üblich, die Kategoriewahrscheinlichkeiten für ein Item als Funktion des Leistungserbringerparameters  $\theta_{im}$  als sogenannte Item-Funktion darzustellen (vgl. z. B. Bühner 2011).



Es ist anzumerken, dass die Kategorien, wie in Abschnitt 11.1.1 beschrieben, zwecks Darstellung zusätzlich in Punkten angegeben werden, d. h.

$$p_{ijml} = \frac{y_{ijml} - 1}{K_{ml} - 1} \cdot 100 \text{ Punkte}$$

wobei  $p_{ijml}$  die Punktwerte der  $j$ 'ten Patientin / des  $j$ 'ten Patienten des  $i$ 'ten Leistungserbringers auf das  $l$ 'te Item des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals sind.<sup>60</sup> Ist z. B.  $y_{ijml} = 3$  und hat das  $l$ 'te Item des  $m$ 'ten Qualitätsmerkmals  $K_{ml} = 4$  Klassen, dann werden  $\frac{2}{3} \cdot 100 \text{ Punkte} = 66\frac{2}{3} \text{ Punkte} \approx 67 \text{ Punkte}$  vergeben.

Ein Vorteil der Modellierung von patientenseitigen Einflüssen ist, dass diese mögliche Abhängigkeiten zwischen den Patientenantworten berücksichtigen kann. Auf der latenten Skala gilt z. B., dass die Korrelation zwischen den Antworten eines Items  $ml$  und  $m'l'$  unter der Annahme von festen Werten  $\theta_{i1}, \dots, \theta_{iM}$  die folgende Form hat:

$$\rho(Y_{ijml}^*, Y_{ijm'l'}^*) = \frac{\tau^2}{\tau^2 + \pi^2/3}$$

Je größer der Varianzparameter  $\tau^2$  ist, desto größer ist also die Korrelation auf der latenten Skala. Daraus folgt, dass die Korrelation zwischen den beobachteten Klassen ebenso steigt, jedoch ist die genaue Abhängigkeit  $\rho(Y_{ijml}, Y_{ijm'l'})$  wegen der Kategorisierung nicht einfach in analytischer Form darstellbar. Anhand der Formeln wird auch klar, dass es schwierig sein kann, anhand der Daten nur eines Leistungserbringers zwischen Leistungserbringereffekten und z. B. positivem Antwortverhalten von den Patientinnen und Patienten zu trennen. Hierfür sind modellbasierte Annahmen über die Verteilung der Zufallseffekte (z. B. Mittelwert 0) sowie der komplette Datenpool bestehend aus allen Leistungserbringern notwendig. Möchte man keine patientenseitigen Zufallseffekte modellieren, kann dies durch Festlegung von  $\tau = 0$  bzw.  $b_{ij} = 0$  erreicht werden. Das Proportional-Odds-Modell wird im Folgenden anhand von zwei Beispielen illustriert.

**Beispiel 1:** In der Situation mit  $M = 1$ ,  $L_1 = 1$ ,  $K_{11} = 2$  (binäres Item), in der  $\beta_{11} = 0$ ,  $\lambda_1 = 1$  und  $\delta_1 = 0$  und  $\tau = 0$  und ohne fehlende Werte gilt

$$\begin{aligned} Y_{ij11}^* &= \text{logit}(\theta_{i1}) + \epsilon_{ij11} \Rightarrow \\ P(p_{ij11} = 100 \text{ Punkte}) &= 1 - P(p_{ij11} = 0 \text{ Punkte}) = \text{logit}^{-1}(0 - \text{logit}(\theta_{i1})) = \theta_{i1} \end{aligned}$$

Anders ausgedrückt ist die Anzahl an Antworten mit 100 Punkten binomialverteilt mit  $J_i$  Versuchen und Erfolgswahrscheinlichkeit  $\theta_{i1}$ . In diesem Fall ist die Item-Funktion für  $P(Y_{ij11} = 2) = P(p_{ij11} = 100 \text{ Punkte})$  in Abhängigkeit des Parameters  $\theta_{i1}$  einfach eine Gerade durch (0,0) und (1,1).

<sup>60</sup> Um besser zwischen Punktwerten und der Wahrscheinlichkeit  $P(A)$  zu unterscheiden, wird für die Punktwerte in der Notation nicht zwischen Zufallsvariablen und Realisierungen unterschieden.

**Beispiel 2:** In der Situation mit  $M = 1$ ,  $L_1 = 1$ ,  $K_{11} = 4$ , in der  $\beta_{11} = 0$ , und  $\tau = 0$  können die Schwellenwerte  $\delta_1, \dots, \delta_3$  sowie der Skalierungsparameter  $\lambda_1 > 0$  so gewählt werden, dass die daraus resultierende Item-Funktion für  $\theta_{i1}$  quasi identisch zur Item-Funktion des in Abschnitt 11.1.1.2 beschriebenen HW-Multinomialmodells ist. Wählt man  $\delta_1 = -1,909$ ,  $\delta_2 = 0$ ,  $\delta_3 = 1,909$  sowie den Skalierungsparameter  $\lambda_1 = 1,344$ , so erhält man die in Abbildung 19 dargestellte Item-Funktion. Zum Vergleich wird auch die entsprechende Item-Funktion des HW-Multinomialmodells angegeben.

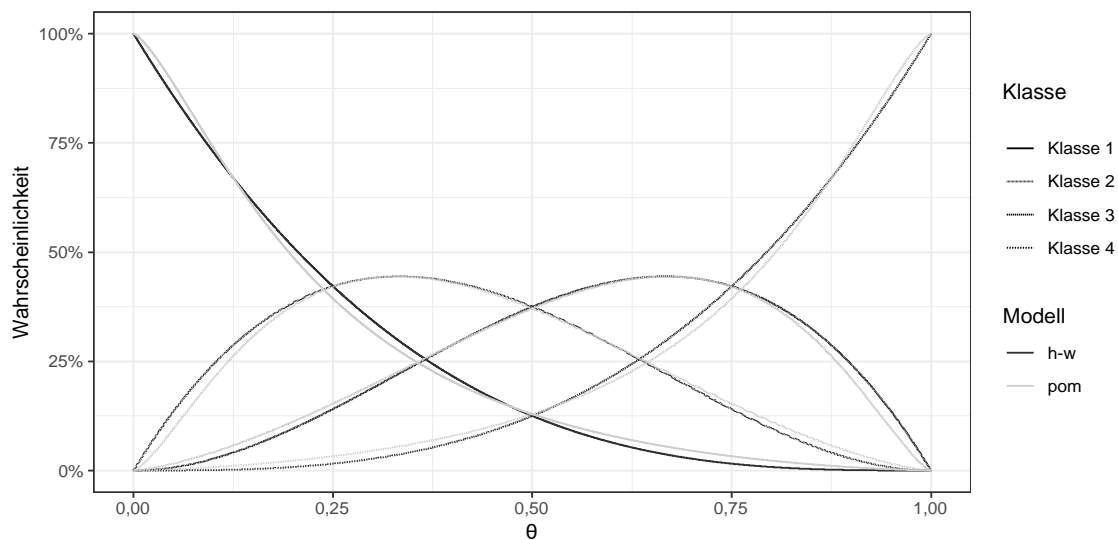


Abbildung 19: Item-Funktion für ein Item mit 4 Klassen für das Proportional-Odds-Modell (pom) sowie für das HW-Multinomialmodell (h-w). Man sieht, dass die Kurven bei den verwendeten Parametern fast identisch sind.

Anders ausgedrückt kann das HW-Multinomialmodell auch im Rahmen eines Proportional-Odds-Modells interpretiert, analysiert und generalisiert werden. Zum Beispiel lässt sich aus den obigen Schwellenwerten ableiten, dass die Zuteilung der Punktwerte im HW-Multinomialmodell einer um 0 symmetrischen und gleichabständigen Aufteilung auf der latenten Ebene entspricht.

Abschnitt 12.5.2 in IQTIG (2018b) enthält zur Illustration eine exemplarische Schätzung des hierarchischen Modells für einen Qualitätsindikator im Rahmen des Standard-Pretests für QS PCI. Wichtig ist, dass die Praktikabilität einer solchen Modellierung sich erst im Regelbetrieb evaluieren lässt, sodass zunächst mit der in den Abschnitten 11.1.1 bis 11.1.3 beschriebenen Methodik vorgegangen wird.

### 11.1.6 Diskussion

Die vorgeschlagene Bayesianische Auswertungsmethodik liefert Indikatorwerte, zugehörige Unsicherheitsintervalle sowie eine quantitative Einstufung, deren Bestimmung nachvollziehbar ist und auf einem methodisch etablierten Vorgehen beruht, welches bereits in den Abschlussberichten zur Entwicklung von Patientenbefragungen zu den QS-Verfahren QS Schizophrenie, QS PCI, QS NET und Ambulante Psychotherapie (IQTIG 2018a, IQTIG 2018b, IQTIG 2021a, IQTIG

2021b) angewendet wurde und in das entsprechende Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik des IQTIG eingebettet ist (IQTIG 2022d: Abschnitt 20.1). Die getroffenen Annahmen über den datengenerierenden Prozess wurden explizit dargestellt. Die Methodik ermöglicht die Ergebnisberechnung sowohl für kleine als auch große Anzahlen an vorliegenden Patientenantworten. Für die quantitative Auffälligkeitseinstufung wird statistische Unsicherheit berücksichtigt, was die Einstufung unter den getroffenen Annahmen belastbar macht und zulässt, Konsequenzen abzuleiten. Ebenso können klassische Poweranalysen (Abschnitt 12.3) basierend auf dem vorgeschlagenen Ansatz durchgeführt werden, um die Treffsicherheit der quantitativen Einstufung zu analysieren. Durch die Verwendung eines hierarchischen Bayesianischen Ansatzes wird der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale und Items Rechnung getragen. Somit erfüllt die vorgeschlagene Auswertungsmethodik den Großteil der in Abschnitt 7.2 formulierten Anforderungen.

Wie in Abschnitt 7.2 erläutert, wird bei der Modellierung angenommen, dass die Patientenantworten auf Items unterschiedlicher Qualitätsmerkmale und dementsprechend die Parameter  $\theta_{im}$ ,  $m = 1, \dots, M$ , voneinander unabhängig sind. Darüber hinaus wird Unabhängigkeit der Antworten einer Patientin oder eines Patienten auf Items eines Qualitätsmerkmals, bedingt auf den zugrunde liegenden Parameter  $\theta_{im}$ , angenommen. Diese Unabhängigkeitsannahmen sind zunächst notwendig, um eine nachvollziehbare Auswertungsmethodik bereitstellen zu können, die auch bei großen Datenmengen funktioniert. Die Unabhängigkeitsannahmen sind gerechtfertigt, falls es keine patientenseitigen Einflüsse wie bspw. positives oder negatives Antwortverhalten gibt und die Kompetenz der Leistungserbringer bezüglich der verschiedenen Qualitätsmerkmale voneinander unabhängig ist. Werden diese Annahmen verletzt, so spiegelt sich dies in einer zu geringen Breite der Unsicherheitsintervalle wider. Zum aktuellen Zeitpunkt kann noch keine Aussage über die Verletzungen der Annahmen bezüglich der Patientenantworten in der Routineauswertung getroffen werden. Basierend auf der Erläuterung in Abschnitt 11.1.5 zur Einbettung der vorgeschlagenen Methodik in einen generellen, in den Sozialwissenschaften etablierten Modellierungsrahmen könnten u. a. die Unabhängigkeitsannahmen gelockert werden, falls sich dies als notwendig herausstellt.

Neben den Unabhängigkeitsannahmen wird bei der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik davon ausgegangen, dass es sich bei dem Mechanismus, der zu fehlenden Werten führt, nicht um MNAR handelt (Abschnitt 11.1.1.2), was sich im Allgemeinen nicht überprüfen lässt (Bennett 2001). Die Analysen in Abschnitt 10.4 liefern jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass diese Annahme nicht vertretbar ist. Durch die Einbettung in den generellen Modellierungsrahmen ist insbesondere auch eine modellbasierte Imputation fehlender Werte in vorliegenden Fragebögen grundsätzlich möglich. Ob und basierend auf welchen patientenseitigen Eigenschaften diese in Zukunft zum Einsatz kommt, bleibt zu klären. Komplette fehlende Fragebögen (Unit-Non-Responder) können basierend auf den erhobenen Patienteneigenschaften allerdings nicht imputiert werden.

Für die Antwortkategorien der Items werden gleichabständige Punktwerte vergeben, was voraussetzt, dass die Antwortkategorien gleichabständig, d. h. insbesondere auch intervallskaliert sind. Sollten in Zukunft Fragebögen entwickelt werden, bei denen dies nicht zutrifft, kann die

Annahme im allgemeinen Modellrahmen, von dem die vorgeschlagene Auswertungsmethodik ein Spezialfall darstellt, gelockert werden.

Um die Zuschreibbarkeit sicherzustellen, kann bei einzelnen Indikatoren prinzipiell eine Risikoadjustierung hinsichtlich patientenseitiger Faktoren notwendig sein (Abschnitt 7.4). Aufgrund der hierarchischen Struktur der Indikatoren, Qualitätsmerkmale und Items und der Definition der Indikatoren als Mittel der zugrunde liegenden Parameter auf Qualitätsmerkmalebene muss die derzeit verwendete Methodik für die Risikoadjustierung (wie sie bspw. für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verwendet wird) weiterentwickelt werden. Die Einbettung der vorgeschlagenen Auswertungsmethodik in den generellen Modellierungsrahmen ermöglicht, dass etablierte Verfahren zur Risikoadjustierung angewendet werden können, falls dies zu einem späteren Zeitpunkt relevant wird.

Entsprechend der vorgeschlagenen Methodik werden die Qualitätsmerkmale bei der Definition des Indikators gleichgewichtet (Abschnitt 7.2.3). Eine bewusste Konsequenz davon ist, dass sich die Qualitätsmerkmale innerhalb eines Indikators kompensieren können. Das bedeutet, dass ein Leistungserbringer eine niedrige Punktezahl für ein Qualitätsmerkmal durch eine hohe Punktezahl für ein anderes Qualitätsmerkmal desselben Qualitätsindikators möglicherweise ausgleichen kann. Sollten für zukünftige Patientenbefragungen keine Kompensationseffekte erwünscht sein, muss nicht von der vorgeschlagenen Methodik abgewichen werden, da sich diese entsprechend erweitern lässt (Fayers and Hand 2002).

Die Empfehlung des IQTIG ist, die Konsequenzen der Annahmen des in den Abschnitten 11.1.1 bis 11.1.3 dargestellten Bayesianischen Beta-Binomialmodells im Rahmen des Regelbetriebs der Patientenbefragung bei Qualitätsindikatoren zu überprüfen und ggf. die Auswertungsmethodik zu erweitern, was insbesondere im Rahmen des Proportional-Odds-Modells realisiert werden kann. Jedoch sind die durch eine Erweiterung gewonnenen Vorteile gegen die Verständlichkeit, die Kommunizierbarkeit und die Praktikabilität eines erweiterten Modellansatzes abzuwägen. Untersuchungen zur Praktikabilität und Relevanz können jedoch erst im Rahmen der Daten des Regelbetriebs durchgeführt werden. Die vorgestellte Auswertungsmethodik stellt somit nicht nur einen verständlichen, flexiblen und methodisch gut begründeten Ansatz dar, sondern garantiert auch, dass das Verfahren selbst bei den im Regelbetrieb zu erwartenden großen Datenmengen funktionieren wird.

## 11.2 Vorstellung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Im Folgenden werden die 12 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (IDs 45xx00 bis 45xx11)<sup>61</sup> vorgestellt. Die Eignungskriterien der Qualitätsmerkmale, die den Qualitätsindikatoren zugrunde liegen, sind in Anhang D.3 dargelegt. Das vollständige Indikatorenset (Version 1.0) ist als Anlage zu diesem Abschlussbericht verfügbar. 10 Prozessindikatoren werden auf Basis der Antworten aus beiden Fragebogenversionen berechnet. Die beiden Ergebnisindikatoren zur Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten (IDs 45xx10 und 45xx11) werden jedoch getrennt für die beiden Fragebogenversionen konzipiert. Die Entlassbereitschaft bei Kindern wird über zwei Komponenten gemessen – die Entlassbereitschaft der Kinder selbst (als stellvertretende Einschätzung durch die Eltern/Sorgeberechtigten) und die Entlassbereitschaft der Eltern/Sorgeberechtigten. Bei erwachsenen Patientinnen und Patienten gibt es jedoch nur die eigene Einschätzung zur Entlassbereitschaft. Auf diese Weise kann zudem das Ergebnis des Entlassmanagements für Leistungserbringer, die ausschließlich oder anteilig minderjährige Patientinnen und Patienten nach einer stationären Krankenhausbehandlung entlassen, gezielt dargestellt werden.

Anhand der Daten aus dem Standard-Pretest wird im Folgenden der Vergleich von Leistungserbringern grafisch für jeden Qualitätsindikator veranschaulicht, wobei Ergebnisse der jeweiligen Leistungserbringer nur dann dargestellt werden, wenn Daten von mindestens 4 Fällen vorliegen. In den jeweiligen Abbildungen wird der Punktschätzer mit den berechneten Vertrauensintervallen bzw. Unsicherheitsintervallen dargestellt. Die Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität sind nicht risikoadjustiert, da für die Entwicklung eines entsprechenden Risikoadjustierungsmodells Daten aus dem Regelbetrieb notwendig sind (Abschnitt 12.4.2). Alle Qualitätsindikatoren sind so zu interpretieren, dass hohe Indikatorwerte einer hohen Versorgungsqualität entsprechen. Leistungserbringer gelten bei festen Referenzbereichen nur dann als auffällig, wenn die obere Grenze des Vertrauensintervalls unterhalb der jeweils definierten Grenze liegt (95 Punkte). In den Grafiken werden keine Referenzwerte angegeben, wenn verteilungsbasierte Referenzbereiche vorgesehen sind, wie bspw. perzentil- oder normbasierte Referenzbereiche.

Die Häufigkeitsverteilungen der Items, die in die Berechnung der Qualitätsindikatoren eingehen, finden sich im Anhang G.2. Eine exemplarische Berechnung des Indikators 45xx00 zur Veranschaulichung der zugrunde liegenden statistischen Auswertungsmethodik enthält Anhang I.3. In Anhang I.1 ist das empfohlene Set der Qualitätsindikatoren mit den zugehörigen Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Items zusammengefasst.

---

<sup>61</sup> Die beiden Ziffern an der dritten und vierten Position der sechsstelligen ID stehen jeweils für das Jahr, in dem der Qualitätsindikator zum ersten Mal im Regelbetrieb erhoben und ausgewertet wird (z. B. „27“ für Indikatoren, die erstmalig im Jahr 2027 ausgewertet werden). Da für die befragungsbasierten Indikatoren im QS-Verfahren *Entlassmanagement* das erste Auswertungsjahr bisher nicht festgelegt wurde, werden diese Ziffern in der Darstellung der IDs bis auf Weiteres mit „xx“ gekennzeichnet.

### 11.2.1 45xx00: Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus

Qualitätsindikator 45xx00 misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus Informationen erhalten haben, die sich insbesondere auf den Tag der Entlassung beziehen. Dies schließt u. a. das Abklären der Beförderung am Entlasstag sowie das Besprechen der Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten ein.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus vier Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin
- Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen
- Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort
- Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten

Laut Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege sollen Abstimmungen zum Entlasstermin und zu erforderlichen Maßnahmen für das Verlassen des Krankenhauses frühzeitig mit den Patientinnen und Patienten erfolgen. Zudem soll die Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten erhoben werden (Anhang D.1.2). Der Rahmenvertrag Entlassmanagement sieht vor, dass Krankenhäuser Krankenbeförderungsleistungen verordnen können, soweit diese unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendig sind (Anhang D.1.1). Es wird davon ausgegangen, dass Leistungserbringer die Qualitätsanforderung des Indikators grundsätzlich erfüllen können, sodass ein kriteriumsbezogener fester Referenzbereich von  $\geq 95$  Punkten empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 72 und 94 Punkten (Abbildung 20).

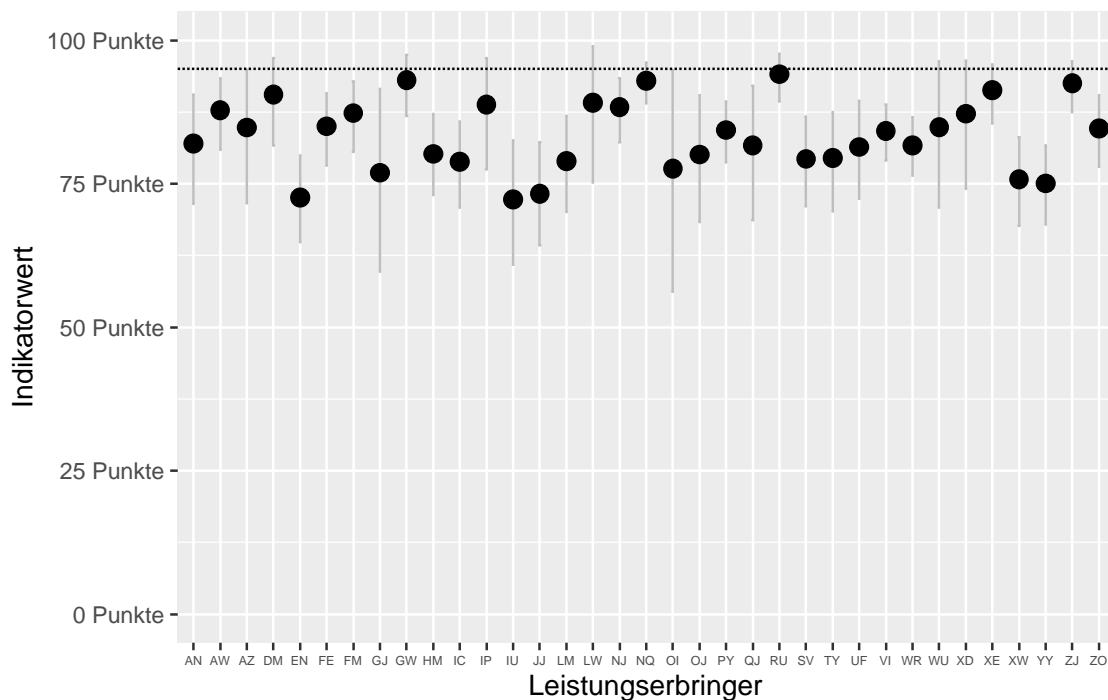


Abbildung 20: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx00 „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“

### 11.2.2 45xx01: Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung

Qualitätsindikator 45xx01 misst, inwieweit im Krankenhaus eine Planung und Unterstützung bei der poststationären Versorgung unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Versorgungssituation erfolgt ist und die Patientinnen und Patienten an der Planung beteiligt wurden.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus vier Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung
- Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten
- Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen
- Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung

Laut Rahmenvertrag Entlassmanagement und Leitlinien bzw. Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege soll eine (kriteriengeleitete) Einschätzung des poststationären Versorgungsbedarfs der Patientinnen und Patienten erfolgen. Zudem sollen Patientinnen und Patienten an der Planung der Nach- und Weiterversorgung beteiligt werden und eine für sie passende Beratung sowie Unterstützung bei der Antragsstellung erhalten (Anhänge D.1.1 und D.1.2). Es wird davon ausgegangen, dass Leistungserbringer die Qualitätsanforderung des Indikators grundsätzlich erfüllen können, sodass ein kriteriumsbezogener fester Referenzbereich von  $\geq 95$  Punkten empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 50 und 93 Punkten (Abbildung 21).

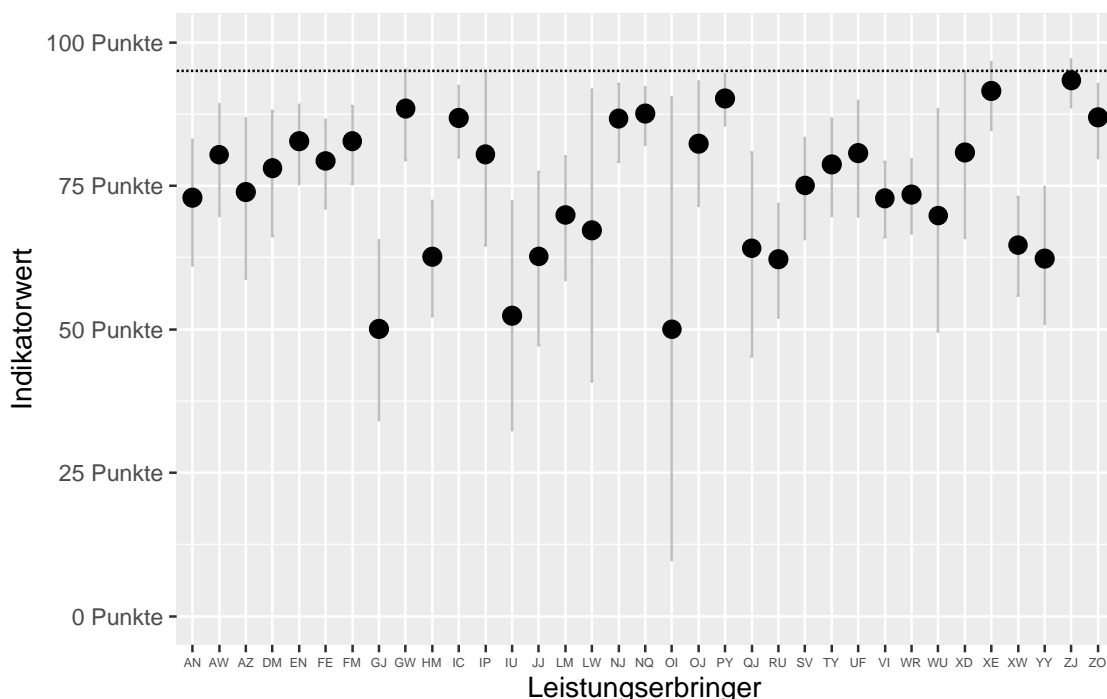


Abbildung 21: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx01 „Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung“

### 11.2.3 45xx02: Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus

Qualitätsindikator 45xx02 misst, inwieweit Patientinnen und Patienten den Sozialdienst des Krankenhauses bei Bedarf genutzt haben und diese Beratung den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprochen hat.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus zwei Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten
- Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses

Im Rahmenvertrag Entlassmanagement ist die Arbeit des Sozialdienstes als Teil einer multidisziplinären Zusammenarbeit festgelegt; aus den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird die Nutzung des Sozialdienstes zudem als relevante Anforderung an das Entlassmanagement ersichtlich (Anhänge D.1.1 und D.1.3). Allerdings lassen sich aus den Wissensbeständen keine Angaben zu einem kriteriumsbezogenen Referenzbereich ableiten. Aus diesem Grund wird ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 9 und 99 Punkten (Abbildung 22).

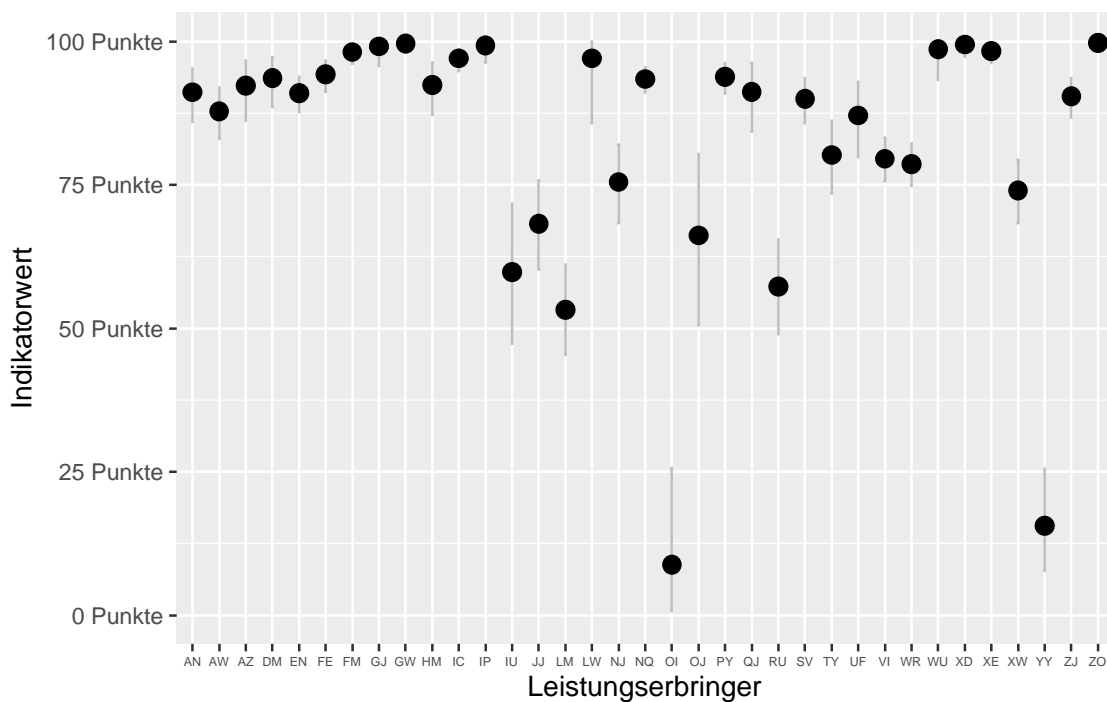


Abbildung 22: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx02 „Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus“



### 11.2.4 45xx03: Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung

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

Der Qualitätsindikator setzt sich aus fünf Qualitätsmerkmalen zusammen:

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

Laut Rahmenvertrag Entlassmanagement und Leitlinien bzw. Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege sollen Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus Informationen zu bedarfsgerechten Versorgungsmöglichkeiten nach Entlassung erhalten (Anhänge D.1.1 und D.1.2). Es wird davon ausgegangen, dass Leistungserbringer die Qualitätsanforderung des Indikators grundsätzlich erfüllen können, sodass ein kriteriumsbezogener fester Referenzbereich von  $\geq 95$  Punkten empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 62 und 96 Punkten (Abbildung 23).

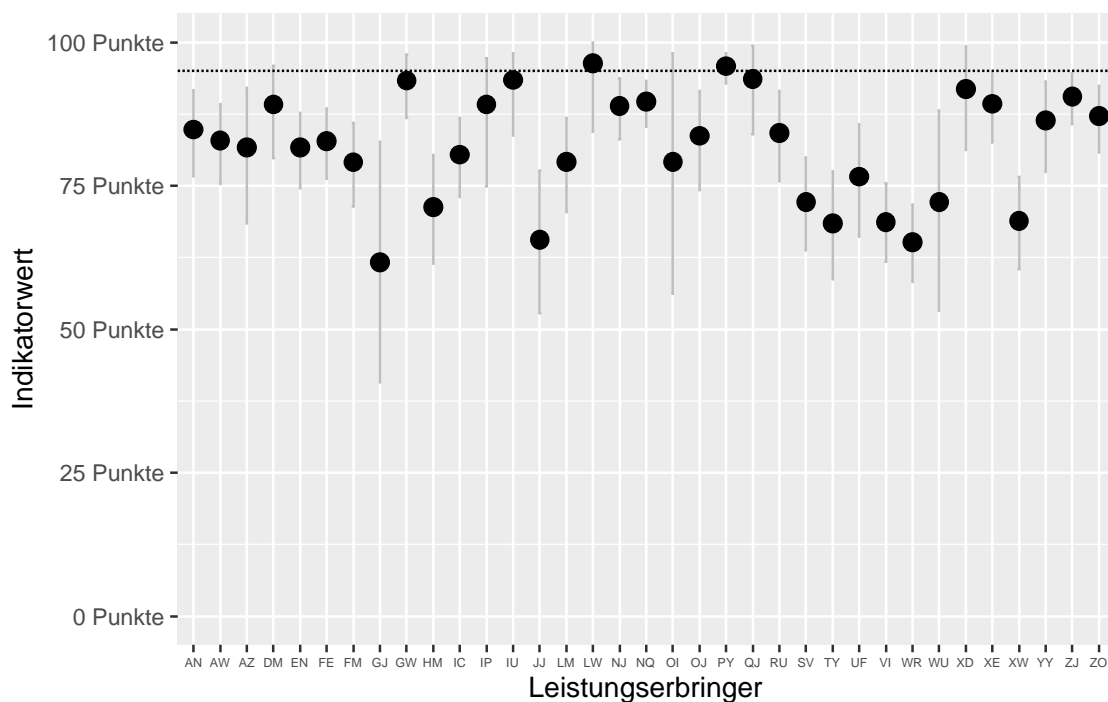


Abbildung 23: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx03 „Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung“

### 11.2.5 45xx04: Information und Aufklärung zur Entlassmedikation

Qualitätsindikator 45xx04 misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus über neue oder umgestellte Medikamente, welche sie nach der Entlassung einnehmen müssen, informiert wurden. Dies schließt die Hintergründe und Regeln der Medikamenteneinnahme sowie mögliche Neben- und Wechselwirkungen ein.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus drei Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation
- Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation
- Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation

Laut Leitlinien und Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege sollen Patientinnen und Patienten bedarfsgerechte Informationen erhalten, welche auch die Medikation nach Entlassung einschließen (Anhang D.1.2). Es wird davon ausgegangen, dass Leistungserbringer die Qualitätsanforderung des Indikators grundsätzlich erfüllen können, sodass ein kriteriumsbezogener fester Referenzbereich von  $\geq 95$  Punkten empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 27 und 97 Punkten (Abbildung 24).

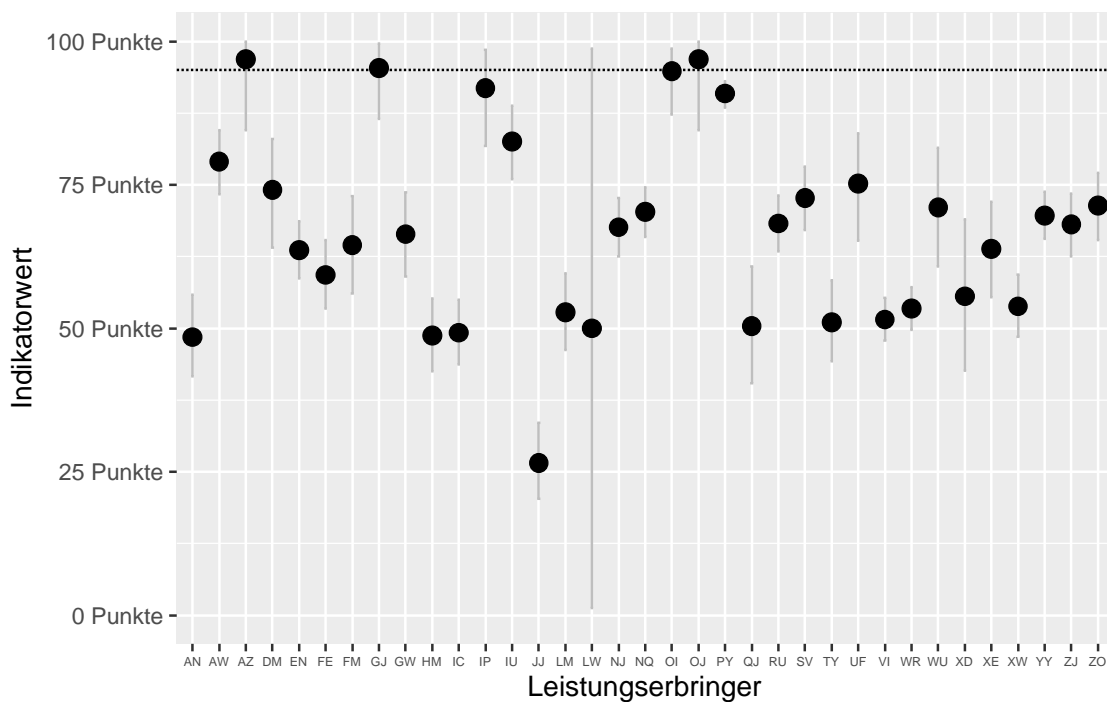


Abbildung 24: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx04 „Information und Aufklärung zur Entlassmedikation“

### 11.2.6 45xx05: Wissensvermittlung zur medizinischen-pflegerischen Selbstversorgung

Qualitätsindikator 45xx05 misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus vorbereitet wurden, sich nach der Entlassung medizinisch und pflegerisch selbst zu versorgen. Dies schließt bspw. Wundversorgung, Körperpflege und den Umgang mit körperlichen bzw. psychischen Einschränkungen, den Umgang mit Hilfsmitteln sowie die Aufklärung zu Verhaltensregeln bei Komplikationen/Warnsignalen ein.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus vier Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag
- Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln
- Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung
- Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen

Laut Leitlinien und Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege sollen Patientinnen und Patienten über bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung Kompetenzen erwerben, um die medizinisch-pflegerischen Erfordernisse nach der Entlassung bewältigen zu können (Anhang D.1.2). Es wird davon ausgegangen, dass Leistungserbringer die Qualitätsanforderung des Indikators grundsätzlich erfüllen können, sodass ein kriteriumsbezogener fester Referenzbereich von  $\geq 95$  Punkten empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 40 und 96 Punkten (Abbildung 25).

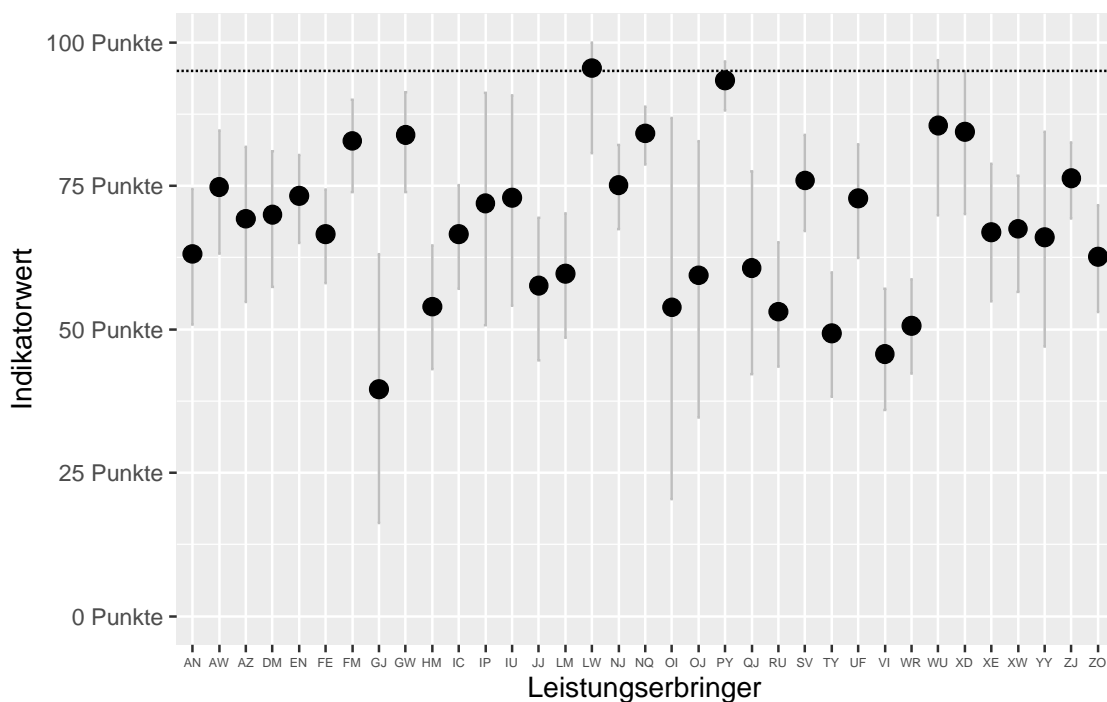


Abbildung 25: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx05 „Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung“

### 11.2.7 45xx06: Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung

Qualitätsindikator 45xx06 misst, inwieweit Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus dabei unterstützt wurden, ambulante Anschlusstherapien und (pflegerische) Unterstützung als notwendige Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung zu organisieren.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus zwei Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung
- Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe

Für die Berechnung des Qualitätsindikators sollen nur Fälle eingeschlossen werden, bei denen die Prozesse des Entlassmanagements eindeutig im Verantwortungsbereich der stationären Leistungserbringer liegen. Die Organisation der oben genannten Maßnahmen betrifft insbesondere Entlassungen in die Häuslichkeit bzw. in Strukturen des Betreuten Wohnens. Absprachen zur Organisation notwendiger Anschlusstherapien zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtungen können über die Patientenbefragung ggf. nicht valide erfasst werden, weil diese Form der Unterstützung des Krankenhauses bspw. im Rahmen einer Pflegeüberleitung zwischen den Gesundheitsprofessionen erfolgt. Es wird daher empfohlen, die Grundgesamtheit des Qualitätsindikators auf Fälle mit dem Entlassort „nach Hause“ einzuschränken.

Laut Leitlinien bzw. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege sollen vom Krankenhaus Maßnahmen zur Sicherstellung der notwendigen poststationären Weiterversorgung organisiert bzw. eingeleitet werden (Anhang D.1.2). Gemäß § 4 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement kann ein Leistungserbringer im Rahmen des Entlassmanagements u. a. häusliche Krankenpflege sowie Heilmittel verordnen, soweit diese unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung notwendig sind (Anhang D.1.1). Es wird davon ausgegangen, dass Leistungserbringer die Qualitätsanforderung des Indikators grundsätzlich erfüllen können, sodass ein kriteriumsbezogener fester Referenzbereich von  $\geq 95$  Punkten empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer eingeschränkt auf Patientinnen und Patienten, für die im Fragebogen der Entlassort „nach Hause“ angegeben wurde, zwischen 12 und 90 Punkten (Abbildung 26).

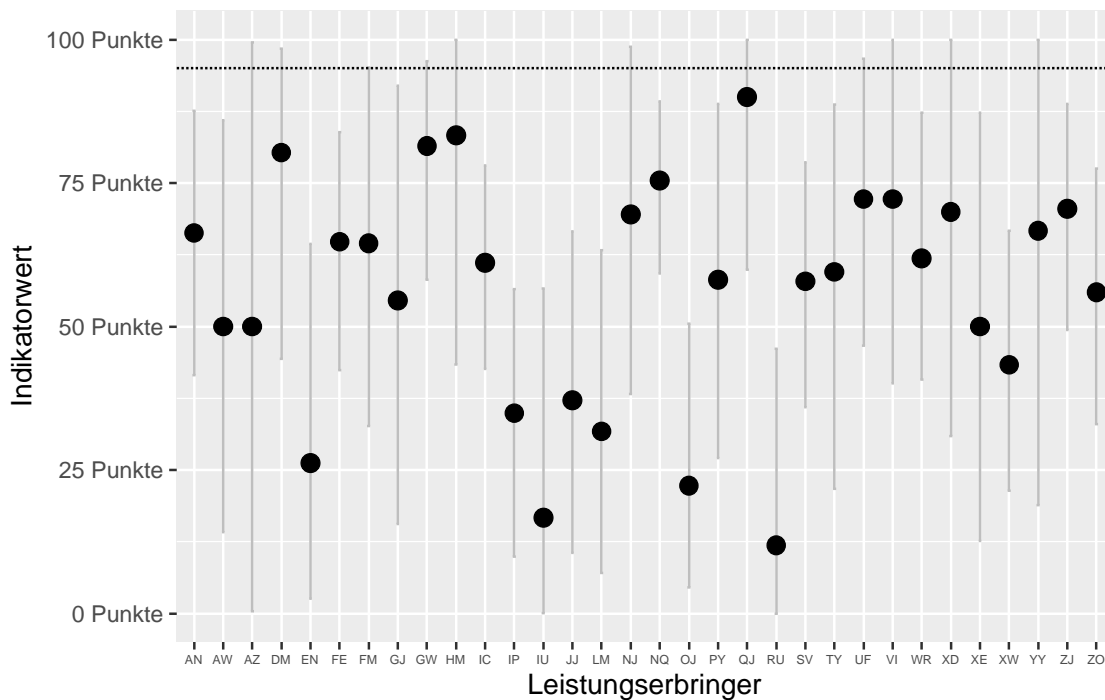


Abbildung 26: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45x06 „Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung“ mit Einschränkung der Grundgesamtheit auf den Entlassort „nach Hause“

### 11.2.8 45x07: Entlassgespräch

Qualitätsindikator 45x07 misst, inwieweit ein Entlassgespräch stattgefunden hat, das an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet war.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus drei Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Durchführen eines abschließenden Gesprächs
- Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch
- Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung<sup>62</sup>

Die österreichische Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme und Entlassungsmanagement weist darauf hin, dass ein Entlassungsgespräch stattfinden soll. Zudem soll laut Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege die Entlassplanung mit den Patientinnen und Patienten und ggf. Angehörigen vor der Entlassung überprüft werden (Anhang D.1.2). Es wird davon ausgegangen, dass Leistungserbringer die Qualitätsanforderung des Indikators grundsätzlich erfüllen können, sodass ein kriteriumsbezogener fester Referenzbereich von  $\geq 95$  Punkten empfohlen wird.

<sup>62</sup> Das Qualitätsmerkmal zum Angebot für den Einbezug von Vertrauenspersonen wird ausschließlich im Fragebogen zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten gemessen, da bei Entlassungen von Kindern bzw. Jugendlichen die Eltern/Sorgeberechtigten die Vertrauenspersonen der Kinder sind.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 15 und 85 Punkten (Abbildung 27).

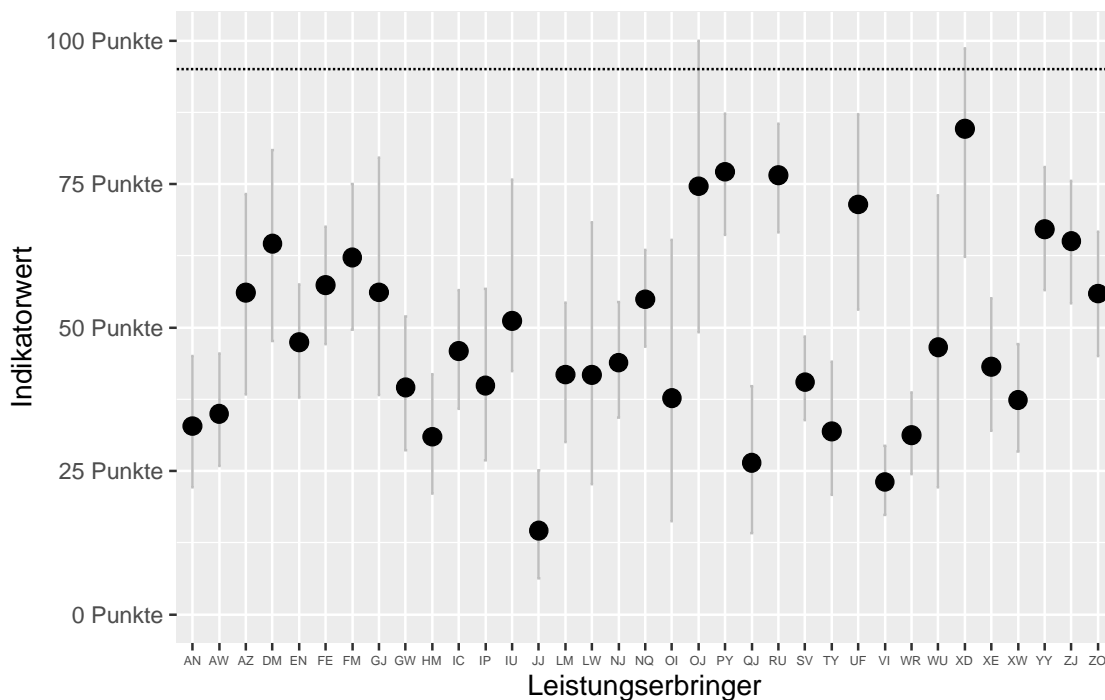


Abbildung 27: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx07 „Entlassgespräch“

### 11.2.9 45xx08: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten

Qualitätsindikator 45xx08 misst, ob Patientinnen und Patienten am Ende ihrer Krankenhausbehandlung einen (vorläufigen) Entlassbrief erhalten haben.

Der Qualitätsindikator besteht aus einem Qualitätsmerkmal:

- Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag

Gemäß § 9 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement ist der Entlassbrief zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Patientinnen und Patienten müssen gemäß § 9 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement am Tag der Entlassung mindestens einen vorläufigen Entlassbrief erhalten (Anhang D.1.1). Es wird davon ausgegangen, dass Leistungserbringer die Qualitätsanforderung des Indikators grundsätzlich erfüllen können, sodass ein kriteriumsbezogener fester Referenzbereich von  $\geq 95$  Punkten empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 8 und 99 Punkten (Abbildung 28).

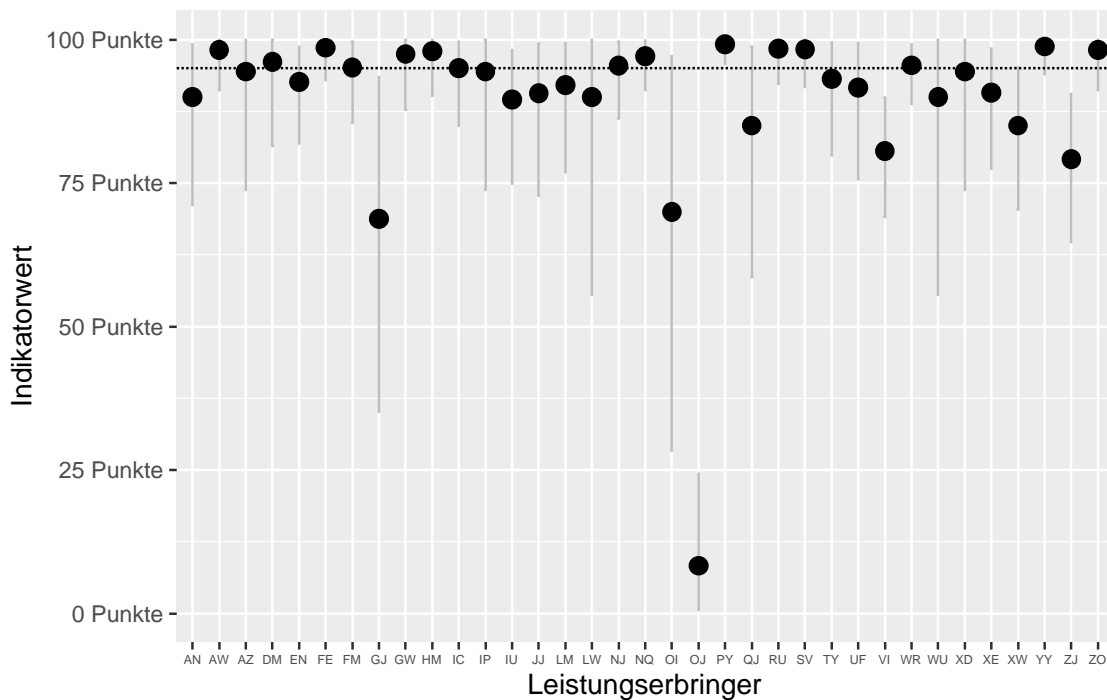


Abbildung 28: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx08 „Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten“

#### 11.2.10 45xx09: Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung

Qualitätsindikator 45xx09 misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus für eine bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion eine widerspruchsfreie Information zur Entlassung erhalten haben und die Klärung von Fragen zur Entlassung erfolgte.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus zwei Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung
- Zeit für Fragen zur Entlassung

Aus den Empfehlungen der Leitlinien bzw. dem Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege kann abgeleitet werden, dass Patientinnen und Patienten adressatengerechte Informationen zur Entlassung erhalten sollen und die Klärung von Fragen der Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung Teil einer wertschätzenden Kommunikation seitens der involvierten Gesundheitsprofessionen darstellt (Anhang D.1.2). Allerdings lassen sich aus den Leitlinien bzw. dem Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege keine Angaben zu einem kriteriumsbezogenen Referenzbereich ableiten, sodass für den Qualitätsindikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 63 und 99 Punkten (Abbildung 29).

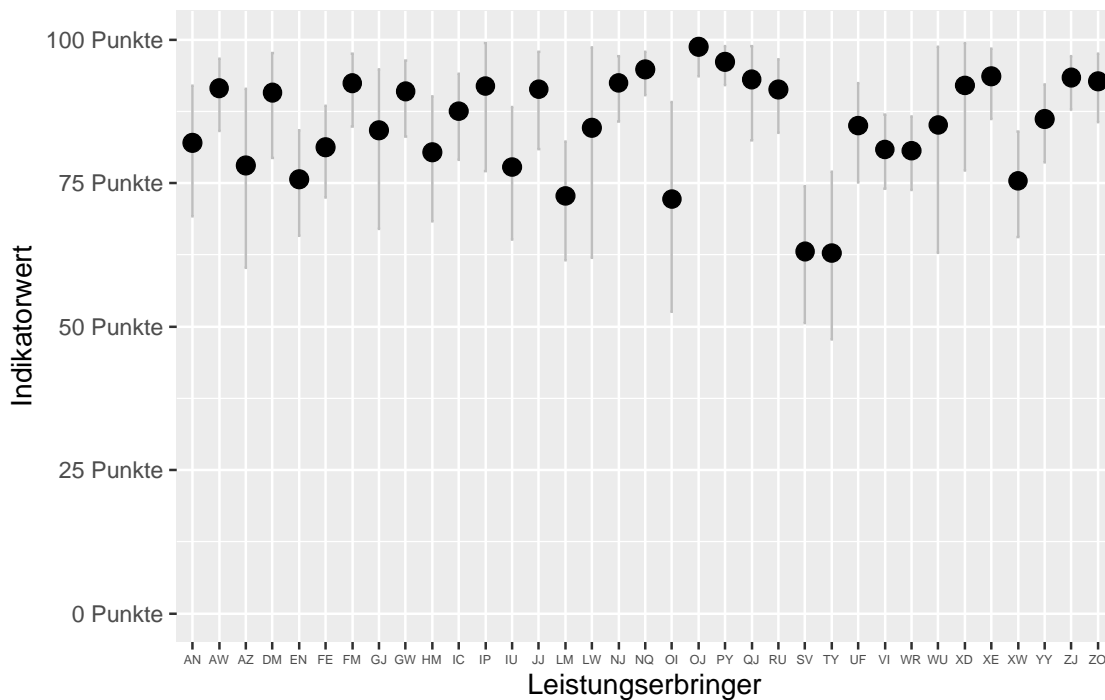


Abbildung 29: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx09 „Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung“

#### 11.2.11 45xx10: Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten

Qualitätsindikator 45xx10 misst, inwieweit erwachsene Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung dazu bereit waren, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Die Entlassbereitschaft umfasst sowohl die körperliche und psychische Verfassung der Patientinnen und Patienten sowie die für den Alltag nach Entlassung vorhandene Unterstützung durch Angehörige / ggf. professionelles Pflegepersonal.

Der Qualitätsindikator besteht aus einem Qualitätsmerkmal:

- Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Aus dem Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege geht hervor, dass die Entlassbereitschaft von Patientinnen und Patienten vor der Entlassung in den Blick genommen werden soll (Anhang D.1.2). Studien zur Ergebnisqualität des Entlassmanagements weisen darauf hin, dass die subjektive Entlassbereitschaft von Patientinnen und Patienten durch den Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus beeinflusst werden kann (Anhang D.1.2). Allerdings lassen sich keine Angaben zu einem kriteriumsbezogenen Referenzbereich ableiten, sodass für den Qualitätsindikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 66 und 95 Punkten (Abbildung 30).



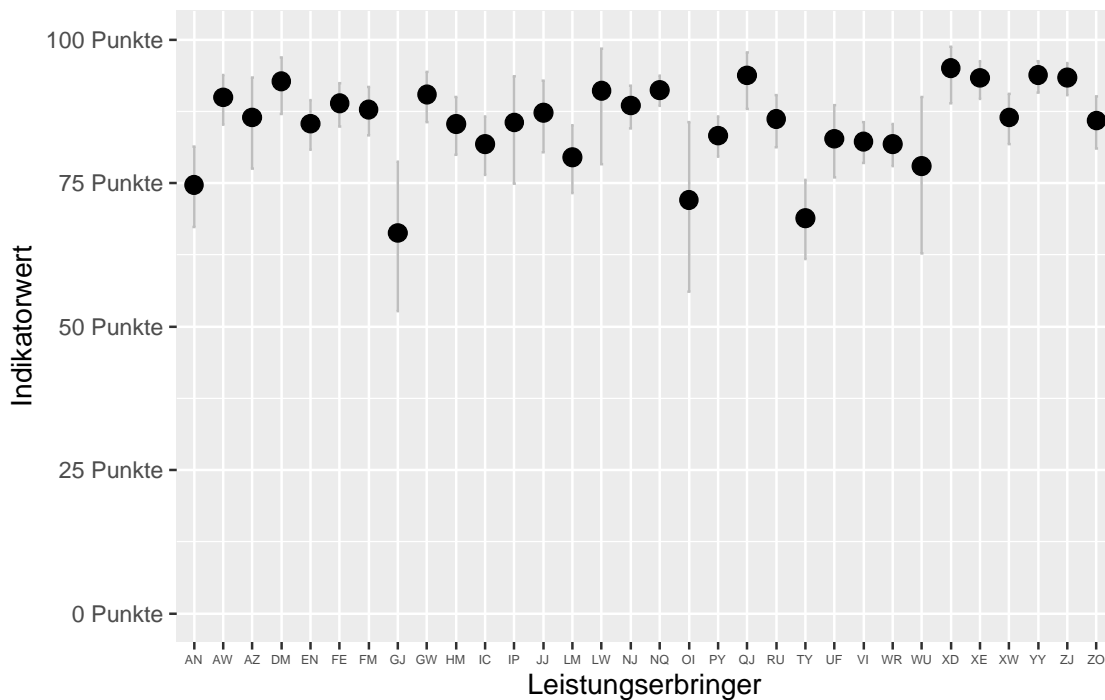


Abbildung 30: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx10 „Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten“

Bei diesem Qualitätsindikator handelt es sich um einen Ergebnisindikator, der durch patienten-  
seitige Charakteristika und andere Faktoren, die dem Leistungserbringer nicht zuschreibbar sind,  
beeinflusst werden kann (Abschnitt 7.4). Das IQTIG empfiehlt daher, folgende Variablen bei der  
Entwicklung eines Modells zur Risikoadjustierung zu berücksichtigen (Abschnitt 10.2.2):

- Alter der Patientin / des Patienten
- Geschlecht der Patientin / des Patienten
- Anzahl Komorbiditäten
- Polymedikation
- Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte
- Geplante oder ungeplante Aufnahme
- Dauer des Krankenhausaufenthalts
- Entlassort

#### 11.2.12 45xx11: Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten

Qualitätsindikator 45xx11 misst, inwieweit minderjährige Patientinnen und Patienten und deren Eltern/Sorgeberechtigte zum Zeitpunkt der Entlassung dazu bereit waren, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Die Entlassbereitschaft umfasst sowohl die wahrgenommene körperliche und psychische Verfassung des Kindes als auch die von den Eltern/Sorgeberechtigten wahrgenommene Unterstützung durch Familie/Vertrauenspersonen und/oder ambulante Dienste bzw. Hilfen sowie die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung der Eltern/Sorgeberechtigten.

Der Qualitätsindikator besteht aus einem Qualitätsmerkmal:

- Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Aus dem Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege geht hervor, dass die Entlassbereitschaft von Patientinnen und Patienten vor der Entlassung in den Blick genommen werden soll (Anhang D.1.1). Studien zur Ergebnisqualität des Entlassmanagements weisen darauf hin, dass die subjektive Entlassbereitschaft von Patientinnen und Patienten durch den Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus beeinflusst werden kann (Anhang D.1.1). Allerdings lassen sich keine Angaben zu einem kriteriumsbezogenen Referenzbereich ableiten, sodass für den Qualitätsindikator ein verteilungsbasierter Referenzbereich empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 81 und 99 Punkten (Abbildung 31).

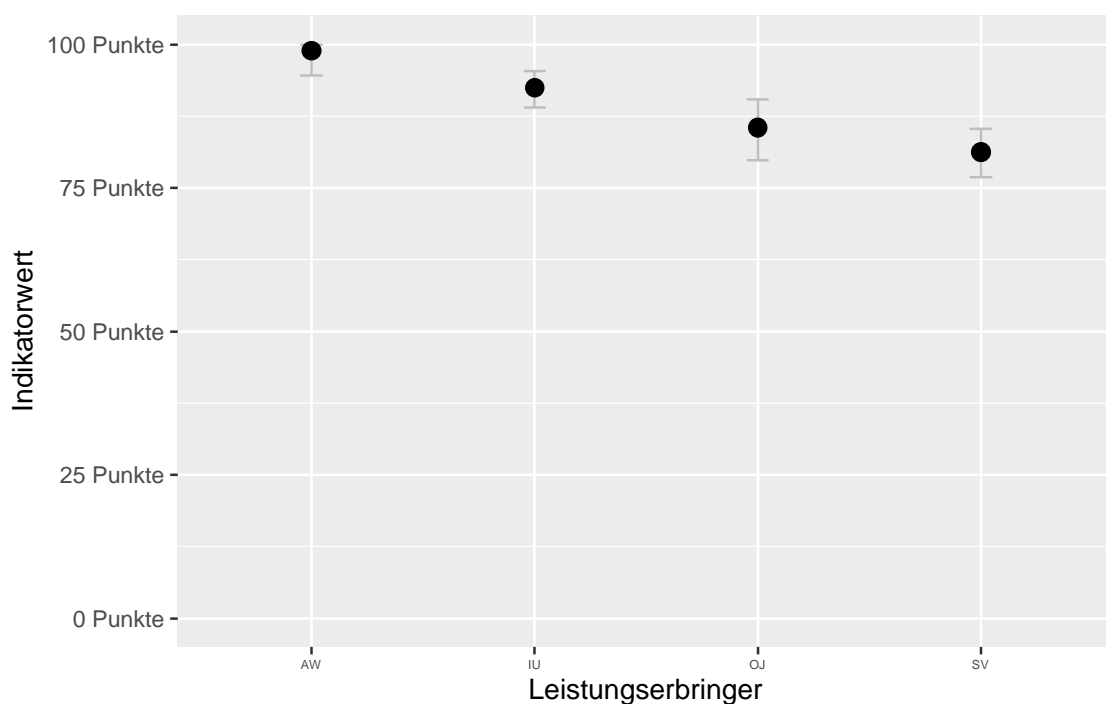


Abbildung 31: Ergebnisse für den Qualitätsindikator 45xx11 „Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten“

Bei diesem Qualitätsindikator handelt es sich um einen Ergebnisindikator, der durch patienten-seitige Charakteristika und andere Faktoren, die dem Leistungserbringer nicht zuschreibbar sind, beeinflusst werden kann (Abschnitt 7.4). Das IQTIG empfiehlt daher, folgende Variablen bei der Entwicklung eines Modells zur Risikoadjustierung zu berücksichtigen (Abschnitt 10.2.2):

- Alter der Patientin / des Patienten
- Geschlecht der Patientin / des Patienten
- Anzahl Komorbiditäten
- Polymedikation
- Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte

- Geplante oder ungeplante Aufnahme
- Dauer des Krankenhausaufenthalts
- Entlassort

### 11.3 Einordnung der Qualitätsindikatoren in das IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* wurden den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität zugeordnet (IQTIG 2022d: Abschnitt 1.1). Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren zu den Dimensionen des Rahmenkonzepts zeigt, ob durch das Set der Qualitätsindikatoren die grundsätzlichen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung abgedeckt werden oder ob ggf. Dimensionen des Rahmenkonzepts nicht erfassbar sind.

#### Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teilauftrag C)

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung konnten insbesondere den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“, „Koordination und Kontinuität“ sowie „Wirksamkeit“ zugeordnet werden (Tabelle 34).

Tabelle 34: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität

ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikatortyp	Qualitätsdimensionen
45xx00	Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
45xx01	Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung	Prozessindikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Koordination und Kontinuität</li> </ul>
45xx02	Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus	Prozessindikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Angemessenheit</li> </ul>
45xx03	Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung	Prozessindikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Koordination und Kontinuität</li> </ul>
45xx04	Information und Aufklärung zur Entlassmedikation	Prozessindikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientensicherheit</li> <li>▪ Wirksamkeit</li> </ul>

ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikatortyp	Qualitätsdimensionen
45xx05	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung	Prozessindikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wirksamkeit</li> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> </ul>
45xx06	Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung	Prozessindikator	Koordination und Kontinuität
45xx07	Entlassgespräch	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
45xx08	Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten	Prozessindikator	Koordination und Kontinuität
45xx09	Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung	Prozessindikator	Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten
45xx10	Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten	Ergebnisindikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wirksamkeit</li> <li>▪ Patientensicherheit</li> </ul>
45xx11	Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten	Ergebnisindikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wirksamkeit</li> <li>▪ Patientensicherheit</li> </ul>

### Gemeinsames Set an Qualitätsindikatoren aus Teilauftrag B und C

Zusammen mit den Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen (Teilauftrag B; Stand: Vorbericht) ist eine ausgewogene Messung und Abbildung der Versorgungsqualität für das Entlassmanagement in Bezug auf die Dimensionen des Rahmenkonzepts möglich (Tabelle 35).

Tabelle 35: Zuordnung der Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für die Qualitätsindikatoren aus Teilauftrag B (Stand: Vorbericht) und Teilauftrag C zur Entwicklung der Patientenbefragung (Mehrfachzuordnungen der Qualitätsindikatoren zu den Qualitätsdimensionen sind möglich)

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren/Kennzahl auf Basis der QS-Dokumentation bzw. der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Teilauftrag B)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teilauftrag C)
Wirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verfahrensregelung zum multiprofessionellen Entlassmanagement</li> <li>▪ Schulung der am Entlassmanagement beteiligten Gesundheitsprofessionen zur hausinternen Verfahrensregelung</li> <li>▪ Kennzahl: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information und Aufklärung zur Entlassmedikation</li> <li>▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung</li> <li>▪ Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten</li> </ul>
Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konzept zur Information, Beratung und Anleitung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen</li> <li>▪ Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans</li> <li>▪ Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen</li> <li>▪ Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information und Aufklärung zur Entlassmedikation</li> <li>▪ Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten</li> </ul>
Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen/Patienten	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus</li> <li>▪ Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung</li> <li>▪ Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus</li> <li>▪ Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung</li> <li>▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung</li> <li>▪ Entlassgespräch</li> <li>▪ Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung</li> </ul>

Qualitätsdimension des Rahmenkonzepts	Qualitätsindikatoren/Kennzahl auf Basis der QS-Dokumentation bzw. der Sozialdaten bei den Krankenkassen (Teilauftrag B)	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Teilauftrag C)
Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team</li> <li>▪ Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen</li> <li>▪ Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer</li> </ul>	-
Angemessenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus</li> </ul>
Koordination und Kontinuität	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstellung und Aktualisierung eines patientenindividuellen Entlassplans im multiprofessionellen Team</li> <li>▪ Mitgabe eines aktuellen bundeseinheitlichen Medikationsplans</li> <li>▪ Kontinuierliche Medikamentenversorgung nach Entlassung vor Wochenenden oder Feiertagen</li> <li>▪ Der endgültige Entlassbrief enthält die für die Nach- bzw. Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten erforderlichen Informationen</li> <li>▪ Übermittlung eines endgültigen Entlassbriefs innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung an die ambulant nachbehandelnden Leistungserbringer</li> <li>▪ Mitgabe eines Pflegeüberleitungsbogens an Patientinnen und Patienten bei der Entlassung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung</li> <li>▪ Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung</li> <li>▪ Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung</li> <li>▪ Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten</li> </ul>

## 12 Empfehlungen für den Regelbetrieb

### 12.1 Empfehlungen zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik im Regelbetrieb

#### 12.1.1 Datenfluss

##### 12.1.1.1 Am Datenfluss beteiligte Akteure und deren Aufgaben

Die Durchführung der Patientenbefragung bedingt die Einbeziehung aller Institutionen, die gemäß DeQS-RL am Datenfluss beteiligt sind. Hierzu zählen:

- Leistungserbringer
  - Krankenhäuser (inkl. Belegärztinnen und -ärzte)
- Datenannahmestellen auf Landesebene für
  - Krankenhäuser – Landeskrankenhausgesellschaften (LKG)
  - die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) können die Aufgaben als Datenannahmestelle übernehmen
- Versendestelle Patientenbefragung (VPB)
- Patientinnen und Patienten
- IQTIG in der Funktion als
  - Fragebogenannahmestelle (FAST)
  - Bundesauswertungsstelle (BAS)

Das Zusammenspiel der einzelnen Akteure ist in Abbildung 32 dargestellt.

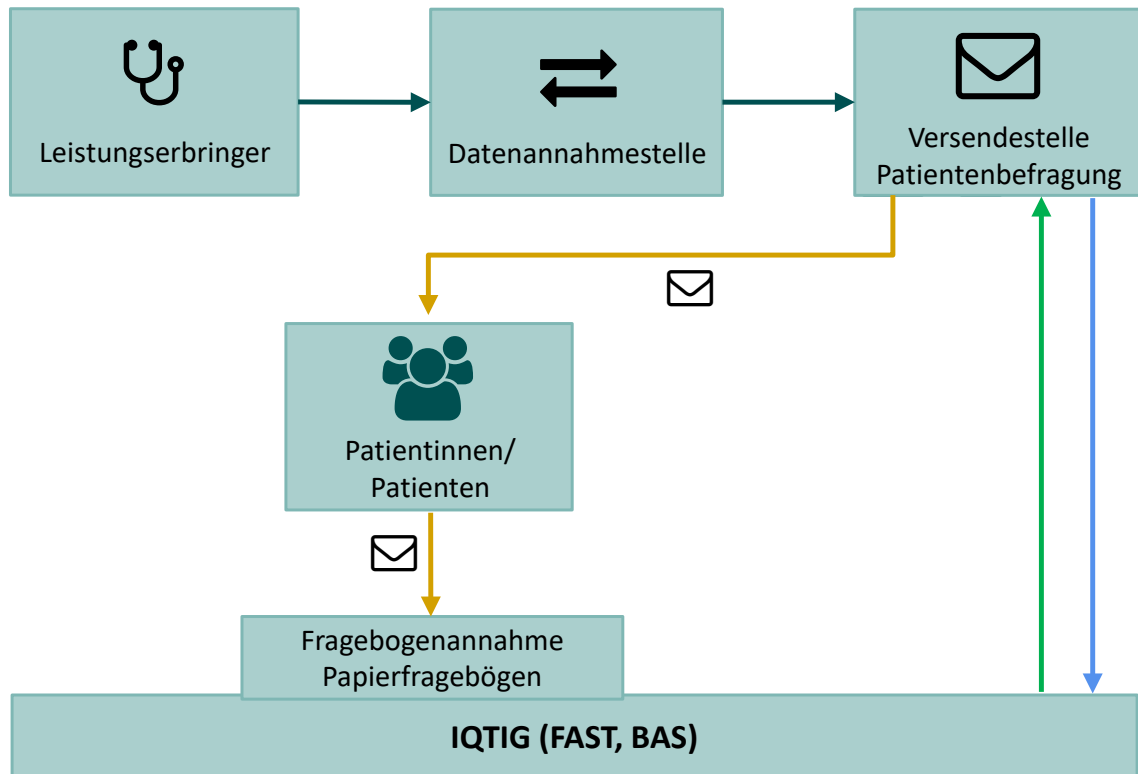


Abbildung 32: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Entlassmanagement

### Leistungserbringer

Der Leistungserbringer führt die medizinische Leistung, also das Entlassmanagement zu einer stationären Krankenhausbehandlung, durch. Bei Leistungen, die einer Dokumentationspflicht der verpflichtenden Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V unterliegen (in diesem Fall speziell der Beteiligung an einer Patientenbefragung), ist der Leistungserbringer verpflichtet, alle für die korrekte Auswahl und den Versand des Fragebogens notwendigen Informationen zusammenzustellen und über die Datenannahmestelle an die Versendestelle Patientenbefragung zu übermitteln.

### Datenannahmestelle

Die Datenannahmestelle nimmt die Datensätze der Patientenbefragung von den Leistungserbringern entgegen. Sie ist für die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten verantwortlich. Mithilfe des vom IQTIG bereitgestellten Pseudonymisierungsprogramms erzeugt die Datenannahmestelle aus der IKNR und dem Standort ein Pseudonym. Anschließend schickt die Datenannahmestelle die Daten der Patientenbefragung (Leistungserbringerpseudonym, patientenspezifische Daten) an die Versendestelle Patientenbefragung weiter (Abbildung 32, oben).

Die Datenannahmestelle hat keine Einsicht in die patientenspezifischen Daten, diese werden beim Leistungserbringer derart verschlüsselt, dass ausschließlich die Versendestelle Patientenbefragung diese Daten entschlüsseln und einsehen kann.



## Versendestelle Patientenbefragung

Die Versendestelle Patientenbefragung nimmt die Daten der einzelnen Datenannahmestellen entgegen. Die Informationen über die Patientin oder den Patienten werden der Versendestelle Patientenbefragung gemäß Teil 1 § 14 Abs. 2a Satz 1 DeQS-RL in zwei verschiedenen Containern übermittelt. Beide Container sind separat verschlüsselt und können beide durch die Versendestelle entschlüsselt werden. In einem Container befinden sich die medizinischen Daten, die zur Fragebogenauswahl benötigt werden. Diese Daten werden bei Dateneingang von der Versendestelle entschlüsselt und geprüft. In dem zweiten Container befinden sich der Name und die Adresse der Patientin oder des Patienten. Diese Daten werden durch die Versendestelle aus datenschutzrechtlichen Gründen nur dann entschlüsselt, wenn die Patientin bzw. der Patient in die Stichprobe einbezogen wurde. Nach Dateneingang wählt die Versendestelle die Patientendatensätze aus, die gemäß dem Verfahren zur Stichprobenziehung zur Teilnahme an der Befragung bestimmt wurden. Zur Erhöhung der Rücklaufquote sollen bei der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* unter Wahrung der Anonymität gezielt Erinnerungsschreiben an diejenigen Patientinnen und Patienten verschickt werden, die innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums den Fragebogen nicht zurückgeschickt haben. Hierfür muss die Versendestelle den Patientinnen und Patienten, die für die Stichprobe gezogen wurden, eine zufällige, eindeutige Identifikationsnummer zuordnen (Fragebogen-ID). Diese Fragebogen-ID ist vollkommen unabhängig von dem für die fallbezogene QS-Dokumentation verwendeten Patientenpseudonym, welche aus der eGK-Versichertennummer der Patientin oder des Patienten gebildet wird.

Das IQTIG empfiehlt, im QS-Verfahren *Entlassmanagement* zwei unterschiedliche Fragebogenversionen einzusetzen, um sowohl die Erfahrungen bei der Entlassung von volljährigen als auch von minderjährigen Patientinnen und Patienten valide erfassen zu können. Die Versendestelle wählt anhand der behandlungsspezifischen Daten der Patientinnen und Patienten, die seitens der Leistungserbringer übermittelt wurden, den korrekten Fragebogen aus:

- Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme 18 Jahre oder älter sind, erhalten die Fragebogenversion „Erwachsene“.
- Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme jünger als 18 Jahre sind, erhalten die Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“; der Fragebogen wird über die Adresse der versicherten Person an die Eltern/Sorgeberechtigten adressiert.

Auf jedem Fragebogen wird die Fragebogen-ID als QR-Code/Datamatrix-Code aufgedruckt. Bis zur Löschfrist bewahrt die Versendestelle das Mapping zwischen der anonymen Fragebogen-ID, den Adressdaten der Patientin / des Patienten sowie dem Leistungserbringerpseudonym auf.

Im Rahmen eines Begleitanschreibens soll die Patientin bzw. der Patient zur Teilnahme an der Befragung eingeladen werden. Der Fragebogen, das Anschreiben sowie eine Anlage mit Informationen zum Datenschutz werden zusammen mit einem vorfrankierten Rücksendeumschlag kuvertiert und die Adresse der Patientin / des Patienten auf das Kuvert aufgedruckt. Der Fragebogen wird dann an die Patientin bzw. den Patienten versendet (Abbildung 32, gelbe Pfeile).

Die Versendestelle erhält regelmäßig die Fragebogen-IDs der im IQTIG bzw. der Fragebogenannahmestelle eingegangenen Fragebögen. Basierend auf dieser Information können von der Versendestelle kontrolliert Erinnerungsschreiben an die Patientinnen und Patienten versendet werden, deren Fragebogen noch nicht im IQTIG eingetroffen ist. In den Erinnerungsschreiben kann den Patientinnen und Patienten ggf. eine verlängerte Frist zur Rücksendung der Fragebögen gewährt werden.

Sollte es beim Leistungserbringer zur Stornierung eines Falls kommen, erhält die Versendestelle diese Information anhand eines Storno-Datensatzes, der die Vorgangsnummer und das Leistungserbringerpseudonym enthält. Die Versendestelle kann nun ggf. den Versand des entsprechenden Fragebogens verhindern oder, falls dieser bereits versendet wurde, dem IQTIG die entsprechende Fragebogen-ID übermitteln, um diesen Fragebogen bei der Berechnung des Rücklaufs und aus der Auswertung auszuschließen.

Die Versendestelle übermittelt regelmäßig eine Mapping-Tabelle an das IQTIG, in der die Fragebogen-ID, das Pseudonym des Leistungserbringers sowie die zu der Fragebogen-ID übermittelten medizinischen Informationen enthalten sind (Abbildung 32, blauer Pfeil). In dieser Mapping-Tabelle werden auch die Informationen über stornierte Fälle an das IQTIG übertragen. Weiterhin übermittelt die Versendestelle Informationen zur Vollzähligkeitsprüfung an das IQTIG (Anzahl der je Leistungserbringerpseudonym eingegangenen Datensätze und der je Leistungserbringerpseudonym versendeten Fragebögen zur Prüfung der Vollzähligkeit).

### **Patientinnen und Patienten**

Die durch die Stichprobenbeziehung ausgewählte Patientin bzw. der Patient erhält von der Versendestelle per Post einen Fragebogen und ggf. ein Erinnerungsschreiben. Sie bzw. er füllt den Fragebogen aus und sendet diesen mit dem beiliegenden Rückumschlag an die Fragebogenannahmestelle des IQTIG zurück (Abbildung 32, gelbe Pfeile).

### **IQTIG**

Das IQTIG ist u. a. verantwortlich für die Annahme und Eingabe der Fragebögen und hat hierzu eine sogenannte Fragebogenannahmestelle eingerichtet. Die Fragebogenannahmestelle des IQTIG nimmt die Fragebögen entgegen, liest diese ein und übermittelt die Datensätze in abgestimmter Regelmäßigkeit an die Bundesauswertungsstelle. Ihr obliegt außerdem die datenschutzkonforme Lagerung und Vernichtung der Fragebögen. Die Fragebogenannahmestelle übermittelt die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen zur Steuerung der kontrollierten Erinnerungsschreiben an die Versendestelle (Abbildung 32, hellgrüner Pfeil).

Die Bundesauswertungsstelle verknüpft die Fragebogen-IDs mit den entsprechenden Leistungserbringerpseudonymen, wertet die Daten aus und berichtet die Ergebnisse an die Leistungserbringer, den G-BA und an die Öffentlichkeit. Eine Auswertung der Befragungsdaten findet ausschließlich auf Leistungserbringerebene statt, eine Aggregation der Datensätze auf Patientenebene sowie eine Verknüpfung der Daten der Patientenbefragung mit der fallbezogenen QS-Dokumentation sind gemäß den Vorgaben in § 299 SGB V nicht vorgesehen.

### 12.1.1.2 Schematische Darstellung der Informationen und Verschlüsselungen im Datenfluss

In Abbildung 33 ist der Datenfluss unter dem Aspekt der unterschiedlichen Informationseinheiten und deren Veränderung und Verschlüsselung bei den einzelnen beteiligten Institutionen dargestellt.

In der datengestützten Qualitätssicherung des G-BA folgt der Datenfluss der QS-Daten immer dem Abrechnungsdatenfluss. Aus diesem Grund ist Abbildung 33 generisch zu betrachten. Stationäre Leistungserbringer sind Krankenhäuser, die ihre Leistungen über die Krankenhausabrechnung gemäß § 301 SGB V abrechnen. Hierzu zählen die Fälle, die im Rahmen des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* betrachtet werden.

Es wird deutlich, dass jeder Leistungserbringer die gleichen Informationseinheiten zusammenstellt und versendet:

- die Adressdaten der Patientin bzw. des Patienten
- die medizinischen (bzw. „behandlungsspezifischen“) Daten
- die leistungserbringeridentifizierenden Daten
- administrative Daten, die für die korrekte Datenübermittlung und Weiterleitung in den unterschiedlichen Zwischenstationen benötigt werden

Vor dem Versand der Daten werden die Adressdaten und die medizinischen Daten jeweils separat mit dem öffentlichen Schlüssel der Versendestelle Patientenbefragung verschlüsselt (blaues Kästchen mit Schlüsselsymbol zwischen dem Leistungserbringer und der Datenannahmestelle). Das gesamte Datenpaket wird zusätzlich transportverschlüsselt (grünes gestricheltes Rechteck und grünes Schloss).

Die Datenannahmestellen entschlüsseln die Transportverschlüsselung, können jedoch die Inhalte der Adressdaten und der medizinischen Daten nicht einsehen. Sie erstellen aus den leistungserbringeridentifizierenden Daten das Leistungserbringerpseudonym, erstellen erneut eine Transportverschlüsselung und senden die Daten an die Versendestelle.

In der Versendestelle werden, wie in Abschnitt 12.1.3.1 dargestellt, die medizinischen Daten und ggf. auch die Adressdaten entschlüsselt. Ausgehend von der Versendestelle werden der Fragebogen und der Rücksendeumschlag an die Patientin oder den Patienten postalisch versendet und von dieser/diesem an das IQTIG geschickt (Abbildung 33 unten links). Weiterhin wird die Mapping-Tabelle mit den Informationen zu Fragebogen-ID, Leistungserbringerpseudonym und medizinischen Daten direkt von der Versendestelle an das IQTIG übermittelt (Abbildung 33 unten mittig). Das IQTIG schickt täglich die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen zurück an die Versendestelle (Abbildung 33 unten rechts).

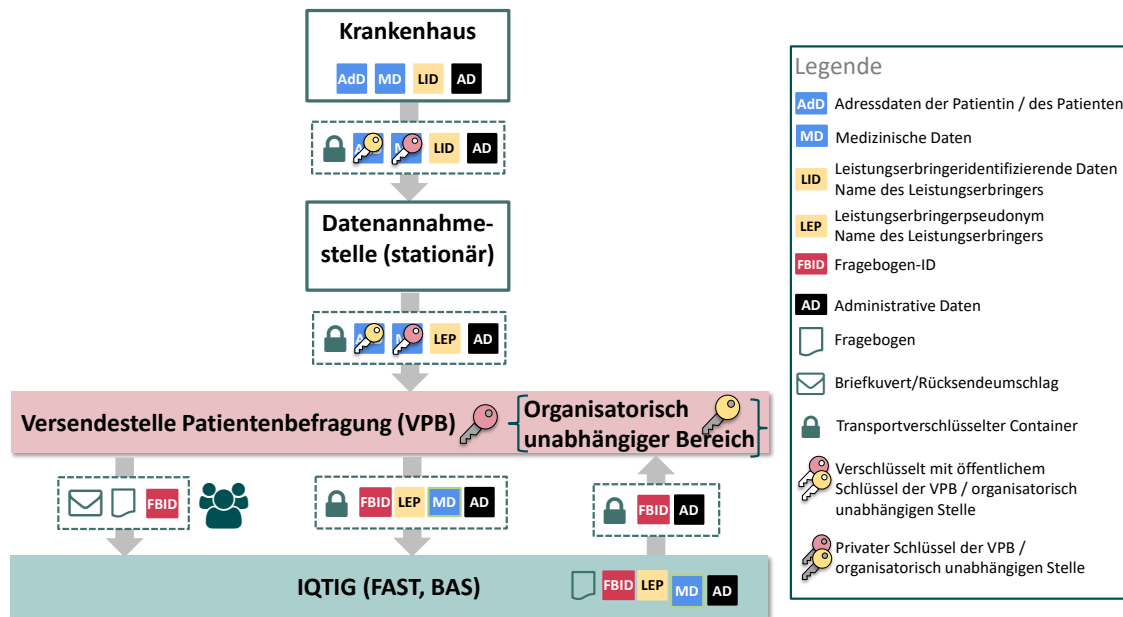


Abbildung 33: Schematische Darstellung des Datenflusses inkl. Verschlüsselung der Daten

Zur Sicherstellung der Korrektheit der Datenübermittlung wird auf bekannte Verfahren aus den bisher etablierten QS-Verfahren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer zurückgegriffen. Wenn der Datenempfänger einen Datensatz vollständig erhalten hat, wird eine XML-Schemaprüfung durchgeführt und anschließend den Datenannahmestellen auf Landesebene sowie dem Leistungserbringer in einem Datenflussprotokoll detailliert zurückgemeldet, welche Datensätze korrekt waren und welche Datensätze Warnungen aufwiesen oder fehlerhaft waren. Fehlerhafte Datensätze müssen anschließend vom Leistungserbringer korrigiert und erneut versendet werden.

### 12.1.2 QS-Auslösung

Mit der QS-Auslösung soll im QS-Verfahren *Entlassmanagement* keine Vollerhebung der QS-relevanten Fälle durchgeführt werden, sondern aus Gründen der Umsetzbarkeit und Datensparsamkeit eine Stichprobe verwendet werden (Kapitel 8). Eine Vollerhebung steht aus Sicht des IQTIG nicht zuletzt aufgrund der Sensibilität der Patientendaten und des mit einer Befragung verbundenen Aufwands in keinem Verhältnis zu den tatsächlich erforderlichen Fällen für die Berechnung der Qualitätsindikatoren in der Patientenbefragung. Um die Grundgesamtheit auf eine für das QS-Verfahren und schließlich für die Patientenbefragung praktikable Fallpopulation zu reduzieren, schlägt das IQTIG ein dreistufiges Vorgehen vor (Abbildung 34).

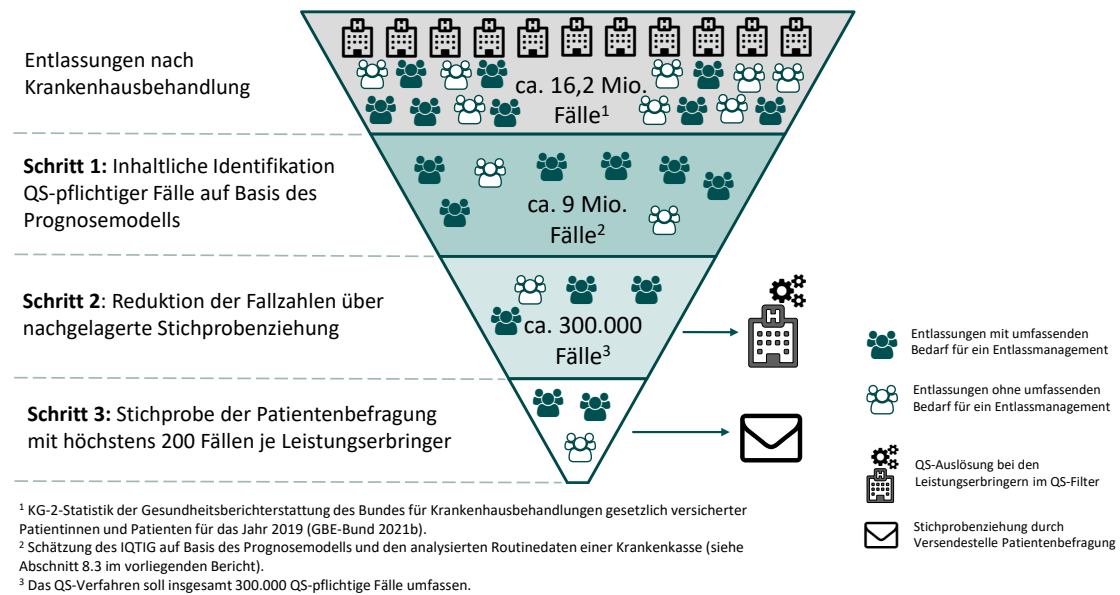


Abbildung 34: Schritte der QS-Auslösung für das QS-Verfahren Entlassmanagement

Die inhaltliche Identifikation der Zielpopulation erfolgt auf Basis des Prognosemodells (Abschnitt 8.2.2 und Abschnitt 8.2.3), welches die Grundlage für den Filteralgorithmus des QS-Filters beim Leistungserbringer darstellt (Schritt 1). Dabei dürfen nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die bei stationärer Aufnahme der Durchführung des Entlassmanagements eingewilligt haben, da das Krankenhaus ohne Einwilligung kein Entlassmanagement durchführen darf.<sup>63</sup> In Abhängigkeit vom gewählten Schwellenwert werden durch das Prognosemodell auch QS-relevante Fälle ohne umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement selektiert werden, da das Prognosemodell lediglich eine Wahrscheinlichkeit voraussagt, mit der ein Entlassfall einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement aufweist. Dies setzt sich in den weiteren Stichprobenziehungen entsprechend fort.

Über eine nachgelagerte Stichprobenziehung auf Basis der eGK-Versichertennummer, welche ebenfalls direkt im QS-Filter implementiert ist (Abschnitt 8.3), soll die QS-pflichtige Fallpopulation über eine Zufallsauswahl weiter reduziert werden (Schritt 2).<sup>64</sup> Diese anteilmäßige Fallreduktion betrifft dabei alle Leistungserbringer gleichermaßen und ist unabhängig von der ursprünglichen QS-relevanten Fallzahl eines Leistungserbringers. Die QS-Auslösung im Rahmen des QS-Filters (Schritt 1 und Schritt 2) soll ab dem Zeitpunkt der Entlassung der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden und technisch so gestaltet sein, dass die Leistungserbringer die Stichprobenziehung nicht beeinflussen können.

<sup>63</sup> Zudem sollen keine Patientinnen und Patienten mit einer stationären Verweildauer von weniger als zwei Tagen Teil des QS-Verfahrens sein, da davon ausgegangen wird, dass ein stationärer Aufenthalt von weniger als zwei Tagen mit anschließender Entlassung ein Hinweis auf einen geringen Versorgungsaufwand oder aber bereits bestehende Versorgungsstrukturen ist. Weitere Empfehlungen zur Umsetzung des QS-Filters sind im Bericht des IQTIG zu Teilauftrag B in Kapitel 7 enthalten.

<sup>64</sup> Ein Patientenkollektiv, das diese Stichprobenziehung umgeht, sind Neonatalogie-Fälle. Diese Fälle besitzen in der Regel zum Zeitpunkt der Entlassung keine oder noch keine eigene eGK-Versichertennummer.

Die Stichprobe von insgesamt etwa 300.000 Fällen, die über den QS-Filter gezogen wird, ist Grundlage für die Berechnung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation der Leistungserbringer und wird zur Übermittlung der Adressdaten und ggf. weiterer behandlungsbezogener Daten für den Fragebogenversand durch die Versendestelle Patientenbefragung genutzt.<sup>65</sup> In der Versendestelle wird die abschließende Stichprobe der Patientenbefragung für den Fragebogenversand je Leistungserbringer bestimmt (Schritt 3). Diese abschließende Stichprobe durch die Versendestelle liegt somit den Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zugrunde (Abschnitt 12.3 zur Stichprobenziehung und Fallzahlberechnung). Durch die Stichprobenziehung in der Versendestelle kann auch für die Patientenbefragung eine mögliche Beeinflussung der Stichprobe durch die Leistungserbringer ausgeschlossen werden.

Nach Einschätzung des IQTIG kann die Umsetzung der kombinierten QS-Auslösung (QS-Filter auf Basis des Prognosemodells mit nachgelagerter Stichprobenziehung) für die Patientenbefragung im Rahmen der aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgen:

- Zum einen wird in § 299 Abs. 1 Nr. 1 SGB V normiert, dass die Datenerhebungen für den Zweck der Qualitätssicherung in der Regel auf eine Stichprobe der betroffenen Patientinnen und Patienten begrenzt werden sollen. Eine Vollerhebung kann aus gewichtigen medizinisch-fachlichen oder methodischen Gründen erfolgen. Solche Gründe liegen aus Sicht des IQTIG hier nicht vor.
- Zum anderen lassen es die Formulierungen zur Patientenbefragung in § 299 Abs. 4 Satz 1 und Satz 2 SGB V zu, dass der G-BA die Versendestelle Patientenbefragung nicht in jedem Falle als Instanz für die Auswahl der zu befragenden Versicherten bestimmen muss, sondern die Versendestelle hierzu bestimmen *kann*.<sup>66</sup> Dies geht auch aus der entsprechenden Gesetzesbegründung des Ausschusses für Gesundheit hervor (BT-Drs. 18/6586 vom 04.11.2015).<sup>67</sup> Eine zumindest teilweise Entkopplung der Auswahl der zu befragenden Personen vom Versand der Fragebögen ist aus Sicht des IQTIG möglich.
- Die finale Auswahl der zu befragenden Personen im Sinne einer Unterstichprobe kann durch die Versendestelle Patientenbefragung vorgenommen werden, wenn durch die QS-Auslösung für die Berechnung von Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation beim Leistungserbringer und den Sozialdaten bei den Krankenkassen mehr Fälle ausgelöst werden, als für

---

<sup>65</sup> 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. Zu diesem Zweck soll eine gesonderte Sozialdatenübermittlung implementiert werden, auf deren Grundlage die erforderlichen Daten für eine aktualisierte Modellschätzung erhoben werden können. Details hierzu können dem Bericht des IQTIG zu Teilauftrag B, Kapitel 7 entnommen werden.

<sup>66</sup> „(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann zur Durchführung von Patientenbefragungen für Zwecke der Qualitätssicherung in den Richtlinien und Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136b eine zentrale Stelle (Versendestelle) bestimmen, die die Auswahl der zu befragenden Versicherten und die Versendung der Fragebögen übernimmt. In diesem Fall regelt er in den Richtlinien oder Beschlüssen die Einzelheiten des Verfahrens; insbesondere legt er die Auswahlkriterien fest und bestimmt, wer welche Daten an die Versendestelle zu übermitteln hat.“ (§ 299 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V)

<sup>67</sup> „Absatz 4 Satz 1 sieht vor, dass der G-BA in den Richtlinien und Beschlüssen nach §§ 136 bis 136 b eine zentrale Stelle bestimmen kann, die die Aufgabe der Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten und der Versendung der Fragebögen übernimmt. Sofern der G-BA von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, hat er in den Richtlinien oder Beschlüssen die Kriterien vorzugeben, nach denen die Auswahl zu treffen ist.“ (BT-Drs. 18/6586 vom 04.11.2015: 112)

die Berechnung der Qualitätsindikatoren auf Basis der Patientenbefragung notwendig sind. Entsprechende Bestimmungen müssen für die Umsetzung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* in der DeQS-RL getroffen werden, um das oben beschriebene Vorgehen zur QS-Auslösung und weitere Stichprobenziehungen zu regeln.<sup>68</sup>

Die gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung des G-BA ist für Krankenhäuser fest etabliert. Die notwendigen Softwareprodukte im stationären Bereich für die bereits im Regelbetrieb befindlichen QS-Verfahren existieren. Ein erster Austausch mit relevanten Softwareanbietern verweist auf eine grundsätzliche Umsetzbarkeit.<sup>69</sup>

### 12.1.3 Datenerfassung und Export

#### 12.1.3.1 Datenerfassung

Es ist davon auszugehen, dass die für den Versand und die Auswahl der Fragebögen benötigten Patientendaten, leistungserbringeridentifizierende Daten sowie weitere behandlungsspezifische Daten, die im Rahmen einer noch zu entwickelnden Spezifikation empfohlen werden, im Regelfall in den entsprechenden Softwaresystemen bzw. der QS-Software beim Leistungserbringer vorliegen. Diese Daten können zum Teil automatisiert zur Nutzung in der Qualitätssicherung, insbesondere zur Vorselektion der Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen erhalten sollen, übernommen werden. Die folgenden Daten müssen voraussichtlich für den Versand und die Auswahl der richtigen Fragebogenversion an die Versendestelle übermittelt werden:

- Titel und Name der Patientin bzw. des Patienten
- Adresse der Patientin bzw. des Patienten
- Name des Leistungserbringers
- Institutionskennzeichennummer (IKNR) und Standort des Krankenhauses
- Datum der Entlassung
- Behandlungsspezifische Daten zur Stichprobenziehung, zur Auswahl des Fragebogens im Bereich „Entlassmanagement“ bzw. zur gezielten Ursachenanalyse im Stellungnahmeverfahren (Abschnitt 12.4.3):
  - Alter der Patientin / des Patienten am Aufnahmetag in Jahren
  - Entlassende Fachabteilung

---

<sup>68</sup> Im Rahmen eines Fachgesprächs mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) wurde der rechtliche Rahmen des vom IQTIG vorgeschlagenen Konzepts zur QS-Auslösung einschließlich der Fragen der Stichprobenziehung für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* besprochen. Nach Einschätzung des BfDI liegen diesbezüglich keine rechtlichen Hindernisse vor.

<sup>69</sup> Für die technische Machbarkeit der QS-Auslösung auf Basis des Prognosemodells mit zusätzlicher Stichprobenziehung im QS-Filter wurden bereits mit entsprechenden Softwareanbietern erste Gespräche geführt. Um die dort eruierte grundsätzliche technische Umsetzbarkeit im Detail abzustimmen, ist ein Austausch im Zuge der zu beauftragenden Spezifikation notwendig.

### 12.1.3.2 Datenexport

Der Leistungserbringer dokumentiert ab erfolgter Entlassung der Patientin / des Patienten die für die Patientenbefragung relevanten Informationen und schließt den Datensatz ab. Mit Blick auf die methodischen Anforderungen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* an einen möglichst kurzen Zeitraum zwischen Entlassung der Patientinnen und Patienten und Versand der Fragebögen (Abschnitt 12.2) soll der Datenexport an die zuständige Datenannahmestelle monatlich erfolgen. Diese Datenlieferfrist für die Patientenbefragung ist im Regelbetrieb der Patientenbefragung des Verfahrens *QS PCI* bereits etabliert (§ 16 Abs. 1a Teil 2, Verfahren 1 (QS PCI) DeQS-RL).

Der Leistungserbringer kann bereits innerhalb des laufenden Monats Datensätze finalisieren und über die Datenannahmestelle an die Versendestelle übermitteln. Er hat jedoch sicherzustellen, dass bis zum 7. Tag des Folgemonats alle Datensätze von Patientinnen und Patienten, die im Vormonat entlassen wurden, an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Zur Korrektur von fehlerhaft versendeten Datensätzen hat der Leistungserbringer eine zusätzliche Frist von 7 Tagen.

Einen Sonderfall stellt die Korrektur oder Stornierung von Datensätzen bei der Patientenbefragung dar. Sollte ein Fall, der bereits ausgelöst wurde, doch nicht der Dokumentationspflicht unterliegen (z. B. falsche Auslösung, Fallzusammenführung) oder fehlerhafte Informationen enthalten, muss dieser korrigiert oder storniert werden. Wurde der Fall vor dem Ende der Datenlieferfrist korrigiert oder storniert, wird ein Datensatz mit einer Anweisung zur Korrektur oder Stornierung an die Versendestelle exportiert. Dieser Datensatz kann anhand einer eindeutigen Vorgangsnummer in der Versendestelle dem entsprechenden Datensatz zugeordnet werden. Die Versendestelle korrigiert oder löscht anschließend die zu diesem Fall gehörenden Daten. Im Falle einer Stornierung kann auch ein Fragebogenversand unterdrückt werden. Wird eine Korrektur oder Stornierung des Falls beim Leistungserbringer erst nach Fragebogenversand durchgeführt, versendet dieser auch den entsprechenden Datensatz über die Datenannahmestelle an die Versendestelle. Diese übermittelt die zu dem bereits versendeten Fragebogen vergebene Fragebogen-ID mit den korrigierten Angaben oder dem Hinweis, dass der Fall storniert wurde, an das IQTIG. Das IQTIG kann anschließend die entsprechenden Datensätze korrigieren oder im Falle einer Stornierung den Fragebogen von der Auswertung ausschließen. Erfolgt eine Stornierung eines Datensatzes, nachdem die entsprechenden Informationen in der Versendestelle nicht mehr vorliegen, kann ein ggf. im IQTIG eingehender Fragebogen nicht mehr von der Auswertung ausgeschlossen werden, da eine Zuordnung zur entsprechenden Fragebogen-ID nicht mehr möglich ist. Die Information, dass der entsprechende Leistungserbringer diesen Fall storniert hat, ist dem IQTIG von der Versendestelle Patientenbefragung trotz allem mitzuteilen, sodass für diesen Leistungserbringer zum Ende des Erfassungszeitraums die korrekte Anzahl an „IST“-Datensätzen zur Berechnung der Vollzähligkeit im IQTIG vorliegt. Der Rückruf eines Fragebogens nach dem Versand im Falle einer Stornierung kann nicht stattfinden.



#### 12.1.4 Fragebogenlogistik

##### Anforderungen an die Fragebögen

Das IQTIG stellt der Versendestelle Vorlagen für die jeweiligen Fragebogenversionen zur Verfügung. Die Versendestelle nutzt hierbei ein vom IQTIG vorgegebenes Layout, das mit der Fragebogenannahmestelle des IQTIG abgestimmt ist. Dabei müssen die Fragebögen u. a. folgende Anforderungen erfüllen:

- Auf jeder Seite des Fragebogens ist die Fragebogen-ID als QR-Code/Datamatrix-Code aufgedruckt.
- Vorgaben zum Druck der Fragebögen, z. B. hinsichtlich Papierformat oder Papierqualität.

Neben den Vorlagen für die jeweiligen Fragebogenversionen übersendet das IQTIG auch Vorlagen für den Druck der Anschreiben, Erinnerungsschreiben und der Informationen zum Datenschutz. Das Anschreiben soll folgende Angaben enthalten:

- Datum der Entlassung, die im Fokus der Befragung steht
- Name des Leistungserbringers, auf den sich die Befragung bezieht, da sonst die korrekte Zuschreibung der Qualitätsindikatoren auf eine bestimmte Einrichtung ggf. nicht gewährleistet werden kann
- Rücksendedatum, bis wann die Befragten den Fragebogen spätestens an die Fragebogenannahmestelle zurückschicken sollen
- Bei der Fragebogenversion „Erwachsene“ soll daraufhin gewiesen werden, dass die Befragte / der Befragte beim Ausfüllen von einer anderen Person unterstützt werden kann. Zur Beantwortung sollen jedoch die Erfahrungen der angeschriebenen Patientin / des angeschriebenen Patienten herangezogen werden.
- Bei der Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ soll daraufhin gewiesen werden, dass sich einige Fragen direkt an die Eltern/Sorgeberechtigten richten und einige Fragen je nach Alter des Kindes auch gemeinsam mit dem Kind beantwortet werden können.

##### Versandzeitpunkte der Fragebögen durch die Versendestelle Patientenbefragung

Die in den folgenden Absätzen beschriebenen Empfehlungen des IQTIG hinsichtlich der Zeitpunkte für die Übermittlung der Patientendaten, der Stichprobenziehung, des Versands der Fragebögen sowie des zweistufigen Erinnerungsverfahrens sind schematisch in Abbildung 35 dargestellt.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> Fällt die jeweilige Frist auf ein Wochenende oder einen Feiertag, gilt der nächste Werktag.

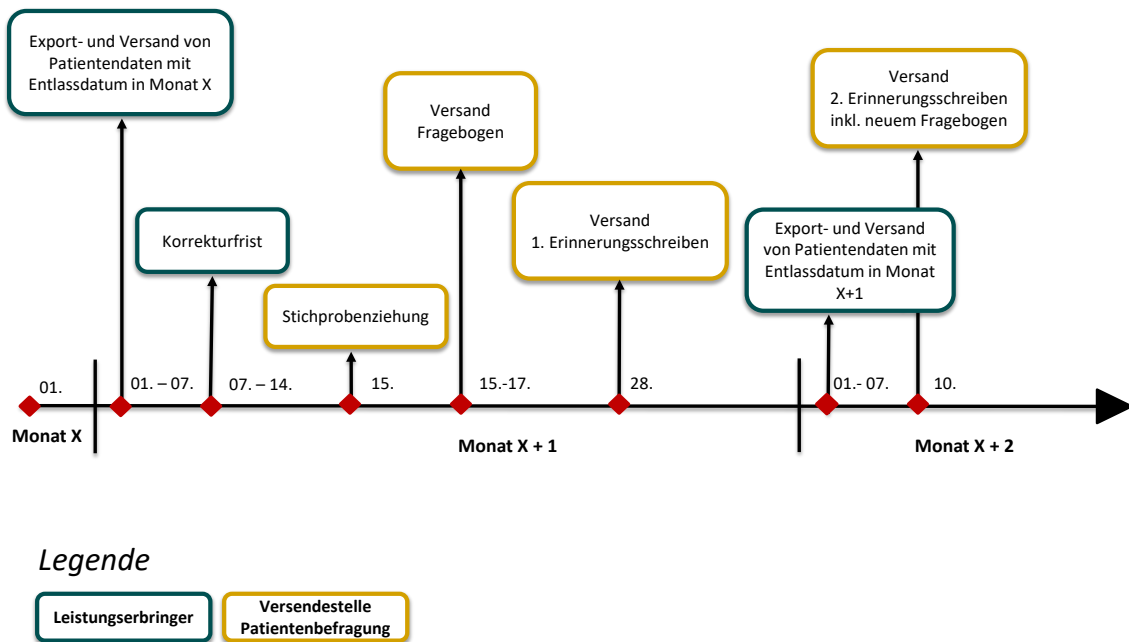


Abbildung 35: Zeitlicher Ablauf der Fragebogenlogistik

Die Leistungserbringer übermitteln bis spätestens zum 7. Tag des Folgemonats die Datensätze mit den für die Patientenbefragung relevanten Informationen der Patientinnen und Patienten, die im Vormonat nach einem stationären Aufenthalt entlassen wurden, an die zuständige Datenannahmestelle. Diese leitet die Daten unmittelbar nach der Pseudonymisierung der Leistungserbringer an die Versendestelle Patientenbefragung weiter. Die XML-Schemaprüfung der Datensätze erfolgt unverzüglich, d. h. spätestens einen Werktag, nachdem die Informationen in der Versendestelle eingegangen sind (Tag 8). Nach der Verarbeitung der Datensätze und einer Korrekturfrist von 7 Tagen erfolgt die Stichprobenziehung (Tag 15). Im Anschluss werden die Fragebögen, Anschreiben und Informationsschreiben gedruckt und kuvertiert. Die versandfertigen Briefe werden unmittelbar nach Fertigstellung (Tag 15 bis Tag 17) dem Postdienstleister übergeben und an die Patientinnen und Patienten versendet. Die Patientinnen und Patienten erhalten den Fragebogen durchschnittlich zwei Tage später.

12 Tage nach dem Versand des Fragebogens (Tag 28) versendet die Versendestelle ein kontrolliertes Erinnerungsschreiben an die befragten Patientinnen und Patienten. Kontrolliert bedeutet, dass der Versand des ersten Erinnerungsschreibens an eine Prüfung des Fragebogeneingangs bei der Fragebogenannahmestelle des IQTIG gekoppelt ist. Zur Feststellung des Fragebogeneingangs übermittelt die Fragebogenannahmestelle kontinuierlich alle Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen an die Versendestelle. Das Erinnerungsschreiben geht ungefähr zwei Tage später bei den Patientinnen und Patienten ein (Tag 30). Auch hier wird den Patientinnen und Patienten eine erneute Frist von 10 Tagen zur Beantwortung des Fragebogens eingeräumt. Wenn von Patientinnen und Patienten 12 weitere Tage nach dem Versand des Erinnerungsschreibens noch kein Fragebogen in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingegangen ist (Tag 40), dann wird an diese ein zweites, kontrolliertes Erinnerungsschreiben inklusive des Fragebogens sowie des Antwortkuverts versendet. In diesem Schreiben wird der Patientin oder

dem Patienten eine zusätzliche Frist von 14 Tagen zur Übermittlung des Fragebogens an die Fragebogenannahmestelle eingeräumt. Fragebögen, die erst nach Ablauf der Rücksendefrist (6 Wochen nach Versand des ersten Fragebogens) zurückgeschickt werden, werden nicht mehr eingelesen und bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

## 12.2 Empfehlungen zum Befragungszeitpunkt

Beim Festlegen eines konkreten Befragungszeitpunkts spielen nicht nur Überlegungen zur technischen Umsetzung des Datenflusses sowie der Fragebogenlogistik eine wesentliche Rolle (Abschnitt 12.1), sondern auch inhaltlich-methodische Anforderungen (Abschnitt 4.4):

- Patientinnen und Patienten müssen sich zum Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens hinreichend an die erfragten Sachverhalte erinnern können. Mit einem längeren Erinnerungszeitraum steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Befragte Erfahrungen vermischen und ggf. falsch zuordnen (Grotzinger 2008).
- Die Erinnerungen der Patientinnen und Patienten an die jeweils relevante Entlassung sollten sich aufgrund erneuter Krankenhausbehandlungen nicht überlagern.

Um den Erinnerungszeitraum für die Befragten möglichst gering zu halten, empfiehlt das IQTIG daher einen monatlichen Export der Patientendaten an die Versendestelle (Abschnitt 12.1.3.2).

Aus dem kognitiven Pretest (Abschnitt 10.3) und dem Standard-Pretest (Abschnitt 10.4) gibt es keine Hinweise, dass die untersuchten Erinnerungszeiträume von 2 bis 13 Wochen Auswirkungen auf die Erinnerbarkeit bestimmter Sachverhalte hatten. Für die empfohlenen Erinnerungszeiträume gilt es bezüglich der technischen Umsetzbarkeit des Datenflusses Folgendes zu berücksichtigen:

- Patientinnen und Patienten, die am Anfang eines Monats entlassen wurden, haben einen zusätzlichen Erinnerungszeitraum von 4 Wochen, da bei einer monatlichen Übermittlung der Patientendaten diese erst im Folgemonat an die Versendestelle übermittelt werden.
- Vom Fragebogenversand und bis zum spätesten möglichen Rückversand des Fragebogens kann sich der Erinnerungszeitraum um weitere ein bis maximal 6 Wochen erhöhen, da die finale Rücksendefrist der Fragebögen nach 2 Erinnerungsschreiben bei 6 Wochen liegt (Abschnitt 12.1.4).
- Diese zusätzlichen Erinnerungszeiträume bis maximal 13 Wochen (inkl. Postlaufzeiten) sind nach den dargestellten Erkenntnissen der Fragebogenentwicklung vertretbar.
- Um die Erinnerung der Patientinnen und Patienten an eine spezifische Entlassung bei einem konkreten Leistungserbringer zu unterstützen, empfiehlt das IQTIG zudem, in den Anschreiben sowohl das Datum der Entlassung als auch den Namen des Leistungserbringers zu nennen (Abschnitt 12.1.4).

### **12.3 Empfehlungen zu Stichprobenziehung und Fallzahlberechnung im Regelbetrieb**

Im Rahmen der Beauftragung durch den G-BA sind für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* Empfehlungen zur Umsetzung im Regelbetrieb zu prüfen und zu begründen, was auch Empfehlungen zur Stichprobenziehung und Fallzahlberechnung miteinschließt. Im Folgenden wird ein Konzept zur Ziehung einer Zufallsstichprobe für Schritt 3 der QS-Auslösung in der Versendestelle Patientenbefragung (Abschnitt 12.1.1) dargelegt. Das Ziehen einer Zufallsstichprobe begründet sich dadurch, dass diese im Vergleich zu willkürlichen Stichproben inferenzstatistische Schlüsse über die Population, unter Abschätzung der Präzision, ermöglicht (Lohr 2010, Schnell et al. 2018). Die Population an zu befragenden Patientinnen und Patienten ist je nach Zielgruppendefinition verschieden: Im Rahmen der Beauftragung des G-BA umfasst die Fallpopulation eine Stichprobe aller gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines stationären Aufenthalts einen umfassenden Bedarf für Entlassmanagement aufzeigen. Die selektierte Fallpopulation für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* ist in Abschnitt 8.4 genauer beschrieben.

#### **12.3.1 Rahmenbedingungen und Poweranalysen für die Stichprobenplanung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement***

Im Zuge der Entwicklung eines Konzepts zur Stichprobenziehung für die Patientenbefragung müssen bestimmte Rahmenbedingungen beachtet werden. So ist im QS-Verfahren *Entlassmanagement* einerseits die Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die behandelnden Leistungserbringer zu berücksichtigen (Abschnitt 8.4). Fallzahlhochrechnungen auf Grundlage des für den QS-Filter entwickelten Prognosemodells und des Stichprobenalgorithmus kommen zu dem Ergebnis, dass die jährlich ca. 300.000 QS-pflichtigen Fälle sich zwar ungleichmäßig über die stationären Leistungserbringer verteilen, allerdings für die meisten Krankenhäuser noch ausreichend hohe Fallzahlen zu erwarten sind. So sind z. B. bei 64 % der Krankenhäuser mindestens 200 ausgelöste Fälle zu erwarten, aus denen die Versendestelle jeweils die Stichprobe der zu befragenden Patientinnen und Patienten ziehen kann.

Im QS-Verfahren *Entlassmanagement* ist darüber hinaus zu beachten, dass nicht alle befragten Patientinnen und Patienten in jedem Qualitätsindikator der Patientenbefragung berücksichtigt werden – z. B. wenn ein Qualitätsindikator die Umsetzung spezifischer Weiter Versorgungsmaßnahmen prüft, die jedoch nicht für alle Fälle erforderlich sind (z. B. die Information und Aufklärung zur Entlassmedikation). Über eine explizite Einschränkung der Qualitätsindikatorgrundgesamtheit oder implizit über Filterfragen bzw. die Antwortoption „Brauchte ich nicht“ oder „Trifft auf mich nicht zu“ kann die relevante Fallzahl, je nach Qualitätsziel des Indikators, im Vergleich zur Gesamtzahl an befragten Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zusätzlich

reduziert werden.<sup>71</sup> Es ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass nicht alle angeschriebenen Patientinnen und Patienten auch einen ausgefüllten Fragebogen an die Fragebogenannahmestelle senden werden (Unit-Non-Responder), was sich in einer unvollständigen Rücklaufquote ausdrückt.

Mit Blick auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die von einzelnen Leistungserbringern im QS-Verfahren *Entlassmanagement* entlassen wurden, stellt sich die Frage, wie viele entlassene Patientinnen und Patienten ausreichend sind bzw. befragt werden müssen, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse innerhalb der einzelnen Qualitätsindikatoren zu erhalten. Dazu wurde in den Berichten zu den Patientenbefragungen in den Verfahren *QS Schizophrenie* und *QS PCI* (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a) eine klassische Poweranalyse vorgestellt, um anhand eines Qualitätsindikators basierend auf nur einem Merkmal mit einem binären Item die Wahrscheinlichkeit für eine Auffälligkeit von Leistungserbringerergebnissen mit unzureichender Behandlungsqualität zu berechnen. Dabei zeigte sich, dass bei solch einem Qualitätsindikator und einem Referenzwert von 95 Punkten bei einem Leistungserbringer mit einem zugrunde liegenden Indikatorwert ( $\theta$ ) von 85 Punkten eine Teststärke von über 80 % erreicht wird,<sup>72</sup> wenn mindestens 67 Fragebögen vorliegen. Dies entspricht bei einer Rücklaufquote von 30 % einer Mindestanzahl von ca. 200 Patientinnen und Patienten des Leistungserbringers.

Im QS-Verfahren *Entlassmanagement* liegen die tatsächlichen Fallzahlen je nach Qualitätsindikator, aufgrund der oben erwähnten Einschränkungen der Grundgesamtheit, zum Teil deutlich unterhalb der Anzahl an befragten Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer. Die klassische Poweranalyse, die in den Berichten zu den Verfahren *QS Schizophrenie* und *QS PCI* (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a) vorgestellt wurde, zeigt jedoch, dass auch bei einer Anzahl von z. B. nur 10 Patientinnen und Patienten die Teststärke, je nach Lage des Indikatorwerts des Leistungserbringers, ausreichend hoch sein kann. Liegt der zugrunde liegende Indikatorwert eines Leistungserbringers bspw. bei 50 Punkten ( $\theta = 50$ ) und wird auch hier ein Referenzwert von 95 Punkten angenommen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, statistisch auffällig zu werden, bei ca. 94 %. Wird von einem Indikatorwert von 87,5 Punkten ( $\theta = 87,5$ ) ausgegangen, so liegt die Wahrscheinlichkeit, statistisch auffällig zu werden, nur noch bei ca. 12,5 %. Der Verlauf macht deutlich, dass auch die Ergebnisse von Leistungserbringern mit kleinen Fallzahlen statistisch auffällig werden können, wenn sie einen zugrunde liegenden Indikatorwert aufweisen, der deutlich vom Referenzwert entfernt liegt.

Zudem ist zu beachten, dass die meisten befragungsbasierten Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren *Entlassmanagement* auf mehr als nur einem binären Item basieren, d. h., die Qualitätsindikatoren umfassen in der Regel mehrere Merkmale und Items und/oder die Items haben mehr als zwei Ausprägungen, was zu einer höheren Messgenauigkeit des zugrunde liegenden

---

<sup>71</sup> Die Ergebnisse des Standard-Pretests geben einen ersten Eindruck über den Umfang solcher nicht substanzialer Antworten, also von Antworten, die bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren nicht berücksichtigt werden (Abschnitt 10.4.4). Dabei wurde im Standard-Pretest bei drei Items im Fragebogen „Erwachsene“ (Items 24, 32.2 und 36) und bei vier Items im Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ (Items 9, 18.1, 20.3 und 28.2) ein Anteil der Antwortoption „Brauchte ich nicht“ von über 50 % festgestellt. Die Nummerierung der Items bezieht sich auf die Fragebögen des Standard-Pretests (Anhang G.1).

<sup>72</sup> Das heißt, mit einer Wahrscheinlichkeit von über 80 % werden diese Leistungserbringer als rechnerisch auffällig identifiziert.

Indikatorwerts führt. Daher wurde in den Berichten zur Patientenbefragung in den Verfahren *QS NET* (IQTIG 2021b) und *Ambulante Psychotherapie* (IQTIG 2021a) die in den Berichten zu den QS-Verfahren *Schizophrenie* und *QS PCI* dargestellte Poweranalyse um weitere Beispiele mit komplexeren Indikatorstrukturen ergänzt. So lässt sich analysieren, ob auch niedrigere Fallzahlen für statistisch aussagekräftige Ergebnisse bei einer gegebenen Indikatorstruktur ausreichend sein können. Die Ergebnisse der Analyse aus den Verfahren *QS NET* (IQTIG 2021b) und *Ambulante Psychotherapie* (IQTIG 2021a) werden im Folgenden dargestellt.

Die für die Patientenbefragungen der Verfahren *QS Schizophrenie* und *QS PCI* durchgeführte Poweranalyse für einen Qualitätsindikator mit einem Merkmal und bestehend aus einem binären Item basiert auf einem einseitigen Test im zugrunde liegenden Binomialmodell (Chow et al. 2008). Diese Analyse lässt sich auch auf komplexere Qualitätsindikatoren mit mehreren Items und mehr als zwei Antwortkategorien erweitern, da das im Abschnitt zur Auswertungsmethodik (Abschnitt 11.1) dargestellte zugehörige HW-Multinomialmodell sich ebenso als Binomialmodell formulieren lässt.<sup>73</sup> In Anlehnung an die beschriebene Methodik in den Berichten zu den Patientenbefragungen der Verfahren *QS Schizophrenie* und *QS PCI* lässt sich im Rahmen einer Binomialannahme berechnen, ab welcher Fallzahl bei vorgegebenem Referenzwert und zugrunde liegendem Indikatorwert eine bestimmte Teststärke in Abhängigkeit von der Anzahl der Items und Antwortkategorien des Qualitätsindikators erreicht werden kann. Dabei zeigt sich, dass mit steigender Anzahl an Items oder Antwortkategorien pro Qualitätsindikator weniger befragte Patientinnen und Patienten benötigt werden, um eine vorgegebene Teststärke zu erreichen, bei ansonsten gleichen Annahmen hinsichtlich Referenzwert, zugrunde liegendem Indikatorwert und Rücklaufquote (Abbildung 36).

---

<sup>73</sup> Für einen Qualitätsindikator mit einem Merkmal bestehend aus  $L$  Items mit jeweils  $K$  Kategorien bezeichnet  $I(y_{jl} = k)$  die Indikatorfunktion für die Auswahl der  $k$ 'ten Kategorie für das  $l$ 'te Item durch Patientin bzw. Patient  $j$  eines betrachteten Leistungserbringers mit insgesamt  $J$  Patientinnen und Patienten. Es bezeichne  $y^k$  die Anzahl, mit der über alle Patientinnen und Patienten und über alle Items hinweg die  $k$ 'te Kategorie ausgewählt wurde, d. h.

$$y^k = \sum_{j=1}^J \sum_{l=1}^L I(y_{jl} = k)$$

Dann lässt sich das HW-Multinomialmodell auf ein Binomialmodell mit  $J \cdot L \cdot (K - 1)$  Versuchen, Erfolgswahrscheinlichkeit  $\theta$  und  $\sum_{k=1}^K (k - 1)y^k$  Erfolgen zurückführen (vgl. Abschnitt 11.1).

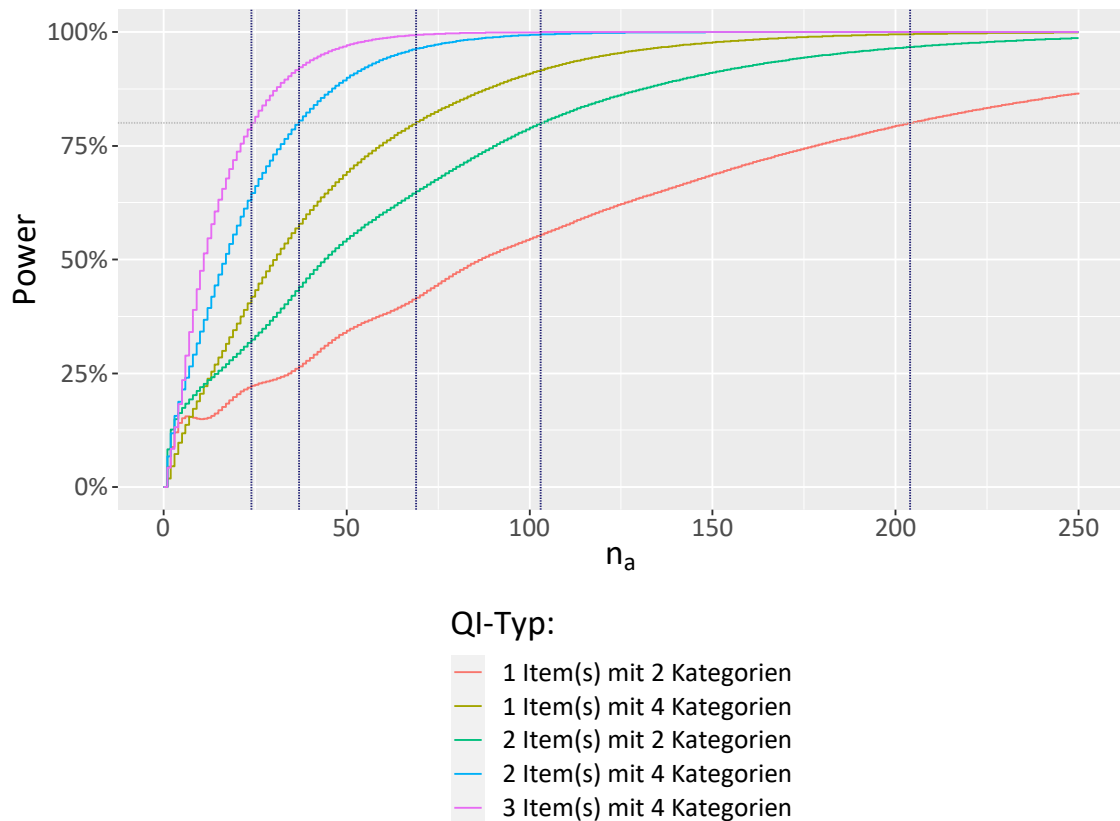


Abbildung 36: Teststärke in Abhängigkeit von der Anzahl der befragten Patientinnen und Patienten ( $n_a$ ) und der zugrunde liegenden Indikatorstruktur bei einer angenommenen Rücklaufquote von 30 %. Die vertikalen Linien markieren für die dargestellten Indikatorarten die jeweilige Anzahl befragter Patientinnen und Patienten, ab der eine Teststärke von mindestens 80 % erreicht ist. Angenommen sind ein Referenzwert von 95 Punkten und ein zugrunde liegender Indikatorwert von 85 Punkten.

Nimmt man einen Referenzwert von 95 Punkten, einen zugrunde liegenden Indikatorwert ( $\theta$ ) von 85 Punkten und eine Rücklaufquote von 30 % an, so verändert sich die Anzahl der benötigten ausgefüllten Fragebögen in Abhängigkeit von der Anzahl der Items oder Antwortkategorien innerhalb eines Qualitätsindikators wie folgt: Bei einem Qualitätsindikator mit einem Merkmal bestehend aus 2 binären Items sind bspw. lediglich 103 angefragte Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers<sup>74</sup> ausreichend, um eine Teststärke von 80 % zu erreichen. Bei einem Qualitätsindikator bestehend aus 3 Items mit je 4 Antwortmöglichkeiten sind dafür sogar nur 24 angefragte Patientinnen und Patienten bzw. 7 auswertbare Fragebögen ausreichend (Tabelle 36).

<sup>74</sup> Diese und folgende Werteangaben beziehen sich jeweils auf angefragte Patientinnen und Patienten, die darüber hinaus die Grundgesamtheitsbedingung des zugrunde liegenden Qualitätsindikators erfüllen.

Tabelle 36: Notwendige Anzahl an auswertbaren Fragebögen sowie angefragten Patientinnen und Patienten, um eine Teststärke von 80 % zu erreichen, in Abhängigkeit von der Anzahl der Items und Antwortkategorien für Qualitätsindikatoren basierend auf einem Merkmal. Für diese Beispiele wurden ein Referenzwert von 95 Punkten, ein zugrunde liegender Indikatorwert von 85 Punkten und eine Rücklaufquote von 30 % angenommen.

Anzahl an Items	Anzahl der Kategorien pro Item	Notwendige Anzahl auswertbarer Fragebögen	Notwendige Anzahl angefragter Patientinnen und Patienten in der Indikatorgrundgesamtheit
1	2	67	204
1	4	23	69
2	2	34	103
2	4	12	37
3	4	7	24

Darüber hinaus steigt die Teststärke jeweils mit zunehmender Anzahl an befragten Personen, bei steigender Rücklaufquote der befragten Personen und je weiter der zugrunde liegende Indikatorwert vom Referenzwert nach unten abweicht.

Insgesamt ist festzustellen, dass für die Mehrzahl der entwickelten Qualitätsindikatoren für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* pro Leistungserbringer nur ca. 34 oder weniger auswertbare Fragebögen ausreichend sind, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu gewährleisten, da die meisten Qualitätsindikatoren Strukturen aufweisen, die über mehr als nur ein binäres Item verfügen (Spalte 3 in Tabelle 36). Dies ist in der vorliegenden Patientenbefragung von besonderer Bedeutung, da einzelne Qualitätsindikatoren Einschränkungen der Grundgesamtheit auf den Entlassort verwenden bzw. sich auf Items beziehen, die aufgrund von Filterfragen oder nicht substanziellen Antwortkategorien nur von einem Teil der befragten Patientinnen und Patienten beantwortet werden. So ist bei diesen Indikatoren die Anzahl relevanter Fälle im Vergleich zur Gesamtanzahl der befragten Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers teils reduziert. Die erhöhte Messgenauigkeit aufgrund einer komplexeren Indikatorstruktur kann auch eine auf diese Weise verringerte Anzahl an auswertbaren Fragebögen pro Qualitätsindikator kompensieren.

### 12.3.2 Kriterien für Stichprobenziehungen und Vollerhebungen

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kann anhand von fünf Kriterien geprüft werden, ob aus gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen von der in § 299 Abs. 4 SGB V regelhaft vorgeschriebenen Vorgehensweise (= Stichprobenziehung) zugunsten einer Vollerhebung abgewichen werden sollte (IQTIG 2022d: Abschnitt 18.2).



### **Ressourcenbedarf**

Bei einer Stichprobenziehung ist davon auszugehen, dass sich die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten aufgrund des Auswahlprozesses reduziert. Damit kann eine Stichprobenziehung hinsichtlich des Drucks und des Versands von Fragebögen prinzipiell als kostenschonendere Alternative zur Vollerhebung angesehen werden. Die Höhe der eingesparten Ressourcen ist jedoch auch von der Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer abhängig. Angenommen ein QS-Verfahren umfasst 1.000 Patientinnen bzw. Patienten, welche sich auf zwei Leistungserbringer gleich verteilen. Zur Erfassung der Qualität der Leistungserbringer könnten beispielhaft zwei Zufallsstichproben gezogen werden. Sind jedoch nicht 2, sondern 500 Leistungserbringer zu berücksichtigen, so wird ersichtlich, dass die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten deutlich ansteigt, da die externe Qualitätssicherung auf die Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringer mit seinen Patientinnen und Patienten fokussiert und z. B. regionale Versorgungsforschungsfragen nicht von Interesse sind. Das IQTIG empfiehlt, bei Leistungserbringern mit einer geringen Fallzahl eine Vollerhebung durchzuführen und erst bei Leistungserbringern mit einer ausreichend großen Anzahl an Patientinnen und Patienten eine Zufallsstichprobe zu ziehen.

### **Praktische Durchführbarkeit**

Damit eine Zufallsstichprobe gezogen werden kann, werden Informationen über die Patientenauswahlgesamtheit pro Leistungserbringer benötigt (Kish 1995, Kalton 1983, Lohr 2010). Die Patientenauswahlgesamtheit stellt eine Übersicht dar, wie viele Patientinnen und Patienten der Zielpopulation im Erfassungsjahr von einem Leistungserbringer behandelt werden. Hierbei ist für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* zu berücksichtigen, dass sich erst über die eingehenden monatlichen Datenlieferungen die Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer für das Erfassungsjahr definiert. Somit liegt erst am Ende des Jahres eine vollständige Information zur Patientenauswahlgesamtheit vor. Um den Patientinnen und Patienten dennoch zeitnah nach Entlassung einen Fragebogen zuschicken zu können, müssen die Patientinnen und Patienten bereits im laufenden Jahr ausgewählt werden, ohne dass die Information zur Patientenauswahlgesamtheit vorliegt. Ein Ansatz, dies leisten zu können, wäre, dass pro Leistungserbringer vorab eine Abschätzung der Anzahl an behandelten Patientinnen und Patienten erfolgen muss, damit eine Grundlage für die Patientenauswahlgesamtheit gegeben ist. Schwierig ist zudem die Erfassung von Leistungserbringern, die sich erstmalig an der stationären Versorgung beteiligen, da diese der Versendestelle erst mit der ersten Datenlieferung bekannt werden. Für diese Leistungserbringer kann demnach keine Patientenauswahlgesamtheit abgeschätzt werden. Die praktische Durchführbarkeit einer Zufallsstichprobe kann damit als eingeschränkt betrachtet werden. Bei der Umsetzung einer zeitweisen Vollerhebung, sprich einer Vollerhebung im ersten Erhebungszeitraum, um darauf aufbauend dann die Fallzahlen für die folgenden Erhebungszeiträume zu schätzen, sind diese Schwierigkeiten nicht gegeben. Auf Basis der monatsweisen Datenlieferungen können dementsprechend alle behandelten Patientinnen und Patienten der Zielgruppe ausgewählt werden. Dadurch können auch erstmalig an der Versorgung teilnehmende Leistungserbringer von der Patientenbefragung berücksichtigt werden.

### **Dokumentationsgüte**

Die Wahl zugunsten eines Stichprobenverfahrens oder einer Vollerhebung sollte im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* keinen Einfluss auf die Güte der Dokumentation aufweisen.

### **Stichprobenverzerrungen**

Da Informationen zur Patientenauswahlgesamtheit nur abgeschätzt werden können, soll an dieser Stelle auf mögliche Konsequenzen bei einer Abweichung zwischen der Vorhersage und der tatsächlichen Patientenauswahlgesamtheit aufmerksam gemacht werden. Wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten einer bestimmten Subpopulation bspw. aufgrund von starken jährlichen Schwankungen in den Fallzahlen der Leistungserbringer unterschätzt, so können ggf. nicht alle vom Leistungserbringer entlassenen Patientinnen und Patienten, die zur Subpopulation gehören, in die Stichprobe aufgenommen werden. Dies wird auch als Undercoverage bezeichnet (Lohr 2010). Undercoverage kann problematisch werden, wenn bei Nichtberücksichtigung von Patientinnen und Patienten der Zielgruppe die zur Analyse verwendeten Individuen nicht mehr die zu analysierende Population angemessen repräsentieren (Kalton 1983). Um die Wahrscheinlichkeit von Undercoverage zu senken, könnte auf Basis der monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer eine Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Eine weitere potenzielle Quelle einer Stichprobenverzerrung ist, wie bereits in Abschnitt 6.5 dargestellt, das Problem von strukturellen Ausfällen bzw. Non-Response.

Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass es auch durch die monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer zu Stichprobenverzerrungen kommen kann. So haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, Korrekturen zu der monatlichen Datenlieferung nachzusenden. Diese Korrekturen der Datenlieferung können bei der Stichprobenziehung berücksichtigt werden, wenn sie innerhalb der ersten Woche des Folgemonats versendet werden. Werden die Korrekturen später geliefert, so können sie noch zur Stichprobenbereinigung am Ende des Auswertungszeitraums bzw. für die Berechnung einer bereinigten Rücklaufquote genutzt werden, aber nicht mehr für die Stichprobenziehung. Sollte von den Leistungserbringern die korrigierte Datenlieferung strukturell immer erst nach der ersten Woche des Folgemonats geliefert werden, so kann es zu systematischen Stichprobenverzerrungen kommen.

### **Seltene Ereignisse**

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* adressieren generell keine Themen, die nur sehr wenige Patientinnen und Patienten einer bestimmten Teilpopulation betreffen. Ebenso werden keine Sentinel Events (äußerst seltene, schwerwiegende Ereignisse) miteinbezogen.

### **Zusammenfassung**

Unter Abwägung der fünf Kriterien kann mit Blick auf die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* zusammengefasst werden, dass bei einer geringen Anzahl an Entlassungen

bei den einzelnen Leistungserbringern aus methodischen Gründen von einer Stichprobenziehung abgesehen werden sollte. Die vorliegenden Daten zur Entwicklung des Prognosemodells legen mit Blick auf die erwarteten Rücklaufquoten nahe, einmalig im ersten Jahr des Regelbetriebs unterjährig eine Abschätzung der Fallzahlen bei den Leistungserbringern durchzuführen, um dann noch im gleichen Jahr die Durchführung einer Vollerhebung bzw. eine notwendige Stichprobenziehung vorzunehmen.

### 12.3.3 Stichprobenziehung

Für etwa 64 % der Krankenhäuser ist auf Basis der Daten des Prognosemodells zu erwarten, dass innerhalb eines Auswertungsjahres mehr als 200 Patientinnen und Patienten angeschrieben werden können. In diesen Einrichtungen kommt daher eine Stichprobenziehung infrage. Wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben, besteht prinzipiell auch die Möglichkeit eines kombinierten Vorgehens aus Stichprobenziehung und Vollerhebung (IQTIG 2022d: Abschnitt 18.2). So wird vorgeschlagen, eine Zufallsstichprobe mit Mindestfallzahl zu ziehen. Wird diese Mindestfallzahl unterschritten, soll eine Vollerhebung durchgeführt werden. Diese Art des kombinierten Vorgehens aus einer priorisierten Stichprobenziehung und einer Vollerhebung soll in der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* angewendet werden. Allerdings sollte diese Entscheidung anhand von zusätzlichen Informationen, wie z. B. der Teststärke bei einer bestimmten Anzahl an zu erwartenden Datensätzen, getroffen werden.

Zur Verdeutlichung: Auf Basis der Poweranalyse wurde gezeigt, dass zur Erreichung einer Teststärke von 80 % bei einem zugrunde liegenden Indikatorwert ( $\theta$ ) von 85 Punkten sowie unter den weiteren Annahmen eines Referenzwerts von 95 Punkten und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2,5 % 67 (gültige) Rückläufe benötigt werden. Unter Berücksichtigung einer Rücklaufquote von 30 % müssten hierfür ca. 200 Patientinnen bzw. Patienten angeschrieben werden (Abschnitt 12.3.1). Der Umfang der Zufallsstichprobe kann so bestimmt werden, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von mehr als 200 Patientinnen und Patienten der Zielgruppe immer 200 Patientinnen und Patienten ausgewählt und dann befragt werden, da dies zu einer hohen Teststärke führt. Der Stichprobenanteil ist damit variabel, aber die Stichprobengröße bleibt gleich und weist damit – unter Annahme einer Rücklaufquote von 30 % – eine zufriedenstellende Teststärke auf. Sollte die Mindestanzahl von mehr als 200 nicht erreicht sein, so soll eine Vollerhebung durchgeführt werden. Die gewählte Grenze von 200 behandelten Patientinnen und Patienten findet sich hierbei auch im Stichprobenkonzept des In-Center Hemodialysis CAHPS® Survey wieder (HHS CMS 2022). Der CAHPS® wird zur Erfassung der Qualität von zertifizierten Dialyse-Einrichtungen in den USA eingesetzt. Es ist hierbei noch einmal zu betonen, dass auch bei einem Rücklauf von weniger als 67 Fragebögen oder bei Qualitätsindikatoren mit zusätzlichen Einschränkungen der Fallgrundgesamtheit die Teststärke als ausreichend betrachtet werden kann, da aufgrund der Konstruktion einzelner Indikatoren anhand mehrerer Merkmale, Items und/oder Kategorien die Messgenauigkeit des zugrunde liegenden Indikatorwerts gesteigert werden kann.

Im Falle einer Stichprobenziehung wäre des Weiteren abzuwägen, ob eine einfache Zufallsstichprobe oder eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen werden soll (Kish 1995, Schnell et al. 2018, Lohr 2010). Bei einer geschichteten Zufallsstichprobe wird die Grundgesamtheit auf Basis

schichtungsrelevanter Variablen (z. B. Alter) in Schichten aufgeteilt (z. B. „18–35 Jahre“, „36–60 Jahre“, „61 Jahre und älter“). Aus jeder dieser Schichten können nun Patientinnen und Patienten per Zufallsauswahl gezogen werden. Damit dies geschehen kann, werden allerdings vor der Stichprobenziehung Verteilungsinformationen zur Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer benötigt. Darüber hinaus muss es auch möglich sein, die einzelnen Patientinnen und Patienten gemäß ihrer Schichten auswählen zu können. Damit eine geschichtete Zufallsstichprobe zielführend ist, sollten starke Argumente bezüglich der Auswahl der schichtungsrelevanten Merkmale bei den Patientinnen und Patienten gegeben sein. Auch die biometrische Auswertungsmethodik muss anschließend in der Lage sein, solche Schichtungen zu berücksichtigen. Bei einer Zufallsstichprobe ist im weiteren Vorgehen festzulegen, ob die Auswahl der Patientinnen und Patienten für die Stichprobe mit oder ohne „Zurücklegen“ erfolgen soll, d. h., Patientinnen und Patienten im Prozess der Ziehung für einen bestimmten Leistungserbringer mehrfach gezogen werden können und damit ggf. mehrfach in der Stichprobe aufgenommen sind. Diesbezüglich ist eine deutliche Empfehlung für eine Auswahl ohne „Zurücklegen“ auszusprechen, da sonst Patientinnen und Patienten mehrfach in einer Stichprobe berücksichtigt werden könnten und dadurch in einem Erfassungsjahr zwei oder mehr Fragebögen zur selben Entlassung beim selben Leistungserbringer zugesendet bekommen. Da die Versendestelle die Adressdaten der Patientinnen und Patienten im Normalfall für bis zu 6 Monate nach Versendung der Fragebögen speichern kann, kann eine zweimalige Befragung zur selben Entlassung beim selben Leistungserbringer verhindert werden.

Die Stichprobenziehung könnte dann wie folgt umgesetzt werden. Da die Versendestelle im ersten Erfassungsjahr nicht auf Basis von Vorjahresdaten eine Abschätzung der Fallzahlen pro Leistungserbringer abgeben kann, wird für das erste Erfassungsjahr eine Vollerhebung bei allen Leistungserbringern empfohlen. Da nach Ende des ersten Erfassungsjahres der Versendestelle die Anzahl aller Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer aus den Adresslieferungen des Vorjahres bekannt ist, kann sie auf Basis der Vorjahresdaten die Patientenzahlen spezifisch für jeden Leistungserbringer abschätzen. Anhand der monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer kann eine Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Angenommen für einen Leistungserbringer ergibt die Vorhersage eine Anzahl von 300 Patientinnen und Patienten für das kommende Erfassungsjahr: Die Versendestelle erstellt aus dieser Information eine Liste, auf welcher die Zahlen von 1 bis 300 eingetragen sind. Die Zahlen repräsentieren die IDs der Patientinnen und Patienten, welche im Verlauf des Erfassungsjahres von der Versendestelle den monatlich eingehenden Datensätzen der Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zugeordnet werden. Die Liste stellt die Grundlage für die Ziehung der Zufallsstichprobe dar, da aus dieser die IDs der zu befragenden Patientinnen und Patienten gezogen werden. So werden beispielhaft 200 IDs per Zufall aus der Zahlenfolge von 1 bis 300 gezogen (z. B. 1, 8, 13, ..., 293). Die Leistungserbringer übermitteln monatlich die Adressdaten der entlassenen Patientinnen und Patienten an die Versendestelle (Abschnitt 12.1.1). Diese prüft die Eingänge und vergibt an jeden eingehenden Datensatz eine fortlaufende ID. Wird von einem Leistungserbringer derselbe Datensatz zu einem Entlassfall im Laufe des Erfassungszeitraums mehrfach geliefert, so wird für diesen keine neue ID vergeben, da dieser Datensatz bereits eine ID erhalten hat. Entspricht eine vergebene ID einer

aus der zuvor per Zufall ausgewählten ID, so initiiert die Versendestelle den Fragebogenversand an die Patientin / den Patienten.

#### 12.3.4 Stichprobengröße

Die geschätzte Stichprobengröße ist abhängig vom jeweils umgesetzten Verfahren. Bei einer Kombination von Vollerhebung und Stichprobe ist prinzipiell von einer niedrigeren Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten auszugehen. Auf Basis der Daten für die Entwicklung des Prognosemodells kann eine Fallzahlschätzung erfolgen. So wird zur Berechnung angenommen, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von weniger als 200 Patientinnen und Patienten in einem Erfassungsjahr eine Vollerhebung durchgeführt wird und bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von 200 oder mehr Patientinnen und Patienten in einem Erfassungsjahr eine wie zuvor dargestellte einfache Zufallsstichprobe gezogen werden soll, wobei stets 200 Patientinnen und Patienten ausgewählt und damit befragt werden. Auf Basis dieser Annahmen kann berechnet werden, dass von einer Stichprobengröße von ca. 193.000 Patientinnen und Patienten pro Erfassungsjahr auszugehen ist. Auch wenn diese Zahl vergleichsweise groß erscheint, so ist sie doch notwendig, vorausgesetzt, es sollen mit einer Teststärke von 80 % – und einer angenommenen Rücklaufquote von 30 % – auch Leistungserbringer identifiziert werden, die relativ nahe am Referenzwert liegen. Die Fallzahl lässt sich verkleinern, indem entweder die Teststärke gesenkt wird oder nur vergleichsweise sehr schlechte Leistungserbringer (z. B. mit einem  $\theta$  von 50) identifiziert werden sollen. Es ist hierbei aber zu beachten, dass aufgrund der hohen Anzahl an Leistungserbringern prinzipiell eine höhere Stichprobengröße stets gegeben ist.

#### 12.3.5 Einschätzung zu Mehrfachbefragungen

Mehrfachbefragungen von Patientinnen und Patienten kann es aus zwei Gründen geben:

- **Befragung in unterschiedlichen Patientenbefragungen:** Aufgrund der breit gefassten Zielpopulation anhand von Entlassfällen mit umfassendem Bedarf für Entlassmanagement ist es möglich, dass ein im QS-Verfahren *Entlassmanagement* QS-pflichtiger Fall auch in einem anderen QS-Verfahren mit Patientenbefragung QS-pflichtig ist. Daher kann dieselbe Patientin bzw. derselbe Patient prinzipiell in beiden Verfahren durch die Versendestelle für die jeweilige Patientenstichprobe der Befragung gezogen werden. Diese zwei Befragungen beziehen sich zwar auf denselben Krankenhausaufenthalt der Patientin bzw. des Patienten, aber auf unterschiedliche Behandlungs- bzw. Versorgungsaspekte.
- **Befragung innerhalb der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*:** Eine Patientin oder ein Patient hat innerhalb eines Erfassungsjahrs mehrere stationäre Aufenthalte und wird bei mehreren dieser Aufenthalte im QS-Verfahren *Entlassmanagement* QS-pflichtig und für die Patientenbefragungsstichprobe gezogen.

Um einen ungefähren Eindruck über die Häufigkeit einer **Mehrfachbefragung in unterschiedlichen Patientenbefragungen** zu gewinnen, kann die relative Häufigkeit von Patientenbefragungen in bisher entwickelten Verfahren betrachtet werden. Zum Beispiel im Verfahren *QS PCI* wird von einer Stichprobe von 190.000 Befragungen bundesweit ausgegangen (IQTIG 2018b), im Verfahren *QS NET* sind es jährlich ca. 70.000 Befragungen (IQTIG 2021b). Insbesondere beim zuletzt

genannten QS-Verfahren wird ein Teil der Patientinnen und Patienten ambulant behandelt, so dass die Stichprobengröße, die auf stationär behandelte Fälle zurückgeht, geringer ist. Geht man von ca. 17 Millionen jährlich stationär behandelten Fällen aus und bspw. von ca. 200.000 Befragungen im Rahmen anderer QS-Verfahren,<sup>75</sup> würden etwa 1,2 % der stationär behandelten Fälle im Rahmen einer Patientenbefragung angeschrieben werden. Überträgt man dies auf die Fallpopulation der befragten Patientinnen und Patienten im QS-Verfahren *Entlassmanagement*, würden somit auch nur ca. 1,2 % dieser Fälle ebenso im Rahmen eines anderen QS-Verfahrens befragt werden.<sup>76</sup>

In Hinblick auf unterjährige **Mehrfachbefragungen innerhalb der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement*** lässt sich anhand der Daten für die Entwicklung des Prognosemodells (Abschnitt 8.2) berechnen, mit welcher Häufigkeit QS-pflichtige Patientinnen und Patienten in der Stichprobe für die Patientenbefragung und – aufgrund mehrerer stationärer Aufenthalte – sogar mehrfach in der Patientenstichprobe eines Leistungserbringers oder verschiedener Leistungserbringer gezogen werden. Demnach würden von den ca. 64.000 QS-pflichtigen Patientinnen und Patienten (ggf. mit mehr als nur einem QS-pflichtigen Entlassfall) ca. 25.000 Patientinnen und Patienten in die Befragungsstichprobe fallen, von denen wiederum ca. 3.300 Patientinnen und Patienten mehrfach innerhalb eines Jahres für die Befragung gezogen würden.<sup>77</sup> Hierbei gilt es zu beachten, dass jeder Krankenhausaufenthalt einer Patientin / eines Patienten erneut Anforderungen im Sinne des Entlassmanagements generiert und damit diese Art der Mehrfachbefragung innerhalb des QS-Verfahrens vom IQTIG als angemessen eingeschätzt wird.

Das IQTIG stuft die Häufigkeit von Mehrfachbefragungen, insbesondere die potenziellen negativen Auswirkungen auf die Rücklaufquoten bei Patientenbefragungen als gering ein. Die Möglichkeit, Mehrfachbefragungen gezielt zu verhindern, erscheint außerdem nach Einschätzung des IQTIG lediglich bei der Stichprobenziehung durch die Versendestelle, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Speicherfrist der Patientendaten und einer datenschutzrechtlichen Prüfung zur Verwendung von Patientendaten für diesen Zweck, umsetzbar. Das IQTIG schätzt den Aufwand zur Vermeidung von Mehrfachbefragungen als recht hoch ein. Es wird deshalb empfohlen, mit Blick auf eine angemessene Aufwand-Nutzen-Relation eventuelle Prozessregelungen von der Einführung weiterer Patientenbefragungen und der daraus resultierenden Wahrscheinlichkeit von Mehrfachbefragungen abhängig zu machen.

---

<sup>75</sup> Die Zahl 200.000 ist eine grobe Schätzung ausgehend von der geschätzten Anzahl an Befragungen zu stationären Behandlungen in den zwei genannten QS-Verfahren.

<sup>76</sup> Dies geht von der Annahme aus, dass die Selektion als QS-relevant für das Verfahren *Entlassmanagement* in keinem statistischen Zusammenhang mit der QS-Pflichtigkeit in einem der anderen oben genannten QS-Verfahren steht.

<sup>77</sup> Diese Rechnung geht davon aus, dass ein QS-pflichtiger Fall eine Wahrscheinlichkeit von 30 % hat, für die Patientenbefragungsstichprobe gezogen zu werden. Dies basiert auf der Annahme, dass bei Krankenhäusern mit mehr als 200 QS-pflichtigen Fällen die Stichprobe bei 200 befragten Fällen gedeckelt wird.

## 12.4 Empfehlungen zur Datenauswertung und Rückmeldung im Regelbetrieb

### 12.4.1 Empfehlungen zum Berichtszeitraum und Rückmeldezeitpunkt

Um eine ErgebnISRückmeldung für die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* zu gewährleisten, sind für die Rückmeldung zu den Ergebnissen der Patientenbefragung folgende Anforderungen zu berücksichtigen:

- Es soll eine gemeinsame ErgebnISRückmeldung für alle verwendeten Datenquellen geben. Damit ist die Patientenbefragung Teil der regulären ErgebnISRückmeldung an die Leistungserbringer.
- Die Ergebnisse der Patientenbefragung sollen in den jährlichen Rückmeldeberichten nach § 18 Teil 1 DeQS-RL ausführlich dargestellt werden.
- In den vierteljährlichen Zwischenberichten nach § 18 Teil 1 DeQS-RL (Quartalsberichten) soll für die Patientenbefragung lediglich eine Übersicht zur gelieferten Anzahl an Adressdaten gegeben werden.

### 12.4.2 Empfehlungen zum Inhalt der Datenauswertung

Über die Rückmeldung zu den Ergebnissen der Patientenbefragung sollen die Leistungserbringer Informationen erhalten, mit denen sie vor Ort gezielte Qualitätsverbesserungen im Entlassmanagement vornehmen können. Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer sollen daher so detailliert wie nötig sein, jedoch die Anonymität der Patientinnen und Patienten wahren. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung erfolgt auf Basis des empfohlenen Auswertungskonzepts (Abschnitt 11.1). Die Auswertung erfolgt demnach auf Ebene der Leistungserbringer unabhängig von deren Spektrum an Fachabteilungen. Trotz der anonymisierten und aggregierten Rückmeldungen aus der Patientenbefragung sollte aus Sicht des IQTIG bei Auffälligkeiten eine gezielte Ursachenanalyse mit Blick auf die entlassenden Fachabteilungen möglich sein (Abschnitt 12.4.3).

### Mindestfallzahlen und Datenschutz

Die Patientenbefragung soll unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Das heißt, dass es den einzelnen Leistungserbringern nicht möglich sein darf, die Identität der Patientinnen und Patienten zu erfahren, die einen Fragebogen zurückgeschickt oder auch nicht zurückgeschickt haben:

- Die Wahrung der Anonymität der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Patientenbefragung ist essenziell, um einen geschützten Rahmen für die Bearbeitung des Fragebogens zu ermöglichen. Damit muss sichergestellt sein, dass die Antworten der Patientinnen und Patienten nicht zurückverfolgt werden können.
- Um die Anonymität zu gewährleisten, müssen für die Berechnung und Darstellung des Ergebnisses eines Indikators, einer Kennzahl oder eines Items mindestens vier Fragebögen vorliegen, bei denen mindestens ein Item des Qualitätsindikators oder der Kennzahl bzw. das Item selbst ausgefüllt sind.

**Soll-Ist-Abgleich und Berechnung von Rücklaufquoten**

Die Bundesauswertungsstelle (IQTIG, Abschnitt 12.1.1.1) benötigt für die Vollzähligkeitsprüfung mindestens einmal pro Quartal Informationen von der Versendestelle Patientenbefragung. Die folgenden Informationen werden in einer Mapping-Tabelle von der Versendestelle an das IQTIG übermittelt:

- die Anzahl der Datensätze pro Leistungserbringer, die von den Leistungserbringern an die Versendestelle exportiert wurden
- die Anzahl der Datensätze pro Leistungserbringer, die in der Stichprobe gezogen wurden, um die Rücklaufquote zu berechnen
- die Zuordnung von Fragebogen-IDs zum Leistungserbringerpseudonym, um die eingegangenen Fragebögen einem Leistungserbringer zuzuordnen
- die zu der jeweiligen Fragebogen-ID gehörenden medizinischen Daten und ggf. Verweise auf Stornierungen fallbezogener QS-Datensätze
- das von der Versendestelle als spätestes Rücksendedatum berechnete Datum pro Fragebogen, um zu spät eingegangene Fragebögen von der Auswertung auszuschließen

Auf Basis dieser Daten lassen sich zwei Zahlen berichten, die die Stichprobe und die Teilnahme der Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer beschreiben:

- Als erste Zahl prüft der Soll-Ist-Abgleich die Vollzähligkeit der Datenlieferung. Dabei wird abgeglichen, wie viele Fälle die Leistungserbringer für die Patientenbefragung hätten schicken sollen und wie viele sie tatsächlich geschickt haben. Mit dieser Prüfung soll ein Überblick darüber möglich sein, in welchem Umfang ggf. fehlerhafte Lieferungen oder systematische Fehler erfolgten.
- Als zweite Zahl wird empfohlen, die Rücklaufquote nach der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) zu berichten (AAPOR 2016). Rücklaufquoten stellen das Verhältnis der Bruttostichprobe zur Nettostichprobe dar, d. h. wie viele der versendeten Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet wurden. Das IQTIG empfiehlt das Berichten der AAPOR RR6 (AAPOR 2016). Diese Rücklaufquote berücksichtigt Ausfälle, die bei Stichprobenziehungen entstehen können, sowie vollständig und nur teilweise ausgefüllte zurückgesendete Fragebögen:

$$RR6 = \frac{(I+P)}{(I+P)+(R+NC+O)}$$

*I* steht für einen vollständig ausgefüllten Fragebogen und *P* für einen teilweise ausgefüllten Fragebogen. Da für die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein gültiger Fall pro Leistungserbringer reicht, wird keine Unterscheidung zwischen vollständig und teilweise ausgefüllten Fragebögen gemacht. Das *P* kann in diesem Fall wegfallen oder standardmäßig mit 0 in die Formel eingehen. *R* steht für eingereichte Stornierungen. Diese sind nach den aktuellen Vorgaben im Rahmen des Verfahrens nicht vorgesehen und können zunächst mit 0 in die Berechnung eingehen oder ausgeschlossen werden. Sollte die Möglichkeit zukünftig eingeräumt



werden, bietet die Formel eine entsprechende Berücksichtigung. *NC* steht für die Fälle, in denen Fragebögen unzustellbar zurück an die Absenderin / den Absender geschickt wurden. *O* steht schließlich für alle anderen Ausfallgründe.

### Stichprobenbeschreibung

Es wird empfohlen, die Stichprobe anhand der in den Abschnitten 10.2.2 und 10.2.3 dargestellten Variablen aus den Fragebögen zu beschreiben (Tabelle 37). Die Merkmale und empfohlenen Maßzahlen sollen grundsätzlich für alle Zielpopulationen und nur bei bestimmten Variablen getrennt für die beiden Fragebogenversionen dargestellt werden.

Tabelle 37: Merkmale und empfohlene Maßzahlen zur Stichprobenbeschreibung

Variablen	Merkmale und empfohlene Maßzahlen
Fragebogenversion	relative und absolute Häufigkeiten
Alter der Patientin / des Patienten	getrennte Darstellung je Fragebogenversion für minderjährige und volljährige Patientinnen und Patienten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum, Maximum</li> </ul>
Geschlecht der Patientin / des Patienten	getrennte Darstellung je Fragebogenversion für minderjährige und volljährige Patientinnen und Patienten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ relative und absolute Häufigkeiten</li> </ul>
Familienstand	relative und absolute Häufigkeiten
Anzahl der Personen im Haushalt	Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum, Maximum
Schulischer Bildungsgrad	relative und absolute Häufigkeiten für drei Kategorien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niedriger schulischer Bildungsgrad: ohne Schulabschluss, mit Hauptschul- oder Volksschulabschluss, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. und 9. Klasse</li> <li>▪ mittlerer schulischer Bildungsgrad: Mittlere Reife, Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse</li> <li>▪ hoher schulischer Bildungsgrad: Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule, allgemeine/fachgebundene Hochschulreife bzw. Abitur</li> </ul> <p>Personen, die noch zur Schule gehen oder einen „anderen Schulabschluss“ haben, sollen als fehlend gewertet und keiner Kategorie zugeordnet werden.</p>

Variablen	Merkmale und empfohlene Maßzahlen
Derzeitige Erwerbssituation	relative und absolute Häufigkeiten für zwei Kategorien: <ul style="list-style-type: none"> <li>berufstätig/Ausbildung: in Voll- oder Teilzeit angestellt bzw. selbstständig, geringfügig beschäftigt, in Ausbildung, in Umschulung oder in einer Wiedereingliederungsmaßnahme</li> <li>nicht berufstätig: Alters- oder Erwerbsunfähigkeit, arbeitslos, Schülerin/Schüler, Studentin/Student, Hausfrau/Hausmann</li> </ul> Personen, die eine „sonstige“ derzeitige berufliche Situation angeben, sollen als fehlend gewertet und keiner Kategorie zugeordnet werden.
Voll- oder teilstationäre Behandlung	relative und absolute Häufigkeiten
Vorzeitiger Behandlungsabbruch	relative und absolute Häufigkeiten
Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst zu Hause	relative und absolute Häufigkeiten
Deutsch als Muttersprache	relative und absolute Häufigkeiten
Antwortende Person	getrennte Darstellung je Fragebogenversion für minderjährige und volljährige Patientinnen und Patienten: <ul style="list-style-type: none"> <li>relative und absolute Häufigkeiten</li> </ul>
Alter der Eltern/Sorgeberechtigten	nur für die Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum, Maximum</li> </ul>
Geschlecht der Eltern/Sorgeberechtigten	nur für die Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“: <ul style="list-style-type: none"> <li>relative und absolute Häufigkeiten</li> </ul>

### Darstellung der Qualitätsindikatoren und Stratifizierung nach Fragebogenversionen

Die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung sollten folgendermaßen dargestellt werden:

- Das Ergebnis des Qualitätsindikators soll als Punktschätzer mit zugehörigem Vertrauensintervall dargestellt werden. Die Art der Berechnung der Qualitätsindikatoren sowie Ausführungen zur Berechnung der Vertrauensintervalle sind in Kapitel 7 und Abschnitt 11.1 dargestellt. Bei den Ergebnissen handelt es sich stets um Indizes, die sich aus der Beantwortung eines oder mehrerer Items zusammensetzen.
- Zusätzlich zu den Indikatorenergebnissen sollen die relativen und absoluten Häufigkeiten der zur Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendeten Fälle aus der Fragebogenversion „El-

tern/Sorgeberechtigte“ tabellarisch dargestellt werden. Durch die Stratifizierung der fragebogenübergreifend konzipierten Qualitätsindikatoren kann den Leistungserbringern ein umfassenderes Bild zum Versorgungskontext der Qualitätsindikatoren gegeben werden.

- Um den Leistungserbringern eine möglichst gute Grundlage für gezielte Qualitätsverbesserungen zu geben, wird zudem empfohlen, für die Qualitätsindikatoren einen Anhang mitzuliefern. Dieser sollte die Verteilungen der einzelnen in die Qualitätsindikatoren einfließenden Items sowohl grafisch als auch tabellarisch darstellen. Eine exemplarische Darstellung von möglichen Grafiken (Auswahl) für die Rückmeldeberichte der Leistungserbringer sind in Anhang I.4 zu finden.

### **Risikoadjustierung**

Für die beiden Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität des Entlassmanagements „Entlassbereitschaft erwachsener Patientinnen und Patienten“ bzw. „Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und ihren Eltern/Sorgeberechtigten“ wird für den Regelbetrieb eine Risikoadjustierung empfohlen. Die endgültige Auswahl der in Abschnitt 10.2.2 und Anhang E.2 dargelegten Risikoadjustierungsvariablen sollte nach Abschluss der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells sowie der statistischen Prüfung der Zusammenhänge der ausgewählten Variablen mit dem entsprechenden Qualitätsindikator erfolgen. Hierfür eignen sich nach Einschätzung des IQTIG die Befragungsdaten des Regelbetriebs.

### **Umgang mit Proxy-Antworten**

Weiterhin empfiehlt das IQTIG bei der Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells zu prüfen, inwieweit für stellvertretende Antworten von Angehörigen (Proxy-Antworten) bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren adjustiert werden soll. Darüber hinaus soll ggf. geprüft werden, mittels welcher statistischen Methoden solche Proxy-Antworten im Rahmen einer Risikomodellentwicklung berücksichtigt werden können. Falls aus inhaltlichen Gründen bei der Indikatorberechnung nicht für das stellvertretende Antworten adjustiert werden soll, so ist die einfache Stratifizierung eines Qualitätsindikators eine weitere Möglichkeit, um Selbst- und Fremdauskünfte bei der Auswertung unterschiedlich zu bewerten.

#### **12.4.3 Empfehlungen zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 17 DeQS-RL**

Die DeQS-RL sieht vor, dass bei eventuellen Auffälligkeiten bei einem Leistungserbringer, Gelegenheit zur Stellungnahme besteht („Stellungnahmeverfahren“), was entweder schriftlich erfolgen oder auch anhand von Gesprächen und Begehungen durchgeführt werden kann. Das Ergebnis der Indikatoren der Patientenbefragung ist als Aggregat mehrerer anonym erfasster Erfahrungen von Patientinnen und Patienten eines Leistungserbringers zu verstehen. Im Stellungnahmeverfahren kann damit aus Gründen der Auswertungsmethodik und der Anonymität nicht auf konkrete Patientinnen und Patienten und deren Akten zurückgegriffen werden. Vielmehr sind die Ergebnisse der Patientenbefragung mit Blick auf die dahinterliegenden Prozesse

zu reflektieren und somit anhand konkreter Hinweise eine Qualitätsförderung im Sinne der Patientenzentrierung anzuregen. Dabei können die Ergebnisse der einzelnen Items, die in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators eingehen, konkrete Hinweise geben.

Hinter den aggregierten Qualitätsmessungen eines Leistungserbringers kann sich ggf. ein heterogenes Versorgungsgeschehen in den einzelnen Fachabteilungen verbergen. Um bei der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* zusätzlich zur Betrachtung der Qualitätsindikatoren und der Einzelauswertungen von Items gezielt Gründe für anzunehmende strukturelle oder prozessuale Schwierigkeiten innerhalb des jeweiligen Leistungserbringers eruieren, empfiehlt das IQTIG folgendes Vorgehen:

- Bei der Übermittlung der Patientendaten wird zusätzlich zu den Adress- und behandlungsspezifischen Daten die Information zur entlassenden Fachabteilung übermittelt.
- Diese Information wird nur für die Fälle eines Leistungserbringers verwendet, die von der Versendestelle bei der Stichprobenziehung ausgewählt wurden. Die Information wird wiederum aggregiert für jeden Leistungserbringer ausgewertet.
- Auf Basis dieser Informationen wird bei der Ergebnisrückmeldung der Qualitätsindikatoren zusätzlich eine tabellarische Darstellung der relativen und absoluten Häufigkeiten der entlassenden Fachabteilungen im Sinne einer Kennzahl zur Beschreibung der Datengrundlage gegeben.

Eine solche Übersicht zu den betroffenen Fachabteilungen eines Leistungserbringers ermöglicht es nach Einschätzung des IQTIG, unter dem Gebot der Datensparsamkeit und unter Wahrung der Anonymität der Patientenbefragung im Stellungnahmeverfahren die Strukturen und Prozesse des Entlassmanagements in den einzelnen Fachabteilungen in den Blick zu nehmen und gezielte Qualitätsverbesserungen einzuleiten.

## Teil IV: Fazit und Ausblick

Mit diesem Abschlussbericht werden zwei validierte, weitgehend inhaltsäquivalente Fragebögen zur Abbildung der Patientenperspektive in Bezug auf das Entlassmanagement von Krankenhäusern für den Regelbetrieb empfohlen:

- **Fragebogen „Erwachsene“** adressiert die Entlassung von volljährigen Patientinnen und Patienten. Der Fragebogen richtet sich primär an die entlassene Patientin / den entlassenen Patienten. Angehörige können den Fragebogen stellvertretend für Patientinnen und Patienten ausfüllen.
- **Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“** adressiert die Entlassung von minderjährigen Patientinnen und Patienten. Der Fragebogen richtet sich primär an die Eltern/Sorgeberechtigten als Adressaten bei der Entlassung ihrer Kinder. Bei älteren Kindern können die Eltern/Sorgeberechtigten den Fragebogen gemeinsam mit den Jugendlichen ausfüllen.

Mit den beiden vorliegenden Fragebögen ist es gelungen, ein valides und patientenzentriertes Befragungsinstrument zu entwickeln, das der breiten und heterogenen Zielpopulation des QS-Verfahrens gerecht wird. Hierfür wurden konkrete PREMs und PROMs entwickelt, die unabhängig von der Diagnose bzw. Erkrankung und dem Alter der Patientinnen und Patienten sowie unabhängig von der erbrachten stationären Leistung Rückschlüsse auf die Qualität des Entlassmanagements erlauben. Die Pretestungen zeigten, dass die Fragebögen von den Befragten gut beantwortet werden können. Mit dem Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ werden erstmalig auch die Erfahrungen von minderjährigen Patientinnen und Patienten und deren Eltern/Sorgeberechtigten im Rahmen einer Patientenbefragung für die gesetzliche Qualitätssicherung berücksichtigt.

Die auf Basis der Patientenbefragung entwickelten 12 Qualitätsindikatoren ermöglichen zusammen mit den Qualitätsindikatoren auf Basis der QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen (Teilauftrag B) eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität im Entlassmanagement zwischen stationären Leistungserbringern mit dem Ziel der Qualitätsförderung. Zudem werden im Abschlussbericht ein weiterentwickeltes Prognosemodell mit Empfehlungen zur QS-Auslösung für die Bestimmung der Fallpopulation des gesamten QS-Verfahrens und der Patientenbefragung, eine Auswertungsmethodik sowie Empfehlungen zur Auffälligkeitseinstufung und Risikoadjustierung vorgelegt. Weiterhin werden Empfehlungen für ein Konzept zum Datenfluss inkl. Befragungszeitpunkt und für die Rückmeldung der Ergebnisse an die Leistungserbringer gegeben, sodass die Umsetzung der Patientenbefragung in den Regelbetrieb möglich ist.

Folgendes ist aus Sicht des IQTIG für die Umsetzbarkeit und Weiterentwicklung der Patientenbefragung im Regelbetrieb zu beachten:

1. Vor dem Start des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* – und damit auch der Patientenbefragung – ist für die Umsetzung der QS-Auslösung eine Aktualisierung des Prognosemodells notwendig, da die aktuelle Version auf Krankenkassendaten des Jahres 2017 basiert. Zudem müssen Spezifikationen für die Umsetzung der empfohlenen QS-Auslösung, den Export der

notwendigen Datenfelder für die Patientenbefragung und die QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer sowie für die Nutzung von Sozialdaten beauftragt, entwickelt und umgesetzt werden. Darauf aufbauend können die Programmierungen entsprechender Softwareprodukte erfolgen.

2. Zudem empfiehlt das IQTIG, auf Basis der Daten aus den ersten Erfassungsjahren der Patientenbefragung Informationen zu gewinnen, um Rücklaufquoten (je Fragebogenversion) und den Anteil an Proxy-Antworten eingehender betrachten zu können.
3. Mit Start des Regelbetriebs der Patientenbefragung des Verfahrens *QS PCI* zeigte sich, dass Leistungserbringer, die Teil des QS-Verfahrens sein werden, vorab umfassend über die Patientenbefragung informiert werden sollten. Empfehlenswerte Informationen sind neben den eigentlichen Themen der Patientenbefragung die rechtliche Grundlage zur Nutzung der Patientendaten und der Ablauf der Datenübermittlung. Für die Etablierung und Akzeptanz der Patientenbefragung bei den Leistungserbringern ist es hilfreich, wenn die Leistungserbringer die Themen der Patientenbefragung kennen und wissen, welche Bereiche zukünftig gemessen werden und welchen Nutzen sie aus der Patientenbefragung ziehen können. Es ist aber auch wichtig, darüber zu informieren, welche Patientendaten für die Patientenbefragung erforderlich sind und wie diese technisch übertragen werden sollen (vgl. bspw. die Informationsmaterialien des IQTIG für Leistungserbringer der Patientenbefragung des Verfahrens *QS PCI* (IQTIG 2022b, IQTIG 2022c)).
4. Im Regelbetrieb, anders als im Standard-Pretest, ist keine Einverständniserklärung der Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an der Befragung erforderlich, weshalb vorab keine Informationen zur Durchführung einer Patientenbefragung erfolgen muss. Folglich können die entlassenen Patientinnen und Patienten mit Start der Patientenbefragung unangekündigt einen Fragebogen erhalten. Dies könnte für die Zielgruppe als überraschend wahrgenommen werden, was sich negativ auf die Teilnahmebereitschaft auswirken könnte. Daher empfiehlt es sich, den Krankenhäusern Informationsmaterialien zur Verfügung zu stellen, damit die Patientinnen und Patienten über die Patientenbefragung informiert werden können und auf die Zusendung eines Fragebogens vorbereitet sind. Darüber hinaus schafft diese Art der Informationsweitergabe Transparenz, die wiederum zu einer höheren Rücklaufquote führen kann. Konkret können Poster und Flyer als Informationsmaterialien dienen (vgl. bspw. die Informationsmaterialien des IQTIG zum Start der Patientenbefragung des Verfahrens *QS PCI* (IQTIG 2022a) oder die Patienteninformation des G-BA zur Datenerhebung im Verfahren *QS PCI* (G-BA 2022), welche die Leistungserbringer vor Ort ausdrucken und den Patientinnen und Patienten aushändigen können).
5. Aufgrund der Querschnittsthematik des Entlassmanagements für den Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in die ambulante Nach- und Weiterversorgung können Schnittstellen zu anderen vom IQTIG entwickelten Patientenbefragungen bestehen. Mit der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* werden allgemeine Qualitätsanforderungen an die Prozesse und das Ergebnis des stationären Entlassmanagements erfasst; spezielle Anforderungen an die Entlassung einzelner Patientengruppen bleiben den diagnose- bzw. indikationsspezifischen Patientenbefragungen vorbehalten. Dabei erachtet es das IQTIG als sinnvoll und erforderlich, in zukünftigen Entwicklungen Befragungsthemen, welche sich in

einer allgemeinen, übergreifenden Patientenbefragung platzieren lassen, zu identifizieren (bspw. Hygienemanagement). Die konkreten Rahmenbedingungen, methodischen Anforderungen und Möglichkeiten der Umsetzbarkeit einer solchen Modularisierung bedürfen jedoch einer gesonderten Beauftragung durch den G-BA. Weiterhin können nach Einschätzung des IQTIG bei zukünftigen Entwicklungen von indikationsspezifischen Patientenbefragungen Items oder Fragenblöcke zur Entlassung nach Prüfung der thematischen Relevanz aus der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* übernommen werden. Damit kann über eine einheitliche Messung die Grundlage für eine Vergleichbarkeit der entsprechenden Qualitätsanforderungen angestrebt werden.

## Teil V: Literatur

- AAPOR [American Association for Public Opinion Research] (2016): Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 9th edition. Oakbrook Terrace, US-IL: AAPOR. URL: [https://www.aapor.org/AAPOR\\_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf](https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf) (abgerufen am: 30.09.2022).
- ADM [Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute] (2006): Richtlinie für die Befragung von Minderjährigen. Juni 1996 (überarbeitet im Juli 2006). Berlin: ADM. URL: <https://www.adm-ev.de/wp-content/uploads/2018/07/RL-Befragung-Minderj%C3%A4hriger.pdf> (abgerufen am: 08.02.2021).
- Agresti, A (2013): Categorical Data Analysis. Third Edition. (Wiley Series in Probability and Statistics). Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-0-470-46363-5.
- Amin, D; Ford, R; Ghazarian, SR; Love, B; Cheng, TL (2016): Parent and Physician Perceptions Regarding Preventability of Pediatric Readmissions. *Hospital Pediatrics* 6(2): 80-87. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0059.
- Anthoine, E; Moret, L; Regnault, A; Sébille, V; Hardouin, J-B (2014): Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes* 12:2. DOI: 10.1186/s12955-014-0176-2.
- 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](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.
- Beckmann, K; Glemser, A; Heckel, C; von der Heyde, C; Hoffmeyer-Zlotnik, JHP; Schneider, S; et al. (2016): Statistik und Wissenschaft. Demographische Standards. Ausgabe 2016. 6. überarbeitete Auflage. (Band 17). Wiesbaden: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: [https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie\\_private\\_00001549/Band17\\_DemographischeStandards1030817169004.pdf](https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_private_00001549/Band17_DemographischeStandards1030817169004.pdf) (abgerufen am: 25.05.2022).
- Bennett, DA (2001): How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25(5): 464-469. DOI: 10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x.



- 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](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](http://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#vt-sprg-2) (abgerufen am: 02.09.2022).
- Blair, J; Conrad, F (2011): Sample Size for Cognitive Interview Pretesting. *Public Opinion Quarterly* 75(4): 636-658. DOI: 10.1093/poq/nfr035.
- Blum, K; Offermanns, M (2008): Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) mit finanzieller Unterstützung der Gesundheits GmbH Deutschland (GHD). [Stand:] Oktober 2008. Düsseldorf: DKI [Deutsches Krankenhausinstitut]. URL: [https://www.dki.de/sites/default/files/2020-07/DKI-Studie%20-%20Entlassmanagement%20im%20Krankenhaus\\_1.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2020-07/DKI-Studie%20-%20Entlassmanagement%20im%20Krankenhaus_1.pdf) (abgerufen am: 20.09.2022).
- 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-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- Boge, RM; Haugen, AS; Nilsen, RM; Bruvik, F; Harthug, S (2019): Measuring discharge quality based on elderly patients' experiences with discharge conversation: a cross-sectional study. *BMJ: Open Quality* 8(4): e000728. DOI: 10.1136/bmj-oq-2019-000728.
- Bollen, K; Lennox, R (1991): Conventional Wisdom on Measurement: A Structural Equation Perspective. *Psychological Bulletin* 110(2): 305-314. DOI: 10.1037/0033-2909.110.2.305.
- Boykova, M (2018): Transition From Hospital to Home in Parents of Preterm Infants: Revision, Modification, and Psychometric Testing of the Questionnaire. *Journal of Nursing Measurement* 26(2): 296-310. DOI: 10.1891/1061-3749.26.2.296.
- Brace, I (2018): Questionnaire Design. How to plan, structure, and write survey material for effective market research (Market Research in Practice). Fourth Edition. London, GB [u.a]: Kogan Page. ISBN: 978-0-7494-8197-1.
- Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016a): 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.
- Braet, A; Weltens, C; Bruyneel, L; Sermeus, W (2016b): The quality of transitions from hospital to home: A hospital-based cohort study of patient groups with high and low readmission rates. *International Journal of Care Coordination* 19(1-2): 29-41. DOI: 10.1177/2053434516656149.

- 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 Postdischarge Interventions on Hospital Readmission. *Journal for Healthcare Quality* 39(6): 354-366. DOI: 10.1097/JHQ.000000000000057.
- 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.
- Brittan, M; Albright, K; Cifuentes, M; Jimenez-Zambrano, A; Kempe, A (2015): Parent and Provider Perspectives on Pediatric Readmissions: What Can We Learn About Readiness for Discharge? *Hospital Pediatrics* 5(11): 559-565. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0034.
- Brown, LD; Cai, TT; DasGupta, A (2001): Interval Estimation for a Binomial Proportion. *Statistical Science* 16(2): 101-117. URL: <https://projecteuclid.org/journals/statistical-science/volume-16/issue-2/Interval-Estimation-for-a-Binomial-Proportion/10.1214/ss/1009213286.pdf> (abgerufen am: 29.07.2022).
- BT-Drs. 18/6586 vom 04.11.2015. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/065/1806586.pdf> (abgerufen am: 08.02.2021).
- Bühner, M (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München [u. a.]: Pearson Studium. ISBN: 978-3-86894-033-6.
- Campanelli, P (2008): Testing survey questions Chapter 10. In: de Leeuw, E; Jox, JJ; Dillman, DA: *International Handbook of Survey Methodology*. New York, US-NY: Taylor & Francis, 176-200. ISBN: 978-0-8058-5753-5.
- Carlin, BP; Louis, TA (2009): Bayesian Methods for Data Analysis. Third Edition. Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-697-6.
- Chow, S-C; Shao, J; Wang, H (2008): Sample Size Calculations in Clinical Research. Second Edition. (CRC Biostatistics Series, 20). Boca Raton, US-FL: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 978-1-58488-928-3.
- Cobb, C (2018a): Answering for Someone Else: Proxy Reports in Survey Research. In: Vannette, DL; Krosnick, JA; Hrsg.: *The Palgrave Handbook of Survey Research*. Cham, CH: Springer, 87-93. ISBN: 978-3-319-54395-6.
- Cobb, C (2018b): Proxy Reporting. Chapter 52. In: Vannette, DL; Krosnick, JA: *The Palgrave Handbook of Survey Research*. Cham, CH: Springer, 427-437. ISBN: 978-3-319-54395-6.
- CQC [Care Quality Commission] (2019): Children and young people's survey 2018. 13.12.2019. Newcastle upon Tyne, GB: CQC. URL: <https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/children-young-peoples-survey-2018> (abgerufen am: 21.09.2020).

- CQC [Care Quality Commission]; Picker Institute Europe (2020): 2020 Children and Young People's Patient Experience Survey. Parent or Carer's Questionnaire. [London, GB]: NHS [National Health Service]. URL: <https://nhssurveys.org/wp-content/surveys/01-children-patient-experience/02-survey-materials/2020/Core%20Questionnaire%200-7.pdf> (abgerufen am: 23.02.2022).
- CQC [Care Quality Commission]; Ipsos MORI (2020): NHS Inpatient Survey 2020. Survey development report. Version 1. [Stand:] November 2020. [London, GB]: CQC [u. a.]. URL: <https://nhssurveys.org/wp-content/surveys/02-adults-inpatients/01-design-development/2020/Survey%20development%20report%20V2.pdf> (abgerufen am: 11.02.2022).
- CQC [Care Quality Commission]; Picker Institute Europe ([2020]-a): Children's Section [Core Questionnaire 8-11]. [London, GB]: NHS [National Health Service]. URL: <https://nhssurveys.org/wp-content/surveys/01-children-patient-experience/02-survey-materials/2020/Core%20Questionnaire%208-11.pdf> (abgerufen am: 11.03.2021).
- CQC [Care Quality Commission]; Picker Institute Europe ([2020]-b): Young People's Section [Core Questionnaire 12-15]. [London, GB]: NHS [National Health Service]. URL: <https://nhssurveys.org/wp-content/surveys/01-children-patient-experience/02-survey-materials/2020/Core%20Questionnaire%2012-15.pdf> (abgerufen am: 11.03.2021).
- D'Ardenne, J (2015): Developing Interview Protocols. Chapter 5. In: Collins, D; Hrsg.: *Cognitive Interviewing Practice*. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage, 101-125. ISBN: 978-1-4462-5600-8.
- Dai, A; Moore, M; Polyakovsky, A; Gooding, T; Lerew, T; Carrougher, GJ; et al. (2019): Burn Patients' Perceptions of Their Care: What Can We Learn From Postdischarge Satisfaction Surveys? *Journal of Burn Care & Research* 40(2): 202-210. DOI: 10.1093/jbcr/iry018.
- Desai, AD; Burkhardt, Q; Parast, L; Simon, TD; Allshouse, C; Britto, MT; et al. (2016): Development and Pilot Testing of Caregiver-Reported Pediatric Quality Measures for Transitions Between Sites of Care. *Academic Pediatrics* 16(8): 760-769. DOI: 10.1016/j.acap.2016.07.008.
- Desai, AD; Jacob-Files, EA; Lowry, SJ; Opel, DJ; Mangione-Smith, R; Britto, MT; et al. (2018): Development of a Caregiver-Reported Experience Measure for Pediatric Hospital-to-Home Transitions. *Health Services Research* 53(S1): 3084-3106. DOI: 10.1111/1475-6773.12864.
- Desai, AD; Zhou, C; Simon, TD; Mangione-Smith, R; Britto, MT (2020): Validation of a Parent-Reported Hospital-to-Home Transition Experience Measure. *Pediatrics* 145(2): e20192150. DOI: 10.1542/peds.2019-2150.
- Dietrich, E; Davis, K; Chacko, L; Rahmanian, KP; Bielick, L; Quillen, D; et al. (2019): Comparison of Factors Identified by Patients and Physicians Associated with Hospital Readmission (COMPARE2). *Southern Medical Journal* 112(4): 244-250. DOI: 10.14423/SMJ.0000000000000959.
- Dillman, DA; Smyth, JD; Christian, LM (2014): Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys. The Tailored Design Method. Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-1-118-45614-9.

- Dimbath, O; Ernst-Heidenreich, M; Roche, M (2018): Praxis und Theorie des Theoretical Sampling. Methodologische Überlegungen zum Verfahren einer verlaufsorientierten Fallauswahl. *FQS – Forum: Qualitative Sozialforschung* 19(3). Art. 34. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2810/4311> (abgerufen am: 07.12.2020).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Doos, L; Bradley, E; Rushton, CA; Satchithananda, D; Davies, SJ; Kadam, UT (2015): Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease multimorbidity at hospital discharge transition: a study of patient and carer experience. *Health Expectations* 18(6): 2401-2412. DOI: 10.1111/hex.12208.
- Elliott, MN; Beckett, MK; Chong, K; Hambarsoomians, K; Hays, RD (2008): How Do Proxy Responses and Proxy-Assisted Responses Differ from What Medicare Beneficiaries Might Have Reported about Their Health Care? *Health Services Research* 43(3): 833-848. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2007.00820.x.
- 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.
- Fayers, PM; Hand, DJ (2002): Causal variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 165(2): 233-253. DOI: 10.1111/1467-985X.02020.
- Fischer, C; Lingsma, HF; Marang-van de Mheen, PJ; Kringos, DS; Klazinga, NS; Steyerberg, EW (2014): Is the Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence. *PLoS One* 9(11): e112282. DOI: 10.1371/journal.pone.0112282.
- Flick, U (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. ISBN: 978-3-499-55694-4.
- Flink, M; Tessma, M; Cvancarova Småstuen, M; Lindblad, M; Coleman, EA; Ekstedt, M (2018): Measuring care transitions in Sweden: validation of the care transitions measure. *International Journal for Quality in Health Care* 30(4): 291-297. DOI: 10.1093/intqhc/mzy001.

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement. [Stand:] 20.09.2018. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20\\_IQTIG-Beauftragung\\_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf](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] (2021): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens 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](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] (2022): Patienteninformation zur Datenerhebung bei gesetzlich versicherten Patienten. Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI). Stand: April 2022. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21\\_G-BA\\_Patienteninformation-PCI\\_QS-PCI\\_bf.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4047/2022-04-21_G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI_bf.pdf) (abgerufen am: 22.08.2022).
- 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.
- 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](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=](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 Krankenhausgesellschaft] (2022): 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 [u. a.]: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag\\_Entlassmanagement.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 23.05.2022).
- 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](https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/kvnr/RL_20210426_Gesamtsystem-KVNR_290_SGBV_3.1.0_FIN.pdf) (abgerufen am: 22.08.2022).
- Goeman, JJ; De Jong, NH (2018): How Well Does the Sum Score Summarize the Test? Summability as a Measure of Internal Consistency. *Educational Measurement: Issues and Practice* 37(2): 54-63. DOI: 10.1111/emip.12181.
- Gotlib Conn, L; Zwaiman, A; DasGupta, T; Hales, B; Watamaniuk, A; Nathens, AB (2018): Trauma patient discharge and care transition experiences: Identifying opportunities for quality improvement in trauma centres. *Injury* 49(1): 97-103. DOI: 10.1016/j.injury.2017.09.028.
- Graham, C (2016): Incidence and impact of proxy response in measuring patient experience: secondary analysis of a large postal survey using propensity score matching. *International Journal for Quality in Health Care* 28(2): 246-252. DOI: 10.1093/intqhc/mzw009.
- Graumlich, JF; Novotny, NL; Aldag, JC (2008): Brief Scale Measuring Patient Preparedness for Hospital Discharge to Home: Psychometric Properties. *Journal of Hospital Medicine* 3(6): 446-454. DOI: 10.1002/jhm.316.
- Grotpeter, JK (2008): Respondent Recall. Chapter 7. In: Menard, S; Hrsg.: *Handbook of Longitudinal Research: Design, Measurement, and Analysis*. Amsterdam, NL [u. a.]: Elsevier, 109-121. ISBN: 978-012-370481-8.
- Hadjistavropoulos, H; Biem, H; Sharpe, D; Bourgault-Fagnou, M; Janzen, J (2008): Patient perceptions of hospital discharge: reliability and validity of a Patient Continuity of Care Questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care* 20(5): 314-323. DOI: 10.1093/intqhc/mzn030.
- Hargreaves, DS; Sizmur, S; Pitchforth, J; Tallett, A; Toomey, SL; Hopwood, B; et al. (2018): Children and young people's versus parents' responses in an English national inpatient survey. *Archives of Disease in Childhood* 103(5): 486-491. DOI: 10.1136/archdischild-2017-313801.
- Held, L; Bové, DS (2014): Applied Statistical Inference. Likelihood and Bayes. Heidelberg [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-37886-7.

HHS [U.S. Department of Health & Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2022): In-Center Hemodialysis CAHPS® Survey. Survey Administration and Specifications Manual. Version 10.0. [Stand:] February 2022. Baltimore, US-MD: CMS. URL: [https://ichcahps.org/Portals/0/SurveyMaterials/ICH\\_SurveyAdminManual.pdf](https://ichcahps.org/Portals/0/SurveyMaterials/ICH_SurveyAdminManual.pdf) (abgerufen am: 30.08.2022).

Iezzoni, LI (2013): Range of Risk Factors. Chapter 3. In: Iezzoni, LI; Hrsg.: *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*. 4th edition. Chicago, US-IL: Health Administration Press, 29-76. ISBN: 978-1-56793-437-3.

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](https://iqtig.org/dateien/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitaetsindikatoren_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am: 29.07.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. *Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG\\_Patientenbefragung\\_QS-Verfahren-Schizophrenie\\_Abschlussbericht\\_2018-12-15\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 06.08.2021).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG\\_Patientenbefragung\\_QS-PCI\\_Abschlussbericht\\_2018-12-15\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 19.03.2021).

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](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](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] (2021a):  
Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie\\_Abschlussbericht\\_2021-12-15.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Ambulante-Psychotherapie_Abschlussbericht_2021-12-15.pdf) (abgerufen am: 30.08.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b):  
Entwicklung von Patientenbefragungen für das Qualitätssicherungsverfahren *Nierenersatztherapie*. Abschlussbericht. Stand: 24.06.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_QS-NET\\_Befragung\\_Abschlussbericht\\_2021-06-24.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_QS-NET_Befragung_Abschlussbericht_2021-06-24.pdf) (abgerufen am: 30.08.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a):  
Befragung von Patientinnen und Patienten mit Herzkatheteruntersuchung, Stenteinlage bzw. Ballonerweiterung der Gefäße am Herzen. Stand: 01.07.2022. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG\\_Info\\_PPCI\\_Patienten\\_2022-06-09\\_web.pdf](https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG_Info_PPCI_Patienten_2022-06-09_web.pdf) (abgerufen am: 22.08.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b):  
Information zur Patientenbefragung im Qualitätssicherungsverfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* für Krankenhäuser und Arztpraxen. Stand: 01.07.2022. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG\\_Info\\_PPCI\\_LE\\_lang\\_2022-06-07\\_web.pdf](https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG_Info_PPCI_LE_lang_2022-06-07_web.pdf) (abgerufen am: 30.08.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022c):  
Information zur Patientenbefragung QS PCI. Stand: 01.07.2022. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG\\_Info\\_PPCI\\_LE\\_kurz\\_2022-06-09\\_web.pdf](https://iqtig.org/downloads/infoschreiben/2022/IQTIG_Info_PPCI_LE_kurz_2022-06-09_web.pdf) (abgerufen am: 22.08.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022d):  
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](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf) (abgerufen am: 27.04.2022).
- Jarvis, CB; Mackenzie, SB; Podsakoff, PM (2003): A Critical Review of Construct Indicators and Measurement Model Misspecification in Marketing and Consumer Research. *Journal of Consumer Research* 30(2): 199-218. DOI: 10.1086/376806.
- Joling, KJ; van Eenoo, L; Vetrano, DL; Smaardijk, VR; Declercq, A; Onder, G; et al. (2018): Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS One* 13(1): e0190298. DOI: 10.1371/journal.pone.0190298.
- 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.



- Jones, D; Musselman, R; Pearsall, E; McKenzie, M; Huang, H; McLeod, RS (2017): Ready to Go Home? Patients' Experiences of the Discharge Process in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for Colorectal Surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 21(11): 1865-1878. DOI: 10.1007/s11605-017-3573-0.
- Kalton, G (1983): Introduction to Survey Sampling. (Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-035). Newbury Park, US-CA [u. a.]: Sage. ISBN: 987-0-8039-2126-9.
- 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.
- Kish, L (1995): Survey Sampling. Wiley Classics Library Edition. New York, US-NY [u. a.]: Wiley. ISBN: 0-471-10949-5.
- Klein, S; Porst, R (2000): Mail Surveys. Ein Literaturbericht. [Stand:] September 2000. (ZUMA-Technischer Bericht, 10/2000). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/gesis\\_methodenberichte/2000/00\\_10.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2000/00_10.pdf) (abgerufen am: 30.09.2022).
- Kölch, M; Lippert, H-D; Fegert, JM (2020): Aufklärung und Einwilligung bei Kindern und Jugendlichen. In: Fegert, J; Resch, F; Plener, P; Kaess, M; Döpfner, M; Konrad, K; et al.; Hrsg.: *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin [u. a.]: Springer, 1-11. DOI: 10.1007/978-3-662-49289-5\_91-1.
- Kühn, T; Koschel, K-V (2011): Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch. Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-531-16921-7
- Lamnek, S; Krell, C (2010): Qualitative Sozialforschung. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-27770-9.
- Lamnek, S; Krell, C (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-28269-7.
- Lenzner, T; Neuert, C; Otto, W (2015): Kognitives Pretesting. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015. Mannheim: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. DOI: 10.15465/gesis-sg\_010.
- Leppin, AL; Gionfriddo, MR; Kessler, M; Brito, JP; Mair, FS; Gallacher, K; et al. (2014): Preventing 30-Day Hospital Readmissions. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *JAMA: Internal Medicine* 174(7): 1095-1107. DOI: 10.1001/jamainternmed.2014.1608.
- 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.
- Little, RJA; Rubin, DB (2002): Statistical Analysis with Missing Data. Second Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-0-471-18386-0.

- Lohr, SL (2010): Sampling: Design and Analysis. Second Edition. Boston, US-MA: Brooks/Cole. ISBN: 978-0-495-11084-2.
- Mabire, C; Coffey, A; Weiss, M (2015): Readiness for Hospital Discharge Scale for older people: psychometric testing and short form development with a three country sample. *Journal of Advanced Nursing* 71(11): 2686-2696. DOI: 10.1111/jan.12731.
- Mabire, C; Bachnick, S; Ausserhofer, D; Simon, M (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.
- Major, ME; van Nes, F; Ramaekers, S; Engelbert, RHH; van der Schaaf, M (2019): Survivors of Critical Illness and Their Relatives. A Qualitative Study on Hospital Discharge Experience. *Annals of the American Thoracic Society* 16(11): 1405-1413. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201902-156OC.
- Mant, J (2001): Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 475-480. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.475.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.
- McPherson, CJ; Addington-Hall, JM (2003): Judging the quality of care at the end of life: can proxies provide reliable information? *Social Science & Medicine* 56: 95-109. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00011-4.
- Messick, S (1995): Validity of Psychological Assessment. Validation of Inferences From Person's Responses and Performances as Scientific Inquiry Into Score Meaning. *American Psychologist* 50(9): 741-749. DOI: 10.1002/j.2333-8504.1994.tb01618.x.
- Mitchell, SE; Laurens, V; Weigel, GM; Hirschman, KB; Scott, AM; Nguyen, HQ; et al. (2018): Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. *Annals of Family Medicine* 16(3): 225-231. DOI: 10.1370/afm.2222.
- Mixon, AS; Goggins, K; Bell, SP; Vasilevskis, EE; Nwosu, S; Schildcrout, JS; et al. (2016): Preparedness for Hospital Discharge and Prediction of Readmission. *Journal of Hospital Medicine* 11(9): 603-609. DOI: 10.1002/jhm.2572.
- Molenaar, IW; Sijtsma, K (1984): Internal Consistency and Reliability in Mokken's Nonparametric Item Response Model. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch* 9(5): 257-269. URL: <http://objects.library.uu.nl/reader/index.php?obj=1874-208777&lan=en> (abgerufen am: 07.09.2020).
- Molenberghs, G; Beunckens, C; Sotto, C; Kenward, MG (2008): Every missingness not at random model has a missingness at random counterpart with equal fit. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Statistical Methodology)* 70(2): 371-388. DOI: 10.1111/j.1467-9868.2007.00640.x.

- Moosbrugger, H; Kelava, A (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-20071-7.
- Nachtsheim, J; König, S (2019): Befragungen von Kindern und Jugendlichen. Kapitel 65. In: Baur, N; Blasius, J; Hrsg.: *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer, 927-933. ISBN: 978-3-658-21308-4.
- NHS [National Health Service], CQC [Care Quality Commission] ([2020]): NHS Inpatient Survey [Core questionnaire]. [London, GB]: NHS. URL: <https://nhssurveys.org/wp-content/surveys/02-adults-inpatients/02-survey-materials/2020/Core%20questionnaire.pdf> (abgerufen am: 11.01.2022).
- NHS [National Health Service], CQC [Care Quality Commission] ([kein Datum]-a): Accident and Emergency (A&E). Department Questionnaire. [London, GB]: NHS. URL: <https://nhssurveys.org/wp-content/surveys/03-urgent-emergency-care/02-survey-materials/2020/Core%20questionnaire%20Type%201.pdf> (abgerufen am: 23.02.2022).
- NHS [National Health Service], CQC [Care Quality Commission] ([kein Datum]-b): Urgent Care Questionnaire. [London, GB]: NHS. URL: <https://nhssurveys.org/wp-content/surveys/03-urgent-emergency-care/02-survey-materials/2020/Core%20questionnaire%20Type%203.pdf> (abgerufen am: 23.02.2022).
- NHS England Analytic Team (2014): Methods, Reasoning and Scope. Statement of Methodology for the Overall Patient Experience Scores (Statistics). [Stand:] December 2014. Wakefield, GB: NHS England. URL: [https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2014/04/Methods-statement\\_20150420.pdf](https://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2014/04/Methods-statement_20150420.pdf) (abgerufen am: 22.08.2022).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2015 [2020]): NICE Guideline NG27. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Guidance]. Published: 01.12.2015, © NICE 2020. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-1545-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/resources/transition-between-inpatient-hospital-settings-and-community-or-care-home-settings-for-adults-with-social-care-needs-pdf-1837336935877> (abgerufen am: 24.01.2020).
- Niederberger, M; Wassermann, S (2015): Einleitung. Kapitel 1. In: Niederberger, M; Wassermann, S; Hrsg.: *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung*. Wiesbaden: Springer, 11-13. ISBN: 978-3-658-01686-9.
- 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.
- Oczkowski, C; O'Donnell, M (2010): Reliability of Proxy Respondents for Patients With Stroke: A Systematic Review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 19(5): 410-416. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.08.002.
- Pearl, J (2009): *Causality: Models, Reasoning, and Inference*. Second Edition. Cambridge [u. a.]: Cambridge University Press. ISBN: 978-0-521-89560-6.

- Peterson, RA (1994): A Meta-analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. *Journal of Consumer Research* 21(2): 381-391. DOI: 10.1086/209405.
- Porst, R (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-658-02117-7.
- Prüfer, P; Rexroth, M (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. [Stand:] August 2000. (ZUMA-Arbeitsbericht, 2000/08). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/zuma\\_arbeitsberichte/00\\_08.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf) (abgerufen am: 21.07.2020).
- Prüfer, P; Rexroth, M; Hrsg. (2005): Kognitive Interviews. (ZUMA How-to-Reihe, 15). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: [http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20147/ssoar-2005-prufer\\_et\\_al-kognitive\\_interviews.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20147/ssoar-2005-prufer_et_al-kognitive_interviews.pdf?sequence=1) (abgerufen am: 30.09.2022).
- Raykov, T; Marcoulides, GA (2011): Introduction to Psychometric Theory. London, GB: Routledge. ISBN: 978-0-415-87822-7.
- Revelle, W (2018): psych: Procedures for Personality and Psychological Research. Version 1.8.4. [Stand:] 30.04.2018. Evanston, US-IL: Northwestern University. URL: <https://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf> (abgerufen am: 30.09.2022).
- Robert, CP; Casella, G (2004): Monte Carlo Statistical Methods. Second Edition. (Springer Texts in Statistics). New York, US-NY: Springer. ISBN: 978-1-4419-1939-7.
- Robertson, S; Cooper, C; Hoe, J; Hamilton, O; Stringer, A; Livingston, G (2017): Proxy rated quality of life of care home residents with dementia: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 29(4): 569-581. DOI: 10.1017/s1041610216002167.
- Rodakowski, J; Rocco, PB; Ortiz, M; Folb, B; Schulz, R; Morton, SC; et al. (2017): Caregiver Integration During Discharge Planning for Older Adults to Reduce Resource Use: A Metaanalysis. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(8): 1748-1755. DOI: 10.1111/jgs.14873.
- Rouquette, A; Falissard, B (2011): Sample size requirements for the internal validation of psychiatric scales. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 20(4): 235-249. DOI: 10.1002/mpr.352.
- Roydhouse, JK; Wilson, IB (2017): Systematic review of caregiver responses for patient health-related quality of life in adult cancer care. *Quality of Life Research* 26(8): 1925-1954. DOI: 10.1007/s11136-017-1540-6.
- Roydhouse, JK; Gutman, R; Keating, NL; Mor, V; Wilson, IB (2018): The Association of Proxy Care Engagement with Proxy Reports of Patient Experience and Quality of Life. *Health Services Research* 53(5): 3809-3824. DOI: 10.1111/1475-6773.12980.
- Rubin, HR; Pronovost, P; Diette, GB (2001): The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 469-474. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.469.

- Sakshaug, JW (2014): Proxy Reporting in Health Surveys. Part III, Chapter 14. In: Johnson, TP; Hrsg.: *Handbook of Health Survey Methods*. Hoboken, US-NJ: Wiley, 367-381. ISBN: 978-1-118-00232-2.
- SCCEM [Survey Coordination Centre for Existing Methods] (2020a): Survey Development Report. Children and Young People's Patient Experience Survey 2020. [Stand:] 05.02.2020. [London, GB]: CQC [Care Quality Commission]. URL: <https://nhssurveys.org/wp-content/surveys/01-children-patient-experience/01-design-development/2020/Survey%20Development%20Report.pdf> (abgerufen am: 23.02.2022).
- SCCEM [Survey Coordination Centre for Existing Methods] (2020b): Survey Development Report. Urgent and Emergency Care Survey 2020. [Stand:] October 2020. [London, GB]: CQC [Care Quality Commission]. URL: <https://nhssurveys.org/wp-content/surveys/03-urgent-emergency-care/01-design-development/2020/Survey%20Development%20Report.pdf> (abgerufen am: 23.02.2022).
- Schafer, JL; Graham, JW (2002): Missing Data: Our View of the State of the Art. *Psychological Methods* 7(2): 147-177. DOI: 10.1037/1082-989X.7.2.147.
- Schermelleh-Engel, K; Werner, CS (2012): Methoden der Reliabilitätsbestimmung. Kapitel 6. In: Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg.: *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer, 119-143. ISBN: 978-3-642-20071-7.
- Schnell, R (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-8100-1817-5.
- Schnell, R (2012): Survey-Interviews: Methoden standardisierter Befragungen. Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-531-13614-1.
- Schnell, R; Hill, PB; Esser, E (2018): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: De Gruyter Oldenbourg. ISBN: 978-3-11-057732-7
- Schnell, R (2019): Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen. 2. Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-531-19900-9.
- Schulz, M; Ruddat, M (2012): "Let's talk about sex!" Über die Eignung von Telefoninterviews in der qualitativen Sozialforschung. *FQS – Forum: Qualitative Sozialforschung* 13(3). DOI: 10.17169/fqs-13.3.1758.
- Scott, WA (1960): Measures of Test Homogeneity. *Educational and Psychological Measurement* 20(4): 751-757. DOI: 10.1177/001316446002000411.
- Sheng, Y; Sheng, Z (2012): Is coefficient alpha robust to non-normal data? *Frontiers in Psychology* 3(34). DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00034.
- Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. *The Milbank Quarterly* 93(4): 788-825. DOI: 10.1111/1468-0009.12165.

- 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/](https://www.kvsaarland.de/documents/10184/3528763/Merkblatt+Entlassmanagement+--+Anlage+zu+KVS-Aktuell+2_2018/) (abgerufen am: 03.12.2018).
- Skrondal, A; Rabe-Hesketh, S (2004): Generalized Latent Variable Modeling. Multilevel, Longitudinal, and Structural Equation Models. (Interdisciplinary Statistics Series). Boca Raton, US-FL [u. a.]: Chapman & Hall/CRC. ISBN: 1-58488-000-7.
- Solan, LG; Beck, AF; Brunswick, SA; Sauers, HS; Wade-Murphy, S; Simmons, JM; et al. (2015): The Family Perspective on Hospital to Home Transitions: A Qualitative Study. *Pediatrics* 136(6): e1539-e1549. DOI: 10.1542/peds.2015-2098.
- Somasundaram, R; Geissler, A; Leidel, BA; Wrede, CE (2018): Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Das Gesundheitswesen* 80(7): 621-627. DOI: 10.1055/s-0042-112459.
- Stochl, J; Jones, PB; Croudace, TJ (2012): Mokken scale analysis of mental health and well-being questionnaire item responses: a non-parametric IRT method in empirical research for applied health researchers. *BMC: Medical Research Methodology* 12:74. DOI: 10.1186/1471-2288-12-74.
- 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](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf) (abgerufen am: 30.09.2022).
- Tavakol, M; Dennick, R (2011): Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education* 2: 53-55. DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- 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.
- Tourangeau, R (2000): Remembering What Happened: Memory Errors and Survey Reports. Section 3. In: Stone, AA; Trurkkan, JS; Bachrach, CA; Jobe, JB; Kurzman, HS; Cain, VS; Hrsg.: *The Science of Self-Report. Implications for Research and Practice*. New York, US-NY: Psychology Press, 29-47. ISBN: 978-0-8058-2991-4.

- Trizano-Hermosilla, I; Alvarado, JM (2016): Best Alternatives to Cronbach's Alpha Reliability in Realistic Conditions: Congeneric and Asymmetrical Measurements. *Frontiers in Psychology* 7: 769. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00769.
- Tutz, G (1990): Sequential item response models with an ordered response. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology* 43(1): 39-55. DOI: 10.1111/j.2044-8317.1990.tb00925.x.
- Tverdal, CB; Howe, EI; Røe, C; Helseth, E; Lu, J; Tenovuo, O; et al. (2018): Traumatic Brain Injury: Patient Experience and Satisfaction with Discharge from Trauma Hospital. *Journal of Rehabilitation Medicine* 50(6): 505-513. DOI: 10.2340/16501977-2332.
- 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.
- Weiss, M; Yakusheva, O; Bobay, K (2010): Nurse and Patient Perceptions of Discharge Readiness in Relation to Postdischarge Utilization. *Medical Care* 48(5): 482-486. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3181d5feae.
- Weiss, ME; Piacentine, LB; Lokken, L; Ancona, J; Archer, J; Gresser, S; et al. (2007): Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. *Clinical Nurse Specialist* 21(1): 31-42. DOI: 10.1097/00002800-200701000-00008.
- Weiss, ME; Costa, LL; Yakusheva, O; Bobay, KL (2014): Validation of Patient and Nurse Short Forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and Their relationship to Return to the Hospital. *Health Services Research* 49(1): 304-317. DOI: 10.1111/1475-6773.12092.
- Weiss, ME; Sawin, KJ; Gralton, K; Johnson, N; Klingbeil, C; Lerret, S; et al. (2017): Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing* 34: 58-64. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.12.021.
- Weiss, ME; Yakusheva, O; Bobay, KL; Costa, L; Hughes, RG; Nuccio, S; et al. (2019): Effect of Implementing Discharge Readiness Assessment in Adult Medical-Surgical Units on 30-Day Return to Hospital. The READI Randomized Clinical Trial. *JAMA: Network Open* 2(1): e187387. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.7387.
- Weiss, ME; Lerret, SM; Sawin, KJ; Schiffman, RF (2020): Parent Readiness for Hospital Discharge Scale: Psychometrics and Association With Postdischarge Outcomes. *Journal of Pediatric Health Care* 34: 30-37. DOI: 10.1016/j.pedhc.2019.06.011.
- Willis, GB (2005): Cognitive Interviewing. A Tool to improve Questionnaire Design. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 0-7619-2803-0.
- Wingenfeld, K (2020): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN: 978-3-17-036244-4.

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.

Wright, S; Morecroft, CW; Mullen, R; Ewing, AB (2017): UK hospital patient discharge: the patient perspective. *European Journal of Hospital Pharmacy* 24(6): 337-342. DOI: 10.1136/ejhpharm-2016-001134.

Yang, W; Nakaya, J (2006): Statistical Applications for SNPs Analysis. *Chem-Bio Informatics Journal* 6(2): 55-68. DOI: 10.1273/cbij.6.55.

Yeh, AM; Song, AY; Vanderbilt, DL; Gong, C; Friedlich, PS; Williams, R; et al. (2021): The association of care transitions measure-15 score and outcomes after discharge from the NICU. *BMC: Pediatrics* 21:7. DOI: 10.1186/s12887-020-02463-5.

Zinbarg, RE; Revelle, W; Yovel, I; Li, W (2005): Cronbach's  $\alpha$ , Revelle's  $\beta$ , and McDonald's  $\omega_H$ : their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika* 70(1): 123-133. DOI: 10.1007/s11336-003-0974-7.





Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*

Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*. Anhang zum Abschlussbericht

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Veronika Andorfer

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

20. September 2018

**Datum der Abgabe:**

31. Oktober 2022

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

## **Anhang A: Literaturrecherche**

Anhang A.1: Recherchebericht zur Literaturrecherche

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und des deutschen Expertenstandards der Pflege

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien und des deutschen Expertenstandards der Pflege

Anhang A.2.3 Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien und des deutschen Expertenstandards der Pflege

Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation in Deutschland

Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der eingeschlossenen Studien zu patientenrelevanten Themen

Anhang A.2.6: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zu ausgewählten Parametern der Ergebnisqualität

Literatur

## **Anhang B: Fokusgruppen und Einzelinterviews**

Anhang B.1: Leitfäden der Fokusgruppen und Einzelinterviews

Anhang B.1.1: Fokusgruppen für die Entwicklung des Qualitätsmodells

Anhang B.1.2: Einzelinterviews für die Entwicklung der Patientenbefragung

Anhang B.2: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen und Einzelinterviews

Literatur

## **Anhang C: Expertengremium**

Anhang C.1: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium

Anhang C.2: Übersicht der Expertinnen und Experten und deren Funktion

## **Anhang D: Qualitätsmerkmale**

Anhang D.1: Synthese der Wissensbestände zur Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Anhang D.1.1: Zusammenfassung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Bezug zum Entlassmanagement und Rahmenvertrag Entlassmanagement

Anhang D.1.2: Ergebnisse der Literaturrecherche

Anhang D.1.3: Ergebnisse der Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen sowie Gesundheitsprofessionen des Entlassmanagements

Anhang D.2: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale im Entwicklungsprozess der Patientenbefragung

Anhang D.3: Darstellung der Eignungskriterien der final eingeschlossenen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Literatur

## **Anhang E: Itementwicklung**

Anhang E.1: Zuordnung der Items zu den Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten vor dem kognitiven Pretest

Anhang E.2: Darstellung der identifizierten Variablen zur Risikoadjustierung

Anhang E.3: Variablen zur Beschreibung der Stichprobe und zur Filterführung

Literatur

## **Anhang F: Kognitiver Pretest**

Anhang F.1: Fragebögen zur Durchführung des kognitiven Pretests

Anhang F.1.1: Fragebogenversion für erwachsene Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Erwachsene“)

Anhang F.1.2: Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte zu der Entlassung ihres Kindes aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“)

Anhang F.2: Auszug aus den Testleitfäden für den kognitiven Pretest (Juli/August 2021)

Anhang F.2.1: Testleitfaden für erwachsene Patientinnen und Patienten (Testansatz 1)

Anhang F.2.2: Testleitfaden für Angehörige (Testansatz 1)

Anhang F.2.3: Testleitfaden für Eltern/Sorgeberechtigte (Testansatz 1)

Anhang F.3: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des kognitiven Pretests

Anhang F.4: Zuordnung der Items zu den Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten nach dem kognitiven Pretest

### **Anhang G: Standard-Pretest**

Anhang G.1: Fragebögen zur Durchführung des Standard-Pretests

Anhang G.1.1: Fragebogenversion für erwachsene Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Erwachsene“)

Anhang G.1.2: Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte zu der Entlassung ihres Kindes aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“)

Anhang G.2: Darstellung der Häufigkeiten bzw. Lage- und Streuungsmaße

Anhang G.2.1: Variablen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Anhang G.2.2: Variablen zur Risikoadjustierung, Beschreibung der Stichprobe und zur Filterführung

Anhang G.3: Analysen zur Unit-Non-Response und zur Item-Non-Response

Anhang G.3.1: Binomial-logistische Regressionsmodelle zur Unit-Non-Response auf Basis der bereinigten Bruttostichproben

Anhang G.3.2: Kruskal-Wallis-Tests zur Item-Non-Response

Anhang G.4: Darstellung der Kennzahlen zur internen Konsistenz und Homogenität

Anhang G.4.1: Interne Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit mehr als zwei Items

Anhang G.4.2: Interne Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit zwei Items

### **Anhang H: Kognitive Pretestung**

Anhang H.1: Fragebögen zur Durchführung der kognitiven Pretestung

Anhang H.1.1: Fragebogenversion für erwachsene Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Erwachsene“)

Anhang H.1.2: Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte zu der Entlassung ihres Kindes aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“)

Anhang H.2: Auszug aus den Testleitfäden für die weitere kognitive Pretestung nach dem Standard-Pretest (Juli/August 2022)

Anhang H.2.1: Testleitfaden für erwachsene Patientinnen und Patienten

Anhang H.2.2: Testleitfaden für Angehörige

Anhang H.2.3: Testleitfaden für Eltern/Sorgeberechtigte

Anhang H.3: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der weiteren kognitiven Pretestung

**Anhang I: Berechnung und Auswertung der Qualitätsindikatoren**

Anhang I.1: Empfohlenes Set an Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Anhang I.2: Codebook – vorläufige Namen der Variablen für die Fragebogenitems zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Anhang I.3: Exemplarische Berechnung des Indikators 45xx00 „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“

Anhang I.4: Beispielhafte Darstellung von Ergebnismeldungen der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

# Anhang A: Literaturrecherche

## Inhaltsverzeichnis

Anhang A.1: Recherchebericht .....	2
1 Ziel der Literaturrecherche.....	2
2 Informationsbeschaffung – Leitlinien und deutsche Expertenstandards (Update).....	4
2.1 Recherche.....	4
2.2 Eingeschlossene Leitlinien.....	8
2.3 Ausgeschlossene Leitlinien.....	8
3 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation in Deutschland (Update).....	10
3.1 Recherche.....	10
3.2 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation.....	24
3.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation.....	24
4 Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen (Update).....	26
4.1 Recherche.....	26
4.2 Eingeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen .....	38
4.3 Ausgeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen .....	40
4.4 Ergänzende Recherche.....	47
Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen.....	49
Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und des deutschen Expertenstandards der Pflege .....	49
Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien und des deutschen Expertenstandards der Pflege .....	51
Anhang A.2.3: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien und des deutschen Expertenstandards der Pflege .....	57
Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation in Deutschland.....	59
Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der eingeschlossenen Studien zu patientenrelevanten Themen.....	70
Anhang A.2.6: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zu ausgewählten Parametern der Ergebnisqualität.....	109
Literatur.....	130

# Anhang A.1: Recherchebericht

## 1 Ziel der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche und -analyse unterstützt im Rahmen der Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement* die Identifizierung, Analyse und Beschreibung spezifischer patientenrelevanter Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren, die auf Basis einer Befragung adressierbar sind. Sie bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen die Grundlage für die Ableitung der Qualitätsmerkmale zur Fragebogenentwicklung. Außerdem dienen die Ergebnisse zum einen der Generierung von Themen für die Interviewleitfäden der Fokusgruppen bzw. der Einzelinterviews, zum anderen geben sie Anregungen und Hinweise für die spätere Entwicklung der Fragebogenitems.

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche und den bereits bestehenden Literaturrecherchen der Konzeptstudie (IQTIG 2019b: Anhang A.1 Recherchebericht) erfolgte eine Unterteilung der Informationsbeschaffungen sowie die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragen:

### 1. Informationsbeschaffung – Leitlinien und deutsche Expertenstandards

- Welches sind die derzeit aktuellen, in deutschen und internationalen Leitlinien sowie in deutschen Expertenstandards der Pflege empfohlenen Standards zum Entlassmanagement?

### 2. Informationsbeschaffung – Versorgungssituation

- Wie ist die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Übergangs aus der teil- bzw. vollstationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung in Deutschland?
- Welche Hinweise gibt es hinsichtlich einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung von Patientinnen und Patienten beim Übergang aus der teil- bzw. vollstationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung in Deutschland?

### 3. Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen

- Wie erleben Patientinnen und Patienten sowie Angehörige die Planung der Entlassung im Krankenhaus?
- Wie werden Patientinnen und Patienten sowie Angehörige in den Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus in die ambulante Weiterversorgung eingebunden und unterstützt?
- Wie wird aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen die ambulante Weiterversorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus vom stationären Leistungserbringer sichergestellt?



- Welche Informationen sind Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen für den Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus in die ambulante Weiterversorgung wichtig?
- Welche Informationen sind für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige zur Medikation im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus wichtig?
- Welche Informationen sind für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige zum Umgang mit Hilfsmitteln im Rahmen der Entlassung wichtig?
- Was ist Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen im Umgang – in der Kommunikation und Interaktion – mit dem Behandlungsteam im Prozess der Entlassung aus dem Krankenhaus wichtig?

Aufbauend auf die in der Konzeptstudie durchgeführten systematischen Literaturrecherchen, die für die Generierung des Qualitätsmodells nötig waren (IQTIG 2019a, IQTIG 2019b), sollen im Rahmen der Entwicklung einer Patientenbefragung Aktualisierungen der Recherchen (Updates) erfolgen.

Daher wurden passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung vorab für alle Fragestellungen

- die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Setting),
- die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp, erforderliche Studienqualität) sowie
- die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase, Leitliniendatenbanken)

definiert.

## 2 Informationsbeschaffung – Leitlinien und deutsche Expertenstandards (Update)

Um die aktuell empfohlenen Standards für das Entlassmanagement zu identifizieren, sollte ein Update der Recherche nach deutschen und internationalen Leitlinien sowie nach dem deutschen Expertenstandard der Pflege durchgeführt werden (IQTIG 2019b: Anhang A.1: 4 f.). Zudem fand eine Überprüfung der bereits in der Konzeptstudie eingeschlossenen Leitlinien hinsichtlich ihrer Gültigkeit und Aktualität statt.

### 2.1 Recherche

Die in der Konzeptstudie a priori definierten Einschlusskriterien (IQTIG 2019b: Anhang A.1: 5-6) wurden unter E7 durch die Beschränkung auf Leitlinien, die das Entlassmanagement krankheitsübergreifend adressieren, präzisiert (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Einschlusskriterien für Leitlinien und deutschen Expertenstandards der Pflege (Update)

	Einschluss
E1	Die Publikation ist eine Leitlinie oder ein deutscher Expertenstandard der Pflege.
E2	Die Publikation ist aktuell und gültig (Publikationsdatum ab 1. Oktober 2014).
E3	Die Publikation ist als Vollpublikation verfügbar.
E4	Die Publikation ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E6	Die Publikation ist aus Deutschland oder einem der folgenden ausgewählten Ländern des WHO Stratum A*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechien, USA.
E7	Die Publikation adressiert im Hauptfokus krankheitsübergreifend den Entlassungs- und Überleitungsprozess (das Thema Entlassung/Entlassmanagement) aus dem Krankenhaus. Die Publikation ist inhaltlich relevant zur Beantwortung der Fragestellung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Kriterien beschreiben krankheitsübergreifend die Qualität des Entlassungs- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?</li> </ul>
E8	Die Publikation gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mindestens S2e oder äquivalent).

\* Als Grundlage für die Entscheidung, welche Leitlinien / deutsche Expertenstandards der Pflege eingeschlossen werden sollen, wurde die Staateneinteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

Die Update-Recherche erfolgte vom 10. bis 20. Januar 2020. Ausgehend vom Vorgehen bei der Konzeptstudie (IQTIG 2019b: Anhang A.1: 4 f.) wurden die gleichen Webseiten von Leitliniendatenbanken bzw. fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern mit denselben Suchalgorithmen durchsucht. Zwei der damals gewählten Leitlinienanbieter konnten nicht durchsucht werden (Danish Health Authority, Swedish National Board of Health and Welfare), da sich deren Seiten zu diesem Zeitraum im Umbau befanden und nicht zu erreichen waren. Die Website der Canadian Medical Association (CMA) wurde indessen vollständig neu aufgesetzt, sodass die Suchstrategie daran angepasst wurde.

Folgende Leitliniendatenbanken und Webseiten von fachübergreifenden bzw. fachspezifischen Leitlinienanbietern wurden bei der Update-Recherche durchsucht:

### Deutschland

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)
  - <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
  - <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/index.html>
- Bundesärztekammer (BÄK)
  - <http://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
  - <http://www.degam.de/leitlinien.html>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
  - <https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)
  - <http://www.leitlinien.de/nvl/>
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)
  - <https://ils.zqp.de/display.php>

### International

- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)
  - <https://kce.fgov.be/en>
- British Columbia Guidelines (BC Guidelines)
  - <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines>

- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
  - <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitätssicherung/Qualitätsstandards.html>
- Canadian Medical Association (CMA)
  - <https://joulecma.ca/cpg/homepage>
- Finnish Medical Society Duodecim
  - <https://www.kaypahoito.fi/en/guidelines>
- Guidelines International Network (G-I-N)
  - <http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>
- Haute Autorité de Santé (HAS)
  - [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2036961/en/best-practice-guidelines](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2036961/en/best-practice-guidelines)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)
  - <https://www.icsi.org/guidelines/>
- Ministry of Health
  - <https://www.health.govt.nz/publications>
- National Health and Medical Research Council (NHMRC)
  - <https://www.clinicalguidelines.gov.au/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
  - <https://www.nice.org.uk/Guidance>
- Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)
  - <https://www.anq.ch/de>
- New South Wales Department of Health (NSW Health)
  - <http://www.health.nsw.gov.au>
- Toward Optimized Practice (TOP)
  - <https://actt.albertadoctors.org/CPGs/Pages/default.aspx>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
  - <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html>
- World Health Organization (WHO)
  - <http://www.who.int/publications/guidelines/en/>

Die einzelnen Suchstrategien wurden dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. So bieten sowohl Leitliniendatenbanken als auch einige fachübergreifende und fachspezifische Leitlinienanbieter die Möglichkeit der Schlagwort- bzw. eine Freitextsuche an. Bei Anbietern, bei denen

diese Optionen nicht bestanden, erfolgte die Identifizierung von Leitlinien über die Navigation, die Sitemap oder durch eine Suche nach *Leitlinie* bzw. *guideline* über die Suchfunktion der Website, wobei in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien gesichtet wurde.

Folgende Suchstrategien fanden Verwendung für die Leitliniendatenbanken bzw. fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern:

- AWMF: alle aktuellen S2-, S2e- und S3-Leitlinien
- CMA: Schlagwort-Suche nachfolgenden Sinneinheiten: discharge\* OR displacement\* OR transition\*, transfer\* OR handover, „case management“, „care management“, coordination OR continuity, delivery health care, „post hospital care“, „follow-up care“; jeweils unter Anwendung des Filter *Language: English*
- G-I-N: discharge\* OR displacement\* OR transition\* OR transfer\* OR handover OR “case management” OR “care management” OR coordination\* OR continuity OR “delivery of health care” OR “post hospital care” OR “follow-up care”; mit folgenden Einschränkungen: *Language: English, German; Publication: Guideline, Evidence report, Guideline Clearing Report*
- HAS: Filter *Content Type: Practice Guidelines and Other Guides, Date: last five years*
- KCE: Auswahl *All Reports*; Filter *Publication Year: 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019*
- NHMRC: Auswahl des Reiters *Advanced Search*; Filter *Publication date, Start date: 2014, End date 2021*
- NICE: Filter by type: NICE guidelines
- NSW: Auswahl *Policy directives, guidelines and information bulletins (Reiter Publications)*, *Browse by: Date, Filter: Guideline, Auswahl: 2014-2020*
- Ministry of Health: Filter *Publication type: Guides and standards*

Die Titel der Leitlinien und deutschen Expertenstandards der Pflege wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Auswahlentscheidungen wurden diskutiert und für den Fall einer fehlenden Einigung wurde die Leitlinie bzw. der deutsche Expertenstandard der Pflege für das Volltext-Screening eingeschlossen.

Die Volltexte wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 1) zutrafen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien bzw. deutschen Expertenstandards der Pflege (siehe Abschnitt 2.3). Eine Übersicht über die Update-Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 1).

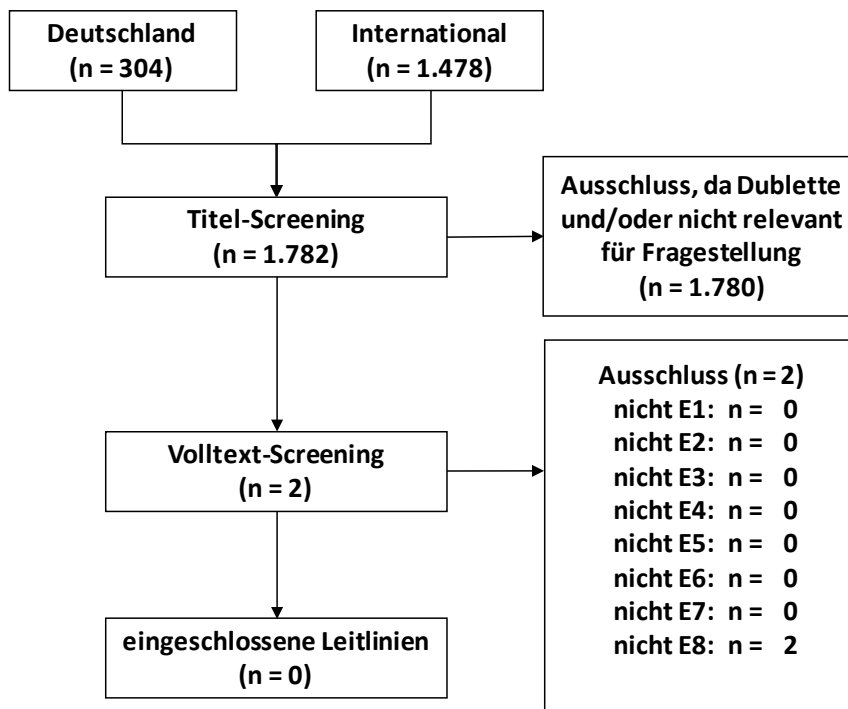


Abbildung 1: Flussdiagramm der Update-Recherche nach Leitlinien / deutschen Expertenstandards der Pflege

## 2.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening der Update-Recherche wurden weder Neuerscheinungen noch fertiggestellte Überarbeitungen von evidenzbasierten, deutschen und internationalen Leitlinien bzw. deutschen Expertenstandards der Pflege eingeschlossen. Eine Überprüfung, der bereits in der Konzeptstudie eingeschlossenen Leitlinien (IQTIG 2019b: Anhang A.1: 10) am 16. Januar 2020 ergab, dass sie weiterhin gültig sind und keine Aktualisierungen ihrerseits vorlagen.

### Datenextraktion

Die Datenextraktion der verwendeten Leitlinien / des deutschen Expertenstandard der Pflege wurde von einer Person durchgeführt (siehe Anhang A.2.1).

## 2.3 Ausgeschlossene Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Leitlinien wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 1):

**Nicht E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7**

Keine

### **Nicht E8**

1. Jefferies, AL (2020): Position Statement. Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. Posted: 10.01.2014, Updated: 28.04.2016, Reaffirmed: 22.01.2020. Ottawa, CA-ON: CPS [Canadian Paediatric Society], Fetus and Newborn Committee. URL: <https://www.cps.ca/en/documents/position/facilitating-discharge-of-the-preterm-infant> (abgerufen am: 03.02.2020).
2. RDoC [Resident Doctors of Canada] (2017): Don't order non-urgent investigations or procedures that will delay discharge of hospital inpatients. Number 4. In: Choosing Wisely Canada: *Medical Education: Residents. Five Things Residents and Patients Should Question*. Last updated: July 2017 Toronto, CA-ON: Choosing Wisely Canada. URL: <https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/06/Residents.pdf> (abgerufen am: 24.01.2020).

### 3 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation in Deutschland (Update)

Um ein aktuelles Bild zur Versorgungssituation in Deutschland zu erhalten, sollte eine Update-Recherche für die Jahre 2018 bis 2020 über Qualitätsdefizite/Qualitätspotenziale bzw. zur Unter-, Über- und Fehlversorgung von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die ambulante Weiterversorgung nach einem (stationären) Krankenhausaufenthalt begrenzt auf Deutschland erfolgen. Die daraus resultierenden Informationen sollten zur Beantwortung der beiden in Kapitel 1 präzisierten Fragen zur Versorgungssituation dienen.

#### 3.1 Recherche

Die a priori definierten Einschlusskriterien der Konzeptstudie (IQTIG 2019b: Anhang A.1: 106-107) wurden etwas präzisiert (Beschränkung auf Deutschland für Einschlussgrund E5, Beschränkung auf „peer reviewed“ Publikationen für Einschlussgrund E1). Die angepassten Einschlusskriterien, die der Update-Recherche und dem Screening der Referenzen zugrunde lagen, sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Publikationen zur Versorgungssituation (Update)

	Einschluss
E1	Die Referenz ist ein peer reviewed systematischer oder narrativer Review, eine qualitative oder quantitative Primärstudie- oder eine Sekundärdatenanalyse, in der der Datenpool beschrieben wird. Somit werden Editorials, Konferenzabstracts, Kommentare, Fallberichte und -serien und Interviews ausgeschlossen.
E2	Die Referenz wurde zwischen 2018–2020 publiziert.
E3	Die Vollpublikation ist erhältlich.
E4	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E5	Die Information beschäftigt sich mit der Versorgungssituation des Entlass-/Überleitungsprozesses bzw. der Organisation einer weiterführenden Versorgung in Deutschland. Zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mit dem Entlass- und Überleitungsprozess aus dem Krankenhaus</li> <li>▪ mit der Organisation der weiterführenden Versorgung</li> <li>▪ mit den Rahmenbedingungen des Entlassmanagements im Krankenhaus (Strukturqualität)</li> <li>▪ mit dem Verordnungsgeschehen bzw. der Beantragung der Kostenübernahme von Leistungen im Rahmen des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus bzw. der Organisation der weiterführenden Versorgung (z. B. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, medizinische Rehabilitation, Pflegegrad, ambulante bzw. stationäre Pflegeleistungen)</li> </ul>



Einschluss	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>mit der Ergebnisqualität des Entlass- und Überleitungsprozesses aus dem Krankenhaus (z. B. Wiederaufnahmen, Notfallkontakte, Sterblichkeit)</li> </ul>
E6	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.

Das Update der Literaturrecherche nach Publikationen zur Versorgungssituation wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE® and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions® 1946 to February 03, 2020
- Embase via Elsevier ab 1974
- CINAHL via Ebsco ab 1961
- Cochrane Library via Wiley (CDSR, CENTRAL)

Die in der Konzeptstudie verwendeten Suchstrategien für die verschiedenen Datenbanken wurden nur geringfügig für den Update-Prozess adaptiert. Wenn möglich, wurde bei der Datenbankrecherche die Suche ab Dezember 2018 begrenzt. Wenn in der Datenbank nicht auf den Monat genau gesucht werden konnte, wurden von den gefundenen Treffern im letzten Suchschritt sämtliche Publikationen, die bereits während der Konzeptstudie identifiziert wurden, mit dem Booleschen Operator „NOT“ abgezogen.

Im Vergleich zur ursprünglichen Suche wurde die Update-Recherche auf Publikationen aus Deutschland beschränkt.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie der Update-Recherche berücksichtigt:

- Publikationen ab Dezember 2018
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Editorials, Kommentare, Fallberichte, Abstracts oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 3, Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 6).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 4. Februar 2020.

### Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

*Tabelle 3: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Versorgungssituation-Update); Datum der Recherche: 04.02.2020*

#	Searches
1	Patient Discharge/
2	discharge?.ti,ab.
3	Patient Transition/

#	Searches
4	(patient? adj3 transition?).ti,ab.
5	(patient? adj2 transfer*).ti,ab.
6	(transition* adj2 care).ti,ab.
7	(transition* adj2 healthcare).ti,ab.
8	transfer of care.ti,ab.
9	Patient Handoff/
10	(handoff? or hand-off? or handover? or hand-over?).ti,ab.
11	Patient Care Management/
12	(management adj2 care).ti,ab.
13	(management adj2 healthcare).ti,ab.
14	(patient? adj3 coordinat*).ti,ab.
15	(care adj3 coordinat*).ti,ab.
16	Continuity of Patient Care/
17	(continuity adj3 care).ti,ab.
18	(continuum adj3 care).ti,ab.
19	(post adj2 hospital?).ti,ab.
20	(post adj2 clinic?).ti,ab.
21	out of hospital.ti,ab.
22	Aftercare/
23	after care.ti,ab.
24	aftercare.ti,ab.
25	follow-up care.ti,ab.
26	followup care.ti,ab.
27	Transfer Agreement/
28	(transfer? adj2 coordinat*).ti,ab.
29	(interfacility adj2 (transfer? or transition?)).ti,ab.
30	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
31	exp hospitals/
32	hospital*.ti,ab.

#	Searches
33	exp patients/
34	inpatient?.ti,ab.
35	clinic*.ti,ab.
36	department?.ti,ab.
37	outpatient?.ti,ab.
38	31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37
39	30 and 38
40	limit 39 to (english or german)
41	limit 40 to yr="2018 -Current"
42	exp Germany/ or (german or deutsch*).ot,ti,ab.
43	(germany or deutschland or berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmued or siegen or speyer or trier or crossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
44	42 or 43
45	41 and 44
46	limit 45 to (case reports or comment or editorial or letter)
47	45 not 46
48	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
49	47 not 48

#	Searches
50	remove duplicates from 49
51	(Auflistung aller accession numbers der Publikationen, die bereits während der Recherche zur Konzeptstudie gefunden bzw. berücksichtigt wurden - verknüpft mit dem Booleschen Operator "OR").ui.
52	remove duplicates from 51
53	50 not 52

### Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 4: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Versorgungssituation-Update); Datum der Recherche: 04.02.2020

No.	Query
#1	'hospital discharge'/de
#2	discharge\$:ti,ab
#3	(patient\$ NEAR/3 transition\$):ti,ab
#4	(patient\$ NEAR/2 transfer*):ti,ab
#5	(transition* NEAR/2 care):ti,ab
#6	(transition* NEAR/2 healthcare):ti,ab
#7	'transfer of care':ti,ab
#8	'clinical handover'/de
#9	'handoff\$':ti,ab OR 'hand-off\$':ti,ab OR 'handover\$':ti,ab OR 'hand-over\$':ti,ab
#10	'patient care'/mj
#11	(management NEAR/2 care):ti,ab
#12	(management NEAR/2 healthcare):ti,ab
#13	(patient\$ NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#14	(care NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#15	(continuity NEAR/3 care):ti,ab
#16	(continuum NEAR/3 care):ti,ab
#17	(post NEAR/2 hospital\$):ti,ab
#18	(post NEAR/2 clinic\$):ti,ab
#19	'out of hospital':ti,ab
#20	'aftercare'/de

No.	Query
#21	'after care':ti,ab
#22	aftercare:ti,ab
#23	'follow-up care':ti,ab
#24	'followup care':ti,ab
#25	(transfer\$ NEAR/2 coordinat*):ti,ab
#26	(interfacility NEAR/2 transfer\$):ti,ab
#27	(interfacility NEAR/2 transition\$):ti,ab
#28	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27
#29	'hospital'/exp
#30	hospital*:ti,ab
#31	'patient'/exp
#32	inpatient\$:ti,ab
#33	clinic*:ti,ab
#34	department\$:ti,ab
#35	outpatient\$:ti,ab
#36	#29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
#37	#28 AND #36
#38	'germany'/exp OR germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti OR german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti OR berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duesseldorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurnberg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bamberg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bochum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clautthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR detmold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichstaett:ca,ad,ab,ti OR eltville:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR freiburg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giessen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti

No.	Query
	OR gottingen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslautern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR lueneburg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR münster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuendettelsau:ca,ad,ab,ti OR Neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR osnabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR potsdam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwabisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR vallengard:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wuppertal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westphalia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig holstein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR saxony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thuringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thueringen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti
#39	#37 AND #38
#40	#39 AND [2014-2018]/py
#41	#40 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#42	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#43	#41 NOT #42
#44	'case report'/exp OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim
#45	#43 NOT #44
#46	#45 AND [6-12-2018]/sd NOT [5-2-2020]/sd

**Suchstrategie für CINAHL via EBSCO**

Tabelle 5: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Versorgungssituation-Update); Datum der Recherche: 04.02.2020

#	Query
S1	(MH "Patient Discharge+")
S2	TI discharge# OR AB discharge#
S3	TI patient# n3 transition# OR AB patient# n3 transition#
S4	TI patient# n2 transfer* OR AB patient# n2 transfer*
S5	TI transition* n2 care OR AB transition* n2 care
S6	TI transition* n2 healthcare OR AB transition* n2 healthcare
S7	TI "transfer of care" OR AB "transfer of care"
S8	(MH "Hand Off (Patient Safety)")
S9	TI ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) ) OR AB ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) )
S10	TI management n2 care OR AB management n2 care
S11	TI management n2 healthcare OR AB management n2 healthcare
S12	TI patient# n3 coordinat* OR AB patient# n3 coordinat*
S13	TI care n3 coordinat* OR AB care n3 coordinat*
S14	(MH "Continuity of Patient Care")
S15	TI continuity n3 care OR AB continuity n3 care
S16	TI continuum n3 care OR AB continuum n3 care
S17	TI post n2 hospital# OR AB post n2 hospital#
S18	TI post n2 clinic# OR AB post n2 clinic#
S19	TI "out of hospital" OR AB "out of hospital"
S20	(MH "After Care")
S21	TI "after care" OR AB "after care"
S22	TI aftercare OR AB aftercare
S23	TI "follow-up care" OR AB "follow-up care"
S24	TI "followup care" OR AB "followup care"
S25	TI transfer# n2 coordinat* OR AB transfer# n2 coordinat*
S26	TI ( interfacility n2 (transfer# or transition#) ) OR AB ( interfacility n2 (transfer# or transition#) )

#	Query
S27	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26
S28	(MH "Hospitals+")
S29	TI hospital* OR AB hospital*
S30	(MH "Patients+")
S31	TI inpatient# OR AB inpatient#
S32	TI clinic* OR AB clinic*
S33	TI department# OR AB department#
S34	TI outpatient# OR AB outpatient#
S35	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34
S36	S27 AND S35
S37	(MH "Germany+") OR ((AB germany OR TI germany OR AF germany) OR (AB german OR TI german) OR (AB deutschland OR TI deutschland OR AF deutschland) OR (AB deutsch* OR TI deutsch*) OR (AB berlin OR TI berlin OR AF berlin) OR (AB hamburg OR TI hamburg OR AF hamburg) OR (AB münchen OR TI münchen OR AF münchen) OR (AB muenchen OR TI muenchen OR AF muenchen) OR (AB munchen OR TI munchen OR AF munchen) OR (AB munich OR TI munich OR AF munich) OR (AB köln OR TI köln OR AF köln) OR (TI koeln OR AB koeln OR AF koeln) OR (TI koln OR AB koln OR AF koln) OR (AB cologne OR TI cologne OR AF cologne) OR (AB frankfurt OR TI frankfurt OR AF frankfurt) OR (AB stuttgart OR TI stuttgart OR AF stuttgart) OR (AB dusseldorf OR TI dusseldorf OR AF dusseldorf) OR (AB düsseldorf OR TI düsseldorf OR AF düsseldorf) OR (AB duesseldorf OR TI duesseldorf OR AF duesseldorf) OR (AB dortmund OR TI dortmund OR AF dortmund) OR (AB essen OR TI essen OR AF essen) OR (AB bremen OR TI bremen OR AF bremen) OR (AB dresden OR TI dresden OR AF dresden) OR (AB leipzig OR TI leipzig OR AF leipzig) OR (AB hannover OR TI hannover OR AF hannover) OR (AB nürnberg OR TI nürnberg OR AF nürnberg) OR (AB nurnberg OR TI nurnberg OR AF nurnberg) OR (AB nuernberg OR TI nuernberg OR AF nuernberg) OR (AB aachen OR TI aachen OR AF aachen) OR (AB augsburg OR TI augsburg OR AF augsburg) OR (AB bamberg OR TI bamberg OR AF bamberg) OR (AB bayreuth OR TI bayreuth OR AF bayreuth) OR (AB benediktbeuern OR TI benediktbeuern OR AF benediktbeuern) OR (AB bochum OR TI bochum OR AF bochum) OR (AB braunschweig OR TI braunschweig OR AF braunschweig) OR (AB chemnitz OR TI chemnitz OR AF chemnitz) OR (AB clausthal OR TI clausthal OR AF clausthal) OR (TI cottbus OR AB cottbus OR AF cottbus) OR (AB darmstadt OR TI darmstadt OR AF darmstadt) OR (AB detmold OR TI detmold OR AF detmold) OR (TI eichstätt OR AB eichstätt OR AF eichstätt) OR (TI eichstaett OR AB eichstaett OR AF eichstaett) OR (TI eichstatt OR AB eichstatt OR AF eichstatt) OR (TI eltville OR AB eltville OR AF eltville) OR (AB ingolstadt OR TI ingolstadt OR AF ingolstadt) OR (AB erfurt OR TI erfurt OR AF erfurt) OR (AB erlangen OR TI erlangen OR AF erlangen) OR (TI flensburg OR AB flensburg OR AF flensburg) OR (AB freiberg OR TI freiberg OR AF freiberg) OR (AB freiburg OR TI freiburg OR AF freiburg) OR (AB friedrichshafen OR TI friedrichshafen OR AF friedrichshafen) OR (AB



#	Query
	<p>fulda OR TI fulda OR AF fulda) OR (TI gießen OR AB gießen OR AF gießen) OR (AB giesen OR TI giessen OR AF giessen) OR (TI giesen OR AB giesen OR AF giesen) OR (AB greifswald OR TI greifswald OR AF greifswald) OR (AB göttingen OR TI göttingen OR AF göttingen) OR (AB gottingen OR TI gottingen OR AF gottingen) OR (AB goettingen OR TI goettingen OR AF goettingen) OR (AB hagen OR TI hagen OR AF hagen) OR (AB halle OR TI halle OR AF halle) OR (AB heidelberg OR TI heidelberg OR AF heidelberg) OR (AB hildesheim OR TI hildesheim OR AF hildesheim) OR (AB ilmenau OR TI ilmenau OR AF ilmenau) OR (TI jena OR AB jena OR AF jena) OR (AB kaiserslautern OR TI kaiserslautern OR AF kaiserslautern) OR (AB karlsruhe OR TI karlsruhe OR AF karlsruhe) OR (AB kassel OR TI kassel OR AF kassel) OR (AB kiel OR TI kiel OR AF kiel) OR (AB koblenz OR TI koblenz OR AF koblenz) OR (AB konstanz OR TI konstanz OR AF konstanz) OR (AB lübeck OR TI lübeck OR AF lübeck) OR (AB lubeck OR TI lubeck OR AF lubeck) OR (AB luebeck OR TI luebeck OR AF luebeck) OR (TI ludwigsburg OR AB ludwigsburg OR AF ludwigsburg) OR (AB lueneburg OR TI lueneburg OR AF lueneburg) OR (AB lüneburg OR TI lüneburg OR AF lüneburg) OR (AB luneburg OR TI luneburg OR AF luneburg) OR (TI leverkusen OR AB leverkusen OR AF leverkusen) OR (TI mainz OR AB mainz OR AF mainz) OR (TI marburg OR AB marburg OR AF marburg) OR (TI münster OR AB münster OR AF münster) OR (TI muenster OR AB muenster OR AF muenster) OR (TI munster OR AB munster OR AF munster) OR (TI neubrandenburg OR AB neubrandenburg OR AF neubrandenburg) OR (TI neuendettelsau OR AB neuendettelsau OR AF neuendettelsau) OR (TI oestrich-winkel OR AB oestrich-winkel OR AF oestrich-winkel) OR (TI oldenburg OR AB oldenburg OR AF oldenburg) OR (AB osnabrueck OR TI osnabrueck OR AF osnabrueck) OR (TI osnabrück OR AB osnabrück OR AF osnabrück) OR (TI osnabruck OR AB osnabruck OR AF osnabruck) OR (AB paderborn OR TI paderborn OR AF paderborn) OR (TI passau OR AB passau OR AF passau) OR (AB potsdam OR TI potsdam OR AF potsdam) OR (AB regensburg OR TI regensburg OR AF regensburg) OR (AB rostock OR TI rostock OR AF rostock) OR (AB saar OR TI saar OR AF saar) OR (TI augustin OR AB augustin OR AF augustin) OR (TI schwäbisch gmünd OR AB schwäbisch gmünd OR AF schwäbisch gmünd) OR (TI schwaebisch gmuend OR AB schwaebisch gmuend OR AF schwaebisch gmuend) OR (TI schwabisch gmund OR AB schwabisch gmund OR AF schwabisch gmund) OR (AB siegen OR TI siegen OR AF siegen) OR (AB speyer OR TI speyer OR AF speyer) OR (AB trier OR TI trier OR AF trier) OR (TI trossingen OR AB trossingen OR AF trossingen) OR (TI tubingen OR AB tubingen OR AF tubingen) OR (TI tuebingen OR AB tuebingen OR AF tuebingen) OR (TI tübingen OR AB tübingen OR AF tübingen) OR (TI ulm OR AB ulm OR AF ulm) OR (TI vallendar OR AB vallendar OR AF vallendar) OR (AB vechta OR TI vechta OR AF vechta) OR (AB weimar OR TI weimar OR AF weimar) OR (AB weingarten OR TI weingarten OR AF weingarten) OR (TI witten OR AB witten OR AF witten) OR (TI wuppertal OR AB wuppertal OR AF wuppertal) OR (AB wurzburg OR TI wurzburg OR AF wurzburg) OR (AB wuerzburg OR TI wuerzburg OR AF wuerzburg) OR (TI würzburg OR AB würzburg OR AF würzburg) OR (TI zittau OR AB zittau OR AF zittau) OR (AB duisburg OR TI duisburg OR AF duisburg) OR (AB bonn OR TI bonn OR AF bonn) OR (TI bielefeld OR AB bielefeld OR AF bielefeld) OR (AB mannheim OR TI mannheim OR AF mannheim) OR (TI north rhine-westphalia OR AB north rhine-westphalia OR AF north rhine-westphalia) OR (AB nrw OR TI nrw OR AF nrw) OR (AB nordrhein westfalen OR TI nordrhein westfalen OR AF nordrhein westfalen) OR (AB rhine ruhr OR TI rhine ruhr OR AF rhine ruhr) OR (TI rhein OR AB rhein OR AF rhein) OR (TI ruhr OR AB ruhr OR AF ruhr) OR (AB schleswig holstein OR TI schleswig holstein OR AF schleswig holstein) OR (AB mecklenburg vorpommern OR TI mecklenburg vorpommern OR AF mecklenburg vorpommern) OR (TI</p>

#	Query
	mecklenburg-western pomerania OR AB mecklenburg-western pomerania OR AF mecklenburg-western pomerania) OR (AB brandenburg OR TI brandenburg OR AF brandenburg) OR (AB sachsen OR TI sachsen OR AF sachsen) OR (AB saxony OR TI saxony OR AF saxony) OR (TI saxony anhalt OR AB saxony anhalt OR AF saxony anhalt) OR (AB sachsen anhalt OR TI sachsen anhalt OR AF sachsen anhalt) OR (AB thuringia OR TI thuringia OR AF thuringia) OR (AB thüringen OR TI thüringen OR AF thüringen) OR (AB thuringen OR TI thuringen OR AF thuringen) OR (AB thueringen OR TI thueringen OR AF thueringen) OR (TI niedersachsen OR AB niedersachsen OR AF niedersachsen) OR (AB lower saxony OR TI lower saxony OR AF lower saxony) OR (AB hesse OR TI hesse OR AF hesse) OR (AB hessia OR TI hessia OR AF hessia) OR (TI hessen OR AB hessen OR AF hessen) OR (AB rhineland palatinate OR TI rhineland palatinate OR AF rhineland palatinate) OR (AB rheinland OR TI rheinland OR AF rheinland) OR (AB pfalz OR TI pfalz OR AF pfalz) OR (AB saarland OR TI saarland OR AF saarland) OR (AB baden OR TI baden OR AF baden) OR (AB wuerttemberg OR TI wuerttemberg OR AF wuerttemberg) OR (AB württemberg OR TI württemberg OR AF württemberg) OR (AB wuerttemberg OR TI wuerttemberg OR AF wuerttemberg) OR (AB bavaria OR TI bavaria OR AF bavaria) OR (AB bayern OR TI bayern OR AF bayern))
S38	S36 AND S37
S39	S38; Limiters - Published Date: 20181201-20200231
S40	S39; Limiters - Language: English, German
S41	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S42	S40 not S41
S43	S42; Limiters - Publication Type: Case Study, Commentary, Editorial, Letter, Proceedings
S44	S42 not S43

### Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley

Tabelle 6: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (Versorgungssituation-Update); Datum der Recherche: 04.02.2020

ID	Search
#1	MeSH descriptor: [Patient Discharge] this term only
#2	(discharge*):ti OR (discharge*):ab
#3	MeSH descriptor: [Patient Transfer] this term only
#4	((patient* near/3 transition*)):ti OR ((patient* near/3 transition*)):ab
#5	(patient* near/2 transfer*):ti OR (patient* near/2 transfer*):ab
#6	(transition* near/2 care):ti OR (transition* near/2 care):ab
#7	(transition* near/2 healthcare):ti OR (transition* near/2 healthcare):ab

ID	Search
#8	("transfer of care"):ti OR ("transfer of care"):ab
#9	MeSH descriptor: [Patient Handoff] this term only
#10	((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ti OR ((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ab
#11	MeSH descriptor: [Patient Care Management] this term only
#12	(management near/2 care):ti OR (management near/2 care):ab
#13	(management near/2 healthcare):ti OR (management near/2 healthcare):ab
#14	(patient* near/3 coordinat*):ti OR (patient* near/3 coordinat*):ab
#15	(care near/3 coordinat*):ti OR (care near/3 coordinat*):ab
#16	MeSH descriptor: [Continuity of Patient Care] this term only
#17	(continuity near/3 care):ti OR (continuity near/3 care):ab
#18	(continuum near/3 care):ti OR (continuum near/3 care):ab
#19	(post near/2 hospital*):ti OR (post near/2 hospital*):ab
#20	(post near/2 clinic*):ti OR (post near/2 clinic*):ab
#21	("out of hospital"):ti OR ("out of hospital"):ab
#22	MeSH descriptor: [Aftercare] this term only
#23	("after care"):ti OR ("after care"):ab
#24	(aftercare):ti OR (aftercare):ab
#25	"follow-up care":ti OR "follow-up care":ab
#26	("followup care"):ti OR ("followup care"):ab
#27	MeSH descriptor: [Transfer Agreement] this term only
#28	(transfer* near/2 coordinat*):ti OR (transfer* near/2 coordinat*):ab
#29	(interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ti OR (interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ab
#30	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29
#31	MeSH descriptor: [Hospitals] explode all trees
#32	(hospital*):ti OR (hospital*):ab
#33	MeSH descriptor: [Patients] explode all trees
#34	(inpatient*):ti OR (inpatient*):ab

ID	Search
#35	(clinic*):ti OR (clinic*):ab
#36	(department*):ti OR (department*):ab
#37	(outpatient*):ti OR (outpatient*):ab
#38	#31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37
#39	#30 and #38
#40	MeSH descriptor: [Germany] explode all trees
#41	(german*):ti OR (german*):ab OR (german*):kw OR (deutsch*):ti OR (deutsch*):ab OR (deutsch*):kw
#42	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benediktbeuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern):ti,ab,kw
#43	#40 or #41 or #42
#44	#39 AND #43
#45	#44 with Cochrane Library publication date Between Dec 2018 and Feb 2020, in Cochrane Reviews
#46	#44 with Publication Year from 2018 to 2020, in Trials
#47	#45 or #46
#48	(CD010754 OR CD011912 OR CD012453 OR CD012701):an
#49	(CN-01452193 OR CN-01466741 OR CN-01466852 OR CN-01468266 OR CN-01468470 OR CN-01483970 OR CN-01523220 OR CN-01523286 OR CN-01589652 OR CN-01599411 OR CN-01603601 OR CN-01606043 OR CN-01606100 OR CN-01609329

ID	Search
	OR CN-01610210 OR CN-01611741 OR CN-01629595 OR CN-01630637 OR CN-01646188 OR CN-01647818 OR CN-01647963 OR CN-01650953 OR CN-01653304 OR CN-01654409)
#50	#48 or #49
#51	#47 NOT #50

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2) zutreffen. Durch eine Dokumentation des Volltext-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen dokumentiert. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt.

Eine Gesamtübersicht über die Update-Recherche in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen zur Versorgungssituation bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 2).

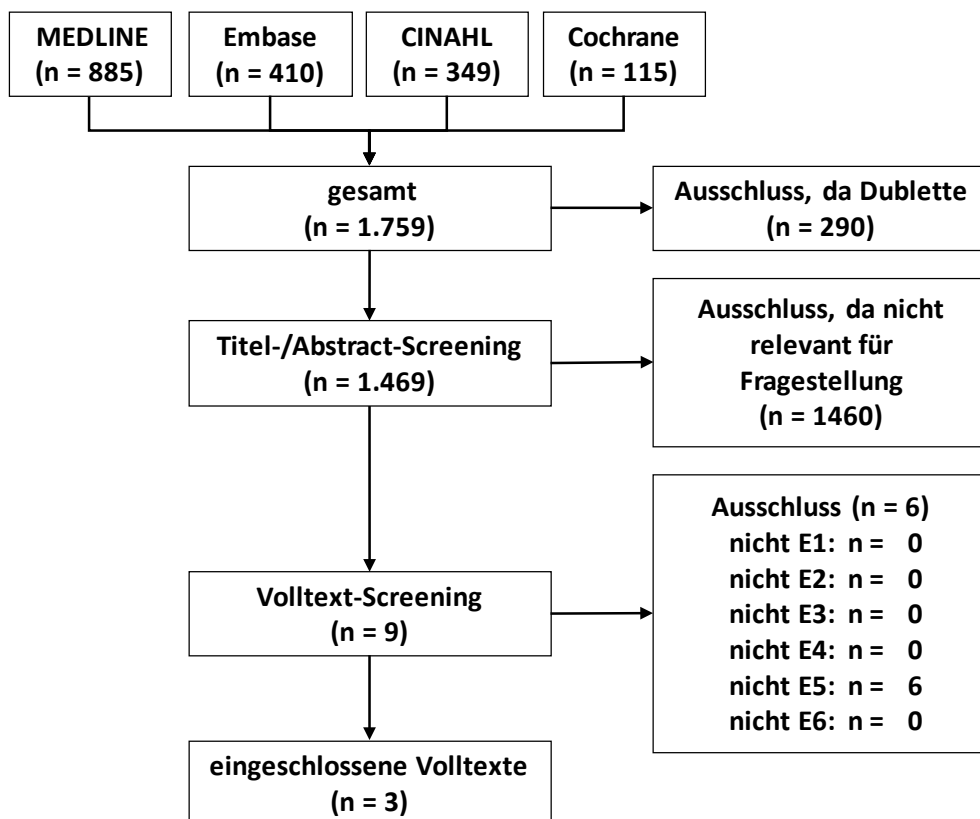


Abbildung 2: Flussdiagramm der Update-Recherche nach Publikationen zur Versorgungssituation

### 3.2 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Nach dem Volltext-Screening wurden 3 Publikationen eingeschlossen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Liste der eingeschlossenen Publikationen zur Versorgungssituation

	Titel	Referenz
1	Structure and Content of Drug Monitoring Advices Included in Discharge Letters at Interfaces of Care: Exploratory Analysis Preceding Database Development	Morath et al. (2019)
2	Associations between hospital structures, processes and patient experiences of preparation for discharge in breast cancer centers: A multilevel analysis	Nowak et al. (2021)
3	Optimierung der Überleitung von der stationären in die ambulante Gesundheitsversorgung nach Schlaganfall (OpTheraS). Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis und Analyse von Einflussfaktoren der Überleitung	Saal et al. (2019)

#### Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen zur Versorgungssituation wurde von einer Person durchgeführt (siehe Anhang A.2.4).

### 3.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 2):

#### Nicht E1, E2, E3, E4, E6

keine

#### Nicht E5

1. Forstner, J; Straßner, C; Kunz, A; Uhlmann, L; Freund, T; Peters-Klimm, F; et al. (2019): Improving continuity of patient care across sectors: study protocol of a quasi-experimental multi-centre study regarding an admission and discharge model in Germany (VESPEERA). *BMC Health Services Research* 19: 206. DOI: 10.1186/s12913-019-4022-4.
2. Hempler, I; Maun, A; Kampling, H; Thielhorn, U; Farin, E (2019): Schlaganfallnachsorge in Deutschland. Ergebnisse einer Online-Befragung stationär und ambulant tätiger Experten in Süddeutschland. *Der Nervenarzt* 90(8): 824-831. DOI: 10.1007/s00115-018-0655-5.
3. Nicaise, P; Giacco, D; Soltmann, B; Pfennig, A; Miglietta, E; Lasalvia, A; et al. (2020): Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health Policy* 124(1): 25-36. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.11.004.

4. Nikelski, A; Keller, A; Schumacher-Schönert, F; Dehl, T; Laufer, J; Sauerbrey, U; et al. (2019): Supporting elderly people with cognitive impairment during and after hospital stays with intersectoral care management: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 20: 543. DOI: 10.1186/s13063-019-3636-5.
5. Rippe, W; Dittberner, A; Boeger, D; Buentzel, J; Hoffmann, K; Kaftan, H; et al. (2019): 30-day unplanned readmission rate in otolaryngology patients: A population-based study in Thuringia, Germany. *PLOS ONE* 14(10): e0224146. DOI: 10.1371/journal.pone.0224146.
6. Schang, L; Koller, D; Franke, S; Sundmacher, L (2019): Exploring the role of hospitals and office-based physicians in timely provision of statins following acute myocardial infarction: a secondary analysis of a nationwide cohort using cross-classified multilevel models. *BMJ Open* 9(10): e030272. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-030272.

## 4 Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen (Update)

Um ein aktuelles Bild über patientenrelevante Themen zu erhalten, sollte eine Update-Recherche für die Jahre 2018 bis 2020 zur Identifizierung von patientenrelevanten und potenziell im Rahmen einer Patientenbefragung adressierbaren Themen beim Übergang von Patientinnen und Patienten in die ambulante Weiterversorgung nach einem (stationären) Krankenhausaufenthalt erfolgen. Die daraus resultierenden Informationen sollten damit der Beantwortung der in Kapitel 1 präzisierten Fragen zu patientenrelevanten Themen dienen.

Es erfolgte dafür ein gemeinsames Update von zwei recherchierten Fragen aus der Konzeptstudie „Wie erleben die Patientinnen und Patienten den Entlass- und Überleitungsprozess bzw. die Organisation der weiterführenden Versorgung?“ und „Was ist für die Patientinnen und Patienten im Entlass- und Überleitungsprozess bzw. bei der Organisation der weiterführenden Versorgung wichtig?“ (IQTIG 2019b: Anhang A.1 vgl. Kapitel 3 und 4).

### 4.1 Recherche

Die a priori definierten Einschlusskriterien der Konzeptstudie wurden etwas präzisiert (Beschränkung auf „peer reviewed“ Publikationen für Einschlussgrund E1). Die angepassten Einschlusskriterien, die der Update-Recherche und dem Screening der Referenzen zugrunde lagen, sind in Tabelle 8 aufgeführt.

Tabelle 8: Einschlusskriterien für Publikationen zu patientenrelevanten Themen (Update)

	Einschluss
E1	Die Referenz ist ein peer reviewed systematischer Review oder eine quantitative, qualitative oder Mixed-Methods-Primärstudie; oder eine Sekundärdatenanalyse, in der der Datenpool beschrieben wird. Somit werden Editorials, Konferenzabstracts, Narrative Reviews, Fallberichte, Fallserien, Fragebögen – einschließlich Entwicklung ausgeschlossen.
E2	Die Referenz wurde zwischen 2018–2020 publiziert.
E3	Die Vollpublikation ist erhältlich.
E4	Die Publikationssprache ist in Deutsch oder Englisch.
E5	Die Referenz adressiert die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland oder einem der folgenden ausgewählten Ländern des WHO Stratum A*: Australien, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Japan, Kanada, Luxemburg, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowenien, Spanien, Tschechien, USA.



Einschluss	
E6	<p>Die Referenz fokussiert auf erwachsene Patientinnen und Patienten, pflegende Angehörige von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder auf Eltern von nicht volljährigen Patientinnen und Patienten bei der Entlassung aus einer teil- oder vollstationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung.</p> <p>sowie</p> <p>An der Versorgung beteiligte Akteure wie Pflegepersonal, Sozialdienst, Case-Entlassmanagement, Ärztinnen und Ärzte, die die Perspektive / die Situation der Patientinnen und Patienten in ihrer Versorgung reflektieren.</p> <p>Nicht berücksichtigt werden Referenzen zur Entlassung/Überleitung von Patientinnen und Patienten oder pflegenden Angehörigen von Patientinnen und Patienten von der Kinder- in die Erwachsenenpflege sowie Referenzen zu krankenhauses internen Entlassungen/Überleitungen/Verlegungen von Patientinnen und Patienten (z. B. von Intensivstation auf Normalstation).</p>
E7	<p>Die Referenz fokussiert auf patientenrelevante Themen im Rahmen der Entlassung aus einer teil- oder vollstationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung.</p> <p>Patientenrelevante Themen können sich auf Prozesse im Rahmen der Entlassung aus einer teil- bzw. vollstationären Behandlung in die ambulante Weiterversorgung beziehen wie Information, Aufklärung, Kommunikation und Interaktion mit dem Behandlungspersonal im Krankenhaus, Planung und Unterstützung der Entlassung im und durch das Krankenhaus.</p>
E8	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.

\*Als Grundlage für die Entscheidung, welche Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurde die Staaten-einteilung des Weltgesundheitsberichts 2003 der World Health Organization (WHO) herangezogen (WHO 2003). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zum WHO Stratum A gehören, wurden berücksichtigt.

Das Update der Literaturrecherche nach Publikationen zu patientenrelevanten Themen wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- Ovid MEDLINE® and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions® 1946 to January 23, 2020
- Embase via Elsevier ab 1974
- CINAHL via Ebsco ab 1961
- Cochrane Library via Wiley (CDSR, CENTRAL)

Die in der Konzeptstudie verwendeten Suchstrategien für die beiden initialen Fragestellungen zur Patientenperspektive wurden kombiniert und für den Update-Prozess geringfügig adaptiert. Wenn möglich wurde bei der Datenbankrecherche die Suche ab Dezember 2018 begrenzt. Wenn in der Datenbank nicht auf den Monat genau gesucht werden konnte, wurden von den gefundenen Treffern im letzten Suchschritt sämtliche Publikationen, die bereits während der Konzeptstudie identifiziert wurden, mit dem Booleschen Operator „NOT“ abgezogen.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie der Update-Recherche berücksichtigt:

- Publikationen ab Dezember 2018
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Editorials, Kommentare, Fallberichte, Abstracts oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 9, Tabelle 10, Tabelle 11 und Tabelle 12).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken vom 24. bis 28. Januar 2020.

### Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

*Tabelle 9: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (patientenrelevante Themen-Update); Datum der Recherche: 24.01.2020*

#	Searches
1	Patient Discharge/
2	discharge?.ti,ab.
3	Patient Transition/
4	(patient? adj3 transition?).ti,ab.
5	(patient? adj2 transfer*).ti,ab.
6	(transition* adj2 care).ti,ab.
7	(transition* adj2 healthcare).ti,ab.
8	transfer of care.ti,ab.
9	Patient Handoff/
10	(handoff? or hand-off? or handover? or hand-over?).ti,ab.
11	Patient Care Management/
12	(management adj2 care).ti,ab.
13	(management adj2 healthcare).ti,ab.
14	(patient? adj3 coordinat*).ti,ab.
15	(care adj3 coordinat*).ti,ab.
16	Continuity of Patient Care/
17	(continuity adj3 care).ti,ab.
18	(continuum adj3 care).ti,ab.
19	(post adj2 hospital?).ti,ab.

#	Searches
20	(post adj2 clinic?).ti,ab.
21	out of hospital.ti,ab.
22	Aftercare/
23	after care.ti,ab.
24	aftercare.ti,ab.
25	follow-up care.ti,ab.
26	followup care.ti,ab.
27	Transfer Agreement/
28	(transfer? adj2 coordinat*).ti,ab.
29	(interfacility adj2 (transfer? or transition?)).ti,ab.
30	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
31	exp hospitals/
32	hospital*.ti,ab.
33	exp patients/
34	inpatient?.ti,ab.
35	clinic*.ti,ab.
36	department?.ti,ab.
37	outpatient?.ti,ab.
38	31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37
39	30 and 38
40	((patient? or family or families or caregiver? or carer? or "next of kin" or parent?) adj3 (experience? or perception? or view? or perspective? or report? or realiz* or realis* or perceive?)).ti,ab.
41	((patient? or family or families or caregiver? or carer? or "next of kin" or parent?) adj2 (wish* or desire? or expect* or choice? or awareness or aware or import* or assumption? or need? or believe? or concern? or participat* or involve*)).ti,ab.
42	Needs Assessment/
43	Patient participation/
44	Decision Making/
45	decision making.ti,ab.
46	Self-Management/ or Self Care/

#	Searches
47	self-management.ti,ab.
48	40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47
49	39 and 48
50	limit 49 to yr="2018 - current"
51	limit 50 to (english or german)
52	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
53	51 not 52
54	limit 53 to (case reports or comment or editorial or letter)
55	53 not 54
56	remove duplicates from 55
57	(Auflistung aller accession numbers der Publikationen, die bereits während der Recherchen zur Patientenperspektive bei der Konzeptstudie gefunden bzw. berücksichtigt wurden - verknüpft mit dem Booleschen Operator "OR").ui.
58	remove duplicates from 57
59	56 not 58

### Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 10: Suchstrategie für Embase via Elsevier (patientenrelevante Themen-Update); Datum der Recherche: 28.01.2020

No.	Query
#1	'hospital discharge'/de
#2	discharge\$:ti,ab
#3	(patient\$ NEAR/3 transition\$):ti,ab
#4	(patient\$ NEAR/2 transfer*):ti,ab
#5	(transition* NEAR/2 care):ti,ab
#6	(transition* NEAR/2 healthcare):ti,ab
#7	'transfer of care':ti,ab
#8	'clinical handover'/de
#9	'handoff\$':ti,ab OR 'hand-off\$':ti,ab OR 'handover\$':ti,ab OR 'hand-over\$':ti,ab
#10	'patient care'/mj
#11	(management NEAR/2 care):ti,ab

No.	Query
#12	(management NEAR/2 healthcare):ti,ab
#13	(patient\$ NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#14	(care NEAR/3 coordinat*):ti,ab
#15	(continuity NEAR/3 care):ti,ab
#16	(continuum NEAR/3 care):ti,ab
#17	(post NEAR/2 hospital\$):ti,ab
#18	(post NEAR/2 clinic\$):ti,ab
#19	'out of hospital':ti,ab
#20	'aftercare'/de
#21	'after care':ti,ab
#22	aftercare:ti,ab
#23	'follow-up care':ti,ab
#24	'followup care':ti,ab
#25	(transfer\$ NEAR/2 coordinat*):ti,ab
#26	(interfacility NEAR/2 transfer\$):ti,ab
#27	(interfacility NEAR/2 transition\$):ti,ab
#28	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27
#29	'hospital'/exp
#30	hospital*:ti,ab
#31	'patient'/exp
#32	inpatient\$:ti,ab
#33	clinic*:ti,ab
#34	department\$:ti,ab
#35	outpatient\$:ti,ab
#36	#29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35
#37	#28 AND #36
#38	((patient\$ OR family OR families OR caregiver\$ OR carer\$ OR 'next of kin' OR parent\$) NEAR/3 (experience\$ OR perception\$ OR view\$ OR perspective\$ OR report\$ OR realiz* OR realis* OR perceive\$)):ti,ab

No.	Query
#39	((patient\$ OR family OR families OR caregiver\$ OR carer\$ OR 'next of kin' OR parent\$) NEAR/2 (wish* OR desire\$ OR expect* OR choice\$ OR awareness OR aware OR import* OR assumption\$ OR need\$ OR believe\$ OR concern\$ OR participat* OR involve*)):ti,ab
#40	'needs assessment'/de
#41	'patient participation'/de
#42	'decision making'/de OR 'patient decision making'/de OR 'shared decision making'/de
#43	'decision making':ti,ab
#44	'self care'/de
#45	'self management':ti,ab
#46	#38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45
#47	#37 AND #46
#48	#47 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#49	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#50	#48 NOT #49
#51	'case report'/exp OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim
#52	#50 NOT #51
#53	#52 AND [6-12-2018]/sd NOT [29-1-2020]/sd

### Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 11: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (patientenrelevante Themen-Update); Datum der Recherche: 28.01.2020

#	Query
S1	(MH "Patient Discharge+")
S2	TI discharge# OR AB discharge#
S3	TI patient# n3 transition# OR AB patient# n3 transition#
S4	TI patient# n2 transfer* OR AB patient# n2 transfer*
S5	TI transition* n2 care OR AB transition* n2 care
S6	TI transition* n2 healthcare OR AB transition* n2 healthcare
S7	TI "transfer of care" OR AB "transfer of care"

#	Query
S8	(MH "Hand Off (Patient Safety)")
S9	TI ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) ) OR AB ( (handoff# or hand-off# or handover# or hand-over#) )
S10	TI management n2 care OR AB management n2 care
S11	TI management n2 healthcare OR AB management n2 healthcare
S12	TI patient# n3 coordinat* OR AB patient# n3 coordinat*
S13	TI care n3 coordinat* OR AB care n3 coordinat*
S14	(MH "Continuity of Patient Care")
S15	TI continuity n3 care OR AB continuity n3 care
S16	TI continuum n3 care OR AB continuum n3 care
S17	TI post n2 hospital# OR AB post n2 hospital#
S18	TI post n2 clinic# OR AB post n2 clinic#
S19	TI "out of hospital" OR AB "out of hospital"
S20	(MH "After Care")
S21	TI "after care" OR AB "after care"
S22	TI aftercare OR AB aftercare
S23	TI "follow-up care" OR AB "follow-up care"
S24	TI "followup care" OR AB "followup care"
S25	TI transfer# n2 coordinat* OR AB transfer# n2 co-ordinat*
S26	TI ( interfacility n2 (transfer# or transition#) ) OR AB ( interfacility n2 (transfer# or transition#) )
S27	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26
S28	(MH "Hospitals+")
S29	TI hospital* OR AB hospital*
S30	(MH "Patients+")
S31	TI inpatient# OR AB inpatient#
S32	TI clinic* OR AB clinic*
S33	TI department# OR AB department#
S34	TI outpatient# OR AB outpatient#

#	Query
S35	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34
S36	S27 AND S35
S37	TI ( (patient# or family or families or caregiver# or carer# or "next of kin" or parent#) N3 (experience# or perception# or view# or perspective# or report# or realiz* or realis* or perceive#) ) OR AB ( (patient# or family or families or caregiver# or carer# or "next of kin" or parent#) N3 (experience# or perception# or view# or perspective# or report# or realiz* or realis* or perceive#) )
S38	TI ((patient# or family or families or caregiver# or carer# or "next of kin" or parent#) N2 (wish* or desire# or expect* or choice# or awareness or aware or import* or assumption# or need# or believe# or concern# or participat* or involve* ) ) OR AB ( (patient# or family or families or caregiver# or carer# or "next of kin" or parent#) N2 (wish* or desire# or expect* or choice# or awareness or aware or import* or assumption# or need# or believe# or concern# or participat* or involve* ))
S39	(MH "Needs Assessment")
S40	(MH "Consumer Participation")
S41	(MH "Decision Making") OR (MH "Decision Making, Patient")
S42	TI "decision making" OR AB "decision making"
S43	(MH "Self Care")
S44	TI "self-management" OR AB "self-management"
S45	S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44
S46	S36 AND S45
S47	S46; Limiters - Published Date: 20181201-20200131
S48	S47; Limiters - Language: English, German
S49	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human+"))
S50	S48 NOT S49
S51	S50; Limiters - Publication Type: Case Study, Commentary, Editorial, Letter, Proceedings
S52	S50 NOT S51



**Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley**

Tabelle 12: Suchstrategie für Cochrane Library via Wiley (patientenrelevante Themen-Update); Datum der Recherche: 28.01.2020

ID	Search
#1	MeSH descriptor: [Patient Discharge] this term only
#2	(discharge*):ti OR (discharge*):ab
#3	MeSH descriptor: [Patient Transfer] this term only
#4	(patient* near/3 transition*):ti OR (patient* near/3 transition*):ab
#5	(patient* near/2 transfer*):ti OR (patient* near/2 transfer*):ab
#6	(transition* near/2 care):ti OR (transition* near/2 care):ab
#7	(transition* near/2 healthcare):ti OR (transition* near/2 healthcare):ab
#8	("transfer of care"):ti OR ("transfer of care"):ab
#9	MeSH descriptor: [Patient Handoff] this term only
#10	((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ti OR ((handoff* or hand-off* or handover* or hand-over*)):ab
#11	MeSH descriptor: [Patient Care Management] this term only
#12	(management near/2 care):ti OR (management near/2 care):ab
#13	(management near/2 healthcare):ti OR (management near/2 healthcare):ab
#14	(patient* near/3 coordinat*):ti OR (patient* near/3 coordinat*):ab
#15	(care near/3 coordinat*):ti OR (care near/3 coordinat*):ab
#16	MeSH descriptor: [Continuity of Patient Care] this term only
#17	(continuity near/3 care):ti OR (continuity near/3 care):ab
#18	(continuum near/3 care):ti OR (continuum near/3 care):ab
#19	(post near/2 hospital*):ti OR (post near/2 hospital*):ab
#20	(post near/2 clinic*):ti OR (post near/2 clinic*):ab
#21	("out of hospital"):ti OR ("out of hospital"):ab
#22	MeSH descriptor: [Aftercare] this term only
#23	("after care"):ti OR ("after care"):ab
#24	(aftercare):ti OR (aftercare):ab
#25	("follow-up care"):ti OR ("follow-up care"):ab
#26	("followup care"):ti OR ("followup care"):ab
#27	MeSH descriptor: [Transfer Agreement] this term only

ID	Search
#28	(transfer* near/2 coordinat*):ti OR (transfer* near/2 coordinat*):ab
#29	(interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ti OR (interfacility near/2 (transfer* or transition*)):ab
#30	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29
#31	MeSH descriptor: [Hospitals] explode all trees
#32	(hospital*):ti OR (hospital*):ab
#33	MeSH descriptor: [Patients] explode all trees
#34	(inpatient*):ti OR (inpatient*):ab
#35	(clinic*):ti OR (clinic*):ab
#36	(department*):ti OR (department*):ab
#37	(outpatient*):ti OR (outpatient*):ab
#38	#31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37
#39	#30 and #38
#40	((patient* or family or families or caregiver* or carer* or "next of kin" or parent*) near/3 (experience* or perception* or view* or perspective* or report* or realiz* or realis* or perceive*)):ti OR ((patient* or family or families or caregiver* or carer* or "next of kin" or parent*) near/3 (experience* or perception* or view* or perspective* or report* or realiz* or realis* or perceive*)):ab
#41	((patient* or family or families or caregiver* or carer* or "next of kin" or parent*) near/2 (wish* or desire* or expect* or choice* or awareness or aware or import* or assumption* or need* or believe* or concern* or participat* or involve*)):ti OR ((patient* or family or families or caregiver* or carer* or "next of kin" or parent*) near/2 (wish* or desire* or expect* or choice* or awareness or aware or import* or assumption* or need* or believe* or concern* or participat* or involve*)):ab
#42	MeSH descriptor: [Needs Assessment] this term only
#43	MeSH descriptor: [Patient Participation] this term only
#44	MeSH descriptor: [Decision Making] this term only
#45	("decision making"):ti OR ("decision making"):ab
#46	MeSH descriptor: [Self-Management] this term only
#47	MeSH descriptor: [Self Care] this term only
#48	(self-management):ti OR (self-management):ab
#49	#40 or #41 or #42 or #43 or #44 or #45 or #46 or #47 or #48

ID	Search
#50	#39 and #49
#51	#50; with Cochrane Library publication date Between Dec 2018 and Jan 2020, in Cochrane Reviews
#52	#50; with Publication Year from 2018 to 2020, in Trials
#53	#51 or #52
#54	(Auflistung aller Cochrane- <i>accession-numbers</i> der Publikationen, die bereits während der Recherchen zur Patientenperspektive bei der Konzeptstudie gefunden bzw. berücksichtigt wurden - verknüpft mit dem Booleschen Operator "OR")
#55	#53 not #54

Die Titel und Abstracts der Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 8) zutreffen. Durch eine Dokumentation des Volltext-Screenings wurden u. a. auch die Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen dokumentiert. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt.

Eine Gesamtübersicht über die Update-Recherche in bibliographischen Datenbanken und die eingeschlossenen Publikationen zu patientenrelevanten Themen bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 3).

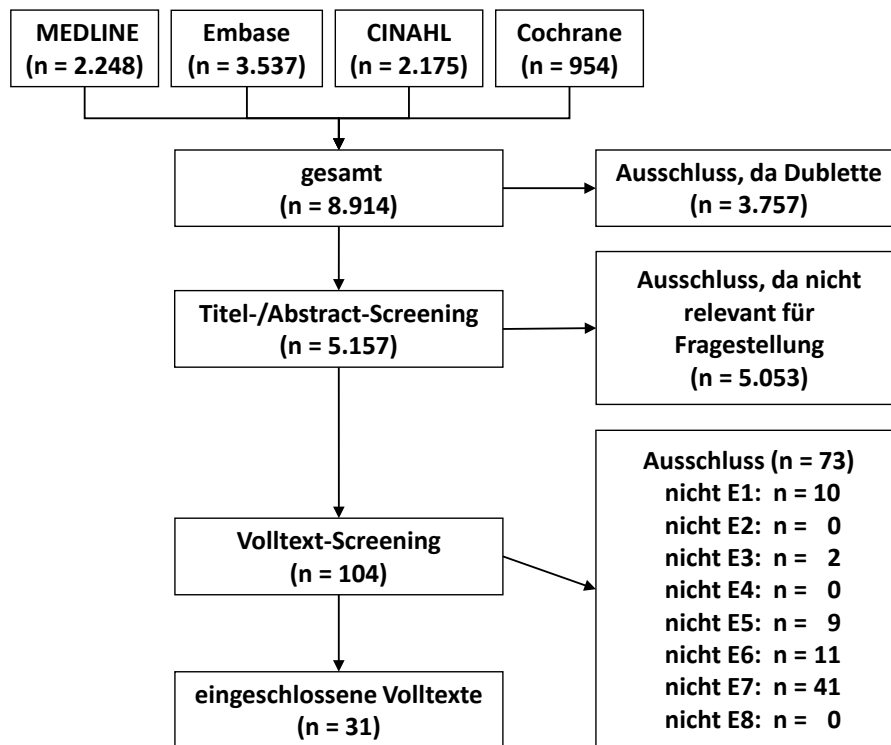


Abbildung 3: Flussdiagramm der Update-Recherche nach Publikationen zu patientenrelevanten Themen

## 4.2 Eingeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

Nach dem Volltext-Screening wurden 31 Publikationen eingeschlossen (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Liste der eingeschlossenen Publikationen zu patientenrelevanten Themen

	Titel	Referenz
1	Engaging patients and informal caregivers to improve safety and facilitate person- and family-centered care during transitions from hospital to home – a qualitative descriptive study	Backman und Cho-Young (2019)
2	Safe and effective person- and family-centered care practices during transitions from hospital to home—A web-based Delphi technique	Backman et al. (2019)
3	Patients’ narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway	Bårdsgjerde et al. (2019)
4	Improving patient experience and outcomes following serious injury	Beaton et al. (2019)
5	Parent Perspectives on Readiness for Discharge Home after Neonatal Intensive Care Unit Admission	Berman et al. (2019)
6	Measuring discharge quality based on elderly patients’ experiences with discharge conversation: a cross-sectional study	Boge et al. (2019)
7	Exploring patient preferences for involvement in medication management in hospitals	Bucknall et al. (2019)

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
8	Caregiver Experiences of Care Coordination for Recently Discharged Patients: A Qualitative Metasynthesis	Callister et al. (2020)
9	Burn Patients' Perceptions of Their Care: What Can We Learn From Postdischarge Satisfaction Surveys?	Dai et al. (2019)
10	Barriers and facilitators with medication use during the transition from hospital to home: a qualitative study among patients	Daliri et al. (2019)
11	Comparison of Factors Identified by Patients and Physicians Associated with Hospital Readmission (COMPARE2)	Dietrich et al. (2019)
12	Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences	Foulon et al. (2019)
13	Lost in Transition: a Qualitative Study of Patients Discharged from Hospital to Skilled Nursing Facility	Gadbois et al. (2019)
14	Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary	Hestevik et al. (2019)
15	General surgical patients' experience of hospital discharge education: A qualitative study	Kang et al. (2020)
16	Patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home: results from province-wide group concept mapping	Kiran et al. (2020)
17	Stroke Survivors' Perspectives on Post-Acute Rehabilitation Options, Goals, Satisfaction, and Transition to Home	Krishnan et al. (2019)
18	Longing to get back on track: Patients' experiences and supportive care needs after lung cancer surgery	Kyte et al. (2019)
19	Meds-to-Beds: The impact of a bedside medication delivery program on 30-day readmissions	Lash et al. (2019)
20	Patients' Perspectives on Reasons for Unplanned Readmissions	LeClair et al. (2019)
21	Experiences of elderly patients regarding participation in their hospital discharge: a qualitative metasummary	Lilleheie et al. (2019)
22	Patient readiness for hospital discharge and its relationship to discharge preparation and structural factors: A cross-sectional study	Mabire et al. (2019)
23	Survivors of Critical Illness and Their Relatives. A Qualitative Study on Hospital Discharge Experience	Major et al. (2019)
24	Returning to everyday life after discharge from a short-stay unit at the Emergency Department-a qualitative study of elderly patients' experiences	Nielsen et al. (2019)

	Titel	Referenz
25	Patients' and caregivers' perspectives on factors that influence understanding of and adherence to hospital discharge instructions: a qualitative study	Okraïnec et al. (2019)
26	Neurological patients' and caregivers' post-discharge challenges explored in a World Café	Pugh et al. (2019)
27	What do patients really want? An in-depth examination of patient experience in four Australian hospitals	Rapport et al. (2019)
28	Pediatric Readmissions Within 3 Days of Discharge: Preventability, Contributing Factors, and Necessity	Rodriguez et al. (2019)
29	Patient engagement in admission and discharge medication communication: A systematic mixed studies review	Tobiano et al. (2019)
30	Not feeling ready to go home: a qualitative analysis of chronically ill patients' perceptions on care transitions	Verhaegh et al. (2019)
31	NICU Discharge Feeding Bundle Improves Accuracy of Postdischarge Feeding Preparation and Potentially Prevents Readmission	Vollrath et al. (2019)

#### Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen zu patientenrelevanten Themen wurde von einer Person durchgeführt (siehe Anhang A.2.5).

### 4.3 Ausgeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 8):

#### Nicht E2, E4, E8

Keine

#### Nicht E1

1. Anonym (2019): Health Coaching Helps Patients With Diabetes Improve Healthy Behaviors. Strategy reduces readmissions. 01.08.2020. Morrisville, NC-US: Relias Media. URL: <https://www.reliasmedia.com/articles/144692-health-coaching-helps-patients-with-diabetes-improve-healthy-behaviors> (abgerufen am: 06.03.2020).
2. Cassavettes, WL (2018): Discharge Calls and Avoiding Hospital Readmissions [Dissertation]. Columbia, MD-US: Walden University, Discharge Calls & Avoiding Hospital Readmissions. URL: <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6121&context=dissertations> (abgerufen am: 06.03.2020).
3. Causey-Upton, R; Howell, DM; Kitzman, PH; Custer, MG; Dressler, EV (2019): Factors Influencing Discharge Readiness After Total Knee Replacement. *Orthopaedic Nursing* 38(1): 6-14. DOI: 10.1097/NOR.0000000000000513.

4. Collins, J; Lizarondo, L; Porritt, K (2019): Adult patient and/or carer experiences of planning for hospital discharge after major trauma: a qualitative systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis* 18(2): 341-347. DOI: 10.11124/JBISRIR-D-19-00218.
5. Condon, A (2020): Parents' perceptions of the transition of their child who is ventilator dependent from hospital to home. *Nursing Children and Young People* 32(1): 17-22. DOI: 10.7748/ncyp.2019.e1259.
6. Glick, AF; Farkas, JS; Rosenberg, RE; Mendelsohn, AL; Tomopoulos, S; Fierman, AH; et al. (2020): Accuracy of Parent Perception of Comprehension of Discharge Instructions: Role of Plan Complexity and Health Literacy. *Academic Pediatrics*, Epub 16.01.2020. DOI: 10.1016/j.acap.2020.01.002.
7. Hyslop, B (2019): 'Not safe for discharge'? Words, values, and person-centred care. *Age & Ageing*, Epub 23.12.2019. DOI: 10.1093/ageing/afz170.
8. Lindblom, S; Flink, M; von Koch, L; Ytterberg, C (2018): Perceived quality of care transitions between hospital and the home – a cross sectional study [Poster Abstract]. 18<sup>th</sup> International Conference on Integrated Care. Utrecht, 23-25.03.2018. *IJIC – International Journal of Integrated Care* 18(S2): A317. DOI: 10.5334/ijic.s2317.
9. Weetman, K; Dale, J; Scott, E; Schnurr, S (2019): The Discharge Communication Study: re-research protocol for a mixed methods study to investigate and triangulate discharge communication experiences of patients, GPs, and hospital professionals, alongside a corresponding discharge letter sample. *BMC Health Services Research* 19: 825. DOI: 10.1186/s12913-019-4612-1.
10. Weetman, K; Wong, G; Scott, E; MacKenzie, E; Schnurr, S; Dale, J (2019): Improving best practice for patients receiving hospital discharge letters: a realist review. *BMJ Open* 9: e027588. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027588.

### Nicht E3

1. Davis, M; Yates, T; Connor, C; Buehler, K; Rossman, W; Roberge, J; et al. (2018): Exploring patient and clinic staff members' experiences with transitional care services: a case study approach [Conference Abstract]. Meeting: Hospital Medicine, 8.-11. April 2018; Orlando, US-FL. *Journal of Hospital Medicine* 13(4). Abstract 309. URL: <https://www.shmabstracts.com/abstract/exploring-patient-and-clinic-staff-members-experiences-with-transitional-care-services-a-case-study-approach/> (abgerufen am: 06.03.2020).
2. Kang, TI; Hynson, J (2018): Compassionate Discharges From the PICU. *Pediatric critical care medicine : a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies* 19(8S Suppl 2): S41-S47. DOI: 10.1097/PCC.0000000000001588.

**Nicht E5**

1. Gökçen, M; Köçkar, Ç (2018): Post-discharge Learning Needs of Patients Undergoing Open Heart Surgery. *Turkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences* 30(3): 113-119. DOI: 10.5336/cardiosci.2018-62256.
2. Kaya, S; Sain Guven, G; Aydan, S; Kar, A; Teleş, M; Yıldız, A; et al. (2018): Patients' readiness for discharge: Predictors and effects on unplanned readmissions, emergency department visits and death. *Journal of Nursing Management* 26(6): 707-716. DOI: 10.1111/jonm.12605.
3. Lee, HJ; Choi, EK; Kim, HS; Kang, HC (2019): Medication self-management and the quality of discharge education among parents of children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 94: 14-19. DOI: 10.1016/j.yebeh.2018.12.030.
4. Oh, EG; Kim, JH; Lee, HJ (2019): Effects of a safe transition programme for discharged patients with high unmet needs. *Journal of Clinical Nursing* 28(11-12): 2319-2328. DOI: 10.1111/jocn.14831.
5. Rooeintan, M; Khademi, M; Toulabi, T; Nabavi, FH; Gorji, M (2019): Explaining postdischarge care needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care* 25(1): 110-118. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC\_164\_18.
6. Roushdy, T; Mansour, AH; Khafaga, HM; Sayed, A; Fathy, M; Eltawil, S; et al. (2019): Stroke Patients' Status Post-Acute Phase of Illness. How Is It and How Ought It to Be: Ain Shams University Experience. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 28(12): 104445. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.104445.
7. Silva-Rodrigues, FM; Souza Gomes Bernardo, C; Andrade Alvarenga, W; Castro Janzen, D; Castanheira Nascimento, L (2019): Transitional care to home in the perspective of parents of children with leukemia. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 40: e20180238. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180238.
8. Siow, E; Lo, SM; Yeung, KL; Yeung, RSD; Choi, KC; Chair, SY (2019): Factors and post-discharge outcomes associated with patients' readiness for discharge from the emergency medicine ward: A prospective study. *International emergency nursing* 46: 100773. DOI: 10.1016/j.ienj.2019.04.002.
9. Yilmaz, FT; Aldemir, K; Yildiz, E (2019): The Discharge Related Education Needs of Inpatients Being Treated in the Internal Diseases Clinic and Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences* 12(3): 1658-1665. URL: [http://www.internationaljournalofcaring-sciences.org/docs/36\\_taskinyilmaz\\_original\\_12\\_3.pdf](http://www.internationaljournalofcaring-sciences.org/docs/36_taskinyilmaz_original_12_3.pdf) (abgerufen am: 26.06.2020).

**Nicht E6**

1. Ballantyne, M; Bernardo, S; Sozer, A; Orava, T; A, CM; Church, P; et al. (2019): A whole new world: a qualitative investigation of parents' experiences in transitioning their preterm child with cerebral palsy to developmental/rehabilitation services. *Developmental Neurorehabilitation* 22(2): 87-97. DOI: 10.1080/17518423.2018.1434698.



2. dos Passos Antonio, S; Bernardino, E; Bueno Lelli Tominaga, L; da Silva, OBM; Borges, F; Gomez Torres, D (2018): Transition of Patients From Intensive Care Units. *Journal of Nursing UFPE Online* 12(12): 3320-3326. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i12a237705p3320-3326-2018.
3. Held, N; Moss, M (2019): Optimizing Post-Intensive Care Unit Rehabilitation. *Turkish Thoracic Journal* 20(2): 147-152. DOI: 10.5152/TurkThoracJ.2018.18172.
4. Hughes, JM; Freiermuth, CE; Shepherd-Banigan, M; Ragsdale, L; Eucker, SA; Goldstein, K; et al. (2019): Emergency Department Interventions for Older Adults: A Systematic Review. *JAGS – Journal of the American Geriatrics Society* 67(7): 1516-1525. DOI: 10.1111/jgs.15854.
5. Khoiriyati, A; Kusnanto; Kurniawati, ND (2019): Experiences of Recovery from Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review. *Indian Journal of Public Health Research & Development* 10(8): 2813-2816. DOI: 10.5958/0976-5506.2019.02299.X.
6. Leamy, K; Thompson, J; Mitra, B (2019): Awareness of diagnosis and follow up care after discharge from the Emergency Department. *Australasian Emergency Care* 22(4): 221-226. DOI: 10.1016/j.auec.2019.08.004.
7. Lopes, VJ; Rocha de Souza, MA; Schwyzer, I; Vasconcelos, J; Dzikovicz, VL; da Silva, IA (2019): Participation of Nurses in Hospital Discharge Planning. *Journal of Nursing* 13(4): 1142-1150. DOI: 10.5205/1981-8963-v13i04a236850p1142-1150-2019.
8. Phonpruk, K; Flowers, K; Fulbrook, P; Naughton, G (2018): Paediatric emergency nurses' perceptions of parents' understanding of discharge information: A qualitative study. *Australasian Emergency Care* 21(2): 56-63. DOI: 10.1016/j.auec.2018.05.001.
9. Schenhals, E; Haidet, P; Kass, LE (2019): Barriers to compliance with emergency department discharge instructions: lessons learned from patients' perspectives. *Internal and Emergency Medicine* 14: 133-138. DOI: 10.1007/s11739-018-1943-6.
10. Smith, TE; Haselden, M; Corbeil, T; Tang, F; Radigan, M; Essock, SM; et al. (2020): Relationship Between Continuity of Care and Discharge Planning After Hospital Psychiatric Admission. *Psychiatric Services* 71: 75-78. DOI: 10.1176/appi.ps.201900233.
11. Stevens, L; Fry, M; Browne, M; Barnes, A (2019): Fast track patients' satisfaction, compliance and confidence with emergency department discharge planning. *Australasian Emergency Care* 22(2): 87-91. DOI: 10.1016/j.auec.2019.01.004.

#### **Nicht E7**

1. Aasen, L; Ponton, IG; Johannessen, AKM (2019): Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perceptions of hospital-at-home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33(1): 102-110. DOI: 10.1111/scs.12606.

2. Aboumatar, H; Naqibuddin, M; Chung, S; Chaudhry, H; Kim, SW; Saunders, J; et al. (2019): Effect of a Hospital-Initiated Program Combining Transitional Care and Long-term Self-management Support on Outcomes of Patients Hospitalized With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 322(14): 1371-1380. DOI: 10.1001/jama.2019.11982.
3. Adisa, O; Jaar, BG; Masud, T; Sahlie, A; Obadina, C; Ang, J; et al. (2018): Association of social worker-assessed psychosocial factors with 30-day hospital readmissions among hemodialysis patients. *BMC Nephrology* 19: 360. DOI: 10.1186/s12882-018-1162-4.
4. Ådnanes, M; Cresswell-Smith, J; Melby, L; Westerlund, H; Šprah, L; Sfetcu, R; et al. (2019): Discharge planning, self-management, and community support: Strategies to avoid psychiatric rehospitalisation from a service user perspective. *Patient Education and Counseling*, Epub 05.12.2019. DOI: 10.1016/j.pec.2019.12.002.
5. Åhsberg, E (2019): Discharge from hospital – a national survey of transition to out-patient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 33(2): 329-335. DOI: 10.1111/scs.12625.
6. Amirani, L; Namnabati, M; Hajiheidari, M (2018): Examining the effect of discharge plan on enabling mothers of preterm babies admitted to the neonatal intensive care unit (NICU). *Annals of Tropical Medicine and Public Health* 13(Special Issue): SX746. URL: <http://www.atmph-specialissues.org/cms/images/vol13.pdf> (abgerufen am: 27.02.2020).
7. Andrews, N; Jones, LL; Moiemmen, N; Calvert, M; Kinghorn, P; Litchfield, I; et al. (2018): Below the surface: Parents' views on the factors that influence treatment adherence in paediatric burn scar management – A qualitative study. *Burns* 44(3): 626-635. DOI: 10.1016/j.burns.2017.09.003.
8. Bahr, SJ; Bang, J; Yakusheva, O; Bobay, KL; Krejci, J; Costa, L; et al. (2020): Nurse Continuity at Discharge and Return to Hospital. *Nursing Research*, Epub 13.01.2020. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000417.
9. Berger, RE; Yang, S; Weiner, J; Gace, D; Finn, K (2019): Measuring Patient Preferences and Clinic Follow-Up Utilizing an Embedded Discharge Appointment Scheduler: A Pilot Study. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 45(8): 580-585. DOI: 10.1016/j.jcjq.2019.05.007.
10. Bishop, S; Waring, J (2019): From boundary object to boundary subject; the role of the patient in coordination across complex systems of care during hospital discharge. *Social Science & Medicine* 235: 112370. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112370.
11. Bjørnnes, AK; Moons, P; Parry, M; Halvorsen, S; Tønnessen, T; Lie, I (2019): Experiences of informal caregivers after cardiac surgery: a systematic integrated review of qualitative and quantitative studies. *BMJ Open* 9(11): e032751. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-032751.
12. Bradshaw, S; Bem, D; Shaw, K; Taylor, B; Chiswell, C; Salama, M; et al. (2019): Improving health, wellbeing and parenting skills in parents of children with special health care needs and medical complexity – a scoping review. *BMC Pediatrics* 19: 301. DOI: 10.1186/s12887-019-1648-7.

13. Callaway, C; Cunningham, C; Grover, S; Steele, KR; McGlynn, A; Sribanditmongkol, V (2018): Patient Handoff Processes. Implementation and effects of bedside handoffs, the teach-back method, and discharge bundles on an inpatient oncology unit. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 22(4): 421-428. DOI: 10.1188/18.CJON.421-428.
14. Campbell, D; Ditkoff, J (2020): Evaluating Hospital Readmissions Through the Perspective of the Returning Emergency Department Patient. *Quality Management in Health Care* 29(1): 15-19. DOI: 10.1097/QMH.000000000000238.
15. Carter, AJE; Earle, R; Grégoire, MC; MacConnell, G; MacDonald, T; Frager, G (2019): Breaking Down Silos: Consensus-Based Recommendations for Improved Content, Structure, and Accessibility of Advance Directives in Emergency and Out-of-Hospital Settings. *Journal of Palliative Medicine*, Epub 20.02.2020. DOI: 10.1089/jpm.2019.0087.
16. Carvalho, A; Pinho Araújo, L; Teixeira Veríssimo, M (2019): When long-term care comes to an end: informal caregivers' perspectives on patient discharge. *Referência: Revista de Enfermagem* 4(22): 107-115. DOI: 10.12707/RIV19023.
17. Chase, J-D; Russell, D; Rice, M; Abbott, C; Bowles, KH; Mehr, DR (2019): Caregivers' Perceptions Managing Functional Needs Among Older Adults Receiving Post-Acute Home Health Care. *Research in Gerontological Nursing* 12(4): 174-183. DOI: 10.3928/19404921-20190319-01.
18. Coelho Rodrigues Dixe, MdA; da Conceição Teixeira, LF; Teixeira Camacho Coelho Areosa, T; Caçador Frontini, R; Almeida Peralta, TdJ; Fernandes Querido, AI (2019): Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* 19: 255. DOI: 10.1186/s12877-019-1274-0.
19. Cogan, AM; Weaver, JA; McHarg, M; Leland, NE; Davidson, L; Mallinson, T (2020): Association of Length of Stay, Recovery Rate, and Therapy Time per Day With Functional Outcomes After Hip Fracture Surgery. *JAMA Network Open* 3(1): e1919672. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.19672.
20. Conley, P; Kelechi, TJ; Nemeth, LS; Mueller, M (2018): Chronic Obstructive Pulmonary Disease Discharge Education and Quality of Life Evaluation: A Feasibility Study. *Research and Theory for Nursing Practice* 32(3): 328-348. DOI: 10.1891/1541-6577.32.3.328.
21. Crowe, L; Simpson, E; Reinhardt, Z; Rankin, J (2019): Parental responsibility for pediatric ventricular assist devices: Views of families on the acceptability of hospital discharge. *Pediatric Transplantation* 24: e13636. DOI: 10.1111/petr.13636.
22. Cuccurullo, SJ; Fleming, TK; Kostis, WJ; Greiss, C; Gizzi, MS; Eckert, A; et al. (2019): Impact of a Stroke Recovery Program Integrating Modified Cardiac Rehabilitation on All-Cause Mortality, Cardiovascular Performance and Functional Performance. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 98(11): 953-963. DOI: 10.1097/PHM.0000000000001214.
23. Dsouza, SN; Aranha, PR (2019): Preoperative information needs of parents: a descriptive survey. *Journal of Research in Nursing* 24(5): 305-314. DOI: 10.1177/1744987118821708.

24. Forstner, J; Straßner, C; Kunz, A; Uhlmann, L; Freund, T; Peters-Klimm, F; et al. (2019): Improving continuity of patient care across sectors: study protocol of a quasi-experimental multi-centre study regarding an admission and discharge model in Germany (VESPEERA). *BMC Health Services Research* 19: 206. DOI: 10.1186/s12913-019-4022-4.
25. Gentene, AJ; Guido, MR; Woolf, B; Dalhover, A; Boesken, TA; Mueller, EW; et al. (2019): Multidisciplinary Team Utilizing Pharmacists in Multimodal, Bundled Care Reduce Chronic Obstructive Pulmonary Disease Hospital Readmission Rates. *Journal of Pharmacy Practice*, Epub 26.11.2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/0897190019889440>.
26. Hamar, GB; Coberley, C; Pope, JE; Cottrill, A; Verrall, S; Larkin, S; et al. (2018): Effect of post-hospital discharge telephonic intervention on hospital readmissions in a privately insured population in Australia. *Australian Health Review* 42(3): 241-247. DOI: 10.1071/AH16059.
27. Haselden, M; Corbeil, T; Tang, F; Olfson, M; Dixon, LB; Essock, SM; et al. (2019): Family Involvement in Psychiatric Hospitalizations: Associations With Discharge Planning and Prompt Follow-Up Care. *Psychiatric Services* 70(10): 860-866. DOI: 10.1176/appi.ps.201900028.
28. Hegelund, A; Andersen, IC; Andersen, MN; Bodtger, U (2019): The impact of a personalised action plan delivered at discharge to patients with COPD on readmissions: a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21: 21. DOI: 10.1111/scs.12798.
29. Jakobsson, S; Jakobsson Ung, E; Lindström, M; Eliasson, B; Ringström, G (2018): Health status and most distressing concerns at admission and discharge reported by patients cared for at an internal medical care ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32(3): 1168-1178. DOI: 10.1111/scs.12562.
30. Khan, A; Wallace, SS; Sampayo, EM; Falco, C (2019): Caregivers' Perceptions and Hospital Experience After a Brief Resolved Unexplained Event: A Qualitative Study. *Hospital Pediatrics* 9(7): 508-515. DOI: 10.1542/hpeds.2018-0220.
31. Koivisto, JM; Saarinen, I; Kaipia, A; Puukka, P; Kivinen, K; Laine, KM; et al. (2019): Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *ISQua – International Journal for Quality in Health Care*, Epub 24.04.2019.(mzz032). DOI: 10.1093/intqhc/mzz032.
32. Nordfonn, OK; Morken, IM; Bru, LE; Husebø, AML (2019): Patients' experience with heart failure treatment and self-care—A qualitative study exploring the burden of treatment. *Journal of Clinical Nursing* 28(9-10): 1782-1793. DOI: 10.1111/jocn.14799.
33. Osborne, CL; Neville, M (2019): Understanding the Experience of Early Supported Discharge from the Perspective of Patients with Stroke and Their Carers and Health Care Providers. A Qualitative Review. *Nursing Clinics of North America* 54(3): 367-384. DOI: 10.1016/j.cnur.2019.04.006.

34. Parast, L; Mathews, M; Tolpadi, A; Elliott, M; Flow-Delwiche, E; Becker, K (2019): National Testing of the Emergency Department Patient Experience of Care Discharged to Community Survey and Implications for Adjustment in Scoring. *Medical Care* 57(1): 42-48. DOI: 10.1097/MLR.0000000000001005.
35. Patra, KP; Mains, N; Dalton, C; Welsh, J; Iheonunekwu, C; Dai, Z; et al. (2020): Improving Discharge Outcomes by Using a Standardized Risk Assessment and Intervention Tool Facilitated by Advanced Pediatric Providers. *Hospital Pediatrics* 10(2): 173-180. DOI: 10.1542/hpeds.2019-0109.
36. Sather, EW; Iversen, VC; Svindseth, MF; Crawford, P; Vasset, F (2019): Patients' perspectives on care pathways and informed shared decision making in the transition between psychiatric hospitalization and the community. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 25(6): 1131-1141. DOI: 10.1111/jep.13206.
37. Semere, W; Nápoles, AM; Gregorich, S; Livaudais-Toman, J; Karliner, L (2019): Caregiving for Older Adults with Limited English Proficiency: Transitioning from Hospital to Home. *JGIM – Journal of General Internal Medicine* 34(9): 1744-1750. DOI: 10.1007/s11606-019-05119-y.
38. Slatyer, S; Aoun, SM; Hill, KD; Walsh, D; Whitty, D; Toye, C (2019): Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: a qualitative analysis. *BMC Health Services Research* 19: 220. DOI: 10.1186/s12913-019-4042-0.
39. Xiao, S; Tourangeau, A; Widger, K; Berta, W (2019): Discharge planning in mental healthcare settings: A review and concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* 28(4): 816-832. DOI: 10.1111/inm.12599.
40. Xiao, M; St. Hill, CA; Vacquier, M; Patel, L; Mink, P; Fernstrom, K; et al. (2019): Retrospective Analysis of the Effect of Postdischarge Telephone Calls by Hospitalists on Improvement of Patient Satisfaction and Readmission Rates. *Southern Medical Journal* 112(7): 357-362. DOI: 10.14423/SMJ.0000000000000994.
41. Zhou, H; Della, PR; Porter, P; Roberts, PA (2020): Risk factors associated with 30-day all-cause unplanned hospital readmissions at a tertiary children's hospital in Western Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health* 56(1): 68-75. DOI: 10.1111/jpc.14492.

#### 4.4 Ergänzende Recherche

Für die in der Konzeptstudie identifizierten Qualitätsaspekte „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“ sowie „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ lieferte die systematische Recherche keine hinreichenden Hinweise auf ihre Eignung zur Erfassung von Ergebnisqualität. Daher erfolgte ergänzend eine orientierende Recherche.

Ausgehend von vorliegenden Schlüsselartikeln (siehe Tabelle 14) wurde eine Snowball-Recherche durchgeführt. Bei dieser Methode der Informationsbeschaffung wurde sowohl eine Recherche nach Artikeln, die den Ausgangsartikel zitieren (forward citation über Google Scholar) als

auch eine Sichtung der im Artikel selbst zitierten Publikationen (backward citation = Sichten der Referenzlisten) vorgenommen. Zudem erfolgte eine einfache Suche in PubMed und im Social Sciences Citation Index (SSCI).

Tabelle 14: Ausgangsartikel

Parameter der Ergebnisqualität	Referenz
Subjektive Entlassbereitschaft	Amin et al. (2016) Berman et al. (2019) Galvin et al. (2017) Jones et al. (2017) Mabire et al. (2019) Ubbink et al. (2014) Weiss et al. (2017) Verhaegh et al. (2019)
Ungeplante stationäre Wiederaufnahmen	Amin et al. (2016) Braet et al. (2016a) Brittan et al. (2015) Dietrich et al. (2019) LeClair et al. (2019) van Galen et al. (2017)
Ambulante Notfallkontakte	Braet et al. (2016a) Jones et al. (2017)

Die anschließende Sichtung der identifizierten Treffer wurde von einer Person durchgeführt. Letztlich konnten zusätzlich 10 Publikationen als potentiell relevant eingestuft und für die Qualitätsaspekte „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“ sowie „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ als Hinweise zur Versorgungssituation hinsichtlich der Messung von Ergebnisqualität herangezogen werden (Campbell und Ditkoff 2020, Chen et al. 2020, Gledhill et al. 2021, King et al. 2019, Leary et al. 2020, Nijhawan et al. 2019, Sevilla-Cazes et al. 2018, van der Does et al. 2020, van Galen et al. 2019, Zibelli et al. 2020). Die Datenextraktion der verwendeten Studien führte eine Person durch (siehe Anhang A.2.6).

## Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

### Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien und des deutschen Expertenstandards der Pflege

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
DNQP (2019)	Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Deutschland	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gewährleistung einer bedarfsangemessenen und dem gegenwärtigen fachlichen Stand entsprechenden bestmöglichen Vorbereitung und Begleitung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen auf die Entlassung</li> <li>▪ Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung</li> <li>▪ dem Entstehen von Versorgungsbrüchen entgegenwirken</li> </ul>	Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Kurzzeitpflege sowie Fach- und Rehabilitationskliniken mit einem weiterbestehenden nachstationären Pflege- und Versorgungsbedarf	Pflegfachkräfte in Krankenhäusern, Fach- und Rehabilitationskliniken
BMASGK (2018)	Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Österreich	<p>optimiertes Nahtstellenmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ eine lücken- und reibungslose Behandlung von Patientinnen und Patienten an Nahtstellen</li> <li>▪ Erleichterung des Übergangs</li> <li>▪ Optimierung der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure</li> </ul>	Patientinnen und Patienten an Nahtstellen	<p>alle Gesundheitsdienstleister aus dem medizinischen, pflegerischen, therapeutischen, psychosozialen und sozialen Bereich mit Aufgaben in der Versorgung von Patientinnen und Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen</li> <li>▪ ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>▪ Dienste und Einrichtungen für Menschen mit besonderen Bedürfnissen</li> <li>▪ Einrichtungen der teilstationären- und der Langzeitpflege</li> </ul>

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	Ziel	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankenanstalten, Ambulanzen, Tageskliniken und die Angehörigen der dort tätigen Gesundheits- und Sozialberufe</li> <li>▪ mobile Dienste – niedergelassene Ärztinnen und Ärzte</li> <li>▪ niedergelassene medizinisch-technische Dienste</li> <li>▪ 24-Stunden-Betreuung</li> </ul>
NICE (2015 [2020])	NICE Guideline NG27. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs	National Institute for Health and Care Excellence, Großbritannien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterstützung der Planung, Unterstützung und Durchführung einer patientenzentrierten Pflege, Aufnahme ins Krankenhaus sowie Entlassung aus dem Krankenhaus</li> <li>▪ Darstellung einer multiprofessionellen Zusammenarbeit mit Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen</li> <li>▪ Sicherstellung eines sicheren und angemessenen Übergangs aus dem Krankenhaus</li> </ul>	Erwachsene mit sozialbetreuerischem Bedarf, einschließlich ältere Menschen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Praktizierende des Gesundheits- und Sozialwesens</li> <li>▪ Gesundheits- und Sozialfürsorgeeinrichtungen</li> <li>▪ Personen, die diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen und deren Betreuerinnen und Betreuer</li> </ul>



**Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien und des deutschen Expertenstandards der Pflege**

Referenz	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke
DNQP (2019)	29	„P1a Die Pflegefachkraft führt mit allen Patient*innen und deren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Übernahme der pflegerischen Versorgung eine erste kriteriengeleitete Einschätzung der erwartbaren poststationären Versorgungsrisiken und des Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs überprüft und gegebenenfalls aktualisiert.“	k. A.	k. A.
	30	„P1b Die Pflegefachkraft führt bei identifiziertem poststationärem Versorgungsrisiko bzw. Unterstützungsbedarf eine differenzierte Einschätzung mit Patient*in und Angehörigen mittels geeigneter Kriterien durch bzw. veranlasst diese.“	k. A.	k. A.
	33	„P2 Die Pflegefachkraft entwickelt in Abstimmung mit Patient*in und Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an die differenzierte Einschätzung eine individuelle Entlassungsplanung. Bei Bedarf wird weitere Fachexpertise hinzugezogen.“	k. A.	k. A.
	35	„S3a Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, Patient*innen und Angehörige sowohl über poststationäre Versorgungsmöglichkeiten und -risiken als auch über erwartbare Erfordernisse zu informieren, zu beraten und entsprechende Schulungen anzubieten bzw. zu veranlassen sowie die Koordination der weiteren daran beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.“	k. A.	k. A.
	37	„S3b Die Einrichtung stellt sicher, dass zielgruppenspezifische Informations- und Anschauungsmaterialien und geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.“	k. A.	k. A.
	38	„P3a Die Pflegefachkraft gewährleistet für Patient*in und Angehörigen eine bedarfsgerechte Information, Beratung und Schulung, um deren Kompetenzen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse zu erhöhen.“	k. A.	k. A.
	39	„P3b Die Pflegefachkraft evaluiert regelmäßig Wissen und Fähigkeiten von Patient*in und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungserfordernisse.“	k. A.	k. A.
	39	„E3a Patient*in und Angehörige sind bedarfsgerechte Informationen, Beratung und Schulung angeboten worden, um über Versorgungsmöglichkeiten entscheiden und veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.“	k. A.	k. A.
	40	„E3b Informationen zu Wissen und Fähigkeiten von Patient*in und Angehörigen zur Bewältigung der poststationären Pflege- und Versorgungsbedürfnisse liegen vor.“	k. A.	k. A.
	40	„S4 Die Pflegefachkraft ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert“.	k. A.	k. A.

Referenz	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke
	41	„P4a Die Pflegefachkraft stimmt in Kooperation mit Patient*in und Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen frühzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin sowie die erforderlichen Maßnahmen ab.“	k. A.	k. A.
	42	„P4b Die Pflegefachkraft bietet den Mitarbeiter*innen der weiterversorgenden Einrichtung und den pflegenden Angehörigen eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung der Patientin bzw. des Patienten an.“	k. A.	k. A.
	43	„E4 Mit Patient*in und Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen ist der Entlassungstermin abgestimmt. Es sind Maßnahmen eingeleitet, um dem erwartbaren Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs zu begegnen.“	k. A.	k. A.
	44	„P5 Die Pflegefachkraft führt mit Patient*in und Angehörigen in regelmäßigen Abständen aber spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Entlassungstermin eine Überprüfung durch, ob die Entlassungsplanung bedarfsgerecht ist. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.“	k. A.	k. A.
	47	„E5a Die Entlassung der Patientin bzw. des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.“	k. A.	k. A.
	48	„E5b Bereitschaft und Fähigkeit der Patientin bzw. des Patienten zur Entlassung sind erhoben.“	k. A.	k. A.
	49	„P6 Die Pflegefachkraft nimmt innerhalb von 48-72 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit Patient*in und Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf und vergewissert sich, ob die Entlassungsplanung angemessen war und umgesetzt werden konnte.“	k. A.	k. A.
	50	„E6a Patient*in und Angehörige haben die geplanten Versorgungsleistungen und eine bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.“	k. A.	k. A.
BMASGK (2018)	26	„B5 Informieren der Patientin / des Patienten über das indirekte Entlassungsmanagement (Patienteninformation zum indirekten Entlassungsmanagement)“	k. A.	IV
	29	„C1 Das Krankenhaus legt den voraussichtlichen Entlassungstag fest (Fixieren eines Entlassungstages).“	k. A.	IV
	29	„C2 Das indirekte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen indirektes Entlassungsmanagement).“	k. A.	IV
	30	„C3 Das direkte Entlassungsmanagement soll geplant und durchgeführt werden (Maßnahmen direktes Entlassungsmanagement).“	k. A.	IV

Referenz	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke
	30	„C4 Der Patientin / Dem Patienten sollen weiterführende Informationen zu ihrer/seiner Erkrankung gegeben werden (Informationen zur Erkrankung).“	k. A.	IV
	30	„C5 Ein bedarfsgerechtes Beratungs- und Schulungsgespräch inklusive der gemeinsamen Definition von Therapiezielen für Patientin/Patient und Vertrauenspersonen soll durchgeführt werden. Ggf. sollen nachsorgende Pflegepersonen der mobilen Dienste oder Alten- und Pflegeheime einbezogen werden (Beratung und Schulung).“	k. A.	IV
	34	„D1 Das Entlassungsgespräch soll koordiniert und durchgeführt, alle geplanten weiterführenden Schritte sollen überprüft und bestätigt werden (Entlassungsgespräch).“	k. A.	IV
	35	„D3 Der „vorläufige“ Entlassungsbrief (die Kurzinformation) sowie der Entlassungsbrief Pflege sollen am Entlassungstag mitgegeben werden; der endgültige ärztliche Entlassungsbrief soll unverzüglich erstellt werden („vorläufiger“ Entlassungsbrief / Kurzinformation; Entlassungsbrief ärztlich, Pflege).“	k. A.	IV
	36	„D4 Bei der Entlassung im Zuge des indirekten Entlassungsmanagements soll der Patientin / dem Patienten ein Rezept mitgegeben werden (Medikation beim indirekten Entlassungsmanagement).“	k. A.	IV
NICE (2015 [2020])	243	„1.1.1 See everyone receiving care as an individual and an equal partner who can make choices about their own care. They should be treated with dignity and respect throughout their transition.“	should	- bis ++
	243	„1.1.3 Involve families and carers in discussions about the care being given or proposed if the person gives their consent. If there is doubt about the person’s capacity to consent, the principles of the Mental Capacity Act must be followed.“	should & must	- bis ++
	243	„1.1.4 Ensure that the person, their carers and all health and social care practitioners involved in someone’s move between hospital and home are in regular contact with each other. This is to ensure the transition is coordinated and all arrangements are in place. For more on medicines-related communication and medicines reconciliation during transitions, see sections 1.2 and 1.3 in NICE’s guideline on medicines optimisation and section 1.3 in NICE’s guideline on managing medicines in care homes.“	should	+ bis ++
	243	„1.1.5 Give people information about their diagnoses and treatment and a complete list of their medicines when they transfer between hospital and home (including their care home). If appropriate, also give this to their family and carers.“	should	+ bis ++
	244	„1.1.6 Offer information in a range of formats, for example: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ verbally and in written format (in plain English)</li> <li>▪ in other formats that are easy for the person to understand such as braille, Easy Read or translated material (see the Accessible Information Standard).“</li> </ul>	should	++

Referenz	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke
	248	„1.5.6 The hospital-based doctor responsible for the person’s care should ensure that the discharge summary is made available to the person’s GP within 24 hours of their discharge. Also ensure that a copy is given to the person on the day they are discharged.“	should	++
	248	„1.5.7 Make a member of the hospital-based multidisciplinary team responsible for providing carers with information and support. This could include: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ printed information</li> <li>▪ face-to-face meetings</li> <li>▪ phone calls</li> <li>▪ hands-on training, including practical support and advice.“</li> </ul>	should	+ bis ++
	248	„1.5.8 The discharge coordinator should provide people who need end-of-life care, their families and carers with details of who to contact about medicine and equipment problems that occur in the 24 hours after discharge.“	should	Expert witness testimony
	248	„1.5.9 The discharge coordinator should consider providing people with complex needs, their families and carers, with details of who to contact about medicine and equipment problems that occur in the 24 hours after discharge.“	should	Expert witness testimony
	248	„1.5.10 Ensure continuity of care for people being transferred from hospital, particularly older people who may be confused or who have dementia. For more information on continuity of care see the recommendations in section 1.4 of NICE’s guideline on patient experience in adult NHS services.“	should	++
	248	„1.5.12 Ensure that any pressure to make beds available does not result in unplanned and uncoordinated hospital discharges.“	should	+
	249	„1.5.14 The discharge coordinator should work with the hospital- and community-based multidisciplinary teams and the person receiving care to develop and agree a discharge plan.“	should	- bis ++
	249	„1.5.15 The discharge coordinator should ensure that the discharge plan takes account of the person’s social and emotional wellbeing, as well as the practicalities of daily living. Include: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ details about the person’s condition</li> <li>▪ information about the person’s medicines</li> <li>▪ contact information after discharge</li> <li>▪ arrangements for continuing social care support</li> </ul>	should	- bis ++

Referenz	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ arrangements for continuing health support</li> <li>▪ details of other useful community and voluntary services.“</li> </ul>		
	249	„1.5.16 The discharge coordinator should give the plan to the person and all those involved in their ongoing care and support, including families and carers (if the person agrees).“	should	++
	249	„1.5.17 The discharge coordinator should arrange follow-up care. They should identify practitioners (from primary health, community health, social care, housing and the voluntary sector) and family members who will provide support when the person is discharged and record their details in the discharge plan.“	should	++
	249	„1.5.18 The discharge coordinator should discuss the need for any specialist equipment and support with primary health, community health, social care and housing practitioners as soon as discharge planning starts. This includes housing adaptations. Ensure that any essential specialist equipment and support are in place at the point of discharge.“	should	+ bis ++
	249	„1.5.19 Once assessment for discharge is complete, the discharge coordinator should agree the plan for ongoing treatment and support with the community-based multidisciplinary team.“	should	++
	250	„1.5.20 A relevant health or social care practitioner should discuss with the person how they can manage their condition after their discharge from hospital. Provide support and education, including ‘coaching’, if needed. Make this available for carers as well as for people using services.“	should	++
	250	„1.5.21 Consider supportive self-management as part of a treatment package for people with depression or other mental health difficulties.“	consider	+ bis ++
	250	„1.5.22 Ensure that people needing end-of-life care are offered both general and specialist palliative care services, according to their needs.“	should	++ & Expert witness testimony
	250	„1.5.23 The named consultant responsible for a person’s end-of-life care should consider referring them to a specialist palliative care team before they are transferred from hospital.“	should	+ bis ++
	250	„1.5.24 The discharge coordinator should ensure that people who have end-of-life care needs are assessed and support is in place so they can die in their preferred place.“	should	+ bis ++
	250	„1.5.25 Ensure that older people with identified social care needs are offered early supported discharge with a home care and rehabilitation package.“	should	+ bis ++

Referenz	Seite	Extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzstärke
	250	„1.5.26 Consider early supported discharge with a home care and rehabilitation package provided by a community-based multidisciplinary team for adults with identified social care needs.“	consider	+ bis ++
	250	„1.5.27 The discharge coordinator should refer people at risk of hospital readmission to the relevant community-based health and social care practitioners before they are discharged.“	should	- bis ++
	250	„1.5.29 The hospital- and community-based multidisciplinary teams should recognise the value of carers and families as an important source of knowledge about the person’s life and needs.“	should	+ bis ++
	251	„1.5.30 With the person’s agreement, include the family’s and carer’s views and wishes in discharge planning.“	should	+ bis ++
	251	„1.5.31 If the discharge plan involves support from family or carers, the hospital-based multidisciplinary team should take account of their: <ul style="list-style-type: none"> <li>• willingness and ability to provide support</li> <li>• circumstances, needs and aspirations</li> <li>• relationship with the person</li> <li>• need for respite“</li> </ul>	should	+ bis ++
	251	„1.5.32 A member of the hospital-based multidisciplinary team should discuss the practical and emotional aspects of providing care with potential carers.“	should	+ bis ++
	251	„1.5.33 Ensure that training is available to help carers provide practical support. The relevant multidisciplinary team should offer family members and other carers of people who have had a stroke needs-led training in how to care for them. For example, this could include techniques to help someone carry out everyday tasks as independently as possible. Training might take place in hospital or it may be more useful at home after discharge.“	should	++ & GC consensus
	251	„1.5.34 The relevant multidisciplinary team should consider offering family members and other carers needs-led training in care for people with conditions other than stroke. Training might take place in hospital or it may be more useful at home after discharge.“	should	++ & GC consensus

Abkürzungen: k. A. = keine Angabe; GC = Guideline Committee

## Anhang A.2.3: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien und des deutschen Expertenstandards der Pflege

### Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

„Evidenzbewertung“ (DNQP 2019: 54)

<b>Evidenzlevel 1</b>	Metaanalysen, systematische Übersichtsarbeiten von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs)
<b>Evidenzlevel 2</b>	Systematische Reviews zu Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, Kohortenstudien
<b>Evidenzlevel 3</b>	Nicht-analytische Studien (z. B. Surveys, Fallstudien)
<b>Evidenzlevel 4</b>	Expertenmeinungen, Positionspapiere oder Konsense fachlicher oder wissenschaftlicher Organisationen

Es wurden keine Informationen bzgl. der Empfehlungsgraduierung gegeben.

### NICE Guideline NG27. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs

#### **3 Evidence review and recommendations**

[...]

*Studies were rated for internal and external validity using ++/+/ (meaning good, moderate and low). Where there are 2 ratings (for example +/-), the first rating applies to internal validity (how convincing the findings of the study are in relation to its methodology and conduct), and the second rating concerns external validity (whether it is likely that the findings can be applied to similar contexts elsewhere). The internal quality rating is given in the narrative summaries and evidence statements with both the internal and external rating reported in the evidence tables in Appendix B. (NICE 2015: 33-34)*

#### **Recommendation wording**

[...]

*In general, recommendations that an action ‘must’ or ‘must not’ be taken are usually included only if there is a legal duty (for example, to comply with the Care Act or health and safety regulations), or if the consequences of not following it could be extremely serious or life-threatening.*

*Recommendations for actions that should (or should not) be taken use directive language such as ‘agree’, ‘offer’ ‘assess’, ‘record’ and ‘ensure’.*

*Recommendations for which the quality of the evidence is poorer, or where there is a closer balance between benefits and risks, use ‘consider’. (NICE 2015: 12)*

## **Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement**

### **3 Auslage und Hintergrund**

[...]

*Im Zuge der Entwicklung der BQLL AUFEM konnte bei einer nationalen und internationalen Literaturrecherche keine Quelleitlinie in puncto AUFEM identifiziert werden. Die Suche wurde daher auf konsentiertere „Modelle guter Praxis“ (models of good practice) ausgeweitet. Maßnahmen nationaler und internationaler Projekte wurden in Form einer Maßnahmentabelle für die Leitliniengruppe aufbereitet. Die Leitliniengruppe priorisierte diese rund 200 Maßnahmen nach Wichtigkeit. Die Evidenz der Inhalte der BQLL AUFEM beruht daher auf der Einschätzung von Expertinnen/Experten und entspricht gemäß SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) der Evidenzklasse IV, „Evidenz aufgrund von Expertenmeinungen“. (BMASGK 2018: 5)*



**Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation in Deutschland**

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
Bauer et al. (2014)	Untersuchung, wie viele Tage zwischen der Entlassung aus der stationären Behandlung und dem ersten ambulanten Kontakt in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg vergehen	Analyse von Abrechnungsdaten	Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose einer psychischen Erkrankung (ICD-10 F)	N = 64.000 Alter: MW = k. A. Range = 15– ≥ 64 Jahre Geschlecht: k. A.	Nach der Entlassung suchten knapp 80 % der Patientinnen und Patienten innerhalb von 6 Monaten eine Haus- oder Nervenärztin bzw. einen Haus-oder Nervenarzt auf. Die Hälfte der Kontakte erfolgte innerhalb der ersten 6 Tage und 75 % in den ersten 3 Wochen. Am häufigsten wurden Hausärztinnen bzw. Hausärzte konsultiert.
Burian et al. (2016)	Untersuchung der Wirksamkeit verschiedener Kommunikationswege zwischen stationären, psychiatrischen Konsildiensten und Hausärztinnen und Hausärzten	Prospektive Interventionsstudie	Patientinnen und Patienten mit der Diagnose einer depressiven Episode, Anpassungsstörung oder Angststörung, die auf einer inneren, neurologischen oder chirurgischen Station eines Allgemeinkrankenhauses behandelt wurden	N = 116 Alter: MW = 62,4 Range = 21–92 Jahre Geschlecht: 46,4 % männlich	Telefonische Kommunikation zwischen stationären Konsilpsychiaterinnen bzw. Konsilpsychiatern und Allgemeinärztinnen bzw. Allgemeinärzten, sowie schriftliche Berichte, die Patientinnen und Patienten nach psychiatrischer Konsultation eingehändigt werden, verbesserten die Übereinstimmung von hausärztlichen mit konsilpsychiatrischen Empfehlungen, im Vergleich zur Standardkommunikation über Entlassbriefe. Telefonanrufe waren mit einer höheren Übereinstimmungsrate assoziiert als schriftliche Berichte und der präferierte Kommunikationsweg
Cortejoso et al. (2016)	Beschreibung von Charakteristika pharmazeutischer Interventionen und Bewertung von identifizierten Medikationsfehlern	Validierungsstudie auf Basis einer retrospektiven Analyse von Medikamentenverordnungen	Geriatrische Patientinnen und Patienten ≥ 65 Jahre, die ein oder mehrere verschreibungspflichtige Medikamente einnahmen	N = 1.859 n = 1.294 ortho-geriatrische Station (bei Entlassung) n = 130 geriatrische Tagesstation	Es wurden 2307 Interventionen identifiziert, die mit einem Medikationsfehler einhergingen (bei insgesamt 15,282 ärztlichen Anordnungen, bei 1859 Patientinnen bzw. Patienten). Am häufigsten assoziiert mit Medikationsfehlern bei Entlassung waren

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
				<p>Ortho-geriatrische Station (bei Aufnahme): Alter: MW = 82 Jahre Geschlecht: 27,4 % männlich</p> <p>Geriatrische Tagesstation: Alter: MW = 79 Jahre Geschlecht: 33,1 % männlich</p>	überwachungsbedürftige Wechselwirkungen, unvollständige Informationen und das Fehlen eines Medikamentes in der ärztlichen Anordnung. Insgesamt wurden 2389 (ortho-geriatrische Station) bzw. 447 (geriatrische Tagesstation) Anweisungen zur Verabreichung von Medikamenten erteilt und 252 (ortho-geriatrische Station) bzw. 48 (geriatrische Tagesstation) Medikationspläne verfasst, erklärt und Patientinnen bzw. Patienten bei Entlassung ausgehändigt.
Custodis et al. (2016)	Bestimmung des Wissens von Patientinnen und Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz über ihre Medikamente bei der Entlassung	Querschnittstudie mit Survey-Daten und Patientenakten	Stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit akuter, dekompensierter Herzinsuffizienz und bestehender medikamentöser Therapie	<p>N = 111 Alter: MW = 78,4 Jahre Range = 54–98 Jahre Geschlecht: 59 % männlich</p>	Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten kannte die korrekte Anzahl ihrer Medikamente nicht. Das Wissen über die Medikamente nahm von der Baseline-Befragung bis zum dritten Interview kontinuierlich ab (Baseline: 37 % kannten die Anzahl ihrer Medikamente, nach drei Monaten: 18 %).
Dräger (2016)	Identifizierung und Bewertung der Risiken beim Entlassprozess einer Patientin bzw. eines Patienten sowie der vertraglichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhausentlassung im deutschen Gesundheitssystem	Prospektive Risikoanalyse (Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse auf Basis von Dokumentenanalysen und Experteninterviews)	Krankenhäuser in Baden-Württemberg	<p>N = 3 Krankenhäuser n = 5 Experteninterviews (ärztliches, pflegerisches und administratives Personal der Krankenhäuser) Alter: k. A. Geschlecht: k. A.</p>	Es wurden fünf grundlegende Schritte für einen sicheren Entlassprozess identifiziert: Entlassungsplanung, vollständige und rechtzeitige Information des niedergelassenen Arztes bzw. der niedergelassenen Ärztin, Verfügbarkeit von Medikamenten unmittelbar nach Entlassung, zeitnahe Verfügbarkeit des niedergelassenen Arztes bzw. der niedergelassenen Ärztin nach Entlassung, und Feedback-/Evaluationskontakt zu Patientinnen und Patienten und Angehörigen.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
Freyer et al. (2016)	Untersuchung, wie gut Patientinnen und Patienten über ihre Entlassungsmedikation informiert sind und welche Faktoren Einfluss auf den Wissensstand der Patienten haben.	Quantitative Primärstudie mit Analyse von Survey-Daten	Internistische Patientinnen und Patienten mit eigenverantwortlicher Anwendung mindestens eines Arzneimittels, die nach Hause entlassen werden	N = 179 (davon bei 21 Interviews Angehörige anwesend) Alter: k. A. Geschlecht: 39,7 % männlich Akutkrankenhaus: n = 100 Alter: Median = 73 Jahre Geschlecht: 50 % männlich Rehabilitationskrankenhaus: n = 79 Alter: Median = 81 Jahre Geschlecht: 27 % männlich	Patientinnen und Patienten konnten im Durchschnitt knapp die Hälfte ihrer Entlassmedikamente nicht richtig benennen. Es wurden folgende Einflussfaktoren für Wissensdefizite identifiziert: Fehlender Medikationsplan, höheres Lebensalter, Hospitalisierung in einem Rehabilitationskrankenhaus und längere Hospitalisierung. Patientinnen und Patienten, die häufiger Entlassmedikamente richtig benannten, nutzen häufiger Medikationspläne.
Greißing et al. (2016)	Entwicklung und Evaluation eines modularen Übergangskonzeptes ("Konstanzer Modell") mit Entlassungsmedikationsplänen und einer strukturierten Entlassungsberatung zur Reduktion von Risiken bei der Entlassmedikation	Prospektive Interventionsstudie	Patientinnen und Patienten $\geq 18$ Jahre, die nach Hause entlassen wurden und mindestens ein Medikament auf ihrem Entlassungsplan hatten	N = 200 n = 100 Interventionsgruppe Alter: Median = 73 Jahre Geschlecht: 46 % männlich n = 100 Kontrollgruppe Alter: Median = 72 Jahre Geschlecht: 50 % männlich	In der Interventionsgruppe kam es im Vergleich zur Kontrollgruppe seltener zu Änderungen von Medikamenten, welche das therapeutische Ziel gefährden können (15 % vs. 54 %, $p < 0.001$ ). Außerdem wurden weniger Medikamente geändert, die die Therapieadhärenz von Patientinnen bzw. Patienten potenziell beeinträchtigen (7 % vs. 53 %, $p < 0.001$ ). Eine Versorgungslücke trat in der Interventionsgruppe seltener auf als in der Kontrollgruppe (18 % vs. 28 %, $p = 0.031$ )

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
Gröber-Grätz et al. (2014)	Untersuchung der Veränderungen der Medikation vom Therapieversuch im Entlassbrief über den Hausarzt bis hin zum Patienten  Identifikation der Gründe/Einflussfaktoren für etwaige Änderungen oder auch Beibehalten der Medikation	Prospektive qualitative Primärstudie mit semistrukturierten Interviews	<ul style="list-style-type: none"> <li>Internistische Patientinnen und Patienten zwischen 25–80 Jahren, mit mindestens einem neuen Medikament bei Entlassung aus dem Krankenhaus, das mindestens 4 Wochen eingenommen werden muss</li> <li>Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internisten ohne rein alternativ-medizinische Tätigkeitsausübung</li> </ul>	<p>N = 34</p> <p>Alter: MW = 66,5 Jahre Range = 31–79 Jahre</p> <p>Geschlecht: 52,9 % männlich</p> <p>n = k. A. behandelnde Hausärztinnen und Hausärzte</p>	Nach der Krankenhausentlassung kam es innerhalb von Wochen gehäuft zu Medikationsänderungen. Es wurden seitens der Hausärztinnen bzw. Hausärzte verschiedene medikamentöse und nichtmedikamentöse Gründe für die Änderung der Therapieempfehlung beschrieben (z.B. ökonomische und gesundheitspolitische Zwänge, persönliche Überzeugung oder eine Non-Adhärenz der Patientinnen und Patienten). Von Patientinnen und Patienten beschriebene Gründe waren z.B.: Zweifel an der Notwendigkeit der Einnahme des Medikamentes, Unverträglichkeiten, Ängste und eine unzureichende Aufklärung über ein Medikament
Hahn et al. (2018)	Prüfung der Veränderungen der Medikation bei Aufnahme, Entlassung und bis zu 12 Wochen nach der Entlassung	Quantitative Primärstudie mit Analyse von Survey-Daten	Gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten ≥ 65 Jahren	<p>N = 48</p> <p>Alter: MW = 75 Jahre</p> <p>Geschlecht: 24 % männlich</p>	Im Verlauf des stationären Aufenthalts wurden 101 Arzneimitteloptimierungen von der klinischen Pharmazeutin vorgeschlagen und umgesetzt. Aufgrund dessen konnten während des stationären Aufenthalts 44 % der mittelschweren potenziellen Wechselwirkungen vermieden und die Anzahl von PRISCUS-Arzneimitteln um 42 % reduziert werden. Nach der Entlassung wurden bei 27 Patientinnen und Patienten (66 %) innerhalb von vier Wochen insgesamt 54 Medikamente verändert. Im Zeitraum von 8 Wochen wurden bei 14 Patientinnen und Patienten (35 %) 44 Medikamenten umgestellt. Es konnte keine

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
					Veränderung in der Gesamtzahl der verordneten Medikamente im Beobachtungszeitraum festgestellt werden.
Herrmann et al. (2015)	Analyse, mit welchen Problemen Hausärztinnen und Hausärzte bei der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie konfrontiert sind, nachdem alte, multimorbide Patienten stationär entlassen wurden  Untersuchung, welche Kriterien sie für die Reduktion einer Polypharmazie anwenden	Qualitative Primärstudie mit Fokusgruppen	Hausärztinnen und Hausärzte	N = 44 Alter: MW = 50,7 Jahre Range = 35–69 Jahre Geschlecht: 31,8 % männlich (2 fehlende Angaben)	Aus der Perspektive von Hausärztinnen und Hausärzten sind Arzneimittel- oder Patientensicherheit, Gesundheitskompetenz der Patientin bzw. des Patienten, die Evidenzlage und der Informationsaustausch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie deren wechselseitigen Beeinflussungen bei der Priorisierung von Arzneimitteln ausschlaggebend. Patientenbezogene Kriterien sind vor allem Patientensicherheit, Patientenwille und deren Lebensqualität. An der stationär-ambulanten Schnittstelle wird Über- und Unterversorgung von älteren Personen als Problem gesehen.
Hohmann et al. (2014)	Entwicklung eines strukturierten Medikamentenberichts als Teil des Entlassungsschreibens und die Bewertung der Auswirkungen des Medikamentenberichts  Identifizierung der wichtigsten Punkte beim Überleitungsprozess von Schlaganfallpatientinnen und -patienten  Beurteilung des Nutzens von detaillierten Informationen über die Medikamentenänderungen im Entlassungsschreiben an die Hausärztin / den Hausarzt	Prospektive Interventionsstudie	Patientinnen und Patienten $\geq 18$ Jahre, mit einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einem ischämischen Schlaganfall und $\geq 2$ Medikamenten als Entlassmedikation	N = 310 n = 155 Interventionsgruppe Alter: MW = 72,3 Jahre Range = 38–87 Jahre Geschlecht: 55,5 % männlich n = 155 Kontrollgruppe Alter: MW = 70,7 Jahre Range = 32–92 Jahre	Detaillierte Informationen im Entlassungsbrief führten zu einer signifikant höheren Adhärenz im Vergleich zur Kontrollgruppe.  Antithrombotische Medikamente, Statintherapie und die Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren wurden als wichtigste Punkte im Überleitungsprozess identifiziert  Hausärztinnen und Hausärzte bewerteten detaillierte Informationen im Entlassbrief im Durchschnitt als „sehr gut“ (M = 1,2 bis 1,3)

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
				Geschlecht: 53,5 % männlich Zusätzlich Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten (n = 59) zum Nutzen detaillierter Informationen im Entlassbrief (Bewertung 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend)	
Lang et al. (2019)	Untersuchung, welche Probleme Hausärztinnen und Hausärzte an den Schnittstellen von stationärer zu hausärztlicher sowie von hausärztlicher zu ambulanzfachspezialisierter Patientenversorgung, insbesondere bei älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten, wahrnehmen	Qualitative Primärstudie mit leitfadengestützten, teilstrukturierten Interviews	Hausärztinnen und Hausärzte	N = 7 Alter: MW = k. A. Range = 41–70 Jahre Geschlecht: 28,6 % männlich	Die Befragten identifizierten vor allem eine fehlende intersektorale Kommunikation und Kooperation als wesentliche Barrieren im Entlassmanagement. Teilnehmende Hausärztinnen und Hausärzte berichteten über verschiedene Defizite in den Bereichen intersektorale Kommunikation und Kooperation, Entlassmanagement sowie Medikationsmanagement in Bezug auf die Schnittstelle zwischen stationären und ambulanten Bereich. Diesbezüglich unter anderem das Terminmanagement und die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Probleme identifiziert.
Morath et al. (2019)	Struktur- und Inhaltsanalyse von Entlassbriefen bezüglich der Empfehlungen zur Arzneimitteltherapieüberwachung und Vergleich dieser mit den Summary of Product Characteristics/Fachinformationen	Validierungsstudie mit Dokumentenanalyse von Entlassbriefen	Entlassbriefe verschiedener Stationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chirurgie</li> <li>▪ Innere Medizin</li> <li>▪ Neurologie</li> </ul>	N = 154 Entlassbriefe: n = 34 Chirurgie n = 95 Innere Medizin n = 25 Neurologie mit insgesamt 1.180 Medikamenten	In 26 % der Entlassbriefe befand sich mindestens eine Empfehlung zur Arzneimitteltherapieüberwachung. Es wurden insgesamt 66 Empfehlungen zu 57 Medikamenten identifiziert. Knapp die Hälfte der Medikamente im Entlassbrief könnte durch Empfehlungen der Fachinformation ergänzt werden. Am häufigsten

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
					fehlten Angaben zum Grund der Therapieüberwachung, zum Beginn, der Häufigkeit und dem Ende der Verabreichung, sowie Empfehlungen zur Reaktion auf Befunde.
Nowak et al. (2021)	Analyse des Zusammenhangs zwischen Strukturen und Prozessen im Krankenhaus und Erfahrungen von Patientinnen zur Entlassplanung in Brustkrebs-Zentren	Quantitative Sekundäranalyse des Krankenhaus-Qualitäts-Berichtes aus dem Jahr 2014 und Analyse von Survey-Daten	Patientinnen mit Erstdiagnose Brustkrebs und operativem Eingriff innerhalb des Befragungszeitraums	N = 10.750 Alter: MW = 61 Jahre Range = 18– ≥ 80 Jahre Geschlecht: 100 % weiblich	Generell war ein Großteil der Patientinnen und Patienten zufrieden mit den Entlassvorbereitungen. Patientinnen und Patienten fühlten sich besser auf die Entlassung vorbereitet, wenn sie zeitnah über den Entlasszeitpunkt informiert wurden und eine gute Prozessorganisation, sowie eine Kooperation mit zwei weiteren Brustkrebszentren bestand (ein Entlassbrief schien hier keine signifikante Rolle zu spielen). Es bestand kein Zusammenhang zwischen Krankenhausstruktur-Größe-Lehrtätigkeit-Trägerschaft und den Patientenerfahrungen zur Entlassplanung
Saal et al. (2019)	Identifikation von Faktoren, die eine Überleitung von Personen mit Schlaganfall aus dem Akutkrankenhaus oder der stationären Rehabilitation in die ambulante Versorgung beeinflussen und Ableitung von Ansätzen der Prozessoptimierung	Leitfadengestützte, strukturierte Interviews, Fokusgruppen, standardisierte Befragung, Scoping Review	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen bzw. Patienten ≥ 18 mit einer Hauptdiagnose I61 bzw. I63 (ICD 10), einer geplanten Entlassung in das häusliche Umfeld und einem bestehenden Therapiebedarf zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. einem Punktwert ≥ 2 auf der modifizierten Rankin Scale (mRS).</li> </ul>	N = 128 Untergruppen: n = 110 (n = 21 aus Akutklinik, n = 89 aus Rehabilitationsklinik) Alter: MW = 67,3 Jahre in Akutklinik, MW = 67,8 Jahre in Reha-Klinik Geschlecht: 50 % männlich	Es wurden verschiedene Faktoren auf Individual-, Organisations-, und Systemebene identifiziert, die aus Sicht der Befragten den Überleitungsprozess beeinflussen können und teilweise Empfehlungen formuliert. Die Individualebene betreffend wurden beispielsweise die Erkrankungsschwere oder das Vorhandensein sozialer Unterstützung als relevant gesehen. Auf Organisationsebene beschrieben die Teilnehmenden insbesondere Kommunikationsprozesse und benannten z. B. eine fehlende interdisziplinäre oder intersektorale Abstimmung als ungünstig wirkende Faktoren. Außerdem wurde der Entlassbrief,

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falls vorhanden, wurden die behandelnden Logo – Physio – und Ergotherapeutinnen bzw. therapeuten der Patientinnen und Patienten zusätzlich befragt.</li> <li>▪ Experteninterviews mit Fachärztinnen und Fachärzten im stationären und ambulanten Sektor.</li> </ul> <p>Scoping Review:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 systematische Übersichtsarbeiten</li> <li>▪ 21 randomisierte Studien</li> <li>▪ 5 kontrollierte Studien</li> </ul>	<p>n = 18 nicht-ärztliche Heilberufe Alter: k. A. Geschlecht: 16,7 % männlich</p> <p>n = 14 Ärztinnen und Ärzte Alter: k. A. Geschlecht: k. A.</p> <p>n = 84 Therapeutinnen bzw. Therapeuten Alter: k. A. Geschlecht: k. A.</p>	als ein wesentliches Mittel zur Informationsweitergabe gesehen, sowie die Bedeutung zeitlicher Aspekte und der Verantwortungsreichweite diskutiert. Auf Systemebenen wurden z. B. bürokratische Hürden diskutiert, die aus Perspektive der Befragten die Überleitung erschweren.
Schönemann-Gieck et al. (2018)	Evaluation eines sektorenübergreifenden Überleitungsverfahrens für Patienten mit sozialen Hilfebedarfen – Welche Barrieren zeigen sich bei der Implementierung und welche Aussagen können über die Wirksamkeit eines solchen Verfahrens getroffen werden?	Evaluationsstudie eines strukturierten Entlassmanagement	<p>Patientinnen und Patienten ≥ 65 Jahre, die nach Hause entlassen werden sollen und mindestens einen der drei folgenden Unterstützungsbedarfe aufweisen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fehlen einer handlungsfähigen und handlungsbereiten Bezugsperson (z. B. keine verfügbaren Angehörigen, Nachbarn oder andere Bezugspersonen, keine Anbindung</li> </ol>	<p>N = 75 n = 50 stationär n = 35 nachstationär (bei n = 10 Personen wurden sowohl Klinik- als auch Beratungsdaten erhoben) Alter: MW = 81 Jahre Range = 61–96 Jahre Geschlecht: 29 % männlich</p>	Bei 71,4 % der Teilnehmenden übernahm der Sozialdienst des Krankenhauses die Einschaltung einer ambulanten Beratungsstelle, wohingegen bei 14,3 % der Patientinnen und Patienten diese eigenständig, durch Angehörige oder einen ambulanten Pflegedienst erfolgte. Die Beratungsstellen übernahmen innerhalb der ersten zwei Wochen nach Entlassung bei mehr als der Hälfte der Befragten eine Beratungsfunktion und die Einleitung ambulanter Pflege- und Hauswirtschaftsdienste. Außerdem wurden Pflegebegutachtungen initiiert, Unterstützung bei der Beantragung finanzieller Mittel und Einleitung rechtlicher



Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
			<p>an professionelle Dienste)</p> <p>2. Erkrankung mit daraus folgender Beeinträchtigung der Versorgung (z. B. hauswirtschaftlicher oder pflegerischer Bedarf, Hilfsmittelbedarf)</p> <p>3. unklare häusliche Versorgungssituation (z. B. Barrieren im häuslichen Umfeld, Hinweise auf Verwahrlosung, finanzieller Unterstützungsbedarf)</p>		Vorsorgemaßnahmen geleistet und die Kontaktherstellung zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt, z. B. für Verordnungen übernommen. 14 Tage nach Entlassung wurde die Versorgungsstabilität in 32,1 % der Fälle noch als eher oder sehr instabil bewertet und es konnte nur bei jedem Zehnten die Nachsorge abgeschlossen werden
Send et al. (2014)	Untersuchung der Auswirkungen eines um zusätzliche Informationen erweiterten schriftlichen Medikationsplans auf das Aufklärungsverhalten von Ärzten beim Entlassgespräch sowie das anschließende Wissen der Patientinnen und Patienten zu ihrer Arzneimitteltherapie	Prospektive Interventionsstudie	Patientinnen und Patienten einer psychosomatischen, gastroenterologischen und endokrinologischen Station, die mindestens ein Medikament einnahmen und aus dem Krankenhaus entlassen werden sollten	<p>N = 90</p> <p>(n = 16 Assistenzärztinnen bzw. Assistenzärzte)</p> <p>n = 50 vor der Intervention</p> <p>Alter: MW = 62,3 Jahre</p> <p>Range = 24–89 Jahre</p> <p>Geschlecht: 52 % männlich</p> <p>n = 40 nach der Intervention</p> <p>Alter: MW = 56,2 Jahre</p> <p>Range = 23–81 Jahre</p>	Es gab keinen Unterschied in der Gesprächsdauer vor und nach der Intervention. Die Zeit, die für die Information zu den Medikamenten aufgewendet wurde stieg nach der Intervention um 61,7 %. Nach der Intervention wurde zu 98,9% der Medikamente Informationen erteilt und bei 84,6 % mindestens eine Empfehlung zur Verabreichung ausgesprochen, im Vergleich zu 75,1 % vor der Intervention. Nach der Implementierung des schriftlichen Medikationsplans mit zusätzlichen Informationen, konnten Patientinnen und Patienten signifikant häufiger alle Fragen zur Medikation richtig beantworten als vor der Intervention (60 % im Vergleich zu 17,9 %)

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
				Geschlecht: 40 % männlich	
Tetzlaff et al. (2018)	Analyse des Ausmaßes der Polypharmakotherapie bei älteren Patientinnen und Patienten im Zeitraum des kritischen Übergangs von der stationären zur ambulanten Versorgung	Analyse von Abrechnungsdaten	Versicherte, die <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mindestens das 60. Lebensjahr erreicht haben</li> <li>▪ aus einer stationären Versorgung entlassen wurden</li> <li>▪ mindestens ein Rezept in der Apotheke im poststationären Zeitraum von 30 Tagen einlösten</li> <li>▪ mindestens einen oder mehrere Ärzte im poststationären Zeitraum von 30 Tagen aufsuchten</li> </ul>	N = 41.041 Alter: Median (Männer) = 75 Jahre, Median (Frauen) = 80 Jahre Range = 60– ≥ 80 Jahre Geschlecht: 38,1 % männlich	Frauen ab dem 70. Lebensjahr haben ein um 30 % signifikant höheres Risiko einer Polypharmakotherapie als Frauen jüngeren Alters, wohingegen bei Männern kein Zusammenhang zwischen Alter und Polypharmazierisiko festgestellt wurde. Eine steigende Anzahl an der Behandlung beteiligter Ärztinnen bzw. Ärzte ist unabhängig von der Anzahl der Erkrankungen und des Alters mit einem erhöhten Risiko einer Polypharmakotherapie assoziiert. Zusätzlich wurde die Wohnregion als Determinante von Polypharmazie identifiziert. Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter, aber zwischen Polypharmazie, Geschlecht sowie der Anzahl an Behandlern und dem Risiko einer inadäquaten Medikation.
Tezcan-Güntekin (2017)	Umgang mit Medikation durch Professionelle, Erkrankte und Angehörige im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit	Qualitative Primäranalyse mit Fokusgruppen	Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer, die im Rahmen des Projektes „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ ( <i>German Diagnosis Related Groups</i> ) pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen im Übergang vom Krankenhaus in die Häuslichkeit betreuen	N = 42 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Es konnten drei Problemkategorien bezüglich der Medikation identifiziert werden: Fehllumgang mit Medikation durch Mitarbeiter des Krankenhauses, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige (z. B. unnötige Weiterverschreibung von nicht mehr benötigten Medikamenten); Irritationen durch Medikamentenumstellungen (z. B. bei der Aufnahme ins Krankenhaus) und kurzfristige Entlassungen und Medikationsprobleme (z. B. durch fehlende oder unvollständige Medikationspläne).

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Geschlecht)	Hauptergebnisse
Thoma und Waite (2018)	Welche Faktoren tragen zu einer effektiven Zusammenarbeit zwischen Case Management mit pflegerischem Hintergrund (Nurse Case Management), Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und Patientinnen und Patienten im Rahmen der Entlassungsplanung bei?	Qualitative Primäranalyse mit semistrukturierten Interviews	Case Managerinnen und Case Manager mit pflegerischem Hintergrund eines deutschen Lehrkrankenhauses	N = 8 Alter: MW = k. A. Range = 30–45 Jahre Geschlecht: 12,5 % männlich	Die Befragten sahen sich in einer Schlüsselrolle in der Entlassplanung, während der sie die Funktion der Wissensvermittlung und der Kontaktherstellung zwischen Patientinnen bzw. Patienten und den beteiligten Akteuren einnahmen. Probleme in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ergaben sich durch ein mangelndes Verständnis der Rolle von Case-Managerinnen und Case-Managern im Prozess, sowie durch fehlendes Wissen über Patientinnen und Patienten. Situationen, die eine sichere Entlassung beeinträchtigten waren: kurzfristige Entlassungen, wenn ihre Meinung durch ärztliches Personal unberücksichtigt blieb oder wenn eine vereinbarte Entlassungsplanung geändert wurde.

Abkürzungen: k. A. = keine Angabe, MW = Mittelwert, N = Gesamtzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe

## Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der eingeschlossenen Studien zu patientenrelevanten Themen

### Überblicksarbeiten

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Übersichtsarbeit / Anzahl Studien	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Allen et al. (2017)	Wie erleben ältere Menschen selbst, pflegende Angehörige, sowie Krankenhauspersonal und Nachversorger den Übergang älterer Menschen aus dem Krankenhaus nach Hause?	Systematisches Review N = 20 Studien	Ältere (multimorbide) Patientinnen und Patienten, sowie deren pflegenden Angehörigen; Leistungserbringer	N = 1.144 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Aufklärung und emotionale Unterstützung im Rahmen des Entlassmanagements helfen den Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung von Problemen für die Zeit nach Entlassung. Zeitdruck und fehlende Kommunikation der Leistungserbringer werden negativ und die Einbindung von nachversorgenden Leistungserbringern und Pflegediensten positiv hervorgehoben. Der Einbezug von Patientinnen, Patienten und Angehörigen in das Entlassmanagement wird als wichtig erachtet.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Patientinnen, Patienten und Angehörige	n = 719 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	
			Leistungserbringer	n = 425 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	
Blakey et al. (2017)	Wie erleben ältere Patientinnen und Patienten die Wiederaufnahme ins Krankenhaus?	Systematisches Review N = 6 Studien	Ältere Patientinnen und Patienten über 65 Jahre, die ins Krankenhaus wieder aufgenommen wurden	N = 68 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Ältere Patientinnen und Patienten fühlten sich beim Entlassprozess nicht ausreichend informiert und nicht genug in Pläne und Gespräche einbezogen. Zudem wurde von mangelhaften oder widersprüchlichen Informationen berichtet, die teilweise zu Komplikationen nach Entlassung beitragen. Bedenken der Patientinnen und Patienten nicht bereit zu sein für die Entlassung bzw. zu früh nach Hause entlassen zu

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Übersichtsarbeit / Anzahl Studien	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
					werden, wurden vom Krankenhauspersonal nicht adressiert. Patientinnen und Patienten fühlten sich unsicher, sich an die neuen Lebensumstände zu gewöhnen, und äußerten den Wunsch dahingehend mehr unterstützt zu werden.
Callister et al. (2020)	Welche Erfahrungen beschreiben betreuende Personen von Patientinnen und Patienten, die kürzlich aus dem (Akut)Krankenhaus entlassen wurden bezüglich der Koordination der Versorgung nach Entlassung?	Qualitative Metaanalyse N = 12 Studien	Betreuende Personen von Patientinnen und Patienten über 18 Jahre	N =377 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A..	Die pflegenden Personen äußerten Bedarfe bezüglich Kommunikation, Informationen, Erreichbarkeit des Gesundheitspersonals und der Wahrnehmung ihrer Rolle als betreuende Person.
Chenowet et al. (2015)	Welchen Einfluss haben Entlassprozesse auf Patientinnen und Patienten mit Demenz und deren kontinuierliche Weiterversorgung?	Systematisches Review N = n. a.	Ältere Patientinnen und Patienten sowie deren Pflegende	N = n. a. Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Probleme, die im Prozess des Entlassmanagements beschrieben werden, sind mangelhafte Entlassdokumente (bspw. fehlende Information zur erfolgten Behandlung im Krankenhaus, ausstehende Testresultate oder Änderungen in der Medikation) sowie eine mangelhafte Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und nachsorgenden Leistungserbringern. Weiterhin wird bemängelt, dass Entlassdokumente teilweise erst nach mehreren Tagen beim Hausarzt eintreffen. Außerdem wird von zu frühen Entlassungen berichtet, wenn die Patientinnen und Patienten sich noch nicht bereit dazu fühlen. Aufgrund von Brüchen in der Versorgung nach Entlassung, können gehäuft Wiederaufnahmen auftreten. Darüber hinaus wird berichtet, dass Patientinnen und Patienten unzureichende Informationen erhalten,

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Übersichtsarbeit / Anzahl Studien	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
					z. B. zur Medikation, zur Prognose oder zur Notwendigkeit von Follow-up Besuchen bei ihrem Hausarzt, oder dass Patientinnen und Patienten erst kurz vor der Entlassung über ihren Zustand und Medikation informiert werden, und dass sie diese Information teilweise nicht verstehen. Weiterhin werden die persönlichen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Zeit nach ihrer Entlassung (bspw. hinsichtlich häuslichen Unterstützungsbedarfs) nicht immer erfasst.
Hestevik et al. (2019)	Was sind die Erfahrungen von älteren Personen bezogen auf die Anpassung an das tägliche Leben nach der Entlassung aus dem Krankenhaus?	Qualitative Meta-Summary N = 13 Studien	Patientinnen und Patienten über 65 Jahre	N = 195 Anteil Frauen: n = 95 Alter: k. A.	Angegebene Kritikpunkte der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Entlassung waren u.a. Informationsmängel, eine schlecht geplante Entlassung, mangelnder Einbezug in die Versorgung und Schwierigkeiten bei der Medikamentenumstellung.
Lilleheie et al. (2019)	Wie ist die Datenlage bezogen auf die berichteten Erfahrungen älterer Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren hinsichtlich ihrer Teilnahme am Entlassungsprozess im Krankenhaus?	Meta-Summary N = 18 Studien	Patientinnen und Patienten über 65 Jahre	N = 262 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Ältere Patientinnen und Patienten wollten unterschiedlich stark in den Entlassprozess eingebunden werden. Nur wenige Patientinnen und Patienten hatten die Gelegenheit sich an Entscheidungen zu ihrer Entlassung zu beteiligen.
Naylor et al. (2017)	Wie muss die Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geregelt werden, damit sie den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie pflegenden Angehörigen angemessen ist?	Systematisches Review N = 33 Studien, zusätzlich zu schon vorhandenen Wissensbeständen	Patientinnen, Patienten mit Medicare-Ansprüchen, bei denen ein poststationäres Versorgungsrisiko besteht (z. B. chronische Krankheiten, kognitive Einschränkungen, geringe	N = k. A. Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	In der Studie wurden 8 Komponenten identifiziert, welche eine Rolle im Entlassmanagement spielen. Zu diesen gehören die aktive Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen in den Entlassprozess, z. B. indem sie in Ent-

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Übersichtsarbeit / Anzahl Studien	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
			Gesundheitskompetenz), sowie deren Angehörige		scheidungsprozesse zur Planung der Entlassung eingebunden werden. Weiterhin ist es wichtig, Patientinnen, Patienten und deren Angehörige zu schulen, bspw. zu einer gesünderen Lebensweise oder durch die Vermittlung von Fähigkeiten, welche für die Pflege nach der Entlassung wichtig sind. Darüber hinaus wird betont, dass es wichtig ist, die Weiterversorgung nach der Entlassung zu organisieren, bspw. durch effektive und zeitnahe Kommunikation zwischen Krankenhaus und kommunaler Gesundheitsversorgung oder der Sicherstellung von häuslicher Pflege.
Tobiano et al. (2019)	Wie nehmen Patientinnen und Patienten die Kommunikation über Medikamente bei der Aufnahme und der Entlassung aus dem Krankenhaus wahr?	Systematisches Review N = 16 Studien	Erwachsene Patientinnen und Patienten	N = 3.075 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Patientinnen und Patienten äußern das Bedürfnis nach weitergehenden Informationen zu ihrer Medikation. Diese medikationsbezogene Information ist auch für Angehörige relevant. Patientinnen und Patienten wollen zudem mehr Verantwortung hinsichtlich ihrer Medikamente übernehmen und an den Absprachen zur Medikation einbezogen werden.

Abkürzungen: k. A. = keine Angabe, MW = Mittelwert, N = Gesamtzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe

## Quantitative Primärstudien

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Braet et al. (2016b)	Wie unterscheidet sich die Qualität der Übergänge aus dem Krankenhaus in die Weiterversorgung/Häuslichkeit und welchen Einfluss hat dies auf Wiederaufnahme, Sterblichkeit, Besuch der Notfallambulanz?	Kohorten-Studie Fragebögen	Erwachsene Patientinnen und Patienten, die wegen Herzversagen, Pneumonie oder Hüft- oder Knieersatz im Krankenhaus aufgenommen und nach Hause entlassen wurden, sowie Hausärztinnen und Hausärzte	N = 233 Patientinnen und Patienten Anteil Frauen: n = 114 Alter: 18-60 Jahre: n = 49 61-80 Jahre: n = 138 > 80 Jahre: n = 46  Ärztinnen und Ärzte N = k. A. Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen ist v.a. Aufklärung hinsichtlich ihrer Erkrankung, möglichen Warnsignalen und der Entlassmedikation sowie bei Bedarf entsprechende und Schulungen wichtig. Um die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, ist das pünktliche Aushändigen eines vollständigen Entlassbriefs relevant. Dies beeinflusst auch die Wiederaufnahmerate oder andere poststationäre Ergebnisse (Besuch der Notfallambulanz, Tod).
Bragstad et al. (2014)	Welches Ausmaß an Beteiligung haben Angehörige bei der Planung der Entlassung erlebt?  Gibt es einen Unterschied bei der Beteiligung am Entlassprozess zwischen jüngeren und älteren Angehörigen?	Survey auf Basis von Telefoninterviews	Patientinnen und Patienten (80 Jahre und älter) sowie nahe Verwandte, die von zu Hause ins Krankenhaus kamen und dann in die Langzeitpflege aus dem Krankenhaus entlassen wurden.	N = 516 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Den Angehörigen ist es wichtig, die Medikamentenbehandlung und den Zeitpunkt der Entlassung zu beeinflussen. Jüngere Angehörige mit einem Durchschnittsalter von 55 Jahren hatten eine bessere Kooperation mit dem Krankenhaus im Entlassungsprozess, wurden in diesen allgemein eher eingebunden und bekamen mehr Informationen zum Status der Patientinnen und Patienten im Vergleich zu älteren Angehörigen mit einem Durchschnittsalter von 80 Jahren. Die Mehrheit der Angehörigen wurde beim Entscheidungsprozess höflich und respektvoll behandelt.
			Untergruppen:  Patientinnen und Patienten	n = 254 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	



Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
			Pflegende Angehörige	n = 262 Anteil Frauen: n = 165 Alter: MW = 59,9 Jahre	
Boge et al. (2019)	Welcher Zusammenhang besteht aus Sicht älterer Patientinnen und Patienten zwischen dem Entlassgespräch und der Qualität der Entlassung?	Zwei Fragebögen (DICARES-M, modifiziert; (NORPEQ) per Post einen Monat nach Entlassung	Patientinnen und Patienten über 65 Jahre, die sich länger als 24 Stunden im Krankenhaus aufgehalten haben	N = 487 Medizinische Stationen: n = 9; Chirurgische Stationen: n = 11 Anteil Frauen: n = 254 Alter: MW = 78,5 Jahre	Patientinnen und Patienten mit Entlassgespräch gaben eine höhere Qualität der Entlassung gemessen mit dem Discharge Care Experience Survey (Themenbereiche u.a. Krankheitsbewältigung nach Entlassung, Beteiligung am Entlassprozess, Aufklärung zu Verhaltensregeln, Entlassbereitschaft) an. Diese war stärker ausgeprägt, wenn das Entlassgespräch als nützlich wahrgenommen wurde.
Crow (2018)	Welche Versorgungserfordernisse und Bedürfnisse haben Schlaganfallpatientinnen und -patienten ca. zwei Wochen nach der Entlassung?	Querschnittsstudie mit Telefoninterviews	Patientinnen und Patienten, die aus der HASU („hyper-acute stroke unit“) entlassen wurden und wieder genesen sind	N = 21 Anteil Frauen: 11 Alter: MW = 71,8 Jahre Range = 32–98 Jahre	Patientinnen und Patienten sind Information und Aufklärung, die ihre emotionalen Probleme adressieren wichtig, da Depressionen und Ängste bei Schlaganfallpatientinnen und -patienten üblich sind. Weiterhin sind Informationen zur Prävention von Schlaganfällen, sowie zu Medikamenten, zum Gesundheitszustand, zu Symptomen, Veränderungen im alltäglichen Leben, zum weiteren Behandlungsverlauf oder weiteren notwendigen Behandlungen wichtig.
Dai et al. (2019)	Wie nehmen Patientinnen und Patienten mit Verbrennungen ihre Versorgung und Entlassung aus dem Krankenhaus wahr?	Survey-Daten	Patientinnen und Patienten, die wegen Verbrennungen im Krankenhaus behandelt wurden	N = 610 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A. Fragebögen mit Freitext-Kommentaren für Inhaltsanalyse:	Patientinnen und Patienten berichten von Problemen bei der Beschaffung von medizinischen Hilfsmitteln zur Wundversorgung sowie Probleme beim Erhalt von Medikamenten bei der Entlassung. Weiterhin werden unzureichende Instruktionen zur

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
				n = 391, davon n = 28 mit Erfahrungen zur Entlassung	Wundversorgung nach Entlassung, sowie eine unzureichende Koordination von Maßnahmen nach der Entlassung, wie etwa Behandlungstermine nach Entlassung, genannt.
Dietrich et al. (2019)	Welche Gründe sehen Patientinnen und Patienten im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten für Krankenhauswiederaufnahmen?	Standardisierte Befragung (COMPARE-survey; über Wiederaufnahmereport des Krankenhauses rekrutiert)	Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte	N = 168 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Die häufigsten Gründe für eine Wiederaufnahme waren eine zu frühe Entlassung, Komorbiditäten, und fehlende Fähigkeiten zur Selbstsorge.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Patientinnen und Patienten	n = 131 Anteil Frauen: n = 74 Alter: MW: 60,1 Jahre	
			Ärztinnen und Ärzte	n = 37 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	
Enlow et al. (2014)	Wie erleben Eltern mit niedrigem sozio-ökonomischem Status den Übergang von der Neo-ITS nach Hause und wie unterscheiden sich diese Erlebnisse von den Einschätzungen der Pädiaterinnen und Pädiater?	Survey-Daten	Eltern von Kindern auf der Neo-ITS sowie Pädiaterinnen und Pädiater in der Nachversorgung	N = 96	Ein Großteil der Eltern fühlte sich durch das Krankenhaus gut auf die Entlassung vorbereitet, allerdings äußerten die Eltern das Bedürfnis nach mehr Information zu Entwicklungsstörungen sowie zum Verhalten und der Stimmung bei ihren Kindern. Zudem berichten einige Eltern, dass sie Probleme hatten Ansprechpartner für die Pflege nach der Entlassung zu kontaktieren und mit Termine zu vereinbaren. Pädiaterinnen und Pädiater erwarteten deutlich mehr Probleme beim Übergang aus
			<i>Untergruppen:</i>		
			Eltern	n = 79 Anteil Frauen: k. A. Alter Frauen: < 26 Jahre n = 28	

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
				26–35 Jahre n = 34 > 35 Jahre n = 17	dem Krankenhaus nach Hause, als die Eltern tatsächlich berichteten.
			Pädiaterinnen und Pädiater	n = 17 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	
Franzon et al. (2018)	Wie unterscheiden sich die Zufriedenheitswerte von Patientinnen und Patienten mit Kreislauferkrankungen zwischen verschiedenen soziodemografischen Gruppen in Bezug auf ihre Entlassung?	Retrospektive Querschnittstudie mit Survey-Daten	Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären und zerebrovaskulären Erkrankungen, die kürzlich aus dem Krankenhaus entlassen wurden	N = 536 Anteil Frauen: n = 211 Alter: Median = 74 Jahre	Frauen sind signifikant unzufriedener mit der Mitgabe schriftlicher Information sowie kommunizierten Warnsignalen. Patientinnen und Patienten über 80 sind signifikant unzufriedener mit dem Einbezug in die Entlassungsplanung, dem Entlassungsservice, sowie der Information zu Warnsignalen. Patientinnen und Patienten mit geringeren Einkommen, sind signifikant unzufriedener mit dem Einbezug in die Entlassungsplanung, sowie den Kontaktdaten, die mitgegeben wurden. Über ein Drittel der Patientinnen und Patienten war unzufrieden mit der Mitgabe von schriftlichen Informationen.
Freyer et al. (2016)	Untersuchung, wie gut Patientinnen und Patienten über ihre Entlassungsmedikation informiert sind und welche Faktoren Einfluss auf den Wissensstand der Patienten haben.	Survey-Daten	Internistische Patientinnen und Patienten mit eigenverantwortlicher Anwendung mindestens eines Arzneimittels, die nach Hause entlassen werden	N = 179 (davon bei 21 Interviews Angehörige anwesend) Alter: k. A. Geschlecht: 39,7 % männlich	Patientinnen und Patienten konnten im Durchschnitt knapp die Hälfte ihrer Entlassmedikamente nicht richtig benennen. Es wurden folgende Einflussfaktoren für Wissensdefizite identifiziert: Fehlender Medikationsplan, höheres Lebensalter, Hospitalisierung in einem Rehabilitationskrankenhaus und längere Hospitalisierung. Patientinnen und Patienten, die häufiger

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
				Akutkrankenhaus: n = 100 Alter: Median = 73 Jahre Geschlecht: 50 % männlich Rehabilitationskrankenhaus: n = 79 Alter: Median = 81 Jahre Geschlecht: 27 % männlich	Entlassmedikamente richtig benannt, nutzen häufiger Medikationspläne.
Lash et al. (2019)	Welche Auswirkungen haben die Abgabe von Entlassmedikation am Krankenbett sowie der Beratungsdienst durch Apotheker (Meds-to-Beds) auf die 30-Tage-Wiederaufnahme?	Retrospektive Kohortenstudie	Patientinnen und Patienten die aus einem Krankenhaus in den USA entlassen wurden  <i>Untergruppen:</i> Meds-to-Beds-Kohorte  Kontrollkohorte	N = 344 Anteil Frauen: n = 173 Alter: k. A.  n = 174 Anteil Frauen: n = 86 Alter: Median = 47 Jahre  n = 170 Anteil Frauen: n = 93 Alter: Median = 51 Jahre	In der Meds-to-Beds Gruppe mit einer Verbesserung der Aufklärung zur Medikation und der Verteilung der Medikamente gab es signifikant weniger 30-Tage-Wiederaufnahmen als in der Kontrollgruppe.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Mabire et al. (2019)	Welche strukturellen und prozessbezogenen Faktoren haben einen Einfluss auf die Entlassbereitschaft von Patientinnen und Patienten?	Survey-Daten	Patientinnen und Patienten (18 Jahre und älter), die mindestens 48 h in einem Krankenhaus behandelt wurden sowie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger	N = 3.588 Anteil Frauen: n = 2.353 Alter: Range = 19–97 Jahre	Die Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten hing u.a. von der medizinischen Abteilung, ihrem Gesundheitszustand, ihrer Bewertung bei der Selbstpflege und Symptommanagements und der Erfahrung des Pflegepersonals ab.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Pflegekräfte	n = 1.833 Anteil Frauen: n = 1610 Alter: MW = 35,3 Jahre Range = 20–64 Jahre	
			Patientinnen und Patienten	n = 1.755 Anteil Frauen: n = 743 Alter: MW = 67 Jahre Range = 19–97 Jahre	
McCusker et al. (2020)	Wo sehen pflegende Angehörigen von älteren Patientinnen und Patienten Defizite bzgl. des Übergangs vom Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit?	Querschnittsstudie mit Survey-Daten	Angehörige von Patientinnen und Patienten, die 65 Jahre oder älter sind	N = 292 Anteil Frauen: n = 183 Alter: k. A.	Pflegende Angehörige wünschen sich, dass die Entlassplanung nicht nur auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, sondern auch auf deren Bedürfnisse ausgelegt wird. Sie möchten über den medizinischen Zustand der Patientinnen und Patienten aufgeklärt und auf deren Pflege zuhause vorbereitet werden. Ferner wünschen sie sich Ansprechpartner, an die sie sich bei Bedarf wenden können.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Patientinnen und Patienten	n = 146 Anteil Frauen: n = 73 Alter: MW = 82,8 Jahre	

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
			Angehörige	n = 146 Anteil Frauen: n = 110 Alter: MW = 64 Jahre	
			Angehörige	n = 151 Anteil Frauen: n = 90 Alter: MW = 56 Jahre	
Tverdal et al. (2018)	Ziel ist es, den Entlassungsprozess von Patientinnen und Patienten mit einer traumatischen Hirnverletzung aus einem Traumakrankenhaus sowie die Erfahrungen und die Zufriedenheit mit dem Versorgungsübergang zu beschreiben.  Identifizieren der Patientenerfahrung und Zufriedenheit mit dem Versorgungsübergang.  Bewertung der Zusammenhänge zwischen Entlassungsprozess und Patientenzufriedenheit sowie der Qualität des Versorgungsüberganges.	Prospektiv-retrospektive Beobachtungsstudie  Follow-up-Befragung 6 Monate nach Entlassung	Patientinnen und Patienten (16 Jahre und älter) mit einer traumatischen Hirnverletzung	N = 74 Anteil Frauen: n = 22 Alter: MW = 44 Jahre Range = 16–85 Jahre	Die wichtigsten Faktoren, die die Gesamtzufriedenheit und die Qualität der Versorgungsüberleitung beeinflussen, waren die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten bezüglich der Beteiligung an der Versorgungsüberleitung und der Koordination der Versorgung. Ein Drittel der Patientinnen und Patienten gab an nicht in den Entlassungsprozess involviert gewesen zu sein. Zudem berichtete ein Drittel der Befragten keine Kontinuität bei ihren Versorgungsüberleitungen. Befragte mit schwereren Verletzungen waren weniger zufrieden mit den Überleitungen und der Qualität der Versorgung.
Vollrath et al. (2019)	Untersuchung der Verbesserung der Zubereitung der Säuglingsnahrung durch die Eltern während des Krankenhausaufenthalts, die Erhöhung der Mischgenauigkeit nach der Entlassung und die Verhinderung der Wiederaufnahme von Säuglingen ins Krankenhaus.	Interventionsstudie	Eltern von stationär aufgenommenen Säuglingen, die eine Intervention erhalten haben	k. A.	Standardisierte Schulungen zur Zubereitung der Säuglingsnahrung führten zu höherer Mischgenauigkeit nach der Entlassung und verminderter Wiederaufnahme.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Wright et al. (2017)	Wie erleben stationäre Patientinnen und Patienten den Prozess der Entlassung?	Survey-Daten mit teilweise offenen Fragen	Stationäre Patientinnen und Patienten der medizinischen und chirurgischen Stationen, die nach Hause entlassen wurden	N = 104 Anteil Frauen: n = 42 Alter: MW = 55 Jahre Range = 19–93 Jahre	Patientinnen und Patienten sind zum großen Teil mit ihrer Entlassung zufrieden. Jedoch wurden Verzögerungen am Entlassungstag aufgrund von langen Wartezeiten auf die Entlassmedikation negativ bewertet und eine schnellere Versorgung mit Medikamenten als Verbesserungsvorschlag vorgebracht. Zudem äußerten die Patientinnen und Patienten das Bedürfnis stärker am Entlassprozess beteiligt zu werden.

Abkürzungen: k. A. = keine Angabe, MW = Mittelwert, N = Gesamtzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe

### Qualitative Primärstudien

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Allen et al. (2018)	Wie nehmen ältere Patientinnen und Patienten bzw. deren pflegende Personen die Entlassung bzw. den Übergang vom Krankenhaus nach Hause wahr?	Semistrukturierte Interviews	Gebrechliche Patientinnen und Patienten 70 Jahre und älter sowie Pflegende	N = 19 (n = 12 Patientinnen und Patienten, n = 7 Pflegende) Alter: MW = 78,9 Jahre Range = 45–94 Jahre Anteil Frauen: n = 16	Das Pflege- und Assistenzpersonal sowie Ärztinnen und Ärzte sollten freundlich und hilfsbereit sein sowie auf die Patientinnen und Patienten eingehen. Außerdem ist der Einbezug in den Entlassprozess und den Zeitpunkt der Entlassung wichtig. Teilnehmende wünschen sich auch einen ausführlichen Entlassbrief und Zugang zu relevanten Informationen.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Allum et al. (2018)	Welche Art der Unterstützung ist Patientinnen und Patienten wichtig, um nach einer kritischen Erkrankung gesund zu werden?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten (Critical Care Survivors), die einen mindestens 48-stündigen Aufenthalt wegen einer kritischen Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren hatten	N = 12 Anteil Frauen: n = 7 Alter: k. A	Für eine erfolgreiche Genesung ist den Patientinnen und Patienten wichtig, auf die Zeit zu Hause vorbereitet zu werden und eine Ansprechperson im Krankenhaus zu haben. Weiterhin ist eine gut vorbereitete, nicht übereilte, Entlassung wichtig. Patientinnen und Patienten äußern das Bedürfnis, ausreichend Gelegenheit zu haben, Fragen zu stellen. Zudem wird der Bedarf nach patientenindividuellen Informationen zu Diagnose, Zustand, zur Art und Dauer von körperlichen Einschränkungen nach Entlassung sowie Informationen zu einzunehmenden Medikamenten ersichtlich.
Andersen et al. (2017)	Welche Erfahrungen haben COPD Patientinnen und Patienten beim Einbezug in der Zeit um die Entlassung aus dem Krankenhaus herum und in der anschließenden täglichen Pflege zu Hause gemacht?	Teilnehmende Beobachtung Interviews	Patientinnen und Patienten mit COPD, die eine akute COPD-Exazerbation (AECOPD) innerhalb von 6 Monaten nach der Stabilisierung ihrer Erkrankung erlebt haben	N = 15 Anteil Frauen: n = 10 Alter: MW = 69 Jahre Range = 55–86 Jahre	Für die Patientinnen und Patienten ist es wichtig, ausreichend Zeit für die Vorbereitung der Entlassung zu haben. Informationen über den Gesundheitszustand, Behandlung und Pläne sind ebenfalls wichtig; dabei sollten Patientinnen und Patienten mehrfach die Gelegenheit haben über die Informationen zu sprechen. Zu Hause hilft es den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zu haben, sich erneut an das Krankenhauspersonal zu wenden, wenn es Unklarheiten gibt.



Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Andreasen et al. (2015)	Wie erleben gebrechliche ältere Menschen ihren Alltag eine Woche nach Entlassung?	Semistrukturierte Interviews	Gebrechliche ältere Patientinnen und Patienten über 65 Jahre, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden	N = 14 Anteil Frauen: n = 7 Alter: MW = 80,6 Jahre Range = 69–93 Jahre	Der Übergang vom Krankenhaus in den häuslichen Kontext wurde von den Patientinnen und Patienten oft als unsicher und problematisch erlebt. Insbesondere der Kontakt mit dem Gesundheitssystem verursachte Frustration und Sorgen, beispielsweise durch mangelnde Unterstützung im Haushalt durch Sozialdienste unmittelbar nach der Entlassung bzw. unzureichende häusliche Krankenpflege, sowie durch Unzuverlässigkeit von vereinbarten Terminen zur ärztlichen Weiterbehandlung nach Entlassung. Darüber hinaus wurde mangelnde Information zur Medikation, sowie eine unzureichende Abstimmung bei der Medikation zwischen Krankenhaus und ambulanter Weiterversorgung genannt. Eine unzureichende Versorgung mit Hilfsmitteln war ebenfalls ein Grund für Unzufriedenheit und Unsicherheit nach Entlassung.
Aydon et al. (2018)	Wie erleben Eltern von frühgeborenen den Übergang von der neonatalen Intensivstation nach Hause?	Semistrukturierte Interviews	Eltern von frühgeborenen Babys im Alter von 28-32 Wochen	N = 40 Anteil Frauen: n = 20 Alter: k. A	Einzelne Eltern hatten das Gefühl nicht ausreichend Informationen zur Entlassung zu erhalten, andere äußerten den Bedarf nach einer Vorbereitung. Selbstständig für das Kind sorgen zu können war ein wichtiges Thema während und nach der Entlassung. Am Tag der Entlassung selbst fühlten sich die Eltern teilweise zeitlich unter Druck gesetzt, das Krankenhaus zu verlassen. Zudem wiesen einige Eltern auf Mängel bei der Organisation der Entlassung am

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
					Entlasstag hin (u.a. hinsichtlich der zeitlichen Planung der Entlassung und der rechtzeitigen Information hierzu). Zu Hause angekommen, fühlte sich ein Teil der Eltern nicht ausreichend vorbereitet und hatten teilweise Ängste, das Baby alleine zu versorgen.
Backman et al. (2019)	Welche zentralen Thesen in Bezug auf eine patientenzentrierte Entlassung aus dem Krankenhaus lassen sich aus Sicht von Patientinnen, Patienten und Leistungserbringern identifizieren?	Delphi-Studie Webbasierte Befragung in drei Runden	Patientinnen, Patienten über 18 Jahre, die nach einem akuten Trauma oder einer Erkrankung aus dem Krankenhaus entlassen wurden sowie deren Angehörige, Ärztinnen und Ärzte	N = 46 (n = 24 Patientinnen und Patienten inkl. Angehörige, n = 22 Ärztinnen und Ärzte) Alter: k. A. Anteil Frauen: k. A.	Insgesamt wurden 30 zentrale Thesen identifiziert. Hierzu zählen u.a. die Notwendigkeit, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige aktiv in die Planung und den Prozess der Entlassung mit einzubinden. Darüber hinaus ist es wichtig, die Medikation vor Entlassung zu überprüfen und dass die Präferenzen von Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden. Weiterhin ist es wichtig, die Entlassbereitschaft von Patientinnen und Patienten sicherzustellen, sowie der Hausärztin bzw. dem Hausarzt eine Zusammenfassung des Krankenhausaufenthaltes sowie der Medikation zukommen zu lassen. Zusätzlich sollten Patientinnen und Patienten zu möglichen Symptomen informiert werden. Grundsätzlich sollte bei der Bereitstellung von Informationen das Verständnis dieser durch Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Insgesamt zeigt sich, dass Patientinnen und Pati-

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
					enten die nahtlose ambulante Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt sehr wichtig ist.
Backman und Cho-Young (2019)	Wie kann aus Sicht von Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen die Betreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus verbessert werden?	Semistrukturierte Telefoninterviews	Patientinnen, Patienten (65 Jahre oder älter) und Angehörige	N = 8 (n = 2 Patientinnen und Patienten, n = 6 Angehörige) Alter: MW = 72,3 Jahre Range = 69–93 Jahre Anteil Frauen: n = 6	Patientinnen, Patienten und Angehörige beschreiben sowohl positive als auch negative Erfahrungen bezüglich der Kommunikation mit Leistungserbringern. Positive Erfahrungen beinhalteten u.a. eine gute Kommunikation des Entlassprozesses durch Leistungserbringer im Vorfeld, bspw. durch ein ausführliches Entlassgespräch, sowie eine unterstützende Haltung von Leistungserbringern, bspw. durch direkte Ansprechbarkeit und Hilfe bei Problemen. Zu den negativen Erfahrungen gehörte ein Mangel an Informationen zum Entlassprozess, bspw. das frühzeitige Informieren zum Datum der Entlassung oder mangelnde Informationen hinsichtlich der weiterführenden gesundheitlichen Versorgung. Weiterhin wurden unzureichende Schulungen von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige genannt, bspw. hinsichtlich Medikation oder möglicher medizinischer Komplikationen nach Entlassung. Außerdem äußerten sowohl Patientinnen und Patienten als auch Angehörige das Bedürfnis, stärker in die Entscheidungen zur Entlassung einbezogen zu werden.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Bagge et al. (2014)	Wie verstehen und managen ältere Patientinnen und Patienten ihre Medikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten über 75 Jahre, die vier oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente nehmen sowie während ihres Krankenhaus Aufenthaltes eine veränderte Medikation bekommen haben und nach Hause entlassen wurden	N = 40 Anteil Frauen: n = 21 Alter Frauen: Median = 86 Jahre Range = 75–91 Jahre  Alter Männer: Alter: Median = 82 Jahre Range = 75–89 Jahre	Patientinnen und Patienten waren nicht immer vollständig über die Änderungen in ihrer Medikation informiert, vor allem nicht kurz vor der Entlassung wurde sich mehr Aufklärung gewünscht. Manche Patientinnen und Patienten waren über die Änderungen ihrer Medikation verwirrt und fanden die Anpassung zu ihrer neuen Medikation teilweise schwierig. Außerdem zögerten manche Patientinnen und Patienten, das medizinische Personal bezüglich ihrer Medikation zu fragen oder konnten mit dem Personal nicht über die Medikationsänderungen sprechen.
Bårdsgjerde et al. (2019)	Wie erleben Patientinnen und Patienten mit kardiologischen Erkrankungen ihre Versorgung und Entlassung aus dem Krankenhaus?	Narrative face-to-face-Interviews	Patientinnen und Patienten mit kardiologischen Erkrankungen	N = 10 Anteil Frauen: n = 2 Alter: < 40 Jahre: n = 1 41–50 Jahre: n = 0 51–60 Jahre: n = 1 61–70 Jahre: n = 4 71–80 Jahre: n = 4	Teilweise berichteten die Patientinnen und Patienten, dass die erhaltenen Informationen zur Medikation zu unspezifisch oder unzureichend waren, insbesondere in Hinblick auf Wirkungen und Nebenwirkungen, sowie zur Frage wie lange sie eingenommen werden sollten und ob die Dosis nach einiger Zeit reduziert werden kann. Zudem äußerten Patientinnen und Patienten einen Bedarf nach spezifischen Verhaltensregeln, etwa zum Umfang von körperlicher Aktivität nach Entlassung. Weiterhin berichteten einige Patientinnen und Patienten, dass ihnen der Transport vom Krankenhaus nach Hause Sorgen bereitet hat, da sie ihn selbst organisieren mussten und teilweise kein Geld bzw. Kreditkarte oder ein Handy-Ladegerät dabei hatten.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Beaton et al. (2019)	Wie erleben Patientinnen und Patienten mit Traumata und deren wichtigste Unterstützungspersonen ihre Versorgung während der Überleitung vom stationären ins ambulante Versorgungssetting?	Semistrukturierte Tiefeninterviews (face-to-face, Telefoninterviews)	Patientinnen und Patienten mit Traumata	N = 8 Anteil Frauen: n = 5 Alter: 16–30 Jahre: n = 1 31–45 Jahre: n = 1 46–60 Jahre: n = 4 > 61 Jahre: n = 2	Patientinnen, Patienten und Angehörige äußerten den Bedarf nach einem schnelleren Zugang zu psychologischer Versorgung nach ihrer Entlassung und bemängelten die Kommunikation im Krankenhaus. Patientinnen und Patienten bemängelten hierbei, dass sie oft erst am Tag ihrer Entlassung über diese in Kenntnis gesetzt wurden ohne vorherige Absprachen. Weiterhin wurden die Bedingungen bei ihnen zu Hause nicht in Betracht gezogen und oft nur unzureichende Hilfsmittel für die Weiterversorgung zu Hause bereitgestellt. Die Koordination von Maßnahmen nach der Entlassung wurde ebenfalls bemängelt: Patientinnen und Patienten berichten, dass Termine zur medizinischen Nachsorge bei verschiedenen Leistungserbringern an verschiedenen Tagen gemacht wurden, sodass für sie ein höherer Aufwand entstand.
Berman et al. (2019)	Wie beschreiben Eltern ihre Erfahrungen mit der Entlassung ihrer Kinder von der neonatologischen Intensivstation (NICU) nach Hause?	Semistrukturierte Interviews	Eltern von Kindern im Alter von 11 Monaten bis 8 Jahre	N = 15 Alter: MW = 34 Jahre Range = 22–47 Jahre Anteil Frauen: n = 14	Eltern wünschen sich eine klare Kommunikation, mehr Informationen (auch zu ihrer eigenen Rolle in der Versorgung ihrer Kinder) und emotionale Unterstützung.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Blair et al. (2014)	Was sind die Herausforderungen und Bedürfnisse von Herz-Kreislauf-Patientinnen und -Patienten und deren pflegende Angehörigen nach der Behandlung?	Semistrukturierte Interviews Fokusgruppen	Herz-Kreislauf-Patientinnen und -Patienten sowie (pflegende) Angehörige	N = 38 (n = 20 Patientinnen und Patienten, n = 18 pflegende Angehörige) Alter: Patientinnen und Patienten: n = 15 < 60 Jahre, pflegende Angehörige n = 11 < 60 Jahre  Anteil Frauen: n = 24	Pflegende Angehörige berichten davon, dass sie teilweise vom Krankenhauspersonal ignoriert wurden und sich nur auf die Patientinnen und Patienten konzentriert wurde. Zudem berichteten Angehörige von verstärktem physischen und mentalen Stress aufgrund der Pflege. Des Weiteren wurde der Bedarf nach dem Erwerb von praktischen Fähigkeiten zur Versorgung sowie einer Ansprechperson im Krankenhaus geäußert. Angehörige sollen zudem hinreichend auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten zuhause vorbereitet und geschult werden. Patientinnen und Patienten ist es darüber hinaus wichtig, die Kontaktdaten einer konkreten Ansprechperson nach Entlassung zu haben. Weiterhin äußerten Patientinnen und Patienten den Bedarf nach mehr Informationen über mögliche Unterstützungsangebote nach der Entlassung, sowie genaue Informationen zur Medikation, (bspw. zu Nebenwirkungen) und Hinweise zu Hilfsmitteln.
Brittan et al. (2015)	Was sind die Erfahrungen von Eltern und Leistungserbringern bezüglich der Wiederaufnahme ins Krankenhaus bei Kindern?	Semistrukturierte Interviews	Eltern und Leistungserbringer von Kindern, die eine Woche nach Entlassung ins Krankenhaus wiederaufgenommen wurden	N = 87	Eltern waren der Meinung, dass eine Wiederaufnahme oft verhindert hätte werden können, wenn Kinder länger im Krankenhaus hätten bleiben können. Zudem äußerten die Eltern das Bedürfnis, stärker in den Entlassprozess einbezogen zu werden, um Wiederaufnahmen zu verhindern. Manche berichten, dass ihr Kind auf ihren

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
			<i>Untergruppen:</i> Eltern n = 30 Anteil Frauen: n = 27 Alter: Median = 29,5 Jahre Range = 18–52 Jahre Kinder n = 30 Anteil Frauen: n = 9 Alter: Median = 17 Monate Range = 1–17 Jahre Leistungserbringer n = 27 Anteil Frauen: n = 14 Alter: k. A		eigenen Wunsch zu früh entlassen und dementsprechend wiederaufgenommen wurde. Leistungserbringer machen eher atypische Verläufe und Komorbiditäten für Wiederaufnahmen verantwortlich, führten aber auch Kommunikationsprobleme mit den Eltern, mangelhaftem Krankenhausmanagement und eine mangelnde Schulung der Eltern hinsichtlich Symptomerkennung und -behandlung (z. B. Fieber), Medikation, sowie bei der Nutzung von Hilfsmitteln, als wichtige Gründe für Wiederaufnahmen an.
Bucknall et al. (2019)	Welche Präferenzen haben Patientinnen und Patienten bezüglich der Beteiligung am Medikamentenmanagement während ihres Krankenhausaufenthaltes?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten	N = 20 Anteil Frauen: n = 5 Alter: MW = 66,6 Jahre	Patientinnen und Patienten äußerten das Bedürfnis nach einem schriftlichen Medikationsplan, welcher ihnen zudem vom Gesundheitspersonal erklärt wird. Darüber hinaus wurde auch der Bedarf nach Einbezug von einer/einem Angehörigen bei der Besprechung von Medikamenten genannt, sofern die Patientin oder der Patient ihre Medikation zuhause nicht selbst verwaltet, bspw. weil es die gesundheitliche Verfassung nicht zulässt.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Callans et al. (2016)	Was sind die Erfahrungen von Eltern mit Kindern, die einen Luftröhrenschnitt erhalten haben, beim Prozess der Entlassung, und welche Unterstützung wünschen sie sich um zuhause erfolgreich ihr Kind zu versorgen?	Semistrukturierte Leitfadeninterviews Fokusgruppen	Eltern von Kindern, die einen Luftröhrenschnitt bekommen haben	N = 18 Anteil Frauen: n = 16 Alter: k. A	Eltern berichten von Problemen bei der Ankunft zu Hause wie bspw. nicht vorhandene Pflegegeräte. Zudem heben Eltern die Bedeutung von Schulungen durch kompetentes Personal hervor.
Daliri et al. (2019)	Welche Barrieren und förderlichen Faktoren sehen Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Verwendung von Medikamenten während der Überleitung vom Krankenhaus nach Hause?	Fokusgruppen	Patientinnen und Patienten, die auf Stationen der Neurologie, Kardiologie, Pulmologie und Inneren Medizin behandelt wurden	N = 19 (n = 1 Neurologie, n = 10 Kardiologie, n = 6 Innere Medizin, n = 2 Pulmologie) Alter: MW: 70,8 Jahre Anteil Frauen: n = 7	Patientinnen und Patienten bemängeln, dass vermittelte Informationen zu wenig auf die Person angepasst wurden. Außerdem wird die Kommunikation bezüglich der Medikation und die Organisation des Entlassprozesses kritisiert.
Desai et al. (2016)	Welche Bedürfnisse und Präferenzen haben Eltern von medizinisch unterschiedlichen kranken Kindern, um eine hochwertige Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause zu ermöglichen?	Semistrukturierte Telefoninterviews	Pflegekräfte von Patientinnen und Patienten im Alter von einem Monat bis 18 Jahren, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden	N = 18 Anteil Frauen: n = 17 Alter: 18-24 Jahre n = 2 25-34 Jahre n = 4 35-44 Jahre n = 7 > 45 Jahre n = 5	Das wichtigste Thema für die Eltern ist die Selbstwirksamkeit bezüglich der Kinderpflege. Die Eltern sollten gut vorbereitet werden, sich bereit fühlen das Krankenhaus zu verlassen und die Versorgung der Kinder zu Hause organisiert haben. Schulungen der Eltern und die Mitgabe schriftlicher Informationen sind wichtig für die Vorbereitung der Entlassung. Kontinuität der Versorgung durch Kenntnisse der Erkrankungsgeschichte des Kindes, einfacher Medikamentenzugang und Transportmöglichkeiten sind den Eltern ebenfalls wichtig.



Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Dyrstad et al. (2015)	Wie wird die Beteiligung der Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme und Entlassung adressiert?  Welche Erfahrungen machen ältere Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige bei der Aufnahme und Entlassung?	Teilnehmende Beobachtung und qualitative Interviews	Gebrechliche ältere Patientinnen und Patienten über 75 Jahre mit orthopädischer Diagnose oder Erkrankungen wie Pneumonie, Brustschmerzen, COPD, Schlaganfall etc. und Polymedikation (> 5 am Tag)	N = 41 (n = 21 stationäre Aufnahme, n = 20 Entlassung) Anteil Frauen: n = 8 stationäre Aufnahme, n = 11 Entlassung. Alter: MW = 84 Jahre (Range = 73–93 Jahre) stationäre Aufnahme, MW = 87 Jahre (Range = 75–97) Entlassung	Patientinnen und Patienten haben unterschiedliche Präferenzen bei der Beteiligung, die berücksichtigt werden sollten. Auch sollte die Weitergabe von Information und die Beteiligung an Prozessen und Entscheidungen am Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten angepasst werden. Wenn dies von den Patientinnen und Patienten gewünscht wird, sollten Angehörige an der Planung der Entlassung beteiligt werden.
Flink und Ekstedt (2017)	Wie werden Informationen zur Entlassung an Patientinnen und Patienten vorbereitet und weitergegeben?	Beobachtung Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachkräfte, die am Entlassungsprozess beteiligt waren	N = 38 (n = 17 Patientinnen und Patienten, n = 21 medizinisches Personal) Anteil Frauen: n. a. Alter Patientinnen und Patienten : 18–90 Jahre	Für Patientinnen und Patienten ist es besonders wichtig, dass mitgegebene Informationen verständlich formuliert sind. Auch die Gelegenheit, Fragen zu stellen, verbessert den Übergang vom Krankenhaus nach Hause. Auch die Zeit, ggf. Angehörige hinzuziehen oder zu kontaktieren sollte den Patientinnen und Patienten gegeben werden.
Foulon et al. (2019)	Welche Problemen werden im Zusammenhang mit dem Fortführen des Medikamentenmanagements bei Aufnahme und Entlassung von Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitspersonals und Patientinnen und Patienten als besonders wichtig wahrgenommen?	Fokusgruppen Interviews	Patientinnen und Patienten, Angehörige, Gesundheitspersonal und „Stakeholder“ (Personengruppen, welche indirekt am Medikamentenmanagement im Rahmen der Entlassung beteiligt sind, z B. Hausärzte, Apotheken, häusliche Pflegekräfte)	N = 100 (n = 11 Patientinnen, Patienten und Angehörige, n = 89 Gesundheitspersonal und Stakeholder) Anteil Frauen: n = 4 Alter: n. a. Insgesamt 11 Fokusgruppen	Als bedeutsame Probleme wurden u.a. die Diskontinuität der Versorgung und des Medikamentenmanagements in der Übergangsphase von der stationären Behandlung zur Weiterversorgung nach Entlassung identifiziert. Zudem stellt mangelnde Informationen über die Medikation ein Problem dar.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Gadbois et al. (2019)	Was sind die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, Krankenhauspersonal und Nachsorgern beim Übergang vom Krankenhaus in Pflegeeinrichtungen / „skilled nursing facilities“ (SNF)?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, sowie Gesundheitspersonal	N = 244 Anteil Frauen: k. A	Die Teilnehmenden berichteten von übereilten Entscheidungen, mangelnder Vorbereitung beim Einrichtungswechsel, mangelhafte Medikationsabstimmung und von Entlassungsterminen, welche die Patientinnen und Patienten als plötzlich wahrnahmen.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Patientinnen und Patienten	n = 98 Anteil Frauen: n = 60 Alter: k. A	
			Angehörige	n = 8 Anteil Frauen: k. A Alter: k. A	
		Gesundheitspersonal	n = 138 Anteil Frauen: k. A Alter: k. A		
Giosa et al. (2014)	Wie erleben pflegende Angehörige von älteren schwer morbiditen Patientinnen und Patienten den Übergang vom Krankenhaus nach Hause?	Semistrukturierte Tiefeninterviews Fokusgruppen	Community und Resource Case Managerinnen und -manager sowie pflegende Angehörige von älteren Patientinnen und Patienten mit Hüftfraktur oder Schlaganfall	N = 18 Anteil Frauen: k. A Alter: k. A	Für die pflegenden Angehörigen ist es wichtig, dass ihre unterschiedlichen persönlichen Voraussetzungen, Kenntnisse und Fähigkeiten bei der Schulung berücksichtigt werden. Die Möglichkeit konkrete Fragen zu stellen, sollte in größerem Ausmaß möglich sein. Die mündlich gegebenen Informationen sollten auch schriftlich mitgeteilt werden. Zudem äußerten die Angehörigen das Bedürfnis ihre Ängste thematisieren zu können. Weiterhin wurde der Bedarf der Angehörigen zu früh wie möglich in Therapie und Planungen
			<i>Untergruppen:</i>		
			Case-Managerinnen und -manager	n = 6 Anteil Frauen: k. A Alter: MW = 42 Jahre	

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
			Angehörige	n = 12 Anteil Frauen: n = 7 Alter: MW = 58,8 Jahre	zur Entlassung einbezogen zu werden, deutlich.
Gotlib Conn et al. (2018)	Wie erleben entlassene Traumpatientinnen und -patienten und deren Familien die Entlassung aus dem Krankenhaus?	Semistrukturierte Leitfadeninterviews per Telefon	Traumpatientinnen und -patienten, die vor 36-90 Tage nach Hause, in die Reha, oder in eine Akutklinik entlassen wurden sowie ggf. Angehörige	N = 24 Anteil Frauen: n = 11 Alter: Bis 25 Jahre n = 7 26–39 Jahre n = 5 40–54 Jahre n = 4 Ab 55 Jahren n = 8	Patientinnen und Patienten berichten von einer guten Vorbereitung auf die Entlassung durch Sozialdienste und Pflegefachkräfte sowie von einer teilweise unzureichenden Vorbereitung durch ärztliches Personal. Diesbezüglich äußerten die Patientinnen und Patienten das Bedürfnis nach mehr emotionaler Unterstützung, nach einer ausreichenden Vorbereitung für ihre Selbstversorgung nach Entlassung (z.B. Verbände steril wechseln können), sowie nach einer sichergestellten Versorgungskontinuität nach Entlassung. Zudem wurden die erhaltenen Informationen zur Diagnose zum Entlassort, und die Kommunikation zwischen Krankenhaus und Nachsorgenden kritisiert. Patientinnen und Patienten bemängelten zudem den Druck, den sie wahrnahmen, unabhängig von ihrer subjektiven Entlassbereitschaft, schnellstmöglich entlassen zu werden.
Kang et al. (2020)	Was sind die Wahrnehmungen und Erwartungen von Patientinnen und Patienten bezogen auf Schulungen im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus?	Semistrukturierte Telefoninterviews	Patientinnen und Patienten	N = 13 Anteil Frauen: n = 8 Alter: Median = 49 Jahre	Patientinnen und Patienten äußerten das Bedürfnis, aktiv an Schulungen zur Vorbereitung der Entlassung teilzunehmen, welche patientenindividuelle Präferenzen berücksichtigten. Zudem war den Patientinnen und Patienten die Qualität der Informationen zur Entlassung (z. B.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
					ausreichende Information und festgelegte ärztliche Termine für die Zeit nach der Entlassung) wichtig. Beeinflussende Kontextfaktoren, wie etwa Zeitmangel auf Seiten der Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter oder kognitive Einschränkungen von Patientinnen und Patienten aufgrund von Medikation Informationen zu verstehen, können Schulungen negativ beeinflussen.
Keller et al. (2017)	Wie erleben Patientinnen und Patienten die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Vorbereitung der ambulanten Pflege zuhause?	Semistrukturierte Leitfadeninterviews	Patientinnen und Patienten, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus häusliche Pflege benötigen	N = 13 Anteil Frauen: n = 9 Alter: MW = 61 Jahre Range = 26–88 Jahre	<p>Patientinnen und Patienten ließen sich in drei Kategorien einteilen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfahrene Patientinnen und Patienten, die nicht intensiv in den Prozess der Entlassung eingebunden werden wollten, da sie schon ausreichend Erfahrung hatten, oder auf die Unterstützung durch Angehörige zurückgreifen konnten</li> <li>▪ Unerfahrene Patientinnen und Patienten, die einen Bedarf an Informationen zur Vorbereitung der Entlassung äußerten und das Bedürfnis nach Berücksichtigung ihrer patientenindividuellen Situation äußerten</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten, die keine Unterstützung durch Angehörige erhielten und daher einen hohen Bedarf an umfassender Vorbereitung der Entlassung äußerten</li> </ul>

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Krishnan et al. (2019)	Wie werden Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall in die Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus und die Planung einer Reha eingebunden?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten über 18 Jahre, die nach einem Schlaganfall aus dem Krankenhaus entlassen wurden	N = 18 Anteil Frauen: n = 4 Alter: MW = 68 Jahre	Für Patientinnen und Patienten war es wichtig in die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung einbezogen zu werden und äußerten den Bedarf nach spezifischen Informationen hinsichtlich der Möglichkeiten zu einer Rehabilitation, weiteren medizinischen Therapien und Hilfsmitteln für die Zeit nach ihrer Entlassung. Aufklärung zum Verlauf ihrer Genesung bzw. psychologischen Veränderungen wie bspw. Depression war ihnen ebenfalls wichtig. Zudem äußerten die Patientinnen und Patienten das Bedürfnis über Selbsthilfegruppen informiert zu werden.
Kyte et al. (2019)	Welche Erfahrungen machen Lungenkrebspatientinnen und -patienten nach ihrer Entlassung nach Hause und welcher Unterstützungsbedarf tritt dabei auf?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten mit Lungenkrebs	N = 14 Anteil Frauen: n = 8 Alter: MW = 72 Jahre Range = 56–87 Jahre	Patientinnen und Patienten nahmen ihre Entlassung häufig als übereilt wahr und berichteten von unzureichenden Informationen hinsichtlich ihrer Situation nach der Entlassung nach Hause (bspw. fehlende Informationen zur Einnahme von Medikamenten oder auf welche Symptome sie achten sollten). Patientinnen und Patienten beklagten zudem, dass sie keine Ansprechperson nach ihrer Entlassung hatten, bspw. im Falle von akuten Problemen oder bei Fragen zur Medikation, Wundversorgung und körperlicher Aktivität. Weiterhin ist es ratsam, dass das Gesundheitspersonal eine individuellere Unterstützung ermöglicht, indem Patientinnen und Patienten sowie Angehörige in die Entlassplanung mit einbezogen werden.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
LeClair et al. (2019)	Welche Faktoren tragen aus Sicht der Patientinnen und Patienten zur Wiederaufnahme in ein Krankenhaus bei?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten über 18 Jahre sowie deren Angehörigen	N = 35 (36 Interviews, da eine Person zweifach erhoben, da zwei unabhängige stationäre Wiederaufnahmen) (n = 22 Interviews mit Patientinnen und Patienten n = 4 Interviews zusammen mit Angehörigen n = 10 Interviews mit Angehörigen) Anteil Frauen: n = 17 Alter: Median = 60 Jahre	Die Mehrheit der Teilnehmenden konnten keine Faktoren identifizieren, die eine Wiederaufnahme verhindert hätten. Sie schreiben ihre Wiederaufnahme ausschließlich der Krankheit zu und nicht der Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Als problematisch gesehen wurde die Kommunikation innerhalb des Pflegeteams, zwischen dem Team und den Patientinnen und Patienten, sowie zwischen Krankenhaus und den postakuten Einrichtungen. Beispielsweise berichteten Patientinnen und Patienten, dass sie widersprüchliche Angaben zu ihrem Entlassdatum erhalten haben oder unter den Kontaktinformationen in den Entlasspapieren nicht die zuständigen Stellen erreichen konnten.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Lerret et al. (2014)	Wie erleben Eltern von Kindern, die eine Organtransplantation hatten, den Übergang vom Krankenhaus nach Hause?	Semistrukturierte Interviews	Eltern von Kindern zwischen 3 Monaten und 18 Jahren mit Organtransplantation	<p>N = 37 Anteil Frauen: n = 27 Alter: MW = 38,9 Jahre Range = 22-55 Jahre</p> <p>Kinder: Anteil Mädchen: n = 16 Alter: MW = 7,9 Jahre (Range = 3 Monate – 18 Jahre)</p>	Eltern äußerten den Bedarf nach mehr Informationen über die verordneten Medikamente und wie diese gelagert werden müssen (z.B. im Kühlschrank), sowie zur Medikationsplanung. Zudem war für die Eltern die Vorbereitung auf die Zeit nach der Entlassung wichtig. Feste Ansprechpersonen, die bei Fragen oder im Notfall kontaktiert werden können, erleichterten aus Sicht der Eltern den Übergang vom Krankenhaus nach Hause. Ein gutes und unterstützendes Verhältnis zum Transplantationsteam, inklusive den Pflegerinnen/Pflegern, ist ihnen ebenfalls wichtig und hilft bei der häuslichen Versorgung.
Leyenaar et al. (2017)	Was sind die Präferenzen, Prioritäten und Ziele von Eltern chronisch kranker Kinder bei der Planung vom Übergang aus dem Krankenhaus nach Hause und wie nehmen Leistungserbringer die Bedürfnisse der Familien wahr?	Semistrukturierte Leitfadeninterviews	Eltern von chronisch kranken Kindern und Leistungserbringer	<p>N = 39 Anteil Frauen: n = 32 Alter: k. A</p>	Die Wünsche und Meinungen der Eltern müssen beim Entlassprozess berücksichtigt werden, außerdem sollen sie den Entlasszeitpunkt (der eher vormittags stattfinden sollte) mitbestimmen können. Eltern möchten ausreichend auf die Versorgung ihres Kindes zuhause vorbereitet werden. Dazu sehen sich schriftliches Infomaterial, Schulungen durch das Krankenhauspersonal und das Bereitstellen der benötigten Hilfsmittel als sehr wichtig an. Zudem äußern Eltern den Bedarf nach einer kompetenten Ansprechperson für Fragen zur Entlassung.
			Eltern	<p>N = 23 Anteil Frauen: n = 19 Alter: Median = 38 Jahre Range = 33–45 Jahre</p>	
			Leistungserbringer	<p>N = 16 Anteil Frauen: n = 13 Alter: k. A</p>	

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Major et al. (2019)	Welche Erfahrungen machen Patientinnen und Patienten sowie ihre Familien, die nach einer kritischen Erkrankung bei der Entlassung aus dem Krankenhaus? Welche Barrieren und Voraussetzungen für einen gelungenen Übergang vom Krankenhaus nach Hause oder in eine Rehabilitationseinrichtung gibt es aus ihrer Sicht?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten über 18 Jahre die eine kritische Krankheit überlebt haben und vor mindestens sechs Monaten entlassen wurden sowie ihre Angehörigen	N = 35 (n = 22 Patientinnen und Patienten, n = 13 Angehörige) Alter: MW = 53 Jahre Range = 19–68 Jahre Anteil Frauen: n = 21	Patientinnen, Patienten und Angehörige berichten, dass sie beim Übergang vom Krankenhaus nach Hause oder in eine Rehabilitationseinrichtung oftmals unzureichende Unterstützung vom Krankenhauspersonal erfahren haben. Hierzu gehörten ungenügende Kommunikation zwischen Krankenhauspersonal und Betroffenen sowie Fehler in der Kommunikation, bspw. haben Entlassbriefe Fehler enthalten oder Angehörige wurden vorab nicht ausreichend über den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten informiert. Weiterhin wurde berichtet, dass die Entlassung sehr abrupt war und sich manche Angehörige oft ausgeschlossen gefühlt haben von der Entlassplanung. Als positiv wurde hingegen erlebt, wenn Angehörige aktiv in den Entlassprozess mit eingebunden wurden. Darüber hinaus wurde berichtet, dass ein Erwartungsmanagement durch das Krankenhauspersonal, bspw. durch individuelle Schulungen, einen positiven Einfluss auf den Entlassprozess hatte.
Mitchell et al. (2018)	Wie erleben Patientinnen und Patienten sowie pflegende Angehörige den Übergang vom Krankenhaus in die Pflege?	Semistrukturierte Leitfadenterviews Fokusgruppen	Patientinnen und Patienten sowie pflegende Angehörige, die in den letzten 90 Tagen eine Entlassung mit Übergang in die Pflege erlebt haben	N = 248 Anteil Frauen: n = 170 Alter: k. A	Für die Patientinnen, Patienten und Angehörigen ist eine empathische Kommunikation im Prozess der Entlassung besonders wichtig. Zudem äußerten sie den Bedarf nach einer konkreten Ansprechperson, die während des Entlassungsprozesses Fragen



Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
			<i>Untergruppen:</i>		beantworten kann. Um die Versorgung nach der Entlassung gewährleisten zu können, ist es für die Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wichtig, durch das Krankenhauspersonal entsprechend geschult und vorbereitet zu werden. Dies beinhaltet auch die Weitergabe von Informationen, welche Dinge konkret zu Hause benötigt werden. Weiterhin waren der Einbezug in die Entlassplanung selbst und damit zusammenhängenden Entscheidungen sowie individuelle, frühzeitige und verständliche Information zu Erkrankung, Diagnose, geplante Behandlungen und Behandlungsfortschritt für wichtige Elemente für den Übergang vom Krankenhaus in die Pflege.
			Patientinnen und Patienten	n = 138 Anteil Frauen: n = 78 Alter: MW = 61,2 Jahre	
			Angehörige	n = 110 Anteil Frauen: n = 92 Alter: MW = 55,7 Jahre	
Nielsen et al. (2019)	Was sind die Erfahrungen älterer Patientinnen und Patienten bezüglich der Entlassung aus einer Kurzzeitstation der Notaufnahme und der Rückkehr in den Alltag?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten über 65 Jahre	N = 11 Anteil Frauen: n = 8 Alter: MW = 74,7 Jahre Range = 65–86 Jahre	Die Patientinnen und Patienten berichteten, dass sie aus ihrer Sicht nicht ausreichend am Entlassprozess beteiligt wurden. Zudem wurde ihr Bedürfnis nach Information zur Weiterversorgung nach Entlassung nur teilweise erfüllt. Des Weiteren wurde die Kommunikation bzw. Abstimmung zwischen – verschiedenen Krankenhausärztinnen/ Krankenhausärzten kritisiert, da diese teilweise nicht wussten, was andere Kolleginnen und Kollegen schon gesagt oder getan haben.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Okraïnec et al. (2019)	Welche Faktoren wirken sich auf die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Familien aus, ihre Hinweise für die Zeit nach der Entlassung zu verstehen und zu befolgen?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten, teilnahmen, sowie deren Angehörige	N = 27 (n = 16 Patientinnen und Patienten, n = 11 Angehörige) Alter: MW = 72 Jahre Anteil Frauen: n = 17	Klare schriftliche Informationen förderten das Verständnis der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen hinsichtlich der Hinweise zur Entlassung. Zudem wurde die Anwesenheit von Familienmitgliedern als hilfreich für das Einhalten der Hinweise für die Zeit nach der Entlassung wahrgenommen. Auch die Erfahrung durch vorangegangene Krankenhausaufenthalte erleichterte es den Patientinnen und Patienten, die Hinweise zur Entlassung umzusetzen. Für Patientinnen und Patienten erschwerten insbesondere körperliche und sprachliche Einschränkungen das Verständnis und das Befolgen der Hinweise zur Entlassung.
Pugh et al. (2019)	Welche Erfahrungen haben Patientinnen und Patienten mit langfristigen neurologischen Erkrankungen und (pflegende) Angehörige bei der Entlassung aus dem Krankenhaus gemacht?	Moderierte, strukturierte Gruppendiskussionen (World-Café-Methode)	Patientinnen und Patienten mit (pflegenden) Angehörigen	N = 15 Anteil Frauen: n = 8 Alter: k. A	Als hilfreich für ihre Entlassung empfanden Patientinnen und Patienten sowie Angehörige Informationen zu Unterstützungsangeboten wie etwa soziale und gesundheitliche Dienstleistungen und finanzielle Unterstützung auf kommunaler sowie nationaler Ebene. Zudem wird der Bedarf nach Informationen über mögliche Komplikationen geäußert.
			Patientinnen und Patienten	n = 11 Anteil Frauen: n = 5 Alter: MW = 60,5 Jahre	
			(pflegende) Angehörige	n = 4 Anteil Frauen: n = 3 Alter: MW = 56,5 Jahre	

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Rapport et al. (2019)	Wie nehmen Patientinnen und Patienten die Krankenhauspflege von der Ankunft bis zur Entlassung wahr und wie sehr sind sie damit zufrieden? Welche Faktoren beeinflussen positive oder negative Erfahrungsberichte der Patientinnen und Patienten, sowie die der pflegenden Personen bzw. Familienangehörigen.	Fokusgruppen	Patientinnen und Patienten die stationär behandelt wurden und ggfs. Angehörige / betreuende Personen	N = 30 4 Fokusgruppen Anteil Frauen: n = 10 Alter: k. A	Patientinnen und Patienten äußerten Bedarf hinsichtlich Informationen zur Einnahme von Medikamenten und zum Schmerzmanagement. Sie Informationen sollten klar und verständlich formuliert sein. Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenderen Eingriffen oder Erkrankungen äußerten den Bedarf nach mehr Unterstützung bei der Entlassung und einem konsistenten Entlassmanagement.
Rustad et al. (2016)	Wie erleben Patientinnen und Patienten im Alter von 80 Jahren und älter den Übergang vom Krankenhaus in das kommunale Gesundheitswesen?	Semistrukturierte Leitfadenterviews	Patientinnen und Patienten (80 Jahre und älter), die auf einer chirurgischen oder geriatrischen Station behandelt werden und bei denen eine Entlassung in das kommunale Gesundheitswesen geplant ist	N = 14 Anteil Frauen: n = 9 Alter: MW = 88,1 Jahre Range = 81–94 Jahre	Für Patientinnen und Patienten ist die aktive Teilnahme an der Planung der Übergangphase ein wichtiger Aspekt bei der Entlassung, beispielsweise indem sie nach ihren voraussichtlichen zukünftigen Pflege-Bedürfnissen gefragt werden. Patientinnen und Patienten nennen weiterhin eine unzureichende Kommunikation und unklare Verantwortlichkeiten beim Gesundheitspersonal als Probleme beim Entlassprozess, hierzu zählen bspw. schwer zu verstehende Entlassdokumente und Unklarheit wie mit den ausgehändigten Entlassdokumenten zu verfahren ist, sowie Unklarheit ob eine ausreichende Kommunikation zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege stattgefunden hat.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
Solan et al. (2015)	Wie erleben Eltern bzw. Familien den Übergang ihres Kindes vom Krankenhaus nach Hause?	Offene, semistrukturierte Fragen in: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fokusgruppen</li> <li>▪ Individuelle Tiefeninterviews</li> </ul>	Eltern bzw. Pflegende von entlassenen Kindern	N = 61 Anteil Frauen: n = 53 Alter: Range = 18–54 Jahre 18-24 Jahre n = 5 25–34 Jahre n = 28 35–44 Jahre n = 22 45–54 Jahre n = 6	Für Eltern sind für die Zeit nach der Entlassung konkrete Kontaktpersonen, die sich eigenverantwortlich erkundigen und die Eltern gelegentlich die Pflege begleiten und bei Komplikationen zur Seite stehen, wichtig. Zudem wurde der Bedarf nach individuellen Informationen zur Pflege des Kindes, sowie zu Anzeichen von Komplikationen geäußert. Die Eltern haben das Bedürfnis im Krankenhaus auf die Pflege ihrer Kinder zu Hause vorbereitet zu werden und durch den Prozess der Entlassung geleitet zu werden.
Verhaegh et al. (2019)	Welche Erfahrungen machen chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die nach Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen ungeplant wieder aufgenommen wurden?	Semistrukturierte Interviews	Chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die auf vier verschiedenen Stationen eines Krankenhauses behandelt wurden und innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung wieder aufgenommen wurden	N = 23 Anteil Frauen: n = 8 Alter: Median = 57 Jahre Range = 18–78 Jahre	Entlassung aus dem Krankenhaus ohne ausreichende subjektive Entlassbereitschaft seitens der Patientinnen und Patienten wird als wichtiger Grund für eine ungeplante Wiederaufnahme angegeben. Eine gute Vorbereitung auf die Entlassung mit einem Entlassgespräch hat hierbei einen positiven Einfluss. Hierzu gehören auch klar formulierte Hinweise für die Zeit nach Entlassung, bspw. Information zur Medikation (Änderungen im Medikationsplan, Wechselwirkungen, Dosierung) oder der Weiterversorgung nach Entlassung (bspw. Ansprechpersonen bei medizinischen Fragen). Patientinnen und Patienten bewerteten zudem personalisierte Entlassdokumente mit schriftlichen Informationen zum Krankenhausaufenthalt als positiv. Weiterhin waren Patientinnen und

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Alter, Anteil Frauen absolut)	Hauptergebnisse
					Patienten, welche schon viele Krankenhausaufenthalte erlebt haben, eine Aufklärung zur Entlassung weniger wichtig.
Zakzesky et al. (2015)	Wie beschreiben Patientinnen und Patienten ihre Erfahrungen im Entlassungsprozess?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten, die aus einer chirurgischen oder Trauma-Station entlassen wurden oder kurz vor der Entlassung standen	N = 14 Anteil Frauen: n = 11 Alter: Range = 19–91 Jahre	Patientinnen und Patienten äußern einen Bedarf nach regelmäßiger Kommunikation mit dem Krankenhauspersonal um relevante Informationen zu erhalten. Dies betrifft bspw. Informationen zum Ablauf des Krankenhausaufenthalts, zur Behandlung sowie eine frühzeitige Kenntnis des Entlassdatums. Weiterhin wurden von Patientinnen und Patienten eine Verschiebung des Entlassdatums (aus medizinischen Gründen) oder Wartezeiten am Entlasstag als negativ empfunden. Darüber hinaus berichteten Patientinnen und Patienten von positiven Erfahrungen, wenn Angehörige bei Gesprächen dabei waren, sodass diese dabei helfen konnten, Informationen zu verstehen, Fragen zu stellen und emotionale Unterstützung zu bieten.

Abkürzungen: k. A. = keine Angabe, MW = Mittelwert, N = Gesamtzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe

## Mixed-Methods-Studien

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Amin et al. (2016)	Was sind Gründe für die Wiederaufnahme von Minderjährigen ins Krankenhaus aus Sicht der Eltern und der Ärzte und wie lässt sich eine Wiederaufnahme verhindern?	Survey Daten, Analyse von Patientenakten	Eltern von minderjährigen Patientinnen und Patienten sowie deren Ärztinnen und Ärzte	N = 72	Wiederaufnahmen ließen sich verhindern, wenn die Entlassung der Kinder nicht zu früh stattfindet und die Schulung der Eltern zur Versorgung nach Entlassung verbessert wird. Zudem ist ein besserer Zugang zu Terminen der Anschlussversorgung und zu Medikamenten nach dem Krankenhausaufenthalt wichtig.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Kinder	n = 60 Anteil Mädchen: k. A. Alter: MW = 6,4 Jahre Range = 0,06–17 Jahre	
			Ärztinnen und Ärzte	n = 12 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	
Doos et al. (2015)	Wie erleben multimorbide Patientinnen und Patienten mit Herzfehler- bzw. COPD sowie deren pflegende Angehörige den Entlassprozess?	Survey Daten Tiefeninterviews	Multimorbide Patientinnen und Patienten mit Herzfehler bzw. COPD sowie deren pflegende Angehörige	N = 25	Viele Patientinnen und Patienten bekamen keinen Entlassbrief, keine Informationen zu Ansprechpartnern sowie zu ihren Medikamenten und erhielten wenig und teilweise widersprüchliche Informationen zu ihrer Diagnose und zum Datum der Entlassung. Außerdem fühlten sie sich unvorbereitet und kritisierten die Kommunikation zwischen Krankenhaus und Nachsorgenden.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Survey	n = 14 Anteil Frauen: n = 7 Alter: MW = 74,3 Jahre Range = 58-91 Jahre	

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
			Interviewgruppe	n = 11 (n = 6 Patientinnen und Patienten, n = 5 Angehörige) Anteil Frauen: n = 7 Alter: MW = 79 Jahre Range = 62-91 Jahre	
Gaskin et al. (2016)	Wie erleben Eltern von Kindern mit Herzerkrankungen den Übergang vom Krankenhaus nach Hause und wie bereit sind sie für den Übergang?	Survey-Daten mit teilweise offenen Fragen	Eltern von Kindern mit einer Herzerkrankung	N = 16 Anteil Frauen: n = 15 Alter: k. A.	Eltern hatten vor der Entlassung Angst, dass sie möglicherweise nicht hinreichend qualifiziert sind ihr Kind zuhause zu versorgen. Sie waren aber auch nicht vollständig von der Kompetenz der Nachsorgenden überzeugt, ihre Kinder nach Entlassung zu Hause adäquat zu behandeln. Eltern äußerten das Bedürfnis, mehr über die Versorgung ihres Kindes zu wissen. Zudem sind qualifizierte Ansprechpartner und ausführliche schriftliche Information zur Entlassung für sie wichtig.
Gaskin (2017)	Wie erleben Eltern von Kindern mit einem angeborenen Herzfehler den Entlassprozess aus dem Krankenhaus nach der ersten Herzoperation ihres Kindes?	Survey-Daten (PROMs) Semistrukturiertes Leitfadeninterview	Eltern von Kindern mit angeborenen Herzfehler aus Kinderchirurgie Zentrum	N = 12 Anteil von Frauen: N = 12 Alter: 20-25 n = 3 26-30 n = 4 31-40 n = 5	Eltern hatten vor der Entlassung Angst vor dem Allein sein zu Hause. Sie fühlten sich im Krankenhaus, durch die ständige Überwachung von dem Pflegepersonal, sicherer und äußerten Ängste bezüglich ihrer eigenen Kompetenzen zur Versorgung des Kindes zu Hause. Mit zunehmender Zeit wurden die Ängste jedoch weniger. Sie

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
					fühlten sich durch das Krankenhauspersonal gut informiert und mussten deren Hilfe im Verlauf weniger in Anspruch nehmen.
Goldsmith et al. (2018)	Wie erleben kürzlich entlassene erwachsene Patientinnen und Patienten nach einem Trauma die Schmerzbekämpfung und den Entlassprozess im Krankenhaus?	Survey-Daten Semistrukturierte Leitfadeninterviews	Patientinnen und Patienten aus einem Trauma-Krankenhaus mit potentiell lebensbedrohlichen Verletzungen	N = 94  Quantitative Phase (Survey) n = 82 Anteil Frauen: n = 28 Alter: MW = 52 Jahre  Qualitative Phase (Leitfadeninterviews) n = 12 Anteil Frauen: n = 4 Alter: MW = 51 Jahre	Patientinnen und Patienten berichteten, keine Erfahrungen mit starken Schmerzen zu haben und im Krankenhaus unzureichend über die Schmerzen, die sie Zuhause erwarten werden, informiert worden zu sein. Außerdem kam es aufgrund von Unsicherheiten oder mangelnder Vorbereitung im Krankenhaus nach der Entlassung zu Hause zu Problemen mit dem Einsatz von Analgetika. Aufgrund der mangelnden Aufklärung im Entlassprozess über das Schmerzmanagement für die Zeit nach Entlassung nutzen unzuverlässige Wissensquellen.
Jones et al. (2017)	Wie zufrieden sind die Patientinnen und Patienten (insbesondere Patientinnen und Patienten mit neuem Stoma) in Bezug auf den Prozess der Entlassung, welche Anliegen und Informationsbedarfe haben sie?	Survey-Daten mit offenen Fragen	Erwachsene Patientinnen und Patienten mit elektivem kolorektalen chirurgischen Eingriff	N = 222 Anteil Frauen: n = 115 Alter: MW = 52 Jahre Range = 19-89 Jahre	Die Mehrheit der Befragten äußerte sich zufrieden über die erhaltenen Informationen und fühlte sich gut vorbereitet, mit möglichen Komplikationen umzugehen. Die Patientinnen und Patienten bevorzugten schriftliche Informationen bevorzugt. Die Befragten äußerten das Bedürfnis, nach ausreichend Zeit, die Entlasspläne mit dem Gesundheitspersonal zu besprechen. Zudem wurde Bedarf an Kontaktpersonen und zusätzlicher Unterstützung zu Hause nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.



Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Kiran et al. (2020)	Was ist für Patientinnen und Patienten und deren betreuenden Personen beim Übergang vom Krankenhaus nach Hause besonders wichtig?	Group concept mapping	Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige	N = 736 (n = 313 Patientinnen und Patienten, n = 402 Angehörige) Anteil Frauen: n = 357, Anteil Männer: n = 244 Anteil Anderes: n = 6 Alter: 0-25 Jahre n = 47 26-49 Jahre n = 100 50-64 Jahre n = 139 65-79 Jahre n = 185 >80 Jahre n = 137	Wichtige angesprochene Themengebiete waren die Beteiligung an der Entlassplanung, die Unterstützung nach der Entlassung, Klärung von Fragen zur Medikation sowie die Planung der Nachsorge.
Rodriguez et al. (2019)	Welche Charakteristiken und Faktoren tragen aus der Perspektive der beteiligten Familien und Leistungserbringer zur Wiederaufnahme von Minderjährigen ins Krankenhaus nach 3 Tagen bei und inwiefern ist diese vermeidbar?	Analyse von Patientenakten, Strukturierte Interviews	Kindern und deren Familien, die nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus nach 3 Tagen wiederaufgenommen wurden	N = 121 Kinder Anteil Mädchen: n = 55 Alter: MW = 5,9 Jahre	Aus Sicht der befragten Familien und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Krankenhaus für Entlassung und Wiederaufnahme verantwortlich sind, waren rund ein Viertel der Wiederaufnahmen vermeidbar. Relevante Einflüsse waren unter anderem der Wochentag der Entlassung sowie Probleme bei der Entscheidungsfindung und dem Entlassungsprozess.
Storm et al. (2014)	Wie ist die Qualität in der Pflege bei der Entlassung aus dem Krankenhaus von älteren Patientinnen und Patienten über 75 Jahre und wie lässt sich diese verbessern?	Fall-Kontroll-Studie (phänomenologischer Ansatz) Beobachtung mit Feldnotizen und offenen Interviews	Patientinnen und Patienten über 75 Jahre u.a. mit Hüftfrakturen, COPD, Pneumonie, Schlaganfall oder Demenz und deren Angehörige, die Versorgungsleistungen erhalten	N = 41 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Patientinnen, Patienten und Angehörige wünschen sich besser auf die Entlassung vorbereitet und einbezogen zu werden sowie mehr Informationen über die Zeit nach der Entlassung zu erhalten. Das Pflegepersonal sollte besser für die Versorgung

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
		Analyse von Dokumenten Strukturierte Interviews	und in eine Notaufnahme aufgenommen oder wieder in die nach- und weiterversorgenden Strukturen entlassen wurden, sowie das relevante Gesundheitspersonal		gung von älteren Patientinnen und Patienten ausgebildet werden, da diese Patientengruppe besonders vulnerabel ist.
Ubbink et al. (2014)	Was sind aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte, dem Pflegepersonal sowie Patientinnen und Patienten die relevanten Kriterien für die Entlassung?	Fokusgruppen Semistrukturierte Tiefeninterviews Nicht-teilnehmende Beobachtung Patientenfragebögen	Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Patientinnen und Patienten chirurgischer, pädiatrischer und neurologischer Stationen, sowie ggf. deren Eltern	N = 473	Patientinnen, Patienten und Eltern äußern das Bedürfnis, dass bei der Planung der Entlassung ihre individuelle Situation mitberücksichtigt wird. Zudem fühlen sich Patientinnen und Patienten weder hinreichend in die Entlassung miteinbezogen noch vollumfänglich darüber aufgeklärt, wie sie sich nach der Entlassung verhalten sollen und worauf sie zu achten haben.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Patientinnen, Patienten und Eltern	n = 426 Anteil Frauen: n = 183 Alter: k. A.	
			Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal	n = 47 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	

Abkürzungen: k. A. = keine Angabe, MW = Mittelwert, N = Gesamtzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe

**Anhang A.2.6: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zu ausgewählten Parametern der Ergebnisqualität**

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Amin et al. (2016)	Was sind Gründe für die Wiederaufnahme von Minderjährigen ins Krankenhaus aus Sicht der Eltern und der Ärzte und wie lässt sich eine Wiederaufnahme verhindern?	Survey Daten, Analyse von Patientenakten	Eltern von minderjährigen Patientinnen und Patienten sowie deren Ärztinnen und Ärzte	N = 72	Eltern waren im Vergleich zu den betreuenden Ärztinnen bzw. Ärzten häufiger der Ansicht, dass der Zustand ihres Kindes zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme ernst war und dass eine Wiederaufnahme hätte vermieden werden können. Eltern beschrieben verschiedene Gründe für eine Wiederaufnahme: Eine übereilte Entlassung, ohne den Grund des Aufenthalts abzuklären oder ohne Behandlungserfolge abzuwarten, mangelnde Schulung und den Wunsch, Informationen im Gespräch vermittelt zu bekommen und Schwierigkeiten, Nachsorgetermine mit Spezialistinnen bzw. Spezialisten zu arrangieren.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Kinder	n = 60 Anteil Mädchen: k. A. Alter: MW = 6,4 Jahre Range = 0,06–17 Jahre	
			Ärztinnen und Ärzte	n = 12 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	
Andersen et al. (2017)	Welche Erfahrungen haben COPD Patientinnen und Patienten beim Einbezug in der Zeit um die Entlassung aus dem Krankenhaus herum und in der anschließenden täglichen Pflege zu Hause gemacht?	Teilnehmende Beobachtung Interviews	Patientinnen und Patienten mit COPD, die eine akute COPD-Exazerbation (AECOPD) innerhalb von 6 Monaten nach der Stabilisierung ihrer Erkrankung erlebt haben	N = 15 Anteil Frauen: n = 10 Alter: MW = 69 Jahre Range = 55–86 Jahre	Teilnehmende umschrieben das Gefühl, nicht auf eine Entlassung vorbereitet zu sein, berichteten von der Angst, einen Rückfall zu erleben und über Sorgen bezüglich des Gesundheitszustandes von Angehörigen. Es wurde das Bedürfnis nach Ruhe und ausreichend Zeit angesprochen, um körperliche Kapazitäten aufzubauen. Auch Umstände, wie z. B. die Unterbringung oder die Bewältigung des Alltags wirken sich auf die Entlassbereitschaft aus. Wenn die erhoffte Unterstützung diesbezüglich ausblieb wurde von einem Gefühl der Frustration berichtet. Teilnehmende

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
					fühlten sich überfordert, Informationen zu verstehen und zu interpretieren und sahen dies unter anderem in sprachlichen Barrieren begründet. Der Informationsaustausch mit dem Gesundheitspersonal, sowie das Gefühl, verstanden zu werden, wurde als wesentlich betrachtet.
Berman et al. (2019)	Wie beschreiben Eltern ihre Erfahrungen mit der Entlassung ihrer Kinder von der neonatologischen Intensivstation (NICU) nach Hause?	Semistrukturierte Interviews	Eltern von Kindern im Alter von 11 Monaten bis 8 Jahre	N = 15 Alter: MW = 34 Jahre Range = 22–47 Jahre Anteil Frauen: n = 14	Befragte nahmen einen Mangel an Kontinuität und Kommunikation im Behandlungsprozess wahr, insbesondere durch wechselnde Verantwortlichkeiten. Zudem fühlten sich Eltern zu wenig über den erwartbaren Genesungsverlauf der Kinder aufgeklärt. Partizipation im Behandlungsverlauf und gleichzeitige Klarheit über die eigene Elternrolle wurde als wichtig erachtet. Außerdem bestand das Bedürfnis, über das Erkennen und Verhalten bei möglichen Komplikation, der medizinischen Versorgung ihrer Kinder und über Heil- und Hilfsmittel stärker aufgeklärt zu werden. Für die Zeit nach der Entlassung wünschten sich Eltern, dass sie sich an eine Person mit Koordinierungsfunktion wenden können, die mit den diversen beteiligten Spezialisten in Kontakt tritt.
Blakey et al. (2017)	Wie erleben ältere Patientinnen und Patienten die Wiederaufnahme ins Krankenhaus?	Systematisches Review N = 6 Studien	Ältere Patientinnen und Patienten über 65 Jahre, die ins Krankenhaus wiederaufgenommen wurden	N = 68 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Befragte berichteten, dass sie sich für eine Entlassung nicht bereit, sowie nicht ausreichend vorbereitet gefühlt haben und dass sie diese als zu früh empfanden. Entscheidungen für eine Entlassung sollten mit Blick auf den Grad der Autonomie und

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
					physischen Kapazitäten getroffen werden und nicht von der Länge des Aufenthalts abhängen. Einige Teilnehmende äußerten, dass ihre Bedenken bezüglich des eigenen Gesundheitszustandes und einer Entlassung ignoriert wurden. Wiederaufnahme hätten vermieden werden können, wenn der selbst eingeschätzte Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten stärker einbezogen worden wäre (aus Sicht der Patientinnen und Patienten).
Braet et al. (2016a)	Wie unterscheidet sich die Qualität der Übergänge aus dem Krankenhaus in die Weiterversorgung/Häuslichkeit und welchen Einfluss hat dies auf Wiederaufnahme, Sterblichkeit, Besuch der Notfallambulanz?	Kohorten-Studie Fragebögen	Erwachsene Patientinnen und Patienten, die wegen Herzversagen, Pneumonie oder Hüft- oder Knieersatz im Krankenhaus aufgenommen und nach Hause entlassen wurden, sowie Hausärztinnen und Hausärzte	N = 233 Patientinnen und Patienten Anteil Frauen: n = 114 Alter: 18-60 Jahre: n = 49 61-80 Jahre: n = 138 > 80 Jahre: n = 46  Ärztinnen und Ärzte N = k. A. Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Maßnahmen/Interventionen, die vor der Entlassung beginnen und anschließend fortgeführt werden sind effektiver, als solche, die ausschließlich nach der Entlassung ansetzen. Interventionen mit einem Ansatz zur Stärkung des Empowerments von Patientinnen und Patienten sind wirksamer als solche, ohne diesen Ansatz

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse	
Brittan et al. (2015)	Was sind die Erfahrungen von Eltern und Leistungserbringern bezüglich der Wiederaufnahme ins Krankenhaus bei Kindern?	Semistrukturierte Interviews	Eltern und Leistungserbringer von Kindern, die eine Woche nach der Entlassung ins Krankenhaus wiederaufgenommen wurden	N = 87	Eltern berichten tw. dass die Erkrankung ihrer Kinder nicht ausreichend behandelt oder Symptome vor Entlassung nicht beseitigt wurden. Ein längerer initialer Krankenhausaufenthalt hätte ihrer Ansicht nach eine Wiederaufnahme verhindert. Einige Eltern beschrieben, dass das Versorgungsteam ihre geäußerten Bedenken diesbezüglich ignoriert habe. Außerdem wurden schwierige psychosoziale Umstände und mangelnde Unterstützung im Umfeld thematisiert.  Leistungserbringer sahen ebenfalls klinische Faktoren als Hauptgrund für eine Wiederaufnahme. Zusätzlich wurden Kommunikationsprobleme, insbesondere bei der Beteiligung mehrerer oder selten involvierter Betreuungspersonen, angesprochen. Leistungserbringer sahen effektivere Patienten- und Angehörigenschulungen zu Symptommanagement, Medikamenten und Hilfsmittelgebrauch als notwendig, um Wiederaufnahmen zu vermeiden.	
			<i>Untergruppen:</i>			
			Eltern	n = 30 Anteil Frauen: n = 27 Alter: Median = 29,5 Jahre Range = 18–52 Jahre		
			Kinder	n = 30 Anteil Frauen: n = 9 Alter: Median = 17 Monate Range = 1–17 Jahre		
		Leistungserbringer	n = 27 Anteil Frauen: n = 14 Alter: k. A.			
Campbell und Ditkoff (2020)	Darstellung der subjektiven Gründe von Patientinnen und Patienten für das Aufsuchen einer Notfallaufnahme nach der Entlassung aus einem Krankenhaus.	Qualitative Primäranalyse Einzelinterviews	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhaus-Entlassung eine Notfallaufnahme aufsuchten	N = 80 Alter: MW = k. A. (Range = ≤ 25 ≥ 65 Jahre) Geschlecht: 37 % männlich	Gründe für Wiederaufnahmen: Schmerzen (34%), fehlende Schmerzmedikation (56%), verfrühte Entlassung (26%), fehlende Organisation der Nachsorge (77%), Erreichbarkeit der Hausärzte (20%)	

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Chen et al. (2020)	Identifikation von klinischen Faktoren, die aus der Sicht von Patientinnen und Patienten mit dem Aufsuchen einer Notfallaufnahme oder einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus verbunden sind.	Quantitative Primäranalyse Prospektive Kohortenstudie, Telefoninterviews	Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, die innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhaus-Entlassung eine Notfallaufnahme aufsuchten oder eine Wiederaufnahme erlebten	N = 156 Alter: MW = 63 Jahre (Range = ≤ 50 – ≥ 65 Jahre) Geschlecht: 47 % männlich	Patientinnen und Patienten, die einen subjektiv geringen Gesundheitsstaus, Schmerzen oder geringen Appetit berichteten, nahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus häufiger eine Akutversorgung in Anspruch.
Dietrich et al. (2019)	Welche Gründe sehen Patientinnen und Patienten im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten für Krankenhauswiederaufnahmen?	Standardisierte Befragung (COMPARE-survey; über Wiederaufnahmereport Wiederaufnahmereport des Krankenhauses rekrutiert)	Patientinnen und Patienten  Ärztinnen bzw. Ärzte	n = 131 Anteil Frauen: n = 74 Alter: MW: 60,1 Jahre  n = 37 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	Sowohl Patientinnen und Patienten, als auch Ärztinnen und Ärzte nannten eine Bandbreite an möglichen Gründen, die aus ihrer Sicht zu einer Krankenhauswiederaufnahme führen. Dabei wurden signifikante Unterschiede zwischen den befragten Gruppen festgestellt.  Ärztinnen und Ärzte sahen am häufigsten den medizinischen Zustand und diesbezügliche Probleme in der Selbstversorgung zu Hause als ausschlaggebend für eine Wiederaufnahme (33,3 %). Ein weiterer häufig genannter Grund war die psychische Situation (z. B. Ängste, Depression) von Patientinnen und Patienten (29 %).

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Gadbois et al. (2019)	Was sind die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten, Krankenhauspersonal und Nachsorgern beim Übergang vom Krankenhaus in Pflegeeinrichtungen/ „skilled nursing facilities“ (SNF)?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, sowie Gesundheitspersonal	N = 244 Anteil Frauen: k. A.	Befragte äußerten, dass sich Patientinnen und Patienten zu Entscheidungen gedrängt fühlten, z. B. in Bezug auf die Wahl einer Pflegeeinrichtung. Sie gaben an, nicht ausreichend in die Koordination der Versorgung involviert und über Aspekte der Nachsorge (Information zu Terminen, Kontaktdaten) geschult worden zu sein. Patientinnen bzw. Patienten und Angehörige bemängelten den Zeitpunkt der Überleitung an einem Freitagabend, der die Kommunikation zwischen den Einrichtungen erschwerte. Außerdem wurden Probleme beim Medikamentenmanagement beschrieben.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Patientinnen und Patienten	n = 98 Anteil Frauen: n = 60 Alter: k. A.	
			Angehörige	n = 8 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.	
		Gesundheitspersonal	n = 138 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.		
Galvin et al. (2017)	Analyse des Konzepts „readiness for hospital discharge“.	Scoping Review	Alle Patientinnen und Patienten, die aus der stationären Versorgung entlassen werden	-	„Readiness for hospital discharge“ kann als Zustand und Prozess beschrieben werden, der durch folgende Merkmale charakterisiert wird: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Physische Stabilität, z. B. stabile Vitalzeichen, Schmerzkontrolle, Funktionsstatus</li> <li>2. Psychische Fähigkeiten, beschrieben als die mentale Verfassung, die das Gefühl der Entlassbereitschaft hervorruft und für ein erfolgreiches Coping notwendig ist</li> </ol>



Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
					<p>3. Erhalt adäquater Unterstützung, definiert als Hilfe auf psychischer oder physischer Ebene, die von Freunden, Familie, Gesundheitspersonal oder auch freiwillig Helfenden ausgehen kann</p> <p>4. Erhalt adäquater Informationen zu persönlichen und medizinischen Bedürfnissen, Selbstversorgung, sowie weiteren Abläufen und Zuständigkeiten</p>
Gledhill et al. (2021)	Defintion des Begriffs „discharge readiness“ aus der Sicht von Stakeholdern in Reha-Kliniken.	Systematisches Review	Alle Stakeholder (Patientinnen bzw. Patienten, betreuende Personen, Gesundheitspersonal, administratives Personal), die an der Entlassung aus Reha-Kliniken beteiligt sind	-	Die Partizipation von Patientinnen und Patienten in den Versorgungsprozess ist wesentlich für eine erfolgreiche Überleitung vom Krankenhaus nach Hause und kann das Gefühl der Entlassbereitschaft unterstützen. Als häufigste Barriere für eine erfolgreiche Entlassung sahen Patientinnen bzw. Patienten und Angehörige somatische und kognitive Probleme, wobei Angehörige signifikant häufiger Anliegen äußerten. In allen Studien wurde die Kontinuität der laufenden Versorgung, der ambulanten Angebote und Nachsorgevereinbarungen als grundlegend identifiziert. Aus Patienten- und Betreuendensicht wurde außerdem eine mangelnde Kommunikation und Organisation von Unterstützungsangeboten als hinderlich für eine Überleitung nach Hause gesehen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Jones et al. (2017)	Wie zufrieden sind die Patientinnen und Patienten (insbesondere Patientinnen und Patienten mit neuem Stoma) in Bezug auf den Prozess der Entlassung, welche Anliegen und Informationsbedarfe haben sie?	Survey-Daten mit offenen Fragen	Erwachsene Patientinnen und Patienten mit elektivem kolorektalen chirurgischen Eingriff	N = 222 Anteil Frauen: n = 115 Alter: MW = 52 Jahre Range = 19–89 Jahre	Der Großteil (90 %) der Patientinnen und Patienten fühlte sich bereit, entlassen zu werden. Wenige Patientinnen und Patienten wünschten weitergehende Informationen zum postoperativen Zustand und der Versorgung (z. B. Genesungsdauer, Ernährungseinschränkungen). Fast die Hälfte (48 %) der Teilnehmenden hätte sich zusätzliche Kontaktinformationen von Leistungserbringern gewünscht oder die Möglichkeit, über Telefon eventuelle Probleme zu besprechen. Ein Drittel (30 %) der Patientinnen und Patienten fühlte sich unsicher im Umgang mit einem neuangelegten Stoma und forderte vermehrte persönliche Schulungseinheiten während des Krankenhausaufenthaltes und einen direkten Zugang zu einer spezialisierten Fachkraft. Es wurde der Wunsch nach emotionaler Unterstützung und der Kontaktvermittlung zu Selbsthilfegruppen betont. Befragte äußerten sich positiv über ambulante Pflegekräfte, die sie bei der Genesung sowohl physisch als auch psychisch als unterstützend wahrnahmen.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
King et al. (2019)	<p>Wie hoch ist die Anzahl an Patientinnen und Patienten mit primären Lungenkarzinom, die nach einem thorakal-chirurgischen Eingriff innerhalb von 30 nach Entlassung wiederaufgenommen wurden?</p> <p>Was sind die Gründe für eine Wiederaufnahme?</p> <p>Welche gemeinsamen Faktoren für Wiederaufnahmen lassen sich in den sechs Zentren identifizieren?</p> <p>Wie lassen sich Angebote verbessern?</p>	Mixed-Methods	Patientinnen und Patienten mit primären Lungenkarzinom, die nach thorakal-chirurgischen Eingriff innerhalb von 30 nach Krankenhausentlassung wiederaufgenommen wurden	<p>N = 268</p> <p>Alter: MW = k. A. (Range = 20– ≥ 80 Jahre)</p> <p>Geschlecht: 47 % männlich</p>	<p>Neben krankheitszentrierten Gründen wurde auch die „readiness for discharge“ als relevanter Faktor für Krankenhauswiederaufnahmen identifiziert. Ein Drittel der Patientinnen und Patienten, die eine Wiederaufnahme erlebt haben, fühlten sich bei ihrem initialen Krankenhausaufenthalt nicht bereit, entlassen zu werden (30 % von n = 30, P = 0.001). Teilnehmende beschrieben eine mangelnde Einbeziehung in Entscheidungsprozesse, die die eigene Nachsorge betreffen und diesbezüglich verschiedene, aufeinandertreffende Interessen. Sie beschrieben einen Mangel an Kommunikation zwischen dem multidisziplinären Team und Patientinnen bzw. Patienten sowie Defizite in der Nachsorge. Befragte nahmen den Entlassprozess als überfordernd wahr und fühlten sich von dem med. Personal unter Druck gesetzt. Außerdem wurde die psychische Belastung durch den chirurgischen Eingriff beschrieben, die mit Ängsten und Unsicherheit in Bezug auf Aspekte der Selbstversorgung nach Entlassung einhergeht.</p>

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Leary et al. (2020)	Wie ist die Sichtweise der Eltern von chronisch kranken Kindern während der Wiederaufnahme in ein Krankenhaus? Wie kann die Versorgung verbessert werden und die Zahl der Wiederaufnahmen verringert werden?	Qualitative Primärdatenanalyse Semistrukturierte Interviews	Eltern von chronisch kranken Kindern im Alter von 0 bis 15 Jahren, die innerhalb von 30 Tage eine Wiederaufnahme in ein Krankenhaus erlebten	N = 20 Anteil Frauen: n = 12 Alter: Range = 0–15 Jahre	Eltern berichteten über unzureichende Diagnostik im Zusammenhang mit wechselnden ärztlichem Personal. Außerdem wurde berichtet, dass weitere Diagnosen und Symptome während des KH-Aufenthalts hätten abgeklärt werden müssen. Die Befragten äußerten Kommunikationsschwierigkeiten und mangelnde Aufklärung seitens der Ärzteschaft. Eltern äußerten Defizite über konsistente und verlässliche Informationen bezüglich weiterführender Behandlungen. Hinsichtlich der Entlassung ihres Kindes fühlten Eltern sich unter Druck gesetzt die Versorgung des Kindes in der häuslichen Umgebung als „medical experts“ fortzuführen.
LeClair et al. (2019)	Welche Faktoren tragen aus Sicht der Patientinnen und Patienten zur Wiederaufnahme in ein Krankenhaus bei?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten über 18 Jahre sowie deren Angehörigen	N = 35 (36 Interviews; eine Person zweifach erhoben, da zwei unabhängige stationäre Wiederaufnahmen) (n = 22 Interviews mit Patientinnen und Patienten n = 4 Interviews zusammen mit Angehörigen n = 10 Interviews mit Angehörigen) Anteil Frauen: n = 17 Alter: Median = 60 Jahre	Alle Teilnehmenden gaben an, dass sie aufgrund verschlechterter medizinischer Symptome erneut in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Knapp ein Drittel (37 %) der Befragten empfand Defizite im Bereich nachsorgender Einrichtungen und der Kommunikation als direkt beitragende Faktoren. Darunter mangelnde Expertise des Personals der Einrichtung im Umgang mit Hilfsmitteln und der Wunsch in der Auswahl nachsorgender Einrichtungen nach individuellen Kriterien besser unterstützt zu werden. Die Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten wurde beeinflusst durch Unstimmigkeiten im multidisziplinären Team des Krankenhauses

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
					über den medizinischen Zustand. Mangelnde Englischkenntnisse führten zu einem schlechteren Verständnis schriftlicher Entlassanweisungen und erschwerten die Kommunikation. Ein unzureichendes Schmerzmanagement vor der Entlassung führte zum Aufsuchen der Notaufnahme.
Leyenaar et al. (2017)	Was sind die Präferenzen, Prioritäten und Ziele von Eltern chronisch kranker Kinder bei der Planung vom Übergang aus dem Krankenhaus nach Hause und wie nehmen Leistungserbringer die Bedürfnisse der Familien wahr?	Semi-strukturierte Leitfadeninterviews	Eltern von chronisch kranken Kindern und Leistungserbringer	N = 39 Anteil Frauen: n = 32 Alter: k. A.	Eltern beschrieben, dass der wechselnde Gesundheitszustand ihres Kindes die Entlassplanung erschwerte. Einige Eltern fühlten sich zur Entlassung gedrängt, obwohl wichtige Angelegenheiten noch nicht geregelt waren. Außerdem wurde die Angst vor einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus thematisiert.  Leistungserbringer betonten die Notwendigkeit, die Perspektive der Eltern und ihre Entlassbereitschaft zu berücksichtigen.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Eltern	N = 23 Anteil Frauen: n = 19 Alter: Median = 38 Jahre Range = 33–45 Jahre	
			Leistungserbringer	N = 16 Anteil Frauen: n = 13 Alter: k. A.	

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
Mabire et al. (2019)	Welche strukturellen und prozessbezogenen Faktoren haben einen Einfluss auf die Entlassbereitschaft von Patientinnen und Patienten?	Survey-Daten	Patientinnen und Patienten (18 Jahre und älter), die mindestens 48 h in einem Krankenhaus behandelt wurden sowie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger	N = 3.588 Anteil Frauen: n = 2.353 Alter: Range = 19–97 Jahre	Die „readiness for hospital discharge“ war bei Patientinnen und Patienten höher, die Schulungsmaßnahmen zur Entlassung (Selbstversorgung, Symptommanagement) erhielten. Die Betreuung auf Stationen von Krankenpflegepersonal mit beruflicher Expertise wirkte sich positiv auf die Entlassbereitschaft aus. Es bestand eine positive Assoziation zwischen der Entlassbereitschaft und einem subjektiv höher bewerteten Gesundheitszustand. Patientinnen und Patienten auf größeren, medizinischen Stationen fühlten sich seltener für eine Entlassung bereit. Es wurde kein Zusammenhang zwischen organisatorischen Kontextfaktoren (Trägerschaft, Verhältnis des Personals mit verschiedenen Qualifikationen) und der „readiness for hospital discharge“ festgestellt.
			<i>Untergruppen:</i>		
			Patientinnen und Patienten	n = 1.755 Anteil Frauen: n = 743 Alter: MW = 67 Jahre Range = 19–97 Jahre	
			Pflegekräfte	n = 1.833 Anteil Frauen: n = 1.610 Alter: MW = 35,3 Jahre Range = 20–64 Jahre	
Nielsen et al. (2019)	Was sind die Erfahrungen älterer Patientinnen und Patienten bezüglich der Entlassung aus einer Kurzzeitstation der Notaufnahme und der Rückkehr in den Alltag?	Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten über 65 Jahre	N = 11 Anteil Frauen: n = 8 Alter: MW = 74,7 Jahre Range = 65–86 Jahre	Die Entlassung erfolgte bei allen Teilnehmenden 1-2 Tage nach Krankenhausaufnahme und wurde als überraschend wahrgenommen. Einige Befragte fühlten sich aufgrund ihres unveränderten Zustandes nicht für eine Entlassung bereit und bemängelten, nicht in Entscheidungsprozesse involviert gewesen zu sein. Für eine positive Entlassererfahrung war das Gefühl von Sicherheit, nach Hause zu gehen, aus-

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
					schlaggebend für Patientinnen und Patienten, vor allem bei Teilnehmenden mit Ehepartnerin bzw. Ehepartnern. Das Bedürfnis nach weiterführenden Informationen zur Behandlung und Nachsorge wurde zusätzlich thematisiert.
Nijhawan et al. (2019)	Darstellung der Sichtweise von Patientinnen und Patienten und deren Leistungserbringer auf Krankenhauswiederaufnahmen, deren Vermeidbarkeit und potenzielle Strategien, um ungeplante Wiederaufnahmen zu verhindern.	Qualitative Primäranalyse Einzelinterviews	Patientinnen und Patienten mit HIV und ungeplanter Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus  Betreuende Leistungserbringer (stationär tätiges ärztliches Personal und Spezialistinnen bzw. Spezialisten für Infektionskrankheiten, Mitarbeitende des Case-Management)	N = 86  Patientinnen und Patienten: n = 29 Alter: MW = k. A. (Range = 18 – ≥ 50 Jahre) Geschlecht: 82,1 % männlich  Leistungserbringer: n = 38 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Leistungserbringer und Patientinnen bzw. Patienten sahen u. a. Substanzgebrauch oder einen Mangel an finanzieller und sozialer Unterstützung als Faktoren an, die zu ungeplanten Wiederaufnahmen führten. Auf Systemebene wurden mangelnde ambulante Versorgungskapazitäten, eine Unterbrechung der Medikation nach Entlassung, Probleme bei der Überleitung von Patientinnen und Patienten in andere Einrichtungen und einer zeitnahen ambulanten Nachsorge, besprochen. Defizite wurden in der Kommunikation zwischen Leistungserbringern (Informationsaustausch, fehlendes Wissen über Patientinnen/Patienten) und in der Schulung von Patientinnen und Patienten gesehen. Strategien zur Vermeidung ungeplanter Wiederaufnahmen bezogen sich auf die Schulung zu krankheitsspezifischen Medikamenten durch qualifiziertes Personal während des Krankenhausaufenthaltes und die Aushändigung aller relevanten Medikamente vor dem Zeitpunkt der Entlassung. Patientinnen und Patienten be-

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
					fürworteten den Einsatz eines spezialisierten ambulanten Nachsorge-Teams. Leistungserbringer empfohlen, Personal in Notaufnahmen zu Bedarfen von HIV-positiven Patientinnen und Patienten zu schulen, um ungeplante Wiederaufnahmen zu vermeiden.
Rapport et al. (2019)	Wie nehmen Patientinnen und Patienten die Krankenhauspflege von der Ankunft bis zur Entlassung wahr und wie sehr sind sie damit zufrieden? Welche Faktoren beeinflussen positive oder negative Erfahrungsberichte der Patientinnen und Patienten, sowie die der pflegenden Personen bzw. Familienangehörigen.	Fokusgruppen	Patientinnen und Patienten die stationär behandelt wurden und ggfs. Angehörige / betreuende Personen	N = 30 4 Fokusgruppen Anteil Frauen: n = 10 Alter: k. A.	Das physische Wohlbefinden der Teilnehmenden galt als Voraussetzung, um sich für eine Entlassung bereit zu fühlen. Den Befragten war es wichtig, zu wissen, was sie nach der Entlassung erwartet und wie sie mit Herausforderungen umgehen können (z. B. Anwendung von Medikamenten, Schmerzmanagement). Positive Entlassverfahren wurden von Teilnehmenden berichtet, die die Kommunikation und Anweisung zur Entlassung als klar und verständlich beschrieben und die über den Krankenhausaufenthalt hinaus Unterstützung bei der Organisation der Nachsorge von Personal in der Community erhielten.
Rodriguez et al. (2019)	Welche Charakteristiken und Faktoren tragen aus der Perspektive der beteiligten Familien und Leistungserbringer zur Wiederaufnahme von Minderjährigen ins Krankenhaus nach 3 Tagen bei und inwiefern ist diese vermeidbar?	Analyse von Patientenakten, Strukturierte Interviews	Kindern und deren Familien, die nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus nach 3 Tagen wiederaufgenommen wurden	N = 121 Kinder Anteil Mädchen: n = 55 Alter: MW = 5,9 Jahre	43 % aller Wiederaufnahmen standen mit klinischen Problemen (z. B. Komplikationen nach Eingriffen, zu frühzeitige Entlassung, Probleme mit dem Entlassprozess) in Zusammenhang stand. 75 % der Befragten erhielten Anweisungen zur Entlassung in einer ihr nicht bevorzugten Sprache. In der qualitativen Befragung beschrieben Teilnehmende eine mangelnde Überein-



Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
					stimmung innerhalb des Versorgungsteams, sowie zwischen Leistungserbringern und Familien in Bezug auf die Entscheidung über die Entlassfähigkeit und die Notwendigkeit einer Wiederaufnahme. Als beeinflussende Faktoren für eine Wiederaufnahme sahen Familien eine unzureichende Aufklärung zu Medikamenten, eine unklare Diagnose zum Zeitpunkt der Entlassung, Defizite in der Kommunikation mit ärztlichem Personal und eine Entlassung, trotz geäußerter Bedenken ihrerseits.
Sevilla-Cazes et al. (2018)	Darstellung, welche Herausforderungen Patientinnen und Patienten, sowie Betreuungspersonen im Umgang mit der Erkrankung zu Hause wahrnehmen und welche Gründe sie für eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus sehen.	Qualitative Primärdatenanalyse Einzelinterviews, Telefoninterviews, Fokusgruppen	Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz und: 1. Einer Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt Oder 2. Ohne Wiederaufnahme, 6 Wochen nach der Entlassung aus einem Krankenhaus 3. Nach einem Krankenhausaufenthalt, sowie zusätzlich eine benannte Betreuungsperson	N = 61 Einzelinterviews n = 31 Alter: MW = 59 Jahre (Range = 30–75 Jahre) Geschlecht: 48 % männlich  Fokusgruppen 6 Fokusgruppen mit n = 30  Patientinnen und Patienten n = 19 Alter: MW = 56 Jahre	Die Gründe für eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus lagen in einer Kombination aus physischen und sozio-emotionalen Faktoren (z. B. mangelnde Aufklärung im Krankenhaus und daraus resultierende Schwierigkeiten, Alltagsentscheidungen zu treffen bzw. Verhaltensregeln einzuhalten). Bei wahrgenommener Verschlechterung des Gesundheitszustandes, fühlten sich Teilnehmende frustriert und gestresst. Die Wiederaufnahme ins Krankenhaus wurde als rationale Entscheidung beschrieben, die Patientinnen bzw. Patienten und Angehörige gemeinsam trafen. Hauptgrund hierfür war die subjektive Herausforderung, Krankheitssymptome adäquat einzuschätzen.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
				(Range = 37–83 Jahre) Geschlecht: 63 % männlich  Betreuungspersonal n = 11 Betreuungspersonen Alter: MW = 56 Jahre (Range = 36–74 Jahre) Geschlecht: 27 % männlich	
Solan et al. (2015)	Wie erleben Eltern bzw. Familien den Übergang ihres Kindes vom Krankenhaus nach Hause?	Offene, semistrukturierte Fragen in: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fokusgruppen</li> <li>▪ Individuelle Tiefeninterviews</li> </ul>	Eltern bzw. Pflegende von entlassenen Kindern	N = 61 Anteil Frauen: n = 53 Alter: Range = 18-54 Jahre 18–24 Jahre n = 5 25–34 Jahre n = 28 35–44 Jahre n = 22 45–54 Jahre n = 6	Befragte äußerten Gefühle der Erleichterung, bei Verbesserung des Gesundheitszustandes und den damit einhergehend den Wunsch zur Entlassung. Die Entlassbereitschaft hing mit dem klinischen Fortschritt zusammen. Einige Befragten verließen sich bei der Bewertung der Entlassbereitschaft auf ihre Intuition, andere vertrauten komplett der Einschätzung des medizinischen Teams. Einige Teilnehmende äußerten den Wunsch einer vollständigen Genesung und empfanden die Entlassung als zu frühzeitig. Schlussfolgernd wird empfohlen, die Kommunikation und Partizipation (shared-decision-making) zu verbessern.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse	
Ubbink et al. (2014)	Was sind aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte, dem Pflegepersonal sowie Patientinnen und Patienten die relevanten Kriterien für die Entlassung?	Fokusgruppen Semistrukturierte Tiefeninterviews Nicht-teilnehmende Beobachtung Patientenfragebögen	Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Patientinnen und Patienten chirurgischer, pädiatrischer und neurologischer Stationen, sowie ggf. deren Eltern	N = 473	Die Kriterien für eine Entlassung sind am häufigsten auf klinische Aspekte (z. B. Allgemeinzustand, Körpertemperatur etc.), Aspekte zur Entlassung (z. B. Nachsorge, Entlassbrief, Medikationsplan) und auf patientenbezogene Kriterien (z. B. Schmerzmanagement, Fragen und Bereitschaft zur Entlassung) bezogen. Knapp ein Drittel der Patientinnen und Patienten und fast die Hälfte der Kinder bzw. Eltern gaben an, dass ihre persönliche Situation und Unterstützung zu Hause vor der Entlassung nicht ausreichend abgeklärt wurde. Sie äußerten den Wunsch, stärker in die Entlassplanung involviert zu werden und mehr Information zu Verhaltensregeln nach der Entlassung zu erhalten. Bezüglich der wahrgenommenen Gründe für eine Entlassung, fokussierte sich das ärztliche Personal auf den medizinischen Zustand, das Krankenpflegepersonal auf die häusliche Situation und den Entlassprozess und Patientinnen bzw. Patienten auf erhaltene Informationen, sowie ihre persönliche Situation.	
			<i>Untergruppen:</i>			
			Patientinnen, Patienten, Eltern	n = 426 Anteil Frauen: n = 183 Alter: k. A.		
			Ärztinnen, Ärzte und Pflegepersonal	n = 47 Anteil Frauen: k. A. Alter: k. A.		

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
van der Does et al. (2020)	Identifikation von Determinanten und Gründen für ungeplante Krankenhauswiederaufnahmen, aus der Sicht von Patientinnen und Patienten und Bewertung der Vermeidbarkeit ungeplanter Krankenhauswiederaufnahmen.	Quantitative Primäranalyse Einzelinterviews oder Telefoninterviews, Analyse von Patientenunterlagen und / oder Interviews	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhaus-Entlassung eine Wiederaufnahme erlebten	N = 486 Patienten n = 430 (davon n = 227 Interviews) Alter: MW = 62,9 Jahre Geschlecht: 49,1 % männlich	13 % der Krankenhauswiederaufnahmen wurden als potenziell vermeidbar bewertet. Ein signifikanter Zusammenhang bestand zwischen einem höheren Lebensalter und potenziell vermeidbaren Krankenhauswiederaufnahmen. Die Hauptgründe lagen in den Bereichen Diagnostik (z. B. Fehldiagnose), Medikation (z. B. Rezept inkorrekt) und Management (z. B. Entlassplanung- und Überleitungsprobleme). Strategien zur Vermeidung ungeplanter Wiederaufnahmen bezogen sich zum Großteil auf den Behandlungsprozess (z. B. Diagnosestellung, Therapieevaluation, Medikamenteneinstellung). Jeweils zwei der 56 Befragten empfahlen eine bessere Kommunikation zwischen Leistungserbringern, sowie eine bessere Patientenschulung.
van Galen et al. (2017)	Entlassungsmedikation – Was weiß der Patient bei Entlassung über seine Arzneimittel?	Qualitative Studie Strukturierte Interviews	Patienten und Patientinnen vor einer Entlassung aus einem Akut- und einem geriatrischen Rehabilitationskrankenhaus	N = 179 Akutkrankenhaus: N = 100 Alter: Median = 73 Geschlecht: 50 % Frauen Rehabilitationskrankenhaus: N = 21 Alter Median = 81 Geschlecht: 79 % Frauen	Ca. 48 % der Patientinnen und Patienten konnte ihre Entlassmedikation zutreffend benennen. Einflussfaktoren für Wissensdefizite waren u.a. fehlende Medikationspläne und ein hohes Alter. Weiterhin wurde für knapp zwei Drittel der Patienten wurde im Arztbrief mindestens ein Risikoarzneimittel empfohlen

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
van Galen et al. (2019)	<p>Erfassung der Patientenperspektive zur Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit von Krankenhauswiederaufnahmen und assoziierten Risikofaktoren und Gründen.</p> <p>Vergleich der Übereinstimmung der Sichtweisen von Patientinnen bzw. Patienten und behandelnder Ärztinnen bzw. behandelnden Ärzten.</p>	Mixed-Methods	Patientinnen und Patienten nach chirurgischem Eingriff, die innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhaus-Entlassung eine Wiederaufnahme erlebten und behandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte	<p>N = 237</p> <p>Alter: Median = 67 Jahre (Range = 21–96 Jahre)</p> <p>Geschlecht: 55,7 % männlich</p>	<p>Patientinnen und Patienten mit häuslicher Unterstützung bewerteten eine Krankenhauswiederaufnahme häufiger als vermeidbar, als Befragte ohne Unterstützung. Teilnehmende schätzten eine Wiederaufnahme häufiger als vorhersehbar und vermeidbar ein, wenn sie sich vor der Entlassung nicht besser fühlten, subjektiv nicht entlassbereit waren oder sie Ärztinnen bzw. Ärzten am Entlasstag vorschlugen, den Aufenthalt zu verlängern. Es bestand eine negative Assoziation zwischen krankheitsbedingten Ursachen und der durch die Befragten bewerteten Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit einer Krankenhauswiederaufnahme. Gründe mit Bezug zu Mitarbeitenden im Versorgungsprozess, waren positiv mit der wahrgenommenen Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit assoziiert.</p> <p>Patientinnen und Patienten bewerteten eine Krankenhauswiederaufnahme häufiger als vermeidbar, als ihre behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte, die sich bei der Bewertung verstärkt an messbaren Faktoren (Funktionsstatus, Biomarker) orientierten.</p>
Verhaegh et al. (2019)	Welche Erfahrungen machen chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die nach Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen ungeplant wieder aufgenommen wurden?	Semistrukturierte Interviews	Chronisch kranke Patientinnen und Patienten, die auf vier verschiedenen Stationen eines Krankenhauses behandelt wurden und innerhalb von 30 Tagen	<p>N = 23</p> <p>Anteil Frauen: n = 8</p> <p>Alter: Median = 57 Jahre</p> <p>Range = 18–78 Jahre</p>	Patientinnen und Patienten erhielten unzureichende Informationen zu Entscheidungen z. B. zur Entlassplanung, die meistens ohne ihre Beteiligung, zwischen den ärztlichen und pflegerischen Visiten ge-

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
			nach Entlassung wieder aufgenommen wurden		troffen wurden. Wünsche bestanden dahingehend, die Entlassplanung bereits zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme einzuleiten, um die Rückkehr nach Hause organisieren zu können. Befragte, ohne Erfahrungen mit Krankenhausaufenthalten, betonten den Stellenwert der Entlassinstruktion für das Selbstmanagement zu Hause. Ein individueller Entlassbrief, mit Informationen zur Diagnose, Behandlung, Nachsorge und Kontaktdaten wurde als wichtig erachtet. Ebenso ein verstärkter Fokus auf die Abstimmung der Medikamente bei Entlassung bezüglich Probleme mit Wechselwirkungen, falscher Dosierung oder Verschreibung. Zwar wollten die meisten Patientinnen und Patienten das Krankenhaus am Entlasstag verlassen, fühlten sich jedoch, bezogen auf ihren Gesundheitszustand, noch nicht für eine Entlassung bereit.
Weiss et al. (2017)	<p>Wahrnehmung der Eltern bezüglich über Information/Schulung zur Entlassung („discharge-teaching“)</p> <p>Wahrnehmung der Eltern und des Krankenpflegepersonals in Bezug auf die Entlassbereitschaft.</p> <p>Bewältigungsschwierigkeiten ,Krankenhauswiederaufnahmen und Kontakt zur Notaufnahme nach der Entlassung.</p>	Quantitative Sekundärdatenanalyse	Eltern von Kindern zweier Abteilungen (Neurologie, respiratorische Erkrankungen) in einem Kinderkrankenhaus, die sich in Vorbereitung auf die Entlassung nach einem mindestens 2-tägigen Krankenhausaufenthalt befanden	N = 194 Alter: k. A. Geschlecht: k. A.	Die von Eltern berichtete Qualität der Entlassaufklärung war mit der von Eltern und Krankenpflegepersonal wahrgenommenen Entlassbereitschaft positiv assoziiert. Es wurde eine negative Assoziation zwischen der subjektiven Entlassbereitschaft der Eltern und berichteten Bewältigungsschwierigkeiten nach der Entlassung festgestellt.

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung / Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße, Geschlecht bzw. Anteil Frauen absolut, Alter)	Hauptergebnisse
			<i>Untergruppen:</i>		Darauf aufbauend wird empfohlen, niedrige „readiness for hospital discharge-scores“ als Risiko- Indikator für eventuelle Schwierigkeiten, die Eltern nach der Entlassung erleben, zu sehen, sowie als Anstoß, um Interventionen einzuleiten.
			Eltern (bei Entlassung)	n = 194 Alter: MW = 33,7 Jahre	
			Eltern (nach drei Wochen)	n = 150 Alter: MW = 34,7 Jahre	
Zibelli et al. (2020)	Darstellung der subjektiven Gründe für eine erneute Krankenhausaufnahme und Möglichkeiten zur Vermeidung dieser, sowie der wahrgenommenen Entlassbereitschaft, aus der Sicht von Patientinnen und Patienten.	Qualitative Primäranalyse Semistrukturierte Interviews	Patientinnen und Patienten mit onkologischer Erkrankung und Krankenhausaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung	N = 13 Alter: MW = 61 Jahre (Range = 39–78 Jahre) Geschlecht: 62 % männlich	Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten fühlte sich bereit für die Entlassung. Personen, die sich nicht entlassbereit fühlten, empfanden eine Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen als vorhersehbar. Die Entscheidung, das Krankenhaus aufzusuchen, wurde meist eigenständig, ohne Empfehlung des Versorgungsteams getroffen. Es wurden überwiegend krankheitsspezifische Gründe, z. B. Symptome wie Übelkeit, Ausschlag, Kurzatmigkeit, Fieber oder Schmerzen angegeben und der Mangel an adäquater häuslicher Unterstützung. Oft initiierten betreuende Angehörige den Kontakt zu Notfalldiensten oder der Notfallaufnahme. Es wurde geäußert, dass eine ambulante Pflegekraft hilfreich für das eigene Krankheitsmanagement und zur Vermeidung einer Krankenhausaufnahme gewesen wäre.

Abkürzungen: k. A. = keine Angabe, MW = Mittelwert, N = Gesamtzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer, n = Anzahl Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in Teilstichprobe,

## Literatur

- 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.
- Allen, J; Hutchinson, AM; Brown, R; Livingston, PM (2018): User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations* 21(2): 518-527. DOI: 10.1111/hex.12646.
- Allum, L; Connolly, B; McKeown, E (2018): Meeting the needs of critical care patients after discharge home: a qualitative exploratory study of patient perspectives. *Nursing in Critical Care* 23(6): 316-323. DOI: 10.1111/nicc.12305.
- Amin, D; Ford, R; Ghazarian, SR; Love, B; Cheng, TL (2016): Parent and Physician Perceptions Regarding Preventability of Pediatric Readmissions. *Hospital Pediatrics* 6(2): 80-87. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0059.
- Andersen, IC; Thomsen, TG; Bruun, P; Bødtger, U; Hounsgaard, L (2017): The experience of being a participant in one's own care at discharge and at home, following a severe acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 12(1): 1371994. DOI: 10.1080/17482631.2017.1371994.
- 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.
- Aydon, L; Hauck, Y; Murdoch, J; Siu, D; Sharp, M (2018): Transition from hospital to home: Parents' perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2): 269-277. DOI: 10.1111/jocn.13883.
- Backman, C; Cho-Young, D (2019): Engaging patients and informal caregivers to improve safety and facilitate person- and family-centered care during transitions from hospital to home – a qualitative descriptive study. *Patient Preference and Adherence* 13: 617-626. DOI: 10.2147/PPA.S201054.
- Backman, C; Johnston, S; Oelke, ND; Kovacs Burns, K; Hughes, L; Gifford, W; et al. (2019): Safe and effective person- and family-centered care practices during transitions from hospital to home—A web-based Delphi technique. *PLoS One* 14(1): e0211024. DOI: 10.1371/journal.pone.0211024.
- 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.



- Bårdsgjerde, EK; Kvangarsnes, M; Landstad, B; Nylenna, M; Hole, T (2019): Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway. *Journal of Advanced Nursing* 75(5): 1063-1073. DOI: 10.1111/jan.13931.
- Bauer, E; Krohn, R; Pöhlmann, B; Kaufmann-Kolle, P; Szecsenyi, J; Bramesfeld, A (2014): Übergangszeiten und -raten von stationär nach ambulant in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg. *Psychiatrische Praxis* 41(8): 439-444. DOI: 10.1055/s-0033-1349589.
- Beaton, A; O'Leary, K; Thorburn, J; Campbell, A; Christey, G (2019): Improving patient experience and outcomes following serious injury. *NZMJ – New Zealand Medical Journal* 132(1494): 15-25.
- 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.
- Blair, J; Volpe, M; Aggarwal, B (2014): Challenges, Needs, and Experiences of Recently Hospitalized Cardiac Patients and Their Informal Caregivers. *Journal of Cardiovascular Nursing* 29(1): 29-37. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3182784123.
- Blakey, EP; Jackson, D; Walthall, H; Aveyard, H (2017): What is the experience of being readmitted to hospital for people 65 years and over? A review of the literature. *Contemporary Nurse* 53(6): 698-712. DOI: 10.1080/10376178.2018.1439395.
- 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-Qualitaetsicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- Boge, RM; Haugen, AS; Nilsen, RM; Bruvik, F; Harthug, S (2019): Measuring discharge quality based on elderly patients' experiences with discharge conversation: a cross-sectional study. *BMJ: Open Quality* 8(4): e000728. DOI: 10.1136/bmj-oq-2019-000728.
- Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016a): 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.
- Braet, A; Weltens, C; Bruyneel, L; Sermeus, W (2016b): The quality of transitions from hospital to home: A hospital-based cohort study of patient groups with high and low readmission rates. *International Journal of Care Coordination* 19(1-2): 29-41. DOI: 10.1177/2053434516656149.
- Bragstad, LK; Kirkevold, M; Hofoss, D; Foss, C (2014): Informal caregivers' participation when older adults in Norway are discharged from the hospital. *Health and Social Care in the Community* 22(2): 155-168. DOI: 10.1111/hsc.12071.

- Brittan, M; Albright, K; Cifuentes, M; Jimenez-Zambrano, A; Kempe, A (2015): Parent and Provider Perspectives on Pediatric Readmissions: What Can We Learn About Readiness for Discharge? *Hospital Pediatrics* 5(11): 559-565. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0034.
- Bucknall, T; Digby, R; Fossum, M; Hutchinson, AM; Considine, J; Dunning, T; et al. (2019): Exploring patient preferences for involvement in medication management in hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 75(10): 2189-2199. DOI: 10.1111/jan.14087.
- Burian, R; Franke, M; Diefenbacher, A (2016): Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *Journal of Psychosomatic Research* 86: 53-59. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.002.
- Callans, KM; Bleiler, C; Flanagan, J; Carroll, DL (2016): The Transitional Experience of Family Caring for Their Child With a Tracheostomy. *Journal of Pediatric Nursing* 31(4): 397-403. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.02.002.
- Callister, C; Jones, J; Schroeder, S; Breathett, K; Dollar, B; Sanghvi, UJ; et al. (2020): Caregiver Experiences of Care Coordination for Recently Discharged Patients: A Qualitative Metasynthesis. *Western Journal of Nursing Research* 42(8): 649-659. DOI: 10.1177/0193945919880183.
- Campbell, D; Ditkoff, J (2020): Evaluating Hospital Readmissions Through the Perspective of the Returning Emergency Department Patient. *Quality Management in Health Care* 29(1): 15-19. DOI: 10.1097/qmh.0000000000000238.
- Chen, J; Sadasivam, R; Blok, AC; Ritchie, CS; Nagawa, C; Orvek, E; et al. (2020): The Association Between Patient-reported Clinical Factors and 30-day Acute Care Utilization in Chronic Heart Failure. *Medical Care* 58(4): 336-343. DOI: 10.1097/mlr.0000000000001258.
- Chenoweth, L; Kable, A; Pond, D (2015): Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: A review of the literature. *Australasian Journal on Ageing* 34(1): 9-14. DOI: 10.1111/ajag.12205.
- 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.
- Crow, J (2018): A 2-week stroke review identifies unmet needs in patients discharged home from a hyperacute stroke unit. *British Journal of Neuroscience Nursing* 14(1): 29-35. DOI: 10.12968/bjnn.2018.14.1.29.
- Custodis, F; Rohlehr, F; Wachter, A; Böhm, M; Schulz, M; Laufs, U (2016): Medication knowledge of patients hospitalized for heart failure at admission and after discharge. *Patient Preference and Adherence* 10: 2333-2339. DOI: 10.2147/PPA.S113912.

- Dai, A; Moore, M; Polyakovsky, A; Gooding, T; Lerew, T; Carrougher, GJ; et al. (2019): Burn Patients' Perceptions of Their Care: What Can We Learn From Postdischarge Satisfaction Surveys? *Journal of Burn Care & Research* 40(2): 202-210. DOI: 10.1093/jbcr/iry018.
- Daliri, S; Bekker, CL; Buurman, BM; Scholte op Reimer, WJM; van den Bemt, BJF; Karapinar-Çarkit, F (2019): Barriers and facilitators with medication use during the transition from hospital to home: a qualitative study among patients. *BMC: Health Services Research* 19:204. DOI: 10.1186/s12913-019-4028-y.
- Desai, AD; Durkin, LK; Jacob-Files, EA; Mangione-Smith, R (2016): Caregiver Perceptions of Hospital to Home Transitions According to Medical Complexity: A Qualitative Study. *Academic Pediatrics* 16(2): 136-144. DOI: 10.1016/j.acap.2015.08.003.
- Dietrich, E; Davis, K; Chacko, L; Rahmanian, KP; Bielick, L; Quillen, D; et al. (2019): Comparison of Factors Identified by Patients and Physicians Associated with Hospital Readmission (COMPARE2). *Southern Medical Journal* 112(4): 244-250. DOI: 10.14423/SMJ.0000000000000959.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Doos, L; Bradley, E; Rushton, CA; Satchithananda, D; Davies, SJ; Kadam, UT (2015): Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease multimorbidity at hospital discharge transition: a study of patient and carer experience. *Health Expectations* 18(6): 2401-2412. DOI: 10.1111/hex.12208.
- 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.
- Dyrstad, DN; Laugaland, KA; Storm, M (2015): An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 24(11-12): 1693-1706. DOI: 10.1111/jocn.12773.
- Enlow, E; Herbert, SL; Jovel, IJ; Lorch, SA; Anderson, C; Chamberlain, LJ (2014): Neonatal intensive care unit to home: the transition from parent and pediatrician perspectives, a prospective cohort study. *Journal of Perinatology* 34(10): 761-766. DOI: 10.1038/jp.2014.75.
- Flink, M; Ekstedt, M (2017): Planning for the Discharge, not for Patient Self-Management at Home – An Observational and Interview Study of Hospital Discharge. *International Journal of Integrated Care* 17(6): 1-10. DOI: 10.5334/ijic.3003.
- 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.

- Franzon, J; Berry, NM; Wonggom, P; Astley, C; Du, H; Tongpeth, J; et al. (2018): Patients' satisfaction with information at discharge. *British Journal of Cardiac Nursing* 13(4): 182-189. DOI: 10.12968/bjca.2018.13.4.182.
- 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.
- Gadbois, EA; Tyler, DA; Shield, R; McHugh, J; Winblad, U; Teno, JM; et al. (2019): Lost in Transition: a Qualitative Study of Patients Discharged from Hospital to Skilled Nursing Facility. *Journal of General Internal Medicine* 34(1): 102-109. DOI: 10.1007/s11606-018-4695-0.
- 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.
- Gaskin, KL; Barron, DJ; Daniels, A (2016): Parents' preparedness for their infants' discharge following first-stage cardiac surgery: development of a parental early warning tool. *Cardiology in the Young* 26(7): 1414-1424. DOI: 10.1017/S1047951116001062.
- Gaskin, KL (2017): Patterns of Transition Experience for Parents Going Home from Hospital with their Infant after First Stage Surgery for Complex Congenital Heart Disease. *Journal of Pediatric Nursing* 41: e21-e32. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.11.013.
- Giosa, JL; Stolee, P; Dupuis, SL; Mock, SE; Santi, SM (2014): An Examination of Family Caregiver Experiences during Care Transitions of Older Adults. *Canadian Journal on Aging* 33(2): 137-153. DOI: 10.1017/S0714980814000026.
- Gledhill, K; Hanna, L; Nicks, R; Lannin, NA (2021): Defining discharge-readiness from subacute care from all stakeholders' perspectives: a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 43(22): 3127-3134. DOI: 10.1080/09638288.2020.1733107.
- Goldsmith, H; McCloughen, A; Curtis, K (2018): Using the trauma patient experience and evaluation of hospital discharge practices to inform practice change: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing* 27(7-8): 1589-1598. DOI: 10.1111/jocn.14230.
- Gotlib Conn, L; Zwaiman, A; DasGupta, T; Hales, B; Watamaniuk, A; Nathens, AB (2018): Trauma patient discharge and care transition experiences: Identifying opportunities for quality improvement in trauma centres. *Injury* 49(1): 97-103. DOI: 10.1016/j.injury.2017.09.028.
- Greißing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Schuchmann, M; Zantl, N; Schiek, S; et al. (2016): Medication and Treatment Adherence Following Hospital Discharge. A Study of an Intervention Aimed at Reducing Risk Associated With Medication Change. *Deutsches Ärzteblatt International* 113(44): 749-756. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0749.
- 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.

- Hahn, M; Roll, SC; Klein, J (2018): Arzneimitteltherapiesicherheit an der stationär-ambulanten Schnittstelle. *Der Nervenarzt* 89(7): 796-800. DOI: 10.1007/s00115-017-0412-1.
- 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.
- Hestevik, CH; Molin, M; Debesay, J; Bergland, A; Bye, A (2019): Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC: Health Services Research* 19:224. DOI: 10.1186/s12913-019-4035-z.
- Hohmann, C; Neumann-Haefelin, T; Klotz, JM; Freidank, A; Radziwill, R (2014): Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 39(3): 286-291. DOI: 10.1111/jcpt.12140.
- 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](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](https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht-Anhang_2019-07-31.pdf) (abgerufen am: 24.09.2020).
- Jones, D; Musselman, R; Pearsall, E; McKenzie, M; Huang, H; McLeod, RS (2017): Ready to Go Home? Patients' Experiences of the Discharge Process in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for Colorectal Surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 21(11): 1865-1878. DOI: 10.1007/s11605-017-3573-0.
- Kang, E; Gillespie, BM; Tobiano, G; Chaboyer, W (2020): General surgical patients' experience of hospital discharge education: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 29: e1–e10. DOI: 10.1111/jocn.15057.
- Keller, G; Merchant, A; Common, C; Laizner, AM (2017): Patient experiences of in-hospital preparations for follow-up care at home. *Journal of Clinical Nursing* 26(11-12): 1485-1494. DOI: 10.1111/jocn.13427.
- King, M; Kerr, A; Dixon, S; Taylor, S; Smith, A; Merriman, C; et al. (2019): Multicentre review of readmission rates within 30 days of discharge following lung cancer surgery. *British Journal of Nursing* 28(17): S16-S22. DOI: 10.12968/bjon.2019.28.17.S16.
- Kiran, T; Wells, D; Okrainec, K; Kennedy, C; Devotta, K; Mabaya, G; et al. (2020): Patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home: results from province-wide group concept mapping. *BMJ: Quality & Safety* 29(5): 390-400. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009993.

- Krishnan, S; Hay, CC; Pappadis, MR; Deutsch, A; Reistetter, TA (2019): Stroke Survivors' Perspectives on Post-Acute Rehabilitation Options, Goals, Satisfaction, and Transition to Home. *JNPT – Journal of Neurologic Physical Therapy* 43(3): 160-167. DOI: 10.1097/NPT.000000000000281.
- Kyte, K; Ekstedt, M; Rustoen, T; Oksholm, T (2019): Longing to get back on track: Patients' experiences and supportive care needs after lung cancer surgery. *Journal of Clinical Nursing* 28(9-10): 1546-1554. DOI: 10.1111/jocn.14751.
- 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.
- Lash, DB; Mack, A; Jolliff, J; Plunkett, J; Joson, JL (2019): Meds-to-Beds: The impact of a bedside medication delivery program on 30-day readmissions. *JACCP – Journal of the American College of Clinical Pharmacy* 2(6): 674-680. DOI: 10.1002/jac5.1108.
- Leary, JC; Krcmar, R; Yoon, GH; Freund, KM; LeClair, AM (2020): Parent Perspectives During Hospital Readmissions for Children With Medical Complexity: A Qualitative Study. *Hospital Pediatrics* 10(3): 222-229. DOI: 10.1542/hpeds.2019-0185.
- LeClair, AM; Sweeney, M; Yoon, GH; Leary, JC; Weingart, SN; Freund, KM (2019): Patients' Perspectives on Reasons for Unplanned Readmissions. *Journal for Healthcare Quality* 41(4): 237-242. DOI: 10.1097/JHQ.000000000000160.
- Lerret, SM; Weiss, ME; Stendahl, G; Chapman, S; Neighbors, K; Amsden, K; et al. (2014): Transition from hospital to home following pediatric solid organ transplant: Qualitative findings of parent experience. *Pediatric Transplantation* 18(5): 527-537. DOI: 10.1111/petr.12269.
- 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.
- Lilleheie, I; Debesay, J; Bye, A; Bergland, A (2019): Experiences of elderly patients regarding participation in their hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMJ: Open* 9(11): e025789. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025789.
- Mabire, C; Bachnick, S; Ausserhofer, D; Simon, M (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.
- Major, ME; van Nes, F; Ramaekers, S; Engelbert, RHH; van der Schaaf, M (2019): Survivors of Critical Illness and Their Relatives. A Qualitative Study on Hospital Discharge Experience. *Annals of the American Thoracic Society* 16(11): 1405-1413. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201902-156OC.

- McCusker, J; Yaffe, M; Lambert, SD; Cole, M; de Raad, M; Belzile, E; et al. (2020): Unmet needs of family caregivers of hospitalized older adults preparing for discharge home. *Chronic Illness* 16(2): 131–145. DOI: 10.1177/1742395318789467.
- Mitchell, SE; Laurens, V; Weigel, GM; Hirschman, KB; Scott, AM; Nguyen, HQ; et al. (2018): Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. *Annals of Family Medicine* 16(3): 225-231. DOI: 10.1370/afm.2222.
- Morath, B; Wien, K; Hoppe-Tichy, T; Haefeli, WE; Seidling, HM (2019): Structure and Content of Drug Monitoring Advices Included in Discharge Letters at Interfaces of Care: Exploratory Analysis Preceding Database Development. *JMIR Medical Informatics* 7(2): e10832. DOI: 10.2196/10832.
- Naylor, MD; Shaid, EC; Carpenter, D; Gass, B; Levine, C; Li, J; et al. (2017): Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(6): 1119-1125. DOI: 10.1111/jgs.14782.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2015): NICE Guideline NG27. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [*Full Guideline*]. [Stand:] November 2015. London, GB: NICE. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/evidence/full-guideline-pdf-2185185565> (abgerufen am: 15.01.2020).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2015 [2020]): NICE Guideline NG27. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [*Guidance*]. Published: 01.12.2015, © NICE 2020. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-1545-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/resources/transition-between-inpatient-hospital-settings-and-community-or-care-home-settings-for-adults-with-social-care-needs-pdf-1837336935877> (abgerufen am: 24.01.2020).
- Nielsen, LM; Gregersen Østergaard, L; Maribo, T; Kirkegaard, H; Schultz Petersen, K (2019): Returning to everyday life after discharge from a short-stay unit at the Emergency Department—a qualitative study of elderly patients' experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 14(1): 1563428. DOI: 10.1080/17482631.2018.1563428.
- Nijhawan, AE; Higashi, RT; Marks, EG; Tiruneh, YM; Lee, SC (2019): Patient and Provider Perspectives on 30-Day Readmissions, Preventability, and Strategies for Improving Transitions of Care for Patients with HIV at a Safety Net Hospital. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care* 18: 1-13. DOI: 10.1177/2325958219827615.
- Nowak, M; Swora, M; Karbach, U; Pfaff, H; Ansmann, L (2021): Associations between hospital structures, processes and patient experiences of preparation for discharge in breast cancer centers: A multilevel analysis. *Health Care Management Review* 46(2): 98-110. DOI: 10.1097/HMR.000000000000237.

- Okrainec, K; Hahn-Goldberg, S; Abrams, H; Bell, CM; Soong, C; Hart, M; et al. (2019): Patients' and caregivers' perspectives on factors that influence understanding of and adherence to hospital discharge instructions: a qualitative study. *CMAJ: Open* 7(3): E478-E483. DOI: 10.9778/cmajo.20180208.
- Pugh, JD; Williams, AM; Bentley, B; Pienaar, CA; McCoy, K; Monterosso, L (2019): Neurological patients' and caregivers' post-discharge challenges explored in a World Café. *Collegian* 26(5): 528-533. DOI: 10.1016/j.colegn.2019.02.004.
- Rapport, F; Hibbert, P; Baysari, M; Long, JC; Seah, R; Zheng, WY; et al. (2019): What do patients really want? An in-depth examination of patient experience in four Australian hospitals. *BMC: Health Services Research* 19:38. DOI: 10.1186/s12913-019-3881-z.
- Rodriguez, VA; Goodman, DM; Bayldon, B; Budin, L; Michelson, KN; Garfield, CF; et al. (2019): Pediatric Readmissions Within 3 Days of Discharge: Preventability, Contributing Factors, and Necessity. *Hospital Pediatrics* 9(4): 241-248. DOI: 10.1542/hpeds.2018-0159.
- Rustad, EC; Furnes, B; Cronfalk, BS; Dysvik, E (2016): Older patients' experiences during care transition. *Patient Preference and Adherence* 10: 769-779. DOI: 10.2147/PPA.S97570.
- Saal, S; Kirchner-Heklau, U; Müller, T; Wohlfarth, K; Hamzei, F; Müller, M; et al. (2019): Optimierung der Überleitung von der stationären in die ambulante Gesundheitsversorgung nach Schlaganfall (OpTheraS). Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis und Analyse von Einflussfaktoren der Überleitung. *Die Rehabilitation* 58(1): 39-49. DOI: 10.1055/s-0043-124347.
- 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.
- Send, AFJ; Schwab, M; Gauss, A; Rudofsky, G; Haefeli, WE; Seidling, HM (2014): Pilot study to assess the influence of an enhanced medication plan on patient knowledge at hospital discharge. *European Journal of Clinical Pharmacology* 70(10): 1243-1250. DOI: 10.1007/s00228-014-1723-9.
- Sevilla-Cazes, J; Ahmad, FS; Bowles, KH; Jaskowiak, A; Gallagher, T; Goldberg, LR; et al. (2018): Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *Journal of General Internal Medicine* 33(10): 1700-1707. DOI: 10.1007/s11606-018-4542-3.
- Solan, LG; Beck, AF; Brunswick, SA; Sauers, HS; Wade-Murphy, S; Simmons, JM; et al. (2015): The Family Perspective on Hospital to Home Transitions: A Qualitative Study. *Pediatrics* 136(6): e1539-e1549. DOI: 10.1542/peds.2015-2098.
- Storm, M; Siemsen, IM; Laugaland, K; Dyrstad, DN; Aase, K (2014): Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care* 14(2). URN:NBN:NL:UI:10-1-114780. URL: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/293842/1194-6311-4-PB.pdf> (abgerufen am: 30.09.2022).



- Tetzlaff, F; Singer, A; Swart, E; Robra, B-P; Herrmann, MLH (2018): Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt. *Das Gesundheitswesen* 80(6): 557-563. DOI: 10.1055/s-0042-113599.
- 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.
- Tobiano, G; Chaboyer, W; Teasdale, T; Raleigh, R; Manias, E (2019): Patient engagement in admission and discharge medication communication: A systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies* 95: 87-102. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.04.009.
- Tverdal, CB; Howe, EI; Røe, C; Helseth, E; Lu, J; Tenovuo, O; et al. (2018): Traumatic Brain Injury: Patient Experience and Satisfaction with Discharge from Trauma Hospital. *Journal of Rehabilitation Medicine* 50(6): 505-513. DOI: 10.2340/16501977-2332.
- 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.
- van der Does, AMB; Kneepkens, EL; Uitvlugt, EB; Jansen, SL; Schilder, L; Tokmaji, G; et al. (2020): Preventability of unplanned readmissions within 30 days of discharge. A cross-sectional, single-center study. *PLoS One* 15(4): e0229940. DOI: 10.1371/journal.pone.0229940.
- van Galen, LS; Brabrand, M; Cooksley, T; van de Ven, PM; Merten, H; So, RKL; et al. (2017): Patients' and providers' perceptions of the preventability of hospital readmission: a prospective, observational study in four European countries. *BMJ: Quality & Safety* 26(12): 958-969. DOI: 10.1136/bmjqs-2017-006645.
- van Galen, LS; Vedder, D; Boeije, T; Jansen, W; Mullaart-Jansen, NE; van der Peet, DL; et al. (2019): Different Perspectives on Predictability and Preventability of Surgical Readmissions. *The Journal of Surgical Research* 237: 95-105. DOI: 10.1016/j.jss.2018.02.009.
- 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.
- Vollrath, K; Rosenberg, A; Gabrielski, L; Deacon, J; Marshall, S; Rihn, A; et al. (2019): NICU Discharge Feeding Bundle Improves Accuracy of Postdischarge Feeding Preparation and Potentially Prevents Readmission. *Advances in Neonatal Care* 19(2): 90-96. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000571.

- Weiss, ME; Sawin, KJ; Gralton, K; Johnson, N; Klingbeil, C; Lerret, S; et al. (2017): Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing* 34: 58-64. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.12.021.
- WHO [World Health Organization] (2003): List of Member States by WHO region and mortality stratum. In: WHO; Hrsg.: *The World Health Report 2003: Shaping the Future*. Geneva, CH: WHO, 182-184. ISBN: 92-4-156243-9. URL: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf) (abgerufen am: 29.01.2019).
- Wright, S; Morecroft, CW; Mullen, R; Ewing, AB (2017): UK hospital patient discharge: the patient perspective. *European Journal of Hospital Pharmacy* 24(6): 337-342. DOI: 10.1136/ejhpharm-2016-001134.
- Zakzesky, D; Klink, K; McAndrew, N; Schroeter, K; Johnson, G (2015): Bridges and Barriers. Patients' Perceptions of the Discharge Process Including Multidisciplinary Rounds on a Trauma Unit. *Journal of Trauma Nursing* 22(5): 232-239. DOI: 10.1097/JTN.000000000000146.
- Zibelli, A; Holland, K; Wei, E (2020): Causes of Cancer Re-Admissions: A Patient-Centered Approach. *JCO Oncology Practice* 16(8): e734-e740. DOI: 10.1200/jop.19.00518.

# Anhang B: Fokusgruppen und Einzelinterviews

## Anhang B.1: Leitfäden der Fokusgruppen und Einzelinterviews

Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie mit Gesundheitsprofessionen des Entlassmanagements wurden im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsmodells, aber auch für die Entwicklung der Patientenbefragung gruppenspezifische aber thematisch aufeinander abgestimmte Moderationsleitfäden erstellt. Nachfolgend sind die für die Erstellung des Qualitätsmodells verwendeten Moderationsleitfäden aus „Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze“ dargestellt (IQTIG (2019) und Anhang B.1.1). Die Leitfäden der Einzelinterviews für die Entwicklung der Patientenbefragung sind in Anhang B.1.2 dargestellt. Die Leitfäden führen lediglich die Themen bzw. Einstiegsfragen auf, die dann im Sinne eines Topic Guides in den Fokusgruppen und Einzelinterviews diskutiert und vertieft wurden.

Alle Fokusgruppen und Einzelinterviews begannen zunächst mit einer Einführung durch die Moderatorin / den Moderator in die Thematik. In den Fokusgruppen wurde über eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Einstieg in die Gruppendiskussion vorbereitet. Zum Abschluss wurden die wichtigsten Punkte der Gespräche durch die Moderatorin / den Moderator zusammengefasst.

### Anhang B.1.1: Fokusgruppen für die Entwicklung des Qualitätsmodells

#### Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten

##### **Thema 1: Thematischer Einstieg**

Wie ist die Entlassung bei Ihnen abgelaufen? Wie haben Sie den Entlassungsprozess wahrgenommen?

##### **Thema 2: Allgemeine Informationen**

Welche Informationen und Hinweise hat man Ihnen für die Entlassung gegeben?

##### **Thema 3: Patientenindividuelle Unterstützung und Beteiligung**

Wie wurde mit Ihnen im Krankenhaus über Ihre Entlassung gesprochen?

Was war für Sie wichtig? Hat Ihnen etwas gefehlt?

##### **Thema 4: Post discharge**

Denken Sie nun bitte an die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Wie ging es für Sie weiter, kamen Sie zu Hause/in der Reha/Pflegeeinrichtung nach der Entlassung zurecht?

### **Thema 5: Nachsorge**

Wenn Sie nun daran denken, wie Sie nach der Entlassung weiter medizinisch und/oder pflegerisch betreut wurden. Wie lief der erste Besuch bei der Hausärztin / beim Hausarzt oder bei der weiterbehandelnden Ärztin / beim weiterbehandelnden Arzt oder aber in Pflegeeinrichtungen ab?

### **Fokusgruppen mit Angehörigen**

#### **Thema 1: Thematischer Einstieg**

Wie ist die Entlassung bei Ihrem Kind/Angehörigen abgelaufen?

Wie haben Sie den Entlassungsprozess wahrgenommen? Inwieweit waren Sie in die Entlassung einbezogen?

#### **Thema 2: Allgemeine Informationen**

Welche Informationen und Hinweise hat man Ihnen vor der Entlassung Ihres Kindes/Angehörigen gegeben?

#### **Thema 3: Angehörigenunterstützung und Beteiligung**

Wie wurde mit Ihnen im Krankenhaus über die Entlassung Ihres Kindes/Angehörigen gesprochen?

Was war für Sie wichtig? Hat Ihnen etwas gefehlt?

#### **Thema 4: Post discharge**

Denken Sie nun bitte an die Zeit nach der Entlassung Ihres Kindes/Angehörigen aus dem Krankenhaus. Wie ging es für Sie weiter, kamen Sie zu Hause/in der Reha/Pflegeeinrichtung zurecht?

### **Thema 5: Nachsorge**

Wenn Sie nun daran denken, wie Ihr Kind/Angehöriger nach der Entlassung weiter medizinisch und/oder pflegerisch betreut wurden. Wie lief der erste Besuch bei der Hausärztin / beim Hausarzt oder bei der weiterbehandelnden Ärztin / beim weiterbehandelnden Arzt oder aber in Pflegeeinrichtungen ab?

### **Fokusgruppen mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten**

#### **Thema 1: Erfahrungen zum Entlass- und Überleitungsprozess im Krankenhaus**

Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Entlass- und Überleitungsmanagement von Patientinnen und Patienten auf Ihrer Station gemacht?

Wie laufen die Prozesse des Entlassmanagements konkret ab?

Was ist Ihrer Meinung nach für die Patientinnen bzw. Patienten/(pflegenden) Angehörigen für die Entlassung wichtig?

Wie sind Ihre Erfahrungen mit der Organisation der weiterführenden Versorgung?

Was macht aus Ihrer Sicht ein gutes Entlassmanagement aus?

## **Thema 2: Bedarfsermittlung für ein Entlassmanagement**

Welche Patientengruppen haben Ihrer Meinung nach einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement?

## **Thema 3: Weitere Qualitätspotenziale/-defizite**

Gibt es neben den besprochenen qualitätsrelevanten Aspekten aus Ihrer Sicht noch weitere relevante Qualitätspotenziale oder -defizite im Bereich des Entlassmanagements?

# **Anhang B.1.2: Einzelinterviews für die Entwicklung der Patientenbefragung**

## **Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten**

### **Thema 1: Thematischer Einstieg**

Sie sind kürzlich in einem Krankenhaus behandelt worden. Können Sie mir sagen, warum Sie dort behandelt wurden? Wie lange waren Sie im Krankenhaus? Wohin wurden Sie entlassen?

### **Thema 2: Entlassplanung**

Bitte beschreiben Sie, wie Sie auf die Entlassung aus dem Krankenhaus vorbereitet wurden.

Wie wurde Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus geplant?

Was ist dabei für Sie gut gelaufen und was nicht so gut? Was war dabei für Sie wichtig? Was hat Ihnen dabei gefehlt?

### **Thema 3: Weitere Informationen zur Entlassung und zu der Zeit nach Entlassung**

Haben Sie Informationen zu Ihrer Behandlung im Krankenhaus bekommen (z. B. eine Diagnose, Untersuchungsergebnisse)?

Welche Informationen haben Sie denn zu Ihrer weiteren ambulanten Behandlung bei Ihrer Hausärztin / Ihrem Hausarzt oder bei Fachärzten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erhalten?

Welche Informationen waren für Sie besonders wichtig? Haben Ihnen Informationen gefehlt?

### **Thema 4: Selbstmanagement und Medikation**

Gerade haben wir darüber gesprochen, welche konkreten Informationen Sie über Unterstützungsangebote und weiterführende ambulante Behandlungen bei Ihrer Fachärztin / Ihrem Facharzt oder Ihrer Hausärztin / Ihrem Hausarzt nach Ihrer Entlassung erhalten haben:

Mich würde jetzt interessieren, wie Sie darauf vorbereitet wurden, nach Ihrer Entlassung zu Hause mit Ihrer Erkrankung (allein oder mit Unterstützung, z. B. Ihrer Angehörigen) umzugehen.

Was war Ihnen wichtig? Was ist gut/was schlecht gelaufen?

### **Thema 5: Beteiligung an Entlassplanung und Kommunikation mit medizinischem Personal**

Wurden Sie in die Planung der Entlassung miteingebunden? Wie haben Sie den Umgang mit dem medizinischen Personal erlebt?

Was war Ihnen wichtig? Was ist gut/was schlecht gelaufen? Was hätten Sie sich ggf. noch gewünscht?

### **Thema 6: Tag der Entlassung**

Bitte denken Sie jetzt konkret an den Tag Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus:

Beschreiben Sie doch bitte einmal, wie dieser Tag genau ablief (gehen Sie dabei gern auf Details ein).

Was war Ihnen wichtig? Was ist gut/was schlecht gelaufen? Was hätten Sie sich ggf. noch gewünscht?

### **Thema 7: Post discharge**

Nun würde ich gerne von Ihnen erfahren, wie es für Sie nach dem Krankenhausaufenthalt weiterging: Wie haben Sie diese Zeit erlebt?

Was war Ihnen wichtig? Was ist gut/was schlecht gelaufen? Was hätten Sie sich ggf. noch gewünscht?

### **Thema 8: Ergebnis des Entlassmanagements**

Wir haben jetzt über die Vorbereitung (Planung) Ihrer Entlassung, über Informationen, die Sie im Krankenhaus zu Ihrer Entlassung bekommen haben, über den Umgang mit dem medizinischen Personal im Krankenhaus und wie Sie die Zeit nach der Entlassung erlebt haben, gesprochen.

Was würden Sie abschließend sagen: Haben Sie sich für Ihre Entlassung bereit gefühlt? Warum haben Sie sich für Ihre Entlassung nicht bereit gefühlt?

Woran lag das konkret? Was hat Ihnen gefehlt?

Mussten Sie nach Ihrer Entlassung noch einmal ins Krankenhaus oder notfallmäßig zur Ärztin / zum Arzt? Wie kam es dazu?

### **Thema 9: Aufklärung zum Entlassmanagement**

Wussten Sie denn, was ein Entlassmanagement ausmacht? Wurden Sie im Krankenhaus darüber aufgeklärt, was ein Entlassmanagement ist?

## **Einzelinterviews mit Angehörigen**

### **Thema 1: Thematischer Einstieg**

Ihr Angehöriger / Ihr Kind ist kürzlich in einem Krankenhaus behandelt worden: Können Sie mir sagen, warum er/sie dort behandelt wurde? Wie lange war Ihr Angehöriger / Ihr Kind im Krankenhaus? Wohin wurde Ihr Angehöriger / Ihr Kind entlassen?

### **Thema 2: Entlassplanung**

Bitte beschreiben Sie, wie Sie bzw. Ihr Angehöriger / Ihr Kind auf die Entlassung aus dem Krankenhaus vorbereitet wurden.

Wie wurde die Entlassung aus dem Krankenhaus geplant? Was ist dabei gut gelaufen und was nicht so gut? Was war dabei für Sie bzw. für Ihre/n Angehörige/n / Ihr Kind wichtig? Was hat Ihnen dabei gefehlt?

**Thema 3: Weitere Informationen zur Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung**

Haben Sie Informationen zur Behandlung Ihres Angehörigen / Ihres Kindes im Krankenhaus bekommen (z. B. eine Diagnose, Untersuchungsergebnisse, durchgeführte Behandlungen)?

Welche Informationen haben Sie denn zu weiteren ambulanten Behandlung Ihres Angehörigen / Ihres Kindes bei der Hausärztin / dem Hausarzt oder Fachärzten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erhalten?

Welche Informationen waren für Sie besonders wichtig? Haben Ihnen Informationen gefehlt?

**Thema 4: Selbstmanagement und Medikation**

Mich würde jetzt interessieren, wie Sie darauf vorbereitet wurden, Ihre Angehörige / Ihr Kind nach Ihrer Entlassung zu Hause im Umgang mit der Erkrankung zu unterstützen.

Was war Ihnen wichtig? Was ist gut/was schlecht gelaufen?

**Thema 5: Beteiligung an Entlassplanung und Kommunikation mit medizinischem Personal**

Wenn Sie jetzt mal an die gesamte Planung der Entlassung Ihres Angehörigen / Ihres Kindes Entlassung zurückdenken: Wurden Sie in die Planung der Entlassung miteingebunden? Wie haben Sie die Kommunikation mit dem medizinischen Personal (z. B. Ärztinnen, Ärzte, Gesundheitsfachkräfte) erlebt?

Was war Ihnen wichtig? Was ist gut/was schlecht gelaufen? Was hätten Sie sich ggf. noch gewünscht?

**Thema 6: Tag der Entlassung**

Bitte denken Sie jetzt konkret an den Tag der Entlassung aus dem Krankenhaus Ihres Angehörigen / Ihres Kindes: Beschreiben Sie doch bitte einmal, wie dieser Tag genau ablief (gehen Sie dabei gern auf Details ein).

Was war Ihnen wichtig? Was ist gut/was schlecht gelaufen? Was hätten Sie sich ggf. noch gewünscht?

**Thema 7: Post discharge**

Nun würde ich gerne von Ihnen erfahren, wie es für Ihren Angehörigen / Ihr Kind nach dem Krankenhausaufenthalt weiterging: Wie haben Sie diese Zeit erlebt?

Was war Ihnen wichtig? Was ist gut/was schlecht gelaufen? Was hätten Sie sich ggf. noch gewünscht?

**Thema 8: Ergebnis des Entlassmanagement**

Wir haben jetzt über die Vorbereitung (Planung) der Entlassung ihres Angehörigen / Ihres Kindes, über Informationen, die Sie im Krankenhaus zur Entlassung ihres Angehörigen / Ihres Kindes bekommen haben, über den Umgang mit dem medizinischen Personal im Krankenhaus und wie die Zeit nach der Entlassung ihres Angehörigen / Ihres Kindes verlief, gesprochen.

Was würden Sie abschließend sagen: Wie gut fühlte sich Ihr Angehöriger / Ihr Kind auf die Entlassung vorbereitet? Warum hat sich Ihr Angehöriger / Ihr Kind nicht bereit gefühlt?

Haben Sie sich für die Entlassung Ihres Angehörigen / Ihres Kind bereit gefühlt? Warum haben Sie sich für Ihre Entlassung nicht bereit gefühlt?

Woran lag das konkret? Was hat Ihnen gefehlt?

Musste Ihr Angehöriger / Ihr Kind nach der Entlassung noch einmal ungeplant ins Krankenhaus oder notfallmäßig zu einer Ärztin / einem Arzt? Wie kam es dazu?

### **Thema 9: Aufklärung zum Entlassmanagement**

Wussten Sie denn, was ein Entlassmanagement ausmacht? Wurden Sie im Krankenhaus darüber aufgeklärt, was ein Entlassmanagement ist?

## **Einzelinterviews mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten**

### **Thema 1: Thematischer Einstieg**

Können Sie bitte allgemein Ihre Erfahrungen mit dem Entlass- und Überleitungsmanagement Ihrer Patientinnen und Patienten beschreiben. Was ist für Ihre Patientinnen und Patienten besonders wichtig mit Blick auf Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus?

Was läuft gut? Was läuft nicht so gut?

### **Thema 2: Entlassplanung**

Beschreiben Sie doch bitte einmal, wie die Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus bei Ihnen typischerweise geplant wird.

Wie werden Patientinnen und Patienten auf Ihre Entlassung vorbereitet? Was erachten Sie dabei als besonders wichtig für Patientinnen und Patienten? Was ist für Patientinnen und Patienten besonders wichtig in der Entlassplanung? Wie werden die Angehörigen der Patientinnen und Patienten einbezogen? Wer klärt Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement auf? Wie werden Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement aufgeklärt?

Was läuft gut? Was läuft schlecht? Was macht für Sie eine gute Entlassplanung aus?

### **Thema 3: Weitere Informationen zur Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung**

Welche Informationen erhalten Patientinnen und Patienten über ihre Weiterbehandlung bei Hausärztinnen/Hausärzten oder bei Fachärztinnen/Fachärzten nach ihrer Entlassung?

Wie werden Patientinnen und Patienten über ihre ambulante Weiterbehandlung bei Fachärztinnen/Fachärzten oder ihrer Hausärztin / ihrem Hausarzt aufgeklärt?

Welche Informationen erhalten Patientinnen und Patienten über weiterführende therapeutische Maßnahmen?

Welche Informationen sind aus Ihrer Sicht für Patientinnen und Patienten besonders wichtig?

Ist das für Patientinnen und Patienten hilfreich? Was läuft gut? Was läuft schlecht?

### **Thema 4: Selbstmanagement und Medikation**

Ich würde jetzt gern mit Ihnen über Ihre Erfahrungen sprechen, wie Patientinnen und Patienten darauf vorbereitet werden, zu Hause mit ihrer Erkrankung allein (oder mit den Angehörigen) zurecht zu kommen. Dabei sollen ganz praktische Verhaltensweisen im Fokus stehen.



Welche Informationen erhalten Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Selbstversorgung zu Hause?

Was ist Patientinnen und Patienten hierbei wichtig? Was läuft gut? Was läuft nicht so gut?

**Thema 5: Beteiligung an Entlassplanung und Kommunikation mit medizinischem Personal**

Wenn Sie jetzt mal einmal an den gesamten Planungsprozess denken:

Wie werden Patientinnen und Patienten in die Entlassplanung eingebunden? Wie würden Sie die Kommunikation hier zwischen Patientin bzw. Patient und dem Fachpersonal (Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Sozialdienst, Case Management) beschreiben?

Was ist für Patientinnen und Patienten wichtig im Umgang mit dem medizinischen Personal? Was läuft gut? Was läuft schlecht?

**Thema 6: Tag der Entlassung**

Ich würde nun gerne mit Ihnen über den konkreten Entlasstag der Patientinnen und Patienten sprechen. Wie verläuft typischerweise der Entlasstag von Patientinnen und Patienten ab?

Können Sie mir diesen bitte beschreiben? Was läuft gut? Wo gibt es Probleme? Was ist Patientinnen und Patienten wichtig?

**Thema 7: Post discharge**

Wird der (gesundheitliche) Verlauf von Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus weiterverfolgt? Wenn ja, was wird das gemacht? Wenn nein, woran liegt das?

Führen Sie Follow-up-Befragungen durch, also treten Sie nach der Entlassung noch einmal aktiv in Kontakt mit den Patientinnen und Patienten? Was ist Patientinnen und Patienten hier wichtig? Ist das hilfreich für Patientinnen und Patienten? Was läuft gut? Was nicht so gut?

**Thema 8: Ergebnis des Entlassmanagement**

Wir haben jetzt über viele verschiedenen Themen gesprochen, die die Entlassung als gesamten Prozess betreffen. Von der Planung der Entlassung bis hin zur Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung.

Wenn Sie einmal resümieren: Wie vorbereitet auf bzw. bereit sind die Patientinnen und Patienten für die Entlassung? Was sind aus Ihrer Erfahrung Gründe dafür, dass Patientinnen und Patienten bereit für die Entlassung sind? Was würden Sie ändern, damit Patientinnen und Patienten (mehr) bereit für ihre Entlassung sind?

Bekommen Sie etwas davon mit, wenn Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung erneut stationär aufgenommen werden und/oder sich in der Notfallaufnahme vorstellen? Wenn, ja: Was für Gründe hat dies in der Regel?

Gibt es ungeplante Wiederaufnahmen und/oder Notfallkontakte, die in Verbindung mit dem Entlassmanagement stehen?

## **Einzelinterviews mit ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten**

### **Thema 1: Thematischer Einstieg**

Können Sie bitte allgemein Ihre Erfahrungen mit dem Entlass- und Überleitungsmanagement Ihrer Patientinnen und Patienten beschreiben. Was ist für Ihre Patientinnen und Patienten besonders wichtig mit Blick auf Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus?

Was ist für Patientinnen und Patienten wichtig mit Blick auf ihre ambulante Weiterbehandlung nach Entlassung?

Was läuft gut? Was läuft nicht so gut?

### **Thema 2: Entlassplanung, Informationen zur weiteren Behandlung und Vorhandensein von Maßnahmen**

Sie haben jetzt von Ihren allgemeinen Erfahrungen über den Überleitungs- und Entlassprozess Ihrer Patientinnen und Patienten gesprochen.

Wie vorbereitet kommen Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer weiterführenden Behandlung denn nach Ihrer Entlassung zu Ihnen? Was wissen Ihre Patientinnen und Patienten über Ihre weiterführende Behandlungen?

Was fehlt Patientinnen und Patienten für die Zeit nach Entlassung? Was läuft gut? Was läuft weniger gut?

### **Thema 3: Selbstmanagement und Medikation**

Wir haben jetzt darüber gesprochen, was Ihre Patientinnen und Patienten über ihre weiterführenden Behandlungen wissen und welche Informationen Sie über Unterstützungsangebote erhalten haben.

Ich würde jetzt gern auf das Thema Selbstmanagement und die Bewältigung der Krankheit zu Hause eingehen. Wie gut kommen Ihre Patientinnen und Patienten im Alltag nach der Entlassung zurecht? Welche Informationen brauchen Ihre Patientinnen und Patienten, um zu wissen, wie Sie mit Ihrer Erkrankung umgehen sollen bzw. können? Wie sollten die Informationen am besten für Patientinnen und Patienten aufbereitet sein?

Was sind häufige Fragen Ihrer Patientinnen und Patienten in Bezug auf ihre medizinische Selbstversorgung zu Hause? Was wissen Ihre Patientinnen und Patienten über ihre Medikation? Welche Probleme gibt es bei der Medikation?

Was fehlt Patientinnen und Patienten? Was läuft gut? Was läuft weniger gut?

### **Thema 4: Entlassdokumente und sektorenübergreifende Informationsweitergabe zwischen Leistungserbringern**

Welche Informationen liegen Ihnen zu Ihren Patientinnen und Patienten und der Behandlung im Krankenhaus bzw. zur weiterführenden Behandlung nach Entlassung vor? Wie funktioniert die Informationsweitergabe zwischen dem Krankenhaus und Ihnen? Welche Dokumente bringen die Patientinnen und Patienten in der Regel mit?

Was fehlt Ihnen? Was läuft gut? Was läuft weniger gut?

### **Thema 5: Ergebnis des Entlassmanagement**

Wenn Sie jetzt nochmal insgesamt an die weiterführende Behandlung Ihrer Patientinnen und Patienten nach deren Entlassung denken, welche Probleme eventuell auftreten und wie Ihre Patientinnen und Patienten zu Ihnen kommen:

Was würden Sie denn insgesamt sagen: Wie entlassbereit sind Ihre Patientinnen und Patienten?

Wie oft erleben Sie, dass Ihre Patientinnen und Patienten noch einmal ungeplant ins Krankenhaus aufgenommen werden müssen? Wie oft erleben Sie es, dass Ihre Patientinnen und Patienten notfallmäßig Sie aufsuchen oder andere Ärztinnen und Ärzte?

Würden Sie etwas besser/anders machen, wenn Sie Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus entlassen würden?

### **Einzelinterviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Case Managements, des Sozialdienstes und der stationären Pflege**

#### **Thema 1: Thematischer Einstieg**

Können Sie bitte kurz Ihre Berührungspunkte mit dem Überleitungs- und Entlassmanagement von Patientinnen und Patienten beschreiben? Auf welcher Station arbeiten Sie zurzeit? Was sind Ihre Hauptaufgabenbereiche in Bezug auf die Entlassung von Patientinnen und Patienten? Wie lange üben Sie diese Tätigkeit schon aus?

#### **Thema 2: Entlassplanung**

Beschreiben Sie doch einmal, wie die Patientinnen und Patienten bei Ihnen klassischerweise auf Ihre Entlassung vorbereitet werden. Wie werden die Angehörigen der Patientinnen und Patienten einbezogen? Welche Berufsgruppen sind in die Entlassplanung involviert? Was gehört alles zu einer Entlassplanung bei Ihnen im Haus dazu? Wie werden die Aufgaben des Entlassmanagements unter den Berufsgruppen verteilt? Wer übernimmt die Aufklärung über das Entlassmanagement?

Welche Punkte erachten Sie dabei als besonders wichtig für Patientinnen und Patienten? Welche Fragen haben Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Entlassplanung typischerweise an Sie? Wo gibt es Ihrer Meinung nach Schwierigkeiten und Herausforderungen?

Wie wird die Informationsweitergabe zwischen den stationären und den ambulanten Leistungserbringern koordiniert und inwiefern sind hier die Patientinnen und Patienten aktiv involviert?

Was macht für Sie eine gute Entlassplanung aus?

#### **Thema 3: Weitere Informationen zur Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung**

Welche Informationen erhalten Patientinnen und Patienten über ihre Weiterbehandlung bei Hausärztinnen/Hausärzten oder bei Fachärztinnen/Fachärzten nach ihrer Entlassung? Welche Informationen sind aus Ihrer Sicht für die Patientinnen und Patienten besonders wichtig?

Was ist für Patientinnen und Patienten hilfreich? Was läuft gut? Was läuft schlecht?

#### **Thema 4: Selbstmanagement und Medikation**

Ich würde jetzt gern mit Ihnen über Ihre Erfahrungen sprechen, wie Patientinnen und Patienten darauf vorbereitet werden zu Hause mit ihrer Erkrankung allein (oder mit den Angehörigen) zu- recht zu kommen. Dabei sollen ganz praktische Verhaltensweisen im Fokus stehen.

Wie werden Patientinnen und Patienten auf Ihrer Station darauf vorbereitet, zu Hause allein (oder mithilfe ihrer Angehörigen) mit ihrer Erkrankung umzugehen? Welche Informationen er- halten Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Selbstversorgung zu Hause?

Was ist Patientinnen und Patienten hierbei wichtig? Wie sieht hier der Prozess in Ihrem Kran- kenhaus aus? Wo sehen Sie Herausforderungen bei diesem Thema?

Wo gibt es vielleicht weitere Potenziale für Ihre Patientinnen und Patienten? Was läuft gut? Was läuft nicht so gut?

#### **Thema 5: Beteiligung an Entlassplanung und Kommunikation mit medizinischem Personal**

Wenn Sie jetzt mal einmal an den gesamten Planungsprozess denken:

Wie werden Patientinnen und Patienten in die Entlassplanung eingebunden? Wie würden Sie die Kommunikation hier zwischen Patientin bzw. Patient und dem Fachpersonal beschreiben?

Was läuft gut? Was läuft schlecht? Was sind vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrungen besonders wichtige Aspekte für Patientinnen und Patienten bzgl. der Kommunikation während der Entlass- planung?

#### **Thema 6: Tag der Entlassung**

Ich würde nun gerne mit Ihnen über den konkreten Entlasstag der Patientinnen und Patienten sprechen. Wie verläuft typischerweise der Entlasstag von Patientinnen und Patienten? Gibt es feste Abläufe und Routinen was den Entlasstag betrifft? Können Sie mir diesen bitte beschrei- ben?

Was läuft gut? Wo gibt es Probleme? Was ist Patientinnen und Patienten wichtig?

#### **Thema 7: Post discharge**

Führen Sie Follow-up-Befragungen durch, also treten Sie nach der Entlassung noch einmal aktiv in Kontakt mit den Patientinnen und Patienten? Wenn ja, wie läuft das genau ab?

Was ist Patientinnen und Patienten hier wichtig? Ist das hilfreich für Patientinnen und Patien- ten? Was läuft gut? Was läuft nicht so gut?

#### **Thema 8: Ergebnis des Entlassmanagement**

Wir haben jetzt über viele verschiedenen Themen gesprochen, die die Entlassung als gesamten Prozess betreffen. Von der Planung der Entlassung bis hin zur Weiterversorgung der Patientin- nen und Patienten nach der Entlassung.

Wenn Sie einmal resümieren: Fühlen sich die Patientinnen und Patienten subjektiv in der Regel bereit für die Entlassung? Was sind aus Ihrer Erfahrung besonders wichtige Faktoren dafür, dass sich Patientinnen und Patienten bereit für die Entlassung fühlen? Was sind mögliche Gründe dafür, dass sich Patientinnen und Patienten nicht bereit fühlen?

Bekommen Sie etwas davon mit, wenn Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung erneut stationär aufgenommen werden und/oder sich in der Notfallaufnahme vorstellen? Wenn ja, was für Gründe hat dies in der Regel?

Gibt es ungeplante Wiederaufnahmen und/oder Notfallkontakte, die in Verbindung mit dem Entlassmanagement stehen?

### **Einzelinterviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen**

#### **Thema 1: Thematischer Einstieg**

Können Sie bitte allgemein Ihre Erfahrungen mit dem Entlass- und Überleitungsmanagement Ihrer Patientinnen und Patienten beschreiben. Was ist für Ihre Patientinnen und Patienten besonders wichtig mit Blick auf ihre Entlassung aus dem Krankenhaus? Was ist für Patientinnen und Patienten wichtig mit Blick auf ihre ambulante/stationäre Weiterversorgung nach Entlassung?

Was läuft gut? Was läuft nicht so gut?

#### **Thema 2: Entlassplanung, Informationen zur weiteren Behandlung und Vorhandensein von Maßnahmen**

Wie vorbereitet kommen Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer weiterführenden Versorgung denn nach Ihrer Entlassung zu Ihnen? Was wissen Ihre Patientinnen und Patienten über ihre weiterführenden Behandlungen?

Was fehlt Patientinnen und Patienten für die Zeit nach Entlassung? Was läuft gut? Was läuft weniger gut?

#### **Thema 3: Entlassdokumente und sektorenübergreifende Informationsweitergabe zwischen Leistungserbringern**

Welche Informationen liegen Ihnen zu Ihren Patientinnen und Patienten und der Behandlung im Krankenhaus bzw. zur weiterführenden Behandlung nach Entlassung vor? Wie funktioniert die Informationsweitergabe zwischen dem Krankenhaus und Ihnen? Welche Dokumente bringen die Patientinnen und Patienten in der Regel mit?

Was fehlt Ihnen? Was läuft gut? Was läuft weniger gut?

#### **Thema 4: Selbstmanagement und Medikation**

Mit Blick auf die Patientinnen und Patienten, die kognitiv und zumindest teilweise körperlich in der Lage sind, sich noch selbst zu versorgen, würde ich jetzt gern auf das Thema Selbstmanagement und die Bewältigung der Krankheit zu Hause eingehen.

Nur ambulante Pflegedienste: Wie gut kommen Ihre Patientinnen und Patienten im Alltag nach der Entlassung zurecht?

Welche Informationen brauchen Ihre Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige, um zu wissen, wie sie mit der Erkrankung umgehen sollen bzw. können? Wie sollten die Informationen am besten für Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige aufbereitet sein?

Was sind häufige Fragen Ihrer Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen in Bezug auf ihre medizinische Selbstversorgung zu Hause?

Was wissen Ihre Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige über ihre Medikation? Welche Probleme gibt es bei der Medikation?

Was fehlt Patientinnen und Patienten? Was läuft gut? Was läuft weniger gut?

**Thema 5: Ergebnis des Entlassmanagement**

Wenn Sie jetzt nochmal insgesamt an die weiterführende Behandlung Ihrer Patientinnen und Patienten nach deren Entlassung denken, welche Probleme eventuell auftreten und wie Ihre Patientinnen und Patienten zu Ihnen kommen:

Was würden Sie denn insgesamt sagen: Wie bereit sind Ihre Patientinnen und Patienten für die Entlassung?

Wie oft erleben Sie, dass Ihre Patientinnen und Patienten noch einmal ungeplant ins Krankenhaus aufgenommen werden müssen? Wie oft erleben Sie es, dass Ihre Patientinnen und Patienten notfallmäßig bei einer niedergelassenen Ärztin / einem niedergelassenen Arzt bzw. in der Notaufnahme vorstellig werden?

Würden Sie etwas besser/anders machen, wenn Sie Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus entlassen würden?

## Anhang B.2: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen und Einzelinterviews

Tabelle 1: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells (Februar 2019)

Charakteristika	Gesamt <sup>1</sup>	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, elektiv	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, akut	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
Anzahl Fokusgruppen; n	4	1	1	1	1
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n	27	6	6	9	6
<b>Soziodemografische Angaben zu den entlassenen Patientinnen und Patienten</b>					
Alter der Patientinnen und Patienten (in Jahren)					
MW (SD)	45,0 (30,0)	57,7 (21,3)	60,7 (8,4)	7,7 (5,0)	72,83 (14,3)
Median (Range)	54 (2–96)	69 (24–76)	60 (49–75)	7 (2–19)	73,5 (51–96)
Geschlecht der Patientinnen und Patienten					
Frauen; n	15	5	2	5	3
Männer; n	12	1	4	4	3
Anderes; n	0	0	0	0	0

<sup>1</sup> Der Kurzfragebogen wurde auf freiwilliger Basis ausgefüllt, weswegen es zu fehlenden Werten kommen kann.

Charakteristika	Gesamt <sup>1</sup>	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, elektiv	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, akut	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
<b>Höchster schulischer Bildungsabschluss der Patientinnen und Patienten</b>					
noch Schülerin/Schüler; n	0	0	0	-	-
kein Abschluss; n	1	1	0	-	-
Volks-/Hauptschule oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse; n	4	0	1	-	-
Mittlere Reife, Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse; n	7	3	2	-	-
Fachhochschulreife; n	3	1	2	-	-
Hochschulreife; n	10	1	1	-	-
anderer Abschluss; n	1	0	0	-	-
<b>Berufliche Situation der Patientinnen und Patienten</b>					
Schülerin/Schüler; n	0	0	0	-	-
in Ausbildung, Umschulung; n	1	1	0	-	-
Vollzeit beschäftigt; n	6	1	1	-	-
Teilzeit beschäftigt; n	4	0	1	-	-
arbeitssuchend; n	1	0	1	-	-



Charakteristika	Gesamt <sup>1</sup>	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, elektiv	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, akut	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
Altersrente; n	7	4	1	-	-
berufs- bzw. erwerbsunfähig; n	4	0	2	-	-
Hausfrau/-mann; n	2	0	0	-	-
sonstiges; n	1	0	0	-	-
<b>Krankheitsbezogene Angaben zu den entlassenen Patientinnen und Patienten</b>					
Dauer des Krankenhausaufenthalts der Patientinnen und Patienten in Nächten					
MW (SD)	11,8 (16,3)	8,0 (4,4)	8,5 (3,7)	5,3 (2,2)	28,5 (28,1)
Median (Range)	6 (2–83)	8,5 (2–16)	8 (4–13)	5 (3–10)	18 (4–83)
Pflegegrad der Patientinnen und Patienten					
Pflegegrad 1; n	0	0	0	0	0
Pflegegrad 2; n	4	0	0	1	3
Pflegegrad 3; n	8	0	1	5	2
Pflegegrad 4; n	2	0	0	1	1
Pflegegrad 5; n	2	0	0	2	0
nein; n	8	4	4	0	0

Charakteristika	Gesamt <sup>1</sup>	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, elektiv	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, akut	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
nein, aber es wurde ein Pflegegrad beantragt; n	2	1	1	0	0
<b>Unterbringung der entlassenen Patientinnen und Patienten nach Entlassung</b>					
nach Hause; n	22	5	5	9	3
stationäre Rehabilitationsklinik; n	2	1	1	0	0
Altenheim; n	1	0	0	0	1
Pflegeheim; n	1	0	0	0	1
Hospiz; n	0	0	0	0	0
anderes*; n	1	0	0	0	1
<b>Angegebene Gründe des Krankenhausaufenthalts der entlassenen Patientinnen und Patienten</b>					
-	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberschenkelhalsbruch</li> <li>▪ Blutzuckerentgleisung</li> <li>▪ Nierentransplantation</li> <li>▪ Hirninfarkt</li> <li>▪ rektal, starker Blutverlust</li> <li>▪ Nierentumor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krebs</li> <li>▪ Medikamenteneinstellung</li> <li>▪ Demenz, bipolarer Hirnschaden</li> <li>▪ Darmkrebs</li> <li>▪ Psychosen</li> <li>▪ Wundrose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pneumonie</li> <li>▪ Korrektur der Lippen-Kiefer-Gaumenspalte</li> <li>▪ Arnold-Chiari-Dekompressions-Operation</li> <li>▪ Infekt der oberen Atemwege</li> <li>▪ Nasenbruch</li> <li>▪ Dehydrierung aufgrund von Erbrechen</li> <li>▪ Blasenhalstrennung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wirbelsäulenoperation</li> <li>▪ Endometriose/Hysterektomie</li> <li>▪ Entfernung der Gallenblase</li> <li>▪ Knochentumor in der Brustwirbelsäule</li> <li>▪ Melanom am Auge</li> <li>▪ Hüftendoprothese</li> </ul>

Charakteristika	Gesamt <sup>1</sup>	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, elektiv	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, akut	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ geplante Metallentfernung nach Hüftoperation</li> <li>▪ Epilepsie</li> </ul>	

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl; \* anderes, und zwar: Betreutes Wohnen

Tabelle 2: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Einzelinterviews zur Entwicklung der Patientenbefragung (Mai/Juni 2020)

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n	25	15	5	5
<b>Soziodemografische Angaben zu den entlassenen Patientinnen und Patienten</b>				
Alter der Patientinnen und Patienten (in Jahren)				
MW (SD)	50,8 (25,9)	56,1 (12,3)	7,4 (5,0)	78,2 (7,6)
Median (Range)	58 (3–92)	58 (28–68)	6,0 (3–17)	77,0 (70–92)
Geschlecht der Patientinnen und Patienten				
Frauen; n	12	8	2	2
Männer; n	13	7	3	3
Anderes; n	0	0	0	0

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
<b>Höchster schulischer Bildungsabschluss der Patientinnen und Patienten</b>				
noch Schülerin/Schüler; n	0	0	-	-
von der Schule abgegangen ohne Abschluss; n	0	0	-	-
Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss; n	0	0	-	-
Realschule / Mittlere Reife; n	6	6	-	-
Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; n	0	0	-	-
Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; n	0	0	-	-
Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule; n	4	4	-	-
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre); n	5	5	-	-
Anderer Schulabschluss	0	0	-	-

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
<b>Berufliche Situation der Patientinnen und Patienten</b>				
Schülerin/Schüler oder Studentin/Student; n	0	0	-	-
Ausbildung/Umschulung; n	0	0	-	-
Berufstätig in Vollzeit; n	6	6	-	-
Berufstätig in Teilzeit; n	3	3	-	-
Arbeitssuchend; n	0	0	-	-
Altersrente; n	4	4	-	-
Berufs- oder erwerbsunfähig; n	0	0	-	-
Hausfrau/-mann; n	0	0	-	-
Sonstiges; n	2	2	-	-
<b>Krankheitsbezogenen Angaben zu den entlassenen Patientinnen und Patienten</b>				
Dauer des Krankenhausaufenthalts der Patientinnen und Patienten (in Nächten)				
MW (SD)	16,1 (23,4)	7,6 (6,2)	31,8 (39,7)	26 (19,5)
Median (Range)	9 (1–110)	4 (1–20)	13 (3–110)	14 (6–56)

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
Pflegergrad der Patientinnen und Patienten				
Pflegergrad 1; n	3	1	0	2
Pflegergrad 2; n	2	0	0	2
Pflegergrad 3; n	2	1	1	0
Pflegergrad 4; n	1	0	1	0
Pflegergrad 5; n	2	0	2	0
nein, aber es wurde ein Pflegegrad beantragt; n	1	0	0	1
nein; n	14	13	1	0
Unterbringung der entlassenen Patientinnen und Patienten nach der Entlassung				
nach Hause; n	23	14	5	4
stationäre Rehabilitationsklinik; n	2	1	0	1
Altenheim; n	0	0	0	0
Pflegeheim; n	0	0	0	0
Anderes; n	0	0	0	0

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
<b>Angegebene Gründe des Krankenhausaufenthalts der entlassenen Patientinnen und Patienten gruppiert nach klinischen Schwerpunkten bzw. Fachabteilungen in Krankenhäusern</b>				
Orthopädie; n z. B.: ▪ Kniegelenkersatz ▪ Hüft-OP	5	3	2	0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologie); n z. B.: ▪ Hysterektomie ▪ Entbindung	3	3	0	0
Kardiologie; n z. B.: ▪ Herzinfarkt ▪ Herzinsuffizienz	3	3	0	0
Onkologie; n z. B.: ▪ Darmkrebs ▪ Tumorerkrankung	2	0	1	1
Innere Medizin; n z. B.: ▪ Lungenentzündung ▪ Sepsis	5	2	1	2

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
Chirurgie; n z. B.: ▪ Cholezystektomie ▪ OP bei Blinddarmentzündung	4	3	0	1
Psychiatrie; n ▪ Bipolare Störung	1	0	0	1
Neurologie; n ▪ Schlaganfall	1	1	0	0
Urologie; n ▪ Hodenhochstand	1	0	1	0
<b>Zeitraum des Interviews nach Entlassung der Patientinnen und Patienten (in Monaten)</b>				
MW (SD)	6,8 (4,6)	6,2 (2)	11,0 (8,9)	4,6 (1,8)
Median (Range)	6 (1–24)	6 (1–9)	11 (1–24)	5 (1–6)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl, DDR = Deutsche Demokratische Republik, EOS = Erweiterte Oberschule



Tabelle 3: Charakteristika der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte der Fokusgruppe zur Erstellung des Qualitätsmodells (Februar 2019)

Charakteristika	Stationär tätige Ärztinnen und Ärzte
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n	5
<b>Alter (in Jahren)</b>	
MW (SD)	48,8 (9,4)
Median (Range)	50 (38–60)
<b>Geschlecht</b>	
Frauen; n	3
Männer; n	2
<b>Versorgungssektor</b>	
stationäre Versorgung; n	4
in beiden Sektoren tätig; n	1
<b>Tätigkeitsbereich</b>	
Stations-, Fachärztin/-arzt im Krankenhaus; n	4
sowohl Stations-, Fachärztin/-arzt im Krankenhaus als auch niedergelassene/r Fachärztin/-arzt; n	1
Fachgebiete	Geriatrie, Orthopädie/Traumatologie, Onkologie/Hämatologie, Kardiologie, Psychiatrie/Psychosomatik
<b>Tätigkeitszeit (in Jahren)</b>	
MW (SD)	19,2 (7,4)
Median (Range)	20 (10–30)
<b>Gebiet des Krankenhauses</b>	
großstädtisch; n	4
mittelstädtisch; n	1
<b>Krankenhausträger</b>	
freigemeinnützig; n	1
öffentlich; n	3
privat; n	1

Charakteristika	Stationär tätige Ärztinnen und Ärzte
<b>Versorgungsstufe des Krankenhauses</b>	
Regelversorgung; n	3
Schwerpunktversorgung; n	1
Maximalversorgung; n	1

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl

Tabelle 4: Charakteristika der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen aus den Einzelinterviews zur Entwicklung der Patientenbefragung (Mai/Juni 2020)

Charakteristika	Gesamt	Mitarbeitende des Entlassmanagements	Ärztinnen und Ärzte
Anzahl Interviewpersonen; n	10	6	4
<b>Alter in Jahren</b>			
MW (SD)	48,7 (7,6)	50,7 (6,7)	45,8 (8,9)
Median (Range)	48,5 (40–60)	52 (41–60)	42 (40–59)
<b>Geschlecht</b>			
Frauen; n	6	5	1
Männer; n	4	1	3
Anderes; n	0	0	0
<b>Tätigkeitszeit (in Jahren)</b>			
MW (SD)	17,0 (8,8)	18,4 (10,7)	15,0 (5,7)
Median (Range)	16,0 (2,3–33)	18,5 (2,3–33)	13,5 (10–23)
<b>Tätigkeiten der Mitarbeitenden des Entlassmanagement</b>			
Case Management / Entlassmanagement; n	2	2	-
Pflegefachkraft; n	2	2	-
Sozialdienst; n	2	2	-
<b>Fachgebiete</b>			
Orthopädie und Unfallchirurgie; n	1	-	1
Innere und Kardiologie; n	2	2	-
Onkologie; n	1	-	1

Charakteristika	Gesamt	Mitarbeitende des Entlassmanagements	Ärztinnen und Ärzte
Neurologie; n	1	-	1
Urologie; n	1	-	1
Keine Angabe; n	4	4	-
<b>Gebietsgröße des Krankenhausorts</b>			
Großstädtisch (>100.000 Einwohner); n	6	3	3
Mittelstädtisch (20.000–100.000 Einwohner); n	4	3	1
Kleinstädtisch (5.000–19.000 Einwohner); n	0	0	0
Ländlich (< 5.000 Einwohner); n	0	0	0
<b>Art des Krankenhauses</b>			
Freigemeinnützig; n	2	2	-
Öffentlich; n	3	1	2
Privat; n	4	2	2
Keine Angabe; n	1	1	-
<b>Versorgungsstufe des Krankenhauses</b>			
Grundversorgung; n	0	0	0
Regelversorgung; n	2	1	1
Schwerpunktversorgung; n	1	1	0
Maximalversorgung; n	7	4	3

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl

Tabelle 5: Charakteristika der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen aus den Einzelinterviews zur Entwicklung der Patientenbefragung (Mai/Juni 2020)

Charakteristika	Gesamt	Pflegedienst bzw. (stationäre) Heimversorgung	Ärztinnen und Ärzte
Anzahl Interviewpersonen; n	8	4	4
<b>Alter (in Jahren)</b>			
MW (SD)	51,8 (5,5)	50 (6,5)	54,3 (3,2)
Median (Range)	53 (41–58)	51,5 (41–56)	53 (52–58)
<b>Geschlecht</b>			
Frauen; n	5	4	1
Männer; n	3	0	3
Anderes; n	0	0	0
<b>Versorgungssektor</b>			
Ambulant; n	6	2	4
Stationäre Heimversorgung; n	1	1	0
Beides; n	1	1	0
<b>Tätigkeitszeit (in Jahren)</b>			
MW (SD)	18,6 (5,3)	19,8 (7)	18 (3,8)
Median (Range)	20 (10–26)	21,5 (10–26)	19,0 (12–20)
<b>Tätigkeitsfeld der nicht ärztlichen Interviewpersonen</b>			
Ambulanter Pflegedienst	3	3	-
Stationäre Pflegeeinrichtung	1	1	-
<b>Fachgebiete</b>			
Gynäkologie/Geburtshilfe; n	1	0	1
Wundversorgung; n	1	1	0
Psychiatrie und Psychotherapie; n	1	0	1
Allgemeinmedizin; n	2	0	2
Keine Angaben; n	3	3	0

Charakteristika	Gesamt	Pflegedienst bzw. (stationäre) Heim- versorgung	Ärztinnen und Ärzte
<b>Gebietsgröße der Praxis / der Einrichtung</b>			
Großstädtisch (> 100.000 Einwohner); n	5	3	2
Mittelstädtisch (20.000–100.000 Einwohner); n	1	0	1
Kleinstädtisch (5.000–19.000 Einwohner); n	1	1	0
Ländlich (< 5.000 Einwohner); n	0	0	0
Keine Angabe; n	1	0	1

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl

## Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019):  
Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Stand:  
18.10.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/  
IQTIG\\_Entlassmanagement\\_Zwischenbericht\\_Ueberarbeitung\\_2019-10-18.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_Ueberarbeitung_2019-10-18.pdf) (abgerufen  
am: 23.09.2020).

# Anhang C: Expertengremium

## Anhang C.1: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium

Im folgenden Abschnitt wird die protokollierte, stichpunktartige Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Beratung durch das Expertengremium aufgeführt. Hierbei werden für jedes Qualitätsmerkmal die zentralen Diskussionsinhalte, d. h. Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten wiedergegeben. Zum Abschluss jeder Diskussion zu einem Qualitätsmerkmal wurde das Expertengremium darum gebeten, unter Berücksichtigung der im Abschlussbericht aufgeführten Eignungskriterien und der für Patientenbefragungen relevanten Zusatzbedingung der Erlebbarkeit und Beantwortbarkeit durch Patientinnen und Patienten (Abschnitt 5.3.1), für jedes Qualitätsmerkmal eine Gesamteinschätzung abzugeben, inwiefern dieses in der vorgestellten Form in die weiteren Entwicklungen eingehen kann.

Wenn die Empfehlung durch das Expertengremium grundsätzlich (d. h. hinsichtlich aller Eignungskriterien) positiv ausfiel, ist dies mit ↑ gekennzeichnet. Eine Kennzeichnung mit → gibt an, dass hier zumindest von einem Teil des Expertengremiums Bedenken geäußert wurden, die eine erneute Prüfung und Abwägung von eventuellen Modifikationen durch das IQTIG erforderlich machten. Für Qualitätsmerkmale, für die in der vorgestellten Form seitens der Expertinnen und Experten ein Ausschluss nahegelegt wurde, wird die Kennzeichnung ↓ verwendet.

Beratungs- bzw. Diskussionsinhalte hinsichtlich solcher Eignungskriterien, die vom Expertengremium als erfüllt betrachtet werden, werden in den folgenden Ausführungen nicht näher ausgeführt. Bei den Qualitätsmerkmalen welche vom Expertengremium als unstrittig angesehen und einstimmig akzeptiert wurden, werden keine weiteren Ausführungen gemacht, auch wenn es dazu im Laufe der Diskussion vereinzelt Hinweise gab, diese sich jedoch nicht auf die Akzeptanz des Qualitätsmerkmals und seiner Beschreibung ausgewirkt haben.

### Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung

#### 1.1 Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass die Planbarkeit bzw. das Einhalten geplanter Entlasstermine nicht immer möglich sei, z. B. wenn Patientinnen und Patienten auf eine Anschluss-Reha warten und dort kurzfristig ein Platz frei werde.
- Da die Umsetzung der Entlassplanung nicht in allen Fällen eingehalten werden könne, schlugen die Expertinnen und Experten vor, von einem „voraussichtlichen“ Entlasstermin zu sprechen, anstatt von einem „geplanten“ Entlasstermin. Auf diese Weise könne auch die Zurechenbarkeit des Qualitätsmerkmals erhöht werden.

- In diesem Zusammenhang merkten die Expertinnen und Experten an, dass es eventuell wichtiger sei, Entlasstermine zu begründen und den Patientinnen und Patienten bspw. zu erklären, weshalb es zu Verschiebungen komme.
- Weiterhin wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass die Erinnerungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten eine Rolle spielen könne, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen, welche sich teilweise schon nach kurzer Zeit nicht mehr an Entlassgespräche erinnern können.
- Ein weiterer Punkt in der Diskussion betraf die Frage, wer Informationen zur Entlassplanung übermitteln solle; hierbei herrschte große Einigkeit, dass dies von einer „Fachperson“ erfolgen solle, und dass „eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses“ zu unspezifisch formuliert sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 1.2 Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlasskriterien

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es wichtig sei, notwendige Voraussetzungen zur Entlassung mit der Patientin / dem Patienten (in Form eines Dialoges) zu besprechen und hierbei die patientenindividuellen Risiken zu erfassen.
- Bei der Besprechung der Entlasskriterien solle sich an Expertenstandards orientiert werden.
- Weiterhin wurde von den Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass es wichtig sei, eine patientenverständliche Sprach zu verwenden.
- Darüber hinaus sei darauf zu achten, dass neben medizinischen Aspekten auch weitere patientenindividuelle Kriterien berücksichtigt werden, wie bspw. das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten.
- Zusätzlich wurde vorgeschlagen, wie auch bei Qualitätsmerkmal 1.1 die Bezeichnung „Mitarbeiterin / Mitarbeiter des Krankenhauses“ durch „Fachperson“ zu ersetzen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 1.3 Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins

- Im Expertengremium wurde angemerkt, dass der Begriff „Beteiligung“ im Titel des Qualitätsmerkmals missverständlich sein könne; es sei wichtig zwischen „Beteiligung“ vs. „Mitentscheidung“ vs. „Miteinbeziehen“ zu unterscheiden, was unterschiedliche Grade der Involviertet der Patientinnen und Patienten impliziere.
- Darüber hinaus hoben die Expertinnen und Experten hervor, dass ein dialogischer Charakter wichtig sei, im Gegensatz zu einer bloßen Informationsweitergabe, ähnlich wie bei Qualitätsmerkmal 1.2.
- Im Expertengremium herrschte Einigkeit darüber, dass es für Patientinnen und Patienten wichtig sei, am Entlassprozess beteiligt zu werden.

- Weiterhin wurde von den Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass bei diesem Merkmal Redundanzen zu Merkmal 1.2 bestehen können.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

#### **1.4 Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung**

- Die Expertinnen und Experten bewerteten das Qualitätsmerkmal grundsätzlich positiv und betonten die Wichtigkeit, die Befähigung und Kompetenz von Angehörigen mit in Betracht zu ziehen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **1.5 Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort**

Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **1.6 Zentrale Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung**

- Allgemein wurde eine zentrale (vermittelnde) Ansprechperson von den Expertinnen und Experten also sinnvoll erachtet, bspw. für Wissens- und Informationsvermittlung; es sei wichtig für Patientinnen und Patienten, eine koordinierende Person zu haben, wie z. B. Case Management.
- Im Expertengremium wurde angeführt, dass die Bezeichnung „zentrale Ansprechperson“ zu pauschal formuliert sein könne, und es damit unklar sei, welche Rolle diese Person einnehme.
- Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass verschiedene Personen und Stellen am Entlassprozess beteiligt seien, und es sich bei einer „zentralen“ Person eher um eine „koordinierende“ Person handele. Daher solle eine Bezeichnung gewählt werden, die diesen Sachverhalt deutlicher abbilde (z. B. „eine Ansprechperson“ oder „vermittelnde Person“ statt „zentrale“).

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **1.7 Angebot an Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses**

Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑



### 1.8 Zeitliche Verzögerungen am Entlasstag

- Die Expertinnen und Experten gaben den Hinweis, dass Verzögerungen nicht immer vermeidbar seien [vgl. Hinweise zu Qualitätsmerkmal 1.1]. Daher sei es evtl. vorteilhafter und u. U. wichtiger für die Patientin / den Patienten, im Qualitätsmerkmal nach der „Kommunikation von zeitlicher Verzögerung“ zu fragen, anstatt tatsächliche Verzögerungen als Kriterium heranzuziehen (z. B. könne erfasst werden, ob Patientinnen und Patienten darüber informiert wurden, warum es zu einer Verzögerung komme oder wie lange die Verzögerung dauere).
- Über eine solche Modifikation des Qualitätsmerkmals könne die Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals erhöht werden.
- Weiterhin wurde von den Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass eine Entlassung früher als geplant stattfinden könne, bspw. wenn der Transport früher komme.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

## Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung

### 2.1 Information zu Ansprechpersonen bei medizinischen Fragen nach Entlassung

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine Fokussierung auf „medizinische Fragen“ zu eng gefasst sein könne und weitere relevante Aspekte, wie bspw. pflegerische oder therapeutische Fragen, mit in die Merkmalsbeschreibung inkludiert werden können.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 2.2 Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung

- Die Expertinnen und Experten empfahlen, „Ärztin/Arzt“ statt „Mitarbeiterin und Mitarbeiter“ in der Merkmalsbeschreibung zu verwenden, da die Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung in deren Verantwortungsbereich falle, und zudem die Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals erhöht werde.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 2.3 Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge

- Die Expertinnen und Experten empfahlen, „Fachperson“ statt „Mitarbeiterin und Mitarbeiter“ in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals zu verwenden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 2.4 Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten

- Die Expertinnen und Experten empfahlen, als Ansprechpartnerin / Ansprechpartner „Fachperson“ in die Beschreibung des Qualitätsmerkmals aufzunehmen, um darauf hinzuweisen, dass es sich um eine qualifizierte Mitarbeiterin / Mitarbeiter des Krankenhauses handle.

- Weiterhin wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass der Begriff „patientenindividuelle Unterstützungsangebote“ zu ungenau sein könne und es ratsam sei, nach verschiedenen Unterstützungsangeboten zu differenzieren, u. a. pflegerische oder sozialdienstliche Unterstützung.
- In diesem Zusammenhang wurde von den Expertinnen und Experten vorgeschlagen, den Sozialdienst explizit als Beispiel aufzunehmen.
- Im Expertengremium wurde ebenfalls von einigen Teilnehmenden diskutiert, ob man pflegerische und sozialdienstliche Unterstützungsangebote als eigenständige Qualitätsmerkmale mit aufnehmen solle.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

### 2.5 Information zu Hilfsmitteln

- Die Expertinnen und Experten empfahlen, „Fachperson“ statt „Mitarbeiterin und Mitarbeiter“ in der Merkmalsbeschreibung zu verwenden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 2.6 Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass für die Zeit nach der Entlassung sowohl ambulante als auch stationäre Weiterversorgungsmaßnahmen zu organisieren seien.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 2.7 Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 2.8 Information zur Behandlung und Behandlungsergebnissen

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 2.9 Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

## Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Medikation

### 3.1 Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 3.2 Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation oft von Ärztinnen und Ärzten delegiert werde, z. B. an das Pflegepersonal. Daher könne die Beschreibung des Qualitätsmerkmals dahingehend geändert werden, dass eine „Fachperson“ aus dem Krankenhaus über die Entlassmedikation aufkläre, und diese Aufgabe nicht ausschließlich auf eine Ärztin / einen Arzt beschränkt werde.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

### 3.3 Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 3.4 Unterstützung zur Einnahme der Entlassmedikation

- Seitens des Expertengremiums wurde empfohlen, bei der Beschreibung des Qualitätsmerkmals hervorzuheben, dass ein Medikationsplan bei Entlassung ausgegeben werden *müsse*.
- Expertinnen und Experten wiesen zudem darauf hin, dass ein Medikationsplan bei Entlassung nicht ausreichend sei, sondern vom Krankenhaus ebenfalls Unterstützung in Form von Edukation bereitgestellt werden sollte.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

## Qualitätsaspekt 4: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

### 4.1 Wissensvermittlung zur medizinischen Selbstversorgung im Alltag

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass der Fokus des Qualitätsmerkmals mit Wissensvermittlung zur „medizinischen“ Selbstversorgung zu eng gefasst sein könne, und auch darüberhinausgehende Arten der Selbstversorgung thematisiert werden sollen, wie etwa die pflegerische oder therapeutische Versorgung.
- Zudem sei es wichtig, den Umgang mit möglichen (körperlichen) Einschränkungen im Alltag mit einzubeziehen, z. B. auch temporäre Einschränkungen bei jüngeren Menschen nach Entlassung.

- Ebenfalls rieten die Expertinnen und Experten dazu, „Fachperson“ statt „Mitarbeiterin / Mitarbeiter“ in der Merkmalsbeschreibung zu verwenden.
- Zudem wurde darauf hingewiesen, dass „Wissensvermittlung“ eventuell zu eng gefasst sei, und relevante Aspekte wie Edukation, Schulung oder Befähigung (i. S. v. Kompetenzerwerb) ergänzt werden sollen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### 4.2 Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln

- Ähnlich zu Qualitätsmerkmal 4.1 rieten die Expertinnen und Experten dazu, „Wissensvermittlung“ explizit um Schulungen zu erweitern, sowie die Vermittlung von Befähigung mit einzu beziehen.
- Weiterhin wiesen die Expertinnen und Experten darauf hin, dass berücksichtigt werden solle, ob Schulungen zum Umgang mit Hilfsmitteln im Krankenhaus selbst durchgeführt werden oder ob Patientinnen und Patienten nach Entlassung bspw. durch Hilfsmittelhersteller geschult würden. Die Expertinnen und Experten rieten daher dazu, das Qualitätsmerkmal auf den Aufenthalt im Krankenhaus bzw. auf die Hilfsmittel, welche im Krankenhaus mitgegeben werden, zu beschränken.
- Zudem solle auch bei diesem Qualitätsmerkmal „Fachperson“ statt „Mitarbeiterin / Mitarbeiter“ in der Beschreibung verwendet werden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### 4.3 Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung

- Expertinnen und Experten rieten dazu, in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals „Mitarbeiterin / Mitarbeiter“ durch „Fachperson“ zu ersetzen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### 4.4 Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### 4.5 Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

## Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

### 5.1 Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten

- Die Expertinnen und Experten betonten, dass es sich um ein wichtiges Qualitätsmerkmal handle.
- Weiterhin wurde im Expertengremium hervorgehoben, dass Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus im Sinne der Zuschreibbarkeit „Unterstützung“ erwarten können, eine erfolgreiche Terminvereinbarung bzw. erfolgreiche Vermittlung jedoch nicht im Fokus dieses Qualitätsmerkmals stehe.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 5.2 Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 5.3 Verordnung von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass eine Verordnung von therapeutischen Maßnahmen nicht gänzlich im Einflussbereich des Krankenhauses liege, bspw., wenn Patientinnen und Patienten Rezepte wegen der doppelten Rezeptgebühr im Krankenhaus ablehnen und Rezepte ambulant einholen.
- Weiterhin wurde vom Expertengremium angemerkt, dass der Verweis auf eine Ärztin / einen Arzt des Krankenhauses in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals nicht unbedingt notwendig sei. Oftmals werden die Verordnungen von deren Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern übergeben, weshalb in den Fällen der Arzt/die Ärztin nicht präsent erscheine. Vielmehr gehe es darum, ob die Patientin / der Patient bei Bedarf eine Verordnung erhalten habe.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

### 5.4 Verordnung von geplanten Hilfsmitteln für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

- Äquivalent zu Qualitätsmerkmal 5.3 wurde im Expertengremium angemerkt, dass der Verweis auf eine Ärztin / einen Arzt des Krankenhauses in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals nicht unbedingt notwendig sei, sondern es vielmehr darum ginge, ob die Patientin / der Patient bei Bedarf eine Verordnung erhalten habe.

- Darüber hinaus wurde im Expertengremium angemerkt, dass Patientinnen und Patienten nur eingeschränkt beurteilen können, ob eine Verordnung über geplante Hilfsmittel erfolgt sei, z. B. wenn beispielsweise die Organisation direkt zwischen dem Krankenhaus und dem Hilfsmittelanbieter lief.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **5.5 Organisation der verordneten Hilfsmittel für die Zeit unmittelbar nach Entlassung**

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **5.6 Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag**

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **5.7 Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung**

- Die Expertinnen und Experten gaben bei diesem Qualitätsmerkmal den Hinweis, dass im Falle einer direkten elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) an die Krankenkassen der Begriff „Ausstellen“ (zukünftig) unzutreffend sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **5.8 Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen**

- Die Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals „Fachperson“ statt „Mitarbeiterin / Mitarbeiter des Krankenhauses“ zu verwenden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **5.9 Verordnung der geplanten häuslichen Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung**

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

## 5.10 Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe

- Die Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals „Fachperson“ statt „Mitarbeiterin / Mitarbeiter des Krankenhauses“ zu verwenden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

## Qualitätsaspekt 6: Entlassgespräch

### 6.1 Durchführen eines abschließenden Gesprächs

- Die Experten und Expertinnen wiesen darauf hin, dass es wichtig sei, sicherzustellen, dass die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt des Gesprächs wissen, dass es sich dabei um das abschließende Gespräch handle. Ein Abschlussgespräch solle von der Patientin / dem Patienten klar als solches erkennbar sein.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 6.2 Ruhige, ungestörte Atmosphäre im abschließenden Gespräch zur Entlassung

- Die Expertinnen und Experten schätzten das Qualitätsmerkmal insgesamt als ein wichtiges Merkmal ein, kritisierten jedoch die aufgeführten Beispiele (separate Räumlichkeiten, kein klingelndes Telefon). Diese seien im Klinikalltag nur bedingt umsetzbar und änderbar. Die Expertinnen und Experten rieten dazu, die Beispiele aus der Beschreibung des Qualitätsmerkmals zu streichen.
- Daran anschließend merkten die Expertinnen und Experten an, dass unklar sei, was mit einer „ungestörte Atmosphäre“ gemeint sei. Wichtig sei die jeweilige Umgebung, in der das Gespräch stattfände.
- Darüber hinaus wurde im Expertengremium von einigen Teilnehmenden angemerkt, dass es wichtiger sei, ausreichend Zeit zu haben, um Fragen von Patientinnen und Patienten beantworten zu können.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 6.3 Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### 6.4 Angebot zum Einbezug von Angehörigen in das abschließende Gespräch zur Entlassung

- Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass der Begriff „Angehörige“ zu eng gefasst sei und erweitert werden solle, um auch relevante Personen mit einzubeziehen, die keine Angehörigen im engeren Sinne sind. Dies seien insbesondere gesetzlicher Vertreter, Bevollmächtigte oder andere Vertrauenspersonen bzw. Bezugspersonen außerhalb der Verwandtschaft.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### Qualitätsaspekt 7: Entlassdokumente

#### 7.1 Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### 7.2 Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung

- Von den Expertinnen und Experten wurde angemerkt, dass das Qualitätsmerkmal um den Aspekt der stationären Versorgung erweitert werden solle.
- Darüber hinaus gaben die Expertinnen und Experten den Hinweis, dass die Mitgabe von schriftlichen Informationen zur Weiterversorgung für Patientinnen und Patienten hilfreich sei, z. B. durch Entlasspapiere.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### Qualitätsaspekt 8: Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten

#### 8.1 Verwendung einer patientenverständlichen Sprache in Gesprächen zur Entlassung

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### 8.2 Bereitstellen einer dolmetschenden Person für Gespräche zur Entlassung

- Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal die Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer und die Zuschreibbarkeit nicht gegeben seien, da die Möglichkeiten nicht in dem Ausmaß vorlägen. Zum Teil haben die Krankenhäuser mit einer Vielfalt unterschiedlichster Sprachen zu tun. Für die Verständigung werden sehr unterschiedliche Lösungen gesucht.



- Obwohl der Bedarf nach einer Verständigung für Patientinnen und Patienten mit Sprachbarrieren außer Frage stünde, waren sich die Expertinnen und Experten aufgrund der angemerkten Probleme nicht einig, ob das Qualitätsmerkmal vor allem aufgrund der Beeinflussbarkeit beibehalten werden sollte.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

### 8.3 Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 8.4 Zeit für Gespräche zur Entlassung mit Ärztinnen und Ärzten

- Die Expertinnen und Experten merkten an, dass es u. U. für Patientinnen und Patienten schwierig sein könne zwischen Gesprächen zur Entlassung (z. B. im Zuge der Visiten) und dem Entlassgespräch bzw. dem abschließenden Gespräch zur Entlassung zu trennen. Dies müsse bei der Formulierung der Items berücksichtigt werden.
- Weiterhin wurde im Expertengremium darauf hingewiesen, dass das Qualitätsmerkmal bei kurzen Krankenhausaufenthalten eventuell keine Relevanz habe, was ebenfalls bei der Befragung berücksichtigt werden müsse.
- Zusätzlich wurde von den Expertinnen und Experten vorgeschlagen, das Qualitätsmerkmal dahingehen zu verändern, dass die Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten bei Fragen zur Entlassung im Vordergrund stünden und weniger das tatsächliche Stattfinden von Gesprächen zur Entlassung.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

### 8.5 Zeit für Gespräche zur Entlassung mit dem Pflegepersonal

- siehe Qualitätsmerkmal 8.4

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

### 8.6 Ruhige, ungestörte Atmosphäre in Gesprächen zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses

- Ähnlich zur Diskussion bei Qualitätsmerkmal 6.2 schätzten die Expertinnen und Experten die aufgeführten Beispiele (separate Räumlichkeiten, kein klingelndes Telefon) kritisch ein. Diese seien im Klinikalltag nur bedingt umsetzbar und änderbar. Die Expertinnen und Experten rieten dazu, die Beispiele aus der Beschreibung des Qualitätsmerkmals zu streichen

- Zusätzlich wurde im Expertengremium angemerkt, dass weitere relevante Berufsgruppen, wie etwa verschiedene Therapeutinnen und Therapeuten in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals keine Erwähnung fänden.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

#### **8.7 Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **8.8 Individueller und sensibler Umgang des Pflegepersonals mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **8.9 Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **8.10 Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

#### **8.11 Eingehen des Pflegepersonals auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

## Qualitätsaspekt 9: Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung

### 9.1 Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten

- Es bestand kein Diskussionsbedarf der Expertinnen und Experten.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

### 9.2 Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten

- Im Expertengremium wurde von einigen Expertinnen und Experten darauf hingewiesen, dass die Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten stark subjektiv und nur schwer objektivierbar sei. Dies sei problematisch hinsichtlich der Zuschreibbarkeit/Beeinflussbarkeit durch das Krankenhaus. So könne es z. B. vorkommen, dass Patientinnen und Patienten sich selbst nicht bereit für die Entlassung fühlen, obwohl sie es aus medizinisch-pflegerischer Sicht seien.
- Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus schwer zu beeinflussen sei, da die Länge des Aufenthalts oft an die Diagnose/Behandlung (und damit verbundene DRG-Vorgaben) geknüpft sei.
- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer merkten zudem an, dass die Erinnerbarkeit und damit verbundene Beurteilbarkeit auf Seiten der Patientinnen und Patienten eingeschränkt sein könne. Es könne zu Erinnerungsproblemen kommen, wenn Patientinnen und Patienten mehrere Wochen nach Entlassung einen Fragebogen ausfüllten und sich dafür zurückerinnern müssten, ob sie sich zu dem Zeitpunkt der Entlassung bereit gefühlt hätten, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.
- Gleichwohl stellten die Expertinnen und Experten heraus, dass das Qualitätsmerkmal ein wichtiges Kriterium für das zuvor geleistete Entlassmanagement sei.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

### 9.3 Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten in den ersten Tagen nach Entlassung

- Die Expertinnen und Experten waren sich darüber einig, dass es sich um ein wichtiges Qualitätsmerkmal handle, das eine hohe Bedeutung für Patientinnen und Patienten habe. Im Klinikalltag werde eine Kontaktaufnahme des Krankenhauses nach Entlassung jedoch in zu geringem Maße umgesetzt.
- Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass die Form der Kontaktaufnahme („persönlich oder telefonisch“) aus der Beschreibung des Qualitätsmerkmals gestrichen werden könne, da es ausreichend sei, von einer Kontaktaufnahme im Allgemeinen zu sprechen.
- Weiterhin sprachen sich die Expertinnen und Experten dafür aus, „Mitarbeiterin/Mitarbeiter“ durch „Fachperson“ zu ersetzen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: ↑

## Qualitätsaspekt 10: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

### 10.1 Ungeplante stationäre Wiederaufnahme der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

- Die Expertinnen und Experten gaben zu bedenken, dass es bei diesem Qualitätsmerkmal zu Problemen hinsichtlich der Erinnerbarkeit des konkreten kommen könne. So könnte es Patientinnen und Patienten, welche den Fragebogen mehrere Wochen nach ihrer ersten Entlassung erhalten, schwerfallen sich genau daran zu erinnern, ob eine Wiederaufnahme innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung erfolgt ist.
- Bezüglich des Zeitraumes wurde im Expertengremium darauf hingewiesen, dass 7 Tage ein angemessener Zeitraum sei, und es bei einem längeren Zeitraum zu Schwierigkeiten bei der Zuschreibbarkeit insbesondere bei geriatrischen Patientinnen und Patienten kommen könne.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

### 10.2 Ungeplanter ambulanter Notfallkontakt der Patientinnen und Patienten innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

- Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass ein ambulanter Notfallkontakt an sich immer ungeplant sei.
- Weiterhin wurden Bedenken hinsichtlich der Zuschreibbarkeit/Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals geäußert. Gründe für ambulante Notfallkontakte nach Entlassung seien vielfältig und ließen sich nur teilweise auf das Entlassmanagement im Krankenhaus zurückführen (z. B. bei Defiziten in der ambulanten Weiterversorgung).
- Zusätzlich wurde von den Expertinnen und Experten angemerkt, dass zwischen Notfällen und der Kontaktaufnahme im Fall von Unsicherheiten unterschieden werden müsse. Dies sei von Patientinnen und Patienten z. T. schwierig zu differenzieren.
- Darüber hinaus wurde betont, dass Notfallkontakte zu Bereitschaftsdiensten und Notfallambulanzen nicht zwingend als Qualitätsdefizit anzusehen seien, sondern Patientinnen und Patienten in diesem Falle zuvor vermittelte Verhaltensanweisungen bei Komplikationen angemessen umsetzen würden.
- Aufgrund der angemerkten Hinweise insbesondere hinsichtlich der stark eingeschränkten Zuschreibbarkeit der Verantwortung zum Leistungserbringer sahen die Expertinnen und Experten Modifikationsbedarf oder sprachen sich dafür aus, das Qualitätsmerkmal im weiteren Entwicklungsprozess nicht mehr zu berücksichtigen.

Gesamteinschätzung des Expertengremiums: →

## Anhang C.2: Übersicht der Expertinnen und Experten und deren Funktion

Expertinnen und Experten	Funktion im Expertengremium
Herr Prof. Dr. Alexander Beck	medizinische Expertise
Frau Prof. Dr. Bärbel Dangel	Wissenschaftliche Expertise
Frau Stefanie Emmert-Olscher	Patientenvertreterin
Herr Rolf Fahnenbruck	Patientenvertreter
Frau Dr. Kerstin Hermes-Moll	wissenschaftliche Expertise
Frau Leonie Katharina Höfert	pflegerische Expertise
Frau Sylvia Holtz-Wörmcke	Expertise im Sozialdienst/Case-Management/Entlassmanagement
Frau Dr. Britta Hüning	medizinische Expertise
Herr Prof. Dr. Rüdiger Jacob	wissenschaftliche Expertise
Herr Reinhard Leopold	Patientenvertreter
Frau Cordula Mühr	Patientenvertreterin
Herr Lars Nitzsche	pflegerische Expertise
Frau Birgit Pätzmann-Sietas	Expertise im Sozialdienst/Case Management/Entlassmanagement
Herr Johannes Petereit	Expertise im Sozialdienst/Case-Management/Entlassmanagement
Frau Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn	medizinische Expertise
Herr Dr. Thomas Reinbold	medizinische Expertise
Herr Dr. Philipp Schlegel	medizinische Expertise
Frau Elisabeth Stegemann-Nicola	Patientenvertreterin
Frau Dagmar Steidel	Expertise im Sozialdienst/Case-Management/Entlassmanagement
Frau Jorun Thoma	Expertise im Sozialdienst/Case-Management/Entlassmanagement

# Anhang D: Qualitätsmerkmale

## Anhang D.1: Synthese der Wissensbestände zur Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

### Anhang D.1.1: Zusammenfassung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Bezug zum Entlassmanagement und Rahmenvertrag Entlassmanagement

Für die Entwicklung der Patientenbefragung wurden die rechtlichen Grundlagen, welche in den einschlägigen Richtlinien und im Rahmenvertrag Entlassmanagement (GKV-Spitzenverband et al. 2022) als wichtige Rahmenbedingungen identifiziert wurden, berücksichtigt. Nachfolgend werden diese anhand der Qualitätsaspekte, welche der Patientenbefragung als Datenquelle zugeordnet wurden (siehe Abschlussbericht Kapitel 3), dargestellt.<sup>1</sup>

#### Entlassplanung

Um einen nahtlosen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung sicherzustellen, wird gemäß § 3 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung in Form eines **Assessments** ermittelt. Im Rahmenvertrag Entlassmanagement ist in § 3 Abs. 2 ebenfalls geregelt, dass bei Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf, bspw. bei umfassenden Einschränkungen der Mobilität oder der Selbstversorgung, die Durchführung eines differenzierten Assessments sinnvoll ist, sodass Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement getroffen werden können. Im **Entlassplan** wird der voraussichtliche Versorgungsbedarf der Patientin / des Patienten nach der Krankenhausbehandlung dargestellt (§ 3 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Die **Patientinnen und Patienten** stehen im **Zentrum der Organisation des Übergangs** und sind in den Prozess zur Ermittlung ihres Versorgungsbedarfs zwingend einzubinden (§ 2 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Wenn notwendig, sind gemäß § 2 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement die **Angehörigen hinzuziehen**. Am Tag der Entlassung sorgt das Krankenhaus laut § 3 Abs. 4 Rahmenvertrag Entlassmanagement für eine **nahtlose Überleitung in die Anschlussversorgung** und kann dafür bei Bedarf Betreuerinnen und Betreuern, Personensorgeberechtigte oder, in Abstimmung mit der Patientin / dem Patienten, auch Angehörige kontaktieren.

---

<sup>1</sup> Für die Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung wurde die Gültigkeit, Aktualität und inhaltliche Relevanz der Richtlinien des G-BA, welche bereits im Rahmen der Konzeptstudie berücksichtigt wurden (IQTIG 2019a: Abschnitt 2.1), geprüft. Dabei zeigte sich, dass sowohl die Änderung der Krankentransport-Richtlinie in Kraft getreten ist als auch fünf Aktualisierungen des Rahmenvertrags Entlassmanagement erfolgten. Der G-BA aktualisierte und ergänzte aufgrund der COVID-19-Pandemie Richtlinien und Verträge, um auf die Pandemielage angemessen reagieren zu können. Regelungen, die im Rahmen der Pandemie auch das Entlassmanagement betreffen, wurden aufgrund deren mutmaßlich temporären Gültigkeit bei der Entwicklung der Befragung nicht berücksichtigt.

### Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung

Gemäß § 7 Abs. 1 des Rahmenvertrags Entlassmanagement müssen Patientinnen und Patienten bereits **vor dem Assessment über Inhalt und Ziele des Entlassmanagements informiert werden**. Die schriftliche Zustimmung der Patientinnen und Patienten bzw. der gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuer ist zusätzlich einzuholen (§ 7 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Der Rahmenvertrag Entlassmanagement gibt außerdem über § 7 Abs. 2 vor, dass das Krankenhaus die Patientinnen und Patienten bzw. deren Betreuerinnen und Betreuer darüber **informiert, welche dem jeweiligen Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen** für die Anschlussversorgung es gibt. Der Rahmenvertrag legt über § 3 Abs. 8 zudem fest, dass die Patientinnen und Patienten über die **rechtzeitige Inanspruchnahme der für sie erforderlichen Verordnungen bzw. erforderlichen Leistungen informiert** werden müssen.

### Information und Aufklärung zur Medikation

Mit Blick auf die Information und Beratung der Patientinnen und Patienten zu ihrer Medikation gibt der Rahmenvertrag Entlassmanagement in § 7 Abs. 3 vor, dass Patientinnen und Patienten, die mit einer Medikation entlassen werden, einen **Medikationsplan** entsprechend § 31 a SGB V erhalten sollen.

### Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement legt in § 4 Abs. 3 und Abs. 4 fest, dass Krankenhausärztinnen und -ärzte die für die **Weiterversorgung unmittelbar im Anschluss an die Entlassung erforderlichen Verordnungen von veranlassten Leistungen und Medikamenten** vornehmen können. Die Grundlage für die veranlassten Leistungen ist § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und 12 SGB V. So sind Verordnungen oder Veranlassungen von Arzneimitteln, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie, digitaler Gesundheitsanwendungen gemäß § 33a SGB V, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung und Krankentransportleistungen (§ 4 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement) und auch die Verordnung von **Haushaltshilfe** nach § 38 SGB V oder **Kurzzeitpflege** nach § 39c SGB V möglich (§ 3 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Die Verordnung von **Hilfsmitteln** für die unmittelbare Versorgung nach Entlassung kann gemäß § 6 Abs. 3 des Rahmenvertrags Entlassmanagement auch schon vor dem Entlasstag erfolgen. Zudem ist im Rahmen des Entlassmanagement die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen bspw. einer medizinischen Rehabilitation in Form einer **Anschlussheilbehandlung** gemäß § 7 Abs. 3 des Rahmenvertrags Entlassmanagement möglich.

Die Krankentransport-Richtlinie sieht vor, dass das Krankenhaus im Zuge der Entlassung gemäß der Vorgaben des § 6 der Krankentransport-Richtlinie **Krankentransportleistungen** organisieren darf (siehe auch § 4 Abs. 3 im Rahmenvertrag Entlassmanagement). **Medikamentenver-**

**ordnungen** sind gemäß § 4 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement und entsprechender Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)<sup>2</sup> in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößen-kennzeichen möglich. Alternativ können, je nach individueller Situation zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung gemäß § 14 Abs. 7 ApoG, **Medikamente mitgegeben** werden, 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 Satz 4 und Satz 5 AM-RL).

Als weitere Maßnahme ist laut § 8 Abs. 4 Rahmenvertrag Entlassmanagement **die Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei der weiterbehandelnden Haus- oder Fachärztin bzw. beim weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt** für Patientinnen oder Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf vorgesehen.

Die jeweils zugrunde liegenden Richtlinien sind bei der Verordnung im Rahmen des Entlassmanagements zu berücksichtigen. So gilt beispielsweise für die **Verordnung von Heilmitteln** gemäß § 16a Abs. 1 Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL)<sup>3</sup>, dass diese für einen Zeitraum von bis zu 7 Kalendertagen vorgenommen werden können. Die verordneten Heilmittelbehandlungen selbst müssen dann innerhalb von 7 Kalendertagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus begonnen und innerhalb von zwölf Kalendertagen abgeschlossen werden (§ 16 Abs. 3 HeilM-RL). Auch für die **Verordnung von Hilfsmitteln** gilt, dass sie für einen Zeitraum von bis zu 7 Kalendertagen verordnet werden können, sofern diese für die Versorgung unmittelbar nach der Entlassung erforderlich sind (§ 6a Hilfsmittel-Richtlinie, HilfsM-RL)<sup>4</sup>. Eine **Verordnung von häuslicher Krankenpflege** ist in einem Umfang von bis zu 7 Kalendertagen möglich, sofern erforderlich (§ 7 Abs. 5 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie)<sup>5</sup>. Die Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL)<sup>6</sup> ermöglicht über § 4a erforderliche Verordnungen von bis zu 7 Kalendertagen. Gemäß § 5 Abs. 1 des Rahmenvertrags Entlassmanagement kann die **Arbeitsunfähigkeit** von einer Ärztin / einem Arzt des

---

<sup>2</sup> 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 21. Juli 2022, in Kraft getreten am 11. Oktober 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/3/> (abgerufen am: 19.10.2022).

<sup>3</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In der Fassung vom 19. Mai 2011, zuletzt geändert am 17. Februar 2022, in Kraft getreten am 1. Juli 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> (abgerufen am: 19.10.2022).

<sup>4</sup> 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: 19.10.2022).

<sup>5</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. In der Fassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 21. Juli 2022, in Kraft getreten am 13. Oktober 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/11/> (abgerufen am: 19.10.2022).

<sup>6</sup> 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: 19.10.2022).



Krankenhauses mit abgeschlossener Facharztweiterbildung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung festgestellt und bescheinigt werden. Gemäß § 4a Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie<sup>7</sup> kann eine solche Verordnung für einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen bescheinigt werden.

### Entlassdokumente

Der Rahmenvertrag Entlassmanagement enthält mit § 9 Abs. 1–3 ebenfalls Regelungen zu den für die Anschlussversorgung erforderlichen Informationen und deren Übermittlung. Es wird konkret geregelt, dass der **Entlassbrief** als Dokumentation für weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte fester Bestandteil des Entlassmanagements ist und den Patientinnen und Patienten bei der Entlassung auszuhändigen bzw. den weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie stationären Einrichtungen zur Anschlussheilbehandlung und der stationären Pflege bei entsprechend vorliegendem Einverständnis der Patientinnen und Patienten zu **übermitteln** ist (§ 9 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Darüber hinaus werden in § 9 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement **Festlegungen zu den im Entlassbrief aufzuführenden erforderlichen Mindestinformationen** getroffen. Ist die Erstellung eines Entlassbriefs nicht möglich, gibt § 9 Abs. 2 im Rahmenvertrag Entlassmanagement vor, dass **mindestens ein vorläufiger Entlassbrief** erstellt und mitgegeben werden muss, welcher mindestens alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen nach § 39 Abs. 1a S. 7, § 33a, § 37b und § 92 Abs.1 S. 1 Nr. 6 und 12 SGB V sowie Beurteilungen nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 SGB V erfasst.

### Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

Mit Blick auf die Kommunikation mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern wird in § 8 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement geregelt, dass die Krankenhäuser die **nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer am Informationsaustausch zu beteiligen** haben. Dies erfolgt mindestens über die Erstellung (und ggf. Übermittlung) des Entlassbriefs, beinhaltet aber auch die **Einbeziehung der ambulanten bzw. stationären Pflegedienste**. Hier muss über den bevorstehenden Entlasstermin informiert werden (§ 8 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement). Der Entlassbrief muss für die **weiterversorgenden Leistungserbringer** gemäß § 3 Abs. 7 Rahmenvertrag Entlassmanagement auch **Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner** enthalten, welche für Rückfragen zu festen Zeiten erreichbar sind.

Auch einzelne Richtlinien des G-BA benennen das Thema „Kommunikation mit nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“. So fordern AM-RL, HeilM-RL, HilfsM-RL, Häusliche Krankenpflege-Richtlinie und auch die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie, dass das **Krankenhaus die weiterbehandelnde Ärztin bzw. den weiterbehandelnden Arzt rechtzeitig über die medikamentöse Therapie / Verordnung von Arzneimitteln bzw. über weitere Verordnungen informieren** soll. Die ST-RL fordert in § 6 Abs. 1, dass mit dem **soziotherapeutischen Leistungserbringer die Patientenproblematik** konkret besprochen wird.

---

<sup>7</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz Nummer 7 SGB V. In der Fassung vom 14. November 2013, zuletzt geändert am 4. August 2022, in Kraft getreten am 4. August 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/2/> (abgerufen am: 19.10.2022).

## Anhang D.1.2: Ergebnisse der Literaturrecherche

Für die Identifizierung von patientenrelevanten Themen zur Entlassung aus dem Krankenhaus, aus denen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung abgeleitet werden können, wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Hierfür wurden sowohl Publikationen aus der systematischen Recherche im Rahmen der Konzeptstudie sowie der Update-Recherche zur Entwicklung der Patientenbefragung herangezogen (Abschlussbericht Abschnitt 5.1). Die Anzahl der jeweils berücksichtigten Publikationen sind nachfolgend zusammengefasst:

- In der Recherche zu **normativen Versorgungsstandards in Leitlinien und deutschem Expertenstandard der Pflege** konnten im Rahmen der Update-Recherche nach Titel-Abstract- sowie Volltext-Screening keine weiteren relevanten Publikationen identifiziert werden. Nach erneutem Prüfen der identifizierten Leitlinien und des Expertenstandards aus der Konzeptstudie wurden insgesamt drei Publikationen für die weitere Entwicklung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* berücksichtigt. Dies sind zwei zum Zeitpunkt der Überprüfung gültige Leitlinien (NICE 2015 [2020], BMASGK 2018) und ein gültiger Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege (DNQP 2019).
- Hinsichtlich der Literaturrecherche nach Publikationen, welche **patientenrelevante Themen** fokussieren, konnten durch die Update-Recherche 31 Publikationen eingeschlossen werden. Zusammen mit den 42 Publikationen aus der systematischen Recherche der Konzeptstudie, welche nach erneuter Sichtung ebenfalls berücksichtigt wurden, ergeben sich 73 eingeschlossene systematische Reviews, qualitative und quantitative Primärstudien sowie Mixed-Methods-Studien.
- Im Rahmen der Update-Recherche zur **Versorgungssituation in Deutschland**, aus der Hinweise auf eine mögliche Unter-, Über- oder Fehlversorgung bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung generiert werden sollen, konnten nach dem Titel-Abstract- und dem Volltext-Screening insgesamt 3 weitere Publikationen eingeschlossen werden. Zusammen mit den 17 Publikationen, die aus der systematischen Literaturrecherche aus der Konzeptstudie berücksichtigt wurden, ergeben sich insgesamt 20 relevante Publikationen für diese Wissensquelle.
- Zudem erfolgte eine ergänzende, orientierende Recherche zu den bereits vordefinierten Parametern der **Ergebnisqualität** des Entlassmanagements. Insgesamt wurden 10 weitere Publikationen durch die ergänzende Recherche identifiziert. Aus der systematischen Literaturrecherche der Konzeptstudie und der Update-Recherche wurden insgesamt 21 Publikationen berücksichtigt, sodass insgesamt 31 Publikationen zur Ergebnisqualität verwendet wurden.

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Literaturanalyse im Sinne einer inhaltlichen Aufbereitung separat für die einzelnen Quellen der Informationsbeschaffung vorgestellt. Am Ende des jeweiligen Kapitels werden zudem stichpunktartig Themen aufgeführt, die im Rahmen der weiteren Entwicklung der Patientenbefragung nicht verwendet werden. Diese „weiteren Themen“ sind zwar relevant für die Versorgungsqualität beim Übergang vom Krankenhaus in die Anschlussversorgung, können jedoch nicht berücksichtigt werden, da es sich zum Teil um Themen handelt, die nur spezifische Patientengruppen betreffen und somit keine allgemeine

Relevanz für alle zu adressierenden Patientinnen und Patienten des QS-Verfahrens haben. Außerdem kann es sich um Themen handeln, die zwar patientenrelevant sind, jedoch nicht durch Patientinnen und Patienten im Rahmen einer Befragung adäquat beurteilt und eingeschätzt werden können. Darüber hinaus fallen unter weitere Themen auch solche, die keinem der 11 Qualitätsaspekte der Patientenbefragung (siehe Abschlussbericht Kapitel 3) zugeordnet werden können. Abschließend erfolgt eine tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche.

### **Ergebnisse der Literaturrecherche nach Leitlinien und dem deutschen Expertenstandard der Pflege**

Nachfolgend werden die identifizierten patientenrelevanten Themen im Rahmen der Entlassung von Patientinnen und Patienten auf Basis der Empfehlungen von zwei Leitlinien und dem Expertenstandard der Pflege beschrieben. Eine der beiden Leitlinien stammt aus Österreich (Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement; BMASGK 2018) und eine Leitlinie aus Großbritannien („Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs“; NICE-Leitlinie; NICE 2015 [2020]). Der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ (Expertenstandard Entlassungsmanagement; DNQP 2019) stammt aus Deutschland. Die eingeschlossenen Leitlinien und der Expertenstandard Entlassungsmanagement adressieren die Versorgung von Patientinnen und Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ohne Einschränkung auf eine spezifische Diagnose/Erkrankung oder stationäre Leistung.

Für die Analyse und inhaltliche Aufbereitung der Leitlinien bzw. des Expertenstandards Entlassungsmanagement wurden insgesamt 58 Empfehlungen extrahiert (Anhang A.2.2).<sup>8</sup> In den nachfolgenden Beschreibungen zu den abgeleiteten Themen aus der Analyse der Leitlinien / des Expertenstandards Entlassungsmanagement werden Begrifflichkeiten wie „soll“, „sollte“, „kann“ o. ä. nicht im Sinne einer Graduierung einzelner Leitlinienempfehlungen verwendet, sie geben daher nicht deren Empfehlungsgrade (z. B. „starke Empfehlung“, „moderate Empfehlung“ etc.) einzelner Leitlinien wieder.

### **Entlassplanung**

Für die Entlassplanung wird die Durchführung des **indirekten bzw. initialen Assessments** empfohlen (BMASGK 2018, DNQP 2019). Dem schließt sich die Durchführung **des direkten bzw. differenzierten Assessments** an (BMASGK 2018, DNQP 2019). Die **Koordination des Entlassprozesses** kann gemäß Expertenstandard Entlassungsmanagement eine Pflegefachkraft übernehmen (DNQP 2019). Zur Übersicht aller beteiligten Akteure innerhalb und außerhalb des Krankenhauses wird empfohlen, einen **Entlassplan** zu erstellen (DNQP 2019, NICE 2015 [2020]) und diesen auch den Patientinnen und Patienten sowie mit deren Zustimmung auch den Angehörigen **auszuhändigen** (NICE 2015 [2020]).

---

<sup>8</sup> Die Evidenzstärke und Evidenzgraduierung der einzelnen Empfehlungen ist, soweit angegeben, im Anhang A.2.3 dokumentiert.

Weiterhin sind **ungeplante Entlassungen zu vermeiden** (NICE 2015 [2020]). Ein voraussichtlicher **Entlasstag sollte festgelegt** und den Patientinnen und Patienten **mitgeteilt** werden (BMASGK 2018, DNQP 2019). Dem Expertenstandard Entlassungsmanagement folgend, sollte die **Abstimmung des Termins gemeinsam mit Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen** erfolgen (DNQP 2019).

Bei der **Planung der Entlassung** sollten Patientinnen und Patienten und mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten auch deren (pflegende) Angehörige **einbezogen werden** (NICE 2015 [2020], DNQP 2019). Dabei sollte auf die **individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten** bei der alltäglichen Lebensführung (z. B. Gesundheitszustand der Patientin / des Patienten, Informationen zu Medikamenten, Möglichkeiten zur Unterstützung durch Pflegedienste, ehrenamtliche/nachbarschaftliche Hilfsangebote) eingegangen und die **Möglichkeiten und Umstände der Angehörigen, die Patientin / den Patienten nach der Entlassung zu unterstützen, berücksichtigt werden** (NICE 2015 [2020]). Bei älteren Patientinnen und Patienten mit Pflegebedürfnis sollte **eine frühzeitige Entlassung mit entsprechenden Pflege-/Reha-Leistungen** angeboten werden (NICE 2015 [2020]).

#### **Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung**

Gemäß Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement sind Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement zu informieren (BMASGK 2018). Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörige sollen gemäß Expertenstandard Entlassungsmanagement über **Möglichkeiten und Risiken der Versorgung nach der Entlassung informiert** und beraten werden (DNQP 2019). Zudem empfehlen die beiden Leitlinien, Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörige über **ihre Diagnose und Behandlung bzw. ihre Erkrankung zu informieren** (NICE 2015 [2020], BMASGK 2018). Patientinnen und Patienten, bei denen das Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme besteht, die einen komplexen poststationären Versorgungsbedarf haben oder palliative Versorgung benötigen, sowie ggf. deren Angehörige sollen **Informationen zu Kontaktpersonen bei Fragen zur Medikation oder bei Problemen mit Hilfsmitteln/Geräten erhalten**. (NICE 2015 [2020]). Zudem wird in der NICE-Leitlinie empfohlen, Patientinnen und Patienten mit dem Risiko einer stationären Wiederaufnahme **Informationen zu Sozialdiensten oder gemeinnützigen Organisationen** zu geben, an die sie sich nach der Entlassung wenden können (NICE 2015 [2020]).

#### **Information und Aufklärung zur Medikation**

Gemäß den Leitlinien und dem Expertenstandard Entlassungsmanagement umfasst eine bedarfsgerechte Planung der Entlassung grundsätzlich auch die **Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Medikamenten für die Zeit nach Entlassung** (DNQP 2019, NICE 2015 [2020], BMASGK 2018). Die NICE-Leitlinie empfiehlt, Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörigen für den Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Weiterversorgung eine **vollständige Auflistung der Medikamente** zu geben (NICE 2015 [2020]).

### Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

Zur **Sicherstellung der Entlassfähigkeit** sind Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörige entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse zu **schulen**, sodass die Patientinnen und Patienten ihre Erkrankung verstehen und die eigene Versorgung zu Hause gewährleisten und bewältigen können (NICE 2015 [2020], BMASGK 2018, DNQP 2019). Die Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement hebt hervor, dass für die **Schulungen der Patientinnen und Patienten entsprechende Therapieziele** gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten formuliert werden sollten (BMASGK 2018). Zudem empfiehlt die NICE-Leitlinie, **Angehörige**, unter Berücksichtigung ihrer Möglichkeiten und Umstände, zu **schulen sowie emotionale und praktische Aspekte der Pflege** mit den Angehörigen zu besprechen (NICE 2015 [2020]).

### Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

Für die bedarfsgerechte Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung ist es wichtig, dass bereits im Krankenhaus **Maßnahmen, die für die weitere Versorgung der Patientin / des Patienten notwendig sind, eingeleitet und organisiert** werden; hierzu zählen z. B. die **Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln**, die **Unterstützung in der Häuslichkeit** durch Sozialdienste oder gemeinnützige Organisationen oder die **Mitgabe von Rezepten bzw. Medikamenten** (NICE 2015 [2020], DNQP 2019, BMASGK 2018). Notwendige **Hilfsmittel und Unterstützungsleistungen sollen zum Zeitpunkt der Entlassung zur Verfügung** stehen (NICE 2015 [2020]). Gemäß Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie dem Expertenstandard Entlassungsmanagement soll spätestens 24 Stunden vor Entlassung **geprüft werden, ob die eingeleiteten Maßnahmen den Bedarfen** der Patientinnen und Patienten entsprechen oder diese ggf. modifiziert werden müssen (BMASGK 2018, DNQP 2019). In der NICE-Leitlinie wird zudem empfohlen, **nach- und weiterversorgende Leistungserbringer und Angehörige**, die Patientinnen und Patienten nach der Entlassung behandeln bzw. unterstützen können, zu **identifizieren** und die Versorgung entsprechend zu organisieren, sodass eine bedarfsgerechte Weiterversorgung sichergestellt werden kann. Zudem sind **Termine bei nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern** zu vereinbaren (NICE 2015 [2020]).

### Entlassgespräch

Spätestens einen Tag vor der Entlassung soll mit Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörigen ein **abschließendes Gespräch** stattfinden, in welchem alle geplanten Maßnahmen für die Zeit nach der Entlassung bestätigt bzw. überprüft werden (BMASGK 2018). Im Expertenstandard Entlassungsmanagement wird empfohlen, **spätestens 24 Stunden vor der Entlassung zu prüfen, ob die Planungen bedarfsgerecht erfolgt sind oder angepasst** werden müssen (DNQP 2019).

### Entlassdokumente

Leitlinien empfehlen, den Patientinnen und Patienten am Tag ihrer Entlassung Dokumente mindestens in Form eines **vorläufigen Entlassbriefs / einer Kurzinformation** oder einer Kopie der Unterlagen für nach- und weiterversorgende Leistungserbringer mitzugeben (NICE 2015 [2020]),

BMASGK 2018). Die Entlassdokumente umfassen gemäß Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement auch eine vorläufige Version des **Pflegeüberleitungsbogens** (BMASGK 2018).

### **Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten**

Im Rahmen der Entlassung aus einer Krankenhausbehandlung ist es wichtig, dass Patientinnen und Patienten von den involvierten Gesundheitsprofessionen als **Individuen wahrgenommen**, respektvoll behandelt und an **Entscheidungen im Entlassprozess beteiligt werden** (NICE 2015 [2020]). Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen sollten **Informationen sowohl schriftlich als auch mündlich** gegeben werden. Dabei sind Informationen entsprechend den Bedürfnissen der Adressaten aufzubereiten (NICE 2015 [2020], DNQP 2019).

### **Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung**

Gemäß Expertenstandard Entlassungsmanagement ist vor der Entlassung die **Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu erheben**; hierbei sollte deren Bereitschaft zur Entlassung sowie Fähigkeiten z. B. im Umgang mit Hilfsmitteln, Medikationsplan oder Einnahme von Medikamenten mit den Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen in den Blick genommen werden (DNQP 2019). Weiterhin soll nach der **Entlassung innerhalb von 24 bis 72 Stunden Kontakt** zu den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen oder der nachversorgenden Einrichtung aufgenommen werden, um zu prüfen, ob eine bedarfsgerechte Entlassung stattgefunden hat. Die Entlassfähigkeit wird somit durch das Krankenhaus evaluiert (DNQP 2019).

### **Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern**

Die Kommunikation mit und insbesondere der **Einbezug der externen Akteure**, die an der Entlassung und der Versorgung der Patientinnen und Patienten beteiligt sind, sollte stets gewährleistet sein, um sicherzustellen, dass der voraussichtliche Entlasstermin und die erforderlichen Maßnahmen umgesetzt werden können (NICE 2015 [2020], DNQP 2019). Den nach- und weiterversorgenden Ärztinnen und Ärzten sollen die **Entlassdokumente innerhalb von 24 Stunden nach der Entlassung zugestellt** werden (NICE 2015 [2020]). Eine **kontinuierliche Versorgung** ist insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen wichtig (NICE 2015 [2020]). Der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfiehlt zudem, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern z. B. von stationären Pflegeeinrichtungen sowie pflegenden Angehörigen **eine Pflegeübergabe** anzubieten (DNQP 2019).

### **Weitere Themen**

- Für Patientinnen und Patienten am Ende ihres Lebens sollte die organisierte Versorgung ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechen (NICE 2015 [2020]).
- Für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen wird empfohlen, Methoden zum Selbstmanagement der Erkrankung anzubieten (NICE 2015 [2020]).

### Ergebnisse der Literaturrecherche nach Publikationen zur Patientenperspektive

Nachfolgend werden die patientenrelevanten Themen dargestellt, die im Rahmen der systematischen Recherche in der Konzeptstudie und der Update-Recherche zur Patientenperspektive identifiziert wurden. Insgesamt wurden 73 Studien eingeschlossen. Davon waren 8 systematische Übersichtsarbeiten, 15 quantitative Primärstudien, 40 qualitative Primärstudien und 10 Mixed-Methods-Studien. 30 eingeschlossene Studien fokussieren die Erfahrungen bzw. die Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen zum Entlassprozess an sich und zum Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung (Allen et al. 2017, Dai et al. 2019, Enlow et al. 2014, Franzon et al. 2018, McCusker et al. 2020, Tverdal et al. 2018, Wright et al. 2017, Allen et al. 2018, Hestevik et al. 2019, Andreasen et al. 2015, Aydon et al. 2018, Bårdsgjerde et al. 2019, Beaton et al. 2019, Berman et al. 2019, Giosa et al. 2014, Gotlib Conn et al. 2018, Lerret et al. 2014, Major et al. 2019, Mitchell et al. 2018, Nielsen et al. 2019, Pugh et al. 2019, Rapport et al. 2019, Rustad et al. 2016, Solan et al. 2015, Zakzesky et al. 2015, Doos et al. 2015, Gaskin et al. 2016, Gaskin 2017, Goldsmith et al. 2018, Gadbois et al. 2019). 11 Studien beschäftigen sich mit den Themen Patientenzentrierung, Beteiligung und Partizipation im Entlassprozess (Lilleheie et al. 2019, Bragstad et al. 2014, Andersen et al. 2017, Backman et al. 2019, Blair et al. 2014, Desai et al. 2016, Dyrstad et al. 2015, Krishnan et al. 2019, Leyenaar et al. 2017, Jones et al. 2017, Kiran et al. 2020). 8 Studien liefern Erkenntnisse zur Patientenperspektive in Bezug auf stationäre Wiederaufnahmen (Blakey et al. 2017, Braet et al. 2016a, Dietrich et al. 2019, Brittan et al. 2015, LeClair et al. 2019, Verhaegh et al. 2019, Amin et al. 2016, Rodriguez et al. 2019). In weiteren 10 Studien wird vornehmlich die Organisation und Evaluation einer lückenlosen Versorgung insbesondere in Hinblick auf Hilfsmittel und Unterstützungsmaßnahmen aus der Sicht von Betroffenen analysiert (Callister et al. 2020, Chenowet et al. 2015, Naylor et al. 2017, Crow 2018, Allum et al. 2018, Backman und Cho-Young 2019, Callans et al. 2016, Keller et al. 2017, Kyte et al. 2019, Storm et al. 2014). Darüber hinaus liefern 7 Studien dezidiert Hinweise auf die Patientenperspektive zum Medikamentenmanagement im Rahmen der Entlassung (Tobiano et al. 2019, Freyer et al. 2016, Lash et al. 2019, Bagge et al. 2014, Bucknall et al. 2019, Daliri et al. 2019, Foulon et al. 2019). 4 Studien adressieren die Themen „Information und Schulung“ aus Sicht von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen (Vollrath et al. 2019, Flink und Ekstedt 2017, Kang et al. 2020, Okrainec et al. 2019). Insgesamt 2 Studien beziehen sich zudem auf die Entlassbereitschaft bzw. die Entlassfähigkeit von Patientinnen und Patienten am Ende ihres Krankenhausaufenthalts (Mabire et al. 2019, Ubbink et al. 2014) und eine weitere Studie adressiert die Patientenperspektive auf das Entlassgespräch (Boge et al. 2019). Detaillierte Angaben zu den Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind darüber hinaus Anhang A.2.4 bis A.2.6 zu entnehmen.

Um der Zielsetzung eines diagnose- und therapieübergreifenden QS-Verfahrens gerecht zu werden, liegt eine besondere Relevanz bei der Literaturanalyse zur Patientenperspektive darin, u. a. alle Altersgruppen unter den entlassenen Patientinnen und Patienten sowie die Perspektive möglichst aller an der Entlassung beteiligten Personengruppen breit in den Blick zu nehmen. Insgesamt beziehen sich 14 Studien auf die Versorgung von Minderjährigen, 24 Studien auf die Versorgung erwachsener Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 65 Jahren sowie 29 Studien explizit auf die Versorgung älterer Menschen über 65 Jahre. In 6 Studien findet sich keine

Angabe zum Altersschwerpunkt. Der überwiegende Teil der hier eingeschlossenen Studien (n = 57) gibt die Perspektive der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen selbst wieder, 14 Studien betrachten die Perspektive von Patientinnen und Patienten/Angehörigen und Leistungserbringern gemeinsam. 2 Studien liefern ergänzende Hinweise ausschließlich aus der Sicht der Leistungserbringer über patientenrelevante Themen.

### **Entlassplanung**

In den Studien zur Patientenperspektive wird deutlich, wie wichtig sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Angehörige eine umfassende Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus ist. Es wird ersichtlich, dass die **Berücksichtigung des individuellen Bedarfs** bei der Entlassplanung für die Betroffenen besonders relevant ist. Demgegenüber weisen mehrere qualitative Studien darauf hin, dass Patientinnen und Patienten den Entlassprozess häufig als übereilt und unstrukturiert erleben und für die Betroffenen kaum Zeit bleibt, Fragen zur Versorgung mit dem Behandlungsteam klären zu können (Kyte et al. 2019, Gadbois et al. 2019, Beaton et al. 2019). Patientinnen und Patienten erleben sich selbst eher in einer passiven Rolle, müssen Informationen und Partizipation aktiv einholen und nehmen die Entlassplanung stärker als einen durch organisatorische Strukturen als einen durch individuelle Präferenzen der Patientinnen und Patienten bestimmten Prozess wahr (Kang et al. 2020, Gotlib Conn et al. 2018). Entscheidend für eine hohe Zufriedenheit mit dem Prozess und der Planung der Entlassung ist einer quantitativen und einer qualitativen Studie (Tverdal et al. 2018, Allen et al. 2018) zufolge zudem die Einbindung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. In mehreren qualitativen Studien (Gadbois et al. 2019, Giosa et al. 2014, Backman und Cho-Young 2019) und Mixed-Methods-Studien (Doos et al. 2015, Kiran et al. 2020) wird die Bedeutung der **Beteiligung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen in die Planung der Entlassung** betont; dies kann beispielsweise die Planung der Medikation oder die Planung von Unterstützungsbedarfen betreffen. Studienübergreifend wird ein Mangel an Einbindung der Betroffenen konstatiert (Callister et al. 2020, Bragstad et al. 2014, Dyrstad et al. 2015). Gleichzeitig weisen Keller et al. (2017) in diesem Kontext in ihrer qualitativen Studie darauf hin, dass sich der Bedarf seitens der Patientinnen und Patienten, in relevante Entscheidungen zur Entlassung miteinbezogen zu werden, unterscheiden kann und daher individuell vom Behandlungsteam zu ermitteln ist. In mehreren Studien wird darüber hinaus auch Bezug auf die Angehörigen der Patientinnen und Patienten genommen. In diesem Zusammenhang wird für Angehörige ein allgemeiner Bedarf nach Informationen zum Entlassprozess formuliert (Dyrstad et al. 2015) sowie die Bedeutung der Einbindung der Perspektive und Bedürfnisse der Betreuenden in den Entlassprozess hervorgehoben, um bei der Planung der Entlassung mögliche Rollen der Betreuung für die Zeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus zu identifizieren (Major et al. 2019).

Im Rahmen der Entlassplanung sollen vor allem die patientenindividuell relevanten **Unterstützungsbedarfe** für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ermittelt werden, um für die Betroffenen eine angemessene poststationäre Versorgung zu gewährleisten. Diesbezüglich wird studienübergreifend jedoch ersichtlich, dass im Rahmen der Entlassplanung der für Patientinnen und Patienten notwendige Unterstützungsbedarf seitens des Krankenhaus häufig nicht aktiv ermittelt wird (Beaton et al. 2019, Keller et al. 2017, Kyte et al. 2019, Mitchell et al. 2018,



Kiran et al. 2020, Chenowet et al. 2015, Okrainec et al. 2019). Vielmehr wird in qualitativen Studien (Backman und Cho-Young 2019, Kyte et al. 2019, Keller et al. 2017, Verhaegh et al. 2019) und systematischen Reviews (Allen et al. 2017) das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten deutlich, im Rahmen der Entlassplanung ihre persönliche Situation in den Blick zu nehmen und beispielsweise Fragen hinsichtlich des Familienstandes und der Fähigkeit der (medizinischen) Selbstversorgung zu Hause mit dem Behandlungsteam zu diskutieren und gemeinsam abzuwägen, ob Unterstützungsmaßnahmen wie Haushaltshilfen, Transporte oder ein ambulanter Pflegedienst für die Zeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich sind. Dabei wird seitens der Patientinnen und Patienten die Notwendigkeit diskutiert, auch die Fähigkeit der Angehörigen, die Betroffenen medizinisch versorgen zu können, bereits bei der Krankenhausaufnahme zu ermitteln, um abzuwägen, ob eine Krankenpflege notwendig ist (Giosa et al. 2014). Wird mit Patientinnen und Patienten die Situation für die Zeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus individuell besprochen, erleben die Betroffenen den Prozess der Entlassplanung als sehr positiv (Major et al. 2019). Der qualitativen Studie von Leyenaar et al. (2017) zufolge stufen auch die befragten Ärztinnen und Ärzte das Ermitteln des individuellen Unterstützungsbedarfs für eine patientensichere poststationäre Versorgung als sehr wichtig ein.

Qualitative Studien (Backman und Cho-Young 2019, Beaton et al. 2019) und ein systematisches Review (Hestevik et al. 2019) zeigen, dass eine **zentrale Ansprechperson** für Patientinnen und Patienten vor allem dann wichtig ist, wenn der Entlassprozess als unkoordiniert und distanziert erlebt wird oder wenn das Personal im Behandlungsteam fluktuiert. Eine solche Ansprechperson kann einerseits alle die Patientin / den Patienten betreffenden Informationen koordinieren und andererseits die Umsetzung der geplanten Maßnahmen im Rahmen der Entlassplanung für die Betroffenen sicherstellen.

Neben den Unterstützungsangeboten sollte im Rahmen der Entlassplanung **gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten** und/oder den Angehörigen der **Entlasstag festgelegt** werden. Dies geht zum einen aus mehreren qualitativen Studien (Backman und Cho-Young 2019, Zakzesky et al. 2015, Rustad et al. 2016, Flink und Ekstedt 2017, Dyrstad et al. 2015) hervor, die konstatieren, dass die Entlassung für Patientinnen und Patienten zum Teil überraschend erfolgte und diesen zuvor weder der konkrete Tag noch die Uhrzeit der geplanten Entlassung mitgeteilt wurde. Zum anderen betonen Kiran et al. (2020) in ihrer Mixed-Methods-Studie, Aydon et al. (2018) mittels qualitativem Design sowie Hestevik et al. (2019) in einer systematischen Übersichtsarbeit explizit, wie wichtig eine **frühzeitige Information über den geplanten Entlasstag** für Patientinnen und Patienten und Angehörige ist. Nicht zu wissen, wann die Entlassung erfolgen soll, verunsichert Patientinnen und Patienten in großem Maße (Hestevik et al. 2019). Für Eltern multimorbider Kinder ist zudem wichtig, über den konkreten Zeitraum der Entlassung vorab informiert zu sein, um administrative und organisatorische Vorkehrungen zu Hause rechtzeitig vorzunehmen (Aydon et al. 2018).

Hilfreich für Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der Festlegung des Entlasstages ist das **Vereinbaren von Entlasszielen**, indem beispielsweise Mobilitätsziele bis zur Entlassung gemeinsam mit dem Behandlungsteam festgelegt werden (Major et al. 2019). Im Rahmen der

Entlassplanung sollte zudem darauf geachtet werden, dass am Entlasstag zeitliche Verzögerungen im Ablauf zu **Wartezeiten** für die Patientinnen und Patienten führen. In qualitativen Studien (Zakzesky et al. 2015, Daliri et al. 2019) und der quantitativen Studien von Wright et al. (2017) wird darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten am Entlasstag lange warten mussten, bis sie nach Hause gehen konnten. Als Gründe hierfür wurden das Warten auf Testergebnisse, das Warten auf Medikamente oder das Warten auf den Krankentransport aufgeführt (Wright et al. 2017). Diese Situation wurde von den Betroffenen als besonders negativ erlebt, wenn sie außerhalb des Patientenzimmers auf dem Flur warten mussten (Wright et al. 2017). In der Konsequenz der langen Wartezeiten in Bezug auf ihre Medikamente erlebten Patientinnen und Patienten in der qualitativen Studie von Daliri et al. (2019) Frustration und zogen sogar das Verlassen des Krankenhauses ohne die verordneten Medikamente in Erwägung.

### **Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung**

In mehreren Studien konnte festgestellt werden, dass der Großteil der befragten Patientinnen und Patienten den Entlassprozess als übereilt und hektisch erlebt und sich nur geringfügig auf den individuellen poststationären Versorgungsbedarf vorbereitet fühlt (Gadbois et al. 2019, Wright et al. 2017, Hestevik et al. 2019). In diesem Zusammenhang weisen Wright et al. (2017) in ihrer quantitativen Studie darauf hin, dass zwar 74 % der befragten Patientinnen und Patienten (n = 104) der Entlassprozess erklärt wurde; jedoch nur 54 % der Befragten die Angabe machten, gut auf ihre Entlassung vorbereitet gewesen zu sein, und in den Entlassprozess eingebunden wurden. Damit Patientinnen und Patienten gut auf die Entlassung und die Zeit danach vorbereitet sind, benötigen Patientinnen und Patienten wie Angehörige qualitativen Studien zufolge **Informationen über den Grund der stationären Behandlung** bzw. über die Diagnose (Nielsen et al. 2019, Mitchell et al. 2018, Allen et al. 2018). Zudem sind in diesem Zusammenhang **Informationen über die Symptome und die Dauer des Genesungsprozesses** für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige laut qualitativen Studien (Desai et al. 2016, Allum et al. 2018), quantitativen Studien (Crow 2018, McCusker et al. 2020, Enlow et al. 2014), einem systematischen Review (Blakey et al. 2017) sowie Mixed-Methods-Studien (Jones et al. 2017, Goldsmith et al. 2018) wichtig. Dabei sind konkrete Informationen über erwartbare Schmerzen (Goldsmith et al. 2018), erwartbare Symptome (Blakey et al. 2017) sowie über die möglichen psychischen und physischen Folgen der Erkrankung (Enlow et al. 2014, Desai et al. 2016, Crow 2018) bedeutsam. Patientinnen und Patienten können so mögliche Auswirkungen der Erkrankung antizipieren und nach der Entlassung entsprechend reagieren. Demgegenüber verweist die Studienlage auf eine mangelnde Information von Patientinnen und Patienten und Angehörigen über die Diagnose und den **Heilungsverlauf** nach Entlassung aus dem Krankenhaus (Andreasen et al. 2015, Doos et al. 2015, Allen et al. 2018).

Patientinnen und Patienten benötigen zudem Informationen über die im Krankenhaus durchgeführten Behandlungen, um Entscheidungen zur Entlassung nachvollziehen und informiert beeinflussen zu können (Aydon et al. 2018). In ihrem systematischen Review stellen Blakey et al. (2017) jedoch heraus, dass Patientinnen und Patienten keine Informationen über die **im Krankenhaus durchgeführten Behandlungen** erhalten haben; selbst dann nicht, wenn Behandlungspfade verändert wurden. Dabei erleben Patientinnen und Patienten den Prozess der Entlassung

insgesamt positiver, wenn sie auch in die Koordination ihrer stationären Behandlungen eingebunden werden (Tverdal et al. 2018).

Neben der Information über Behandlungen, die im Krankenhaus durchgeführt wurden, ist es für die Betroffenen ebenso wichtig zu erfahren, wie es für sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weitergeht und welche **weiterführenden Behandlungen** für sie vorgesehen sind (Nielsen et al. 2019). Deutlich wird jedoch in systematischen Reviews und Mixed-Methods-Studien, dass sowohl Patientinnen und Patienten als auch deren Angehörige Informationen zu weiterführenden Behandlungen nach Entlassung aus dem Krankenhaus vermisst haben (McCusker et al. 2020, Hestevik et al. 2019, Blakey et al. 2017). Zudem weisen qualitative Studien (Pugh et al. 2019, Krishnan et al. 2019, Keller et al. 2017, Allum et al. 2018), quantitative Studien (Crow 2018) und ein systematisches Review (Callister et al. 2020) auf den Bedarf nach Informationen über weitere **Unterstützungsangebote** wie z. B. eine psychologische Beratung, Selbsthilfegruppen oder Unterstützungen bei der Bewältigung alltäglicher Wege hin. Gerade in Bezug auf die psychologische Betreuung bzw. psychologische Unterstützung nach Entlassung aus dem Krankenhaus wurde der Bedarf der befragten Patientinnen und Patienten und Angehörigen nach mehr Beratung im Prozess der Entlassplanung deutlich (Gotlib Conn et al. 2018, Desai et al. 2016, Blair et al. 2014, Berman et al. 2019, Freyer et al. 2016, Andreasen et al. 2015, Callister et al. 2020).

Für den Fall von Komplikationen nach Entlassung aus dem Krankenhaus ist für die Betroffenen die Nennung **einer konkreten Ansprechperson bzw. von deren Kontaktdaten** von Relevanz. Dies zeigen qualitative Studien (Keller et al. 2017, Desai et al. 2016, Blair et al. 2014, Berman et al. 2019, Lerret et al. 2014), eine quantitative Studie (McCusker et al. 2020), eine Mixed-Methods-Studie (Gaskin 2017) und ein systematisches Review (Callister et al. 2020). Eine allgemeine Information, sich bei Komplikationen an die Notfallambulanz zu wenden, wird von den Patientinnen und Patienten als wenig hilfreich wahrgenommen, insbesondere dann, wenn die Patientinnen und Patienten nicht in der Lage sind, alleine in die Ambulanz zu fahren (Kang et al. 2020). In der Mixed-Methods-Studie von Jones et al. (2017) erhielt der Großteil der befragten Patientinnen und Patienten konkrete Informationen zu Ansprechpersonen im Krankenhaus, wie z. B. die Ambulanz, die behandelnde Chirurgin bzw. der behandelnde Chirurg oder die Operationspflegekraft. In der Mixed-Methods-Studie von Doos et al. (2015) zeigte sich jedoch, dass die Patientinnen und Patienten keine Informationen erhielten, wen sie bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes kontaktieren können. In diesem Zusammenhang weisen Leyenaar et al. (2017) in ihrer qualitativen Studie darauf hin, dass auch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte es als wichtig erachten, Patientinnen und Patienten eine für den Bedarf jederzeit „offene Tür“ zu vermitteln.

### **Information und Aufklärung zur Medikation**

Studienübergreifend wird deutlich, dass für Patientinnen und Patienten sowie für deren Angehörige Informationen zur Medikation für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sehr wichtig sind. Insbesondere Fragen zu den **Einnahmeregeln** und zur **Notwendigkeit** der Medikamenteneinnahme – also *welche* Medikamente *wie oft* und *wofür* eingenommen werden müssen – stehen qualitativen Studien (Bucknall et al. 2019, Lerret et al. 2014) und einer quantitativen

Studie (Wright et al. 2017) zufolge für die Betroffenen im Vordergrund. Ebenso relevant sind für Patientinnen und Patienten Informationen über die **Nebenwirkungen** der einzunehmenden Medikamente und über deren mögliche **Wechselwirkungen** mit anderen Medikamenten oder Nahrungsmitteln. Dies konstatieren sowohl qualitative Studien (Lerret et al. 2014, Daliri et al. 2019, Blair et al. 2014, Bårdsgjerde et al. 2019, Allen et al. 2018) als auch eine quantitative Studie (Wright et al. 2017). Patientinnen und Patienten sollen die Einnahme von Medikamenten nach Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig durchführen können (Tobiano et al. 2019). Im Rahmen einer Umstellung der Medikation während des Krankenhausaufenthalts sind für Patientinnen und Patienten laut qualitativen Studien neben den Informationen über die veränderten Einnahmeregeln vor allem auch Informationen über den Grund der Umstellung wichtig (Bagge et al. 2014, Allen et al. 2018). In diesem Zusammenhang weisen Tobiano et al. (2019) in ihrem systematischen Review auch auf das Bedürfnis von Patientinnen und Patienten nach einer phasenübergreifenden Information über die Medikation, beginnend mit der Aufnahme in der Notaufnahme und endend mit der Entlassung aus dem Krankenhaus, hin.

Sind Patientinnen und Patienten bei der Einnahme der Medikamente auf die Unterstützung Dritter nach der Entlassung aus dem Krankenhaus angewiesen, ist es für die Patientinnen und Patienten umso wichtiger, dass Angehörige in die Medikationsplanung miteingebunden werden (Bucknall et al. 2019). Ähnlich stellen auch Chenowet et al. (2015) in ihrem systematischen Review heraus, dass insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten deren Angehörige über die Notwendigkeit, Wirksamkeit und **Wechselwirkungen der Medikamente** seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte informiert werden sollten. Unabhängig von der Fähigkeit der Selbstversorgung der Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus wird das Mitgeben von **Medikamentenlisten** von den Betroffenen in qualitativen Studien als hilfreich für das Verständnis und für die Einnahme der verordneten Medikation bewertet (Verhaegh et al. 2019, Daliri et al. 2019).

Mehrere Studien verdeutlichen, dass Patientinnen und Patienten unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich der Information und Aufklärung über die Medikation im Rahmen des Entlassmanagements machen. So wird in der quantitativen Studie von Boge et al. (2019) und in systematischen Reviews (Tobiano et al. 2019, Hestevik et al. 2019) auf eine unzureichende Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten über den Nutzen und die Nebenwirkungen ihrer Medikamente im Krankenhaus hingewiesen. Auch qualitative Studien beschreiben ein Informationsdefizit seitens der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Entlassmedikation und weisen auf das Bedürfnis nach mehr Informationen für die Zeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus hin (Verhaegh et al. 2019, Gadbois et al. 2019, Krishnan et al. 2019). Im Ergebnis gewinnen die Patientinnen und Patienten kein umfassendes Verständnis und Wissen über ihre einzunehmenden Medikamente (Okraïnec et al. 2019, Foulon et al. 2019, Andreasen et al. 2015) und sind mit Blick auf die Einnahme der Medikamente nach Entlassung aus dem Krankenhaus verunsichert (Beaton et al. 2019). Sowohl im systematischen Review von Hestevik et al. (2019) als auch in der qualitativen Studie von Foulon et al. (2019) erhalten nicht alle Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus einen Medikationsplan, gleichwohl sie diesen für die Unterstützung zur Einnahme der Entlassmedikation als relevant ansehen.

## Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

Für die Vorbereitung der Entlassung sind krankheits- bzw. gesundheitsbezogene Informationen wichtig, sodass Patientinnen und Patienten oder ggf. Angehörige nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eigenverantwortlich die **medizinische (Selbst)-Versorgung** übernehmen können (Allen et al. 2018, Callister et al. 2020, Naylor et al. 2017, Dai et al. 2019, Crow 2018, Jones et al. 2017, Leyenaar et al. 2017, Desai et al. 2016, Gaskin 2017, Amin et al. 2016). Je nach Diagnose und Alter haben die Betroffenen unterschiedliche Anforderungen an Informationen bzw. Schulungen. So ist für ältere Patientinnen und Patienten und deren Angehörige einem systematischen Review zufolge die Unterstützung seitens des Krankenhauses in der körperlichen Mobilisierung und Aufrechterhaltung der mentalen Fähigkeiten für die Bewältigung des Alltags nach Entlassung aus dem Krankenhaus besonders wichtig (Allen et al. 2017). Darüber hinaus wird in verschiedenen qualitativen und quantitativen Studien sowie Mixed-Methods-Studien der Bedarf der Betroffenen nach spezifischen, entsprechend am individuellen Gesundheitszustand orientiert angepassten Informationen zu **Regeln für das Verhalten im Alltag** (Kiran et al. 2020, Blair et al. 2014) und einer **gesundheitsfördernden Lebensführung** (Bårdsgjerde et al. 2019, Crow 2018, Callister et al. 2020), sowie **Hinweise zur Anwendung von Hilfsmitteln** (Jones et al. 2017, Brittan et al. 2015) und **Informationen über Komplikationen** (Braet et al. 2016b, Franzon et al. 2018, McCusker et al. 2020, Kiran et al. 2020, Gaskin 2017, Doos et al. 2015, Backman et al. 2019, Kyte et al. 2019, Pugh et al. 2019, Solan et al. 2015, Mitchell et al. 2018, Kang et al. 2020, Blair et al. 2014) hervorgehoben. Hierzu zählen beispielsweise das Einüben des Blutdruckmessens, konkrete Informationen zu körperlichen Aktivitäten (Callister et al. 2020) oder spezifische Instruktionen für Notfallsituationen, z. B. bei Atemnot (Flink und Ekstedt 2017). Durch **Informationen, die dabei am individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten sowie an deren sozialer Situation ausgerichtet** sind, werden Pauschalempfehlungen vermieden (Bårdsgjerde et al. 2019). Dies wird von den Betroffenen sehr geschätzt (Callans et al. 2016, Aydon et al. 2018). Vollrath et al. (2019) zeigen in ihrer Interventionsstudie zur Verbesserung der Säuglingsernährung, dass standardisierte Schulungen im Krankenhaus zur Zubereitung der Säuglingsnahrung die Mischgenauigkeit nach der Entlassung verbessern, was wiederum zu einer verminderten Wiederaufnahme führt.

In den Studien wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten (und deren Angehörigen) unterschiedliche Erfahrungen mit Schulungen im Krankenhaus gemacht haben. Einerseits bewerten die befragten Patientinnen und Patienten ihre Vorbereitung auf die Zeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus in den quantitativen Studien von Mabire et al. (2019), Boge et al. (2019) und der qualitativen Studie von Callans et al. (2016) positiv. Andererseits weisen die systematischen Reviews von (Callister et al. 2020, Allen et al. 2017), sowie weitere quantitative, qualitative sowie Mixed-Methods-Studien (Kang et al. 2020, Backman et al. 2019, Giosa et al. 2014, Gotlib Conn et al. 2018, Dai et al. 2019) entweder auf das vollständige Fehlen oder einen allgemeinen Verbesserungsbedarf von Schulungen mit Blick auf die Zeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus hin. Es zeigt sich zudem, dass vor allem die am individuellen Bedarf orientierten Informationen und Schulungen bspw. zum Gebrauch bzw. der Anwendung von Hilfsmitteln oder dem Verhalten bei Komplikationen von den Patientinnen und Patienten und Angehörigen vermisst werden (Jones et al. 2017, Kang et al. 2020, Krishnan et al. 2019, Berman et al. 2019). So wurden

Patientinnen und Patienten z. B. nicht über mögliche Komplikationen oder Schwierigkeiten im Prozess der Genesung informiert (Allum et al. 2018).

### **Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

Studienübergreifend wird ersichtlich, dass die lückenlose ambulante Weiterversorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige sehr wichtig ist (Naylor et al. 2017, Backman et al. 2019, Backman und Cho-Young 2019, Nielsen et al. 2019). Darunter gefasst sind alle die für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus verordneten Maßnahmen und Leistungen, die innerhalb eines vorab definierten Zeitraums, die Bewältigung des Alltags für die Betroffenen sicherstellen. Hierzu zählen bspw. Arzneimittel, weiterführende medizinische Behandlungen bei Hausärztinnen und Hausärzten oder Fachärztinnen und Fachärzten, Heil- und Hilfsmittel oder Unterstützungen durch Dritte zu Hause. Insgesamt lassen sich auch hier vielfältige Verbesserungspotenziale erkennen (Tverdal et al. 2018).

In systematischen Reviews, Mixed-Methods-Studien und qualitativen Studien zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten in eine noch nicht auf die neue Situation angepasste häusliche Umgebung entlassen werden und entsprechende **Hilfsmittel**, wie Toilettenstützen, Duschhocker, Waagen, Bettpfannen oder Gehhilfen fehlen (Hestevik et al. 2019, Kiran et al. 2020, Andreasen et al. 2015, Kyte et al. 2019). Darüber hinaus bleibt für Patientinnen und Patienten noch am Tag der Entlassung die **Organisation einer Haushaltshilfe** unklar (Blakey et al. 2017, Kiran et al. 2020). In diesem Zusammenhang wird in einer qualitativen Studie und einer Mixed-Methods-Studie auf das Fehlen von **Verordnungen für eine häusliche Krankenpflege** (Keller et al. 2017), oder auf die verzögerte Bereitstellung der vorab im Rahmen der Entlassplanung veranlassten Leistungen wie beispielsweise eine Krankenpflege oder Haushaltshilfe hingewiesen (Kiran et al. 2020).

Kiran et al. (2020) weisen zudem in ihrer Mixed-Methods-Studie darauf hin, dass für Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung keine Termine mit weiterführenden **ambulanten Ärztinnen und Ärzten** vereinbart wurden oder Kontaktdaten der weiterversorgenden Leistungserbringer nicht weitergegeben wurden. In der Folge müssen Patientinnen und Patienten sehr lange auf einen **Anschlussstermin** bei der **ambulanten Hausärztin bzw. dem ambulanten Hausarzt oder bei der Physiotherapie** warten, wodurch eine lückenlose Weiterversorgung nicht gewährleistet wird (Blakey et al. 2017, Kiran et al. 2020). Darüber hinaus beschreiben Kang et al. (2020) Situationen, in denen entweder Überweisungen für Termine bei weiterversorgenden Fachärztinnen und Fachärzten völlig fehlten oder mit falschen Daten versehen waren.

In Mixed-Methods-Studien, quantitativen und qualitativen Studien wird auf unterschiedliche Erfahrungen der Patientinnen und Patienten und Angehörigen hinsichtlich der Bereitstellung der **Entlassmedikation** hingewiesen. So waren Amin et al. (2016) zufolge die befragten Eltern mit der Mitgabe der Rezepte zufrieden, die sie in allen naheliegenden Apotheken einlösen konnten. Dai et al. (2019), Foulon et al. (2019) weisen in ihren Mixed-Methods bzw. qualitativen Studien auf eine unzureichende Menge an mitgegebenen Medikamenten hin. In der Folge lief die Entlassmedikation aus, bevor die Patientinnen und Patienten einen Anschlussstermin beim weiterversorgenden Leistungserbringer vereinbaren konnten. In diesem Zusammenhang heben die

Autorinnen und Autoren hervor, dass eine fehlende Terminierung von Arztbesuchen und die unzureichende Menge an mitgegebenen Medikamenten seitens des Krankenhauses besonders dringlich wird, wenn Patientinnen und Patienten an einem Freitag entlassen werden (Foulon et al. 2019). Kiran et al. (2020) konstatieren in ihrer Mixed-Methods-Studie eine nicht auf den Patientenbedarf abgestimmte Entlassmedikation, die in der Dosis entweder zu stark oder unzureichend verordnet wurde.

### Entlassgespräch

Wie wichtig ein abschließendes Gespräch zur Entlassung ist, das in **ruhiger Atmosphäre** stattfindet und in dem Patientinnen und Patienten und Angehörige offene Fragen klären können, zeigen sowohl qualitative Studien, systematische Reviews als auch Mixed-Methods-Studien. So wird studienübergreifend deutlich hervorgehoben, dass im Klinikalltag für Patientinnen und Patienten und Angehörige wenig Zeit bleibt, mit den Ärztinnen und Ärzten oder dem Pflegepersonal wichtige Fragen zu besprechen; die Kommunikation mit dem Behandlungsteam wird daher von Patientinnen und Patienten oftmals übereilt wahrgenommen. Die Studien zeigen zudem, dass das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten wie auch der Angehörigen nach Ruhe und Zeit für Gespräche nicht erfüllt wird (Allum et al. 2018, Bucknall et al. 2019, Freyer et al. 2016, Blakey et al. 2017). Die Studien von Brittan et al. (2015), Kang et al. (2020), Kiran et al. (2020) verdeutlichen, dass auch seitens der Leistungserbringer die Relevanz der gemeinsamen Klärung von Fragen betont wird.

Boge et al. (2019) stellen in ihrer quantitativen Studie den Nutzen eines Entlassgesprächs für Patientinnen und Patienten heraus und zeigen auf, dass 74 % der befragten Patientinnen und Patienten (n = 487), mit denen ein Entlassgespräch vor Entlassung aus dem Krankenhaus geführt wurde, den gesamten Krankenhausaufenthalt – einschließlich der Kommunikation und Interaktion mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal wie auch den Informationsstatus zum individuellen Gesundheitszustand – deutlich positiver bewerteten als Patientinnen und Patienten, mit denen kein Entlassgespräch geführt wurde.

Demgegenüber weisen Rustad et al. (2016) in ihrer qualitativen Studie auf den Umstand hin, dass mit kaum einer der befragten Patientinnen oder Patienten über deren Entlassung innerhalb eines formellen Rahmens gesprochen wurde. In diesem Zusammenhang verweisen Flink und Ekstedt (2017) in ihrer qualitativen Studie auf die unterschiedliche Ausgestaltung von Entlassgesprächen hin, die sowohl in ihrer Dauer als auch in ihrem Informationsgehalt stark von den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen wie auch vom institutionellen Setting des Krankenhauses abhängig sein können. In diesem Zusammenhang wird die Relevanz einer **patientenzentrierten Kommunikation und Interaktion** deutlich, die sich vor allem durch einen sensiblen und auf die individuelle Patientin bzw. den individuellen Patienten ausgerichteten Umgang kennzeichnet. Ziel und Zweck eines abschließenden Gesprächs vor der Entlassung aus dem Krankenhaus sollte sein, alle notwendigen, auf die ambulante Weiterbehandlung bezogenen Informationen sicherzustellen und für die Betroffenen wichtige Themen und Fragen besprechen zu können (Flink und Ekstedt 2017).

## Entlassdokumente

Aus mehreren Studien geht hervor, dass das Bereitstellen von Entlassdokumenten für Patientinnen und Patienten wichtig ist, jedoch in den einzelnen Krankenhäusern unterschiedlich gehandhabt wird und teilweise nicht erfolgt. In der Mixed-Methods-Studie von Kiran et al. (2020), der systematischen Übersichtsarbeit von Chenowet et al. (2015) sowie in den qualitativen Studien von Desai et al. (2016) und Verhaegh et al. (2019) wird aufgezeigt, dass die **Mitgabe von Unterlagen zum Krankenhausaufenthalt**, in denen Informationen zur Diagnose, Behandlung, Nachsorgebehandlungen und Kontaktdaten sowie ein Medikationsplan aufgeführt sind, von Patientinnen und Patienten als sehr hilfreich eingeschätzt wird. Sowohl in der quantitativen Studie von Dai et al. (2019), in der Mixed-Methods Studie von Doos et al. (2015) als auch in der qualitativen Studie von Dyrstad et al. (2015) wird aufgezeigt, dass zum Zeitpunkt der Entlassung nicht allen Patientinnen und Patienten ein **Entlassbrief** mitgegeben wird.

## Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten

Für den Prozess der Entlassung ist eine patientenzentrierte Kommunikation und Interaktion, die auf einen Dialog zwischen dem Behandlungsteam und Patientinnen und Patienten wie auch Angehörigen ausgerichtet ist, bedeutend (Rapport et al. 2019, Allen et al. 2018). Erleben Patientinnen und Patienten eine partnerschaftliche Entlassplanung, in der sie ihre eigenen Wünsche entwickeln und einbringen können, wirkt sich dies unterstützend auf die Selbstständigkeit der Betroffenen nach Entlassung aus dem Krankenhaus aus (Allen et al. 2018). Insbesondere ein **persönlicher** und auf die individuelle Patientin bzw. den individuellen Patienten ausgerichteter **Umgang** ist laut qualitativen und quantitativen Studien sowie einem Review für die Betroffenen im Rahmen ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus wichtig (Allen et al. 2018, Mitchell et al. 2018, Kang et al. 2020, McCusker et al. 2020, Lilleheie et al. 2019). In systematischen Reviews wird darauf hingewiesen, dass sich Patientinnen und Patienten eine Kommunikation auf Augenhöhe wünschen, in deren Rahmen einander zugehört wird und **gemeinsame Entscheidungen** ermöglicht werden (Lilleheie et al. 2019, Tobiano et al. 2019). Zwei quantitative Studien weisen auf die unterschiedlichen Erfahrungen von Patientinnen und Patienten und Angehörigen hinsichtlich des Umgangs mit dem Behandlungsteam hin (Bragstad et al. 2014, Dai et al. 2019). So berichten die Betroffenen teilweise von Situationen, die sie als respektlos, unhöflich und distanziert erlebt haben (Dai et al. 2019).

Zu einem persönlichen Umgang gehört für Patientinnen und Patienten die namentliche Vorstellung seitens der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte (Allen et al. 2018, Mitchell et al. 2018, Rapport et al. 2019). Das persönliche Vorstellen wird für Patientinnen und Patienten wie auch Angehörige vor allem vor dem Hintergrund der sich stets ändernden personellen Besetzung im Behandlungsteam als dringlich bewertet. Bleibt das persönliche Gespräch zwischen Betroffenen und Behandelnden aus, wissen Patientinnen und Patienten und Angehörige oftmals nicht, an wen sie sich bei medizinischen Fragen wenden sollen (Allen et al. 2018, Verhaegh et al. 2019, Aydon et al. 2018). Ein permanenter **Wechsel der zuständigen Ärztinnen und Ärzte und des Pflegepersonals** erschwert für die Betroffenen eine koordinierte und aufeinander abgestimmte Entlassplanung (Allen et al. 2017). Zudem finden sich in mehreren Studien



Hinweise, dass Patientinnen und Patienten besonders verunsichert sind, wenn sich mit der personellen Besetzung zusätzlich die auf die Entlassung bezogenen Informationen verändern, z. B. hinsichtlich der Entlassmedikation, des Entlasstages oder der Diagnose (Aydon et al. 2018, Gotlib Conn et al. 2018, LeClair et al. 2019, Solan et al. 2015, Wright et al. 2017, Ubbink et al. 2014). In diesem Zusammenhang wird eine **widerspruchsfreie und aufeinander abgestimmte Kommunikation im Behandlungsteam** als essentiell für eine koordinierte Versorgung von Patientinnen und Patienten in qualitativen Studien (Aydon et al. 2018, Gotlib Conn et al. 2018, LeClair et al. 2019, Solan et al. 2015), einer quantitativen Studien (Wright et al. 2017) und einer Mixed-Methods-Studie (Doos et al. 2015) hervorgehoben. Umso wichtiger ist es für Patientinnen und Patienten, spätestens im Rahmen des Entlassgesprächs die Möglichkeit zu haben, individuell relevante Themen anzusprechen und offene Fragen zu klären (Allum et al. 2018); idealerweise kann dies mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt am Entlasstag erfolgen (Kiran et al. 2020, Verhaegh et al. 2019). Können Patientinnen und Patienten im Rahmen einer **geschützten Gesprächsatmosphäre** gemeinsam mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt Fragen zum Entlassprozess besprechen, wirkt sich dies nicht zuletzt positiv auf die Zeit nach Entlassung aus, da mögliche **Unsicherheiten und Ängste reduziert** werden können (Backman und Cho-Young 2019, Kang et al. 2020, Zakzesky et al. 2015, Tobiano et al. 2019, Blakey et al. 2017, Allen et al. 2017, Berman et al. 2019).

Neben der Ausgestaltung der Gesprächsatmosphäre ist im Rahmen einer patientenzentrierten Kommunikation die Vermittlung von Informationen ein zentraler Gegenstand, die insbesondere dann wichtig wird, wenn Informationen erst nach dem Krankenhausaufenthalt relevant werden. Patientinnen und Patienten wie auch Angehörige präferieren qualitativen Studien zufolge Informationen, die in einer **einfachen und klar verständlichen Sprache** seitens der Ärztinnen und Ärzte und der Pflegefachkräfte vermittelt werden (Verhaegh et al. 2019, Andersen et al. 2017). Das Vermeiden von Fachtermini und die Verwendung von einfachen Satzstrukturen wird auch für die schriftlichen Informationen, die als gute Ergänzung zur mündlichen Information angesehen werden (Backman und Cho-Young 2019), als wichtig erachtet (Rustad et al. 2016, Kang et al. 2020, Dyrstad et al. 2015, Bårdsgjerde et al. 2019). Darüber hinaus beschreiben Okrainec et al. (2019) in ihrer qualitativen Studie und Enlow et al. (2014) in ihrer quantitativen Studie die Notwendigkeit, bei Bedarf dolmetschende Personen wie bspw. professionelle **Dolmetscherinnen und Dolmetscher** oder andere Personen aus dem Krankenhaus hinzuzuziehen. Sowohl Kiran et al. (2020) als auch LeClair et al. (2019) finden in ihren Studien Hinweise, dass Sprachbarrieren der Patientinnen und Patienten insbesondere dann relevant werden, wenn neben Verständigungsschwierigkeiten bei mündlichen Informationen auch die schriftlichen Informationen nicht in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen.

Unabhängig von der Art und Weise der Informationsvermittlung wird in qualitativen Studien auf die Bedeutung des **Sicherstellens des Verstehens der Informationen** bei den Patientinnen und Patienten hingewiesen. Sowohl die befragten Patientinnen und Patienten als auch Leistungserbringer erachten es als sinnvoll und notwendig, seitens des Krankenhauses das Verständnis der Informationen bei den Betroffenen zu bewerten und sicherzustellen (Backman et al. 2019, Brittan et al. 2015, Flink und Ekstedt 2017, Dyrstad et al. 2015). Hierfür können unterschiedliche

Strategien, wie z. B. das Einsetzen von visuellen Darstellungen zur Unterstützung der mündlichen Information sowie die schrittweise Vermittlung von Informationen, genutzt werden (Flink und Ekstedt 2017, Solan et al. 2015). Die zeitgerechte Vermittlung von Informationen thematisieren Giosa et al. (2014) in ihrer qualitativen Studie, in der sie aufzeigen, dass auch Angehörige nicht alle den Entlassprozess betreffenden Informationen gleichzeitig verarbeiten können, und dafür plädieren, Informationen über den gesamten Krankenhausaufenthalt hinweg langsam, den Situationen entsprechend zu vermitteln. Darüber hinaus sollten Ärztinnen und Ärzten sowie die Pflegefachkräfte im Gespräch den mentalen und physischen Zustand der Patientinnen und Patienten berücksichtigen und Sorge tragen, dass die Betroffenen in der Lage sind, überhaupt Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten und zu verstehen (Nielsen et al. 2019, Daliri et al. 2019, Chenowet et al. 2015). Werden Informationen patientennah vermittelt und wird das Verständnis der Inhalte bei den Patientinnen und Patienten vor der Entlassung aus dem Krankenhaus sichergestellt, können unter Umständen der Mixed-Methods-Studie von Rodriguez et al. (2019) zufolge stationäre Wiederaufnahmen vermieden werden.

### **Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung**

Verschiedene Studien zur Patientenperspektive stellen fest, dass das **Überprüfen und Sicherstellen der körperlichen, mentalen und sozialen Entlassfähigkeit** der Patientinnen und Patienten sowohl zum Zeitpunkt der Entlassung als auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und auch von den Leistungserbringern als sehr wichtig erachtet wird. Es finden sich jedoch Hinweise, dass dies nicht umfassend durchgeführt wird und ein Abgleich zwischen der Perspektive der Betroffenen und der Perspektive des Behandlungsteams nicht immer erfolgt. In der Mixed-Methods-Studie von Amin et al. (2016) wird beispielsweise gezeigt, dass für Eltern die Sicherstellung der körperlichen Entlassfähigkeit ihrer Kinder durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sehr wichtig ist, aus Sicht der Eltern aber im Einzelfall sorgsamer hätte erfolgen können. Ein ähnliches Bild ergibt sich aus den qualitativen Studien von Backman et al. (2019) und Brittan et al. (2015); auch hier haben sich die befragten Eltern in Bezug auf die stationären Wiederaufnahmen ihrer Kinder nach Entlassung aus dem Krankenhaus eine bessere Sicherstellung der körperlichen Entlassfähigkeit seitens des Behandlungsteams im Krankenhaus gewünscht. Für die Eltern war beispielsweise das völlige Verschwinden von Symptomen vor Entlassung aus dem Krankenhaus ein entscheidendes Kriterium für die körperliche Entlassfähigkeit (Brittan et al. 2015). Gadbois et al. (2019) beleuchten in ihrer qualitativen Studie die Perspektive von Leistungserbringern hinsichtlich der körperlichen und mentalen Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten und zeigen auf, dass dieses Kriterium für die Entlassung aus dem Krankenhaus oftmals zugunsten von anderen Kriterien struktureller Art (z. B. Bettenknappheit) in den Hintergrund rückt. Hinweise aus der Literatur zu patientenrelevanten Themen bezüglich der subjektiven Entlassbereitschaft sowie dem Zusammenhang zwischen Entlassmanagement und ungeplanten Wiederaufnahmen sowie ambulanten Notfallkontakten werden im Abschnitt „Ergebnisse der ergänzenden Recherche nach Publikationen zu ausgewählten Parametern der Ergebnisqualität des Entlassmanagements“ dargestellt.

Unabhängig von der Sicherstellung der Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten vor Entlassung aus dem Krankenhaus, wird in quantitativen Studien ein **Follow-up** seitens des Krankenhauses von den Betroffenen als sehr positiv bewertet (Dai et al. 2019, Enlow et al. 2014).

### **Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern**

Studienübergreifend wird zunächst deutlich, dass die Kommunikation bzw. Informationsweitergabe zwischen den stationär und ambulant tätigen Leistungserbringern aus der Sicht der Patientinnen und Patienten hauptsächlich über die Entlassdokumente geschieht. Qualitative Studien (Backman et al. 2019, Backman und Cho-Young 2019, Desai et al. 2016, Keller et al. 2017, Major et al. 2019) sowie eine Mixed-Methods-Studie (Gaskin et al. 2016) weisen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten eine schriftliche Zusammenfassung über den Krankenhausaufenthalt einschließlich Informationen über empfohlene bzw. bereits eingeleitete Schritte zur ambulanten Weiterversorgung sowie Hinweise zu Medikation als sehr wichtig erachten. Weitere qualitative Studien zeigen in diesem Kontext, dass es insbesondere Defizite bezüglich der sektorenübergreifenden Informationsweitergabe zur Medikation gibt (Daliri et al. 2019, Foulon et al. 2019, Nielsen et al. 2019, Rustad et al. 2016). Studien unterschiedlichen Designs – Braet et al. (2016b) (quantitativ), Chenowet et al. (2015) (systematisches Review), Kiran et al. (2020) (Mixed Methods) sowie Rapport et al. (2019) (qualitativ) – weisen darüber hinaus darauf hin, dass auch die Weitergabe eines Entlassbriefs an die weiterversorgenden Leistungserbringer nicht flächendeckend gewährleistet ist.

### **Weitere Themen**

- Inkonsistenzen bzw. unvollständige Informationen hinsichtlich der Diagnose, des Gesundheitszustands oder der sozialen Situation der Betroffenen im Entlassbrief (Chenowet et al. 2015, Storm et al. 2014)
- Inkonsistenzen zwischen mündlichen Informationen während des Entlassprozesses hinsichtlich des Gesundheitszustands und den schriftlichen Informationen im Entlassbrief (Major et al. 2019)

### **Ergebnisse der Literaturrecherche nach Publikationen zur Versorgungssituation in Deutschland**

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur Versorgungssituation und Versorgungspraxis von Patientinnen und Patienten in Deutschland, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden, beschrieben. 8 der insgesamt 20 Studien zur Versorgungssituation untersuchen die Verordnung von Medikamenten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung und nehmen dabei Veränderungen der Medikation bzw. Medikationsfehler in den Blick (Cortejoso et al. 2016, Greiβing et al. 2016, Gröber-Grätz et al. 2014, Hahn et al. 2018, Herrmann et al. 2015, Hohmann et al. 2014, Morath et al. 2019, Tetzlaff et al. 2018). 3 Studien beschäftigen sich mit dem Wissen der Patientinnen und Patienten zu den verordneten Medikamenten (Custodis et al. 2016, Freyer et al. 2016, Tezcan-Güntekin 2017). Jeweils 3 weitere Studien adressieren die Identifizierung und Bewertung von Risiken und Problemen im Entlassprozess (Dräger 2016, Lang et al. 2019, Schönemann-Gieck et al. 2018) sowie den Zusammenhang zwischen Strukturen und Prozessen

im Entlassprozess (Nowak et al. 2021, Saal et al. 2019, Thoma und Waite 2018). Eine Publikation analysierte die Übergangsraten zwischen der stationären und ambulanten Versorgung (Bauer et al. 2014) und eine weitere Arbeit fokussiert auf die Wirksamkeit von Kommunikationswegen zwischen der stationären und ambulanten Versorgung (Burian et al. 2016).

Hinsichtlich des Studientyps handelt es sich bei 4 Studien um Interventionsstudien, bei 2 Studien um Sekundäranalysen von Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen, bei 5 Studien um qualitative Primärstudien und bei 2 Studien um quantitative Primärstudien mit Survey-Daten. Eine Studie nutzte für eine quantitative Sekundäranalyse die Qualitätsberichte der Krankenhäuser in Verbindung mit Survey-Daten. Eine weitere eingeschlossene Arbeit publizierte Ergebnisse mit Fokusgruppen/Einzelinterviews und einem Scoping Review. Bei einer weiteren Studie handelt es sich um eine prospektive Risikoanalyse auf Basis von Experteninterviews und Dokumentenanalysen. 2 weitere Studien führten zur Validierung von Verordnungen ebenfalls retrospektiv Dokumentenanalysen von Entlassbriefen bzw. Medikamentenverordnungen durch. Eine Studie war als Evaluation eines Projekts zum strukturierten Entlassmanagement angelegt und eine Querschnittsstudie berichtete Ergebnisse auf Basis von Survey-Daten und der Analyse von Patientenakten. Detaillierte Angaben zu den Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind darüber hinaus Anhang A.2.4 zu entnehmen.

### Entlassplanung

Aus einigen Studien zur Versorgungssituation in Deutschland geht hervor, dass im Rahmen der Entlassplanung bei der **Erfassung des patientenindividuellen Bedarfs** für die poststationäre Anschlussversorgung das häusliche Umfeld der Patientinnen und Patienten sowie die Erfassung ihrer Alltagskompetenz nur unzureichend erfolgt. Saal et al. (2019) kommen hierbei zu dem Schluss, dass zur Verbesserung der Vorbereitung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen auf die Rückkehr nach Hause beim Assessment des patientenindividuellen **Versorgungsbedarfs die notwendige Unterstützung im häuslichen Umfeld** stärker berücksichtigt werden sollte. Auch in der Studie von Thoma und Waite (2018) wird die Berücksichtigung des häuslichen Umfelds von Patientinnen und Patienten betont, beispielsweise im Hinblick auf den Umfang des benötigten Pflegebedarfs. Weiterhin zeigt sich, dass die individuellen Bedürfnisse und Erfordernisse der Patientinnen und Patienten für die Versorgung zu Hause, bspw. bei der Nutzung von Hilfsmitteln (Thoma und Waite 2018) oder bei der Einnahme von Medikamenten (Tezcan-Güntekin 2017), im Rahmen der Entlassplanung nicht ausreichend in Betracht gezogen werden. Darüber hinaus berichten Saal et al. (2019), dass es zu einer unzureichenden Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten kommen kann, wenn diese fit erscheinen und ihre Bedarfe unterschätzt werden können.

Hinsichtlich der **Bekanntgabe des Entlasstermins** ist die Studienlage uneinheitlich. Die Mehrzahl der eingeschlossenen Studien, welche diesen Aspekt adressieren, kommt zu dem Schluss, dass **kurzfristige bzw. ungeplante Entlassungen** aufgrund fehlender Vorbereitungsmöglichkeiten sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Hausärztinnen und Hausärzte problematisch sein können (Saal et al. 2019, Dräger 2016, Lang et al. 2019, Thoma und Waite 2018), wohingegen Nowak et al. (2021) in ihrer quantitativen Sekundärdatenanalyse von n = 10.750 Fällen in 67

Krankenhäusern fanden, dass die meisten Patientinnen und Patienten rechtzeitig über ihre anstehende Entlassung informiert wurden. Hinsichtlich kurzfristiger bzw. ungeplanter Entlassungen berichten Dräger (2016) in ihrer prospektiven Risikoanalyse von kurzfristigen „Ad-hoc-Entlassungen“ in Krankenhäusern, oft in Kombination mit unzureichender Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und dem Pflegepersonal. Lang et al. (2019) berichten ebenfalls von überstürzten Krankenhausentlassungen, teilweise innerhalb von einer halben Stunde. Neben der rechtzeitigen Bekanntgabe des Entlasstermins ist es für Patientinnen und Patienten ebenfalls hilfreich, eine **zentrale Ansprechperson**, z. B. eine Case-Managerin / ein Case-Manager, im Krankenhaus zu haben (Thoma und Waite 2018). Thoma und Waite (2018) berichten hierzu, dass es zu Diskontinuitäten im Prozess der Kommunikation und der Entlassplanung kommen kann, wenn die Case-Managerin / der Case-Manager nicht im Dienst ist. Als Gründe hierfür nennen die Autoren u. a. ein Mangel an Erfahrung des Pflegepersonals sowie ein unzureichendes Verständnis des Aufgabenbereichs bzw. der Rolle der Case-Managerin / des Case-Managers seitens Ärztinnen/Ärzten, Pflegerinnen/Pflegern und anderer Gesundheitsprofessionen.

Weiterhin kommen Saal et al. (2019) in ihrer Mixed-Methods-Studie zu dem Schluss, dass die **Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen** in den Überleitungsprozess den Umgang mit der Erkrankung nach der Entlassung verbessert. Thoma und Waite (2018) berichten in ihrer qualitativen Primärstudie jedoch, dass Patientinnen und Patienten nicht immer an der Entlassplanung beteiligt werden.

### **Information und Aufklärung zur Medikation**

Einige Studien zur Versorgungssituation machen deutlich, dass die Information und Aufklärung zur Medikation von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zur Entlassung teilweise defizitär ist und Patientinnen und Patienten bspw. über ein **geringes Wissen hinsichtlich ihrer Entlassmedikation** verfügen (Tezcan-Güntekin 2017, Freyer et al. 2016, Send et al. 2014). Tezcan-Güntekin (2017) berichten hierzu, dass die Adhärenz der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der verordneten Medikation nach einer Umstellung der Medikation im Zuge eines Krankenhausaufenthalts abnimmt, wenn Patientinnen und Patienten unzureichend informiert sind. Dies sei bspw. bei Generika der Fall, da die verschriebenen Medikamente anders aussehen oder heißen bzw. von anderen Herstellern sind und Patientinnen und Patienten diese nicht erkennen. Weiterhin fanden Tezcan-Güntekin (2017), dass Angehörige infolge unzureichender Aufklärung Medikamente eigenständig absetzen, sobald der Zustand der Patientin / des Patienten verbessert erscheint.

Für ein erfolgreiches Entlassmanagement ist es wichtig, dass für die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige ein **Medikationsplan** für die Zeit nach der Entlassung erstellt und ihnen dieser spätestens am Tag der Entlassung in schriftlicher Form ausgehändigt wird. Obwohl ein Medikationsplan den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung deutlich verbessert (Hohmann et al. 2014, Send et al. 2014, Herrmann et al. 2015), beispielweise durch eine höhere Adhärenz bei neuer oder umgestellter Medikation (Hohmann et al. 2014), zeigt sich, dass ein solcher Medikationsplan nicht allen Patientinnen und Patienten am Ende des Krankenhausaufenthalts ausgehändigt wird (Freyer et al. 2016). In ihrer quantitativen Primärstudie berichten Freyer et al. (2016) hierzu, dass u. a. fehlende Medikationspläne sowie ein hohes Lebensalter

der Patientinnen und Patienten **Risikofaktoren für Wissensdefizite bei Medikamenten** sein können. Obwohl der Nutzen eines Medikationsplans außer Frage steht, zeigt sich in den Studien von Freyer et al. (2016) und Send et al. (2014), dass Patientinnen und Patienten trotz eines Medikationsplans oft mangelhaftes Wissen hinsichtlich ihrer Medikation besitzen. Daher ist es aus Sicht der Autorinnen und Autoren wichtig, dass der **Medikationsplan mit den Patientinnen und Patienten besprochen** wird. Dennoch deuten Studien darauf hin, dass bei Patientinnen und Patienten teilweise keine eigene Besprechung des Medikationsplans erfolgt (Cortejoso et al. 2016, Custodis et al. 2016). Insbesondere bei neu angesetzter Medikation ist es wichtig, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige zusätzlich zum Medikationsplan **über die Medikation nach Entlassung aufzuklären** und die **korrekte Einnahme** zu erklären (Cortejoso et al. 2016, Tezcan-Güntekin 2017). Dies sollte durch Fachpersonal des Krankenhauses erfolgen, bspw. durch Apothekerinnen/Apotheker (Cortejoso et al. 2016). In einigen Studien zur Versorgungssituation in Deutschland wird deutlich, dass es hierbei noch Defizite im Entlassprozess gibt. Patientinnen und Patienten werden demnach **unzureichend über ihre (geänderte) Medikation aufgeklärt**, z. B. über den Sinn und Zweck der Medikation (Herrmann et al. 2015, Lang et al. 2019). Freyer et al. (2016) fanden in ihrer quantitativen Primärstudie mit standardisierten Befragungsdaten heraus, dass nur knapp 38 % der befragten Patientinnen und Patienten ihre verschriebene Medikation nach einem Krankenhausaufenthalt korrekt benennen konnten.

### **Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit**

Die **Schulung von Patientinnen und Patienten** sowie deren Angehörigen ist eine wichtige Voraussetzung für einen erfolgreichen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Von besonderer Wichtigkeit ist hierbei eine möglichst strukturierte Beratung bzw. **Schulung** hinsichtlich der **Verabreichung der Entlassmedikation** (Custodis et al. 2016, Dräger 2016). Zusätzlich zur im vorherigen Kapitel erwähnten Information in Form mündlicher Aufklärung zur Medikation sowie eines schriftlichen Medikationsplans zeigen mehrere Studien, dass es im Zuge des Entlassmanagements unter Patientinnen und Patienten oft einen **hohen Schulungsbedarf bei der Entlassmedikation** gibt, insbesondere bei neu angesetzter oder risikobehafteter Medikation (Dräger 2016, Greißing et al. 2016, Herrmann et al. 2015), bei älteren Patientinnen und Patienten sowie im Fall von Sprachbarrieren bei Menschen mit Migrationshintergrund (Freyer et al. 2016, Tezcan-Güntekin 2017). Custodis et al. (2016) empfehlen daher eine strukturierte Beratung bzw. Schulung für Patientinnen und Patienten während des Krankenhausaufenthalts bzw. bei Entlassung (siehe auch Tezcan-Güntekin 2017, Dräger 2016). Weiterhin ist es wichtig, dass Angehörige von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf die Verabreichung von Medikation geschult werden, insbesondere wenn die Patientinnen und Patienten dies nicht selbst bzw. nur eingeschränkt können. Wenn dies nicht geschieht, zeigt sich, dass Angehörige sich teilweise überfordert fühlen können im Umgang mit Medikamenten, etwa bei der Pflege von dementen Personen (Freyer et al. 2016, Tezcan-Güntekin 2017). Daher sollte für Personen mit einem möglicherweise erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement, etwa bei älteren Patientinnen und Patienten mit neu angesetzter oder risikoreichen Medikation, eine solche Schulung möglichst in Anwesenheit einer Angehörigen / eines Angehörigen stattfinden (Freyer et al. 2016). Bei der **Planung von Schulungen für Angehörige** sollten deren Bedürfnisse und Lebenssituation mit in

Betracht gezogen werden. So sollte darauf geachtet werden, dass Schulungen zu Uhrzeiten stattfinden, die den Bedürfnissen der Angehörigen entsprechen, was teilweise nicht geschieht, bspw. wenn Schulungstermine wochentags am Morgen stattfinden, die Angehörigen jedoch berufstätig sind (Saal et al. 2019).

Allgemein ist zu beachten, dass die **Annahme von Hilfeleistungen** durch Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige keine spontane Entscheidung ist, sondern meistens im Rahmen eines Entscheidungsprozesses erfolgt. So zeigte sich in den Studien von Saal et al. (2019) und Schönemann-Gieck et al. (2018), dass notwendige Hilfen von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen teilweise zunächst abgelehnt werden können, insbesondere, wenn Patientinnen und Patienten sich gänzlich unvorbereitet und erstmalig mit dem eigenen Hilfe- und Pflegebedarf auseinandersetzen müssen. Der Prozess im Hinblick auf die Annahme von Hilfeleistungen sollte daher von entsprechenden Beratungsangeboten unterstützt werden (Schönemann-Gieck et al. 2018).

### **Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

Die zeitnahe **Verordnung und Organisation von Unterstützungsangeboten** ist wichtig für einen problemlosen Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor. Dennoch kann es bei der **Organisation und Bereitstellung von Hilfsmitteln** zu Verzögerungen kommen. Saal et al. (2019) berichten, dass es bei der Umsetzung von geplanten bzw. empfohlenen Hilfsmitteln teilweise erhebliche Defizite gibt, so betrug in ihrer Studie der Umsetzungsgrad von Empfehlungen zu einem Toilettensitz 75 %, einem Rollstuhl 67 %, einem Gehstock 50 %, einem Toilettensitz 50 % und bei Orthesen 36 %. Empfehlungen zu Haltegriffen und orthopädischen Schuhen wurden gar nicht umgesetzt. Bei der **Verordnung und Organisation von weiterführender Behandlungsmaßnahmen** kann es gleichermaßen zu Verzögerungen kommen. Um Verzögerungen zu minimieren, ist es ratsam, dass **Termine zur Weiterbehandlung**, z. B. mit der Fach- oder Hausärztin / dem Fach- oder Hausarzt, Termine zur Physiotherapie oder psychologischen Betreuung, vor der Entlassung schon im Krankenhaus organisiert werden. Einige Studien zur Versorgungssituationen zeigen jedoch, dass dies oft nicht geschieht (Dräger 2016, Greißing et al. 2016, Saal et al. 2019). Zudem stellen Greißing et al. (2016) in ihrer Studie fest, dass Patientinnen und Patienten ihre Hausärztin / ihren Hausarzt bei fehlender Terminvereinbarung durch das Krankenhaus nach der Entlassung gar nicht aufsuchen, obwohl die Notwendigkeit hierzu bestand. Bauer et al. (2014) hingegen ziehen bezüglich der Weiterbehandlung nach Entlassung ein positives Fazit: In ihrer quantitativen Analyse von Abrechnungsdaten einer Krankenkasse fanden sie, dass der erste Kontakt mit der Hausärztin / dem Hausarzt nach Entlassung bei Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle zeitnah erfolgte, sofern Patientinnen und Patienten diesen auch anstrebten. Im Hinblick auf Medikamente berichten Saal et al. (2019) von Diskontinuitäten im Entlassprozess durch **unzureichende Mitgabe von Medikation bei Entlassung**. Dies sei besonders relevant an ungünstigen Entlassungstagen, beispielsweise an einem Freitag (Saal et al. 2019). In der Studie von Tezcan-Güntekin (2017) finden sich Hinweise, dass es z. B. für pflegende Angehörige von dementen Personen zu **Problemen bei der Beschaffung der Medikamente nach Entlassung** kommen kann, wenn diese aufgrund ihrer pflegerischen Tätigkeit nicht zur Hausärztin / zum Hausarzt gehen können.

## Entlassdokumente

Die **Mitgabe eines Entlassbriefs** ist eines der zentralen Elemente des Entlassmanagements, da er unter anderem Informationen zur Medikation, Weiterversorgung und Ansprechpartnern enthält (Saal et al. 2019, Dräger 2016). Nowak et al. (2021) berichten in ihrer quantitativen Studie, dass 21,2 % der n = 10.750 eingeschlossenen Patientinnen und Patienten keinen Entlassbrief erhalten haben. Weiterhin kommen einige Studien zu dem Schluss, dass Patientinnen und Patienten den **Entlassbrief als sehr lang und nicht gut strukturiert wahrnehmen**, sodass er für viele Patientinnen und Patienten unverständlich ist (Saal et al. 2019, Dräger 2016). Um die Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten zu fördern, empfehlen Saal et al. (2019) das Aushändigen von schriftlichen Informationen, bspw. von Entlass-Checklisten mit Ansprechpartnern zur Strukturierung, sowie **einen Entlassbrief in laienverständlicher Sprache**.

## Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung

Schönemann-Gieck et al. (2018) legen in ihrem Bericht zu Entlassungen älterer Patientinnen und Patienten dar, dass ein Großteil der Patientinnen und Patienten auch 14 Tage nach der Entlassung **noch nicht in einem stabilen Zustand** war, um sich selbst in der Häuslichkeit zu versorgen, und weiterer ambulanter Unterstützung bedurfte. Darüber hinaus bemängelt Dräger (2016) in ihrer prospektive Risikoanalyse, dass es zu **keinen regulären Kontaktaufnahmen durch das Krankenhaus** nach Entlassungen kam (**Follow-up-Kontakte**).

## Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

Mehrere Studien zur Versorgungssituation in Deutschland heben die **notwendige Einbindung aller beteiligten und relevanten Akteure in die Überleitungsprozesse** hervor (Saal et al. 2019, Hahn et al. 2018, Herrmann et al. 2015, Burian et al. 2016). Studienübergreifend wird deutlich, dass **Entlassdokumente die zentrale Kommunikationsform** zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Leistungserbringern darstellen (Dräger 2016, Hohmann et al. 2014, Lang et al. 2019, Tezcan-Güntekin 2017). Mehrere Studien kommen zu dem Schluss, dass der Austausch von Informationen zwischen Krankenhaus und ambulanten, nachsorgenden Leistungserbringern verbessert werden muss, z. B. durch detaillierte und strukturierte Informationen zur (Änderung von) Medikation sowie zusätzlichen (Pflege-)Überleitungsinformationen inkl. Informationen zu pflegerelevanten Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten für Pflegedienste (z. B. Lang et al. 2019, Saal et al. 2019, Freyer et al. 2016, Hohmann et al. 2014, Gröber-Grätz et al. 2014). So zeigen Lang et al. (2019) in ihrer Studie, dass es deutliche Defizite in der Kommunikation und Kooperation zwischen Krankenhaus und Hausärztin/Hausarzt gibt; die mangelhafte Weitergabe von Informationen stelle an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ein zentrales Problem für ein gelingendes Entlassmanagement dar. Trotz des zentralen Stellenwerts der Entlassdokumente finden mehrere Studien Hinweise, dass nicht immer sichergestellt ist, dass ein Entlassbrief rechtzeitig zur Entlassung vorliegt, was eine **nahtlose Weiterversorgung im ambulanten Bereich behindern** kann (Dräger 2016, Tezcan-Güntekin 2017, Lang et al. 2019). Laut der Studie von Gröber-Grätz et al. (2014) erhalten weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter überhaupt keinen Entlassbrief. Darüber hinaus werden die Entlassdokumente der Patientin / dem Patienten oft mitgegeben, damit diese sie an die weiterbehandelnde Ärztin / den



weiterbehandelnden Arzt übergeben, was Patientinnen und Patienten jedoch teilweise versäumen (Dräger 2016). Für den Fall, dass Kliniken den Entlassbrief direkt an weiterversorgende Stellen verschicken, kann es hierbei zu Verzögerungen im Versand kommen (Saal et al. 2019).

Zusätzlich zur Erstellung von Entlassbriefen empfehlen Burian et al. (2016) in ihrer prospektiven Interventionsstudie eine **direkte telefonische Kommunikation zwischen Krankenhaus und der weiterbehandelnden Ärztin / dem weiterbehandelnden Arzt**. In den Studien von Saal et al. (2019) und Schönemann-Gieck et al. (2018) zeigte sich zudem, dass es zu **unterschiedlichen Wahrnehmungen der Verantwortung** zwischen Akteuren im Krankenhaus und im ambulanten Bereich kommen kann, wobei Akteure im Krankenhaus z. B. das Ende ihres Verantwortungsbereichs „an der Kliniktür“ sehen (Schönemann-Gieck et al. 2018), was ein **vernetztes und sektorenübergreifendes Entlassmanagement** zusätzlich erschweren könne (Saal et al. 2019, Schönemann-Gieck et al. 2018).

### Weitere Themen

- unvollständige oder fehlerhafte Information in den Entlassdokumenten, u. a. zur Dosierung bei Medikamenten der ambulanten Weiterbehandlung (Saal et al. 2019, Morath et al. 2019, Gröber-Grätz et al. 2014)
- unstrukturierte Informationen in den Entlassdokumenten zur Weiterbehandlung für die Zeit nach der Entlassung (Saal et al. 2019)
- Medikamentenmanagement
  - fehler- oder lückenhafte Verordnung von Medikamenten bei Entlassung und unvollständige Darstellung der Einnahmeregeln (Cortejoso et al. 2016)
  - Reduktion von fehlerhaften Verordnungen und Steigerung der Adhärenz der Patientinnen und Patienten durch detaillierten Medikationsplan bei Entlassung (Hahn et al. 2018, Hohmann et al. 2014)
  - Polymedikation kommt besonders bei multimorbiden Patientinnen und Patienten vor und hängt mit der Anzahl der an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte zusammen (Tetzlaff et al. 2018)
  - Änderungen der Medikation nach Entlassung, z. B. beim Einsatz von Generika (Dräger 2016)

### Ergebnisse der ergänzenden Recherche nach Publikationen zu ausgewählten Parametern der Ergebnisqualität des Entlassmanagements

„Subjektive Entlassbereitschaft“, „ungeplante Wiederaufnahmen“ sowie „ambulante Notfallkontakte“ wurden als mögliche Parameter der Ergebnisqualität aus dem Qualitätsmodell identifiziert (siehe Kapitel 3 sowie Abschnitt 4.3 im Abschlussbericht). Um tiefergehende Informationen zu den Einflussfaktoren zu erhalten, welche den drei Parametern zur Messung von Ergebnisqualität im Entlassmanagement zugrunde liegen, und wie diese von den jeweiligen Krankenhäusern aktiv positiv beeinflusst werden können, wurde ergänzend zur systematischen Recherche eine orientierende Recherche durchgeführt.

Hinsichtlich der subjektiven Entlassbereitschaft von Patientinnen und Patienten stand im Fokus der orientierenden Recherche, konkrete Einflussfaktoren zu identifizieren, die der Entstehung von subjektiver Entlassbereitschaft als Konstrukt der Ergebnisqualität zugrunde liegen. In Bezug auf ambulante Notfallkontakte sowie ungeplante Wiederaufnahmen wurde insbesondere nach Gründen recherchiert, die in direktem Zusammenhang mit der Durchführung des Entlassmanagements stehen, also bspw. nicht durch soziodemografische Faktoren der Patientinnen und Patienten bedingt sind. Für alle drei Parameter der Ergebnisqualität wurde außerdem nach möglichen Handlungsempfehlungen für Krankenhäuser recherchiert, die entweder dazu beitragen, die subjektive Entlassbereitschaft von Patientinnen und Patienten zu steigern oder ungeplante Wiederaufnahmen sowie ambulante Notfallkontakte reduzieren. So kann dargestellt werden, inwiefern die eingangs identifizierten Parameter der Ergebnisqualität von Entlassmanagement durch die Leistungserbringer beeinflusst werden können und diesen zuschreibbar sind. Damit können bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung Hinweise auf Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit der Qualitätsanforderung berücksichtigt und eine angemessene Erfassung der Ergebnisqualität sichergestellt werden.

Nachfolgend sind zunächst die Einflussfaktoren zusammenfassend dargestellt, für die sich in den recherchierten Studien Hinweise auf deren positive Wirkung auf die subjektive Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten fanden (Tabelle 1). Eine Übersicht der recherchierten Ursachen für ungeplante Wiederaufnahmen und Gründe für ambulante Notfallkontakte geben Tabelle 2 und Tabelle 3. Insgesamt gilt es bei der Darstellung zu beachten, dass die identifizierten Einflussfaktoren einen Überblick darstellen, damit jedoch kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird. Die Charakteristika der im Rahmen der orientierenden Recherche identifizierten Studien sind in Anhang A.2.6 dargestellt.

*Tabelle 1: Übersicht der recherchierten Einflussfaktoren auf die subjektive Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten*

Einflussfaktoren mit positiver Wirkung auf die subjektive Entlassbereitschaft	Quellen
<b>Patientenzentrierte, partizipative Kommunikation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten fühlen sich ernst genommen</li> <li>▪ Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung wird als fließender empfunden</li> <li>▪ Informationen zur Entlassung werden nicht nur verstanden, sondern als verhandelbar empfunden</li> <li>▪ Vertrauen zwischen Patientinnen und Patienten und medizinischem Personal wird gestärkt</li> </ul>	Verhaegh et al. (2019), Ubbink et al. (2014), Nielsen et al. (2019), Blakey et al. (2017), Leyenaar et al. (2017), Gadbois et al. (2019), Andersen et al. (2017), Solan et al. (2015), Gledhill et al. (2021), King et al. (2019)

Einflussfaktoren mit positiver Wirkung auf die subjektive Entlassbereitschaft	Quellen
<b>Patientenverständliche Sprache</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermeiden von Fachbegriffen</li> <li>▪ Kommunikation in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten / Bereitstellen von Dolmetscherinnen und Dolmetschern</li> <li>▪ ggf. Bereitstellen schriftlicher Informationen</li> </ul>	Verhaegh et al. (2019), Rapport et al. (2019), Andersen et al. (2017)
<b>Mentale Entlassbereitschaft</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ emotionale Hilfen anbieten (z. B. Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, psychologische Hilfen)</li> <li>▪ ambulantes Netz bestehend aus professionellen und informellen Hilfen rechtzeitig aufbauen</li> <li>▪ Coping-Strategien vermitteln</li> </ul>	Jones et al. (2017), Verhaegh et al. (2019), Berman et al. (2019), Weiss et al. (2017), Nielsen et al. (2019), Andersen et al. (2017), Solan et al. (2015), King et al. (2019)
<b>Besprechen der ambulanten Weiterversorgung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten ausreichend Zeit geben, den Entlassplan gemeinsam zu besprechen</li> <li>▪ Informationen zur weiteren Versorgung mündlich und schriftlich vermitteln</li> </ul>	Jones et al. (2017), Gadbois et al. (2019), King et al. (2019)
<b>Information und Wissensvermittlung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ individuelle Schulungen zur Selbstversorgung</li> <li>▪ Mitteilen von (Notfall-)Kontakten/Anlaufstellen nach der Entlassung</li> <li>▪ Aufklärung über einen zu erwartenden Genesungsverlauf und in Abgrenzung dazu über mögliche Komplikationen</li> <li>▪ ausführliche Aufklärung über Medikamente</li> </ul>	Galvin et al. (2017), Jones et al. (2017), Weiss et al. (2017), Verhaegh et al. (2019), Berman et al. (2019), Mabire et al. (2019), Ubbink et al. (2014), Rapport et al. (2019)
<b>Besprechen der Entlassbereitschaft</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abgleich der Entlassbereitschaft (mental, sozial, physisch) zwischen Patientinnen und Patienten und medizinischem Personal</li> <li>▪ Entscheidungen zur Entlassung begründen und für Patientinnen und Patienten nachvollziehbar machen</li> <li>▪ Zielvereinbarungen zum Entlasstag kommunizieren</li> </ul>	Galvin et al. (2017), Ubbink et al. (2014), Nielsen et al. (2019), Blakey et al. (2017), Leyenaar et al. (2017), Andersen et al. (2017), Solan et al. (2015), Verhaegh et al. (2019)

<b>Einflussfaktoren mit positiver Wirkung auf die subjektive Entlassbereitschaft</b>	<b>Quellen</b>
<b>Frühzeitige Planung der Entlassung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entlassung am Wochenende vermeiden</li> <li>▪ Zeitpunkt der Entlassung gemeinsam mit Patientinnen und Patienten sowie ggf. Angehörigen abstimmen</li> <li>▪ frühzeitige Planung und Kommunikation, damit alle Beteiligten Zeit haben, sich auf die Entlassung einzustellen und vorzubereiten</li> </ul>	Ubbink et al. (2014), Verhaegh et al. (2019), Gadbois et al. (2019)
<b>Finanzielle Situation der Betroffenen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ finanzielle Aspekte nach der Entlassung schon im Entlassmanagement besprechen und Hilfestellung anbieten</li> </ul>	Berman et al. (2019)
<b>Einbezug der Angehörigen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gewissheit der Patientinnen und Patienten darüber stärken, dass die Versorgung zu Hause durch Angehörige ausreichend geplant ist und diese informiert sind</li> </ul>	Gledhill et al. (2021)

Tabelle 2: Übersicht der recherchierten Einflussfaktoren auf ungeplante Wiederaufnahmen

<b>Einflussfaktoren auf ungeplante Wiederaufnahmen</b>	<b>Quellen</b>
<b>Kommunikation zwischen Leistungserbringern</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mangelhafte Kommunikation zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern führt zu Versorgungslücken und somit zu ungeplanten Wiederaufnahmen</li> </ul>	LeClair et al. (2019), Nijhawan et al. (2019)
<b>Stress, Ängste und Sorgen der Patientinnen und Patienten</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankenhaus als Ort der Sicherheit, welches im Zweifel schnell als Anlaufstelle genutzt wird</li> <li>▪ Angst der Patientinnen und Patienten, Angehörigen zur Last zu fallen</li> <li>▪ vermittelte Coping-Strategien funktionieren nach der Entlassung nicht</li> <li>▪ psychische Belastungen bei (pflegenden) Angehörigen</li> </ul>	Amin et al. (2016), Brittan et al. (2015), Sevilla-Cazes et al. (2018), Zibelli et al. (2020)

Einflussfaktoren auf ungeplante Wiederaufnahmen	Quellen
<b>Unzureichende partizipative Kommunikation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mögliche Alternativen in Bezug auf die Weiterversorgung werden nicht ausführlich genug dargestellt und besprochen</li> <li>▪ mangelnder Einbezug der Patientinnen und Patienten an der Planung der Entlassungen und entsprechenden Entscheidungen</li> <li>▪ individuelle Situation der Patientinnen und Patienten wird nicht ausreichend berücksichtigt</li> </ul>	Brittan et al. (2015), Rodriguez et al. (2019), LeClair et al. (2019)
<b>Medizinische Gründe / Verschlechterung von Symptomen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niedriger Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten (z. B. Atemnot, Appetitlosigkeit, Komplikationen)</li> <li>▪ Schmerzen</li> </ul>	Rodriguez et al. (2019), Brittan et al. (2015), van Galen et al. (2017), Chen et al. (2020), van Galen et al. (2019), Zibelli et al. (2020)
<b>Niedrige Versorgungsqualität</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ inadäquates Symptommanagement</li> <li>▪ inadäquates Medikamentenmanagement</li> <li>▪ Fehldiagnostik bzw. nicht ausreichende Diagnostik während des Krankenhausaufenthalts</li> <li>▪ unzureichende Berücksichtigung von Komorbiditäten</li> </ul>	Amin et al. (2016), Brittan et al. (2015), Leary et al. (2020), van Galen et al. (2019), van der Does et al. (2020), Sevilla-Cazes et al. (2018)
<b>Geringe (subjektive) Entlassbereitschaft</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientinnen und Patienten waren physisch nicht in der Lage, sich selbst zu versorgen</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten berichten fehlende subjektive Entlassbereitschaft am Tag der Entlassung</li> <li>▪ Patientinnen und Patienten erleben die Entlassung als verfrüht</li> </ul>	LeClair et al. (2019), Rodriguez et al. (2019), Ubbink et al. (2014), Weiss et al. (2017), Blakey et al. (2017), Brittan et al. (2015), Dietrich et al. (2019), Amin et al. (2016), van Galen et al. (2017), van Galen et al. (2019), Leary et al. (2020)
<b>Fehlende Information und Aufklärung über Erkrankung und Versorgung nach Entlassung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlung</li> <li>▪ Diagnose</li> <li>▪ Selbstversorgung</li> <li>▪ Medikation</li> <li>▪ Komplikationen</li> <li>▪ weiterführende Behandlungen</li> </ul>	Amin et al. (2016), Brittan et al. (2015), LeClair et al. (2019), Rodriguez et al. (2019), Leary et al. (2020), Nijhawan et al. (2019), van der Does et al. (2020), van Galen et al. (2019), Sevilla-Cazes et al. (2018), Zibelli et al. (2020)

<b>Einflussfaktoren auf ungeplante Wiederaufnahmen</b>	<b>Quellen</b>
<b>Nicht vorhandene Unterstützungsmaßnahmen nach Entlassung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fehlende Verordnungen</li> <li>▪ fehlende Heil- und Hilfsmittel</li> <li>▪ fehlende Unterstützung bei Aufgaben des täglichen Lebens (Haushalt, Einkaufen etc.)</li> <li>▪ Risikogruppen sind insbesondere vulnerable Patientinnen und Patienten wie bspw. alleinstehende Personen oder Personen mit wenig finanziellen Ressourcen</li> </ul>	LeClair et al. (2019), Leary et al. (2020), Nijhawan et al. (2019), Zibelli et al. (2020), van Galen et al. (2019)
<b>Eingeschränkter Zugang zur ambulanten Versorgung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ begrenzte Terminfindung bei weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten</li> <li>▪ pflegerische Weiterversorgung (z. B. in Wohnheimen) nicht rechtzeitig organisiert</li> </ul>	Amin et al. (2016), LeClair et al. (2019), Nijhawan et al. (2019)

Tabelle 3: Übersicht der recherchierten Einflussfaktoren auf ambulante Notfallkontakte bzw. Kontakte zur Notfallambulanz

<b>Einflussfaktoren auf ambulante Notfallkontakte bzw. Kontakte zur Notfallambulanz</b>	<b>Quellen</b>
<b>Medizinische Faktoren</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ anhaltende oder stärkere Schmerzen</li> <li>▪ Verschlechterung der Symptome</li> </ul>	Chen et al. (2020), Campbell und Ditkoff (2020)
<b>Mangelhafte ambulante Weiterversorgung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Defizite in der frühzeitigen Planung der ambulanten Weiterversorgung</li> <li>▪ strukturelle Missstände in der ambulanten Versorgung (z. B. regionaler Ärztemangel)</li> </ul>	Campbell und Ditkoff (2020), Nijhawan et al. (2019)
<b>Eingeschränkte Kommunikation zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterbrechungen in der Therapie und Versorgungslücken aufgrund fehlender Weitergabe von Informationen</li> </ul>	Nijhawan et al. (2019)
<b>Unzureichende Information und Aufklärung</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fehlende Informationen zur Diagnose, zur weiteren Behandlung und zur Selbstversorgung nach Entlassung</li> </ul>	Nijhawan et al. (2019)

Insgesamt zeigt sich, dass sowohl das Konstrukt der subjektive Entlassbereitschaft als auch ungeplante Wiederaufnahmen und ambulante Notfallkontakte multifaktoriell bedingt sind. Dementsprechend lassen sich auch zahlreiche unterschiedliche Interventions- bzw. Handlungsmöglichkeiten ableiten, die subjektive Entlassbereitschaft zu steigern bzw. ungeplante Wiederaufnahmen und ambulante Notfallkontakte im Rahmen des Entlassmanagements zu reduzieren. In diesem Kontext werden in den Studien folgende Strategien besonders häufig genannt:

- eine verstärkte patientenzentrierte, partizipative Kommunikation und Entscheidungsfindung im gesamten Prozess des Entlassmanagements, aber insbesondere hinsichtlich der Entlassplanung (Dietrich et al. 2019, Braet et al. 2016a, Zibelli et al. 2020, van Galen et al. 2019, Rodriguez et al. 2019)
- eine sektorenübergreifende Entlassplanung mit allen an der weiterführenden Versorgung beteiligten Gruppen (Braet et al. 2016a, Rodriguez et al. 2019)
- stark an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasste Informationen und Schulungen (Nijhawan et al. 2019, Amin et al. 2016, Dietrich et al. 2019)
- eine Stärkung der Medikamenten-Compliance durch gezielte Aufklärung und Information (Nijhawan et al. 2019, Amin et al. 2016)
- positive Wirkung einer patientenindividuellen Evaluation des Entlassmanagement durch Follow-ups seitens des Krankenhauses als Möglichkeit, das krankenhauseigene Entlassmanagement zu verbessern (Nijhawan et al. 2019, van Galen et al. 2019)

Die in Tabelle 1, Tabelle 2 und Tabelle 3 dargestellten Einflussfaktoren sowie die daraus abzuleitenden möglichen Handlungsstrategien weisen darauf hin, dass eine aktive Beeinflussung des Entlassmanagements durch die stationären Leistungserbringer in großen Teilen möglich ist und subjektive Entlassfähigkeit, ungeplante Wiederaufnahmen sowie ambulante Notfallkontakte als Ergebnis des Entlassmanagements den Leistungserbringern zumindest teilweise zuschreibbar sind. Gleichzeitig erscheinen auch im Kontext der Ergebnisqualität Einflussfaktoren, die nicht durch die stationären Leistungserbringer beeinflussbar sind (z. B. Ausgestaltung der ambulanten Versorgungsstrukturen, Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Entlassplanung). Zudem treten auch hier Einflussfaktoren wieder in Erscheinung, die nicht vollständig und adäquat von Patientinnen und Patienten einzuschätzen sind (z. B. Informationsweiterleitung und Kommunikation zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern). Insgesamt lässt sich festhalten, dass die hier synthetisierten Einflussfaktoren in ihrer Summe eine hohe Übereinstimmung mit den identifizierten Themen aus Publikationen zur Patientenperspektive sowie Publikationen zur Versorgungssituation in Deutschland aufweisen. Dies weist auf die Relevanz der bereits in der systematischen Recherche identifizierten, qualitätsrelevanten Themen hin.

### **Zusammenfassung**

Anhand der dargelegten Erkenntnisse aus der Literaturrecherche wird deutlich, welche Themen für die Patientinnen und Patienten bezüglich ihres Entlassmanagements von besonderer Bedeutung sind. In diesem Zusammenhang kann festgestellt werden, dass sich die Themen aus den unterschiedlichen Quellen der Informationsbeschaffung ergänzen. In Tabelle 4 werden die

extrahierten patientenrelevanten Themen, die für die weitere Entwicklung der Patientenbefragung berücksichtigt werden können, entlang der Qualitätsaspekte der Patientenbefragung zusammengefasst.

Tabelle 4: Zusammenfassung der patientenrelevanten Themen aus der Literaturrecherche

Qualitätsaspekt	Patientenrelevante Themen
Entlassplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchführen eines initialen Assessments, um patientenindividuelle poststationäre Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe einzuschätzen</li> <li>▪ Erstellen und Aushändigen eines Entlassplans an Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ partizipative Planung der Entlassung</li> <li>▪ partizipative Planung und frühzeitige Mitteilung des Entlasstermins</li> <li>▪ Einbezug patientenindividueller Bedürfnisse</li> <li>▪ Einbezug der Angehörigen in die Entlassplanung</li> <li>▪ Benennen einer zentralen Ansprechperson für das Entlassmanagement im Krankenhaus</li> <li>▪ Vereinbaren von Entlasszielen (z. B. Mobilitätsziele)</li> </ul>
Information zum Prozess der Entlassung und Zeit nach der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Diagnose und Behandlung im Krankenhaus</li> <li>▪ Aufklärung über Symptome und die ungefähre Dauer des Genesungsprozesses</li> <li>▪ Aufklärung über weiterführende Behandlungen nach der Entlassung</li> <li>▪ Informationen zu Unterstützungsangeboten zur (psychischen) Bewältigung des Alltags (z. B. psychologische Beratung, Selbsthilfegruppen)</li> <li>▪ Benennen von Kontaktpersonen für die Zeit nach der Entlassung (u. a. auch Sozialdienste oder andere gemeinnützige Organisationen)</li> </ul>
Information und Aufklärung zur Medikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aushändigen und gemeinsames Besprechen eines vollständigen Medikationsplans</li> <li>▪ Information und Aufklärung zu Einnahmeregeln</li> <li>▪ Informationen zur Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme und zur Wirksamkeit der Medikamente</li> <li>▪ Informationen zu Neben- und Wechselwirkungen</li> </ul>
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schulungen zur Bewältigung des Alltags nach der Entlassung</li> <li>▪ Besprechen von Therapiezielen mit Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Information und Schulung zur medizinisch-pflegerischen (Selbst-) Versorgung (z. B. Verabreichen von Medikamenten)</li> <li>▪ Informationen zur Verhaltensregeln im Alltag</li> </ul>



Qualitätsaspekt	Patientenrelevante Themen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informationen zur Anwendung von Hilfsmitteln</li> <li>▪ Informationen zur einer gesundheitsfördernden Lebensführung</li> <li>▪ Informationen zum Erkennen von und Verhalten bei Komplikationen</li> </ul>
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organisation und Sicherstellung von Hilfsmitteln am Tag der Entlassung</li> <li>▪ Organisation von Hilfen durch Dritte (z. B. Haushaltshilfen)</li> <li>▪ Aushändigen von Rezepten bzw. Medikamenten</li> <li>▪ Unterstützung bei der Terminvereinbarung bei nachsorgenden Leistungserbringern</li> <li>▪ Übergeben der Entlassmedikation</li> </ul>
Entlassgespräch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchführen eines abschließenden Gesprächs, welches die geplanten Maßnahmen für die Zeit nach der Entlassung zusammenfasst und bestätigt</li> <li>▪ Durchführen des Entlassgesprächs in einer ruhigen, geschützten Atmosphäre</li> </ul>
Entlassdokumente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aushändigen eines vorläufigen Entlassbriefs (inkl. Pflegeüberleitungsbogen)</li> <li>▪ ggf. Aushändigen eines Entlassbriefs in laienverständlicher Sprache (Patientenbrief)</li> </ul>
Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beteiligung von Patientinnen und Patienten bei Entscheidungen im Entlassprozess</li> <li>▪ persönlicher und individueller Umgang zwischen Krankenhauspersonal und Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ möglichst kontinuierliches medizinisch-pflegerisches Behandlungsteam</li> <li>▪ widerspruchsfreie und aufeinander abgestimmte Kommunikation im gesamten Behandlungsteam</li> <li>▪ empathischer Umgang mit möglichen Unsicherheit und Ängsten der Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Herstellen einer geschützten Gesprächsatmosphäre</li> <li>▪ Verwenden einer einfachen und klar verständlichen Sprache</li> <li>▪ schriftliche und mündliche Form der Kommunikation von Informationen</li> <li>▪ Hinzuziehen von dolmetschenden Personen bei Sprachbarrieren</li> <li>▪ Sicherstellen des Patientenverständnisses</li> </ul>

Qualitätsaspekt	Patientenrelevante Themen
Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sicherstellen der körperlichen, mentalen und sozialen Entlassfähigkeit</li> <li>▪ Evaluation/Follow-up der Entlassung durch das Krankenhaus</li> <li>▪ subjektive Entlassfähigkeit als Ergebnis eines gelungenen Entlassmanagements</li> </ul>
Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ungeplante Wiederaufnahmen / ambulante Notfallkontakte können mit der Ausgestaltung des Entlassmanagements zusammenhängen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ zu frühe Entlassung der Patientinnen und Patienten bzw. fehlende Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten</li> <li>▫ mangelnde Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten insbesondere zu Medikamenten, zur Diagnose/Erkrankung, zur weiteren Behandlung/Anschlussversorgung und zur Selbstversorgung nach Entlassung</li> <li>▫ fehlende Unterstützungsmaßnahmen am Tag der Entlassung</li> <li>▫ Stress, Ängste und Sorgen der Patientinnen und Patienten, die im Vorfeld nicht ausreichend berücksichtigt wurden</li> </ul> </li> </ul>
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bedeutung einer sektorenübergreifenden Entlassplanung und damit verbundenen engen Kommunikation zwischen stationär und ambulant tätigen Leistungserbringern</li> <li>▪ nach- und weiterversorgende Ärztinnen und Ärzte sollen unmittelbar die Entlassdokumente erhalten</li> </ul>

### Anhang D.1.3: Ergebnisse der Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen sowie Gesundheitsprofessionen des Entlassmanagements

Basierend auf der Konzeptstudie des IQTIG zum Entlassmanagement (IQTIG 2019a) sowie auf den Erkenntnissen der systematisch durchgeführten Literaturrecherche wurden Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen durchgeführt. Das Ziel der Einzelinterviews lag darin, die Qualitätsaspekte, die der Patientenbefragung als Datenquelle zugeordnet wurden, zu vertiefen und zu konkretisieren, um daraus Qualitätsmerkmale für die Patientenbefragung abzuleiten (IQTIG 2019b). Hierfür wurde zusätzlich das Datenmaterial der Fokusgruppen zum themenspezifischen Qualitätsmodell vom Februar 2019 berücksichtigt. In Tabelle 5 werden alle Fokusgruppen und Einzelinterviews, die für die Ableitung der Qualitätsmerkmale herangezogen wurden, entsprechend des jeweiligen Entwicklungsschritts mit der Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bzw. der Anzahl an Einzelinterviews dargestellt.

Tabelle 5: Übersicht der durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews

Entwicklungsschritt	durchgeführte Fokusgruppen und Einzelinterviews
Erstellung des Qualitätsmodells	<p>insgesamt 5 Fokusgruppen im Februar 2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten mit jeweils 6 Personen</li> <li>▪ 2 Fokusgruppen mit Angehörigen bzw. Eltern mit 9 Angehörigen erwachsener Patientinnen und Patienten sowie 6 Eltern/Sorgeberechtigten</li> <li>▪ 1 Fokusgruppe mit 5 stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten</li> </ul>
Entwicklung der Patientenbefragung	<p>insgesamt 43 Einzelinterviews im Mai/Juni 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 15 Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ 10 Einzelinterviews mit Angehörigen</li> <li>▪ 10 Einzelinterviews mit stationär tätigen Gesundheitsprofessionen</li> <li>▪ 8 Einzelinterviews mit ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen</li> </ul>

Im Folgenden werden zunächst die Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells und die Einzelinterviews zur Entwicklung der Patientenbefragung jeweils kurz separat beschrieben. Angaben zu Alter, Geschlecht und Bildung der Teilnehmenden werden hierbei zusätzlich tabellarisch dargestellt. Eine ausführliche tabellarische Übersicht zur Charakterisierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen und Einzelinterviews findet sich in Anhang B.2. Die patientenrelevanten Themen werden im Abschnitt „Patientenrelevante Themen aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen sowie Gesundheitsprofessionen des Entlassmanagements“ dargestellt.

### **Beschreibung der Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen**

Um einen umfassenden Einblick in die Versorgung der Patientinnen und Patienten bei der Entlassung aus einem Krankenhaus zu erhalten, wurden im Februar 2019 jeweils zwei Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen mit insgesamt 27 Teilnehmerinnen und Teilnehmern und im Mai/Juni 2020 insgesamt 25 Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen durchgeführt (Tabelle 6 und Tabelle 7).

Im Folgenden werden die Charakteristika der teilnehmenden Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen auf Basis der freiwilligen Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dargestellt.

**Patientinnen und Patienten sowie Angehörige in den Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells (Februar 2019)**

Wie in der Konzeptstudie des IQTIG dargelegt (IQTIG 2019a, Kapitel 3.3), bestand das Ziel darin, die Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen für die Entwicklung des Qualitätsmodell so zu besetzen, dass möglichst ein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement vorliegt (z. B. Veränderung des Gesundheitszustands erfordert Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen, Beantragung von Pflegegrad oder Heil- und Hilfsmitteln). Die beiden Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wurden aufgeteilt nach akuten und elektiven Krankenhausbehandlungen. Die Entlassung der teilnehmenden Patientinnen und Patienten erfolgte innerhalb der letzten 6 Monate vor der Durchführung der Fokusgruppen. Die Fokusgruppen mit Angehörigen wurden aufgeteilt nach Angehörigen von minderjährigen und von volljährigen Patientinnen und Patienten. Auch hier wurden nur Angehörige rekrutiert, deren betreute Patientinnen und Patienten innerhalb der letzten 6 Monate vor der Durchführung der Fokusgruppen entlassen worden waren. Gemäß Selbstauskunft der Teilnehmerinnen und Teilnehmer pflegten 9 Angehörige ein Kind, 3 ein Elternteil, 2 Geschwister und 1 Angehörige/Angehöriger ihre / seine Partnerin / Partner. Die entlassenen Patientinnen und Patienten (elektiv und akut) waren laut Selbstauskunft in den Kurzfragebögen im Mittel 59,2 Jahre alt und wurden im Durchschnitt nach 8,3 Nächten aus dem Krankenhaus entlassen, volljährige Patientinnen und Patienten, bei denen Angehörige die Angaben in den Kurzfragebögen gemacht haben, waren im Mittel 72,8 Jahre alt und wurden nach durchschnittlich 28,8 Nächten aus dem Krankenhaus entlassen. Minderjährige Patientinnen und Patienten waren nach den Angaben ihrer Angehörigen im Mittel 7,7 Jahre alt und wurden nach durchschnittlich 5,3 Nächten entlassen. Der Großteil der Patientinnen und Patienten wurde nach Hause entlassen (n = 22), zwei Patientinnen und Patienten wurden nach der Entlassung in eine stationäre Rehabilitationsklinik überwiesen und jeweils eine Patientin / ein Patient wurde in ein Alten- oder Pflegeheim bzw. in eine Einrichtung des Betreuten Wohnens entlassen. Angaben zu Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss der Teilnehmerinnen und Teilnehmer können Tabelle 6 entnommen werden (siehe auch Konzeptstudie des IQTIG (2019a), Kapitel 3.3). Weitere Informationen zur Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer finden sich in Tabelle 1 im Anhang B.2.

Tabelle 6: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells (Februar 2019)

Charakteristika	gesamt <sup>9</sup>	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, elektiv	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, akut	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
Anzahl Fokusgruppen; n	4	1	1	1	1
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n	27	6	6	9	6
<b>Soziodemografische Angaben zu den entlassenen Patientinnen und Patienten</b>					
Alter der Patientinnen und Patienten (in Jahren)					
MW (SD)	45,0 (30,0)	57,7 (21,3)	60,7 (8,4)	7,7 (5,0)	72,8 (14,3)
Median (Range)	54 (2–96)	69 (24–76)	60 (49–75)	7 (2–19)	73,5 (51–96)
Geschlecht der Patientinnen und Patienten					
Frauen; n	15	5	2	5	3
Männer; n	12	1	4	4	3
Anderes; n	0	0	0	0	0
<b>Höchster schulischer Bildungsabschluss der Patientinnen und Patienten</b>					
noch Schülerin/Schüler; n	0	0	0	-	-
kein Abschluss; n	1	1	0	-	-

<sup>9</sup> Der Kurzfragebogen wurde auf freiwilliger Basis ausgefüllt, weswegen es zu fehlenden Werten kommen kann.

Charakteristika	gesamt <sup>9</sup>	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, elektiv	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten, akut	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
Volks-/Hauptschule oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8./9. Klasse; n	4	0	1	-	-
Mittlere Reife, Realschulabschluss oder Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse; n	7	3	2	-	-
Fachhochschulreife; n	3	1	2	-	-
Hochschulreife; n	10	1	1	-	-
anderer Abschluss; n	1	0	0	-	-

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl

**Patientinnen und Patienten sowie Angehörige in den Einzelinterviews zur Entwicklung der Patientenbefragung (Mai/Juni 2020)**

Für die Entwicklung der Patientenbefragung wurden im Mai/Juni 2020 insgesamt 15 Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie 10 Einzelinterviews mit Angehörigen durchgeführt. Auch hier unterschieden sich die Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten nach geplanten (n = 8) und ungeplanten bzw. akuten Krankenhausbehandlungen (n = 7). Zudem konnten Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf (n = 10) und mit geringem Versorgungsbedarf (n = 5) nach der Entlassung durchgeführt werden. Bei den Angehörigen nahmen fünf Eltern von minderjährigen Patientinnen und Patienten und fünf Angehörige von volljährigen Patientinnen und Patienten teil. Die Hälfte der interviewten Angehörigen gaben demnach an, dass sie ein Kind pflegen (n = 5), 4 Angehörige pflegten ein Elternteil, und eine Angehörige / ein Angehöriger pflegt die Partnerin / den Partner.

Die entlassenen Patientinnen und Patienten waren gemäß Selbstauskunft im Mittel 56,1 Jahre alt und wurden im Durchschnitt nach 7,6 Nächten aus dem Krankenhaus entlassen. Patientinnen und Patienten, bei denen Angehörige die Angaben gemacht haben, waren im Mittel 78,2 Jahre alt und wurden nach durchschnittlich 26 Nächten aus dem Krankenhaus entlassen. Minderjährige Patientinnen und Patienten waren nach den Angaben ihrer Angehörigen im Mittel 7,4 Jahre alt und wurden nach durchschnittlich 31 Nächten entlassen. Wie bei den Fokusgruppen wurden auch hier die meisten Patientinnen und Patienten nach Hause entlassen (n = 23). In eine stationäre Rehabilitationsklinik wurden zwei Patientinnen und Patienten entlassen. Im Mittel wurden die Patientinnen und Patienten bzw. die Angehörigen 6,8 Monate nach ihrer Entlassung interviewt. Angaben zu Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss können Tabelle 7 entnommen werden. Detailliertere Informationen zu den Charakteristika der interviewten Personen finden sich in Tabelle 2 in Anhang B.2.

Tabelle 7: Charakteristika der Patientinnen und Patienten aus den Einzelinterviews zur Entwicklung der Patientenbefragung (Mai/Juni 2020)

Charakteristika	gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n	25	15	5	5
<b>Soziodemografische Angaben zu den entlassenen Patientinnen und Patienten</b>				
Alter der Patientinnen und Patienten (in Jahren)				
MW (SD)	50,8 (25,9)	56,1 (12,3)	7,4 (5,6)	78,2 (8,5)
Median (Range)	58 (3–92)	58 (28–68)	6,0 (3–17)	77,0 (70–92)
Geschlecht der Patientinnen und Patienten				
Frauen; n	12	8	2	2
Männer; n	13	7	3	3
Anderes; n	0	0	0	0
<b>Höchster schulischer Bildungsabschluss der Patientinnen und Patienten</b>				
noch Schülerin/Schüler; n	0	0	-	-
von der Schule abgegangen ohne Abschluss; n	0	0	-	-
Hauptschulabschluss oder Volksschulabschluss; n	0	0	-	-
Realschule / Mittlere Reife; n	6	6	-	-



Charakteristika	gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu minderjährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Angehörigen zu volljährigen Patientinnen und Patienten
Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 8. oder 9. Klasse; n	0	0	-	-
Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse; n	0	0	-	-
Fachhochschulreife, den Abschluss einer Fachoberschule; n	4	4	-	-
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre); n	5	5	-	-
Anderer Schulabschluss	0	0	-	-

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl; DDR = Deutsche Demokratische Republik; EOS = Erweiterte Oberschule

### Beschreibung der Fokusgruppe und Einzelinterviews mit Gesundheitsprofessionen des Entlassmanagements

Im Februar 2019 wurde zur Erstellung des Qualitätsmodells eine Fokusgruppe mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten mit insgesamt fünf Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt (siehe auch Konzeptstudie des IQTIG (2019a: Abschnitt 3.3). Für die Entwicklung der Patientenbefragung konnten im Mai/Juni 2020 insgesamt 18 Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Gesundheitsprofessionen, die am Entlassmanagement beteiligt sind oder Patientinnen und Patienten nach der Entlassung weiterversorgen, durchgeführt werden.

Die stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte aus der Fokusgruppe für die Erstellung des Qualitätsmodells vom Februar 2019 arbeiteten laut freiwilliger Selbstauskunft in den Kurzfragebögen durchschnittlich 19,2 Jahre in ihrem jeweiligen Fachbereich. Vier Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren ausschließlich als Stationsärztin/Stationsarzt bzw. Fachärztin/Facharzt in einem Krankenhaus und eine Teilnehmerin / ein Teilnehmer war zudem als niedergelassene Fachärztin / als niedergelassener Facharzt tätig. Alter und Geschlecht der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte kann Tabelle 8 entnommen werden, eine detaillierte Übersicht der Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppe findet sich in Tabelle 3 in Anhang B.2.

Tabelle 8: Charakteristika der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte der Fokusgruppe zur Erstellung des Qualitätsmodells (Februar 2019)

Charakteristika	stationär tätige Ärztinnen und Ärzte
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n	5
<b>Alter (in Jahren)</b>	
MW (SD)	48,8 (9,4)
Median (Range)	50 (38–60)
<b>Geschlecht</b>	
Frauen; n	3
Männer; n	2
<b>Tätigkeitszeit (in Jahren)</b>	
MW (SD)	19,2 (7,4)
Median (Range)	20 (10–30)
<b>Tätigkeitsbereich</b>	
Stations-, Fachärztin/Facharzt im Krankenhaus; n	4
sowohl Stations-, Fachärztin/-arzt im Krankenhaus als auch niedergelassene/r Fachärztin/-arzt; n	1

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl

Für die Entwicklung der Patientenbefragung wurden im Mai/Juni 2020 insgesamt 18 Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen geführt. Diese Einzelinterviews lassen sich nach stationär und ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen unterscheiden, wobei 10 Einzelinterviews mit stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten, mit Mitarbeitenden des Case- und Entlassmanagement, des Sozialdienstes und der Pflege geführt wurden (Tabelle 9). Mit ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen wurden 8 Einzelinterviews realisiert (Tabelle 10). Die interviewten Personen im stationären Bereich waren gemäß ihrer Selbstauskunft im Mittel 17,0 Jahre in ihrem jeweiligen Fachbereich tätig. Die ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen, welche Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiterversorgen, arbeiteten durchschnittlich 18,6 Jahre in ihrem jeweiligen Tätigkeitsbereich. Als niedergelassene Ärztin / niedergelassener Arzt arbeiteten vier Interviewpersonen. Bei ambulanten Pflegediensten waren drei Interviewte tätig, eine Person arbeitete bei einer stationären Pflegeeinrichtung. Eine detaillierte Übersicht der Charakteristika der stationär und ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen kann Tabelle 4 bzw. Tabelle 5 in Anhang B.2 entnommen werden.

Tabelle 9: Charakteristika der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen aus den Einzelinterviews zur Entwicklung der Patientenbefragung (Mai/Juni 2020)

Charakteristika	Gesamt	Mitarbeitende des Entlassmanagement	Ärztinnen und Ärzte
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n	10	6	4
<b>Alter in Jahren</b>			
MW (SD)	48,7 (7,6)	50,7 (6,7)	45,8 (8,9)
Median (Range)	48,5 (40–60)	52 (41–60)	42 (40–59)
<b>Geschlecht</b>			
Frauen; n	6	5	1
Männer; n	4	1	3
Anderes; n	0	0	0
<b>Tätigkeitszeit (in Jahren)</b>			
MW (SD)	17,0 (8,8)	18,4 (10,7)	15,0 (5,7)
Median (Range)	16,0 (2,3–33)	18,5 (2,3–33)	13,5 (10–23)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl

Tabelle 10: Charakteristika der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen aus den Einzelinterviews zur Entwicklung der Patientenbefragung (Mai/Juni 2020)

Charakteristika	Gesamt	Pflegedienst bzw. (stationäre) Heimversorgung	Ärztinnen und Ärzte
Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer; n	8	4	4
<b>Alter (in Jahren)</b>			
MW (SD)	51,8 (5,5)	50 (6,5)	54,3 (3,2)
Median (Range)	53 (41–58)	51,5 (41–56)	53 (52–58)
<b>Geschlecht</b>			
Frauen; n	5	4	1
Männer; n	3	0	3
Anderes; n	0	0	0
<b>Tätigkeitszeit (in Jahren)</b>			
MW (SD)	18,6 (5,3)	19,8 (7)	18 (3,8)
Median (Range)	20 (10–26)	21,5 (10–26)	19,0 (12–20)

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl

## **Patientenrelevante Themen aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen sowie Gesundheitsprofessionen des Entlassmanagements**

Im Folgenden werden die Themen vorgestellt, die in den Fokusgruppen zur Entwicklung des Qualitätsmodells vom Februar 2019 sowie in den Einzelinterviews zur Entwicklung der Patientenbefragung vom Mai/Juni 2020 diskutiert und von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als bedeutsam für das Entlassmanagement von Patientinnen und Patienten aus einem stationären Krankenhausaufenthalt erachtet wurden. Relevant waren vor allem solche Themen, die von den befragten Patientinnen und Patienten und Angehörigen sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen ähnlich beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinungen darstellten. Die Ergebnisse werden nicht getrennt für die Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen sowie Gesundheitsprofessionen aufgeführt, sondern übergreifend für jeden Qualitätsaspekt der Patientenbefragung dargestellt.<sup>10</sup> Abschließend werden weitere Themen, die entweder nicht durch eine Patientenbefragung abgefragt werden können oder aber keinen diagnose- bzw. therapieübergreifenden Charakter haben und somit nicht weiterverfolgt wurden, zusammengefasst.

### **Entlassplanung**

Ein zentraler Bestandteil der Entlassplanung im Rahmen des Entlassmanagements ist die Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs von Patientinnen und Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus. Ziel ist es, mithilfe eines umfassenden **Assessments** den Grundstein für eine bedarfsgerechte und lückenlose Versorgung zu legen. Aus den Interviews mit Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen geht hervor, dass das Erfragen und Ermitteln der patientenindividuellen Situation zu Hause als essentiell betrachtet wird, um darauf aufbauend notwendige Maßnahmen für eine unterstützende Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus zu identifizieren und zu organisieren. In den Einzelinterviews und Fokusgruppen wurde zunächst deutlich, dass der Bedarf der Patientinnen und Patienten an Maßnahmen zur Nach- und Weiterversorgung vielfältig ist und aus der Sicht der Betroffenen nicht in ausreichendem Maße durch das Krankenhaus erhoben wird. Patientinnen und Patienten berichteten darüber hinaus, dass sie oftmals proaktiv nach Unterstützungsmöglichkeiten für die Zeit nach der Entlassung fragen mussten:

---

<sup>10</sup> Prägnante Aussagen aus den Fokusgruppen (FG) und Einzelinterviews (EI) werden in Form von direkten Zitaten dargestellt. Dabei werden die Zitate der unterschiedlichen Teilnehmergruppen folgendermaßen unterschieden: Patientinnen und Patienten („Pat“), Angehörige („Ang“), Eltern („Elt“), stationär tätige Ärztinnen und Ärzte („stat Arzt), ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte („amb Arzt“), stationär und ambulant tätige Pflegefachkräfte („Pfl“) sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes/Case Managements bzw. Entlassmanagements („Soz“). Zudem wird kenntlich gemacht, ob das Zitat aus den Fokusgruppen zur Erstellung des Qualitätsmodells im Rahmen der Konzeptstudie („FG 2019 Entlass“) oder aus den Einzelinterviews zur Entwicklung der Patientenbefragung („EI 2020 Entlass“) stammt. Die Zitate werden ohne Angabe der Teilnehmerin / des Teilnehmers dargestellt, außer es handelt sich um einen Dialog zwischen Interviewer/Interviewerin („I“) und befragter Person („B“) im Einzelinterviews oder (mehreren) Teilnehmerinnen/Teilnehmern der Fokusgruppen („TN1“, „TN2“ etc.). Gesprächspausen sind in den Zitaten mit (...) gekennzeichnet. Auslassungen von Satzteilen sind in den Zitaten mit [...] dargestellt. Schlüsselsequenzen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders betonten, werden durch Fettung gekennzeichnet.

*Nein. Nein, das hat keinen interessiert, ob da jemand zu Hause auf mich wartet, mich betreuen oder mir helfen kann. Meine Hausärztin hat auch gesagt, dass es unverantwortlich vom Krankenhaus ist, eine Frau in diesem Zustand nach Hause zu schicken, ohne zu wissen, ob da jemand ist. Mit mir hätte jederzeit auch wieder was sein können und ich wäre dann auf mich alleine gestellt gewesen. (EI 2020 Pat Entlass)*

*Im Prinzip hatte ich mir alles, was gefehlt hat, selbst erfragt. Es wurde nichts vom Krankenhaus freiwillig gemacht. (FG 2019 Pat Entlass)*

In der Folge fehlten den Patientinnen und Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus unterstützende Leistungen und Maßnahmen wie beispielsweise eine Haushaltshilfe, eine Kinderbetreuung, das Angebot von Selbsthilfegruppen oder psychologische Betreuungsangebote:

*B: Ja. Ich hätte, eigentlich wollte ich eine Haushaltshilfe. [...]*

*I: Ist das Thema Haushaltshilfe denn ein Thema im Krankenhaus gewesen? Hat man Ihnen das angeraten, hat man Ihnen dazu etwas gesagt?*

*B: Nein. Es hat mich keiner angesprochen. Nein, das wurde nicht gesagt. Nein.*

*I: Wäre das wichtig für Sie gewesen, dass man das Thema mit Ihnen bespricht?*

*B: Das eigentlich ja. [...] Dass ich hätte fragen können, was mir noch an Hilfen zusteht. Das wäre mir eigentlich wichtig gewesen. Weil ich glaube, viele wissen das oft nicht, was einem da zusteht oder was man da bezahlen muss, [...] bei der Krankenkasse. (EI 2020 Pat Entlass)*

In diesem Zusammenhang erwies sich in den Einzelinterviews und Fokusgruppen darüber hinaus das Abklären eines möglichen Unterstützungsbedarfes für den **Transport nach Hause** oder in eine weiterversorgende Einrichtung unmittelbar am Entlasstag für die Patientinnen und Patienten und Angehörigen als bedeutend:

*Man muss sich auch selbst darum bemühen, dass man nach Hause kommt mit dem Krankenwagen. Das muss man auch alleine machen. Das sind alles solche Sachen, die man nur durch Erfahrung mitkriegt. (FG 2019 Pat Entlass)*

Auch in den Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen wurde das Thema „Transport am Entlasstag“ als wichtiger Bestandteil der Entlassplanung genannt. Dabei spielt die zeitliche Abstimmung des Transports eine Rolle bei der Planung. Es wurde von den stationär tätigen Gesundheitsprofessionen als wichtig herausgestellt, dass Patientinnen und Patienten möglichst nicht nach Hause befördert werden, wenn sie sich im Anschluss dort ohne Hilfe nur schwer versorgen können. Erschwert wird eine adäquate Organisation des Transports zusätzlich, wenn Entlassungen mit wenig zeitlichem Vorlauf entschieden werden. So käme es zu (vermeidbaren) Wartezeiten am Entlasstag.

In den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wurde sehr deutlich, dass eine **feste Ansprechperson für Fragen zur Entlassung** während des

Krankenhausaufenthalts für die Betroffenen wichtig ist. Den Befragten zufolge sollten bei dieser Ansprechperson alle relevanten, auf die stationäre und ambulante Behandlung und Entlassung bezogenen Fragen und Themen zusammenfließen, was insbesondere bei komplexen Entlassfällen dringlich erscheint. Dabei ist es für die Patientinnen und Patienten und Angehörigen nicht entscheidend, wer diese Ansprechperson ist (ärztliches/pflegerisches Personal oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes/Case Managements). Vielmehr besteht seitens der Betroffenen der Bedarf nach einer Person, die die jeweils individuelle Entlassplanung überblickt und ggf. die am Entlasstag noch nicht umgesetzten Maßnahmen hinterfragt:

*[...] es fehlt eine Art Kommunikationsstelle, die unabhängig vom normalen, täglichen Ablauf kommuniziert. Selbst bei einem normalen Patienten wie bei meinem Vater hängen ja doch mindestens pro Patient 3 oder 4 weitere Stellen dran – Hausarzt, Facharzt, Pflegedienst, pflegende Angehörige, manche haben auch einen Betreuer, vielleicht auch Kostenträger, Reha und so weiter. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Ich bin mir auch nicht sicher, ob es ein Arzt sein muss, aber so eine Art Kommunikationsbeauftragter, der die Informationen, die es halt so gibt vom Sozialdienst, vom Arzt, vom Pflegedienst, koordiniert. (EI 2020 Ang Entlass)*

Insgesamt wird es für die Patientinnen und Patienten seitens der Gesundheitsprofessionen ebenfalls als sehr wichtig angesehen, dass während des Krankenhausaufenthalts Personen zur Verfügung stehen, die aussagefähig zu Fragen zur Entlassung sind. Auf die Fragen hin, ob Patientinnen und Patienten während ihres stationären Aufenthalts feste Ansprechpersonen für Fragen zur Entlassung und der Zeit nach der Entlassung hätten, kann interviewübergreifend aus der Sicht der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen festgehalten werden, dass sich Patientinnen und Patienten zwar immer an das Personal im Krankenhaus wenden können (Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Sozialdienst), es jedoch selten eine feste Ansprechperson gibt, die den Patientinnen und Patienten als solche kommuniziert wird:

*I: [...] Gibt es denn aber so was wie einen Ansprechpartner, an den sich Patientinnen und Patienten auf jeden Fall wenden können, wenn sie irgendeine Frage in Bezug auf ihre Entlassung und die Zeit danach haben?*

*B: Nein, nicht wirklich. Also, die Patienten können jederzeit zum Sozialdienst gehen oder der Sozialdienst kommt vorbei. Wir stehen jederzeit zur Verfügung, wenn es auch um medizinische Sachen geht. [...] Aber so ein zentrales Büro, wo jemand hingehen kann und fragen kann – Wie ist meine Entlassung? [...] Das gibt es nicht. (EI 2020 stat Arzt Entlass)*

Als besonders hilfreich empfunden wurde in den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen die Beratung durch einen **Sozialdienst des Krankenhauses** insbesondere zu finanziellen und sozialen Anliegen für die Zeit nach der Entlassung. Patientinnen und Patienten haben hier unterschiedliche Erfahrungen bezüglich der Verfügbarkeit eines solchen Sozialdienstes gemacht:

*Beide Krankenhäuser, in denen ich war, hatten jeweils eine eigene Sozialstation. Hätte ich die nicht gehabt, mit der guten Hilfe, die die geleistet haben, dann sähe es heute anders mit mir aus. (FG 2019 Pat Entlass)*

*Das Einzige, was nicht so toll gelaufen ist, war das mit dem Sozialdienst. Ich hatte mehrmals nach dem Sozialdienst gefragt [...] Es war aber kein Sozialdienst bei mir. Ich wusste dann aber schon alles, weil ich es mir selbst rausgesucht hatte. (FG 2019 Pat Entlass)*

Neben dem umfassenden Abfragen des patientenindividuellen Bedarfs für die Zeit nach der Entlassung sind auch das (gemeinsame) Festlegen von **Zielkriterien** für die Entlassung sowie der hiermit eng verknüpfte **Entlasstermin** von hoher Relevanz. Aus den Interviews mit Gesundheitsprofessionen geht hervor, dass sich **Zielvereinbarungen** zum Entlasstag stark an (akut-)klinischen Parametern (Laborwerte, Wundheilung etc.) orientieren. Wenn abzusehen ist, wann gewisse Kriterien erreicht werden, wird der Entlasstermin festgelegt. Auch der Entlassort spielt eine Rolle bei der Definition von Zielvereinbarungen für die Entlassung (z. B. Sicherstellung der Selbstversorgung in der eigenen Häuslichkeit). Aus dem akut-stationären Bereich kommt der Hinweis, dass die Entlassung unmittelbar vom Erreichen bestimmter klinischer Parameter abhängt:

*Na, Patienten können ja grundsätzlich entlassen werden, wenn es keine medizinische Indikation mehr gibt. Dann dürfen, dann müssen die aus dem Krankenhaus raus. [...] Wenn es medizinisch keinen Grund mehr gibt, müssen wir entlassen. Das ist erst mal so diese Formalie, das ist das Rechtliche. (EI 2020 Soz Entlass)*

Das Wissen über Entlasskriterien ist für Patientinnen und Patienten ausschlaggebend dafür, dass sie den auf Basis von medizinischen Gründen geplanten Zeitraum für die Entlassung nachvollziehen können. Hierbei wurde in den Einzelinterviews und Fokusgruppen deutlich, dass nicht allen Patientinnen und Patienten oder Angehörigen die Kriterien, die für die Entlassung relevant sind, bekannt waren, dies für die Betroffenen jedoch wichtig gewesen wäre:

*I: Wurde mit Ihnen so etwas wie Zielvereinbarungen besprochen? Dass Sie, zum Beispiel irgendeinen medizinischen Wert oder irgendetwas erreichen müssen? Wenn man dann sagen kann, man kann entlassen werden?*

*B: (..) Nein, nein, nein.*

*I: Wäre Ihnen so etwas wichtig gewesen, oder hilfreich? Für die Vorbereitung?*

*B: Es wäre hilfreich, wenn man weiß, was wichtig ist. Nicht? (EI 2020 Pat Entlass)*

In den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wurde darüber hinaus ersichtlich, dass sowohl die Patientinnen und Patienten selbst als auch deren Angehörige **rechtzeitig** wissen wollen, für welchen Tag die Entlassung seitens des Krankenhauses geplant wird. Rechtzeitig meint in diesem Zusammenhang aus Patientensicht, dass die Information zum geplanten Zeitraum nicht erst einen Tag zuvor oder gar erst am Tag der



Entlassung erfolgt. Patientinnen und Patienten sowie ggf. Angehörigen ist es wichtig, dass sie ausreichend Zeit haben, sich auf die Entlassung aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Dabei berichteten die befragten Patientinnen und Patienten von unterschiedlichen Erfahrungen hinsichtlich der **Information über den geplanten Entlasstermin sowie den Entlasszeitraum am Tag der Entlassung**. Zeitlich ausreichend vorangekündigte Mitteilungen des Entlasstags kommen genauso vor wie sehr kurzfristige Informationen zum Entlasstag:

*Also ich war schon sehr überrascht, muss ich sagen. Weil, es hieß ja ursprünglich eine Woche. [...] Und das haben die also am Abend vorher noch entschieden, als ich schon längst geschlafen habe, und gesagt, der darf jetzt am nächsten Tag nach Hause gehen. [...] Ich habe keine Ahnung, wann das entschieden worden ist. Da kam dann die Oberschwester ins Zimmer und hat gesagt: „Ja, gute Nachrichten. Sie können heute schon gehen.“ Da habe ich gestaunt. (EI 2020 Pat Entlass)*

Informationen zum Zeitfenster der Entlassung am Entlasstag mussten von den Patientinnen und Patienten oder von den Angehörigen darüber hinaus teilweise proaktiv erfragt werden und konnten letztendlich (seitens des Krankenhauses) nicht eingehalten werden:

*Da wurde mir gesagt, dass sie mit dem Krankentransport im Laufe des Tages nach Hause gebracht wird. Ich habe gesagt, dass ich zwar momentan im Homeoffice arbeite, aber ich möchte schon etwas genauer die Zeit wissen. Da wurde mir gesagt, dass es wahrscheinlich zwischen 9 und 13 Uhr sein wird. Sie ist dann gekommen 15 Uhr. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Und dass gesagt wird, die Entlassung ist jetzt um 14 Uhr oder eben später. Und das nicht gesagt wird, im Laufe des Vormittags. So etwas, zum Beispiel. (EI 2020 Pat Entlass)*

Aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen ist insgesamt und besonders in Bezug auf den Entlasstag ein **frühzeitiger Beginn der Entlassplanung** für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige von hoher Bedeutung. Informationen zur ungefähren Dauer des Aufenthalts bzw. zum Entlasstag seien besonders wichtig. Sowohl in den Einzelinterviews als auch in der Fokusgruppe betonten Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen, dass die Chancen, eine lückenlose Versorgung herzustellen vor dem Hintergrund der immer kürzeren Verweildauer sinken, wenn mit der Planung nicht frühzeitig begonnen wird. Da die Organisation der ambulanten Weiterversorgung einen interdisziplinären und sektorenübergreifenden Charakter hat, sollten auch Patientinnen und Patienten sowie Angehörige frühzeitig über Planungsschritte informiert werden. Aus den Interviews mit Gesundheitsprofessionen geht ergänzend zu den Erfahrungen der Patientinnen und Patienten hervor, dass es hier teilweise Defizite gibt. Patientinnen und Patienten würden von ihrer Entlassung überrascht werden:

*Also in der Regel muss es tatsächlich bei Visite, also bei Visitierung schon dem Patienten gesagt werden: „Ja, gut, der kann am nächsten Tag entlassen werden.“ Das ist natürlich eine Traumvorstellung. Meistens passiert es so, dass plötzlich tagsüber, wenn die sehen, okay, der andere soll bleiben, muss sofort*

*ein Transport bestellt werden für den anderen Patienten. Das kommt leider Gottes sehr oft vor. (EI 2020 Soz Entlass)*

Insgesamt empfinden Patientinnen und Patienten sowie das medizinische Fachpersonal **Wartezeiten** am Entlasstag als unangenehm. Durch eine frühzeitige Planung und das Bereitstellen z. B. der Entlassdokumente und der Entlassmedikation könnten diese mitunter vermieden werden:

*Das hat dann ewig gedauert und dann gab es auch noch einen Stabswechsel. [...] Dann hat er noch Essen bekommen und dann war es ein oder zwei Uhr. Also gefühlt hat die Ausstellung der Papiere oder die Unterschrift von dem Arzt, weil er nicht zu greifen war, sehr lange gedauert. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Man verbringt ja so etwa 3 bis 4 Stunden auf dem Zimmer am Entlassungstag und es passiert nichts. Die Ärzte haben alle zu tun, keiner hat Zeit vorbei zu kommen. Dann ist irgendwann das Kind auch hungrig und genervt und braucht Schlaf, und wir wollen auch so schnell wie möglich nach Hause. (EI 2020 Ang Entlass)*

Übergreifend für den gesamten Planungsprozess zur Entlassung ist aus den Interviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen hervorgegangen, dass der **partizipative Einbezug von Patientinnen und Patienten** sowie der Angehörigen essentiell ist. In den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten finden sich deutliche Hinweise darauf, dass eine aktive Einbeziehung und direkte Erklärung von Entscheidungen zur Entlassung seitens des Krankenhauses stattgefunden haben, wobei der positive Effekt eines solchen partizipativen Umgangs bestätigt wurde:

*Mir sollten nach 14 Tagen dann die Klammern gezogen werden, und da es eine ziemlich große Wunde war, sprach man dann noch mal mit mir, weil ich noch ziemlich starke Schmerzen hatte, und man fragte mich, ob ich damit einverstanden wäre, dass man mich noch 2 Tage länger dortbehält, damit man die Narbe noch einmal begutachten könne. [...] Ich wusste also genau, wann ich aus dem Krankenhaus rauskomme, wenn nicht noch etwas Akutes dazwischengekommen wäre. (FG 2019 Pat Entlass)*

Darüber hinaus zeigen die Einzelinterviews insbesondere mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes/Case Managements, dass die Einbindung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen in interdisziplinärer Form hilfreich dabei ist, die weitere Versorgung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung möglichst passgenau und individuell zu planen:

*Ich rede auch mit den Kindern selbst, um dann auch die Sicht der Angehörigen und der Kinder zu hören. [...] Also wir reden unheimlich viel [...], um zu einem guten Ergebnis zu kommen. [...] Wenn ich mich nur auf das verlassen würde, was die Ärzte mir sagen, würde wahrscheinlich in 50 % der Fälle ein 08/15-Angebot [...] für die rauskommen. Und dann würden die entlassen, und dann würden sie irgendwann wiederkommen. Deshalb nehmen wir/ oder nehme*

*ich mir die Zeit dann auch viel Zeit für die Gespräche, um genau zu hören, was mir die Familien sagen. (EI 2020 Soz Entlass)*

In Bezug auf die Patientinnen und Patienten wurde aus dem Krankenhausalltag berichtet, dass es wichtig sei, gemeinsame Lösungen für die Zeit nach der Entlassung zu finden. Als Beispiele für diese gemeinsame Lösungsfindung wurden das Besprechen des von der Patientin / des Patienten gewünschten Entlassorts (in die eigene Häuslichkeit, Reha-Einrichtung, stationäre Pflegeheime etc.), die Festlegung des Entlasstags oder die Auswahl möglicher Hilfsmittel oder therapeutischer Maßnahmen genannt. Die Angehörigen der Patientinnen und Patienten spielen nach Aussagen der Gesundheitsprofessionen insofern eine wichtige Rolle, als sie (insbesondere bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten) eine wichtige Wissensquelle für den Status quo der aktuellen Versorgung darstellen:

*Wenn der Patient nicht mehr so adäquat ist, dann nehme ich sofort Kontakt mit den Angehörigen auf, um noch mal zu schauen, gibt es wirklich schon einen Pflegegrad? Gibt es jemanden? Und dann dokumentiere ich das alles und sehe ja dann schon: Aha! Patient kann so in die Häuslichkeit zurück, oder ich muss komplett neu gucken. (EI 2020 Soz Entlass)*

Grundsätzlich zeigt sich über die Einzelinterviews hinweg, dass **Angehörige besonders dann einbezogen** werden, wenn es um Fragen der **häuslichen Pflege** nach der Entlassung aus dem Krankenhaus geht. Dies hängt stark damit zusammen, dass Angehörige häufig die Organisation von Unterstützungsleistungen und der Versorgung nach der Entlassung für die Patientinnen und Patienten weiter übernehmen müssen. Aus den Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen geht in diesem Kontext außerdem hervor, dass beim Einbezug der Angehörigen in die Entlassplanung teilweise Überforderungen dieser mit der Versorgung der Patientinnen und Patienten aufgedeckt werden, die aber aus Ressourcengründen im Rahmen des Entlassmanagements kaum adressiert werden können.

### **Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung**

Für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige ist es wichtig, in die Entlassplanung einbezogen zu werden. Aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews geht hervor, dass Information und Aufklärung über mögliche Handlungsoptionen für die Patientinnen und Patienten essentiell zur Teilhabe an Entscheidungen zur Entlassung sind. Zudem sind den Patientinnen und Patienten gemeinsame Absprachen und Entscheidungen mit dem Behandlungsteam wichtig. In den Einzelinterviews und Fokusgruppen wurde zudem deutlich, dass Patientinnen und Patienten wissen möchten, warum sie stationär behandelt werden mussten. Die **Information über die Diagnose** ist für die Betroffenen wichtig, um die sowohl im Krankenhaus durchgeführten Behandlungen als auch die veranlassten poststationären Maßnahmen nachvollziehen zu können. Darüber hinaus hilft das Wissen über die eigene Diagnose sowie deren Symptome und **möglichen Verlauf**, Unsicherheiten hinsichtlich des Genesungsprozesses nach der Entlassung vorzubeugen. Wissen Patientinnen und Patienten sowie Angehörige, was sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erwarten wird und mit welchen möglichen Komplikationen oder Schmerzen sie zu rechnen

haben, sind sie letztendlich besser auf die poststationäre Zeit vorbereitet. Anhand der Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen lässt sich diesbezüglich ein Verbesserungsbedarf feststellen:

*Sie haben zu mir gesagt, dass ich ein Plattenepithel habe und dass man den Tumor suchen muss. Das habe ich nicht so richtig verstanden. Was ist das? Wo kommt das her? Ich habe das dann alles in der Reha erfahren. So gesehen, hätte ich schon mehr Aufklärung gebraucht. [...] Das war alles Neuland für mich. (EI 2020 Pat Entlass)*

*Mir hat es geholfen, so eine Aussicht zu haben, wie lange es nun dauern würde, bis ich wieder arbeitsfähig sein würde. Einfach nur eine grobe Richtung. Es ist ja klar, dass einem das keiner so genau sagen kann. [...] Das wäre aber für mich so etwas gewesen, wo ich mich hätte dran festhalten können. (FG 2019 Pat Entlass)*

Dieses Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Diagnose und eines zu erwartenden Krankheits- bzw. Genesungsverlaufs spiegelt sich darüber hinaus bspw. auch in den Aussagen eines stationär tätigen Arztes. Dabei sind die Informationen besonders relevant, die sich auf den konkreten Alltag der Betroffenen nach der Entlassung beziehen (z. B. der erwartbare Zeitraum körperlicher Einschränkungen):

*Die meisten in unserem Fach wollen natürlich wissen: Wie lange habe ich damit zu tun? Also, wie lange handicapt mich das Ganze? Das ist so das Zentrale erstmal meistens. Wie lange habe ich jetzt mit dem und dem Kram hier Trouble? [...] (EI 2020 stat Arzt Entlass)*

Ebenso wichtig ist es für die Betroffenen, nachvollziehen zu können, welche **Behandlungen** im Krankenhaus durchgeführt wurden, aus welchem Grund und mit welchem Ergebnis. Auch hier berichteten Patientinnen und Patienten von unterschiedlichen Erfahrungen. Während einige von „guter“ Information und Aufklärung berichteten, fehlte es anderen an Informationen über die Behandlungen:

*Ja, sie haben mir die Blutergebnisse erklärt und sie haben am Anfang auch die Diagnose mit mir besprochen. Alles, was sie mir schriftlich gegeben haben, hatten sie mir vorher auch erklärt. (EI 2020 Pat Entlass)*

*[...] zum Beispiel hatte man mir so ein, also nach der OP hatte man hier in der Schulter so einen direkten Zugang mit Schmerzmittel. Und es wurde gesagt, dass der am nächsten Tag raus soll. Es wurde aber nicht gesagt, warum oder weshalb. Es wurde nichts erklärt, es wurde dir mitgeteilt, dass etwas stattfindet, ein MRT oder irgendetwas und dass man dann eben abgeholt würde und so. (EI 2020 Pat Entlass)*

Auch aus ärztlicher Perspektive wird die Bedeutung der individuellen Information über die Behandlung für den weiteren Genesungsverlauf nach der Entlassung betont. Informationen über

Behandlungsergebnisse helfen dabei, die Compliance der Patientinnen und Patienten für die weitere Behandlung zu stärken:

*Was ich damit meine, ist, dass Patienten viel besser verstehen und die Adhärenz auch besser ist, wenn es ihre Bilder aus der Bildgebung sind und ihre fallspezifische Demonstration und ihre Laborwerte. [...] „Hier, das sind Ihre Leberwerte und das sind Ihre Nierenwerte vor 2 Wochen gewesen und das sind Ihre Werte heute.“ Das verstehen sie viel besser und deswegen sage ich: „Deswegen ist es wichtig, dass sie genug trinken.“ [...] Die Leute wollen einen konkreten Bezug und das Konkrete fehlt hier meist. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Neben den Informationen zu den Behandlungen, die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführt wurden, möchten Patientinnen und Patienten sowie Angehörige wissen, welche ambulanten **weiterführenden Behandlungsmaßnahmen** notwendig sind. Dazu zählen Informationen einerseits, bei welchen **Fachärztinnen und -ärzten** die Patientinnen und Patienten weiterbehandelt werden sollen, andererseits sind Zeitfenster wichtig, in denen Patientinnen und Patienten ambulant vorstellig werden sollen:

*Eine gute Entlassung macht aus, dass man aufgeklärt wird, was als nächstes geschehen wird. Der Hinweis, die dementsprechenden Ärzte aufzusuchen. (FG 2019 Pat Entlass)*

Aus den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen ergeben sich Hinweise auf Defizite bezüglich der Information über weiterführende Behandlungsmaßnahmen sowie zur spezifischen fachärztlichen Weiterbehandlung:

*Auf der anderen Seite, war sie [die Hausärztin] eigentlich gar nicht zuständig für mich. Da ich ja eine Wundheilungsstörung hatte, hätte ich einen Wundspezialisten gebraucht. Den musste ich mir aber erstmal selbst suchen. Meine Hausärztin hat mir auch einen empfohlen, aber ich musste da ja erstmal anrufen und einen Termin vereinbaren. Im Krankenhaus hätte denen eigentlich schon klar sein müssen, dass ich einen Spezialisten für Wundheilung benötige und mir meine Hausärztin da auch nicht viel helfen kann. Das ist auch etwas, das besser hätte laufen können. (EI 2020 Pat Entlass)*

*I: Wussten Sie denn, wann Sie zu Ihrem Kardiologen gehen sollten?*

*B: Nein. Ich sollte mir so schnell wie möglich einen Termin geben lassen, aber er hat mir nicht gesagt, wann. (EI 2020 Pat Entlass)*

Aus der Perspektive der Gesundheitsprofessionen wird die Thematik der Information zu ambulanten Facharztbesuchen ebenfalls als sehr relevant für Patientinnen und Patienten erachtet. Ohne solche Informationen könne eine lückenlose Weiterversorgung nicht gewährleistet werden:

*Wichtige Informationen finde ich, wenn es Nachfolgetermine gibt, so wie zum Beispiel Bestrahlungstermine oder Wiedervorstellung zur erneuten Gastro*

*oder unfallchirurgische Termine. Das finde ich ganz wichtig, dass sie das wissen. (EI 2020 Soz Entlass)*

Darüber hinaus erleben Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen ein großes Informationsgefälle und somit Beratungsbedürfnis bei den Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Leistungsspektrums an **Hilfsmitteln**:

*Was das Schlimmste für die Patienten ist, sind die ganzen Dokumente und Verordnungen, Bestelltermine, Zeiträume und das Warum und Wofür. Da geben sie uns das lieber in die Hand und bezahlen das Geld und bekommen die Leistung. Viele kommen wirklich mit diesen komplexen Vorgängen und dem Papierkram nicht mehr klar. (EI 2020 Pfl Entlass)*

Anhand der Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten zeigte sich, dass diese ein Informations- und Beratungsbedürfnis haben, und diesbezüglich teilweise von Defiziten berichten:

*Nein, das haben wir alles selbst organisiert. Also, da haben wir keine Unterstützung bekommen. [...] Ich habe das im Nachhinein erst durch Bekannte erfahren, wo man so Sachen beantragen kann und wie man das alles macht. Das wusste ich ja vorher alles gar nicht. (EI 2020 Ang Entlass)*

In diesem Zusammenhang wurde auch deutlich, dass Patientinnen und Patienten sowie Angehörige über den **Zweck der notwendigen Hilfsmittel** informiert werden sollten. Das folgende Beispiel zeigt, dass dies nicht immer in ausreichendem Maß durchgeführt wird:

*Dann habe ich übrigens noch eine Weste gekriegt, fällt mir ein. Die kann man an Rücken, Po und Schultern einstellen, damit die Wirbelsäule vielleicht ein bisschen gerader gehalten wird. Also, die ziehe ich an, wenn ich im Garten arbeite. Da ändert sich überhaupt nichts. Das ist eigentlich nur belastend, das Ding. [...] Ob ich mit Weste oder ohne Weste. Beim Bücken klemmt sie mich nur noch ein. Aber geholfen hat das nicht. (EI 2020 Pat Entlass)*

Auch bezüglich der **Informationen zu weiterführenden therapeutischen Maßnahmen** berichteten Patientinnen und Patienten Defizite. Beispielsweise wurde berichtet, dass nach der Entlassung Unsicherheit darüber bestand, ob eine Physiotherapie nach Entlassung möglicherweise sinnvoll gewesen wäre. An diesem Beispiel wird ersichtlich, dass ambulante Therapieoptionen im Rahmen des Entlassmanagements nicht immer ausreichend besprochen werden:

*I: Wie sah das denn auch mit anderen Therapien aus, zum Beispiel Physiotherapie? War das ein Thema? [...]*

*B: Nein, überhaupt kein Thema. Wäre auch ganz gut zu wissen, ob ich es brauche und was, in welcher Richtung. Das wäre ganz gut gewesen. [...] (EI 2020 Pat Entlass)*

Die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen schätzen das Informationsbedürfnis der Patientinnen und Patienten hinsichtlich therapeutischer Maßnahmen nach Entlassung unterschiedlich ein. Wenn Patientinnen und Patienten bereits regelmäßige therapeutische Anwendungen haben, ist das Informationsbedürfnis weniger stark ausgeprägt. Allgemein habe

sich darüber hinaus aber gezeigt, dass Patientinnen und Patienten insbesondere zu Fragen zu Rehabilitationsmaßnahmen und anderen Möglichkeiten der Anschlussheilbehandlung haben:

*Die nächsten Fragen, wenn wir jetzt mal die Krebspatienten nehmen, sind zum Thema Anschlussheilbehandlung. Komme ich die Kur? Komme ich vorher nach Hause? [...] Welche Therapien sind notwendig im weiteren Verlauf? Sind Bestrahlung, Chemotherapie oder sonstige weitere Maßnahmen notwendig? (EI 2020 stat Arzt Entlass)*

Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte betonen in diesem Kontext zudem, dass zu selten (entweder in den Entlassdokumenten oder mündlich durch die Patientinnen und Patienten übermittelt) Informationen zu Qualität und Quantität von ambulanten Therapien weitergegeben werden. Auch dies spricht indirekt dafür, dass weiterführende therapeutische Maßnahmen in der Entlassplanung zum Teil nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Zu den Informationen zum Prozess der Entlassung und zu der Zeit nach der Entlassung gehören aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie der Gesundheitsprofessionen auch **das Besprechen finanzieller Aspekte** der weiteren Versorgung. Dabei geht es für die Patientinnen und Patienten insbesondere um das Aufzeigen von Kostenübernahmen, finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten und individuellen Leistungsansprüchen bei den Sozialversicherungen wie bspw. bei Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung sowie anderen Sozialhilfen:

*Es geht ja nicht nur um medizinische Aspekte, sondern auch um finanzielle Aspekte. Man wird ja auch nicht darauf aufmerksam gemacht, dass es die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung gibt. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Also in erster Linie wollen sie wissen, wer sich dann um sie kümmert. Zum Beispiel, wenn jetzt eine pflegerische Versorgung da ist, also der Pflegedienst, wie das ist mit dem Pflegedienst. Wie das aussieht und was das kostet und welche Leistungsansprüche sie haben. Da gibt es zum Beispiel die Pflegeversicherungsleistungen, dass man einen Pflegefall beantragen kann. Diese Fragen stehen im Raum. (EI 2020 Soz Entlass)*

Aus Sicht der Gesundheitsprofessionen sind für die Betroffenen zudem Hinweise zu **ambulanten Beratungsstellen**, an die sich Patientinnen und Patienten (oder auch Angehörige) nach der Entlassung wenden können, wichtig. In diesem Rahmen wurde auf Pflegestützpunkte und andere gemeinnützige Stellen hingewiesen, wo Unterstützung z. B. bei der Beantragung von Hilfen im Rahmen der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung angeboten wird. Gleichzeitig ist es wichtig, neben Beratungsstellen auch **Ansprechpersonen für medizinische Fragestellungen** (innerhalb und/oder außerhalb des Krankenhauses) nach der Entlassung zu nennen. Die Bedeutsamkeit von solchen Ansprechpersonen (auch außerhalb von Notfallsituationen bzw. präventiv um etwaige Notfallsituationen zu vermeiden) wurde sowohl aus Betroffenen- als auch aus der Perspektive von Gesundheitsprofessionen deutlich:

*Vielleicht auch gerne nochmal eine Anlaufstelle, falls der Kinderarzt jetzt nicht erreichbar gewesen wäre und es wäre nachts was gewesen. [...] dass wir uns*

*dann nicht unbedingt vielleicht in die Notaufnahme begeben müssten, sondern dann – das klingt vielleicht jetzt so nach Luxus – aber doch vielleicht nochmal einen direkten Draht zu der Station gehabt hätten, die ihn behandelt hat. Das wäre hilfreich gewesen, vielleicht in Form eines Zettels. Was ist zu tun im Falle einer Problematik? Wenden Sie sich dann bitte an den und den Arzt oder an die und die Station oder wie auch immer. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Nicht fehlen darf ist, dass der Patient weiß, wie es ab dem Tag der Entlassung zu Hause weitergeht. Dass er weiß, wie er zu Hause versorgt ist – sei es mit Medikamenten, sei es mit Hilfsmitteln, und dass er weiß, an wen er sich wenden kann und darf, wenn es irgendwelche Probleme gibt. Wenn der Patient weiß, wo er sich bei einem Problem melden kann, dann geht er mit einem ganz anderen Gefühl nach Hause, als wenn er einfach nur in die freie Wildbahn geschickt wird. (EI 2020 stat Arzt Entlass)*

Die Information zur **ambulanten oder stationären Pflege und (informellen) Pflege durch Dritte** sehen insbesondere die ambulant tätigen Professionen defizitär. Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige wissen zum Teil nicht, wie die pflegerische Versorgung nach der Entlassung langfristig zu organisieren ist. Aus den Aussagen der Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen geht besonders hervor, dass Informationen hier alltagsnah sein müssen, so dass Patientinnen und Patienten sowie Angehörige/Eltern sich den veränderten Alltag nach der Entlassung möglichst realistisch vorstellen können und auf dieser Grundlage informierte Entscheidungen treffen:

*Ganz viel hat man gerade bei Älteren: Oh, Pflegedienst. Ich sage: „Ja.“ „Ja, wer kommt denn?“ Ich sage: „Sie können immer mit vier verschiedenen Kollegen rechnen. Einer morgens, einer abends, Wochenenden.“ Dass die auch das wissen. Oder, dass wir dann auch immer sagen: „Bitte klären Sie Einsatz und Umfang mit den Kollegen vom Pflegedienst.“ Ich kann den zwar bahnen, aber ich kann weder die Uhrzeit bestimmen. Ich kann nicht das ganze Große bestimmen. Ich kann zwar eine Richtung vorgeben, aber das ist ja immer auch mit Kosten verbunden. [...] (EI 2020 Soz Entlass)*

Ein weiterer Punkt im Rahmen von Informationen zum Prozess der Entlassung und der Zeit nach der Entlassung sind Informationen über **Selbsthilfegruppen** oder Angehörigengruppen. Aus Sicht der Gesundheitsprofessionen gehe es dabei darum, Aufklärung darüber zu leisten, welche Selbsthilfegruppe es im Umkreis gibt, was Selbsthilfegruppen leisten bzw. bewirken können. Außerdem können so Vorurteile diesbezüglich abgebaut werden und Betroffene dazu animiert werden, sich selbst zu reflektieren und sich ggf. selbstständig Hilfe bei Selbsthilfegruppen zu suchen:

*Ja, muss ich. Weil – wie gesagt – das wird immer nur im Vorübergehen mal so erwähnt, im Nebensatz. So habe ich jedenfalls den Eindruck. [...] Da wird zu wenig informiert. Gibt es da überhaupt was in meiner Nähe? Oder ist das so eine seltene Selbsthilfegruppe oder Patientenvereinigung, dass ich dazu ins Internet muss? [...] Da sind ganz viele Fragen, die da kommen. Das wird sehr*



*schlecht vorbereitet. Außer vielleicht im Suchtbereich. [...] Also, das klappt schon ganz gut. Aber alles andere, da ist so gut wie gar nichts. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Aus professioneller Sicht ist das Aufklären über Selbsthilfegruppen bislang eher im Bereich der psychischen Erkrankungen und speziell im Suchtbereich verankert. Im Rahmen des Entlassmanagements bestünde aber die Chance, Informationen zu Selbsthilfe- und ähnlichen Gruppen breiter zu streuen.

### **Information und Aufklärung zur Medikation**

In den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen sowie den Gesundheitsprofessionen wurde deutlich, dass Patientinnen und Patienten eindeutige Informationen hinsichtlich ihrer Entlassmedikation brauchen, um nach der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig die Medikamenteneinnahme steuern und kontrollieren zu können. Dies wird von den Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen als ein wichtiger Präventionsfaktor für ungeplante Wiederaufnahmen und Notfallkontakte angesehen. Die zentralen Informationsbedarfe bestehen aus Sicht der Interviewten hinsichtlich der **Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme**, der **Art und Weise**, der **Dauer** und der möglichen **Neben- und Wechselwirkungen** der einzunehmenden Medikamente. Die Erklärungs- und Informationsstrategien seitens der Leistungserbringer zu diesen Themen sollten sich dabei individuell an der Patientin bzw. dem Patienten orientieren. Bei kognitiv-eingeschränkten Menschen müssen aus Sicht der Gesundheitsprofessionen alternative Lösungen gefunden werden, um die Medikamentengabe sicherzustellen, z. B. indem Angehörige geschult werden:

*Also dem Patienten selbst muss man das erklären, welche Medikamente er nehmen muss, was notwendig ist. Dann muss man das sagen, wenn das nicht einmal reicht, dann muss man ihm das dreimal sagen, bis der das versteht. Und wenn der Patient da selbst nicht in der Lage ist, das zu verstehen, dann muss jemand für den Patienten da sein. [...] Und in diesem Fall muss der Patient gar nichts verstehen, da kriegt er alles geliefert und dann kriegt er das von jemand anderem, sodass man sich darauf verlassen kann. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Informationen zum Medikamentenmanagement können bei steigender Anzahl an Präparaten schnell komplex werden. Sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen haben sich das Bereitstellen eines **schriftlichen Medikationsplans**, welcher explizit an Patientinnen und Patienten adressiert ist, sowie das Stellen von Medikamenten in Boxen als hilfreich und somit förderlich für die Medikamentenadhärenz herausgestellt:

*B: Da haben wir richtig einen Plan bekommen, wo draufsteht, was er morgens nimmt und wie viel und/ Das steht immer alles auf dem Plan.*

*I: Hat Ihnen das ausgereicht, das mit dem Plan?*

*B: Also so ein Medikamentenplan ist ausreichend. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Ja, [...] die Krankenschwester, die hat die Medikamente in einer Box für morgens, mittags und abends vorbereitet. Es war idiotensicher, muss ich mal sagen. Diese Tablettenbox war sehr hilfreich. (EI 2020 Ang Entlass)*

Aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews geht hervor, dass Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Informationen über Einnahmeregeln unterschiedliche Erfahrungen machen. Viele Patientinnen und Patienten berichteten, dass sie ausreichend über ihre Medikation durch das Krankenhaus informiert wurden. Einige Patientinnen und Patienten wurden hingegen unzureichend informiert. Beispielsweise wurden keine Informationen zur Art und Weise der Einnahme der Medikamente mündlich mitgeteilt. Patientinnen und Patienten berichteten, dass sie sich diese nach Entlassung aus dem Krankenhaus über den Beipackzettel der Medikamente selbst informieren mussten:

*Also auch diese ganzen Beipackzettel, das war auch für uns danach erstmal so (..) richtige Arbeit so (..) so einzulesen, dass du bei manchen Sachen keine Milch trinken darfst zum Beispiel. Oder dass Kaffee, ich glaube Kaffee, irgendein Medikament unwirksam macht oder die Wirksamkeit verringert, irgendwie so Sachen. (EI 2020 Pat Entlass)*

Darüber hinaus berichteten mehrere Eltern von vagen Informationen zur Medikation, die sie nur in Form des Medikationsplans im Entlassbrief erhalten haben:

*Ja genau. Da steht halt Nurofen Saft und Paracetamol und da stehen dann Angaben dahinter – 5/5/5. Was auch immer das sind, 5ml – keine Ahnung. [...] Oder Paracetamol 1/1/1. Ich meine, das war jetzt nicht sehr hilfreich, was die da hingeschrieben haben. (EI 2020 Elt Entlass)*

Ungenaue Angaben zur Medikation führten zum Teil sogar so weit, dass nach Entlassung aus dem Krankenhaus versehentlich eine Unterdosierung durch die nicht informierten Eltern verabreicht wurde:

*[...] Es ist nicht wie bei einem Antibiotikum, wo Sie lesen 40 mg x 3 und wissen, dass Ihr Kind dreimal pro Tag 40 mg bekommt. Da war aber noch ein Faktor in der Formel angegeben, der wieder in einer Extraspalte stand. [...] Warum hat sich da ein Arzt keine Zeit genommen [...] Man hätte uns ja schon einfach die richtige Menge angeben können anstatt dieser Formel. (EI 2020 Elt Entlass)*

In den Einzelinterviews und Fokusgruppen wurde zudem deutlich, dass Patientinnen und Patienten auch hinsichtlich der Dauer der Einnahme unterschiedlich umfangreich informiert werden:

*Ja, das wurde ständig gesagt. Da wurde mir gesagt, dass die Medikamente eine Dauertherapie für die nächsten 10 Jahre sind. (FG 2019 Pat Entlass)*

*Ach, eigentlich hat man das auch wieder nicht so richtig. Also entweder habe ich das nicht mitgekriegt, weil ich ja (...) ja, aber ich habe es dann eigentlich*

*von meiner Hausärztin gesagt bekommen [...]: Das müssen Sie aber weiternehmen. Sag ich: Ich habe ja auch nichts [keine Medikamente] mitgekriegt [...], aber ein kleiner Hinweis wäre ja vielleicht auch nicht schlecht gewesen. (EI 2020 Pat Entlass)*

Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte bestätigen diese Defizite bezüglich der Information über die Entlassmedikation: Patientinnen und Patienten würden bei ihnen häufig aus Unsicherheit eine Bestätigung der Informationen zur Medikation aus dem Krankenhaus einholen. Eine umfassende (teilweise wiederholte) Aufklärung der Patientinnen und Patienten zur Einnahme der Medikation im Krankenhaus ist daher aus Sicht der Gesundheitsprofessionen von hoher Bedeutung. Das Mitgeben von schriftlichen Informationen zur Medikation unterstützt zudem die korrekte Informationsweitergabe über einzunehmende Medikamente und Medikamentenumstellung zwischen Patientin bzw. Patient und nachsorgendem Leistungserbringer:

*Also die meisten Patienten möchten wissen, wie es weitergeht. Das heißt, sollen sie die Tabletten so nehmen, wie sie im Krankenhausbrief stehen, oder ist das vielleicht schon wieder überholt, weil sie schon gestern entlassen wurden, und ist das okay so? Die wollen von mir quasi oft eine Bestätigung haben, dass das okay so ist, weil die manchmal das Gefühl haben, dass das alles neu ist und auch nicht gut vertragen wird. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Darüber hinaus wurde die Bedeutung der **Informationen zur Notwendigkeit und Wirkung von Medikamenten** aus professioneller Sicht betont. Ein ambulant tätiger Arzt aus dem psychiatrischen Bereich hebt bspw. hervor, dass es äußerst wichtig sei, dass Patientinnen und Patienten verstehen, was z. B. ein Antidepressivum ist und wie es im Körper wirkt:

*Ja, dadurch, dass wir hier in der Psychiatrie sind, ist ja gerade die Aufklärung der Psychopharmakologie ein sehr zentrales Thema. [...] Und wir haben eigentlich von Anfang darauf geachtet, dass der Patient nicht ankommt und in der Ambulanz dann sagt: „Das nehme ich, die rosa Pille, die hilft mir.“ Sondern, dass er genau weiß, was eine Depressivum ist, dass es sein Antidepressivum ist, das wir aus den und den Gründen eingesetzt haben, und dass das die Vor- und Nachteile, beziehungsweise die Wirkungen und Nebenwirkungen sind. Das wird ausführlich besprochen. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Zudem wurde der **Aufklärung über Neben- und Wechselwirkungen** aus der Sicht sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Gesundheitsprofessionen eine große Bedeutung beigegeben. Nebenwirkungen von Medikamenten wie eine verringerte Libido, Gewichtszunahme oder Haarausfall sind aus Betroffenenperspektive sehr sensible Themen, die im Rahmen einer Aufklärung über Medikamente adäquat adressiert werden müssen. In den Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten wurde deutlich, dass ebendiese Informationen zu den Nebenwirkungen und Wechselwirkungen jedoch nicht immer im Rahmen des ärztlichen Aufklärungsgesprächs kommuniziert werden:

*Und natürlich auch Nebenwirkungen und Wechselwirkungen. Das finde ich auch sehr wichtig, da es eigentlich die meisten vernachlässigen, dass sie eigentlich nicht aufklären, was für Wechselwirkungen die Medikamente haben. Es ist eigentlich selten, dass der Arzt nochmal sagt: „Das dürfen Sie aber nicht mit der und der Medikamentengruppe zusammennehmen, weil das und das dann passieren kann.“ Das ist, kommt eigentlich gar nicht vor, dass das gemacht wird. Eher vom Apotheker. (EI 2020 Pat Entlass)*

In diesem Zusammenhang wurde auch ersichtlich, dass ein Gespräch mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt über die bereits bestehende Medikation nicht umfassend stattfindet, weshalb mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten gar nicht erst aufgegriffen werden können:

*I: Das heißt, im Krankenhaus wurden Sie auch nicht darüber informiert, welche Wechselwirkungen und Nebenwirkungen es mit den neuen Medikamenten geben kann?*

*B: Als ich im Krankenhaus war, habe ich gesagt, dass ich Medikamente wegen der Bypässe bekomme, aber es hat mich keiner danach gefragt, welche das sind. (EI 2020 Pat Entlass)*

Aus hausärztlicher Perspektive wird die Erfahrung der Patientinnen und Patienten bezüglich unvollständiger Aufklärung über mögliche Neben- und Wechselwirkungen bestätigt:

*Also, bei bestimmten Medikamentengruppen machen sie es immer. Da wissen die Patienten: Aha, ich nehme jetzt einen neuen Gerinnungshemmer und es kann sein, dass ich jetzt eher blute oder so. Aber bei so alltäglichen Sachen, bei Diuretikum oder irgendwas für den Magen-Darm-Trakt eher nicht so. Da heißt es dann immer: „Das können Sie dann mit Ihrem Hausarzt besprechen.“ Wenn er denn da ist. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

### **Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit**

Für Patientinnen und Patienten sowie für die Angehörigen ist es wichtig, auf die Entlassung und die Zeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus so gut vorbereitet zu sein, dass eine selbstständige Bewältigung des Alltags für die Betroffenen, ohne Unsicherheiten und Ängste, vorstellbar und möglich ist. In diesem Zusammenhang wurde in den Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen deutlich, dass diese sich eine bessere Vorbereitung auf die Zeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus gewünscht hätten. Insbesondere in Bezug auf die medizinische Selbstversorgung, wie z. B. die Wundversorgung, berichteten Patientinnen und Patienten von mangelnder Information:

*Also, Wundversorgung, überhaupt gar nicht. Es wurde halt an dem Mittwoch, wo ich eigentlich hätte entlassen werden sollen, kam nochmal ein Arzt, der auf die Narbe geschaut hat und gesagt hat: „Ja, es sieht normal aus. Alles in Ordnung.“ Aber danach, gar nichts mehr. Also, da habe ich mir dann alles, die Information quasi selber beschafft, was ich mit der Narbe machen soll. Ich*

*habe dann halt meine Frauenärztin angerufen und die gefragt: „Was kann ich noch machen, dass es nicht mehr so weh tut oder schneller abschwillt.“ (EI 2020 Pat Entlass)*

In den Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen wurde zudem deutlich, dass das Wissen der Patientinnen und Patienten bzw. der Angehörigen bezüglich Schulungen und Informationen zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung zu Hause zum Teil vorgeprägt ist. Insbesondere bei elektiven oder wiederholten Eingriffen kennen sich Patientinnen und Patienten sowie Angehörige mitunter bereits gut aus, da sie sich entweder im Vorfeld selbst informiert haben oder auf Erfahrungswissen zurückgreifen. Patientinnen und Patienten, die sich spontanen Eingriffen unterziehen müssen, nach dem Krankenhausaufenthalt einen deutlich schlechteren Gesundheitsstatus haben als zuvor oder neue Diagnosen erhalten, sind hingegen sehr von der Information und Schulung im Krankenhaus abhängig:

*[...] Die operierten Damen aus dem gynäkologischen Bereich haben sich natürlich nicht, bevor sie zu einer OP gehen, sich schon damit beschäftigt, wie sie sich danach verhalten müssen. Die beschäftigen sich erst zur Entlassung selber. Da fehlt mir die Richtungsgebung am meisten – das kann man machen; das sollte man lassen. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Wenn Schulungen und Informationen zur Weiterversorgung nach dem stationären Aufenthalt gegeben werden, müssen sich diese an der Lebensrealität der Betroffenen orientieren, so die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen. Wichtig ist es dabei auch, den Patientinnen und Patienten klar zu machen, welche Hürden die Versorgung in der Häuslichkeit im Vergleich zum Krankenhaus mit sich bringt (z. B. Barrierefreiheit in der eigenen Häuslichkeit):

*Oder was wir auch gerne immer sagen ist: „Denken Sie daran, das ist jetzt die Ist-Situation. Schauen Sie, ob Sie so sich das zu Hause vorstellen können. Und was ist mit 10 Stunden nachts?“ Weil, ein Pflegedienst kann ja am Tag dreibis viermal kommen. [...] Aber was ist, wenn der so immobil ist und allein nachts der Toilettstuhl nicht umsetzbar ist? Und dann merkt man immer, dass da so ein Klick ist und sie sagen: „Ja, Sie haben recht.“ [...] (EI 2020 Soz Entlass)*

Insgesamt berichteten die Vertreterinnen und Vertreter aus dem stationären Sektor, dass Kurse und **Schulungen von den Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen und Eltern** sehr gut angenommen und als große Hilfe und Sicherheit für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt wahrgenommen werden. Gleichzeitig wurde aber auch angemerkt, dass die Betroffenen zu wenig darüber informiert sind, dass es spezielle Kurse und Beratung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung zu Hause gibt.

Aus den Interviews mit stationär tätigen Gesundheitsprofessionen geht hervor, dass Informationen und Schulungen zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung sehr **individualisiert und in einem geschützten Rahmen** stattfinden sollten. Zunächst müsse berücksichtigt werden, dass sich Patientinnen und Patienten sowie Angehörige hinsichtlich der Selbstversorgung unterschiedlich viel zutrauen. Darüber hinaus betreffe die medizinisch-pflegerische Selbstversorgung

in der Regel sehr sensible, intime Bereiche, bei denen Betroffene oftmals Unsicherheiten haben, auf die bei der Schulung und Information eingegangen werden müsse:

*Ja. Unbedingt. Gerade in dem Bereich gibt es die Unsicherheit. Gerade was die Themen Inkontinenz und Stoma angeht, weil das eine ganz extrem hohe psychische Belastung für die Patienten ist, aber auch für die Bezugspersonen, weil es auch einfach sehr schambelastet ist. Da ist es einfach ganz wichtig, dass da jemand vom Fach kommt und da wirklich zu Hause noch mal mit da ist und das auch anleitet und begleitet für eine gewisse Zeit. Patienten haben dann auch Sorgen, das Haus zu verlassen. Da gibt es dann ganz schwerwiegende Beeinträchtigungen, die das soziale Umfeld auch betreffen oder auch die Mobilität und die Möglichkeit der Patienten, sich frei zu bewegen. (EI 2020 Soz Entlass)*

Patientinnen und Patienten äußerten in den Fokusgruppen und Einzelinterviews zudem den Bedarf nach Information und praktischen Schulungen, welche über die **unmittelbare medizinisch-pflegerische Selbstversorgung hinausgehen**. Diese Themenbereiche werden auch von den interviewten Gesundheitsprofessionen angesprochen. Zum einen ist es für Patientinnen und Patienten wichtig, im Umgang mit Hilfsmitteln geschult zu werden. Zum anderen sind ihnen indikationsspezifische Übungen bei somatischen Erkrankungen z. B. zum Muskelaufbau wichtig. Auch hier wurde an den Aussagen der Gesundheitsprofessionen sowie Patientinnen und Patienten und Angehörigen deutlich, dass die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen muss und diese durch Information und Schulungen in ihrer Selbstständigkeit und Autonomie befähigt werden sollen:

*Sofern der Patient irgendwie in irgendeiner Weise die Kraft noch aufbringen kann, dass er einen kurzen Moment noch stehen kann, dann wünschte ich mir, sie würden diesen Transfer vom Rollstuhl ins Bett üben oder den Transfer diesen Transfer vom Rollstuhl ins Bett üben oder den Transfer vom Rollstuhl auf den Toilettenstuhl oder auf die Toilette. Das ist wichtig. [...] Und sie wissen ja auch nicht, dass es so ein Transferbrettchen gibt, oder ein Rutschbrettchen, oder ein Drehbrettchen. (EI 2020 Pfl Entlass)*

*Sie muss Thrombosestrümpfe tragen. Da ist eine junge Frau gekommen – wissen Sie da hätte ich auch ein Buch aufschlagen und das vorlesen. Es war ein junges Mädchen, die sich gar nicht in die Situation der älteren Menschen rein-denken kann. Auch die räumliche Situation wurde nicht berücksichtigt. Ich bin dann zu einer Apothekerin gegangen und habe gefragt, wie das ist mit den Strümpfen. [...] Ich habe mir wieder die Unterstützung geholt. Da hätte ich mir mehr Unterstützung gewünscht. (EI 2020 Ang Entlass)*

Darüber hinaus sind **Verhaltensregeln** zu Bewegung, Ernährung oder Hygiene etc. für die Zeit nach der Entlassung für die Patientinnen und Patienten von besonderer Relevanz. In den Fokusgruppen und Einzelinterviews fordern Patientinnen und Patienten sowie Angehörige mehr und explizite Informationen seitens des Krankenhauses. Aus den Interviews geht hervor, dass viele Patientinnen und Patienten bzw. Angehörige solche Informationen proaktiv erfragen mussten:

*Mir fehlten letztlich ein paar (...) Also ich habe denen Löcher in den Bauch gefragt und habe mir schon so etwas wie eine Checkliste im Handy angelegt. Immer wenn mir etwas einfiel, damit ich das bloß nicht vergesse zu fragen, wenn man die Ärzte dann mal sieht. Von wegen: Ab wann darf ich wieder heben? Ab wann darf ich wieder duschen? Ab wann darf ich Sport machen? Also, da hätte ich mir gewünscht, dass da proaktiv ein bisschen mehr Information gekommen wäre. (EI 2020 Pat Entlass)*

*Nein. Sie hat eh am Anfang so Breikost gehabt. Ja und Joghurt hat sie halt immer gern gegessen. Und so was halt. Aber eine Ernährungsberatung war jetzt auch keine da. Das wäre vielleicht auch noch gut gewesen. Auch wegen ihres Diabetes. Es wäre schon gut gewesen, so eine Ernährungsberatung. Für mich auch, wegen des Kochens für sie und wegen des Einkaufens. (EI 2020 Ang Entlass)*

Ambulant tätige Gesundheitsprofessionen betonen darüber hinaus, dass Verhaltensregeln nah am Alltag der Patientinnen und Patienten sein müssen:

*Fehlen tut mir ein bisschen, dass der Frau eine Richtlinie an die Hand gegeben wird, wie sie sich zu verhalten hat, wenn sie wieder in ihrem häuslichen Umfeld ist, was sie beachten muss; o, dass alles gut verheilt und gut ausgeht. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Bei spezifischen Indikationen kann es zudem hilfreich sein, Broschüren und Flyer auszugeben, die grundsätzliche Verhaltensregeln beinhalten. Dies erfolgt allerdings auf freiwilliger Basis des Krankenhauses:

*Für die unterschiedlichen Indikationen haben wir selbsterarbeitete Informationsszettel oder Broschüren. Da steht dann zum Beispiel drin, dass sie nach einer Prostataoperation Saunagänge oder Vollbäder vermeiden sollen. So etwas bekommen die Patienten mit nach Hause, zusätzlich zum Arztbrief. (EI 2020 stat Arzt Entlass)*

Ein sehr wichtiger Punkt bei der Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit ist die **Aufklärung zum Erkennen und Verhalten bei Komplikationen**. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Gesundheitsprofessionen berichteten, dass Schwierigkeiten bei der Interpretation der Information auftreten:

*Andere wichtige Fragen sind: Was ist normal an Blutungsstärke? Was ist normal an Schmerzentwicklung? (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

*Ja, ich mir zum Beispiel gewünscht, einen Vergleich zu haben. Wie sieht eine gute Wunde aus? Wie sieht eine schlechte aus? Dass ich das unterscheiden kann. Also, ich erläutere das kurz. Diese Narben waren dunkelrot, also schon beinah weinrot, und ich wusste nicht, liegt das jetzt daran, dass es eine frische Narbe ist, oder bildet sich darunter eine Entzündung? Da war ich mir etwas*

*unsicher, [...] Man ist ja Laie und kennt sich damit nicht so aus. Ja, das wäre schon hilfreich gewesen. (EI 2020 Ang Entlass)*

Neben dem Erkennen ist auch das Verhalten entscheidend. Patientinnen und Patienten müssen darin geschult werden, selbst zu entscheiden, ob medizinischer Rat bzw. Hilfe notwendig ist und wenn ja, welche Anlaufstelle die richtig ist. Für unterschiedliche Szenarien sollten daher Notfallnummern und -adressen ausgehändigt werden:

*Das kam mir erst zu Hause die Frage, wie seht denn jetzt eine gute Wunde aus [...]? Da war dann halt schon die Frage: An wen kann ich mich denn jetzt wenden? (EI 2020 Ang Entlass)*

*Da wird es dann durch Unwissenheit verschleppt oder weil nicht richtig darauf geachtet wird. Die Frau denkt vielleicht, sie bespricht es beim nächsten Termin in 2 Wochen. Manche trauen sich auch nicht anzurufen, andere wissen nicht, dass es dringend notwendig wäre. Je früher man dann interveniert, desto besser ist es natürlich. Wenn da ein bisschen mehr Wissen da wäre, dann könnte man ein paar Sachen schon vorher abfangen. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

### **Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

Um eine **lückenlose Versorgung** der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu gewährleisten, müssen im Rahmen des Assessments geplante Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung auch in die Praxis umgesetzt werden. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen und der Gesundheitsprofessionen bestehen in diesem Schritt Defizite: Therapien, Hilfsmittel oder andere Leistungen werden durch das Krankenhaus oftmals nur „empfohlen“. Eine Umsetzung durch das Ausstellen von Rezepten und Verordnungen bleibt oft aus. Im Folgenden soll die Organisation und Umsetzung einzelner Maßnahmen und Versorgungsbestandteile spezifischer betrachtet werden. **Facharztbesuche bei weiterbehandelnden Leistungserbringern** werden eher in Ausnahmefällen durch das Krankenhaus organisiert. In den Einzelinterviews mit Gesundheitsprofessionen wurde hierfür ein erheblicher Unterstützungsbedarf betont, bspw. bei Personen mit hohem Pflegegrad oder in Angehörigenkonstellationen, wo Grund zur Annahme besteht, dass sich um weiterführende Facharzttermine nicht gekümmert wird. Zum Teil wird die Organisation von Facharztbesuchen durch das Krankenhaus von stationär tätigen Gesundheitsprofessionen auch gänzlich aus Ressourcengründen ausgeschlossen:

*Es werden keine Termine vereinbart. Wenn Termine vereinbart werden, dann bei uns [im Krankenhaus], wenn ambulante Kontrollen notwendig sind oder zur Schlauchentfernung und ähnliches. Um Termine bei Fachärzten müssen sich die Patienten selbst kümmern. (EI 2020 stat Arzt Entlass)*

An der Aussage einer Mitarbeiterin des Sozialdienstes wurde deutlich, dass der Übergang von der stationären Versorgung zum ambulanten Nachsorgenden aufgrund mangelnder, verbindlicher Kommunikation zur Sollbruchstelle wird:



*In dem Moment, wo die zu Hause sind, ist die komplett abgerissen. Da wird vielleicht noch ein Kontrolltermin in drei, vier Wochen vereinbart, um vielleicht noch mal auf die Wunde zu gucken oder noch mal ein Röntgen vom Knochen zu machen im Krankenhaus. Das gibt es mal. Wird aber auch gerne ambulant dann weitergemacht. Das natürlich aus Kostengründen. Das ist ja auch in Ordnung. Nur diese Kommunikation, das ist eine echte Bruchstelle, eine Sollbruchstelle eigentlich fast. (EI 2020 Soz Entlass)*

Der Großteil der Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen und Einzelinterviews berichtet davon, Anschlusstermine bei niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten bzw. Fachärztinnen und Fachärzten nach Entlassung aus dem Krankenhaus überwiegend selbst vereinbart und diesbezüglich keine Unterstützung durch das Krankenhaus erhalten zu haben. Vor allem mit Bezug auf die Terminierung bei den Fachärztinnen und -ärzten wurde die fehlenden Unterstützung von den Betroffenen als nachteilig bewertet und die Vermutung geäußert, dass durch das Krankenhaus eventuell zügiger Termine hätten vereinbart werden können:

*Also es war schwer da [...], den Termin so schnell zu kriegen. [...] Wenn das Krankenhaus vielleicht so einen Termin macht und bei dem Arzt anrufen und sagen [könnte], hier, das ist notwendig oder es müsste schnell gehandelt werden, dann könnte ich mir vorstellen, dass das mehr Gewicht [hat], als wenn ich da jetzt anrufe. Das fände ich gut. (EI 2020 Pat Entlass)*

Zur Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung gehört auch das **Sicherstellen der medikamentösen Versorgung** direkt nach der Entlassung. Patientinnen und Patienten sowie Angehörige empfinden eine Mitgabe von Medikamenten zumindest für die ersten drei Tage als sehr hilfreich. Patientinnen und Patienten, denen keine Medikamente mitgegeben wurden, erhielten stattdessen ein Rezept vom Krankenhaus am Entlasstag. Vereinzelt wurde in den Fokusgruppen und Einzelinterviews von fehlenden Medikamenten oder Rezepten am Tag der Entlassung berichtet. Dies ist aus Sicht der Patientinnen und Patienten vor allem dann problematisch, wenn im Krankenhaus besonders starke Schmerzmittel verabreicht wurden und die Betroffenen am Tag der Entlassung keine Möglichkeit haben, ein Rezept bei der zuständigen Hausärztin bzw. dem zuständigen Hausarzt zu holen:

*I: Auch kein Rezept, dass Sie sich das im Notfall hätten holen können?*

*B: Nein, nein. Das musste mein Hausarzt machen. Ich bin einen Freitag entlassen worden und habe das Wochenende einen kalten Entzug durchlebt. Das ist ganz schlecht gelöst. [...] Am Montag, als ich zum Arzt bin, hatte ich immer noch totale Entzugserscheinungen. [...] Das ist etwas, das in Krankenhäusern definitiv besser gelöst werden muss. (EI 2020 Pat Entlass)*

Unter den Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen gibt es zur Sicherstellung der medikamentösen Versorgung unterschiedliche Erfahrungen. Teilweise funktionieren die Mitgabe von Medikamenten für die ersten Tage nach der Entlassung gut, manche Patientinnen und Patienten werden aber auch gänzlich ohne Medikamente entlassen und müssen umgehend Rezepte bei der niedergelassenen Fachärztin / beim niedergelassenen Facharzt besorgen. Das

direkte Ausstellen von Rezepten im Krankenhaus wird laut Gesundheitsprofessionen im Krankenhaus kaum durchgeführt. Defizite werden sowohl aus der Sicht der Patientinnen und Patienten als auch der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen hinsichtlich der Mitgabe von medizinischen Materialien wie Verbandszeug gesehen:

*Es wäre schön gewesen, wenn ich so ein bisschen Duschpflaster oder so etwas für die ersten drei, vier Tage vielleicht mal mitbekommen hätte, dass ich dann nicht direkt in die Apotheke rennen (...) ja rennen muss, soweit es möglich ist. Weil: Autofahren ging ja noch nicht. Das war halt schon blöd, dass ich da total in der Abhängigkeit war, zu Hause. Und dadurch, dass ich eben noch nicht so schwer tragen durfte, war ich auch wirklich sehr auf Unterstützung zu Hause noch angewiesen. (EI 2020 Pat Entlass)*

*Genau, mit den Medikamenten hapert es, oder aber auch, weil ich ja auch viel mit Wunden zu tun habe – [...] ich erlebe dann auch trotzdem, da könnte man zum Beispiel auch mal, wenn eine Tamponade benötigt wird, die Wundauflagen mitgeben. Sei es dann auch, meistens wird es ja zwischen zwei und vier Tagen gewechselt, je nach Verband, dann auch dafür bitte mitgeben. (EI 2020 Pfl Entlass)*

Interviewübergreifend lässt sich demnach festhalten, dass die Mitgabe von Medikamenten sowie das Stellen von medizinischem Material in den ersten Tagen nach der Entlassung für Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz ist. Ein weiterer Aspekt zur Sicherstellung der medikamentösen Versorgung ist auch die Information für Patientinnen und Patienten, an wen sie sich bei Fragen zu Medikamenten und zur Beschaffung dieser wenden können:

*Für die Patienten ist es wichtig, dass sie wissen, wie es weitergeht; dass sie wissen wie sie nach dem stationären Aufenthalt versorgt sind; dass sie wissen, wo sie sich hinwenden können in Bezug auf Medikamente, gerade wenn es um Schmerzmedikamente geht, damit die Versorgung der Medikamente lückenlos passieren kann und der Übergang in die ambulante Versorgung, so dass die Patienten da entsprechend angebunden sind. (EI 2020 stat Arzt Entlass)*

Aus der Sicht der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte gibt es darüber hinaus (wie bereits im Rahmen der Entlassplanung thematisiert) Defizite bei der **Verordnung von Therapien** (z. B. Physio-, Ergo-, Soziotherapien). Auch hier finden sich Hinweise in den Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsprofessionen, dass im Krankenhaus sinnvolle ambulante Therapien empfohlen werden, für die Patientinnen und Patienten jedoch keine Verordnungen erhalten, die sie direkt bei Therapeutinnen/Therapeuten einlösen können.

Im Gegensatz hierzu funktionieren die für Patientinnen und Patienten ebenfalls wichtige **Unterstützung bei Antragsstellung auf Rehabilitation und Anschlussheilbehandlungen** durch die Krankenhäuser aus Sicht der Gesundheitsprofessionen gut. Als problematisch wird hier nicht die Organisationsstruktur gesehen, sondern die Tatsache, dass Rehabilitation für viele Indikationen nicht obligatorisch und somit schwieriger zu beantragen sei:

*I: Sind Reha-Maßnahmen ein Thema für Ihre Patientinnen?*

*B: Bei den onkologischen Patienten auf jeden Fall und das klappt auch sehr gut. Da gibt es keine Kritik meinerseits. Die Reha-Plätze sind organisiert. Das funktioniert gut. Das bezieht sich aber nur auf die onkologischen Patienten und dann auch nur für die typische Brustkrebspatientin, die OP, Bestrahlung und Chemotherapie hinter sich hat. Für eine Hysterektomie-Patientin gibt es in der Regel keine Reha. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Patientinnen und Patienten sowie Angehörige berichteten diesbezüglich von unterschiedlichen, sowohl positiven als auch negativen Erfahrungen. In Teilen haben Hilfestellungen bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen durch das Krankenhaus bis zum Tag der Entlassung gänzlich gefehlt oder waren für die Betroffenen nur schwer zu erhalten:

*Und die Reha, war noch überhaupt nicht beantragt, von niemandem. Und eine Krankenschwester hat mir dann geholfen, hat mir den Weg gezeigt zu demjenigen, der dort im Haus für Reha zuständig ist. Und das hat dann noch geklappt, weil ich dann mit Sack und Pack quer durch das Krankenhaus dann dort hingelaufen bin. (EI 2020 Pat Entlass)*

Ähnlich problematisch wird die Ausstellung von **Verordnungen für Hilfsmittel** gesehen. Auch hier finden sich Hinweise in den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsprofessionen darauf, dass durch das Krankenhaus eher Empfehlungen ausgesprochen würden als direkt einzulösende Verordnungen bspw. bei Sanitätshäusern ausgehändigt werden.

Ein weiteres Problem bei der Organisation von Hilfsmitteln zum Entlasstag trete insbesondere aus der Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialdienste dann auf, wenn Verordnungen erst am Ende des Krankenhausaufenthalts ausgestellt werden. Dies erschwere ein **Bereitstellen der Hilfsmittel am Tag der Entlassung**, da die Zeitfenster für Beantragung und Lieferung zu klein werden:

*Und wenn es darum geht zu gucken, was man optimieren könnte am Thema Entlassmanagement, dann wäre das ein großer Bereich, wo man gucken müsste, dass das reibungsloser gestaltet werden kann, damit der Patient dann wirklich auch passgenau sein Hilfsmittel zur geplanten Entlassung bekommt. Problematisch ist, [...] dass die Verordnung zum Entlasstag ausgestellt werden soll. Und das ist natürlich viel zu spät. Weil, wenn ich am Entlassungstag erst die Verordnung ausstellen kann, kann das Hilfsmittel ja noch gar nicht da sein. [...] (EI 2020 Soz Entlass)*

Warte- bzw. Überbrückungszeiträume zwischen Entlassung und Bereitstehen der Hilfsmittel in der Häuslichkeit werden auch von Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen berichtet:

*I: Wie war es, als Ihr Vater aus dem Krankenhaus entlassen wurde – mit dem Toilettensitz zum Beispiel und dem Pflegedienst, der geholfen hat? War das alles ab dem Tag der Entlassung zu Hause vorhanden?*

B: Nein.

I: Wie lange mussten Sie noch warten?

B: Zwei oder drei Tage. (EI 2020 Ang Entlass)

Ähnliche Defizite werden darüber hinaus bei der **Verordnung und Organisation von häuslicher Krankenpflege** gesehen. An dieser Stelle ist allerdings zu betonen, dass die Gesundheitsprofessionen in den Interviews darauf hinweisen, dass die Organisation von ambulanter Pflege maßgeblich durch den Mangel an ambulant tätigem Pflegepersonal erschwert wird.

Als problematisch insbesondere seitens der ambulanten Leistungserbringer wird hervorgehoben, dass **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen** nicht routinemäßig am Entlasstag ausgestellt werden, obwohl dies durch die Krankenhäuser leistbar wäre. Patientinnen und Patienten sind dadurch häufig gezwungen, aufgrund der Arbeitsunfähigkeit die niedergelassene Fachärztin / den niedergelassenen Facharzt aufzusuchen, was als vermeidbarer Stressfaktor für Patientinnen und Patienten sowie Mehraufwand für die ambulanten Leistungserbringer angesehen wird:

*Es ist eigentlich vorgeschrieben, dass das Krankenhaus zu den Entlassungspapieren den Frauen auch eine Krankschrift mitgibt. Es ist furchtbar, dass man nach so einer OP, wo man sich auf zu Hause freut, nochmal zu seinem Gynäkologen muss – nochmal Parkplatz suchen, Treppen laufen und nochmal im Warteraum warten, nur um so einen gelben Zettel bekommen. Den kann man doch auch gleich mitgeben. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Patientinnen und Patienten in den Einzelinterviews berichteten, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nicht regelhaft mitgegeben werden. Darüber hinaus zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten am Ende ihres Krankenhausaufenthalts häufig selbst sicherstellen müssen, dass sie relevante Dokumente, wie die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten haben:

*Es gab auf mein Verlangen dann eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. (EI 2020 Pat Entlass)*

Brauchen Patientinnen und Patienten am Tag der Entlassung einen **Krankentransport** nach Hause oder in eine weiterversorgende Einrichtung, ist die Organisation dieser Beförderung durch das Krankenhaus für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige sehr wichtig und wird als sehr unterstützend empfunden:

*Aufgrund der Erkrankung war sie sehr hilflos und eingesunken. [...] So konnte ich hinten bei ihr sitzen und mich um sie kümmern. Das war sehr angenehm. Sie haben auch die Termine mit dem Taxiunternehmen gemacht. Das hat gut funktioniert und hat mir viel geholfen. Das fand ich unterstützend. (EI 2020 Ang Entlass)*

## Entlassgespräch

In den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie in den Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen wurde deutlich, dass ein **abschließendes Gespräch die Möglichkeit bietet, letzte Fragen der Patientinnen und Patienten zu klären**. Zudem erfüllen Entlassgespräche die Funktion, den stationären Aufenthalt, Informationen zum Selbstmanagement sowie die geplanten Maßnahmen zur weiteren Versorgung zusammenzufassen.

Aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews geht hervor, dass Patientinnen und Patienten ein abschließendes Gespräch am Tag der Entlassung zu Themen der Entlassung in einer geschützten Atmosphäre sehr wichtig finden:

*Ich hätte mir gewünscht, dass man zum Beispiel am Tag der Entlassung, dass jemand, der sich wirklich mit der Überlegung befasst hat [...], sich eine halbe Stunde für uns einfach die Zeit nimmt und sich mit uns zusammen hinsetzt und uns sagt: „Das ist jetzt hier das Medikament für dieses Ziel und das hier ist das andere und das sind Mengen.“ Und, dass das Ganze nicht einfach so nebenbei gemacht wird. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Dann hatten wir das Gespräch, das war jetzt auch nicht mit Zeitdruck oder so. Er konnte auch noch mal Sachen fragen, was immer ein bisschen dauert, bis er so seine Frage anbringt und es auch verstanden hat oder die Antwort gekriegt hat und die verstanden hat. Aber das war auch alles ohne Zeitdruck und das finde ich immer sehr wichtig, dass das so ohne Druck ist. Das lief also hervorragend. (EI 2020 Ang Entlass)*

Aus den Interviews mit den stationär tätigen Gesundheitsprofessionen geht hervor, dass ein abschließendes Gespräch nicht obligatorisch stattfindet. Es gibt stationär tätige Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen, die berichteten, dass ein abschließendes Gespräch zum Standardprozedere während eines Krankenhausaufenthalts gehöre, gleichzeitig wurde berichtet, dass Entlassgespräche je nach Komplexität des Falls durchgeführt würden oder aber nicht notwendig seien, da alle relevanten Informationen z. B. bei Visiten mitgeteilt würden:

*I: Werden denn noch Entlassgespräche geführt? Im Rahmen der Visite oder gibt es da gesonderte Termine dafür?*

*B: Nein, das erfolgt alles im Rahmen der Visite. Das ist in so in einem Akut-Haus und bei so einem Durchlauf – da kommt man an seine Grenzen. Wir haben eine große 30-Betten-Station. Wenn Sie die jeden Tag zur Hälfte leeren – das geht gar nicht. [...] Also da geht Theorie und Praxis für mich sehr weit auseinander. Na also das erfolgt alles im Rahmen der Visite. Und wenn der Patient sagt, er wünscht aber noch mal ein ausführliches Gespräch, dann bekommt der Arzt die Information und dann wird noch mal hingegangen. (EI 2020 Soz Entlass)*

## Entlassdokumente

Der **Entlassbrief** ist das wichtigste Informationsmedium zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern und hat einen maßgeblichen Einfluss auf die adäquate poststationäre Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten. Durch die interviewten Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen kann konstatiert werden, dass Patienten in der Regel am Ende ihres stationären Aufenthalts zumindest eine vorläufige Version dieses Entlassbriefs erhalten. Teilweise wird im Krankenhaus auch direkt eine Version des Entlassbriefs an die oder den ambulant weiterbehandelnde(n) Ärztin oder Arzt verschickt. Diesbezüglich wird seitens der Gesundheitsprofessionen kein Defizit im Versorgungsalltag gesehen.

Aus den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen ergibt sich teilweise ein anderes Bild: Größtenteils berichteten die Patientinnen und Patienten, am Tag ihrer Entlassung zwar entweder einen vorläufigen oder endgültigen Entlassbrief vom Krankenhaus erhalten zu haben. Es gibt jedoch auch Fälle, bei denen die Ausstellung und Übergabe eines Entlassbriefs am Tag der Entlassung gänzlich entfallen ist und dieser erst später postalisch zugestellt wurde:

*B: Die Abschlussberichte der Ärzte sind erst im Nachhinein erstellt worden und dann postalisch zu uns nach Hause gekommen.*

*I: Das heißt, Sie sind ohne Brief nach Hause gegangen?*

*B: Ja, ohne Brief, aber es gab nochmal ein Abschlussgespräch, in dem gesagt wurde, dass sie sehr zufrieden waren und dass alles gut aussieht. Ein paar Tage später war der Brief dann auch da. (EI 2020 Elt Entlass)*

Interviewübergreifend zeigt sich, dass es sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten als auch aus Sicht der Gesundheitsprofessionen unterschiedliche Konzepte und Vorstellungen zum Umgang mit Entlassdokumenten, speziell dem Entlassbrief, gibt. Während ein Teil der Patientinnen und Patienten für sich den Anspruch entwickelt, die im Entlassbrief enthaltenen Informationen einsehen, verstehen und besprechen zu wollen, besteht für den anderen Teil der Betroffenen die Aufgabe alleine darin, den Brief an die weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte zu überreichen. Insofern existieren hier unterschiedliche Erwartungshaltungen und Wünsche bei den Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Form und des Besprechens des Entlassbriefs:

*I: Erleben Sie denn häufig Patienten, die fragen, was denn im Entlassbrief stand?*

*B: Ja, oft habe ich den, wenn es ambulant ist, auch vorgelesen. (EI 2020 Pfl Entlass)*

Auch aus der Perspektive der Gesundheitsprofessionen, sowohl ambulant als auch stationär, gibt es zudem unterschiedliche Auffassungen über die Funktion des Entlassbriefs und den damit verbundenen Einbezug der Patientinnen und Patienten. Einerseits zeigt sich in den Fokusgruppen und Einzelinterviews die Haltung der Gesundheitsprofessionen, der Entlassbrief fungiere als reines Informationsmedium zwischen den Leistungserbringern. Hiermit einher geht, dass Inhalte

der Entlassdokumente nicht für Patientinnen und Patienten verständlich sein müssen, da diese explizit keine Adressaten sind:

*I: Aber grundsätzlich die Informationen, die in einem Arztbrief drinstehen, würden Sie schon sagen, dass Patienten das erklärt bekommen sollten?*

*B: Nein, sie müssen es nicht erklärt bekommen. Manche wollen es ja auch gar nicht wissen. [...] Ich hoffe, dass die stationären Kollegen das immer noch so machen, dass sie sagen: „Okay. Wir haben jetzt das und das bei Ihnen gemacht. [...] Haben Sie weitere Fragen?“ So. Und dann muss der Patient fragen dürfen. Das ist das Allerwichtigste. Das ist bei mir in der Praxis genauso. Aber ich werde nicht anfangen, jemandem den kompletten Ablauf im Krankenhaus zu erklären, der es A) nicht wissen will und B) auch gar keine Möglichkeit hat, es zu verstehen. [...] (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Andererseits wurde in den Einzelinterviews mit Gesundheitsprofessionen auch berichtet, dass der Entlassbrief durchaus patientenrelevante Informationen wie z. B. Notfallkontakte enthalten kann und eine eigene Ausführung der Unterlagen für die Patientinnen und Patienten mitgegeben wird:

*Und dann bekommt der, wenn ich alle Papiere zusammen habe, den Arztbrief, den Überleitungsbogen, wenn er den braucht, eventuell ein Rezept für die Medikamente, dann bekommt er in unserem Fall noch mal extra ausgedruckt alle Laborbefunde, die Untersuchungsbefunde, das machen wir auch alles in doppelter Ausführung, einmal für den Patienten, einmal für den Arzt. (EI 2020 Soz Entlass)*

*Im Arztbrief stehen entsprechende Notfallnummern und Anlaufstellen vermerkt, sodass die Patienten jederzeit einen Ansprechpartner und Anlaufpunkt haben. (EI 2020 stat Arzt Entlass)*

Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Gesundheitsprofessionen sind sich in den Fokusgruppen und Einzelinterviews einig, dass eine **schriftliche zusammenfassende Information über die geplante Weiterversorgung sowie eine Information zur Diagnose, Medikation und durchgeführten Behandlungen für Patientinnen und Patienten** hilfreich und sinnvoll sind. Eine solche schriftliche Zusammenfassung soll den Patientinnen und Patienten bzw. den Angehörigen insbesondere dabei helfen, nachzuvollziehen und besser zu erinnern, welche Maßnahmen in Bezug auf die Weiterversorgung ggf. durch das Krankenhaus bereits angestoßen wurden und welche Schritte durch die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige nach der Entlassung noch zu organisieren sind. In den Fokusgruppen und Einzelinterviews wurde hervorgehoben, dass eine solche schriftliche Zusammenfassung eine freiwillige Leistung des Krankenhauses ist, welche die mündliche Information oder aber den Entlassbrief sinnvoll unterstützen kann:

*[...] vielleicht [...] so eine Art Entlassungsmappe [...] Also ob die Möglichkeit besteht, das für jedes Krankheitsbild explizit zu machen? Stelle ich mir schwierig vor, [...], aber so eine allgemeine vielleicht, oder dass man für jedes, für jede Sache eine Art Adressenliste hat oder so, wo man dann noch hingehen kann, vielleicht für Leute, die eben nicht wissen, wo ist eine Reha. (EI 2020 Elt Entlass)*

*Ja vielleicht wäre es schon hilfreich gewesen, so einen Leitfaden zu bekommen. Das wäre auf jeden Fall hilfreich gewesen. [...] wie es danach weitergeht, das wäre schon noch hilfreich gewesen, nach der Reha, wenn es nicht so funktioniert, wie man sich das gewünscht hätte. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Er kriegt auch immer zu seiner Entlassung die Adresse noch einmal mit ausgehändigt, also welcher Pflegedienst, was ist da besprochen worden. Er bekommt die Verordnung mit, die Entlasspapiere und so was. Da gibt es sozusagen noch mal einen ganzen Packen Papiere, auf denen steht, was gemacht wurde und was wird jetzt übermittelt. Und auch, was zum Beispiel mit dem Pflegedienst besprochen worden ist. Das liegt vor. (EI 2020 Soz Entlass)*

### **Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten**

Ein Thema, welches sich fokusgruppen- und interviewübergreifend durch alle Aspekte des Entlassmanagements zieht, ist die **Verwendung einer patientennahen und patientenverständlichen Sprache**. Die Kommunikation von Informationen sollte aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie aus Sicht der Gesundheitsprofessionen grundsätzlich laienverständlich, alltagsnah und eindeutig interpretierbar sein. Zudem wurde von den interviewten Gesundheitsprofessionen mehrfach betont, dass sich die Kommunikation und Interaktion an den individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren muss. Die Patientinnen und Patienten berichteten in diesem Zusammenhang von unterschiedlichen Erfahrungen hinsichtlich der Kommunikation in einer für sie verständlichen Sprache. Sie schildern den Austausch überwiegend dann als positiv, wenn die Gesundheitsprofessionen medizinische Fachwörter vermieden und Zusammenhänge einfach erklärten:

*Die [die Ärztin] hat mich noch mal vor den Computer geholt und hat mir das noch mal intensiv gezeigt, dass ich das da auch verstanden hab. Die hat so einen Bürgerausdruck, dass da jeder versteht, was er hat. Die Ärzte sind ja da immer so – die meinen ja, andere hätten auch Latein-Antworten. Also das war da eigentlich gut gemacht. (EI 2020 Pat Entlass)*

Darüber hinaus wurde in den Einzelinterviews und Fokusgruppen auf die Relevanz von **konsistenten, widerspruchsfreien Informationen** seitens des medizinischen Personals hingewiesen. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der geringen zeitlichen Ressourcen der Ärztinnen und Ärzte wichtig, die es erschweren, Sachverhalte ausführlich zu klären. Zudem werden widerspruchsfreie Informationen insbesondere dann wichtig, wenn die Besetzung des medizinischen Personals für die Patientinnen und Patienten häufig wechselt. In diesem Zusammenhang wur-



den in den Einzelinterviews und Fokusgruppen deutliche Hinweise auf Informationswidersprüche gegeben. So erhielten die Betroffenen beispielsweise unterschiedliche Informationen hinsichtlich der poststationären Medikation oder in Bezug auf die erlaubten körperlichen Aktivitäten nach der Entlassung:

*B: Na, dass ich erstmal keinen Sport machen darf, wobei ich da von unterschiedlichen Ärzten, [...] auch unterschiedliche Meinungen und Antworten dazu erhalten habe.*

*I: Okay. Und was war das so für ein Spektrum?*

*B: Von vier bis acht Wochen. Und das fand ich schon sehr lang. Und dann habe ich mich halt an den längsten Zeitraum gehalten, um da einfach nichts zu gefährden. (EI 2020 Pat Entlass)*

*Nein, wie gesagt: Einer [ein Arzt] hat gesagt, ich soll die [Thrombosespritzen] 2 Wochen weiter nehmen und der, der mich entlassen hat, hat aber gesagt, ich brauche keine mehr. Weil ich dann gefragt habe, ob ich noch welche mitbekomme. (EI 2020 Pat Entlass)*

Ein weiteres Thema, welches interviewübergreifend auftaucht, ist der **Umgang mit Sprachbarrieren**. So schilderten Patientinnen und Patienten sowie Angehörige Situationen mit Ärztinnen und Ärzten oder Pflegekräften, in denen Sprachbarrieren seitens des medizinischen Personals dazu führten, dass die Betroffenen die Informationen nicht verstanden:

*[...] und habe dann bei der Schwester nachgefragt, die jetzt am Anfang ein besseres Deutsch gesprochen hat. Und die hat das dann quasi übersetzt. Sie kam aber auch nicht aus Deutschland, aber die war halt der Sprache sehr mächtig. Also ich finde es schon sehr, sehr wichtig, existenziell, dass da halt so gesprochen wird, dass man vernünftig miteinander kommunizieren kann. (EI 2020 Ang Entlass)*

Auch aufseiten der Patientinnen und Patienten bzw. der Angehörigen gibt es diese Sprachbarrieren. Betroffene wünschen sich in diesem Fall eine bessere Verfügbarkeit von Dolmetschenden oder Krankenhauspersonal, welches für sie Gesprächsinhalte übersetzen kann:

*Da müsste aber auch das Netzwerk für das Krankenhaus erweitert werden, in solchen speziellen Fällen, damit man weiß, dass man einen einstellen muss, der Arabisch spricht. Der muss ja auch wichtige Sachen übersetzen. Ich kenne das ja von uns. Da fühlt man sich doch alleine gelassen. (FG 2019 Pat Entlass)*

Stationär sowie ambulant tätige Gesundheitsprofessionen berichteten, dass das Bereitstellen einer dolmetschenden Person im Versorgungsalltag schwierig sei. Zudem wurde von den interviewten Gesundheitsprofessionen berichtet, dass Patientinnen und Patienten mit rudimentären Deutschkenntnissen Verständnisprobleme zu selten zugeben, was die Sicherstellung der Verständlichkeit von Informationen erschwere. Eine mündliche sowie schriftliche Kommunikation in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten (und ggf. Angehörigen) wirke diesem Problem entgegen:

*[...] Aber gerade auch bei Leuten mit einem anderen sprachlichen Hintergrund außer Deutsch ist es extrem schwierig. Die verstehen nicht. Die nicken zwar immer ganz freundlich und sagen: „Ja, ja, ich habe verstanden, Doktor, ich habe verstanden.“, aber in Wirklichkeit haben sie gar nichts verstanden. [...] Ich habe es zum Beispiel auch noch nicht erlebt, dass man einem türkischen Patienten oder woher auch immer, einem englischen Patienten, meinetwegen, diese Notfallverhaltensweisen: Was tu ich, wenn ich blute? Oder: Was kann passieren mit der Wunde, wenn die jetzt gerade genäht ist? [...] Dass die das in ihrer originären Sprache kurz schriftlich mitkriegen. Das habe ich noch nie gesehen. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Aufgrund der Komplexität der Sachverhalte, die einige Entlassungen mit sich bringen, besteht bei Patientinnen und Patienten vereinzelt der Wunsch, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte so lange für die Patientinnen und Patienten Zeit aufbringen, bis alle Fragen geklärt sind. Als Grund, warum dies in der Praxis oft nicht in ausreichendem Maß geschehe, nehmen die Patientinnen und Patienten einen **hohen zeitlichen Druck** des ärztlichen Personals wahr, unter dem das **Eingehen auf individuelle Fragen** erschwert werde:

*Generell könnten sie schon mehr Informationen geben, sich mehr Zeit nehmen und sicherstellen, dass alles verstanden wurde. Sie könnten auch fragen, ob es noch Fragen gibt. Das könnte schon mehr sein – definitiv. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Also es war schon oft das Gefühl, dass man die stört, bei der Arbeit, wenn ich da angefragt habe. Das war meistens so zwischen Tür und Angel. (EI 2020 Pat Entlass)*

**Zeit für Gespräche** mit den Patientinnen und Patienten wird auch seitens der Gesundheitsprofessionen als wichtiger Baustein im Bereich der Kommunikation und Interaktion zu Themen der Entlassung angesehen. In den Fokusgruppen und Einzelinterviews weisen Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsprofessionen darauf hin, dass insbesondere ältere Patientinnen und Patienten sich nicht trauen würden, Fragen zu stellen oder ihre Bedürfnisse zu äußern. Um dem entgegenzuwirken, sollten Patientinnen und Patienten durch das medizinische Personal ermuntert werden, ihre Anliegen zu äußern, und ausreichend Zeit für Gespräche zur Verfügung stehen:

*Wenn man sich traut zu fragen, man fühlt sich auch ein bisschen unwohl, man ist vielleicht auch ein bisschen vergesslich schon geworden, und dann kommen welche und reden mit einem, was man nicht versteht und dann liegt man und sagt, jaja, wird schon alles gut sein. Das glaube ich ganz sicher, dass das ein ganz großer Punkt ist. Deswegen sage ich, man sollte sich ein bisschen Zeit nehmen. Nicht mit den ganzen, sondern nachher vorbeikommen und sagen, wir haben das und das. Das ist einfach Geriatrie. (EI 2020 Pfl Entlass)*

Eng hiermit verknüpft ist die **Atmosphäre**, die bei Patientengesprächen zur Entlassung herrscht. Bei der Entlassplanung werden oftmals sehr intime, sensible Dinge erfragt, die eine **ruhige, geschützte und ungestörte Umgebung** erfordern. Einerseits wurde aus den Einzelinterviews und

Fokusgruppen ersichtlich, dass es für die Patientinnen und Patienten und Angehörigen bedeutend ist, bei Bedarf sofort medizinisches Personal zu erreichen. Andererseits äußerten die interviewten Patientinnen und Patienten den Anspruch, die individuellen Themen zur Entlassung in Ruhe und ohne Zeitdruck, zum Teil auch in separat getrennten Räumlichkeiten, besprechen zu können. In den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wurde jedoch deutlich darauf hingewiesen, dass nur selten individuelle Anliegen in Ruhe besprochen werden konnten:

*Aber (...) es hätte mir gereicht, wenn ich überhaupt ein Gespräch gehabt hätte. Ich finde, ein Gespräch im Arztzimmer, das wäre natürlich toll. Wo ich dann mal richtig was fragen könnte. Das wäre schön gewesen. Und auch mit den Schwestern ging das nicht, weil da ist immer viel zu tun, und du stehst dann im Schwesternzimmer wie ein Bettler da und wartest. Um irgendwie, was du möchtest, loszuwerden. (EI 2020 Pat Entlass)*

Auch in den Einzelinterviews mit stationär tätigen Gesundheitsprofessionen finden sich Hinweise, dass Gespräche zu Themen der Entlassung nicht systematisch in einer ungestörten Umgebung durchgeführt werden:

*I: Und im Krankenhaus? Wie ist da die Gesprächsatmosphäre? Sie haben schon gesagt, wenig Zeit, wirkt sich das auf die Gesprächsatmosphäre aus?*

*B: Naja, sagen wir mal so: Wenn wir da ein Vierbettzimmer haben, dann ist es leider schon so, dass da drei andere mit drinliegen und mithören [...] Und die bekommen dann schon mal alles mit, wenn ich den Patienten befrage, was weiß ich: „Haben Sie eine Zahnprothese?“ So ganz einfache Sachen, oder: „Wie sind Sie zu Hause versorgt?“ Oder: „Gibt es Angehörige?“ Und dann sagt er vielleicht: „Hm, meine Frau ist gerade verstorben“ oder so, das sind so Sachen, das ist schon nicht schön. [...] (EI 2020 Soz Entlass)*

Übergreifend kann auch konstatiert werden, dass die Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten vom gesamten stationär tätigen Personal (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, Sozialdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter) **sensibel und individuell** gestaltet werden sollte. Aus Perspektive der Patientinnen und Patienten und Angehörigen ist vor allem ein individuell gestalteter Umgang wichtig, bei dem sich die Betroffenen ernst genommen, emotional wie fachlich gut aufgehoben und persönlich betreut fühlen. In den Einzelinterviews und Fokusgruppen wurde hingegen von häufigen unpersönlichen und wenig empathisch gestalteten Situationen berichtet:

*Aber viel wichtiger, einfach, [...] viel mehr Empathie in die Kommunikation mit reinbringen, sodass man halt nicht nur das Gefühl hat, man ist irgendwie ein Name auf einer Liste, der abgehakt werden muss bei der Visite. (EI 2020 Pat Entlass)*

*Ansonsten, ich war in einem großen Krankenhaus und man merkt, dass man eine Nummer ist. Ich kann es leider nicht anders sagen. Ich könnte nicht sagen, dass ich dort liebevoll behandelt worden bin. So eine Krebsdiagnose ist*

*ja nicht einfach und ich hätte mir da schon gewünscht, dass man sich nicht nur damit beschäftigt, dass man mir meine Gebärmutter entfernt. Da hängt ja schon ein bisschen mehr dran. (EI 2020 Pat Entlass)*

Auch aus der Perspektive der stationär tätigen Gesundheitsprofessionen wird ein sensibler, partizipativer Umgang mit den Patientinnen und Patienten als bedeutsam empfunden:

*Das ist uns auch schon wichtig, dass man weiß: Ich bin jetzt zwar im Krankenhaus, aber ich werde zeitnah wieder entlassen. Und dass sie wissen, dass es uns gibt und sie uns immer ansprechen können. Dass wir da sind und gemeinsam nach Lösungen suchen, dass Patient und Angehöriger mit der weiteren Versorgung zurechtkommen. Dass sie das annehmen können. Und wenn nicht, dann muss es auch noch mal geändert werden. Also, das ist wichtig. Und dass der Patient weiß, wir sind da, die können uns ansprechen. Und wir gucken auch oder versuchen auch, das im Sinne von Patienten und Angehörigen zu machen. (EI 2020 Soz Entlass)*

Dabei sollte bei der Besprechung von relevanten Themen der Entlassung auch auf mögliche **Ängste und Sorgen** der Patientinnen und Patienten eingegangen werden. Dies setzt aus Sicht der befragten Patientinnen und Patienten ein gewisses Maß an Sensibilität für die sich teilweise sehr schlagartig veränderten Lebenssituationen der Betroffenen voraus, bspw. wenn eine Rückkehr in die eigene Häuslichkeit nicht mehr möglich ist. Sowohl aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen als aus den Einzelinterviews mit ambulant tätigen Pflegekräften geht hervor, dass die emotionale und mentale Vorbereitung der Patientinnen und Patienten hinsichtlich solcher Themen teilweise vernachlässigt wird und die Patientinnen und Patienten Zuspruch durch das medizinische Personal vermissen:

*Ja, klar. Man hat natürlich immer noch so Ängste gehabt. Was ist, wenn der Blutwert weiter runter sinkt? Das hat mich natürlich schon so ein bisschen beunruhigt, dass man trotz der relativ niedrigen Werte entlassen wurde. [...] So ein Gerät zur Messung der Sauerstoffsättigung. [...] Das wäre vielleicht auch noch eine Maßnahme gewesen. Da habe ich gesagt, dass wäre vielleicht nicht schlecht, wenn man so etwas mitbekommt. Da haben die aber nur gesagt: „Da müssen Sie gucken, wo Sie sich das organisieren.“ (EI 2020 Ang Entlass)*

*Es macht sie auch traurig und es gibt so ein bisschen, ja, sie geben ihre Selbständigkeit auf. Da habe sie ein bisschen Sorge, ein bisschen Angst vor. Und die versuche ich ja, indem ich dort hinfahre in die Krankenhäuser, zu nehmen. Und zu sagen: „Fragen Sie ruhig. Was stellen Sie sich vor? Und das heißt ja nicht, dass Sie da nur liegen im Bett und dann irgendwie auf den Tod warten.“ Oder so etwas. Ja. (EI 2020 Pfl Entlass)*

**Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung**

Die oberste Priorität hinsichtlich der Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten hat aus Sicht der interviewten stationär tätigen Gesundheitsprofessionen der klinische Gesundheitsstatus. Patientinnen und Patienten müssen in Bezug auf ihre Indikation stabil genug sein, sich zu Hause selbst zu versorgen. Dies müsse zum Zeitpunkt der Entlassung unbedingt sichergestellt werden. Weiterhin zeigte sich in den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit stationär tätigen Gesundheitsprofessionen, dass für die Patientinnen und Patienten das Besprechen der emotionalen und sozialen Entlassfähigkeit ein weiteres wichtiges Element des Entlassprozesses ist. Dies erfolgt weniger in Form standardisierter Prozesse, sondern eher in Form von abschließenden Gesprächen:

*Es gibt keine Listen oder Abhakzettelchen, was der Patient wie erreicht haben soll. Wir entlassen niemanden, der sich nicht selbst in der Lage fühlt, entlassen zu werden. Wir machen das natürlich auch an klinischen und paraklinischen Parametern fest. [...] Der Patient muss sowohl sozial als auch medizinisch in der Häuslichkeit versorgt sein. Das muss alles geklärt sein. Es wird niemand rausgeworfen. (EI 2020 stat Arzt Entlass)*

Das **gemeinsame Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten** bzw. den Angehörigen und Eltern helfe dabei, Entscheidungen zur Entlassung seitens des Krankenhauses besser nachzuvollziehen, und beeinflusse die subjektive Entlassbereitschaft somit positiv:

*Also ich denke, er war schon gut vorbereitet, weil er ja auch gemerkt hat, dass wir alle/ Also mein Sohn war da auch mit. Also er hat gemerkt, die haben uns einbezogen und dass wir auch miteinander sprechen und so. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Häufig ist es: „Oh, wieso werde ich schon entlassen. Es geht mir doch noch nicht so gut.“ Und dann sage ich immer: „Ja. Sie wissen doch aber, wir sind ein Akut-Krankenhaus. Und wenn medizinisch vom Arzt soweit alles geregelt ist und er sagt, Sie sind stabil, dann werden Sie entlassen.“ Dann ist es zwar immer noch schlimm, aber ich versuche sie schon von Anfang an mitzunehmen, dass wir ein Akut-Krankenhaus sind und dass es ja auch im Rahmen dieser DRGs und so ja nicht mehr so ist, dass ich sagen kann, ich bleibe jetzt zwei Monate [...] im Krankenhaus. (EI 2020 Soz Entlass)*

Die **subjektive Bereitschaft** der Patientinnen und Patienten, aus dem **Krankenhaus entlassen zu werden**, wird grundsätzlich von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. In den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen wurde deutlich, dass für die Patientinnen und Patienten zunächst einmal der individuelle Gesundheitszustand wie z. B. die Wundheilung oder körperliche (und geistige) Fitness ausschlaggebend dafür ist, sich bereit für die Entlassung zu fühlen:

*I: Was waren die ausschlaggebenden Gründe dafür, dass Sie sich bereit gefühlt haben?*

*B: Dass ich alleine aus dem Bett rauskam, dass ich laufen konnte und dass ich ohne Schmerzmittel leben konnte. Dass meine Wohnung bereits frei war und ich diesen blöden Schlauch aus dem Bauch hatte. (EI 2020 Pat Entlass)*

Ein weiterer Faktor, der aus Sicht der befragten Patientinnen und Patienten die Entlassbereitschaft beeinflusst, ist die persönliche Informiertheit über den gesamten Entlassprozess, einschließlich über die Medikation und die medizinische Selbstversorgung. Wenn Patientinnen und Patienten wissen, wie sie sich z. B. bei Komplikationen verhalten müssen, sich medizinisch selbst versorgen können, ihre Medikamente einnehmen oder wissen, welche Behandlungswege sie nach Entlassung aus dem Krankenhaus einschlagen sollen, sind die Unsicherheiten der Betroffenen bezüglich der poststationären Zeit deutlich geringer. Zudem fühlen sich die Patientinnen und Patienten subjektiv eher für die Entlassung bereit, wenn die im Krankenhaus als notwendig erachteten identifizierten Leistungen und Maßnahmen für die Zeit nach der Entlassung bereits durch das Krankenhaus veranlasst oder vollends umgesetzt wurden und damit eine lückenlose Versorgung gewährleistet werden kann:

*Ja. Wir hatten ja auch den Vorlauf. Wir wussten, es geht nahtlos und es macht keinen großen Unterschied, ob sich die Krankenschwester [...] im Krankenhaus kümmert oder die Schwester zu Hause. Dadurch, dass täglich jemand kam, war das sehr hilfreich. (EI 2020 Ang Entlass)*

*Ich will es einmal so definieren, psychisch – nein, physisch – nein, aber mein Wille hat mir gesagt: Ich möchte raus. Aber im Nachhinein muss ich sagen, es wäre doch besser gewesen, ich hätte noch ein paar Tage drinnen verbracht, weil erstens war meine Partnerin ziemlich überfordert, zweitens, vielleicht wenn uns bewusstgeworden wäre, dass eigentlich gar kein Arzt da ist [zu Weihnachten] und dass auch, dass man sich selber immer verbinden muss. Das ist ja auch nicht so jeden Mannes Sache. Dass man dann gesagt hätte, ja gut, bleiben wir noch ein paar Tage. Dann wäre es noch besser und du fühlst dich noch besser und bist stabiler. (EI 2020 Pat Entlass)*

Aus den Interviews mit den Gesundheitsprofessionen geht zudem hervor, dass psychosoziale Faktoren, wie z. B. Angst vor Verwahrlosung in der Häuslichkeit und Einsamkeit die subjektive Entlassbereitschaft von Patientinnen und Patienten senken:

*Die Patienten, die zu Hause gut versorgt sind, die routinemäßig in gewissen Abständen immer wieder kommen, die sind natürlich gerne bereit, möglichst schnell nach Hause zu gehen. Die Patienten, die aber alleine sind, wo die Krankheit vielleicht auch was fortgeschritten ist, die wollen oft die Entlassung hinauszögern oder stehen der sehr skeptisch gegenüber und erbitten sich hin und wieder Bedenkzeit und versuchen, das Ganze hinauszuzögern. (EI 2020 stat Arzt Entlass)*

Nach Einschätzung der interviewten Gesundheitsprofessionen spiele es in Bezug auf die selbstempfundene Entlassbereitschaft zudem eine große Rolle, wie vorbereitet die Patientinnen und

Patienten auf die Entlassung seien, bzw. wie lange sie im Voraus wissen, wann sie entlassen werden:

*I: Was ist Ihre Einschätzung wie „entlassbereit“ sind Ihre Bewohner, wenn sie denn entlassen werden?*

*B: Ich würde sagen, es hält sich die Waage von gut bis nicht so gut. Denn es ist wirklich immer die Frage, wenn sie schnell raus müssen, dann sind sie nicht vorbereitet. Sie kriegen gesagt, sie müssen jetzt zurück oder sie werden schon entlassen, obwohl sie erst morgen entlassen werden sollten. Das ist schon schwierig, finde ich. Es kommt wirklich darauf an, ob es geplant oder nicht geplant ist. Nicht geplant ist eben nicht geplant. (EI 2020 Pfl Entlass)*

Für die Zeit unmittelbar nach Entlassung aus dem Krankenhaus wurde seitens der befragten Patientinnen und Patienten ein telefonisches oder persönliches **Follow-up** durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses als wichtig erachtet, da bspw. geprüft werden könne, ob die im Krankenhaus veranlassten Leistungen umgesetzt wurden. Zusätzlich würde ein Follow-up seitens des Krankenhauses Patientinnen und Patienten für die erste Zeit nach Entlassung die Sicherheit geben, den eigenen Genesungsverlauf nicht allein beurteilen zu müssen. In den Fokusgruppen und Einzelinterviews zeigte sich jedoch, dass keine(r) der befragten Patientinnen und Patienten oder Angehörigen eine solche Form der Nachsorge durch das Krankenhaus erlebt hat:

*Vielleicht würde ich mir wünschen, jetzt wo ich den ganzen Krankheitsverlauf hinter mir habe, dass ein Anruf von der Ärztin gekommen wäre und sie mich gefragt hätte, wie es mir jetzt geht nach dieser ganzen Therapie. Ich hätte nämlich schon noch Fragen. Das würde ich mir wünschen. Gut, ich könnte selber noch auf sie zukommen, aber schöner wäre es, wenn ich gefragt würde, wie es mir geht. (EI 2020 Pat Entlass)*

Dies zeigte sich auch in den Interviews mit Gesundheitsprofessionen. Follow-ups bzw. die Evaluation des Entlassmanagements durch das Krankenhaus werden nicht durchgeführt. Als Hauptgrund werden von den stationär tätigen Gesundheitsprofessionen mangelnde personelle und finanzielle Ressourcen genannt. Dies wird in Teilen sowohl von den stationär als auch von den ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen als Defizit wahrgenommen. Mit Verlassen des Krankenhauses entstehe schnell ein Bruch in der Verantwortung über die Versorgung der Patientinnen und Patienten:

*I: Würden Sie sagen, dass das einen Wert für die Patienten hätte, wenn man da routinemäßig noch mal nachfragen würde?*

*B: Ja, ich finde schon. Ich glaube, dass Patienten davon profitieren würden, weil sie sich dann dazu auch äußern würden. Und ich glaube, dass manche Patienten, die leicht unzufrieden sind, von sich aus aber auch nichts sagen würden. [...] Es ist außerdem auch eine gewisse Wertschätzung, dass der Pa-*

*tient spürt, es interessiert uns, wie es ihm weiter ergangen ist. Das wäre sicherlich auch gut für das allgemeine Befinden der Patienten. (EI 2020 Soz Entlass)*

### **Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung**

Aus den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen wurde deutlich, dass **ungeplante Wiederaufnahmen**, aus Sicht der Befragten, oftmals im Zusammenhang mit dem vorangegangenen stationären Aufenthalt standen bzw. mit einer unzureichenden Sicherstellung der Entlassfähigkeit vonseiten des Krankenhauses. So wurde von falschen Antibiotika oder unvollständig verheilten Wunden, die in der Folge notfallmäßig nach Entlassung aus dem Krankenhaus behandelt werden mussten, berichtet. Darüber hinaus wurden beispielsweise Eltern mit ihrem Neugeborenen entlassen, obwohl das Gewicht des Kindes zum Zeitpunkt der Entlassung unterhalb der erlaubten Norm lag:

*Mein Sohn kam mit 2,6 Kilo zur Welt. [...] mein Sohn wurde dann entlassen mit 2460 Gramm und eigentlich darf man keine Säuglinge unter einem Gewicht von 2,5 Kilo entlassen. Das wurde mir dann eine Woche später auf der Kinderstation mitgeteilt. Also, im gleichen Haus. Da wurde ich mit den Worten begrüßt: „Ja, wir haben jetzt gerade den Arztbrief gelesen und wir haben uns sowieso gewundert, warum Sie überhaupt entlassen wurden. Weil eigentlich darf man keine Säuglinge unter ein Gewicht von 2,5 Kilo entlassen.“ Ja. (EI 2020 Pat Entlass)*

In den Einzelinterviews äußern die stationär tätigen Gesundheitsprofessionen demgegenüber, dass bei ungeplanten Wiederaufnahmen der Patientinnen und Patienten häufig kein systematischer Zusammenhang mit der Ausgestaltung des Entlassmanagements bzw. der Sicherstellung der Entlassfähigkeit vorläge. Ungeplante Wiederaufnahmen würden in der Regel unerwartet und aufgrund spontaner Verschlechterungen des Gesundheitsstatus erfolgen. Aus der Sicht der ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen müssen Patientinnen und Patienten hingegen oftmals wieder stationär aufgenommen werden, weil sie zu früh und medizinisch nicht stabil genug entlassen worden sind:

*Es gibt Patienten, die werden morgens entlassen und sie sind noch nicht direkt zu Hause und dann müssen die wieder drei Stunden später ins Krankenhaus gehen. [...] Dann habe ich den guten Doktor angerufen und habe ihm gesagt, dass ich ihm den Patienten wieder zurückschicke, weil, ich weiß nicht, warum hat er ihn entlassen, [...]. Und der gute Doktor hat sich aufgeregt und hat zu mir gesagt: „Ja, was soll ich noch mit ihm machen?“ [...] Das ist die letzten 14 Tage vielleicht fünfmal passiert, dass der an einem Tag entlassen wird und am nächsten Tag wieder ins Krankenhaus muss [...]. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Zu **ambulanten Notfallkontakten** komme es laut den interviewten Gesundheitsprofessionen aus dem ambulanten Sektor häufig aufgrund von Problemen mit der Medikation oder ebenfalls rapiden Verschlechterungen des Gesundheitsstatus:



*I: Wie oft erleben Sie, dass Ihre Bewohnerinnen und Bewohner noch mal notfallmäßig einen Arzt, niedergelassenen Arzt oder einen Notfallkontakt benötigen?*

*B: Öfter. Klar, kommt vor.*

*I: Was sind da die Gründe?*

*[...]*

*B: Entweder es sind dann doch die Medikamente, die mitgegeben worden sind, die man dann verschreiben lassen muss, durch einen KV-Arzt zum Beispiel. Oder er verschlechtert sich so rapide, dass er in die Rettungsstelle zurückmuss, weil er einfach sich verschlechtert hat, dass wir ihn so nicht versorgen können. Das ist ein Grund. Und eben auch, wenn jemand von sich aussagt, ich fühle mich überhaupt nicht gut, sodass wir sagen, dann geht er noch mal zurück. [...] Aber, wenn wir auch feststellen, der gefällt uns noch nicht so richtig, dann gibt es wieder eine Einweisung ins Krankenhaus, beziehungsweise Rettungsstelle. (EI 2020 Pfl Entlass)*

### **Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern**

Aus Sicht der interviewten Gesundheitsprofessionen ist der Entlassbrief die wichtigste Informationsquelle für den weiterversorgenden Leistungserbringer. Im Entlassbrief sind sowohl Informationen zum Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten als auch durchgeführte Behandlungen/Therapien sowie deren Ergebnisse dokumentiert. Sowohl aus den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit den Patientinnen und Patienten und Angehörigen sowie den Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen geht hervor, dass der **Entlassbrief** größtenteils über die Patientinnen und Patienten selbst an die weiterversorgenden Leistungserbringer weitergegeben werden. Teilweise wird der Entlassbrief auch durch das Krankenhaus direkt an den nachsorgenden Leistungserbringer via Fax, Post oder E-Mail weitergeleitet. Patientinnen und Patienten berichteten in diesem Zusammenhang, dass die eigenständige Weiterleitung durch das Krankenhaus zum Teil dazu führe, dass die Entlassdokumente zu spät bei der nachsorgenden Ärztin bzw. dem nachsorgenden Arzt ankämen:

*Nach meiner Erfahrung hat das mit den Briefen eigentlich soweit immer ganz gut geklappt und die Berichte sind immer da angekommen, wo sie auch sollten. Aber man selbst ist zu Fuß halt schneller. Deshalb kommt man oft bei den Ärzten an und die haben den Brief dann noch nicht. Deshalb habe ich den ja dann dabei und kann den schon mal vorlegen. Mich stört das ja eigentlich nicht, aber im Zeitalter der heutigen Informationstechnik könnte man sich vorstellen, dass es da Wege gibt, die einem diesen Weg ersparen, dass man die Briefe selbst durch die Gegend tragen muss. (FG 2019 Pat Entlass)*

Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte betonen in den Einzelinterviews, dass es von hoher Relevanz sei, den Arztbrief rechtzeitig zu erhalten und die Mitgabe der Dokumente an die Patientin-

nen und Patienten am Entlasstag daher (sofern nicht eigenständig durch das Krankenhaus übermittelt) ein „Muss“ sei. Insgesamt berichteten ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte nur teilweise von Defiziten hinsichtlich eines rechtzeitigen Erhalts der Entlassdokumente:

*I: Ist es schon mal vorgekommen, dass solche Dokumente gefehlt haben?*

*B: Ja. [...] Und dann fängt die Einsatzleiterin an, mit dem Krankenhaus zu telefonieren, und dann sagen die wieder, dass sie es mitgegeben haben und wir müssten beim Transport nachfragen. Und manchmal liegt es dann noch im Transport im Auto oder das Krankenhaus hat es doch nicht mitgegeben. Manchmal zieht es sich ganz schön hin, bevor man rauskriegt, wo der Brief ist. Aber zum Glück ist das sehr selten. (EI 2020 Pfl Entlass)*

Als ein weiteres Thema hinsichtlich der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern stellte sich die **Qualität und Vollständigkeit der Informationen** heraus. Als wichtige Informationen für weiterbehandelnde Leistungserbringer wurden zunächst folgende von den ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen genannt: Epikrise und Sozial-Anamnese, Bericht über den Pflegezustand und Pflegeüberleitung, der allgemeine Gesundheitsstatus bei Entlassung, die Diagnose, Auflistung der durchgeführten Behandlungen, Medikamentengabe, Befunde sowie Informationen zur Entlassmedikation bzw. weiteren Medikation sowie Hinweise zur weiterführenden Behandlung, Therapien etc. In den Interviews mit ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen wurden insbesondere Defizite hinsichtlich der Weitergabe von bildgebenden Befunden sowie Pflegeüberleitungen berichtet:

*Das heißt, wenn der Patient nach seiner Entlassung zu mir kommt, nach der Hüft-OP oder irgendwas, und fragt: „Ja Mensch, die haben gesagt, ich habe da noch diese oder jene Verschleißerscheinung am Beckenknochen oder so ...“ Dann habe ich da keine aktuellen Bilder vom Patienten, sondern nur einen schriftlichen Befund vom Röntgen und muss mir dann im Internet ein ähnliches Krankheitsbild irgendwo suchen. Irgendein Bild, wo dann steht: Cox-Arthrose Grad II. Dann sehe ich natürlich bei Google ganz viele Befunde und sage: „So ähnlich sieht das bei Ihnen auch aus.“ Und da kann ich ihnen dann zeigen, wie sich das verändert. Aber ich habe kein Bild vom Patienten selbst. (EI 2020 amb Arzt Entlass)*

Aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten geht bezüglich der Qualität und Vollständigkeit der Informationsweitergabe zwischen den Leistungserbringern hervor, dass diese darüber kaum einen Überblick haben. Vereinzelt wurde ausgesagt, dass die im Entlassbrief verschriftlichten Informationen **inkongruent** zu den im Krankenhaus mündlich übermittelten Informationen, beispielsweise in Bezug auf Informationen über die Diagnose oder die Medikation, standen, was die Befragten verunsicherte. Insgesamt fällt es Patientinnen und Patienten darüber hinaus zum Teil schwer einzuschätzen, wie die weiterbehandelnde Ärztin bzw. der weiterbehandelnde Arzt überhaupt mit den übermittelten Entlassdokumenten umgeht:

*I: [...] Wusste die Ärztin, wie es passiert ist im Krankenhaus? Dass es ungeplant war und was mit Ihnen gemacht wurde?*

*B: (...) Kann ich, glaube ich, gar nicht beantworten. Weil ich es ihr erzählt habe. Also, ich hatte den Brief dabei, er wurde auch direkt an der Anmeldung eingescannt noch mal. Und deshalb kann ich gar nicht sagen, ob sie das vorher schon gelesen hatte, oder ich es dann halt, nicht, bei meiner Frauenärztin ist das immer so, ich komme rein und habe immer noch die Jacke an und erzähl aber schon mal, was gerade passiert ist. Ich glaube aber, sie wusste es vorher nicht. (EI 2020 Pat Entlass)*

Neben der Übermittlung des Entlassbriefs an die weiterbehandelnden Leistungserbringer wurde im Rahmen der Einzelinterviews und Fokusgruppen auch nach einer direkten Kommunikation (z. B. telefonisch oder per E-Mail) zwischen stationär und ambulant tätigen Gesundheitsprofessionen gefragt. Dabei berichteten ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, dass es mitunter sehr schwer sei, die stationären Kolleginnen und Kollegen zu erreichen. Andererseits wurde aber auch von einem unkomplizierten Austausch berichtet, insbesondere dann, wenn dieser auf langjähriger Netzwerkarbeit zwischen stationär und ambulanten Leistungserbringern beruhe. Aus Patientinnen- und Patientensicht konnten hierzu kaum valide Aussagen getätigt werden.

### **Weitere Themen**

Zusätzlich zu den oben dargestellten Themen wurden fokusgruppen- bzw. interviewübergreifend sowohl von den Patientinnen und Patienten, den Angehörigen und Eltern als auch von den Vertreterinnen und Vertretern der involvierten Gesundheitsprofessionen weitere wichtige Themen zum Entlassmanagement aufgeworfen. Diese weiteren Themen können jedoch für die Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden, da sie entweder nicht umfassend durch Patientinnen und Patienten beurteilt werden können oder keinen diagnose-/therapieübergreifenden Charakter haben und somit nicht für alle Adressatinnen und Adressaten der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* relevant sind. Darüber hinaus wurden weitere Themen identifiziert, die nicht oder nicht eindeutig auf den Prozess der Entlassung (im Unterschied zur gesamten Krankenhausbehandlung) eingegrenzt werden können. Auch diese Themen können somit im weiteren Entwicklungsprozess nicht berücksichtigt werden.

- **externe und normative Einflussfaktoren**, die die Entlassplanung und die Organisation von Unterstützungsangeboten und weiteren Maßnahmen stark beeinflussen
  - allgemeine Ressourcen- und Personalknappheit in der ambulanten Versorgung (z. B. im Bereich der ambulanten Pflege)
  - DRG-Abrechnungssystem mit Vorgaben der diagnosebezogenen Verweildauer
  - allgemeine finanzielle und sozialversicherungsrechtliche Situation der Patientinnen und Patienten
- **krankenhausspezifische organisations- und prozessbezogene Strukturen** des Entlassmanagements, wie z. B.
  - Vorhandensein einer krankenhauses-internen interdisziplinären sowie sektorenübergreifenden Entlassplanung

- krankenhauserne Organisation der einzelnen Schritte eines Entlassmanagement (z. B. interne personelle Zuständigkeitsbereiche)
- **allgemeine Aufklärung der Patientinnen und Patienten über das Entlassmanagement** zu Beginn des Krankenhausaufenthalts, sodass Patientinnen und Patienten über die gesetzlichen Regelungen sowie Art und Umfang des Entlassmanagements informiert sind und ggf. dem Entlassmanagement explizit nicht zustimmen können
- **nicht verordnungsfähige bzw. informelle Hilfen zur Umsetzung** einer bedarfsgerechten Weiterversorgung (z. B. Einkaufshilfe durch Nachbarinnen/Nachbarn), welche sich im Rahmen des Entlassmanagements nur sehr eingeschränkt steuern lassen und in hohem Maße patientenindividuell sind
- unterschiedliche Auffassungen der Gesundheitsprofessionen, welche Dokumente zwingend zu den Entlassdokumenten gehören
- Sicherstellung einer hohen **Kontinuität des behandelnden ärztespersonals** während des stationären Aufenthalts und **Anwesenheit einer Ärztin / eines Arztes am Entlasstag**
- **Planung und Umsetzung einer schrittweisen Entlassung aus dem Krankenhaus**, sodass Patientinnen und Patienten oder Angehörige mit spezifischen Diagnosen oder Versorgungsanforderungen die Möglichkeit haben, Versorgungserfordernisse schrittweise im häuslichen Umfeld zu bewältigen und anschließend diesbezügliche Fragen wieder vor Ort im Krankenhaus klären können
- Information über den konkreten **Namen von einzunehmenden Medikamenten** auch bei Medikamenten, die Patientinnen und Patienten im Rahmen der stationären Behandlung während des Krankenhausaufenthalts erhalten haben
- **Zeitplan für Patientinnen oder Patienten bzw. Angehörige**, der den gesamten Krankenhausaufenthalt bis zum geplanten Entlasstag abbildet
- Im Kontext der Sicherstellung der Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten wurde deutlich, dass auch die **Entlassbereitschaft der Angehörigen** im Entlassmanagement eine große Rolle spielt und Einfluss auf die Versorgung nach der Entlassung hat. Angehörige berichten teilweise von Sorgen, Ängsten und Überforderung in Bezug auf die Versorgung zu Hause. Diese können im Rahmen des Entlassmanagements oft nur wenig berücksichtigt werden und stellen eine gesonderte Herausforderung dar.

### Zusammenfassung

Die dargelegten Erkenntnisse aus den Einzelinterviews und Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Eltern sowie Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofessionen geben Einblicke in die Erfahrungen von und mit Patientinnen und Patienten über ihre Entlassung aus dem Krankenhaus. Zugleich wird deutlich, welche Themen für die Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung sind. In Tabelle 11 werden die patientenrelevanten Themen der Einzelinterviews und Fokusgruppen, die für die weitere Entwicklung der Patientenbefragung berücksichtigt werden können, entlang der zuvor definierten Qualitätsaspekte zusammengefasst.

Tabelle 11: Zusammenfassung der patientenrelevanten Themen aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews

Qualitätsaspekt	Patientenrelevante Themen
Entlassplanung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchführen eines umfassenden Assessments</li> <li>▪ Klären der Transportmöglichkeiten bei der Entlassung</li> <li>▪ Verfügbarkeit von Ansprechpersonen für Fragen zur Entlassung und der Zeit nach der Entlassung</li> <li>▪ Beratung durch einen Sozialdienst</li> <li>▪ Vereinbaren von Zielkriterien für die Entlassung</li> <li>▪ frühzeitiges Mitteilen des Entlasstermins</li> <li>▪ frühzeitiger Beginn der Entlassplanung</li> <li>▪ Vermeidung von Wartezeiten am Entlasstag</li> <li>▪ partizipativer Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen in die Entlassplanung</li> </ul>
Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information über die Diagnose</li> <li>▪ Informationen über den möglichen Genesungsverlauf</li> <li>▪ Informationen über durchgeführte Behandlungen, Behandlungsergebnisse und Befunde</li> <li>▪ Informationen über die weiterführende Behandlung bei Fachärztinnen und -ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten</li> <li>▪ Besprechen finanzieller Aspekte der Versorgung nach der Entlassung</li> <li>▪ Informationen zu Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen</li> <li>▪ Ansprechpersonen für medizinisch-pflegerische Fragen nach der Entlassung</li> <li>▪ Informationen zu ambulanter oder stationärer Pflege</li> </ul>
Information und Aufklärung zur Medikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme</li> <li>▪ Einnahmeregeln von Medikamenten</li> <li>▪ Dauer der Einnahme von Medikamenten</li> <li>▪ Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten</li> <li>▪ Mitgabe eines schriftlichen Medikationsplans</li> </ul>
Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schulungen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen</li> <li>▪ Individualisierte Schulungen in einem geschützten Setting</li> <li>▪ Informationen und Schulung zu nicht medizinischer / nicht pflegerischer Selbstversorgung</li> </ul>

Qualitätsaspekt	Patientenrelevante Themen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufklärung über Verhaltensregeln (inkl. Informationen in schriftlicher Form, z. B. Broschüren, Flyer)</li> <li>▪ Aufklärung zum Erkennen und Verhalten bei Komplikationen</li> <li>▪ Anleitung zum Umgang mit Hilfsmitteln</li> </ul>
Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sicherstellen einer lückenlosen Versorgung</li> <li>▪ Organisation von Facharztbesuchen</li> <li>▪ Sicherstellung der medikamentösen Versorgung nach der Entlassung sowie Mitgabe von medizinischem Material</li> <li>▪ Ausstellen von Verordnungen für ambulante Therapien und Hilfsmittel</li> <li>▪ Unterstützung bei der Antragsstellung auf Rehabilitation und Anschlussheilbehandlungen</li> <li>▪ Verordnung und Organisation von häuslicher Krankenpflege</li> <li>▪ Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen</li> <li>▪ Organisation von Krankentransporten</li> </ul>
Entlassgespräch	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchführen eines abschließenden Gesprächs</li> <li>▪ Möglichkeit, Fragen der Patientinnen und Patienten zur Entlassung im Krankenhaus zu klären</li> </ul>
Entlassdokumente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aushändigen des Entlassbriefs</li> <li>▪ zusammenfassende Patienteninformation zur geplanten Weiterversorgung, Diagnose, Medikation sowie durchgeführten Behandlungen</li> </ul>
Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verwendung einer patientennahen und patientenverständlichen Sprache</li> <li>▪ konsistente, widerspruchsfreie Informationen</li> <li>▪ Umgang mit Sprachbarrieren, Verfügbarkeit von Dolmetscherinnen/Dolmetschern</li> <li>▪ Zeit für Gespräche und Fragen von Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Sicherstellen einer geschützten Gesprächsatmosphäre</li> <li>▪ sensible und individuelle Kommunikation und Interaktion</li> <li>▪ Eingehen auf Ängste und Sorgen der Patientinnen und Patienten</li> </ul>

Qualitätsaspekt	Patientenrelevante Themen
Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gemeinsames Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ subjektive Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ telefonisches oder persönliches Follow-up durch das Krankenhaus nach der Entlassung</li> </ul>
Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ungeplante Wiederaufnahmen in Zusammenhang mit dem vorangegangenen stationären Aufenthalt</li> <li>▪ ambulante Notfallkontakte in Zusammenhang mit dem vorangegangenen stationären Aufenthalt</li> </ul>
Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiter-versorgenden Leistungserbringern	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erhalt des Entlassbriefs</li> <li>▪ Qualität und Vollständigkeit der Informationen im Entlassbrief</li> <li>▪ Erreichbarkeit der Leistungserbringer bei Rückfragen untereinander</li> </ul>

## Anhang D.2: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale im Entwicklungsprozess der Patientenbefragung

Tabelle 12: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), eingegangener Stellungnahmen (SN), der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest (IE), der Erkenntnisse aus dem kognitiven Pretest (kogP), dem Standard-Pretest mit anschließender kognitiver Interviews (StP/kogInt) und eigener, weiterer Entwicklungen des IQTIG (WE)

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
<b>Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung</b>				
1.1 Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin	✓ Modifikation nach dem kognitiven Pretest	<b>EG:</b> Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass die Bezeichnung „Mitarbeiterin/Mitarbeiter des Krankenhauses“ zu unspezifisch sei und die notwendige fachliche Eignung der Gesundheitsprofession nicht widerspiegeln würde. Als angemessene Bezeichnung wurde „Fachperson“ empfohlen. Dieser Hinweis wurde auch für die Qualitätsmerkmale 1.2, 2.3, 2.4, 2.5, 3.2, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 5.8, 5.10 und 9.3 gegeben. Die Beschreibungen der Qualitätsmerkmale wurden durch das IQTIG entsprechend angepasst.  Weiterhin betonten die Expertinnen und Experten für Qualitätsmerkmal 1.1, dass der Entlasstermin möglichst frühzeitig mit	<b>MT:</b> Informieren der Patientinnen und Patienten zum <del>geplanten</del> <i>voraussichtlichen</i> Entlasstermin  <b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten frühzeitig über den <del>geplanten</del> <i>voraussichtlichen</i> Entlasstermin informiert hat. <del>Diese Information umfasst neben dem geplanten Tag der Entlassung auch ein Zeitfenster am Entlasstag (z. B. vormittags, nachmittags).</del>	1.1 Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin



Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<p>den Patientinnen und Patienten besprochen werden sollte (z. B. gleich bei Aufnahme / beim Erstgespräch) und daher die Mitteilung eines <i>voraussichtlichen</i> Termins ausreichend sei.</p> <p><b>SN:</b> Notwendige Änderungen des Entlasstermins könnten aufgrund der gesundheitlichen Entwicklung einer Patientin / eines Patienten von den Befragten im Nachhinein zu Lasten der Leistungserbringer ausgelegt werden. Wichtig sei insbesondere die rechtzeitige Information des Entlasstermins.</p> <p><b>kogP/WE:</b> Der inhaltliche Fokus des Qualitätsmerkmals wurde unter Berücksichtigung von Qualitätsmerkmal 1.3 („Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins“), welches aufgrund der Erkenntnisse aus dem kognitiven Pretest gestrichen wurde, auf das rechtzeitige Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin gelegt.</p>		

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
1.2 Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlasskriterien	✓ Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> Im Expertengremium wurde vorgeschlagen, „Entlasskriterien“ durch „Entlassvoraussetzung“ im Titel und der Beschreibung des Qualitätsmerkmals zu ersetzen, um zu verdeutlichen, dass die individuelle Situation der Patientin / des Patienten ausschlaggebend sei. Als wichtiges Beispiel wurde auf das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten verwiesen. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst.	<b>MT:</b> Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen <del>Entlasskriterien</del> <i>Entlassvoraussetzungen</i> <b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, an welche patientenindividuellen <del>Kriterien</del> <i>Voraussetzungen</i> der geplante Entlasstermin geknüpft ist. Dies können z. B. gesundheitsbezogene Parameter, Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten, <i>das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten</i> oder freie Kapazitäten zur bedarfsgerechten Weiterversorgung außerhalb des Krankenhauses sein.	1.2 Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen
1.3 Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins	X nach dem kognitiven Pretest	<b>EG:</b> Die Expertinnen und Experten hoben hervor, dass es für Patientinnen und Patienten relevant sei, am Prozess der Entlassung beteiligt zu werden. Es solle geprüft werden, inwieweit Überschneidungen mit Qualitätsmerkmal 1.2 vorlägen.	-	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<p><b>WE:</b> Die Prüfung der beiden Qualitätsmerkmale 1.2 (modifizierte Fassung; siehe oben) und 1.3 ergab keine Redundanzen, sodass Qualitätsmerkmal 1.3 unverändert beibehalten wird.</p> <p><b>kogPr:</b> Die Beteiligung der Patientinnen und Patienten speziell bei der Festlegung des Entlasstermins ließ sich nicht getrennt von der Information zum Entlasstermin erfassen, sodass das Qualitätsmerkmal gestrichen wurde. Die beiden inhaltlichen Facetten des Qualitätsmerkmals finden sich in Qualitätsmerkmal 1.1 „Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin“ und in Qualitätsmerkmal 2.6 „Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung“ wieder.</p>		
1.4 Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung	✓	-	-	1.3 Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
1.5 Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort	✓	-	-	1.4 Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort
1.6 Zentrale Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung	X nach dem kognitiven Pretest	<p><b>EG:</b> Aus Sicht der Expertinnen und Experten könnte die Formulierung „zentrale Ansprechperson“ missverständlich sein, da impliziert werden könnte, dass eine zentrale Ansprechperson alle Fragen der Patientinnen und Patienten zur Entlassung beantworten müsse. Die Expertinnen und Experten wiesen auf die koordinierende und vermittelnde Rolle einer Ansprechperson hin.</p> <p><b>WE:</b> Nach erneuter Prüfung der Wissensbestände soll durch die Änderungen der Formulierung von „zentrale“ in „feste“ Ansprechperson die koordinierende Rolle deutlicher zum Ausdruck gebracht werden.</p>	<p><b>MT:</b> <del>Zentrale</del> <i>Feste</i> Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung</p> <p><b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten bei Bedarf eine <del>zentrale</del> <i>feste</i> Ansprechperson aus dem Krankenhaus zur Verfügung stand, die bei Fragen zum Entlassmanagement individuell <i>selbst</i> Auskunft geben konnte <i>oder an die entsprechende Fachperson vermittelt hat</i>.</p>	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<p><b>SN:</b> Eine feste Ansprechperson als gleichbleibende Person im gesamten Prozess der Entlassung sei seitens der Leistungserbringer nicht umsetzbar.</p> <p><b>kogP:</b> Es konnte keine sparsame Itemformulierung gefunden werden, über die Patientinnen und Patienten angeben konnten, dass ihnen im Krankenhaus zwar eine Ansprechperson bei Fragen zur Entlassung zur Verfügung stand, diese Person den Patientinnen und Patienten jedoch keine hilfreichen Informationen geben konnte. Qualitätsmerkmal 1.6 wurde gestrichen und die Qualitätsanforderung zur hilfreichen Beantwortung von Fragen zur Entlassung in Qualitätsmerkmal 8.4 „Zeit für Fragen zur Entlassung“ operationalisiert.</p>		
1.7 Angebot an Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses	✓  Modifikation nach dem kognitiven Pretest	<p><b>kogP/WE:</b> Das Qualitätsmerkmal wurde inhaltlich auf die Nutzung des Sozialdienstes bei Bedarf der Patientinnen und Patienten fokussiert, da sich im kognitiven Pretest zeigte, dass das reine Angebot zur Nutzung des Sozialdienstes für die Patientinnen und Patienten im Versorgungsalltag eine vergleichsweise geringe Bedeutung hatte. Über die Antwortmöglichkeit</p>	<p><b>MT:</b> <del>Angebot an Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses</del> <i>durch Patientinnen und Patienten</i></p> <p><b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten <del>das Angebot erhalten haben,</del> bei Bedarf <del>Gespräche mit</del> <i>Gespräche mit</i> von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des</p>	1.5 Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		„Ich wollte/brauchte das nicht“ können die Befragten darstellen, dass für sie eine Beratung durch den Sozialdienst nicht notwendig war.	Sozialdienstes des Krankenhauses zu führen <del>beraten</del> wurden.	
1.8 Zeitliche Verzögerungen am Entlasstag	X im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<b>EG:</b> Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass die Kommunikation bzw. Information von zeitlichen Verzögerungen wichtiger sein könne als eine zeitliche Verzögerung per se. Zusätzlich verbessere sich durch diese Modifikation die Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals, da nicht alle zeitlichen Verzögerungen am Entlasstag gleichermaßen in der Verantwortung des Krankenhauses lägen (z. B. Verfügbarkeit eines Krankentransports). Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst. <b>IE:</b> Eine präzise Eingrenzung von Verzögerungen / Verspätungen am Entlasstag, welche nur durch das Krankenhaus verursacht wurden und nicht durch externe Einflussfaktoren, ließ sich nicht durch eine leicht verständliche Frageformulierung umsetzen.	<b>MT:</b> <i>Information zu zeitlichen Verzögerungen am Entlasstag</i> <b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob <del>es am Entlasstag zu zeitlichen Verzögerungen kam.</del> <i>Patientinnen und Patienten über zeitliche Verzögerungen am Entlasstag informiert wurden.</i>	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
<b>Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung</b>				
2.1 Information zu Ansprechpersonen bei medizinischen Fragen nach Entlassung	✓  Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> Im Expertengremium wurde angemerkt, dass die Fokussierung auf „medizinischen Fragen“ den inhaltlichen Schwerpunkt des Qualitätsmerkmals u. U. zu eng legen könnte. Es wurde betont, dass es im Qualitätsmerkmal auch um allgemeinere gesundheitliche/pflegerische Fragen gehen sollte.  Um den inhaltlichen Fokus des Qualitätsmerkmals besser auszudrücken, wurde die Formulierung entsprechend ergänzt.	<b>MT:</b> Information zu Ansprechpersonen bei <del>medizinischen</del> <i>pflegerischen</i> Fragen nach Entlassung  <b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob mit Patientinnen und Patienten besprochen wurde, an wen sie sich nach Entlassung aus dem Krankenhaus wenden können, wenn sie Fragen zu ihrer <del>medizinischen</del> <i>pflegerischen</i> Versorgung haben. Dies umfasst Informationen zu Ansprechpersonen innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses z. B. bei Fragen zum Gesundheitszustand, zur Genesung, bei Fragen zur Medikation oder zur <del>medizinischen</del> <i>pflegerischen</i> Selbstversorgung.	2.1 Information zu Ansprechpersonen bei <del>medizinischen</del> <i>pflegerischen</i> Fragen nach Entlassung
2.2 Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung	✓  Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> Aus Gründen der besseren Zuschreibbarkeit wurde im Expertengremium empfohlen, die zuständige Person als Ärztin/Arzt zu benennen. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend konkretisiert.	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob <del>eine Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter</del> <i>eine Ärztin / ein Arzt</i> des Krankenhauses Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche weiterführende ambulante Versorgung durch Hausärztinnen/Hausärzte bzw. Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist.	2.2 Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
2.3 Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge	✓ Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“]	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche weiteren therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge (z. B. Heilmittel wie Physio- oder Sprachtherapie oder Soziotherapie, ambulante oder stationäre Rehabilitation) für die Zeit nach Entlassung notwendig sind.	2.3 Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge
2.4 Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten	✓ Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“] Im Expertengremium wurde weiterhin vorgeschlagen, die Beispiele um „Jugend- und Sozialhilfen“ zu erweitern, da diese Aspekte ein wichtiges Unterstützungsangebot darstellten. Zudem wiesen einige Expertinnen und Experten darauf hin, dass das Qualitätsmerkmal ggf. in einzelne spezifischere Qualitätsmerkmale aufgeteilt werden sollte, da es über patientenindividuelle Unterstützungsbedarfe zu allgemein angelegt sei. <b>WE:</b> Nach erneuter Prüfung der Wissensbestände wird das Qualitätsmerkmal	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten <del>im Krankenhaus</del> <i>von einer Fachperson aus dem Krankenhaus</i> dazu beraten wurden, welche weiteren Unterstützungsangebote es für sie für die Zeit nach Entlassung gibt. Dies umfasst eine patientenindividuelle Beratung z. B. zur stationären oder ambulanten Pflege, zur Versorgung in einem Pflegeheim, zu Kostenerstattungen oder Anträgen gemäß verschiedener Sozialgesetzbücher, <i>Jugend- und Sozialhilfen</i> oder auch zu ambulanten Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen.	2.4 Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten



Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		nicht in spezifischere Qualitätsmerkmale aufgeteilt, sondern es wird bei der Itementwicklung berücksichtigt, dass eine entsprechende thematische Differenzierung möglich ist.		
2.5 Information zu Hilfsmitteln	✓ Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“]	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche Hilfsmittel für die Zeit nach Entlassung notwendig sind.	2.5 Information zu Hilfsmitteln
2.6 Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung	✓ Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass eine Fokussierung des Qualitätsmerkmals auf eine „ambulante medizinische Weiterbehandlung“ u. U. zu eng gefasst sei, da auch die stationäre Pflege für die Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten nach Entlassung relevant sei. Das Qualitätsmerkmal wurde in der Beschreibung entsprechend angepasst.	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach ihrer Entlassung beteiligt waren. Dies umfasst z. B. Entscheidungen zum Entlassort oder zu Maßnahmen der ambulanten <del>(medizinischen)</del> <i>oder stationären</i> Weiterbehandlung.	2.6 Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
2.7 Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus	X nach dem Standard-Pretest und anschließender kognitiver Interviews	<p><b>kogP:</b> Aufgrund der heterogenen Zielpopulation des QS-Verfahrens wurde das Qualitätsmerkmal inhaltlich erweitert, so dass zusätzlich zum ärztlichen Personal auch anderes Fachpersonal im Krankenhaus Patientinnen und Patienten zu ihrer Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme informieren kann. Im kognitiven Pretest zeigte sich, dass insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen solche Gespräche auch von Psychotherapeutinnen und -therapeuten geführt werden, sodass in der Merkmalsbeschreibung die explizite Nennung von Ärztinnen und Ärzten gestrichen wurde.</p> <p><b>StP/kogInt/WE:</b> Im Standard-Pretest fanden sich Hinweise auf hohe Anteile an „Ja“-Antworten (Deckeneffekte). In der anschließenden kognitiven Testung zeigt sich, dass eine präzise zeitliche Eingrenzung ausschließlich auf die Phase der Entlassung nicht möglich war. Nach Einschätzung des IQTIG fokussiert das Qualitätsmerkmal trotz inhaltlicher Relevanz nicht primär auf die Entlassung und die Prozesse des Entlassmanagements, sondern den Krankenhausaufenthalt als</p>	<p><b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob <del>eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus</del> Patientinnen und Patienten <i>im Krankenhaus</i> darüber informiert <del>hat</del> wurden, mit welcher Diagnose bzw. aus welchem Grund die Aufnahme ins Krankenhaus erfolgte.</p>	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		Ganzes. Das Qualitätsmerkmal wurde daher ausgeschlossen.		
2.8 Information zur Behandlung und Behandlungsergebnissen	X nach dem Standard-Pretest und anschließender kognitiver Interviews	<b>kogP:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 2.7 zur Modifikation] <b>StP/kogInt/WE:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 2.7 zum Ausschluss]	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob <del>eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus</del> Patientinnen und Patienten <i>im Krankenhaus</i> darüber informiert <del>hat</del> <i>wurden</i> , welche Behandlungen oder Untersuchungen während des Aufenthalts im Krankenhaus durchgeführt wurden und welche Behandlungsergebnisse vorliegen.	-
2.9 Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung	✓ Modifikation nach dem kognitiven Pretest	<b>kogP:</b> Aufgrund der heterogenen Zielpopulation des QS-Verfahrens wurde das Qualitätsmerkmal inhaltlich erweitert, so dass neben ärztlichen Personal auch anderes Fachpersonal im Krankenhaus Patientinnen und Patienten zu ihrer Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme informieren kann. Im kognitiven Pretest zeigte sich, dass insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen solche Gespräche auch von Psychotherapeutinnen und -therapeuten geführt werden, so dass in der Merkmalsbeschreibung die explizite Nennung von Ärztinnen und Ärzten gestrichen wurde.	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob <del>einen Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus</del> Patientinnen und Patienten <i>im Krankenhaus</i> darüber informiert <del>hat</del> <i>wurden</i> , wie die Erkrankung bzw. der Gesundheitszustand sich nach Entlassung entwickeln kann.	2.7 Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
<b>Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Medikation</b>				
3.1 Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation	✓ Modifikation im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<b>IE/WE:</b> Das Qualitätsmerkmal wurde inhaltlich geschärft, um eine sparsame und leichtverständliche Operationalisierung zu ermöglichen. Dafür wurde auf die Konsequenzen bei Nichteinnahme von Medikamenten verzichtet. Dies ist nicht für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen relevant, und ginge für eine valide Operationalisierung mit einer umfangreiche Itemformulierung einher.	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus Patientinnen und Patienten darüber informiert hat, welche Medikamente wofür und warum nach der Entlassung eingenommen werden müssen. <del>Dies beinhaltet neben Information zum Nutzen der Medikamente auch Information über mögliche Konsequenzen, wenn diese nicht eingenommen werden.</del>	3.1 Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation
3.2 Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation	✓ Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte das Informieren der Patientinnen und Patienten zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation auch an entsprechende Fachpersonen (z. B. Pflegepersonal) delegieren würden. Das Qualitätsmerkmal wurde in der Beschreibung entsprechend angepasst.	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob <del>eine Ärztin / ein Arzt</del> eine <i>Fachperson</i> aus dem Krankenhaus Patientinnen und Patienten über die Regeln für die Einnahme der Entlassmedikation aufgeklärt hat. Dies umfasst z. B. die Information zur Häufigkeit, zur Tageszeit, zur Menge und Dauer der Einnahme des jeweiligen Medikaments.	3.2 Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation
3.3 Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation	✓	-	-	3.3 Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
3.4 Unterstützung zur Einnahme der Entlassmedikation	X im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<p><b>EG:</b> Durch die Diskussion im Expertengremium wurde die besondere Wichtigkeit eines Medikationsplans ersichtlich.</p> <p><b>WE:</b> Nach erneuter Prüfung der Wissensbestände wurde der inhaltliche Fokus des Qualitätsmerkmals entsprechend auf die Ausgabe eines Medikationsplans durch das Krankenhaus verschoben.</p> <p><b>IE:</b> Nicht alle Patientinnen und Patienten haben einen rechtlichen Anspruch auf einen Medikationsplan; zudem können Patientinnen und Patient mitunter nicht einschätzen, ob sie einen entsprechenden Anspruch haben. Eine valide Erfassung des Qualitätsmerkmals ist über die Patientenbefragung nicht möglich, sodass das Qualitätsmerkmal ausgeschlossen wurde. Die Mitgabe des Medikationsplans wird über einen entsprechenden Qualitätsindikator der fallbezogenen QS-Dokumentation (Teilauftrag B) erfasst.</p>	<p><b>MT:</b> <del>Unterstützung zur Einnahme der Entlassmedikation</del> <i>Erhalt eines Medikationsplans</i></p> <p><b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten <del>durch das Krankenhaus Unterstützung zur Einnahme der neu verordneten oder veränderten Entlassmedikation erhalten haben. Dies beinhaltet eine schriftliche Übersicht zur Entlassmedikation (z. B. in Form eines Medikationsplans) oder auch gestellte Medikamente in Tablettenboxen vom Krankenhaus eine schriftliche Übersicht der neu verordneten oder veränderten Entlassmedikamente in Form eines Medikationsplans erhalten haben.</del></p>	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
<b>Qualitätsaspekt 4: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit</b>				
4.1 Wissensvermittlung zur medizinischen Selbstversorgung im Alltag	✓ Modifikation nach dem Expertengremium	<p><b>EG:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“] Ähnlich zu den Hinweisen der Expertinnen und Experten zu Qualitätsmerkmal 2.1 wurde der Begriff „medizinisch“ zu „medizinisch-pflegerisch“ geändert, um die Bedeutung des Qualitätsmerkmals über rein medizinische Aspekte hinaus zu erweitern, etwa im Hinblick auf körperliche und psychische Einschränkungen. Um dies zu unterstreichen, wurde „Umgang mit körperlichen Einschränkungen im Alltag“ als pflegerelevantes Beispiel in die Beschreibung des Qualitätsmerkmals aufgenommen.</p> <p>Darüber hinaus wurde im Expertengremium die Wichtigkeit von Edukation und der Vermittlung von Fähigkeiten im Rahmen von Wissensvermittlung betont. In der Beschreibung des Qualitätsmerkmals wurde „erklärt“ in „angeleitet“ geändert, um den edukativen Aspekt der Wissensvermittlung (inkl. Schulungen) inhaltlich zu betonen.</p>	<p><b>MT:</b> Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag</p> <p><b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten <del>erklärt</del> <i>angeleitet</i> hat, wie sie sich nach der Entlassung zu Hause <i>medizinisch-pflegerisch</i> selbst versorgen können (z. B. Wundversorgung, Schmerzmanagement, Umgang mit Symptomen, <i>Umgang mit körperlichen Einschränkungen im Alltag</i>).</p>	4.1 Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
4.2 Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln	✓ Modifikation nach dem Expertengremium	<p><b>EG:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“]</p> <p>Ähnlich zu Qualitätsmerkmal 4.1 wurde im Expertengremium angeregt, den wichtigen Stellenwert von Schulungen innerhalb der Wissensvermittlung zu betonen. Es sei wichtig, den Umgang mit Hilfsmitteln nicht nur zu erklären, sondern mit Patientinnen und Patienten auch einzuüben.</p> <p>Um die Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals zum Leistungserbringer zu erhöhen, wurde von den Expertinnen und Experten angeregt, das Qualitätsmerkmal auf Hilfsmittel einzuschränken, die im Krankenhaus eingesetzt werden bzw. von dort bei Entlassung mitgegeben werden. Das Krankenhaus habe bspw. nur eingeschränkten Einfluss auf Geräteeinweisungen, welche durch Hilfsmittellieferanten nach Entlassung stattfinden. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend konkretisiert.</p>	<p><b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten erklärt und mit Patientinnen und Patienten geübt hat, wie sie mit Hilfsmitteln, <i>welche bereits im Krankenhaus benutzt oder mitgeben wurden</i>, umgehen können (z. B. Geh- oder Toilettenhilfen).</p>	4.2 Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
4.3 Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung	✓  Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“]	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten erklärt hat, wie sie sich nach der Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Regeln zu Art und Dauer der Schonung bei Alltagsbelastungen, Bewegung/Sport, Verzehr von Lebensmitteln).	4.3 Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung
4.4 Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen	X  im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<b>WE:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“] <b>SN/IE:</b> Aufgrund der heterogenen Zielgruppe ließ sich nur ein allgemein formuliertes Item operationalisieren. Hierbei blieb jedoch unklar, welche konkreten Empfehlungen zu Maßnahmen für die Gesundheitsförderung für die einzelne Patientin / den einzelnen Patienten gemeint sein können, so dass die Beantwortbarkeit des Items eingeschränkt war. Über eine solche allgemeine Itemformulierung kann keine konkrete Rückmeldung an die Leistungserbringer zur Verbesserung der Versorgungsqualität gegeben werden.	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten erklärt hat, mit welchen weiteren Maßnahmen sie im Alltag ihre Gesundheit positiv beeinflussen können (z. B. Empfehlungen zur gesunden Lebensführung, therapeutische Übungen oder Etablierung einer Tagesstruktur).	-



Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
4.5 Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen	✓  Modifikation nach dem Expertengremium	<b>WE:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“]	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten erklärt hat, wie sie nach der Entlassung Komplikationen und Warnsignale erkennen können (z. B. Atemnot, Wundinfektion oder Symptome psychischer Erkrankungen/Suizidgedanken) und was sie selbst bei Komplikationen und Warnsignalen tun können.	4.4 Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen
<b>Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung</b>				
5.1 Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten	X  nach dem Standard-Pretest und anschließender kognitiver Interviews	<b>StP/kogInt:</b> Es konnte keine valide Operationalisierung für die heterogene Zielgruppe des QS-Verfahrens Entlassmanagement gefunden werden, um die Qualitätsanforderung zur Unterstützung bei der Terminvereinbarung bei weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten ausschließlich für Patientinnen und Patienten mit hierfür notwendigem Unterstützungsbedarf zu erfassen. Eine eindeutige Abgrenzung von obligatorischen Kontroll- oder Nachsorgeterminen bei bereits bekannten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten war nicht möglich.	-	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
5.2 Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	X  im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<b>IE:</b> Die Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung mit Medikamenten insbesondere nach Entlassungen vor Wochenenden und oder Feiertagen wird über einen Qualitätsindikator der fallbezogenen QS-Dokumentation (Teilauftrag B) erfasst.	-	-
5.3 Verordnung von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	✓  Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> Aus Sicht der Expertinnen und Experten sollte bei diesem Qualitätsmerkmal, ähnlich wie bei Qualitätsmerkmal 5.1, die <i>Unterstützung</i> im Vordergrund stehen, da eine Verordnung zu geplanten therapeutischen Maßnahmen nicht unbedingt durch das Krankenhaus ausgestellt werden müsse. Laut Expertengremium könne dies bspw. dann der Fall sein, wenn Patientinnen und Patienten nur für kurze Zeit im Krankenhaus sind und zur Vermeidung von doppelten Rezeptgebühren auf eine Verordnung aus dem Krankenhaus verzichten würde. Das „Ausstellen oder Weiterleiten von Verordnungen“ seien Beispiele für die Organisation der therapeutischen Maßnahmen. Darüber hinaus könne laut Expertengremium die explizite Nennung von Ärztinnen und Ärzten als Verantwortliche missverständlich	<b>MT:</b> <del>Verordnung</del> <i>Unterstützung bei der Organisation</i> von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung  <b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten für die zuvor geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge (z. B. Heilmittel wie Physio- oder Sprachtherapie sowie Soziotherapie) <del>von einer Ärztin / einem Arzt aus dem Krankenhaus eine Verordnung</del> <i>Unterstützung vom Krankenhaus</i> für die Zeit unmittelbar nach Entlassung erhalten haben (z. B. <i>durch Ausstellen oder Weiterleiten von Verordnungen</i> ).	5.1 Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<p>sein, da Verordnungen auch von nicht ärztlichen Personal an die Patientinnen und Patienten gegeben würden.</p> <p><b>WE:</b> Zur inhaltlichen Fokussierung wurde im Titel des Qualitätsmerkmals „Verordnung“ durch „Unterstützung“ ersetzt und in der Beschreibung „Ausstellen“ und „Weiterleiten“ von Verordnungen als Beispiele ergänzt. Zudem wurde auf die explizite Nennung von Ärztin bzw. Arzt verzichtet.</p>		
5.4 Verordnung von geplanten Hilfsmitteln für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	X nach dem Expertengremium	<p><b>EG:</b> Wie bei Qualitätsmerkmal 5.3 beschrieben, wurde durch die Expertinnen und Experten empfohlen, das Verordnungsgeschehen aus dem Fokus des Qualitätsmerkmals zu nehmen. Darüber hinaus sei zweifelhaft, ob Patientinnen und Patienten das Verordnungsgeschehen adäquat einschätzen können, da Hilfsmittel häufig direkt mit den Hilfsmittelanbietern organisiert werden.</p> <p><b>WE:</b> Mit Blick auf eine mögliche Erfassung des Qualitätsmerkmals über die QS-Dokumentation/Sozialdaten wurde das Qualitätsmerkmal aus der weiteren Entwicklung ausgeschlossen.</p>		-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
5.5 Organisation der verordneten Hilfsmittel für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	X  im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<b>IE:</b> Das Eignungskriterium zur Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer ist eingeschränkt, da Patientinnen und Patienten nicht umfassend einschätzen können, welcher Akteur dafür verantwortlich ist, dass ein Hilfsmittel am Tag der Entlassung (nicht) zur Verfügung stand. Eine verspätete Bereitstellung kann bspw. dann außerhalb der Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer liegen, wenn die Bewilligung durch die Krankenkasse nicht rechtzeitig erfolgt ist, oder das Sanitätshaus das Hilfsmittel nicht bereitstellt.	-	-
5.6 Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag	X  im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<b>SN/IE:</b> Die Verordnung eines Krankentransports ist gemäß Rahmenvertrag Entlassmanagement nur bei entsprechender medizinischer Indikation durch das Krankenhaus möglich. Patientinnen und Patienten können mitunter nicht einschätzen, ob sie selbst einen solchen Anspruch haben. Eine valide Erfassung des Qualitätsmerkmals ist über die Patientenbefragung nicht möglich.  <b>SN/WE:</b> Da andere Arten der Beförderung am Entlasstag (z. B. Abholung durch Angehörige) bereits im Qualitätsmerkmal	-	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		1.5 „Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort“ enthalten sind, konnten Überschneidungen bzw. Redundanzen vermieden werden.		
5.7 Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	X im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<p><b>EG:</b> Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass der Begriff „Ausstellen“ bei der zukünftigen elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) nicht mehr zutreffend sei. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend konkretisiert.</p> <p><b>IE:</b> Die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit kann nur bei entsprechender medizinischer Indikation erfolgen. Patientinnen und Patienten können mitunter nicht einschätzen, ob für sie eine Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit notwendig war. Eine valide Erfassung des Qualitätsmerkmals ist über die Patientenbefragung nicht möglich.</p>	<p><b>MT:</b> <del>Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung</del> <i>Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit</i> für die Zeit unmittelbar nach Entlassung</p> <p><b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus Patientinnen und Patienten bei Bedarf <del>eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung</del> <i>die Arbeitsunfähigkeit</i> für die Zeit unmittelbar nach Entlassung <del>ausgestellt</del> <i>bescheinigt</i> hat.</p>	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
5.8 Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen	✓  Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“]	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen wie bspw. einem Pflegegrad oder einer Rehabilitation unterstützt hat. Dies umfasst z. B. Antragsunterlagen zur Verfügung zu stellen und beim Ausfüllen der Unterlagen zu unterstützen.	5.2 Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen
5.9 Verordnung der geplanten häuslichen Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	X  Nach dem Expertengremium	<b>EG/WE:</b> Vgl. Begründungen zu Qualitätsmerkmal 5.4. Äquivalent zu Qualitätsmerkmal 5.4 wird Qualitätsmerkmal 5.9 gestrichen. Der inhaltliche Schwerpunkt zur Unterstützung der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe wird durch Qualitätsmerkmal 5.10 abgedeckt.	-	-
5.10 Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe	✓  Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“]	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> Patientinnen und Patienten dabei unterstützt hat, die geplanten Leistungen für häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe zu organisieren.	5.3 Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
<b>Qualitätsaspekt 6: Entlassgespräch</b>				
6.1 Durchführen eines abschließenden Gesprächs	✓	-	-	6.1 Durchführen eines abschließenden Gesprächs
6.2 Ruhige, ungestörte Atmosphäre im abschließenden Gespräch zur Entlassung	X nach dem kognitiven Pretest	<p><b>EG:</b> Im Expertengremium wurden die aufgeführten Beispiele kritisch diskutiert. Die Expertinnen und Experten bezweifelten, dass bspw. Gespräche in separaten Räumlichkeiten immer möglich seien. Auch das Klingeln eines mobilen Telefons, was bei sich geführt wird, könne nicht immer vermieden werden. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass unklar bleibe, was mit einer ruhigen „Atmosphäre“ gemeint sei.</p> <p><b>WE:</b> Nach erneuter Prüfung der Wissensbestände wurden die Beispiele gestrichen. Das Wort „Atmosphäre“ wurde sowohl im Titel als auch in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals durch „Umgebung“ ersetzt, um den inhaltlichen Fokus der gestrichenen Beispiele zu erhalten.</p>	<p><b>MT:</b> Ruhige, ungestörte Atmosphäre Umgebung im abschließenden Gespräch zur Entlassung</p> <p><b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob das abschließende Gespräch zur Entlassung in einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre Umgebung stattfand. (<del>bspw. ohne Störung durch unbeteiligte Dritte, ohne Klingeln des Telefons, in separaten Räumlichkeiten</del>).</p>	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<b>kogP/WE:</b> Im Zuge der weiteren Entwicklungen der Fragebögen nach dem kognitiven Pretest erfolgte auf Basis der Hinweise aus den Stellungnahmen eine inhaltliche Schärfung der qualitätsrelevanten Anforderungen für das Abschlussgespräch, die auf die Durchführung eines solchen Gesprächs und die Anliegen der Patientinnen und Patienten abzielen und nicht auf die mitunter ganz unterschiedlich ausgestalteten Räumlichkeiten in den jeweiligen Krankenhäusern.		
6.3 Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch	✓	-	-	6.2 Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch
6.4 Angebot zum Einbezug von Angehörigen in das abschließende Gespräch zur Entlassung	✓ Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> Aus Sicht der Expertinnen und Experten sei der Begriff „Angehörige“ zu eng gefasst, da dieser nicht auf alle Patientinnen und Patienten zutreffe und auch Vertrauenspersonen, Freundinnen/Freunde, bevollmächtigte Personen o. ä. relevant	<b>MT:</b> Angebot zum Einbezug von <del>Angehörigen</del> <b>Vertrauenspersonen</b> in das abschließende Gespräch zur Entlassung <b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten angeboten wurde, <del>Angehörige</del> <b>Vertrauenspersonen</b>	6.3 Angebot zum Einbezug von Angehörigen in das abschließende Gespräch zur Entlassung



Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<p>seien. Der Titel und die Beschreibung des Qualitätsmerkmals wurden entsprechend angepasst.</p> <p><b>IE:</b> Das Qualitätsmerkmal wurde nur für den Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten operationalisiert, da bei Eltern/Sorgeberechtigten, diese bereits die Vertrauenspersonen der minderjährigen Patientinnen und Patienten sind.</p>	<p>wie bspw. Angehörige, Freundinnen/Freunde oder rechtliche Betreuerinnen und Betreuer in das abschließende Gespräch zur Entlassung einzubeziehen.</p>	
<b>Qualitätsaspekt 7: Entlassdokumente</b>				
7.1 Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag	✓	-	-	7.1 Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag
7.2 Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung	X nach dem kognitiven Pretest	<p><b>EG:</b> Ähnlich wie bei Qualitätsmerkmal 2.6 wurde im Expertengremium darauf hingewiesen, dass eine mögliche stationäre Weiterversorgung nach Entlassung ebenfalls berücksichtigt werden sollte (z. B. stationäre Pflege im Anschluss an eine Entlassung). Weiterhin wurde im Expertengremium die Wichtigkeit der Mitgabe von schriftlichen Informationen/Unterla-</p>	<p><b>MT:</b> Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten <i>und stationären</i> Weiterversorgung</p> <p><b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus zur Entlassung schriftliche Unterlagen mit einer Übersicht zu den für sie veranlassten und geplanten Maßnahmen der ambulanten <i>und stationären</i> Weiterversorgung</p>	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<p>gen für Patientinnen und Patienten betont. Die „Übersicht des dokumentierten Entlassplans“ wurde als Beispiel in die Beschreibung des Qualitätsmerkmals aufgenommen.</p> <p><b>kogP:</b> Eine trennscharfe Operationalisierung der patientenindividuellen Unterlagen in Abgrenzung zum Arztbrief war nicht möglich.</p>	erhalten haben (z. B. <i>Übersicht des dokumentierten Entlassplans</i> ).	
<b>Qualitätsaspekt 8: Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten</b>				
8.1 Verwendung einer patientenverständlichen Sprache in Gesprächen zur Entlassung	X nach dem kognitiven Pretest	<b>kogP:</b> Das Qualitätsmerkmal ließ sich nicht valide auf die Verwendung einer patientenverständlichen Sprache ausschließlich auf den Prozess der Entlassung eingrenzen.	-	-
8.2 Bereitstellen einer dolmetschenden Person für Gespräche zur Entlassung	X Nach dem Expertengremium	<p><b>EG:</b> Obwohl die Wichtigkeit des Qualitätsmerkmals im Expertengremium anerkannt wurde, wurden Bedenken zu dessen Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit geäußert.</p> <p><b>WE:</b> Nach Prüfung der Wissensbestände war für den Ausschluss des Qualitätsmerkmals insbesondere die Erwartung einer heterogenen Verteilung der Fallzahlen ausschlaggebend. Bei einigen Leistungserbringern kann es sehr wenige</p>	-	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		bis keine Patientinnen und Patienten geben, für die dieses Qualitätsmerkmal relevant ist. Zudem ist davon auszugehen, dass gerade bei Patientinnen und Patienten mit mangelnden Kenntnissen der deutschen Sprache, in dem Ausmaß, dass Dolmetschen erforderlich ist, auch die Beteiligung an der deutschsprachigen Befragung eher gering sein wird.		
8.3 Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung	✓	-	-	8.1 Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung
8.4 Zeit für Gespräche zur Entlassung mit Ärztinnen und Ärzten	✓ Modifikation nach dem kognitiven Pretest	<b>EG:</b> Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten u. U. Gespräche zur Entlassung nicht vom abschließenden Gespräch zur Entlassung unterscheiden können. Weiterhin schlugen die Expertinnen und Experten vor, die Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten für Fragen in den Fokus des Qualitätsmerkmals zu rücken und weniger das Stattfinden von Gesprächen zur Entlassung. <b>WE:</b> Die erneute Prüfung der Wissensbestände ergab eine hohe Bedeutsamkeit	<b>MT:</b> Zeit für <del>Gespräche</del> <i>Fragen</i> zur Entlassung <del>mit Ärztinnen und Ärzten</del> <b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die <del>Ärztinnen und Ärzte</del> <i>Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</i> aus dem Krankenhaus Zeit für <del>Gespräche</del> <i>Fragen</i> der Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung <del>mit den Patientinnen und Patienten</del> genommen haben.	8.2 Zeit für Fragen zur Entlassung

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<p>von Zeit für Gespräche zur Entlassung mit dem Behandlungsteam für Patientinnen und Patienten. Das Qualitätsmerkmal wird unverändert in die weitere Entwicklung übernommen. Im Rahmen des kognitiven Pretests wird die Abgrenzung zum abschließenden Gespräch geprüft.</p> <p><b>SN:</b> Gespräche zur Entlassung seien oft Teil von anderen Gesprächen während des stationären Aufenthalts, sodass eine präzise Messung für die Phase der Entlassung sowie eine Operationalisierung in Abgrenzung zu anderen Qualitätsmerkmalen notwendig sei. Zudem könnten Patientinnen und Patienten die einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus nicht immer zuverlässig voneinander unterscheiden.</p> <p><b>kogP:</b> Im Rahmen des kognitiven Pretests zeigte sich, dass Gespräche zwischen Patientinnen und Patienten und dem medizinisch bzw. pflegerischen Personal nicht eindeutig auf die Phase der Entlassung eingrenzbar sind (siehe auch ausgeschlossene Qualitätsmerkmale 8.4, 8.6 und 8.7.) Zudem zeigte sich, dass insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen Fragen zur</p>		

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		Entlassung auch in Gesprächen mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten besprochen werden. Das Qualitätsmerkmal wurde daher inhaltlich präzisiert, so dass eine konkrete Fokussierung auf Zeit für Fragen zur Entlassung ohne Nennung einer spezifischen Berufsgruppe erfolgte.		
8.5 Zeit für Gespräche zur Entlassung mit dem Pflegepersonal	X nach dem kognitiven Pretest	<b>EG/WE:</b> [siehe Qualitätsmerkmal 8.4] <b>kogP:</b> Im kognitiven Pretest zeigte sich, dass Patientinnen und Patienten Zeit für Gespräche zur Entlassung ausschließlich mit ärztlichem Personal und nicht mit dem Pflegepersonal assoziierten. Die Gespräche mit dem Pflegepersonal wurden nicht auf die Phase der Entlassung aus dem Krankenhaus eingeschränkt, sondern auf den Krankenhausaufenthalt insgesamt bezogen.	-	-
8.6 Ruhige, ungestörte Atmosphäre in Gesprächen zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses	X nach dem kognitiven Pretest	<b>EG:</b> Ähnlich wie bei Qualitätsmerkmal 6.2 zur Atmosphäre während des Entlassgesprächs wurden die aufgeführten Beispiele im Expertengremium kritisch diskutiert. Zudem seien andere relevante Berufsgruppen wie Therapeutinnen und Therapeuten nicht in der Beschreibung des Qualitätsmerkmals enthalten.	<b>MT:</b> Ruhige, ungestörte Atmosphäre Umgebung in Gesprächen zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses <b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Gespräche zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses in einer ruhigen und	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<p><b>WE:</b> Die Prüfung der Wissensbestände ergab keine eindeutige Identifikation weiterer relevanter Berufsgruppen, sodass diesbezüglich keine Erweiterung des Qualitätsmerkmals vorgenommen wurde. Für die weitere Entwicklung wird der inhaltliche Fokus auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes beibehalten. Wie bei Qualitätsmerkmal 6.2 wurden die Beispiele gestrichen und das Wort „Atmosphäre“ durch „Umgebung“ ersetzt.</p> <p><b>kogP/WE:</b> [siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 6.2 zum Ausschluss]</p>	<p>ungestörten <del>Atmosphäre</del> <i>Umgebung</i> stattfanden. (<del>bspw. ohne Störung durch unbeteiligte Dritte, ohne Klingeln des Telefons, in separaten Räumlichkeiten</del>).</p>	
8.7 Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	X nach dem kognitiven Pretest	<p><b>SN:</b> Das Qualitätsmerkmal müsse so operationalisiert werden, dass nur der Prozess der Entlassung erfasst werde und damit eine Abgrenzung vom Umgang der Ärztinnen und Ärzte in den anderen Phasen des stationären Aufenthalts erfolge.</p> <p><b>kogP:</b> Das Qualitätsmerkmal ließ sich nicht auf den Umgang des ärztlichen Personals während der Phase der Entlassung eingrenzen.</p>	-	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
8.8 Individueller und sensibler Umgang des Pflegepersonals mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	X nach dem kognitiven Pretest	<b>kogP:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 8.7 zum Ausschluss]	-	-
8.9 Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	✓	-	-	8.3 Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses
8.10 Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	X im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<b>SN/IE:</b> Entsprechend der Hinweise aus den Stellungnahmen wurden bei der Itementwicklung inhaltliche Überschneidungen und Redundanzen zu anderen Qualitätsmerkmalen im Qualitätsaspekt geprüft. Das Qualitätsmerkmal konnte inhaltlich über die Operationalisierung von Qualitätsmerkmal 8.7 zum sensiblen und individuellen Umgang der Ärztinnen und	-	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		Ärzten mit den Patientinnen und Patienten abgedeckt werden.		
8.11 Eingehen des Pflegepersonals auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	X im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<b>SN/IE:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 8.10 zum Ausschluss]	-	-
<b>Qualitätsaspekt 9: Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung</b>				
9.1 Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten	✓	-	-	9.1 Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten
9.2 Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten	✓ Modifikation nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> Im Expertengremium wurden Zweifel hinsichtlich einer objektiven Erfassung und der Beeinflussbarkeit/Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals geäußert. Es könne bspw. dazu kommen, dass Patientinnen und Patienten, welche aus medizinisch-pflegerischer Sicht bereit für die Entlassung seien, sich trotz optimalen Entlassmanagements nicht bereit fühlten. Zudem schätzten die Expertinnen und Ex-	<b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, in welchem Maße sich Patientinnen und Patienten <del>bereit gefühlt haben</del> , am Ende ihres Krankenhausaufenthalts <i>aus ihrer Sicht bereit waren</i> , entlassen zu werden. Die <del>subjektive</del> <i>subjektive von Patientinnen und Patienten berichtete</i> Entlassbereitschaft <del>der Patientinnen und Patienten</del> umfasst deren körperliche, psychische und soziale <i>Kriterien der Entlassfähigkeit</i> .	9.2 Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten



Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<p>perten die Erinnerbarkeit des Qualitätsmerkmals als problematisch ein, wenn Patientinnen und Patienten den Fragebogen mehrere Wochen nach der ersten Entlassung erhalten würden.</p> <p><b>WE:</b> Nach erneuter Prüfung der Wissensbestände wurde das Qualitätsmerkmal in modifizierter Form in die weiteren Entwicklungen übernommen, da die inhaltliche Relevanz der subjektiven Entlassfähigkeit als Parameter der Ergebnisqualität des Entlassmanagements bestehen bleibt. Als PRO wird „readiness for hospital discharge“ in Studien erhoben, sodass es für den weiteren Entwicklungsprozess aus Sicht des IQTIG möglich ist, die von Patientinnen und Patienten berichtete Entlassbereitschaft zu erfassen. Die methodischen Herausforderungen, welche von den Expertinnen und Experten angesprochen wurden, konnten im Rahmen des kognitiven Pretests und des Standard-Pretests adressiert werden.</p>		

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
9.3 Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten in den ersten Tagen nach Entlassung	X im Zuge der Itementwicklung vor dem kognitiven Pretest	<p><b>EG:</b> [Siehe Begründung zu Qualitätsmerkmal 1.1 zur Modifikation in „Fachperson“]</p> <p>Im Expertengremium wurde darauf hingewiesen, dass die Form der Kontaktaufnahme („persönlich oder telefonisch“) aus der Beschreibung des Qualitätsmerkmals gestrichen werden könnte, da es ausreichend sei, von einer Kontaktaufnahme im Allgemeinen zu sprechen.</p> <p><b>SN:</b> Aufgrund des unterschiedlichen Anforderungsprofils der Patientinnen und Patienten an ein Entlassmanagement müssten nicht alle Patientinnen und Patienten nach der Entlassung vom Krankenhaus kontaktiert werden.</p> <p><b>IE:</b> Patientinnen und Patienten können mitunter nicht einschätzen, ob bei ihnen eine Kontaktaufnahme durch das Krankenhaus notwendig war oder nicht. Eine valide Erfassung des Qualitätsmerkmals ist über die Patientenbefragung nicht möglich.</p>	<p><b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob eine <del>Mitarbeiterin / ein Mitarbeiter des Krankenhauses</del> <i>Fachperson aus dem Krankenhaus</i> in den ersten Tagen nach Entlassung mit den Patientinnen und Patienten <del>persönlich oder telefonisch</del> Kontakt aufgenommen hat, um sich nach der Umsetzung der geplanten/eingeleiteten Maßnahmen zu erkundigen.</p>	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
<b>Qualitätsaspekt 10: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung</b>				
10.1 Ungeplante stationäre Wiederaufnahme der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung	X nach dem kognitiven Pretest	<p><b>EG:</b> Die Expertinnen und Experten schätzten die Erinnerbarkeit des Qualitätsmerkmals als problematisch ein, wenn Patientinnen und Patienten den Fragebogen mehrere Wochen nach der ersten Entlassung erhalten würden.</p> <p><b>WE:</b> Nach erneuter Prüfung der Wissensbestände wurde festgestellt, dass die inhaltliche Relevanz des Qualitätsmerkmals vorliegt und beschlossen, das Qualitätsmerkmal in der weiteren Entwicklung unverändert beizubehalten. Die methodischen Herausforderungen, auf die im Expertengremium hingewiesen wurde, werden im weiteren Entwicklungsprozess, insbesondere im Rahmen der Pretestung, adressiert.</p> <p><b>SN:</b> Gründe für ungeplante stationäre Wiederaufnahmen seien vielfältig und nicht zwangsläufig durch das Entlassmanagement verursacht, da nicht alle Einflussfaktoren vom Leistungserbringer beeinflussbar seien.</p> <p><b>WE:</b> Die Gründe weshalb es zu vermeidbaren ungeplanten Wiederaufnahmen</p>	-	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		kommen kann, sind vielfältig. Eine umfassende, standardisierte Erfassung, welche aufwandsarm eine eindeutige Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit der Verantwortlichkeit erlaubt, ist nach Einschätzung des IQTIG über die Patientenbefragung nicht möglich. Das Qualitätsmerkmal soll als Kennzahl über die Datenquelle der Sozialdaten erfasst werden (Teilauftrag B).		
10.2 Ungeplanter ambulanter Notfallkontakt der Patientinnen und Patienten innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung	X Nach dem Expertengremium	<b>EG:</b> Im Expertengremium wurde u. a. auf die mangelnde Zuschreibbarkeit des Qualitätsmerkmals zum Leistungserbringer hingewiesen, da ungeplante ambulante Notfallkontakte auch durch Defizite in der ambulanten Anschlussversorgung zustande kommen können. Zudem würden Patientinnen und Patienten oft ermutigt, sich bei Komplikationen oder Verschlechterungen nochmals vorzustellen, was häufig über die Notaufnahme geschieht. Darüber hinaus wurde die Formulierung „ungeplanter, ambulanter Notfallkontakt“ von den Expertinnen und Experten als unklar wahrgenommen und damit zusam-	-	-

Qualitätsmerkmale vor Expertengremium	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss oder zentrale Anpassungen	Veränderungen im Titel (MT) / in der Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals	finale Qualitätsmerkmale
		<p>menhängend die Erlebbarkeit/Beurteilbarkeit durch die Patientinnen und Patienten infrage gestellt.</p> <p><b>WE:</b> Nach Prüfung der Wissensbestände und vor dem Hintergrund der Beratung mit den Expertinnen und Experten wurde das Qualitätsmerkmal gestrichen.</p>		

## Anhang D.3: Darstellung der Eignungskriterien der final eingeschlossenen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Das Eignungskriterium zur Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss ist bei allen der folgenden Qualitätsmerkmale erfüllt, da als Verwendungszweck stets die Qualitätsförderung benannt werden kann und die Adressaten der Qualitätsmessung sowie deren Informationsbedürfnisse konkret identifiziert werden können. Zudem ist die zeitliche Nähe zur Versorgungsleistung gegeben und es können konkrete Entscheidungen aus den Indikatorergebnissen abgeleitet werden.

### Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung

#### Qualitätsmerkmal 1.1: Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin

Das Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information zur geplanten Entlassung und kann Patientinnen und Patienten ermöglichen, sich aktiv an Entscheidungen zu ihrer Entlassung zu beteiligen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Der Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie der Expertenstandard Entlassungsmanagement sehen vor, dass Patientinnen und Patienten über den geplanten Termin der Entlassung informiert werden. Die Analyse einer systematischen Übersichtsarbeit sowie qualitativer Studien zur Patientenperspektive zeigen diesbezüglich die Bedeutsamkeit für die Patientinnen und Patienten auf. Studien zur Versorgungssituation in Deutschland geben Hinweise, dass kurzfristige bzw. ungeplante Entlassungen ohne Information über den geplanten Tag der Entlassung für Patientinnen und Patienten problematisch sind. In den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird ebenfalls deutlich, dass es für Patientinnen und Patienten relevant ist, über den geplanten Entlasstermin informiert zu werden.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da dies als Grundlage für ihre aktive Beteiligung an Entscheidungen zur Entlassung und der eigenen Vorbereitung auf die Entlassung dient.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten nicht immer über den geplanten Entlasstermin informiert werden und sich Informationen hierzu selbst beschaffen müssen. Aus qualitativen Studien zur Patientenperspektive wird ersichtlich, dass die Entlassung für die Patientinnen und Patienten zum Teil überraschend erfolgt und sie zuvor weder über einen konkreten Tag noch eine Uhrzeit für die geplante

Entlassung informiert werden. Aus der Analyse der Studien zur Versorgungssituation in Deutschland ergeben sich jedoch auch Hinweise, dass Patientinnen und Patienten im Krankenhaus durchaus rechtzeitig über ihre anstehende Entlassung informiert werden.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Patientinnen und Patienten können unabhängig von patientenindividuellen medizinischen Parametern und sich daraus ergebenden Erfordernissen an eine Behandlung im Krankenhaus durch das Krankenhaus über den geplanten Entlasstermin informiert werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### **Qualitätsmerkmal 1.2: Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen**

Das Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information zur geplanten Entlassung.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird die Relevanz von patientenindividuellen Kriterien für die geplante Entlassung für Patientinnen und Patienten deutlich. Auch aus der Analyse der Studien zur Patientenperspektive ergeben sich Hinweise zur Bedeutsamkeit für Patientinnen und Patienten.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da dies zu einem besseren Verständnis der geplanten Entlassung beiträgt.

**Verbesserungspotenzial:** Aus den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird ersichtlich, dass nicht allen Patientinnen und Patienten die Kriterien, die für die Entlassung relevant sind, bekannt sind.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Patientinnen und Patienten können unabhängig von patientenindividuellen medizinischen Parametern und sich daraus ergebenden Erfordernissen an eine Behandlung im Krankenhaus durch das Krankenhaus über die individuellen Entlasskriterien informiert werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### **Qualitätsmerkmal 1.3: Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung**

Durch das Abklären der individuellen Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten kann die patientenindividuelle Lebenssituation berücksichtigt und das soziale Umfeld bei der Gestaltung der Anschlussversorgung einbezogen werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Der Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassmanagement sowie der Expertenstandard Entlassmanagement empfehlen, initiale und differenzierte Assessments bei Aufnahme der Patientinnen und Patienten durchzuführen. Auch qualitative Studien sowie ein systematisches Review zur Patientenperspektive zeigen, dass patientenindividuelle relevante Unterstützungsbedarfe für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ermittelt werden sollen, sodass eine angemessene Versorgung für die Zeit nach

der Entlassung gewährleistet werden kann. Aus den Fokusgruppen/Einzelinterviews geht hervor, dass für die Patientinnen und Patienten das Erfragen und Ermitteln ihrer individuellen Situation als essentiell für die Planung der Entlassung betrachtet wird.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da ihre persönliche Lebenssituation und ihr soziales Umfeld bei der Planung der Entlassung aktiv berücksichtigt werden.

**Verbesserungspotenzial:** Die Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen, dass der Bedarf der Patientinnen und Patienten an Maßnahmen zur Nach- und Weiterversorgung vielfältig ist und nicht immer in ausreichendem Maße durch das Krankenhaus erhoben wird. Patientinnen und Patienten berichten darüber hinaus, dass sie oftmals proaktiv nach Unterstützungsmöglichkeiten für die Zeit nach der Entlassung fragen mussten. Diesbezüglich wird aus mehreren qualitativen Studien und einer systematischen Übersichtsarbeit zur Patientenperspektive ersichtlich, dass im Rahmen der Entlassplanung der für Patientinnen und Patienten notwendige Unterstützungsbedarf seitens des Krankenhauses häufig nicht aktiv ermittelt wird, obwohl Patientinnen und Patienten das Bedürfnis haben, dass im Rahmen der Entlassplanung ihre persönliche Situation in den Blick genommen wird. Hierzu finden sich auch Hinweise in den Studien zur Versorgungssituation in Deutschland.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Abschätzung des patientenindividuellen Versorgungsbedarfs nach der Entlassung wird gemäß § 3 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement in Form eines Assessments im Krankenhaus ermittelt. Dementsprechend geht das IQTIG davon aus, dass die Beeinflussbarkeit und die Verantwortung für die Abschätzung des patientenindividuellen Versorgungsbedarfs dem jeweiligen Leistungserbringer zugeschrieben werden können.

#### **Qualitätsmerkmal 1.4: Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlass- tag vom Krankenhaus zum Entlassort**

Durch das Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag kann die patientenindividuelle Lebenssituation berücksichtigt und das soziale Umfeld bei der Versorgungsgestaltung einbezogen werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews erweist sich das Abklären eines möglichen Unterstützungsbedarfes für den Transport nach Hause oder in eine weiterversorgende Einrichtung unmittelbar am Entlasstag für die Patientinnen und Patienten und Angehörigen als bedeutend. Aus qualitativen Studien und einer systematischen Übersichtsarbeit zur Patientenperspektive wird deutlich, dass für Patientinnen und Patienten zum Abklären ihres Versorgungsbedarfs im Rahmen der Entlassplanung auch der Transport vom Krankenhaus gehört.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort ist



für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da ihre persönliche Lebenssituation und ihr soziales Umfeld bei der Planung der Entlassung aktiv berücksichtigt werden.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews finden sich Hinweise, dass Patientinnen und Patienten sich selbst darum bemühen müssen, vom Krankenhaus nach Hause zu kommen, obwohl eine Beförderung für sie wichtig ist und der Bedarf demzufolge seitens des Krankenhauses nicht erfasst wurde.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Abschätzung des patientenindividuellen Versorgungsbedarfs zu der Entlassung erfolgt direkt im Krankenhaus. Das Krankenhaus darf gemäß § 4 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement im Zuge der Entlassung Krankenbeförderungsleistungen organisieren. Dementsprechend geht das IQTIG davon aus, dass die Beeinflussbarkeit und die Verantwortung für die Abklärung der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag dem jeweiligen Leistungserbringer zugeschrieben werden können.

#### **Qualitätsmerkmal 1.5: Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten**

Die Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information der Patientinnen und Patienten, so dass die Lebenssituation und das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten für die Planung der Entlassung und der Weiterversorgung angemessen berücksichtigt werden können. Zudem kann eine angemessene Versorgung zur Entlassung entsprechend der Präferenzen bzw. Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten erfolgen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten die Beratung durch den Sozialdienst des Krankenhauses positiv bewerten.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da ihre persönliche Lebenssituation und das soziale Umfeld in die Planung der Entlassung und der Weiterversorgung einbezogen werden können.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten unterschiedliche Erfahrungen mit der Verfügbarkeit des Sozialdienstes machen und nicht alle Patientinnen und Patienten, die einen Bedarf haben, ein Gespräch mit dem Sozialdienst des Krankenhauses führen können.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Gemäß § 3 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement beinhaltet die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen des Entlassmanagements auch den Sozialdienst des Krankenhauses. Die Strukturen und Prozesse, welche für das Entlassmanagement erforderlich sind, können grundsätzlich durch das Krankenhaus etabliert werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung

### Qualitätsmerkmal 2.1: Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung

Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach der Entlassung ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information, welche die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten und ihre Informationsbedürfnisse für die Zeit nach der Entlassung berücksichtigt. Zudem kann über diese Information eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die NICE-Leitlinie sieht vor, dass Patientinnen und Patienten zu Ansprechpersonen bei Fragen zur Medikation oder bei Problemen mit Hilfsmitteln/Geräten informiert werden, wenn ein komplexer poststationärer Versorgungsbedarf oder das Risiko einer Wiederaufnahme vorliegt. Aus qualitativen und quantitativen sowie Mixed-Methods-Studien zur Patientenperspektive und einer systematischen Übersichtsarbeit wird die Bedeutsamkeit einer konkreten Ansprechperson insbesondere bei Komplikationen nach der Entlassung für Patientinnen und Patienten ersichtlich. Die Relevanz der Information zu einer Ansprechperson bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung wird auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews deutlich.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Erhalten von Informationen zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da so die Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Zeit nach der Entlassung berücksichtigt werden.

**Verbesserungspotenzial:** Aus der Analyse der Studien zur Patientenperspektive wird ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten nicht immer wissen, an wen sie sich bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung wenden sollen.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung kann unabhängig von patientenindividuellen medizinischen Parametern und sich daraus ergebenden Erfordernissen an die poststationäre Weiterversorgung direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit grundsätzlich durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### Qualitätsmerkmal 2.2: Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung

Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information, welche die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten und ihre Informationsbedürfnisse für die Zeit nach der Entlassung berücksichtigt. Damit ist sie auch Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen. Zudem kann über diese Information eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Gemäß § 7 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement soll das Krankenhaus die Patientinnen und Patienten bzw. deren Betreuerinnen und Betreuer darüber informieren, welche – dem jeweiligen Krankheitsbild entsprechenden – Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen es gibt. Auch der Expertenstandard Entlassmanagement sieht vor, dass Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörige über Möglichkeiten und Risiken der Versorgung nach Entlassung informiert und beraten werden sollen. Die Bedeutsamkeit von Informationen zu weiterführenden Behandlungen für Patientinnen und Patienten wird auch aus der Analyse der qualitativen Studien zur Patientenperspektive ersichtlich. Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen ebenfalls, dass die Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung für die Patientinnen und Patienten wichtig ist.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Erhalten von Informationen zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da so die Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Zeit nach der Entlassung berücksichtigt werden. Zudem dienen diese Informationen als Grundlage für die aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Versorgungsentscheidungen.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird auf ein Informationsdefizit seitens der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung hingewiesen. Auch in qualitativen Studien und Mixed-Methods-Studien zur Patientenperspektive finden sich diesbezüglich Hinweise.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung kann unabhängig von patientenindividuellen medizinischen Parametern und sich daraus ergebenden Erfordernissen an die poststationäre Weiterversorgung direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit grundsätzlich durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### **Qualitätsmerkmal 2.3: Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge**

Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information, welche die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten und ihre Informationsbedürfnisse für die Zeit nach der Entlassung berücksichtigt. Damit ist sie auch Grundlage für eine aktive Beteiligung an Versorgungsentscheidungen. Zudem kann über diese Information eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Gemäß § 7 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement soll das Krankenhaus die Patientinnen und Patienten bzw. deren Betreuerinnen und Betreuer darüber informieren, welche dem jeweiligen Krankheitsbild entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen es gibt. Auch der Expertenstandard Entlassmanagement sieht vor, dass Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörige über Möglichkei-

ten und Risiken der Versorgung nach Entlassung informiert und beraten werden sollen. Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen, dass die Information zu weiterführenden therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge für die Patientinnen und Patienten wichtig ist.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Erhalten von Informationen zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da die Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die Zeit nach der Entlassung berücksichtigt werden. Zudem dienen diese Informationen als Grundlage für die aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten an Versorgungsentscheidungen.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten nicht immer eine Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge erhalten, obwohl dies für sie wichtig ist.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge kann unabhängig von patientenindividuellen medizinischen Parametern und sich daraus ergebenden Erfordernissen an die poststationäre Weiterversorgung direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit grundsätzlich durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

#### **Qualitätsmerkmal 2.4: Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten**

Durch die Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten kann die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten berücksichtigt und das soziale Umfeld bei der Gestaltung der Anschlussversorgung einbezogen werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Gemäß § 7 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement soll das Krankenhaus die Patientinnen und Patienten bzw. deren Betreuerinnen und Betreuer darüber informieren, welche – dem jeweiligen Krankheitsbild entsprechenden – Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen es gibt. Auch der Expertenstandard Entlassmanagement sieht vor, dass Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörige über Möglichkeiten und Risiken der Versorgung nach Entlassung informiert und beraten werden sollen. Zudem stellen qualitative und quantitative Studien zur Patientenperspektive sowie eine systematische Übersichtsarbeit die Bedeutsamkeit der Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten heraus. Die Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen, dass die Beratung zu ambulanten und stationären Pflegeleistungen, zu finanziellen Aspekten der poststationären Versorgung, zu Antragsstellungen sowie zu Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen für die Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz ist.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da ihre persönliche Lebenssituation und ihr soziales Umfeld bei der Planung der Entlassung aktiv berücksichtigt werden.

**Verbesserungspotenzial:** Die Analyse der Studien zur Patientenperspektive ergab, dass der Beratungsbedarf der Patientinnen und Patienten zu weiteren Unterstützungsangeboten nicht immer gedeckt wird. Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen, dass Patientinnen und Patienten teilweise keine Informationen zu weiteren Unterstützungsangeboten erhalten, obwohl diese für sie wichtig sind.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Information zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten kann unabhängig von patientenindividuellen medizinischen Parametern und sich daraus ergebenden Erfordernissen an die poststationäre Weiterversorgung direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit grundsätzlich durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### **Qualitätsmerkmal 2.5: Information zu Hilfsmitteln**

Information zu Hilfsmitteln ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information der Patientinnen und Patienten, welche die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten und ihre Informationsbedürfnisse für die Zeit nach der Entlassung berücksichtigt. Zudem kann über diese Information eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Gemäß § 7 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement soll das Krankenhaus die Patientinnen und Patienten bzw. deren Betreuerinnen und Betreuer darüber informieren, welche – dem jeweiligen Krankheitsbild entsprechenden – Versorgungsmöglichkeiten und -strukturen es gibt. Auch der Expertenstandard Entlassmanagement sieht vor, dass Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörige über Möglichkeiten und Risiken der Versorgung nach Entlassung informiert und beraten werden sollen. Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen, dass die Information zu Hilfsmitteln für die Zeit nach Entlassung für die Patientinnen und Patienten wichtig ist.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Erhalten von Informationen zu Hilfsmitteln ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie so bereits im Vorfeld wissen, auf welche Hilfsmittel sie nach ihrer Entlassung angewiesen sein werden.

**Verbesserungspotenzial:** Aus Fokusgruppen/Einzelinterviews wird ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten meist wenig über die Hilfsmittel selbst und wie diese organisiert werden können wissen. Obwohl diese Informationen für die Patientinnen und Patienten wichtig sind, haben sie teilweise keine Informationen erhalten.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Information zu Hilfsmitteln kann unabhängig von patientenindividuellen medizinischen Parameter und sich daraus ergebenden Erfordernissen an die poststationäre Weiterversorgung direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

**Qualitätsmerkmal 2.6: Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung**

Die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach der Entlassung stellt ein wichtiges Element der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten dar.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Gemäß § 2 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement stehen die Patientinnen und Patienten im Zentrum der Organisation des Übergangs und sind in den Prozess zur Ermittlung ihres Versorgungsbedarfs zwingend einzubinden. Die NICE-Leitlinie und der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfehlen grundsätzlich den Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Planung der Entlassung. Qualitative Studien und Mixed-Methods-Studien zur Patientenperspektive sowie Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen, dass die Beteiligung an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung für die Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung ist.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach der Entlassung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie auf diese Weise aktiv an Entscheidungen zu Versorgungsprozessen teilnehmen können.

**Verbesserungspotenzial:** Die Analyse der Studien zur Patientenperspektive wie auch die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews geben Hinweise, dass Patientinnen und Patienten nicht immer in die Planung der poststationären Versorgung eingebunden sind, obwohl dies für sie wichtig ist. In Studien zur Versorgungssituation in Deutschland finden sich Hinweise, dass die Beteiligung der Patientinnen und Patienten den Überleitungsprozess verbessern kann, diese Einbindung aber nicht immer stattfindet.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung findet direkt im Krankenhaus statt. Für die Gestaltung der Beteiligungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten zur Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung ist dementsprechend das Krankenhaus verantwortlich. Das Qualitätsmerkmal ist daher grundsätzlich durch den Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

**Qualitätsmerkmal 2.7: Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung**

Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Qualitative und quantitative Studien sowie Mixed-Methods-Studien und eine systematische Übersichtsarbeit zur Patientenperspektive zeigen die Bedeutsamkeit von Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung für die Patientinnen und Patienten auf. Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen, dass Informationen zum möglichen Verlauf der Erkrankung für die Patientinnen und Patienten während der Entlassung wichtig sind, da so Unsicherheiten hinsichtlich des Verlauf der Erkrankung und der notwendigen Anschlussversorgung vorgebeugt werden können.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Erhalten von Informationen zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da die Informationsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses berücksichtigt werden.

**Verbesserungspotenzial:** Die Analyse der Studien zur Patientenperspektive zeigt, dass Patientinnen und Patienten nur mangelhaft über den möglichen Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung informiert wurden. Auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews lässt sich diesbezüglich ein Verbesserungsbedarf feststellen.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung kann direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### **Qualitätsaspekt 3: Information und Aufklärung zur Medikation**

#### **Qualitätsmerkmal 3.1: Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation**

Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation dient dazu, Patientinnen und Patienten umfassend über die Einnahme von Medikamenten für die Zeit nach der Entlassung zu informieren, dabei unerwünschte Ereignisse bei der Medikamenteneinnahme zu vermeiden und eine wirksame medikamentöse Behandlung sicherzustellen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Gemäß den Leitlinien und dem Expertenstandard Entlassmanagement umfasst eine bedarfsgerechte Planung der Entlassung grundsätzlich auch die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Medikamenten für die Zeit nach der Entlassung. Aus qualitativen und quantitativen Studien zur Patientenperspektive geht hervor, dass Patientinnen und Patienten es als wichtig erachten, über die Notwendigkeit der Entlassmedikation informiert zu werden. Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen die Relevanz von Informationen zur Notwendigkeit der Einnahme von Medikamenten für die Patientinnen und Patienten.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie eine Grundlage für die Einnahme von Medikamenten nach Entlassung darstellt.

**Verbesserungspotenzial:** Studien zur Versorgungssituation in Deutschland weisen grundsätzlich auf ein eingeschränktes Wissen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Entlassmedikation hin und finden Hinweise, dass Patientinnen und Patienten unzureichend über den Zweck der Medikamente aufgeklärt werden. Auch in qualitativen Studien zur Patientenperspektive finden sich Hinweise auf Informationsdefizite seitens der Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Nutzens der Entlassmedikation. Aus Fokusgruppen/Einzelinterviews wird ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten teilweise nur unzureichend über die Notwendigkeit der Entlassmedikation informiert werden.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation kann direkt im Krankenhaus durch eine Ärztin / einen Arzt erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### **Qualitätsmerkmal 3.2: Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation**

Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation dient dazu, Patientinnen und Patienten umfassend über die Einnahme von Medikamenten für die Zeit nach der Entlassung zu informieren, dabei unerwünschte Ereignisse bei der Medikamenteneinnahme zu vermeiden und eine wirksame medikamentöse Behandlung sicherzustellen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Gemäß den Leitlinien und dem Expertenstandard Entlassmanagement umfasst eine bedarfsgerechte Planung der Entlassung grundsätzlich auch die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Medikamenten für die Zeit nach Entlassung. Aus qualitativen und quantitativen Studien zur Patientenperspektive geht hervor, dass Patientinnen und Patienten es als wichtig erachten, über die Einnahmeregeln der Entlassmedikation informiert zu werden. Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen die Relevanz von Informationen zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation für die Patientinnen und Patienten.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Erhalten von Informationen zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie eine Grundlage für die Einnahme von Medikamenten nach Entlassung darstellt.

**Verbesserungspotenzial:** Studien zur Versorgungssituation in Deutschland weisen grundsätzlich auf ein eingeschränktes Wissen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Entlassmedikation hin. In Studien zur Patientenperspektive finden sich zudem Hinweise auf Informationsdefizite seitens der Patientinnen und Patienten, sodass diese mit Blick auf die Einnahme der Medikamente nach Entlassung verunsichert sind. Aus Fokusgruppen/Einzelinterviews wird ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten teilweise nur unzureichend zur Art und Weise der Medikamenteneinnahme informiert werden

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation kann direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### **Qualitätsmerkmal 3.3: Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation**

Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation dient dazu, Patientinnen und Patienten umfassend über die Einnahme von Medikamenten für die Zeit nach der Entlassung zu informieren, dabei unerwünschte Ereignisse bei der Medikamenteneinnahme zu vermeiden und eine wirksame medikamentöse Behandlung sicherzustellen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Gemäß den Leitlinien und dem Expertenstandard Entlassmanagement umfasst eine bedarfsgerechte Planung der Entlassung grundsätzlich



auch die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Medikamenten für die Zeit nach der Entlassung. Aus qualitativen und quantitativen Studien zur Patientenperspektive geht hervor, dass es Patientinnen und Patienten als wichtig erachten, über Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation informiert zu werden. Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen die Relevanz von Informationen zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation für die Patientinnen und Patienten.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Erhalten von Informationen zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie eine Grundlage für die Einnahme von Medikamenten nach Entlassung darstellt.

**Verbesserungspotenzial:** Studien zur Versorgungssituation in Deutschland weisen grundsätzlich auf ein eingeschränktes Wissen der Patientinnen und Patienten hinsichtlich ihrer Entlassmedikation hin. In Studien zur Patientenperspektive finden sich zudem Hinweise auf Informationsdefizite seitens der Patientinnen und Patienten hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen der Entlassmedikation. Aus Fokusgruppen/Einzelinterviews wird ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten nur unzureichend hinsichtlich möglicher Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation informiert werden.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation kann direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## **Qualitätsaspekt 4: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit**

### **Qualitätsmerkmal 4.1: Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag**

Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag dient dazu, Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung der entsprechenden Erfordernisse zu unterstützen und eine wirksame medizinisch-pflegerische Selbstversorgung für die Zeit nach der Entlassung sicherzustellen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Beide Leitlinien sowie der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfehlen, Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse zu schulen, damit die Versorgung nach Entlassung bewältigt werden kann. In diesem Zusammenhang heben qualitative und Mixed-Methods-Studien und systematische Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive die hohe Relevanz von Wissensvermittlung für die medizinische Selbstversorgung der Patientinnen und Patienten hervor. Mehrere Studien zur Versorgungssituation in Deutschland zeigen, dass Schulungen hinsichtlich der Einnahme der Entlassmedikation eine wichtige Voraussetzung für den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung sind und ein hoher Schulungsbedarf seitens der Patientinnen und Patienten besteht. Aus den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird ersichtlich, dass es für Patientinnen und Patienten

wichtig ist, auf die Entlassung und die Zeit danach so vorbereitet zu sein, dass eine selbstständige Bewältigung des Alltags möglich ist. Dies schließt für die Patientinnen und Patienten insbesondere auch die medizinische Selbstversorgung ein.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie dabei unterstützt werden, die medizinisch-pflegerischen Erfordernisse für die Zeit nach der Entlassung zu bewältigen.

**Verbesserungspotenzial:** Die Analyse der Studien zur Patientenperspektive ergab, dass Patientinnen und Patienten neben positiven Erfahrungen mit der Wissensvermittlung zur Versorgung im Alltag nach Entlassung auch von fehlenden Schulungen für die Zeit nach Entlassung berichten. In den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten insbesondere hinsichtlich der medizinischen Selbstversorgung z. B. zur Wundversorgung von mangelnder Information berichten.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Wissensvermittlung zur medizinischen Selbstversorgung im Alltag kann durch eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter des Krankenhauses direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

#### **Qualitätsmerkmal 4.2: Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln**

Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln dient dazu, Patientinnen und Patienten zu einem sicheren Umgang mit den Hilfsmitteln zu befähigen und eine wirksame Hilfsmittelversorgung für die Zeit nach der Entlassung sicherzustellen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Beide Leitlinien sowie der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfehlen, Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse zu schulen, damit die Versorgung nach Entlassung bewältigt werden kann. Fokusgruppen/Einzelinterviews sowie qualitative Studien zur Patientenperspektive verdeutlichen in diesem Zusammenhang den Bedarf der Patientinnen und Patienten an Wissensvermittlung zur Anwendung von Hilfsmitteln.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie dadurch befähigt werden, Hilfsmittel nach der Entlassung wirksam zu nutzen.

**Verbesserungspotenzial:** Sowohl in Studien zur Patientenperspektive als auch in Fokusgruppen/Einzelinterviews finden sich Hinweise, dass die Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln verbessert werden kann, sodass die individuelle Situation und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln kann durch eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter des Krankenhauses direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

**Qualitätsmerkmal 4.3: Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung**

Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung dient dazu, Patientinnen und Patienten zu befähigen, im Alltag mit medizinisch-pflegerischen Einschränkungen wirksam umzugehen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Beide Leitlinien sowie der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfehlen, Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse zu schulen, damit die Versorgung nach der Entlassung bewältigt werden kann. Sowohl Fokusgruppen/Einzelinterviews als auch qualitative Studien zur Patientenperspektive heben zudem die Bedeutung von Wissensvermittlung zu Verhaltensregeln im Alltag hervor.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da dadurch die Patientinnen und Patienten unterstützt werden, medizinisch-pflegerische Einschränkungen im Alltag zu bewältigen.

**Verbesserungspotenzial:** Sowohl in Studien zur Patientenperspektive als auch in Fokusgruppen/Einzelinterviews berichten Patientinnen und Patienten, dass die Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag im Krankenhaus nicht umfassend erfolgt.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag für die Zeit nach Entlassung kann durch eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter des Krankenhauses direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

**Qualitätsmerkmal 4.4: Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen**

Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen dient dazu, Patientinnen und Patienten zu befähigen, diese zu erkennen und sich angemessen zu verhalten.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Beide Leitlinien sowie der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfehlen, Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse zu schulen, damit die Versorgung nach Entlassung bewältigt werden kann. Sowohl Fokusgruppen/Einzelinterviews als auch qualitativen und quantitativen Studien sowie Mixed-Methods-Studien zur Patientenperspektive zeigen, dass die Wissensvermittlung zum Erkennen und zum Verhalten bei Komplikationen und Warnsignalen für die Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz ist.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da Patientinnen und Patienten dazu befähigt werden, diese zu erkennen und entsprechend zu reagieren.

**Verbesserungspotenzial:** Studien zur Patientenperspektive verdeutlichen, dass Patientinnen und Patienten nur unzureichend über das Erkennen und Verhalten bei Komplikationen infor-

miert und geschult werden. Auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten nicht immer umfassend über mögliche Komplikationen und Warnsignale und das entsprechende Verhalten aufgeklärt werden.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen kann durch eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter des Krankenhauses direkt im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## **Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

### **Qualitätsmerkmal 5.1: Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung**

Die Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge ermöglicht die zeitliche Abstimmung von Versorgungsmaßnahmen für eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Beide Leitlinien sowie der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfehlen, bereits im Krankenhaus Maßnahmen, die für die weitere Versorgung der Patientin / des Patienten notwendig sind, einzuleiten und zu organisieren. Laut Fokusgruppen/Einzelinterviews sowie einer Mixed-Methods-Studie und einer systematischen Übersichtsarbeit zur Patientenperspektive ist für Patientinnen und Patienten die Verordnung von zuvor geplanten therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung relevant, um eine lückenlose Weiterversorgung sicherzustellen.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie bei der Bewältigung von Anforderungen an ihre poststationäre Versorgung unterstützt werden.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten während der Entlassplanung therapeutische Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge zwar genannt werden, sie jedoch im Krankenhaus keine Verordnung für die Zeit unmittelbar nach Entlassung erhalten. Auch in Studien zur Patientenperspektive berichten Patientinnen und Patienten von fehlenden Verordnungen für therapeutische Maßnahmen der medizinischen Nachsorge, sodass eine lückenlose Weiterversorgung nicht möglich ist.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Der Rahmenvertrag Entlassmanagement legt in § 4 Abs. 3 und Abs. 4 fest, dass ärztliches Personal des Krankenhauses die für die Weiterversorgung unmittelbar im Anschluss an die Entlassung erforderlichen Verordnungen vornehmen kann. Die Grundlage hierfür ist § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 6 und 12 SGB V. Damit sind Verordnungen oder Veranlassungen von Heilmittel oder Soziotherapie für einen Zeitraum von 7 Kalendertagen möglich, sofern diese für die Versorgung unmittelbar nach der Entlassung erforderlich sind

(§ 16a HeilM-RL bzw. § 4a ST-RL). Da die Umsetzung von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur unmittelbaren Anschlussversorgung auch durch Vorhandensein und freie Kapazitäten der ambulanten Leistungserbringer beeinflusst wird, fokussiert das Qualitätsmerkmal nicht auf das Ergebnis einer erfolgreichen Umsetzung notwendiger therapeutischer Maßnahmen, sondern auf den Prozess der Unterstützung durch das Krankenhaus (bspw. durch Bereitstellen von Kontaktdaten oder dem Ausstellen einer Verordnung). Das Qualitätsmerkmal trifft nach Einschätzung des IQTIG insbesondere für Entlassungen in die eigene Häuslichkeit bzw. in Strukturen des Betreuten Wohnens zu. Bei Entlassungen in medizinisch-pflegerische Einrichtungen können die unmittelbar notwendigen Anschlusstherapien von den weiterversorgenden Einrichtungen übernommen werden. Zudem können Patientinnen und Patienten, für die eine direkte Entlassung in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung vorgesehen ist, Absprachen hinsichtlich der Organisation unmittelbar notwendiger Anschlusstherapien unter Umständen im Krankenhaus nicht beobachten. Diesbezügliche Unterstützung durch das Krankenhaus, welche für die Organisation einer Pflegeüberleitung stattfindet, kann als Absprache zwischen den beteiligten Gesundheitsprofessionen stattfinden. Dementsprechend geht das IQTIG davon aus, dass die Beeinflussbarkeit und die Verantwortung für die Unterstützung bei Organisation von geplanten medizinischen Anschlusstherapien dem jeweiligen Leistungserbringer nur für Entlassungen nach Hause eindeutig zugeschrieben werden kann.

#### **Qualitätsmerkmal 5.2: Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen**

Mit der Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen kann die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten berücksichtigt und das soziale Umfeld bei der Gestaltung der Anschlussversorgung einbezogen werden. Zudem wird die zeitliche Abstimmung von Versorgungsmaßnahmen für eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung ermöglicht.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Beide Leitlinien sowie der Expertenstandard Entlassmanagement empfehlen, bereits im Krankenhaus Maßnahmen, die für die weitere Versorgung der Patientin / des Patienten notwendig sind, einzuleiten und zu organisieren. In diesem Zusammenhang wird aus den Fokusgruppen/Einzelinterviews ersichtlich, dass die Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen für die Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung ist.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie bei der Bewältigung von Anforderungen an ihre poststationäre Versorgung entsprechend ihrer Lebenssituation und ihres sozialen Umfelds unterstützt werden.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews berichten Patientinnen und Patienten von unterschiedlichen Erfahrungen hinsichtlich der Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen. Teilweise fehlen Hilfestellungen bei der Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen durch das Krankenhaus bis zum Tag der Entlassung gänzlich oder sind für die Betroffenen nur schwer zu erhalten.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Gemäß § 7 Abs. 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement unterstützt das Krankenhaus Patientinnen und Patienten bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen. Dementsprechend geht das IQTIG davon aus, dass die Beeinflussbarkeit und die Verantwortung für die Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen dem jeweiligen Leistungserbringer unabhängig vom Entlassort der Patientinnen und Patienten zugeschrieben werden können.

### **Qualitätsmerkmal 5.3: Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe**

Die Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe berücksichtigt die Lebenssituation sowie das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten und ermöglicht die zeitliche Abstimmung von Versorgungsmaßnahmen für eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Beide Leitlinien sowie der Expertenstandard Entlassmanagement empfehlen, bereits im Krankenhaus Maßnahmen, die für die weitere Versorgung der Patientin / des Patienten notwendig sind, einzuleiten und zu organisieren. In diesem Zusammenhang wird aus den Fokusgruppen/Einzelinterviews sowie einer Mixed-Methods-Studie und einer systematischen Übersichtsarbeit zur Patientenperspektive ersichtlich, dass die Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe für die Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung ist, um ihren Alltag mit der Unterstützung von Dritten bewältigen zu können.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie bei der Bewältigung von Anforderungen an ihre poststationäre Versorgung entsprechend ihrer Lebenssituation und ihres sozialen Umfelds unterstützt werden.

**Verbesserungspotenzial:** Aus der Analyse der Studien zur Patientenperspektive wird ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten teilweise die Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege oder Haushaltshilfe noch am Tag der Entlassung unklar ist und die Bereitstellung der vorab im Rahmen der Entlassplanung veranlassten Krankenpflege oder Haushaltshilfe verzögert erfolgt. In den Fokusgruppen/Einzelinterviews berichten Patientinnen und Patienten von Warte- bzw. Überbrückungszeiten zwischen Entlassung und einer Unterstützung durch häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Im Rahmen der Organisation von geplanten Maßnahmen können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfen für die Zeit nach Entlassung zu organisieren (bspw. über das Bereitstellen von Adresslisten oder der telefonischen Kontaktaufnahme mit entsprechenden ambulanten Pflegediensten). Das Qualitätsmerkmal fokussiert dabei nicht auf das Ergebnis des erfolgreichen Bereitstellens der häuslichen Krankenpflege oder Haushaltshilfe durch das Krankenhaus, da hier Verfügbarkeit und freie Kapazitäten von ambulanten Pflegediensten die Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit zum jeweiligen

Krankenhaus einschränken. Nach Einschätzung des IQTIG benötigen nur Patientinnen und Patienten, die in die Häuslichkeit oder in Strukturen des Betreuten Wohnens entlassen werden, eine Unterstützung bei der Organisation der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfen. Bei Entlassungen in medizinisch-pflegerische Einrichtungen werden die Pflegerfordernisse vom jeweiligen nach- bzw. weiterversorgenden Leistungserbringer übernommen. Über die Fokussierung auf den Prozess der Unterstützung durch das Krankenhaus für Patientinnen und Patienten, die nach Hause entlassen werden, geht das IQTIG davon aus, dass die Beeinflussbarkeit und die Verantwortung für die Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe dem jeweiligen Leistungserbringer zugeschrieben werden können.

## **Qualitätsaspekt 6: Entlassgespräch**

### **Qualitätsmerkmal 6.1: Durchführen eines abschließenden Gesprächs**

Das Durchführen eines abschließenden Gesprächs ist Teil einer umfassenden und bedarfsge- rechten Information und Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten und ermöglicht die Einbeziehung ihres sozialen Umfelds.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement empfiehlt, spätestens einen Tag vor der Entlassung mit Patientinnen und Patienten sowie ggf. deren Angehörigen ein abschließendes Gespräch durchzuführen. In diesem Zusammenhang wird aus den Fokusgruppen/Einzelinterviews sowie aus qualitativen und quantitativen Studien zur Patientenperspektive ersichtlich, dass ein abschließendes Gespräch für die Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz ist, um dort alle notwendigen, auf die ambulante Weiterbehandlung bezogenen Informationen und wichtige Themen und Fragen der Patientinnen und Patienten, abschließend besprechen zu können.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Durchführen eines abschließenden Gesprächs ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da ein solches Gespräch ein wichtiger Teil der Ausrichtung der Versorgung an den Patientinnen und Patienten ist.

**Verbesserungspotenzial:** Aus der Analyse von qualitativen und quantitativen Studien zur Patientenperspektive und aus den Fokusgruppen ergeben sich Hinweise, dass nicht mit allen Patientinnen und Patienten am Ende ihres Krankenhausaufenthalts ein abschließendes Gespräch geführt wird, obwohl dies für sie wichtig ist.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Ein abschließendes Gespräch am Ende des Krankenhausaufenthalts kann durch entsprechendes Fachpersonal des Behandlungsteams (z. B. behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Mitarbeitende des Case Managements) direkt im Krankenhaus geführt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

**Qualitätsmerkmal 6.2: Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch**

Relevante Themen zur Entlassung ansprechen zu können, ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Sowohl qualitative und quantitative Studien zur Patientenperspektive als auch die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews heben hervor, dass die Möglichkeit zum Ansprechen von individuell relevanten Themen zur Entlassung im Rahmen eines abschließenden Gesprächs für Patientinnen und Patienten eine hohe Bedeutung hat. Das Qualitätsmerkmal adressiert Inhalte, die unmittelbar relevant für die Versorgung der Patientinnen und Patienten sind.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da dies ein wichtiger Teil der Ausrichtung der Versorgung an den Patientinnen und Patienten ist.

**Verbesserungspotenzial:** Die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen, dass Patientinnen und Patienten aufgrund des wahrgenommenen Zeitdrucks ihre Anliegen und Fragen in Gesprächen zur Entlassung nicht im gewünschten Maße ansprechen können. Solche Hinweise finden sich auch in den qualitativen und quantitativen Studien zur Patientenperspektive.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Das Qualitätsmerkmal adressiert direkt die Ausgestaltung des abschließenden Gesprächs zur Entlassung im Krankenhaus. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

**Qualitätsmerkmal 6.3: Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung**

Das Angebot Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitbringen zu können, ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die NICE-Leitlinie und der Expertenstandard Entlassungsmanagement empfehlen, Angehörige entsprechend dem individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten in die Planung der Entlassung einzubeziehen. Qualitative und Mixed-Methods-Studien zur Patientenperspektive sowie Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen grundsätzlich die Bedeutsamkeit des Einbezugs von Angehörigen in die Planung der Entlassung für die Patientinnen und Patienten. Ein abschließendes Gespräch am Ende des Krankenhausaufenthalts stellt ein zentrales Ereignis im Prozess der Entlassung dar, bei dem die Patientinnen und Patienten abschließend die Möglichkeit haben, notwendige, auf die ambulante Weiterbehandlung bezogene Informationen und wichtige Themen und Fragen zu besprechen. Dies kann auch die Rolle der Angehörigen betreffen.



**Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel:** Das Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da die Möglichkeit Vertrauenspersonen in das Abschlussgespräch einzubeziehen ein wichtiger Teil der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ist.

**Verbesserungspotenzial:** Aus qualitativen Studien zur Patientenperspektive sowie Fokusgruppen/Einzelinterviews ergeben sich Hinweise, dass Patientinnen und Patienten sowie Angehörige unterschiedliche Bedarfe hinsichtlich des Einbezugs in die Entlassung haben.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Ein abschließendes Gespräch am Ende des Krankenhausaufenthalts kann durch entsprechendes Fachpersonal des Behandlungsteams (z. B. behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Mitarbeitende des Case Managements) direkt im Krankenhaus geführt werden. Dementsprechend kann der jeweilige Leistungserbringer den Patientinnen und Patienten anbieten, Angehörige in das abschließende Gespräch einzubeziehen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## Qualitätsaspekt 7: Entlassdokumente

### Qualitätsmerkmal 7.1: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag

Die Übergabe eines Entlassbriefs spätestens am Tag der Entlassung ermöglicht, dass relevante Informationen für eine koordinierte und kontinuierliche Anschlussversorgung vorliegen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Beide Leitlinien empfehlen, dass Patientinnen und Patienten am Tag ihrer Entlassung Entlassdokumente mindestens in Form eines vorläufigen Entlassbriefs oder einer Kopie der Unterlagen für nach- und weiterversorgende Leistungserbringer übergeben werden. Auch aus qualitativen Studien zur Patientenperspektive geht hervor, dass das Bereitstellen von Entlassdokumenten für Patientinnen und Patienten wichtig ist. Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen in diesem Zusammenhang, dass der Entlassbrief das wichtigste Informationsmedium zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern darstellt und einen maßgeblichen Einfluss auf die adäquate poststationäre Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten hat.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten bis spätestens am Tag der Entlassung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da dies Teil einer patientenzentrierten Ausrichtung der Versorgungsgestaltung ist.

**Verbesserungspotenzial:** Fokusgruppen/Einzelinterviews sowie qualitative Studien zur Patientenperspektive geben Hinweise, dass nicht alle Patientinnen und Patienten am Tag der Entlassung mindestens einen vorläufigen Entlassbrief erhalten. Auch aus den Studien zur Versorgungssituation in Deutschland wird ersichtlich, dass nicht alle Patientinnen und Patienten einen Entlassbrief erhalten.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Gemäß § 9 Abs. 1 Rahmenvertrag Entlassmanagement ist der Entlassbrief als Dokumentation für weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte fester Bestandteil des Entlassmanagements und den Patientinnen und Patienten und sofern erforderlich dessen gesetzlichen Vertretungspersonen vom Krankenhaus bei der Entlassung auszuhändigen. Am Tag der Entlassung ist gemäß § 9 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement mindestens ein vorläufiger Entlassbrief vom Krankenhaus auszustellen. Dementsprechend geht das IQTIG davon aus, dass die Beeinflussbarkeit und die Verantwortung für die Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag dem jeweiligen Leistungserbringer zugeschrieben werden können.

## **Qualitätsaspekt 8: Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten**

### **Qualitätsmerkmal 8.1: Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung**

Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In den qualitativen und quantitativen Studien zur Patientenperspektive wird deutlich, dass eine widerspruchsfreie und aufeinander abgestimmte Kommunikation im Behandlungsteam von den Patientinnen und Patienten als wichtig erachtet wird, insbesondere dann, wenn die Mitglieder des Behandlungsteams während des Entlassprozesses wechseln. Auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird auf die Relevanz von konsistenten, widerspruchsfreien Informationen seitens des medizinischen Personals hingewiesen.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Erhalten von widerspruchsfreien Informationen des medizinischen Personals zur Entlassung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da widerspruchsfreie Informationen zur Entlassung ein wichtiger Teil der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ist.

**Verbesserungspotenzial:** In den Fokusgruppen/Einzelinterviews sowie in den Studien zur Patientenperspektive berichten Patientinnen und Patienten von widersprüchlichen Informationen des Behandlungsteams. In qualitativen und quantitativen Studien zur Patientenperspektive finden sich Hinweise, dass Patientinnen und Patienten verunsichert sind, wenn sich mit der personellen Besetzung des Behandlungsteams zusätzlich die auf die Entlassung bezogenen Informationen verändern.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Das Qualitätsmerkmal adressiert direkt die Kommunikation zwischen Behandlungsteam und Patientinnen und Patienten im Krankenhaus und ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

**Qualitätsmerkmal 8.2: Zeit für Fragen zur Entlassung**

Zeit für Fragen der Patientinnen und Patienten zur Entlassung ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Kommunikation und eines respekt- und würdevollen Umgangs.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** In qualitativen und quantitativen Studien und systematischen Übersichtsarbeiten zur Patientenperspektive wie auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews wird ersichtlich, dass Zeit für Gespräche zur Entlassung u. a. mit Ärztinnen und Ärzten für Patientinnen und Patienten eine hohe Relevanz besitzen.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Zeit für Fragen zur Entlassung ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da die Beantwortung von Fragen der Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung ein wichtiger Teil der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten ist.

**Verbesserungspotenzial:** Aus Studien zur Patientenperspektive wird ersichtlich, dass das Bedürfnis der Patientinnen und Patienten nach Zeit für Gespräche zur Entlassung mit Ärztinnen und Ärzten nicht erfüllt wird. In den Fokusgruppen/Einzelinterviews berichten Patientinnen und Patienten von einem hohen Zeitdruck im Klinikalltag, der es erschwere, Zeit für Gespräche zur Entlassung mit Ärztinnen und Ärzten zu finden.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Das Qualitätsmerkmal adressiert direkt die Kommunikation des Krankenhauspersonals mit den Patientinnen und Patienten. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

**Qualitätsmerkmal 8.3: Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses**

Ein individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes im Krankenhaus ist Teil eines respekt- und würdevollen Umgangs mit den Patientinnen und Patienten. Zudem können im Rahmen einer umfassenden und bedarfsgerechten Information die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten berücksichtigt und Maßnahmen eingeleitet werden, die den Präferenzen der Patientinnen und Patienten entsprechen.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Gemäß der NICE-Leitlinie sollen Patientinnen und Patienten im Prozess der Entlassung von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses als Individuen wahrgenommen und respektvoll behandelt werden. Aus qualitativen und quantitativen Studien sowie einer systematischen Übersichtsarbeit zur Patientenperspektive wird deutlich, dass für Patientinnen und Patienten ein persönlicher Umgang des stationären Behandlungsteams mit Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse von großer Bedeutung ist. In diesem Zusammenhang zeigen die Fokusgruppen/Einzelinterviews, dass Patientinnen und Patienten ein individuell gestalteter Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses, bei dem sich die Betroffenen ernst genommen, emotional wie fachlich gut aufgehoben und persönlich betreut werden, wichtig ist.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Der individuelle und sensible Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da so eine unmittelbare Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten erfolgt und angemessene Maßnahmen im Sinne der Patientenpräferenzen eingeleitet werden.

**Verbesserungspotenzial:** Sowohl die Studien zur Patientenperspektive als auch Fokusgruppen/Einzelinterviews geben Hinweise, dass Patientinnen und Patienten während der Entlassung nicht immer einen individuellen und sensiblen Umgang des stationären Behandlungsteams erleben.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Das Qualitätsmerkmal adressiert direkt den Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während der Entlassung aus dem Krankenhaus. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

## **Qualitätsaspekt 9: Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung**

### **Qualitätsmerkmal 9.1: Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten**

Das Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten ist Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information der Patientinnen und Patienten.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Gemäß dem Expertenstandard Entlassmanagement ist vor Entlassung die Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu erheben; hierbei sollten deren Bereitschaft zur Entlassung sowie Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags nach Entlassung in den Blick genommen werden. Qualitative Studien zur Patientenperspektive verdeutlichen in diesem Zusammenhang, dass das Überprüfen und Sicherstellen der Entlassfähigkeit sowohl seitens der Patientinnen und Patienten als auch seitens des stationären Behandlungsteams als bedeutsam angesehen wird. Aus den Fokusgruppen/Einzelinterviews ging zudem hervor, dass das Besprechen der Entlassfähigkeit für Patientinnen und Patienten wichtig ist, um Entscheidungen zur Entlassung nachvollziehen zu können.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da mit der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten die Grundlage für eine aktive Beteiligung an Entscheidungen zu Versorgungsprozessen im Rahmen der Entlassung gelegt wird.

**Verbesserungspotenzial:** Sowohl in den qualitativen Studien zur Patientenperspektive als auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews finden sich Hinweise, dass die Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten nicht immer umfassend besprochen wird und ein Abgleich zwischen der Perspektive der Patientinnen und Patienten und der Perspektive des Behandlungsteams nicht immer erfolgt.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Das Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten kann nur im Krankenhaus erfolgen. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

### **Qualitätsmerkmal 9.2: Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten**

Die Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten dient dazu, die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen der angestrebten Versorgungsergebnisse zu erhöhen und eine sichere Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements zu gewährleisten. Damit wird das Ausmaß erfasst, in dem aus Patientenperspektive die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht werden.

**Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Der Expertenstandard Entlassmanagement empfiehlt, die Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu erheben. Qualitative Studien zur Patientenperspektive und Studien zur Ergebnisqualität des Entlassmanagements sowie Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen, dass die körperliche, psychische und soziale Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten einen wichtigen Ergebnisparameter des Entlassmanagements darstellt. Insbesondere aus den Studien zur Ergebnisqualität wird ersichtlich, dass die von Patientinnen und Patienten berichtete Einschätzung über ihre klinische und psychosoziale Entlassfähigkeit, umfassende Informationen und Wissensvermittlung zu relevanten Versorgungsthemen für die Zeit nach der Entlassung sowie das Bereitstellen von ambulanten Hilfen grundlegende Einflussfaktoren auf die subjektive Entlassbereitschaft darstellen.

**Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Die Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist für die Patientinnen und Patienten unmittelbar bedeutsam, da sie selbst einschätzen, in welchem Ausmaß die angestrebten Versorgungsergebnisse erreicht wurden.

**Verbesserungspotenzial:** In qualitativen Studien zur Patientenperspektive sowie in Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt sich, dass die von Patientinnen und Patienten berichtete Bereitschaft zur Entlassung teilweise nicht als Kriterium zur Entlassung aus dem Krankenhaus herangezogen wird.

**Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Das Qualitätsmerkmal adressiert direkt das Krankenhaus, aus dem die Patientin / der Patient zuvor entlassen wurde. Studien zur Ergebnisqualität des Entlassmanagements zeigen auf, dass das jeweilige Krankenhaus verschiedene Faktoren für die subjektive Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten im Verlauf des Entlassprozesses zumindest in Teilen beeinflussen kann und somit über Interventionen im Rahmen des Entlassmanagements das Ergebnis verbessern kann. Das Qualitätsmerkmal ist dem Leistungserbringer daher nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Einflussfaktoren und/oder Festlegung des Referenzbereichs zuschreibbar.

## Literatur

- 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.
- Allen, J; Hutchinson, AM; Brown, R; Livingston, PM (2018): User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations* 21(2): 518-527. DOI: 10.1111/hex.12646.
- Allum, L; Connolly, B; McKeown, E (2018): Meeting the needs of critical care patients after discharge home: a qualitative exploratory study of patient perspectives. *Nursing in Critical Care* 23(6): 316-323. DOI: 10.1111/nicc.12305.
- Amin, D; Ford, R; Ghazarian, SR; Love, B; Cheng, TL (2016): Parent and Physician Perceptions Regarding Preventability of Pediatric Readmissions. *Hospital Pediatrics* 6(2): 80-87. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0059.
- Andersen, IC; Thomsen, TG; Bruun, P; Bødtger, U; Hounsgaard, L (2017): Patients' and their family members' experiences of participation in care following an acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological-hermeneutic study. *Journal of Clinical Nursing* 26(23-24): 4877-4889. DOI: 10.1111/jocn.13963.
- 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.
- Aydon, L; Hauck, Y; Murdoch, J; Siu, D; Sharp, M (2018): Transition from hospital to home: Parents' perception of their preparation and readiness for discharge with their preterm infant. *Journal of Clinical Nursing* 27(1-2): 269-277. DOI: 10.1111/jocn.13883.
- Backman, C; Cho-Young, D (2019): Engaging patients and informal caregivers to improve safety and facilitate person- and family-centered care during transitions from hospital to home – a qualitative descriptive study. *Patient Preference and Adherence* 13: 617-626. DOI: 10.2147/PPA.S201054.
- Backman, C; Johnston, S; Oelke, ND; Kovacs Burns, K; Hughes, L; Gifford, W; et al. (2019): Safe and effective person- and family-centered care practices during transitions from hospital to home—A web-based Delphi technique. *PLoS One* 14(1): e0211024. DOI: 10.1371/journal.pone.0211024.
- 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.

- Bårdsgjerde, EK; Kvangarsnes, M; Landstad, B; Nylenna, M; Hole, T (2019): Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway. *Journal of Advanced Nursing* 75(5): 1063-1073. DOI: 10.1111/jan.13931.
- Bauer, E; Krohn, R; Pöhlmann, B; Kaufmann-Kolle, P; Szecsenyi, J; Bramesfeld, A (2014): Übergangszeiten und -raten von stationär nach ambulant in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Baden-Württemberg. *Psychiatrische Praxis* 41(8): 439-444. DOI: 10.1055/s-0033-1349589.
- Beaton, A; O'Leary, K; Thorburn, J; Campbell, A; Christey, G (2019): Improving patient experience and outcomes following serious injury. *NZMJ – New Zealand Medical Journal* 132(1494): 15-25.
- 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.
- Blair, J; Volpe, M; Aggarwal, B (2014): Challenges, Needs, and Experiences of Recently Hospitalized Cardiac Patients and Their Informal Caregivers. *Journal of Cardiovascular Nursing* 29(1): 29-37. DOI: 10.1097/JCN.0b013e3182784123.
- Blakey, EP; Jackson, D; Walthall, H; Aveyard, H (2017): What is the experience of being readmitted to hospital for people 65 years and over? A review of the literature. *Contemporary Nurse* 53(6): 698-712. DOI: 10.1080/10376178.2018.1439395.
- 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-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Download: Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (August 2018)] (abgerufen am: 30.09.2021).
- Boge, RM; Haugen, AS; Nilsen, RM; Bruvik, F; Harthug, S (2019): Measuring discharge quality based on elderly patients' experiences with discharge conversation: a cross-sectional study. *BMJ: Open Quality* 8(4): e000728. DOI: 10.1136/bmj-2019-000728.
- Braet, A; Weltens, C; Sermeus, W (2016a): 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.
- Braet, A; Weltens, C; Bruyneel, L; Sermeus, W (2016b): The quality of transitions from hospital to home: A hospital-based cohort study of patient groups with high and low readmission rates. *International Journal of Care Coordination* 19(1-2): 29-41. DOI: 10.1177/2053434516656149.
- Bragstad, LK; Kirkevold, M; Hofoss, D; Foss, C (2014): Informal caregivers' participation when older adults in Norway are discharged from the hospital. *Health and Social Care in the Community* 22(2): 155-168. DOI: 10.1111/hsc.12071.

- Brittan, M; Albright, K; Cifuentes, M; Jimenez-Zambrano, A; Kempe, A (2015): Parent and Provider Perspectives on Pediatric Readmissions: What Can We Learn About Readiness for Discharge? *Hospital Pediatrics* 5(11): 559-565. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0034.
- Bucknall, T; Digby, R; Fossum, M; Hutchinson, AM; Considine, J; Dunning, T; et al. (2019): Exploring patient preferences for involvement in medication management in hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 75(10): 2189-2199. DOI: 10.1111/jan.14087.
- Burian, R; Franke, M; Diefenbacher, A (2016): Crossing the bridge – A prospective comparative study of the effect of communication between a hospital based consultation-liaison service and primary care on general practitioners' concordance with consultation-liaison psychiatrists' recommendations. *Journal of Psychosomatic Research* 86: 53-59. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.002.
- Callans, KM; Bleiler, C; Flanagan, J; Carroll, DL (2016): The Transitional Experience of Family Caring for Their Child With a Tracheostomy. *Journal of Pediatric Nursing* 31(4): 397-403. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.02.002.
- Callister, C; Jones, J; Schroeder, S; Breathett, K; Dollar, B; Sanghvi, UJ; et al. (2020): Caregiver Experiences of Care Coordination for Recently Discharged Patients: A Qualitative Metasynthesis. *Western Journal of Nursing Research* 42(8): 649-659. DOI: 10.1177/0193945919880183.
- Campbell, D; Ditkoff, J (2020): Evaluating Hospital Readmissions Through the Perspective of the Returning Emergency Department Patient. *Quality Management in Health Care* 29(1): 15-19. DOI: 10.1097/qmh.0000000000000238.
- Chen, J; Sadasivam, R; Blok, AC; Ritchie, CS; Nagawa, C; Orvek, E; et al. (2020): The Association Between Patient-reported Clinical Factors and 30-day Acute Care Utilization in Chronic Heart Failure. *Medical Care* 58(4): 336-343. DOI: 10.1097/mlr.0000000000001258.
- Chenoweth, L; Kable, A; Pond, D (2015): Research in hospital discharge procedures addresses gaps in care continuity in the community, but leaves gaping holes for people with dementia: A review of the literature. *Australasian Journal on Ageing* 34(1): 9-14. DOI: 10.1111/ajag.12205.
- 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.
- Crow, J (2018): A 2-week stroke review identifies unmet needs in patients discharged home from a hyperacute stroke unit. *British Journal of Neuroscience Nursing* 14(1): 29-35. DOI: 10.12968/bjnn.2018.14.1.29.
- Custodis, F; Rohlehr, F; Wachter, A; Böhm, M; Schulz, M; Laufs, U (2016): Medication knowledge of patients hospitalized for heart failure at admission and after discharge. *Patient Preference and Adherence* 10: 2333-2339. DOI: 10.2147/PPA.S113912.



- Dai, A; Moore, M; Polyakovsky, A; Gooding, T; Lerew, T; Carrougher, GJ; et al. (2019): Burn Patients' Perceptions of Their Care: What Can We Learn From Postdischarge Satisfaction Surveys? *Journal of Burn Care & Research* 40(2): 202-210. DOI: 10.1093/jbcr/iry018.
- Daliri, S; Bekker, CL; Buurman, BM; Scholte op Reimer, WJM; van den Bemt, BJF; Karapinar-Çarkit, F (2019): Barriers and facilitators with medication use during the transition from hospital to home: a qualitative study among patients. *BMC: Health Services Research* 19:204. DOI: 10.1186/s12913-019-4028-y.
- Desai, AD; Durkin, LK; Jacob-Files, EA; Mangione-Smith, R (2016): Caregiver Perceptions of Hospital to Home Transitions According to Medical Complexity: A Qualitative Study. *Academic Pediatrics* 16(2): 136-144. DOI: 10.1016/j.acap.2015.08.003.
- Dietrich, E; Davis, K; Chacko, L; Rahmanian, KP; Bielick, L; Quillen, D; et al. (2019): Comparison of Factors Identified by Patients and Physicians Associated with Hospital Readmission (COMPARE2). *Southern Medical Journal* 112(4): 244-250. DOI: 10.14423/SMJ.0000000000000959.
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP an der Hochschule Osnabrück. ISBN: 978-3-00-010559-3.
- Doos, L; Bradley, E; Rushton, CA; Satchithananda, D; Davies, SJ; Kadam, UT (2015): Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease multimorbidity at hospital discharge transition: a study of patient and carer experience. *Health Expectations* 18(6): 2401-2412. DOI: 10.1111/hex.12208.
- 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.
- Dyrstad, DN; Laugaland, KA; Storm, M (2015): An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 24(11-12): 1693-1706. DOI: 10.1111/jocn.12773.
- Enlow, E; Herbert, SL; Jovel, IJ; Lorch, SA; Anderson, C; Chamberlain, LJ (2014): Neonatal intensive care unit to home: the transition from parent and pediatrician perspectives, a prospective cohort study. *Journal of Perinatology* 34(10): 761-766. DOI: 10.1038/jp.2014.75.
- Flink, M; Ekstedt, M (2017): Planning for the Discharge, not for Patient Self-Management at Home – An Observational and Interview Study of Hospital Discharge. *International Journal of Integrated Care* 17(6): 1-10. DOI: 10.5334/ijic.3003.

- 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.
- Franzon, J; Berry, NM; Wonggom, P; Astley, C; Du, H; Tongpeth, J; et al. (2018): Patients' satisfaction with information at discharge. *British Journal of Cardiac Nursing* 13(4): 182-189. DOI: 10.12968/bjca.2018.13.4.182.
- 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.
- Gadbois, EA; Tyler, DA; Shield, R; McHugh, J; Winblad, U; Teno, JM; et al. (2019): Lost in Transition: a Qualitative Study of Patients Discharged from Hospital to Skilled Nursing Facility. *Journal of General Internal Medicine* 34(1): 102-109. DOI: 10.1007/s11606-018-4695-0.
- 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.
- Gaskin, KL; Barron, DJ; Daniels, A (2016): Parents' preparedness for their infants' discharge following first-stage cardiac surgery: development of a parental early warning tool. *Cardiology in the Young* 26(7): 1414-1424. DOI: 10.1017/S1047951116001062.
- Gaskin, KL (2017): Patterns of Transition Experience for Parents Going Home from Hospital with their Infant after First Stage Surgery for Complex Congenital Heart Disease. *Journal of Pediatric Nursing* 41: e21-e32. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.11.013.
- Giosa, JL; Stolee, P; Dupuis, SL; Mock, SE; Santi, SM (2014): An Examination of Family Caregiver Experiences during Care Transitions of Older Adults. *Canadian Journal on Aging* 33(2): 137-153. DOI: 10.1017/S0714980814000026.
- GKV-Spitzenverband [Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2022): 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 [u. a.]: GKV-Spitzenverband [u. a.]. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag\\_Entlassmanagement.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) (abgerufen am: 23.05.2022).
- Gledhill, K; Hanna, L; Nicks, R; Lannin, NA (2021): Defining discharge-readiness from subacute care from all stakeholders' perspectives: a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 43(22): 3127-3134. DOI: 10.1080/09638288.2020.1733107.
- Goldsmith, H; McCloughen, A; Curtis, K (2018): Using the trauma patient experience and evaluation of hospital discharge practices to inform practice change: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing* 27(7-8): 1589-1598. DOI: 10.1111/jocn.14230.

- Gotlib Conn, L; Zwaiman, A; DasGupta, T; Hales, B; Watamaniuk, A; Nathens, AB (2018): Trauma patient discharge and care transition experiences: Identifying opportunities for quality improvement in trauma centres. *Injury* 49(1): 97-103. DOI: 10.1016/j.injury.2017.09.028.
- Greißing, C; Buchal, P; Kabitz, H-J; Schuchmann, M; Zantl, N; Schiek, S; et al. (2016): Medication and Treatment Adherence Following Hospital Discharge. A Study of an Intervention Aimed at Reducing Risk Associated With Medication Change. *Deutsches Ärzteblatt International* 113(44): 749-756. DOI: 10.3238/arztebl.2016.0749.
- 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.
- Hahn, M; Roll, SC; Klein, J (2018): Arzneimitteltherapiesicherheit an der stationär-ambulanten Schnittstelle. *Der Nervenarzt* 89(7): 796-800. DOI: 10.1007/s00115-017-0412-1.
- 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.
- Hestevik, CH; Molin, M; Debesay, J; Bergland, A; Bye, A (2019): Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC: Health Services Research* 19:224. DOI: 10.1186/s12913-019-4035-z.
- Hohmann, C; Neumann-Haefelin, T; Klotz, JM; Freidank, A; Radziwill, R (2014): Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 39(3): 286-291. DOI: 10.1111/jcpt.12140.
- 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](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): 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](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) (abgerufen am: 30.09.2022).
- Jones, D; Musselman, R; Pearsall, E; McKenzie, M; Huang, H; McLeod, RS (2017): Ready to Go Home? Patients' Experiences of the Discharge Process in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Program for Colorectal Surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 21(11): 1865-1878. DOI: 10.1007/s11605-017-3573-0.

- Kang, E; Gillespie, BM; Tobiano, G; Chaboyer, W (2020): General surgical patients' experience of hospital discharge education: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 29: e1–e10. DOI: 10.1111/jocn.15057.
- Keller, G; Merchant, A; Common, C; Laizner, AM (2017): Patient experiences of in-hospital preparations for follow-up care at home. *Journal of Clinical Nursing* 26(11-12): 1485-1494. DOI: 10.1111/jocn.13427.
- King, M; Kerr, A; Dixon, S; Taylor, S; Smith, A; Merriman, C; et al. (2019): Multicentre review of readmission rates within 30 days of discharge following lung cancer surgery. *British Journal of Nursing* 28(17): S16-S22. DOI: 10.12968/bjon.2019.28.17.S16.
- Kiran, T; Wells, D; Okrainec, K; Kennedy, C; Devotta, K; Mabaya, G; et al. (2020): Patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home: results from province-wide group concept mapping. *BMJ: Quality & Safety* 29(5): 390-400. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009993.
- Krishnan, S; Hay, CC; Pappadis, MR; Deutsch, A; Reistetter, TA (2019): Stroke Survivors' Perspectives on Post-Acute Rehabilitation Options, Goals, Satisfaction, and Transition to Home. *JNPT – Journal of Neurologic Physical Therapy* 43(3): 160-167. DOI: 10.1097/NPT.000000000000281.
- Kyte, K; Ekstedt, M; Rustoen, T; Oksholm, T (2019): Longing to get back on track: Patients' experiences and supportive care needs after lung cancer surgery. *Journal of Clinical Nursing* 28(9-10): 1546-1554. DOI: 10.1111/jocn.14751.
- 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.
- Lash, DB; Mack, A; Jolliff, J; Plunkett, J; Joson, JL (2019): Meds-to-Beds: The impact of a bedside medication delivery program on 30-day readmissions. *JACCP – Journal of the American College of Clinical Pharmacy* 2(6): 674-680. DOI: 10.1002/jac5.1108.
- Leary, JC; Krcmar, R; Yoon, GH; Freund, KM; LeClair, AM (2020): Parent Perspectives During Hospital Readmissions for Children With Medical Complexity: A Qualitative Study. *Hospital Pediatrics* 10(3): 222-229. DOI: 10.1542/hpeds.2019-0185.
- LeClair, AM; Sweeney, M; Yoon, GH; Leary, JC; Weingart, SN; Freund, KM (2019): Patients' Perspectives on Reasons for Unplanned Readmissions. *Journal for Healthcare Quality* 41(4): 237-242. DOI: 10.1097/JHQ.000000000000160.
- Lerret, SM; Weiss, ME; Stendahl, G; Chapman, S; Neighbors, K; Amsden, K; et al. (2014): Transition from hospital to home following pediatric solid organ transplant: Qualitative findings of parent experience. *Pediatric Transplantation* 18(5): 527-537. DOI: 10.1111/petr.12269.

- 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.
- Lilleheie, I; Debesay, J; Bye, A; Bergland, A (2019): Experiences of elderly patients regarding participation in their hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMJ: Open* 9(11): e025789. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025789.
- Mabire, C; Bachnick, S; Ausserhofer, D; Simon, M (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.
- Major, ME; van Nes, F; Ramaekers, S; Engelbert, RHH; van der Schaaf, M (2019): Survivors of Critical Illness and Their Relatives. A Qualitative Study on Hospital Discharge Experience. *Annals of the American Thoracic Society* 16(11): 1405-1413. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201902-156OC.
- McCusker, J; Yaffe, M; Lambert, SD; Cole, M; de Raad, M; Belzile, E; et al. (2020): Unmet needs of family caregivers of hospitalized older adults preparing for discharge home. *Chronic Illness* 16(2): 131-145. DOI: 10.1177/1742395318789467.
- Mitchell, SE; Laurens, V; Weigel, GM; Hirschman, KB; Scott, AM; Nguyen, HQ; et al. (2018): Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. *Annals of Family Medicine* 16(3): 225-231. DOI: 10.1370/afm.2222.
- Morath, B; Wien, K; Hoppe-Tichy, T; Haefeli, WE; Seidling, HM (2019): Structure and Content of Drug Monitoring Advices Included in Discharge Letters at Interfaces of Care: Exploratory Analysis Preceding Database Development. *JMIR Medical Informatics* 7(2): e10832. DOI: 10.2196/10832.
- Naylor, MD; Shaid, EC; Carpenter, D; Gass, B; Levine, C; Li, J; et al. (2017): Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 65(6): 1119-1125. DOI: 10.1111/jgs.14782.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2015 [2020]): NICE Guideline NG27. Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs [Guidance]. Published: 01.12.2015, © NICE 2020. London, GB: NICE. ISBN: 978-1-4731-1545-3. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/resources/transition-between-inpatient-hospital-settings-and-community-or-care-home-settings-for-adults-with-social-care-needs-pdf-1837336935877> (abgerufen am: 24.01.2020).
- Nielsen, LM; Gregersen Østergaard, L; Maribo, T; Kirkegaard, H; Schultz Petersen, K (2019): Returning to everyday life after discharge from a short-stay unit at the Emergency Department-a qualitative study of elderly patients' experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 14(1): 1563428. DOI: 10.1080/17482631.2018.1563428.

- Nijhawan, AE; Higashi, RT; Marks, EG; Tiruneh, YM; Lee, SC (2019): Patient and Provider Perspectives on 30-Day Readmissions, Preventability, and Strategies for Improving Transitions of Care for Patients with HIV at a Safety Net Hospital. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care* 18: 1-13. DOI: 10.1177/2325958219827615.
- Nowak, M; Swora, M; Karbach, U; Pfaff, H; Ansmann, L (2021): Associations between hospital structures, processes and patient experiences of preparation for discharge in breast cancer centers: A multilevel analysis. *Health Care Management Review* 46(2): 98-110. DOI: 10.1097/HMR.000000000000237.
- Okraïnec, K; Hahn-Goldberg, S; Abrams, H; Bell, CM; Soong, C; Hart, M; et al. (2019): Patients' and caregivers' perspectives on factors that influence understanding of and adherence to hospital discharge instructions: a qualitative study. *CMAJ: Open* 7(3): E478-E483. DOI: 10.9778/cmajo.20180208.
- Pugh, JD; Williams, AM; Bentley, B; Pienaar, CA; McCoy, K; Monterosso, L (2019): Neurological patients' and caregivers' post-discharge challenges explored in a World Café. *Collegian* 26(5): 528-533. DOI: 10.1016/j.colegn.2019.02.004.
- Rapport, F; Hibbert, P; Baysari, M; Long, JC; Seah, R; Zheng, WY; et al. (2019): What do patients really want? An in-depth examination of patient experience in four Australian hospitals. *BMC: Health Services Research* 19:38. DOI: 10.1186/s12913-019-3881-z.
- Rodriguez, VA; Goodman, DM; Bayldon, B; Budin, L; Michelson, KN; Garfield, CF; et al. (2019): Pediatric Readmissions Within 3 Days of Discharge: Preventability, Contributing Factors, and Necessity. *Hospital Pediatrics* 9(4): 241-248. DOI: 10.1542/hpeds.2018-0159.
- Rustad, EC; Furnes, B; Cronfalk, BS; Dysvik, E (2016): Older patients' experiences during care transition. *Patient Preference and Adherence* 10: 769-779. DOI: 10.2147/PPA.S97570.
- Saal, S; Kirchner-Heklau, U; Müller, T; Wohlfarth, K; Hamzei, F; Müller, M; et al. (2019): Optimierung der Überleitung von der stationären in die ambulante Gesundheitsversorgung nach Schlaganfall (OpTheraS). Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis und Analyse von Einflussfaktoren der Überleitung. *Die Rehabilitation* 58(1): 39-49. DOI: 10.1055/s-0043-124347.
- 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.
- Send, AFJ; Schwab, M; Gauss, A; Rudofsky, G; Haefeli, WE; Seidling, HM (2014): Pilot study to assess the influence of an enhanced medication plan on patient knowledge at hospital discharge. *European Journal of Clinical Pharmacology* 70(10): 1243-1250. DOI: 10.1007/s00228-014-1723-9.

- Sevilla-Cazes, J; Ahmad, FS; Bowles, KH; Jaskowiak, A; Gallagher, T; Goldberg, LR; et al. (2018): Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *Journal of General Internal Medicine* 33(10): 1700-1707. DOI: 10.1007/s11606-018-4542-3.
- Solan, LG; Beck, AF; Brunswick, SA; Sauers, HS; Wade-Murphy, S; Simmons, JM; et al. (2015): The Family Perspective on Hospital to Home Transitions: A Qualitative Study. *Pediatrics* 136(6): e1539-e1549. DOI: 10.1542/peds.2015-2098.
- Storm, M; Siemsen, IM; Laugaland, K; Dyrstad, DN; Aase, K (2014): Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care* 14(2). URN:NBN:NL:UI:10-1-114780. URL: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/293842/1194-6311-4-PB.pdf> (abgerufen am: 30.09.2022).
- Tetzlaff, F; Singer, A; Swart, E; Robra, B-P; Herrmann, MLH (2018): Polypharmazie in der nachstationären Versorgung: Eine Analyse mit Daten der AOK Sachsen-Anhalt. *Das Gesundheitswesen* 80(6): 557-563. DOI: 10.1055/s-0042-113599.
- 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.
- Tobiano, G; Chaboyer, W; Teasdale, T; Raleigh, R; Manias, E (2019): Patient engagement in admission and discharge medication communication: A systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies* 95: 87-102. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.04.009.
- Tverdal, CB; Howe, EI; Røe, C; Helseth, E; Lu, J; Tenovuo, O; et al. (2018): Traumatic Brain Injury: Patient Experience and Satisfaction with Discharge from Trauma Hospital. *Journal of Rehabilitation Medicine* 50(6): 505-513. DOI: 10.2340/16501977-2332.
- 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.
- van der Does, AMB; Kneepkens, EL; Uitvlugt, EB; Jansen, SL; Schilder, L; Tokmaji, G; et al. (2020): Preventability of unplanned readmissions within 30 days of discharge. A cross-sectional, single-center study. *PLoS One* 15(4): e0229940. DOI: 10.1371/journal.pone.0229940.
- van Galen, LS; Brabrand, M; Cooksley, T; van de Ven, PM; Merten, H; So, RKL; et al. (2017): Patients' and providers' perceptions of the preventability of hospital readmission: a prospective, observational study in four European countries. *BMJ: Quality & Safety* 26(12): 958-969. DOI: 10.1136/bmjqs-2017-006645.

- van Galen, LS; Vedder, D; Boeije, T; Jansen, W; Mullaart-Jansen, NE; van der Peet, DL; et al. (2019): Different Perspectives on Predictability and Preventability of Surgical Readmissions. *The Journal of Surgical Research* 237: 95-105. DOI: 10.1016/j.jss.2018.02.009.
- 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.
- Vollrath, K; Rosenberg, A; Gabrielski, L; Deacon, J; Marshall, S; Rihn, A; et al. (2019): NICU Discharge Feeding Bundle Improves Accuracy of Postdischarge Feeding Preparation and Potentially Prevents Readmission. *Advances in Neonatal Care* 19(2): 90-96. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000571.
- Weiss, ME; Sawin, KJ; Gralton, K; Johnson, N; Klingbeil, C; Lerret, S; et al. (2017): Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing* 34: 58-64. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.12.021.
- Wright, S; Morecroft, CW; Mullen, R; Ewing, AB (2017): UK hospital patient discharge: the patient perspective. *European Journal of Hospital Pharmacy* 24(6): 337-342. DOI: 10.1136/ejhpharm-2016-001134.
- Zakzesky, D; Klink, K; McAndrew, N; Schroeter, K; Johnson, G (2015): Bridges and Barriers. Patients' Perceptions of the Discharge Process Including Multidisciplinary Rounds on a Trauma Unit. *Journal of Trauma Nursing* 22(5): 232-239. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000146.
- Zibelli, A; Holland, K; Wei, E (2020): Causes of Cancer Re-Admissions: A Patient-Centered Approach. *JCO Oncology Practice* 16(8): e734-e740. DOI: 10.1200/jop.19.00518.



# Anhang E: Itementwicklung

## Anhang E.1: Zuordnung der Items zu den Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten vor dem kognitiven Pretest

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
<b>Entlassplanung</b>	Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können?	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, unter welchen Voraussetzungen Ihr Kind entlassen werden kann?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins	Wurde Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus mit Ihnen abgestimmt?	Wurde der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus mit Ihnen abgestimmt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, ... ... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, ... ... wie die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Pflege, Hilfsmittel)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlassstag vom Krankenhaus zum Entlassort	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Ihr Kind am Tag der Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommt (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Feste Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten	Wussten Sie, an wen Sie sich im Krankenhaus bei Fragen zu Ihrer Entlassung wenden können?	Wussten Sie, an wen Sie sich im Krankenhaus bei Fragen zur Entlassung Ihres Kindes wenden können?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Angebot an Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses	Haben Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus das Angebot erhalten, mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes zu sprechen?	Haben Sie während des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus das Angebot erhalten, mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes zu sprechen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, und ich habe das Angebot genutzt</li> <li>▪ Ja, aber ich habe das Angebot nicht genutzt</li> <li>▪ Nein, ich habe kein Angebot erhalten, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
<b>Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung</b>	Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung Ihres Kindes wenden können, wenn Sie Fragen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung Ihres Kindes haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Kinderärztin / einen Kinderarzt, an einen Pflegedienst)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung	<p>Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...</p> <p>... welche medizinische Behandlung nach Ihrer Entlassung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?</p>	<p>Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...</p> <p>... welche medizinische Behandlung für Ihr Kind nach der Entlassung durch eine Kinderärztin / einen Kinderarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge	<p>Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...</p> <p>... welche weiteren Therapien oder Behandlungen nach Ihrer Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?</p>	<p>Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...</p> <p>... welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind nach der Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Information zu Hilfsmitteln	<p>Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...</p> <p>... welche Hilfsmittel Sie nach Ihrer Entlassung benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?</p>	<p>Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...</p> <p>... welche Hilfsmittel Ihr Kind nach der Entlassung benötigt (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten	<p>Wurden mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, ...</p> <p>... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung in Frage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?</p> <p>... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?</p>	<p>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, ...</p> <p>... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Ihr Kind nach der Entlassung in Frage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?</p> <p>... wie die Versorgung Ihres Kindes nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung	<p>Wurden Sie im Krankenhaus in die Planung Ihrer Versorgung für die Zeit nach der Entlassung einbezogen?</p>	<p>Wurden Sie im Krankenhaus in die Planung der Versorgung Ihres Kindes für die Zeit nach der Entlassung einbezogen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus vor Ihrer Entlassung mit Ihnen besprochen, ... ... warum Sie im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)?	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus vor der Entlassung Ihres Kindes mit Ihnen besprochen, ... ... warum Ihr Kind im Krankenhaus behandelt wurde (z. B. mit welcher Diagnose)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Information zur Behandlung und zu Behandlungsergebnissen	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus vor Ihrer Entlassung mit Ihnen besprochen, ... ... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden? ... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus vor der Entlassung Ihres Kindes mit Ihnen besprochen, ... ... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden? ... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Nein, ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus vor Ihrer Entlassung mit Ihnen besprochen, ... ... wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann?	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus vor der Entlassung Ihres Kindes mit Ihnen besprochen, ... ... wie sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Entlassung entwickeln kann?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
<b>Information und Aufklärung zur Medikation</b>	Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation	<p>Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.</p> <p>Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...</p> <p>... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?</p> <p>... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?</p>	<p>Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:</p> <p>Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...</p> <p>... welche Medikamente Ihr Kind nach der Entlassung einnehmen soll?</p> <p>... wofür Ihr Kind die Medikamente nach der Entlassung einnehmen soll?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für jedes Medikament</li> <li>▪ Für die meisten Medikamente</li> <li>▪ Nur für wenige Medikamente</li> <li>▪ Für gar kein Medikament</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation	<p>Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:</p> <p>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...</p> <p>... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?</p> <p>... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?</p>	<p>Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:</p> <p>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...</p> <p>... wann Ihr Kind die Medikamente einnehmen soll (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?</p> <p>... wie lange Ihr Kind die Medikamente einnehmen soll?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für jedes Medikament</li> <li>▪ Für die meisten Medikamente</li> <li>▪ Nur für wenige Medikamente</li> <li>▪ Für gar kein Medikament</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
		... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	... wie viel Ihr Kind von dem jeweiligen Medikament einnehmen soll (Dosierung)?	
	Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation	Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.  Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...  ... welche möglichen Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.  Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...  ... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für jedes Medikament</li> <li>▪ Für die meisten Medikamente</li> <li>▪ Nur für wenige Medikamente</li> <li>▪ Für gar kein Medikament</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
<b>Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit</b>	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag	In manchen Fällen müssen Patientinnen und Patienten nach der Entlassung zu Hause medizinisch oder pflegerisch weiterversorgt werden. Das können die Patientinnen und Patienten selbst übernehmen oder auch ihre Angehörigen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen).	In manchen Fällen müssen Kinder nach der Entlassung zu Hause medizinisch oder pflegerisch weiterversorgt werden. Das können Eltern bzw. Sorgeberechtigte übernehmen, oder auch die Kinder selbst (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>



Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
		Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. durch schriftliche Informationen, Schulungen oder Anleitungen)?	Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. durch schriftliche Informationen, Schulungen oder Anleitungen)?	
	Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmittel	Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?	Wurde Ihnen bzw. Ihrem Kind im Krankenhaus gezeigt, wie mit den neuen Hilfsmitteln umzugehen ist?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, für alle Hilfsmittel</li> <li>▪ Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel</li> <li>▪ Nein, für kein Hilfsmittel</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie Sie sich nach Ihrer Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie sich Ihr Kind nach der Entlassung im Alltag verhalten soll (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen	<p>Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, wie Sie ...</p> <p>... mögliche Komplikationen und Warnsignale erkennen können (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?</p> <p>... sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen?</p>	<p>Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, ...</p> <p>... wie mögliche Komplikationen und Warnsignale zu erkennen sind (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?</p> <p>... was bei Komplikationen und Warnsignalen zu tun ist?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
<b>Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung</b>	Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten	<p>Wurden Sie im Krankenhaus dabei unterstützt, ...</p> <p>... einen Termin zur direkten Weiterbehandlung bei einer Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste von Kontaktdaten)?</p>	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ...</p> <p>... einen Termin zur direkten Weiterbehandlung Ihres Kindes bei einer Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste von Kontaktdaten)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<p>Das Krankenhaus kann dabei unterstützen, Ihre geplanten Therapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung).</p> <p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Ihre geplanten Therapien zu organisieren?</p>	<p>Das Krankenhaus kann dabei unterstützen, die geplanten Therapien Ihres Kindes zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung).</p> <p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, die geplanten Therapien Ihres Kindes zu organisieren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ...</p> <p>... Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?</p>	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ...</p> <p>... Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe	<p>Das Krankenhaus kann dabei unterstützen, die geplanten Hilfen für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung).</p> <p>Wurden Sie im Krankenhaus dabei unterstützt, ...</p> <p>... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?</p> <p>... eine Haushaltshilfe zu organisieren?</p>	<p>Das Krankenhaus kann dabei unterstützen, die geplanten Hilfen für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung).</p> <p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ...</p> <p>... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?</p> <p>... eine Haushaltshilfe zu organisieren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
<b>Entlassgespräch</b>	Durchführen eines abschließenden Gesprächs	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?	Wurde am Ende des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch	Konnten Sie im Abschlussgespräch Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?	Konnten Sie im Abschlussgespräch Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf die Entlassung Ihres Kindes wichtig waren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zur meiner Entlassung [zur Entlassung meines Kindes]</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung	Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
<b>Entlassdokumente</b>	Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag	Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.	Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zur Behandlung und Weiterversorgung Ihres Kindes enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführlicher Entlassbrief sein.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
		Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?	Haben Sie spätestens am Tag der Entlassung Ihres Kindes einen Entlassbrief erhalten?	
	Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten und stationären Weiterversorgung	Haben Sie vom Krankenhaus eine schriftliche Übersicht zu Ihrer weiterführenden Versorgung erhalten (z. B. Empfehlungen zu Anschlussbehandlungen, Therapien, Pflege)?	Haben Sie vom Krankenhaus eine schriftliche Übersicht zu der weiterführenden Versorgung Ihres Kindes erhalten (z. B. Empfehlungen zu Anschlussbehandlungen, Therapien, Pflege)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
<b>Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten</b>	Verwendung einer patientenverständlichen Sprache in Gesprächen zur Entlassung	<p>Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus, in denen es um Ihre Entlassung ging: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Die Ärztinnen und Ärzte haben ... ... mir Fachwörter erklärt.</p> <p>Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus, in denen es um Ihre Entlassung ging: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Das Pflegepersonal hat ...</p>	<p>Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus, in denen es um die Entlassung Ihres Kindes ging: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Die Ärztinnen und Ärzte haben ... ... uns Fachwörter erklärt.</p> <p>Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus, in denen es um die Entlassung Ihres Kindes ging: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Das Pflegepersonal hat ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
		... mir Fachwörter erklärt.	... uns Fachwörter erklärt.	
	Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung	Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?	Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zur Entlassung Ihres Kindes erhalten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Zeit für Gespräche zur Entlassung mir Ärztinnen und Ärzten	Hatten Sie im Krankenhaus die Möglichkeit eine Ärztin / einen Arzt zu erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	Hatten Sie im Krankenhaus die Möglichkeit eine Ärztin / einen Arzt zu erreichen, wenn Sie Fragen zur Entlassung Ihres Kindes hatten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ Ich hatte keine Fragen</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	<p>Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus, in denen es um Ihre Entlassung ging: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Die Ärztinnen und Ärzte haben ...</p> <p>... sich für mich und meine Situation interessiert.</p> <p>... mir aufmerksam zugehört</p>	<p>Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus, in denen es um die Entlassung Ihres Kindes ging: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Die Ärztinnen und Ärzte haben ...</p> <p>... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.</p> <p>... uns aufmerksam zugehört.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Zeit für Gespräche zur Entlassung mit dem Pflegepersonal	Hatten Sie im Krankenhaus die Möglichkeit jemanden vom Pflegepersonal zu erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	Hatten Sie im Krankenhaus die Möglichkeit jemanden vom Pflegepersonal zu erreichen, wenn Sie Fragen zur Entlassung Ihres Kindes hatten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ Ich hatte keine Fragen</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Individueller und sensibler Umgang des Pflegepersonals mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	<p>Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus, in denen es um Ihre Entlassung ging: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Das Pflegepersonal hat ...</p> <p>... sich für mich und meine Situation interessiert.</p> <p>... mir aufmerksam zugehört.</p>	<p>Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus, in denen es um die Entlassung Ihres Kindes ging: Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Das Pflegepersonal hat ...</p> <p>... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.</p> <p>... uns aufmerksam zugehört.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	<p>Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus. Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...</p>	<p>Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus. Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
		... sich für mich und meine Situation interessiert. ... mir aufmerksam zugehört.	... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert. ... uns aufmerksam zugehört.	
	Ruhige, ungestörte Umgebung in Gesprächen zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses	Wurden die Gespräche mit dem Sozialdienst gestört (z. B. durch andere Personen, Unterbrechungen, Lärm)?	Wurden die Gespräche mit dem Sozialdienst gestört (z. B. durch andere Personen, Unterbrechungen, Lärm)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
<b>Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung</b>	Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten	Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?	Wurde am Ende des Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen bzw. Ihrem Kind darüber gesprochen, ob Sie und Ihr Kind bereit für die Entlassung sind?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
	Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten	<p>Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?</p> <p>Ich war in Bezug auf meine körperliche Verfassung dazu bereit, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.</p> <p>Ich war in Bezug auf meine psychische Verfassung dazu bereit, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.</p>	<p>Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zu?</p> <p>Mein Kind war in Bezug auf seine körperliche Verfassung dazu bereit, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.</p> <p>Mein Kind war in Bezug auf seine psychische Verfassung dazu bereit, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voll und ganz bereit</li> <li>▪ Eher bereit</li> <li>▪ Eher nicht bereit</li> <li>▪ Gar nicht bereit</li> <li>▪ Trifft auf mich [mein Kind] nicht zu</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>



Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
		<p>Ich war in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienste).</p> <p>Ich war dazu bereit meinen Alltag zu bewältigen (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).</p>	<p>Mein Kind war dazu bereit seinen Alltag zu bewältigen (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).</p> <p>Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?</p> <p>Ich war in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, dass mein Kind aus dem Krankenhaus entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, durch einen Pflegedienst).</p> <p>Ich war dazu bereit den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).</p>	
<b>Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung</b>	Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung	Wurden Sie innerhalb der ersten 7 Tage nach Ihrer Entlassung wegen derselben Erkrankung oder derselben Behandlung noch einmal in ein Krankenhaus aufgenommen?	Wurde Ihr Kind innerhalb der ersten 7 Tage nach der Entlassung wegen derselben Erkrankung oder derselben Behandlung noch einmal in ein Krankenhaus aufgenommen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, die erneute Aufnahme war geplant</li> <li>▪ Ja, die erneute Aufnahme war nicht geplant (z. B. wegen eines Notfalls)</li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
				<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nein, ich [mein Kind] wurde nicht noch einmal in ein Krankenhaus aufgenommen</li></ul>

## Anhang E.2: Darstellung der identifizierten Variablen zur Risikoadjustierung

Neben den Items, welche die Qualitätsmerkmale aus dem Qualitätsmodell operationalisieren, enthalten die Fragebögen auch zusätzliche Items, die der Risikoadjustierung (siehe Abschnitt 10.2 im Abschlussbericht) dienen. Als Grundlage für eine mögliche Berücksichtigung von Variablen zur Risikoadjustierung dienten eine orientierende Recherche mit Fokus auf Reviews/Meta-Analysen sowie die Überprüfung von bereits eingeschlossenen Publikationen aus der Recherche zur Ableitung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung.

Auf Basis der orientierenden Recherche wurden 9 Publikationen zu ungeplanten Wiederaufnahmen (Reviews bzw. Meta-Analysen; n = 6 erwachsene Patientinnen und Patienten, n = 3 minderjährige Patientinnen und Patienten) identifiziert, die Hinweise auf relevante Risikoadjustierungsvariablen geben können. Es wurden keine Reviews/Meta-Analysen zur subjektiven Entlassbereitschaft mit Hinweisen auf Variablen zur Risikoadjustierung gefunden. Um Forschung zur subjektiven Entlassbereitschaft dennoch mit einzubeziehen, wurden aus den Publikationen der orientierenden Recherche zur Ergebnisqualität mögliche relevante Faktoren zur subjektiven Entlassbereitschaft extrahiert (z. B. Blakey et al. 2017, Gadbois et al. 2019, Leyenaar et al. 2017). Hierbei ergaben sich jedoch keine Hinweise auf relevante Risikoadjustierungsvariablen, welche über die aus der Literaturrecherche zu ungeplanten Wiederaufnahmen hinausgingen. Teilweise wurden in einzelnen Studien zur subjektiven Entlassbereitschaft relevante Risikofaktoren identifiziert, diese waren jedoch schon im Zuge der Suche zu ungeplanten Wiederaufnahmen extrahiert worden. Die nachfolgende Darstellung der 8 identifizierten Variablen zur Risikoadjustierung bezieht sich daher größtenteils auf Literatur zu ungeplanten Wiederaufnahmen. Es wird daher lediglich auf subjektive Entlassbereitschaft eingegangen, sofern es hierzu relevante Studien in den einbezogenen Wissensbeständen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale gab. Gleichfalls werden Befunde aus diesen Wissensbeständen zu ungeplanten Wiederaufnahmen exemplarisch erwähnt.

### Detaillierte Darstellung der identifizierten Risikoadjustierungsvariablen

Variablen aus den Reviews bzw. Meta-Analysen, welche im Rahmen der orientierenden Recherche identifiziert wurden, wurden aufgenommen, sofern sie in mindestens 25 % der dort berichteten Studien als signifikant erachtet wurden und durch Patientinnen und Patienten beurteilbar sind. Zudem sollen die Variablen in Fragebogenform ökonomisch erfassbar sein, d. h. über wenige Fragen operationalisiert werden können, sodass der Aufwand für die Befragten hinsichtlich des Gesamtfragebogens möglichst gering ausfällt. Tabelle 1 gibt zunächst einen Überblick der in den Meta-Analysen bzw. Reviews der orientierenden Recherche identifizierten möglichen Risikoadjustierungsvariablen bei ungeplanten Wiederaufnahmen.

Tabelle 1: Übersicht der Risikoadjustierungsvariablen mit Zuordnung der entsprechenden Übersichtsarbeiten aus der orientierenden Recherche zu ungeplanten Wiederaufnahmen

Risikoadjustierungsvariable	Referenzen
Alter der Patientin / des Patienten	Zhou et al. (2016), Kansagara et al. (2011), García-Pérez et al. (2011), Donisi et al. (2016), Alqahtani et al. (2020), Weinreich et al. (2016), Madden et al. (2020), Edgcomb et al. (2020), Prutsky et al. (2021)
Geschlecht der Patientin / des Patienten	Zhou et al. (2016), Kansagara et al. (2011), García-Pérez et al. (2011), Donisi et al. (2016), Alqahtani et al. (2020), Weinreich et al. (2016), Madden et al. (2020), Edgcomb et al. (2020), Prutsky et al. (2021)
Anzahl Komorbiditäten	Zhou et al. (2016), Kansagara et al. (2011), Donisi et al. (2016), Alqahtani et al. (2020), Weinreich et al. (2016), Madden et al. (2020), Edgcomb et al. (2020)
Polymedikation	Zhou et al. (2016), García-Pérez et al. (2011), Weinreich et al. (2016), Madden et al. (2020)
Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte	Zhou et al. (2016), Kansagara et al. (2011), García-Pérez et al. (2011), Donisi et al. (2016), Alqahtani et al. (2020), Weinreich et al. (2016), Edgcomb et al. (2020)
Geplante oder ungeplante Aufnahme	Zhou et al. (2016), Prutsky et al. (2021)
Dauer des Krankenhausaufenthalts	Zhou et al. (2016), García-Pérez et al. (2011), Donisi et al. (2016), Alqahtani et al. (2020), Madden et al. (2020), Edgcomb et al. (2020), Prutsky et al. (2021)
Entlassort	Donisi et al. (2016), Alqahtani et al. (2020), Madden et al. (2020), Prutsky et al. (2021)

### Alter der Patientin / des Patienten

In allen Überblicksarbeiten wurde der Effekt des Alters bei Patientinnen und Patienten bei ungeplanten Wiederaufnahmen untersucht, wobei diese Variable auch bei den meisten Einzelstudien der Reviews untersucht wurde. Die Befundlage hinsichtlich der Wirkung des Alters bei ungeplanten Wiederaufnahmen ist gemischt. Obwohl es in den meisten Studien und Modellen als Variable vorkommt, ergeben sich nicht in allen Studien signifikante Zusammenhänge (z. B. Zhou et al. 2016, Donisi et al. 2016). Wenn sich Zusammenhänge finden, haben in der Regel erwachsene ältere Patientinnen und Patienten ein höheres Risiko, nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen wieder aufgenommen zu werden (z. B. Alqahtani et al. 2020),

wobei in Reviews auch von einzelnen Studien berichtet wird, die den umgekehrten Zusammenhang ermitteln (Donisi et al. 2016). Bei Minderjährigen ist die Befundlage ebenfalls gemischt (Madden et al. 2020, Prutsky et al. 2021, Edgcomb et al. 2020).

### **Geschlecht der Patientin / des Patienten**

In allen eingeschlossenen Reviews bzw. Meta-Analysen aus der orientierenden Recherche wird Geschlecht als Risikovariablen behandelt. Ähnlich wie bei Alter ist die Befundlage hinsichtlich der Signifikanz bzw. der Wirkung gemischt (García-Pérez et al. 2011, Alqahtani et al. 2020, Kansagara et al. 2011, Donisi et al. 2016). Auch bei minderjährigen Patientinnen und Patienten ist der Einfluss des Geschlechts von Patientinnen und Patienten nicht eindeutig (Madden et al. 2020, Edgcomb et al. 2020, Prutsky et al. 2021).

### **Anzahl Komorbiditäten**

In 7 der 9 Reviews bzw. Meta-Analysen aus der orientierenden Recherche wird der Einfluss von Komorbiditäten auf ungeplante Wiederaufnahmen untersucht. Lediglich in den beiden Reviews von García-Pérez et al. (2011) und Prutsky et al. (2021) ist Komorbidität als relevanter Risikofaktor nicht untersucht. In der Mehrzahl der Studien aus den Meta-Analysen bzw. Reviews, welche Komorbidität erhoben haben, stellte sich dies als Risikofaktor für ungeplante Wiederaufnahmen heraus (z. B. Kansagara et al. 2011, Donisi et al. 2016, Alqahtani et al. 2020). Edgcomb et al. (2020) kommen zu einem ähnlichen Schluss für minderjährige Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Komorbiditäten; Madden et al. (2020) konstatieren hierzu eine heterogene Befundlage. Mit Blick auf die Einzelstudien aus den Wissensbeständen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale berichten Dietrich et al. (2019) wie auch Sevilla-Cazes et al. (2018) von Multimorbidität als einen Risikofaktor für ungeplante Wiederaufnahmen. Hinsichtlich subjektiver Entlassbereitschaft finden sich keine direkten Hinweise bezüglich Komorbidität als Risikofaktor, jedoch berichten Verhaegh et al. (2019) und Zibelli et al. (2020) in ihren qualitativen Studien mit Patientinnen und Patienten, dass chronische Krankheiten einen Risikofaktor darstellen.

### **Polymedikation**

Vier Reviews bzw. Meta-Analysen der orientierenden Recherche thematisierten Polymedikation als Risikofaktor für ungeplante Wiederaufnahmen (Zhou et al. 2016, García-Pérez et al. 2011, Weinreich et al. 2016, Madden et al. 2020). Diese Reviews kommen zu dem Schluss, dass die Befundlage uneinheitlich ist und Polymedikation nicht in allen Modellen einen statistisch signifikanten Risikofaktor darstellt. In den Studien aus den Wissensbeständen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale wird Medikation in drei Studien als relevanter Risikofaktor mit Blick auf ungeplante Wiederaufnahmen erwähnt (Blakey et al. 2017, Dietrich et al. 2019, van der Does et al. 2020), wobei sich Hinweise finden, dass eine komplexe Medikation einen Risikofaktor für ungeplante Wiederaufnahmen darstellt. Gadbois et al. (2019) berichten in ihrer qualitativen Studie ebenfalls, dass eine komplexe Medikation bzw. Umstellung der Medikation einen Risikofaktor hinsichtlich subjektiver Entlassbereitschaft darstellen kann. Bei Minderjährigen wird die Medikation ebenfalls als relevanter Risikofaktor in einigen Publikationen genannt, sowohl für ungeplante Wiederaufnahmen (Leary et al. 2020, Brittan et al. 2015) als auch für subjektive Entlassbereitschaft (Leyenaar et al. 2017). Auch hier finden sich Hinweise darauf, dass unzureichende

Information bzw. unzureichendes Wissen aufseiten der Eltern hinsichtlich der Medikation hierzu beitragen könnte (Brittan et al. 2015).

### **Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte**

7 der 9 berücksichtigten Reviews bzw. Meta-Analysen der orientierenden Recherche beinhalten die Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen vor dem Indexaufenthalt als Risikovariablen. Diese Inanspruchnahme wurde unterschiedlich operationalisiert, etwa als vorherige Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung allgemein (z. B. Weinreich et al. 2016, Kansagara et al. 2011), die Anzahl vorheriger Notaufnahmen oder die Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte (Zhou et al. 2016, Donisi et al. 2016, Edgcomb et al. 2020). Hierbei war die „Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte“ (*hospitalizations in the previous year, prior hospitalization*) die am meisten herangezogene Variable, sodass sie auch als Risikoadjustierungsvariable für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* empfohlen wird. In der Mehrzahl der Studien, welche die Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte (bzw. vorherige Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung) als Risikofaktor berücksichtigen, zeigt sich, dass dieser mit ungeplanten Wiederaufnahmen nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus zusammenhängt (z. B. Zhou et al. 2016, García-Pérez et al. 2011, Alqahtani et al. 2020). Beispielsweise berichten Donisi et al. (2016) in ihrem systematischen Review zu ungeplanten Wiederaufnahmen bei erwachsenen psychiatrischen Patientinnen und Patienten, dass in 32 von 37 Studien, welche die Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte untersucht haben, ein positiver Zusammenhang mit ungeplanten Wiederaufnahmen gefunden wurde. Das Risiko für eine ungeplante Wiederaufnahme steigt mit der Anzahl vorheriger Krankenhausaufenthalte bzw. der vorherigen Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung (z. B. García-Pérez et al. 2011, Edgcomb et al. 2020).

### **Geplante oder ungeplante Aufnahme**

2 der 9 in der orientierenden Recherche identifizierten Reviews bzw. Meta-Analysen berichten Ergebnisse in Bezug zur Art der Aufnahme ins Krankenhaus / des Indexaufenthalts (*Index Type of Admission*), d. h., ob die Aufnahme geplant oder ungeplant war (Zhou et al. 2016, Prutsky et al. 2021). Obwohl die Art der Aufnahme des Indexaufenthalts in mehreren Studien bzw. Risikoadjustierungsmodellen zu ungeplanten Wiederaufnahmen bei Zhou et al. (2016) vorkommt, wird die Stärke und Art des Zusammenhangs nicht genauer ausgeführt. Im Gegensatz hierzu kommen Prutsky et al. (2021) zu dem Schluss, dass eine ungeplante Indexaufnahme einen Risikofaktor für eine ungeplante Wiederaufnahme darstellt.

### **Dauer des Krankenhausaufenthalts**

In 7 der 9 Reviews wurde die Dauer des Krankenhausaufenthalts als Risikofaktor für eine ungeplante Wiederaufnahme identifiziert. Hierbei fanden sich Hinweise auf einen tendenziell positiven Zusammenhang zwischen der Länge des Krankenhausaufenthalts (*Length of Stay, LoS*) und dem Risiko für eine ungeplante Wiederaufnahme, sowohl bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (z. B. Zhou et al. 2016, García-Pérez et al. 2011, Prutsky et al. 2021, Alqahtani et al. 2020) auch bei Kindern und Jugendlichen (z. B. Madden et al. 2020). Lediglich Donisi et al. (2016) schließen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zur Wiederaufnahme von psychiatrischen Patientinnen und Patienten, dass die Befundlage gemischt sei und ein längerer Aufenthalt sowohl

einen Risikofaktor wie auch einen protektiven Faktor darstellen kann. In den Studien aus den Wissensbeständen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale berichten Blakey et al. (2017) in ihrem systematischen Review mit erwachsenen Patientinnen und Patienten, dass sich die Länge des Krankenhausaufenthalts auf die subjektive Entlassbereitschaft auswirke bzw. damit zusammenhänge, wobei nicht näher auf diesen Zusammenhang eingegangen wird. Die quantitative Sekundäranalyse von Weiss et al. (2017) mit Eltern von minderjährigen Patientinnen und Patienten kommt zu dem Schluss, dass eine kürzere Aufenthaltsdauer mit einer höheren Entlassbereitschaft einhergeht.

**Entlassort**

Drei der berücksichtigten Reviews bzw. Meta-Analysen aus der orientierenden Recherche thematisieren den Entlassort als eine mögliche Risikovariable für ungeplante Wiederaufnahmen (Donisi et al. 2016, Alqahtani et al. 2020, Edgcomb et al. 2020), wobei sich dort Hinweise finden, dass für Entlassungen mit notwendiger Pflege (bspw. in Pflegeeinrichtungen oder nach Hause mit Bedarf für häusliche Pflege) das Risiko für Wiederaufnahmen erhöht ist. In den Studien aus den Wissensbeständen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale finden sich keine Studien, welche den Entlassort als eine relevante Risikovariable für ungeplante Wiederaufnahmen oder subjektive Entlassbereitschaft identifizieren, weder für Erwachsene noch für Minderjährige.

## Anhang E.3: Variablen zur Beschreibung der Stichprobe und zur Filterführung

Tabelle 2: Variablen zur Stichprobenbeschreibung (Items nach Abschluss der Pretestungen)

Variablenbezeichnung	Item	Antwortoptionen
<b>Familienstand</b>	Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In fester Partnerschaft, zusammenlebend</li> <li>▪ In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend</li> <li>▪ Alleinstehend, geschieden, oder in Trennung</li> <li>▪ Verwitwet</li> </ul>
<b>Anzahl der Personen im Haushalt</b>	<p>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt?</p> <p>Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.</p> <p>Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ___ Anzahl Personen</li> </ul>
<b>Bildungsgrad</b>	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule</li> <li>▪ Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss</li> <li>▪ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)</li> <li>▪ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse</li> <li>▪ Realschulabschluss (Mittlere Reife)</li> <li>▪ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse</li> <li>▪ Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule</li> </ul>



Variablenbezeichnung	Item	Antwortoptionen
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)</li> <li>▪ Anderer Schulabschluss</li> </ul>
<b>Erwerbssituation</b>	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schülerin/Schüler oder Studentin/Student</li> <li>▪ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden)</li> <li>▪ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden)</li> <li>▪ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)</li> <li>▪ Arbeitslos</li> <li>▪ Altersrente</li> <li>▪ Erwerbsunfähigkeitsrente</li> <li>▪ Hausfrau/Hausmann</li> <li>▪ Ausbildung, Umschulung</li> <li>▪ Wiedereingliederungsmaßnahme</li> <li>▪ Sonstiges</li> </ul>
<b>Voll- oder teilstationäre Behandlung</b>	<p>Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationäre) erfolgen.</p> <p>Wie wurden Sie [wurde Ihr Kind] im Krankenhaus behandelt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär)</li> <li>▪ Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär)</li> </ul>

Variablenbezeichnung	Item	Antwortoptionen
<b>Vorzeitiger Behandlungsabbruch</b>	Haben Sie Ihre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen? [Wurde die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?]	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> </ul>
<b>Unterstützung durch einen Pflegedienst</b>	Werden Sie [bzw. Ihr Kind] durch einen Pflegedienst unterstützt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, auch schon bevor ich [mein Kind] im Krankenhaus war</li> <li>▪ Ja, aber erst seit meiner Entlassung [der Entlassung meines Kindes] aus dem Krankenhaus</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Weiß nicht</li> </ul>
<b>Deutschkenntnisse</b>	Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> </ul>
	Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr gut</li> <li>▪ Eher gut</li> <li>▪ Eher schlecht</li> <li>▪ Sehr schlecht</li> </ul>
<b>Antwortende Person / Personen (Fragebogen für Erwachsene)</b>	Wer hat den Fragebogen beantwortet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin/Patient)</li> <li>▪ Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung)</li> <li>▪ Patientin/Patient und Vertrauensperson zusammen</li> <li>▪ Patientin/Patient mit Hilfe einer Gesundheitsfachkraft</li> </ul>

Variablenbezeichnung	Item	Antwortoptionen
<b>Antwortende Person / Personen (Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte)</b>	Wer hat den Fragebogen beantwortet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r des Kindes</li> <li>▪ Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r zusammen</li> </ul>
<b>Alter und Geschlecht der Sorgeberechtigten</b>	In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angabe von Monat und Jahr der Geburt</li> </ul>
	Welches Geschlecht haben Sie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiblich</li> <li>▪ Männlich</li> <li>▪ Divers</li> </ul>

Tabelle 3: Variablen zur Filterführung (Items nach Abschluss der Pretestungen)

Variablenbezeichnung	Item	Antwortoptionen
<b>Filter für Erfahrungen mit dem Krankenhauspersonal</b>	Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zu Ihrer Entlassung?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja → Bitte weiter mit Frage 11</li> <li>▪ Nein → Bitte weiter mit Frage 13</li> <li>▪ Weiß nicht → Bitte weiter mit Frage 13</li> </ul>
<b>Filter für Entlassmedikation</b>	<p>Haben Sie [Hat Ihr Kind] im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?</p> <p>Damit sind alle Medikamente gemeint, die Sie [Ihr Kind] nach der Entlassung einnehmen [einnimmt].</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, ich habe [mein Kind hat] neue Medikamente bekommen bzw. meine [die] Medikamente wurden umgestellt → Bitte weiter mit Frage 22</li> <li>▪ Nein, ich habe [mein Kind hat] keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt → Bitte weiter mit Frage 24</li> </ul>
<b>Filter für Hilfsmittel</b>	Nutzen Sie nach Ihrer Entlassung [Nutzt Ihr Kind nach der Entlassung] aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die Sie [es] vorher noch nicht benutzt haben [hat] (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz [Dusch-/Badehilfen], Pflegebett)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja → Bitte weiter mit Frage 27</li> <li>▪ Nein → Bitte weiter mit Frage 28</li> </ul>
<b>Filter für Anschlusstherapien</b>	Wurden Ihnen im Krankenhaus [für Ihr Kind] Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie [sozialmedizinische Versorgung])?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja → Bitte weiter mit Frage 30</li> <li>▪ Nein → Bitte weiter mit Frage 31</li> <li>▪ Weiß nicht → Bitte weiter mit Frage 31</li> </ul>
<b>Filter für Unterstützung zu Hause</b>	Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja → Bitte weiter mit Frage 32</li> <li>▪ Nein → Bitte weiter mit Frage 33</li> <li>▪ Weiß nicht → Bitte weiter mit Frage 33</li> </ul>

## Literatur

- Alqahtani, JS; Njoku, CM; Bereznicki, B; Wimmer, BC; Peterson, GM; Kinsman, L; et al. (2020): Risk factors for all-cause hospital readmission following exacerbation of COPD: a systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Review* 29(156): 190166. DOI: 10.1183/16000617.0166-2019.
- Blakey, EP; Jackson, D; Walthall, H; Aveyard, H (2017): What is the experience of being readmitted to hospital for people 65 years and over? A review of the literature. *Contemporary Nurse* 53(6): 698-712. DOI: 10.1080/10376178.2018.1439395.
- Brittan, M; Albright, K; Cifuentes, M; Jimenez-Zambrano, A; Kempe, A (2015): Parent and Provider Perspectives on Pediatric Readmissions: What Can We Learn About Readiness for Discharge? *Hospital Pediatrics* 5(11): 559-565. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0034.
- Dietrich, E; Davis, K; Chacko, L; Rahmanian, KP; Bielick, L; Quillen, D; et al. (2019): Comparison of Factors Identified by Patients and Physicians Associated with Hospital Readmission (COMPARE2). *Southern Medical Journal* 112(4): 244-250. DOI: 10.14423/SMJ.0000000000000959.
- Donisi, V; Tedeschi, F; Wahlbeck, K; Haaramo, P; Amaddeo, F (2016): Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC: Psychiatry* 16:449. DOI: 10.1186/s12888-016-1114-0.
- Edgcomb, JB; Sorter, M; Lorberg, B; Zima, BT (2020): Psychiatric Readmission of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services* 71(3): 269-279. DOI: 10.1176/appi.ps.201900234.
- Gadbois, EA; Tyler, DA; Shield, R; McHugh, J; Winblad, U; Teno, JM; et al. (2019): Lost in Transition: a Qualitative Study of Patients Discharged from Hospital to Skilled Nursing Facility. *Journal of General Internal Medicine* 34(1): 102-109. DOI: 10.1007/s11606-018-4695-0.
- García-Pérez, L; Linertová, R; Lorenzo-Riera, A; Vázquez-Díaz, JR; Duque-González, B; Sarría-Santamera, A (2011): Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM – An International Journal of Medicine* 104(8): 639-651. DOI: 10.1093/qjmed/hcr070.
- Kansagara, D; Englander, H; Salanitro, A; Kagen, D; Theobald, C; Freeman, M; et al. (2011): Risk Prediction Models for Hospital Readmission. A Systematic Review. *JAMA* 306(15): 1688-1698. DOI: 10.1001/jama.2011.1515.
- Leary, JC; Krcmar, R; Yoon, GH; Freund, KM; LeClair, AM (2020): Parent Perspectives During Hospital Readmissions for Children With Medical Complexity: A Qualitative Study. *Hospital Pediatrics* 10(3): 222-229. DOI: 10.1542/hpeds.2019-0185.
- 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.

- 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.
- Prutsky, GJ; Padhya, D; Ahmed, AT; Almasri, J; Farah, WH; Prokop, LJ; et al. (2021): Is Unplanned PICU Readmission a Proper Quality Indicator? A Systematic Review and Meta-analysis. *Hospital Pediatrics* 11(2): 167-174. DOI: 10.1542/hpeds.2020-0192.
- Sevilla-Cazes, J; Ahmad, FS; Bowles, KH; Jaskowiak, A; Gallagher, T; Goldberg, LR; et al. (2018): Heart Failure Home Management Challenges and Reasons for Readmission: a Qualitative Study to Understand the Patient's Perspective. *Journal of General Internal Medicine* 33(10): 1700-1707. DOI: 10.1007/s11606-018-4542-3.
- van der Does, AMB; Kneepkens, EL; Uitvlugt, EB; Jansen, SL; Schilder, L; Tokmaji, G; et al. (2020): Preventability of unplanned readmissions within 30 days of discharge. A cross-sectional, single-center study. *PLoS One* 15(4): e0229940. DOI: 10.1371/journal.pone.0229940.
- 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.
- Weinreich, M; Nguyen, OK; Wang, D; Mayo, H; Mortensen, EM; Halm, EA; et al. (2016): Predicting the Risk of Readmission in Pneumonia. A Systematic Review of Model Performance. *Annals of the American Thoracic Society* 13(9): 1607-1614. DOI: 10.1513/AnnalsATS.201602-135SR.
- Weiss, ME; Sawin, KJ; Gralton, K; Johnson, N; Klingbeil, C; Lerret, S; et al. (2017): Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing* 34: 58-64. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.12.021.
- Zhou, H; Della, PR; Roberts, P; Goh, L; Dhaliwal, SS (2016): Utility of models to predict 28-day or 30-day unplanned hospital readmissions: an updated systematic review. *BMJ: Open* 6: e011060. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011060.
- Zibelli, A; Holland, K; Wei, E (2020): Causes of Cancer Re-Admissions: A Patient-Centered Approach. *JCO Oncology Practice* 16(8): e734-e740. DOI: 10.1200/jop.19.00518.

# **Anhang F: Kognitiver Pretest**

## **Anhang F.1: Fragebögen zur Durchführung des kognitiven Pretests**

**Anhang F.1.1: Fragebogenversion für erwachsene Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Erwachsene“)**



**Befragung**  
**von Patientinnen und Patienten**  
**zu ihrer Entlassung aus einem**  
**voll- oder teilstationärem Aufenthalt im Krankenhaus**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

3

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort "QS Entlassmanagement")

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

### Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus

Sie wurden kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie zu **Ihrer Entlassung** aus dem Krankenhaus und Ihren Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

1)	<p>War Ihre Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant?</p> <p>Geplant ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, einem Notfall) ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
2)	<p>Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen.</p> <p>Wie wurden Sie im Krankenhaus behandelt?</p> <p>Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) ..... <input type="checkbox"/></p>
3)	<p>Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden?</p> <p>Weniger als 1 Woche ..... <input type="checkbox"/></p> <p>1 Woche bis weniger als 2 Wochen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 Wochen bis weniger als 4 Wochen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>4 Wochen bis weniger als 6 Wochen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>6 Wochen oder länger ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>

4)	<p>Haben Sie Ihre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p>
5)	<p>Wohin sind Sie entlassen worden?</p> <p>Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie / Angehörigen) ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 6</b></p> <p>In eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 7</b></p> <p>In ein Betreutes Wohnen ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 6</b></p> <p>Anderes ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 7</b></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 7</b></p>
6)	<p>Werden Sie zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt?</p> <p>Ja, auch schon bevor ich im Krankenhaus war ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, aber erst seit meiner Entlassung aus dem Krankenhaus ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p>

7)	<p>Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.</p> <p>Wie oft wurden Sie in den <u>12 Monaten</u> vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?</p> <p>Gar nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p>1 Mal ..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 bis 3 Mal ..... <input type="checkbox"/></p> <p>4 Mal oder mehr ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
----	---

### Organisation der Entlassung

8)	<p>Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
----	--

9)	<p>Wurde Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus mit Ihnen abgestimmt?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
----	---

10)	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

11)	Wussten Sie, an wen Sie sich im Krankenhaus bei Fragen zu Ihrer Entlassung wenden können?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

**Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus**

12)	Hatten Sie im Krankenhaus die Möglichkeit eine Ärztin / einen Arzt zu erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?					
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich hatte keine Fragen</i>	<i>Weiß nicht</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus, in denen es um Ihre Entlassung ging:

Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Ärztinnen und Ärzte haben ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir Fachwörter erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Erfahrungen mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus

14) Hatten Sie im Krankenhaus die Möglichkeit jemanden vom Pflegepersonal zu erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?

Immer	Meistens	Selten	Nie	Ich hatte keine Fragen	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus, in denen es um Ihre Entlassung ging:

Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Das Pflegepersonal hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir Fachwörter erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

16) Haben Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus das Angebot erhalten, mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes zu sprechen?

Ja, und ich habe das Angebot genutzt .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

Ja, aber ich habe das Angebot nicht genutzt .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 19**

Nein, ich habe kein Angebot erhalten, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 19**

Ich wollte / brauchte das nicht .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 19**

*Weiß nicht mehr* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 19**

17) Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus.

Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18)	<p>Wurden die Gespräche mit dem Sozialdienst gestört (z. B. durch andere Personen, Unterbrechungen, Lärm)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

**Informationen zur Behandlung im Krankenhaus und zur Weiterversorgung nach der Entlassung**

19)	<p>Haben Sie im Krankenhaus <u>widersprüchliche</u> Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--



20) Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus vor Ihrer Entlassung mit Ihnen besprochen, ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... warum Sie im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Ihre Versorgung <u>nach der Entlassung</u> aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie <u>nach der Entlassung</u> in Frage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22) Wurden Sie im Krankenhaus in die Planung Ihrer Versorgung für die Zeit nach der Entlassung einbezogen?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

23) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... welche medizinische Behandlung <u>nach Ihrer Entlassung</u> durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche weiteren Therapien oder Behandlungen <u>nach Ihrer Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Hilfsmittel Sie <u>nach Ihrer Entlassung</u> benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medikamente für die Zeit nach der Entlassung**

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen müssen.

24) Haben Sie im Krankenhaus neue Medikamente bekommen bzw. wurden Medikamente im Krankenhaus umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Ja, ich habe neue Medikamente bekommen bzw. meine Medikamente wurden umgestellt .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 25**

Nein, ich habe keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

25) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde. Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medi- kament	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medi- kament	<i>Weiß nicht mehr</i>
... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Für jedes Medikament	Für die meisten Medikamente	Nur für wenige Medikamente	Für gar kein Medikament	<i>Weiß nicht mehr</i>
... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung**

27) In manchen Fällen müssen Patientinnen und Patienten nach der Entlassung zu Hause medizinisch oder pflegerisch weiterversorgt werden. Das können die Patientinnen und Patienten selbst übernehmen oder auch ihre Angehörigen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen).

Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. durch schriftliche Informationen, Schulungen oder Anleitungen)?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

28) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, wie Sie ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... sich nach Ihrer Entlassung im Alltag <u>verhalten sollen</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mögliche Komplikationen und Warnsignale <u>erkennen können</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich bei Komplikationen und Warnsignalen <u>verhalten müssen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

29) Nutzen Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die Sie vorher noch nicht benutzt haben (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

30) Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?

Ja, für alle Hilfsmittel .....

Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel .....

Nein, für kein Hilfsmittel .....

Ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung**

31) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... einen Termin zur <u>direkten</u> <u>Weiterbehandlung</u> bei einer Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste von Kontakt- daten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Anträge für Ihre Weiterver- sorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32) In manchen Fällen benötigen Patientinnen und Patienten direkt nach der Entlassung Therapien (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie).  
Wurden solche Therapien für Sie im Krankenhaus geplant?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 34**



33) Das Krankenhaus kann dabei unterstützen, Ihre geplanten Therapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung).  
 Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Ihre geplanten Therapien zu organisieren?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

34) In manchen Fällen benötigen Patientinnen und Patienten direkt nach der Entlassung Unterstützung durch häusliche Krankenpflege oder eine Haushaltshilfe.  
 Wurden solche Hilfen für Sie im Krankenhaus geplant?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

35) Das Krankenhaus kann dabei unterstützen, die geplanten Hilfen für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung).  
 Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36)	<p>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich <u>nach der Entlassung</u> wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

**Das abschließende Gespräch zur Entlassung**

37)	<p>Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 38</b></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 41</b></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 41</b></p>
-----	--

38)	<p>Wenn Sie an das Abschlussgespräch denken:</p> <p>Wurde das Gespräch gestört (z. B. durch andere Personen, Unterbrechungen, Lärm)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

39)	Konnten Sie im Abschlussgespräch Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zu meiner Entlassung ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

40)	Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

**Ihre Bereitschaft zur Entlassung**

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

41) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	<i>Trifft auf mich nicht zu</i>	<i>Weiß nicht mehr</i>
Ich war in Bezug auf meine <u>körperliche Verfassung</u> dazu bereit, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war in Bezug auf meine <u>psychische Verfassung</u> dazu bereit, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war in Bezug <u>auf die Unterstützung durch andere</u> dazu bereit, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie / Angehörige, Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war dazu bereit <u>meinen Alltag zu bewältigen</u> (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42)	<p>Wurde <u>am Ende Ihres Aufenthalts</u> im Krankenhaus mit Ihnen darüber <u>gesprachen</u>, ob Sie bereit für die Entlassung sind?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

### Dokumente zur Entlassung

43)	<p>Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.</p> <p>Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--

44)	<p>Haben Sie vom Krankenhaus eine schriftliche Übersicht zu Ihrer weiterführenden Versorgung erhalten (z. B. Empfehlungen zu Anschlussbehandlungen, Therapien, Pflege)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--

### Nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus

45) Wurden Sie innerhalb der ersten 7 Tage nach Ihrer Entlassung wegen derselben Erkrankung oder derselben Behandlung noch einmal in ein Krankenhaus aufgenommen?

Ja, die erneute Aufnahme war geplant .....

Ja, die erneute Aufnahme war nicht geplant (z. B. wegen eines Notfalls) .....

Nein, ich wurde nicht noch einmal in ein Krankenhaus aufgenommen .....

### Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

46) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

47) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

48) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.

Ich nehme

verschreibungspflichtige Medikamente ein.

49) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz oder Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADHS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 52**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 51**

51) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend .....

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend .....

Alleinstehend, geschieden oder in Trennung .....

Verwitwet .....

53) Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

*Bitte zählen Sie auch sich selbst und im Haushalt lebende Kinder mit.*

Anzahl der Personen

54) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....

Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....

Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....

Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....

Polytechnischen Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....

Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....

Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....

Anderer Schulabschluss .....



55) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ....
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau/Hausmann .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

56) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

- Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin/Patient) .....
- Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung) .....
- Patientin/Patient und Vertrauensperson zusammen .....
- Patientin/Patient mit Hilfe einer Gesundheitsfachkraft .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

**Anhang F.1.2: Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte zu der Entlassung ihres Kindes aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“)**



**Befragung**  
**von Eltern und Sorgeberechtigten**  
**zur Entlassung ihres Kindes aus einem**  
**voll- oder teilstationärem Aufenthalt im Krankenhaus**

## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

3

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort "QS Entlassmanagement")

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

### Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus

Ihr Kind wurde kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie als Eltern bzw. Sorgeberechtigte zur **Entlassung Ihres Kindes** aus dem Krankenhaus und den Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus, die im Anschreiben genannt ist.**

1)	<p>War die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus geplant oder ungeplant?</p> <p>Geplant ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, einem Notfall) ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
2)	<p>Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen.</p> <p>Wie wurde Ihr Kind im Krankenhaus behandelt?</p> <p>Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) ..... <input type="checkbox"/></p>
3)	<p>Wie lange ist Ihr Kind im Krankenhaus gewesen, bis es entlassen wurde?</p> <p>Weniger als 1 Woche ..... <input type="checkbox"/></p> <p>1 Woche bis weniger als 2 Wochen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 Wochen bis weniger als 4 Wochen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>4 Wochen bis weniger als 6 Wochen ..... <input type="checkbox"/></p> <p>6 Wochen oder länger ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>

4)	<p>Wurde die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p>
5)	<p>Wohin ist Ihr Kind entlassen worden?</p> <p>Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie / Angehörigen) ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 6</b></p> <p>In eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 7</b></p> <p>In ein Betreutes Wohnen ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 6</b></p> <p>Anderes ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 7</b></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 7</b></p>
6)	<p>Werden Sie bzw. Ihr Kind zu Hause durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt?</p> <p>Ja, auch schon bevor mein Kind im Krankenhaus war ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, aber erst seit der Entlassung meines Kindes aus dem Krankenhaus ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p>

7)	<p>Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.</p> <p>Wie oft wurde Ihr Kind in den <u>12 Monaten vor dieser Entlassung</u> bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?</p> <p>Gar nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p>1 Mal ..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 bis 3 Mal ..... <input type="checkbox"/></p> <p>4 Mal oder mehr ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
----	--

**Organisation der Entlassung**

8)	<p>Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, unter welchen Voraussetzungen Ihr Kind entlassen werden kann?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
----	---

9)	<p>Wurde der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus mit Ihnen abgestimmt?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
----	--

10)	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Ihr Kind am Tag der Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommt (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

11)	Wussten Sie, an wen Sie sich im Krankenhaus bei Fragen zur Entlassung Ihres Kindes wenden können?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/>
	Ich wollte / brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

**Erfahrungen mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus**

12)	Hatten Sie im Krankenhaus die Möglichkeit eine Ärztin / einen Arzt zu erreichen, wenn Sie Fragen zur Entlassung Ihres Kindes hatten?					
	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich hatte keine Fragen</i>	<i>Weiß nicht</i>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



13) Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus, in denen es um die Entlassung Ihres Kindes ging:

Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Ärztinnen und Ärzte haben ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uns aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uns Fachwörter erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Erfahrungen mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus

14) Hatten Sie im Krankenhaus die Möglichkeit jemanden vom Pflegepersonal zu erreichen, wenn Sie Fragen zur Entlassung Ihres Kindes hatten?

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Ich hatte keine Fragen</i>	<i>Weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) Bitte denken Sie nun an die Gespräche mit dem Pflegepersonal im Krankenhaus, in denen es um die Entlassung Ihres Kindes ging:

Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Das Pflegepersonal hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht mehr
... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uns aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uns Fachwörter erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus**

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

16) Haben Sie während des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus das Angebot erhalten, mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes zu sprechen?

Ja, und ich habe das Angebot genutzt .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

Ja, aber ich habe das Angebot nicht genutzt .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 19**

Nein, ich habe kein Angebot erhalten, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 19**

Ich wollte / brauchte das nicht .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 19**

*Weiß nicht mehr* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 19**

17) Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus.

Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uns aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Wurden die Gespräche mit dem Sozialdienst gestört (z. B. durch andere Personen, Unterbrechungen, Lärm)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Informationen zur Behandlung im Krankenhaus und zur Weiterversorgung nach der Entlassung**

19) Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zur Entlassung Ihres Kindes erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

---

20) Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus vor der Entlassung Ihres Kindes mit Ihnen besprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... warum Ihr Kind im Krankenhaus behandelt wurde (z. B. mit welcher Diagnose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Entlassung entwickeln kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... wie die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Pflege, Hilfsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie die Versorgung Ihres Kindes <u>nach der Entlassung</u> aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> in Frage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22) Wurden Sie im Krankenhaus in die Planung der Versorgung Ihres Kindes für die Zeit nach der Entlassung einbezogen?

- Ja .....
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....
- Ich wollte / brauchte das nicht .....
- Weiß nicht mehr* .....

23) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... welche medizinische Behandlung für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> durch eine Kinderärztin / einen Kinderarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Hilfsmittel Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> benötigt (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medikamente für die Zeit nach der Entlassung**

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen muss.

24) Hat Ihr Kind im Krankenhaus neue Medikamente bekommen bzw. wurden Medikamente im Krankenhaus umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Ja, mein Kind hat neue Medikamente bekommen bzw. die Medikamente wurden umgestellt .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 25**

Nein, mein Kind hat keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

25) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen,...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medikament	Für die meisten Medikamente	Nur für wenige Medikamente	Für gar kein Medikament	<i>Weiß nicht mehr</i>
... welche Medikamente Ihr Kind nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wofür Ihr Kind die Medikamente nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medi- kament	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medi- kament	<i>Weiß nicht mehr</i>
... wann Ihr Kind die Medikamen- te einnehmen soll (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tages- zeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Ihr Kind die Medi- kamente einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie viel Ihr Kind von dem jeweiligen Medikament einneh- men soll (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung**

27) In manchen Fällen müssen Kinder nach der Entlassung zu Hause medizinisch oder pflegerisch weiterversorgt werden. Das können Eltern bzw. Sorgeberechtigte übernehmen, oder auch die Kinder selbst (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen).

Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. durch schriftliche Informationen, Schulungen oder Anleitungen)?

- Ja .....
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....
- Ich wollte / brauchte das nicht .....
- Weiß nicht mehr* .....

28) Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... wie sich Ihr Kind nach der Entlassung im Alltag <u>verhalten soll</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie mögliche Komplikationen und Warnsignale zu <u>erkennen sind</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was bei Komplikationen und Warnsignalen <u>zu tun ist</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung**

29) Nutzt Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die es vorher noch nicht benutzt hat (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

30) Wurde Ihnen bzw. Ihrem Kind im Krankenhaus gezeigt, wie mit den neuen Hilfsmitteln umzugehen ist?

Ja, für alle Hilfsmittel .....

Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel .....

Nein, für kein Hilfsmittel .....

Ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung**

31) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, einen Termin zur direkten Weiterbehandlung Ihres Kindes bei einer Kinderärztin / einem Kinderarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste von Kontaktdaten)?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

32) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

33) In manchen Fällen benötigen Kinder direkt nach der Entlassung Therapien (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie).

Wurden solche Therapien für Ihr Kind im Krankenhaus geplant?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 34**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

34) Das Krankenhaus kann dabei unterstützen, die geplanten Therapien Ihres Kindes zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung).

Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, die geplanten Therapien Ihres Kindes zu organisieren?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

35) In manchen Fällen benötigen Kinder bzw. Eltern / Sorgeberechtigte direkt nach der Entlassung Unterstützung durch häusliche Krankenpflege oder eine Haushaltshilfe.

Wurden solche Hilfen für Ihr Kind bzw. für Sie im Krankenhaus geplant?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

36) Das Krankenhaus kann dabei unterstützen, die geplanten Hilfen für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung).

Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Ich wollte / brauchte das nicht	<i>Weiß nicht mehr</i>
... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung Ihres Kindes wenden können, wenn Sie Fragen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung Ihres Kindes haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Kinderärztin / einen Kinderarzt, an einen Pflegedienst)?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Das abschließende Gespräch zur Entlassung**

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das abschließende Gespräch zur Entlassung. Dieses Gespräch kann mit Ihnen als Eltern bzw. Sorgeberechtigte alleine oder gemeinsam mit Ihrem Kind durchgeführt worden sein.

38)	<p>Wurde am Ende des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 39</b></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 41</b></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 41</b></p>
39)	<p>Wenn Sie an das Abschlussgespräch denken:</p> <p>Wurde das Gespräch gestört (z. B. durch andere Personen, Unterbrechungen, Lärm)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
40)	<p>Konnten Sie im Abschlussgespräch Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf die Entlassung Ihres Kindes wichtig waren?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zur Entlassung meines Kindes . . . <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>

**Bereitschaft zur Entlassung**

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

41) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken:

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zu?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	<i>Trifft auf mein Kind nicht zu</i>	<i>Weiß nicht mehr</i>
Mein Kind war in Bezug auf seine <u>körperliche Verfassung</u> dazu bereit, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind war in Bezug auf seine <u>psychische Verfassung</u> dazu bereit aus dem Krankenhaus entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Kind war dazu bereit, <u>seinen Alltag zu bewältigen</u> (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42) Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes:

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	<i>Trifft auf mich nicht zu</i>	<i>Weiß nicht mehr</i>
Ich war in Bezug <u>auf die Unterstützung durch andere</u> dazu bereit, dass mein Kind aus dem Krankenhaus entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie / Angehörige, durch einen Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war dazu bereit <u>den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen</u> (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43) Wurde am Ende des Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen bzw. Ihrem Kind darüber gesprächen, ob Sie und Ihr Kind bereit für die Entlassung sind?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

## Dokumente zur Entlassung

- 44) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu der Behandlung und Weiterversorgung Ihres Kindes enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag der Entlassung Ihres Kindes einen Entlassbrief erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

- 45) Haben Sie vom Krankenhaus eine schriftliche Übersicht zu der weiterführenden Versorgung Ihres Kindes erhalten (z. B. Empfehlungen zu Anschlussbehandlungen, Therapien, Pflege)?

Ja .....

Nein .....

Ich wollte / brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Nach der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus**

46) Wurde Ihr Kind innerhalb der ersten 7 Tage nach der Entlassung wegen derselben Erkrankung oder derselben Behandlung noch einmal in ein Krankenhaus aufgenommen?

Ja, die erneute Aufnahme war geplant .....

Ja, die erneute Aufnahme war nicht geplant (z. B. wegen eines Notfalls) .....

Nein, mein Kind wurde nicht noch einmal in ein Krankenhaus aufgenommen ...

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrem Kind bitten.**

47) In welchem Monat und welchem Jahr wurde Ihr Kind geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

54) Welches Geschlecht hat Ihr Kind?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

49) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Ihr Kind ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommt.

Mein Kind nimmt   verschreibungspflichtige Medikamente ein.



50) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihrem Kind jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes/hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz oder Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADHS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

51) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

58) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

53) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 55**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 54**

54) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?  
Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend .....

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend .....

Alleinstehend, geschieden oder in Trennung .....

Verwitwet .....

56) Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

*Bitte zählen Sie auch sich selbst und im Haushalt lebende Kinder mit.*

Anzahl der Personen

57) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....
- Polytechnischen Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....
- Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....
- Anderer Schulabschluss .....

58) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbständig (mindestens 35 Stunden) ....
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau/Hausmann .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

59) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

- Eltern(teil) / Sorgeberechtigte/r des Kindes .....
- Eltern(teil) / Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r zusammen .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

## Anhang F.2: Auszug aus den Testleitfäden für den kognitiven Pretest (Juli/August 2021)

### Anhang F.2.1: Testleitfaden für erwachsene Patientinnen und Patienten (Testansatz 1)

#### 1.1. Organisation der Entlassung

9)	Wurde Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus mit Ihnen abgestimmt?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht.....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

**Hintergrund**

Intention:

- Befragte sollen angeben, ob sie an der Festlegung des Entlassungstermins beteiligt wurden.
- Im Fokus soll der Prozess der Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Termins zur Entlassung stehen und nicht das Ergebnis eines Wunsch-Termins der Patientinnen und Patienten.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „abgestimmt“?
- An welche Situationen denken die Befragten bei der Beantwortung der Frage?

**Testfragen**

→ **Interviewer:** Frage 9 vorlegen.

**Interviewer:** Wir machen nun mit der nächsten Frage weiter. Bitte lesen Sie sich die Frage 9 durch. Bitte kreuzen Sie die jeweilige Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.

*[Interviewer: Die/der Befragte soll zuerst die Frage 9 lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]*

**Interviewer:**

1. Können Sie mir kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?

- a. Bitte geben Sie mir kurz wieder, was Sie unter der Formulierung „Entlassungstermin abgestimmt“ verstehen.

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort zu Frage 9

Wenn Antwort [JA]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [NEIN, obwohl gewünscht hätte]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [Ich wollte/brauchte das nicht]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]  → Weiter mit 3

- a. Können Sie mir kurz erzählen, weshalb Sie bei der Frage [JA / NEIN, OBWOHL ICH ES MIR GEWÜNSCHT HÄTTE / ICH WOLLTE/BRAUCHTE DAS NICHT] angekreuzt haben? → *Ende*

3. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → *Ende*

4. **Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie bei einer Frage geändert wurde, nachfragen:**

Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

## 1.2 Das abschließende Gespräch zur Entlassung

37)	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?
	Ja..... <input type="checkbox"/>
	Nein..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

### Hintergrund

#### Intention:

- Befragte sollen bei Frage 37 angeben, ob mit ihnen am Ende ihres Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt wurde.
- Fokus soll nicht die Visite im Rahmen der Krankenhausbehandlung sein oder allgemeine Gespräche, in denen es um die Entlassung geht

#### Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „Abschlussgespräch“?
- Welche Situationen ziehen die Befragten für die Beantwortung der Frage heran?
- An welche Personen denken die Befragten bei der Beantwortung der Frage?
- Wie sicher sind sich die Befragten bei ihrer Antwort?

**Testfragen**

→ **Interviewer:** Frage 37 vorlegen.

**Interviewer:** Wir machen nun weiter mit Frage 37. Auch hier würde ich Sie bitten, sich die Frage durchzulesen und die Antwort anzukreuzen, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.

*[Interviewer: Die/der Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]*

**Interviewer:**

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
  - a. An wen haben Sie bei der Beantwortung der Frage gedacht?
  - b. Was haben Sie beim Beantworten unter dem Begriff „Abschlussgespräch“ verstanden?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [NEIN]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]  → Weiter mit 3

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)

Sehr sicher  → Ende

Eher sicher  → Weiter mit 2b

Eher unsicher  → Weiter mit 2b

Sehr unsicher  → Weiter mit 2b

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → Ende

3. Können Sie mir kurz erläutern warum Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → Ende



**4. Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

**Anhang F.2.2: Testleitfaden für Angehörige (Testansatz 1)****1.1 Organisation der Entlassung**

9)	Wurde Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus mit Ihnen abgestimmt?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht.....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

**Hintergrund**Intention:

- Befragte sollen angeben, ob die Patientin / der Patient an der Festlegung des Entlassungstermins beteiligt wurde.
- Im Fokus soll der Prozess der Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Termins zur Entlassung stehen und nicht das Ergebnis eines Wunsch-Termins der Patientinnen und Patienten.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „abgestimmt“?
- An welche Situationen denken die Befragten bei der Beantwortung der Frage?
- Wie sicher sind sich die Befragten bei der Beantwortung der Frage?

**Testfragen**

→ **Interviewer:** Frage 9 vorlegen.

**Interviewer:** Wir machen nun mit der nächsten Frage weiter. Bitte lesen Sie sich die Frage 9 durch. Bitte kreuzen Sie die jeweilige Antwort an, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.

*[Interviewer: Die/der Befragte soll zuerst die Frage 9 lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]*

**Interviewer:**

5. Können Sie mir kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
- An welche Personen haben Sie bei der Beantwortung der Frage gedacht?
  - Bitte geben Sie mir kurz wieder, was Sie unter der Formulierung „Entlassungstermin abgestimmt“ verstehen.

6. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort zu Frage 9

Wenn Antwort [JA]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [NEIN, obwohl gewünscht hätte]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [Ich wollte/brauchte das nicht]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]  → Weiter mit 3

- b. Können Sie mir kurz erzählen, weshalb Sie bei der Frage [JA / NEIN, OBWOHL ICH ES MIR GEWÜNSCHT HÄTTE / ICH WOLLTE/BRAUCHTE DAS NICHT] angekreuzt haben? → Weiter mit 2b

- c. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher  → Ende

Eher sicher  → Weiter mit 2c

Eher unsicher  → Weiter mit 2c

Sehr unsicher  → Weiter mit 2c

- d. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → Ende

<p>7. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → <i>Ende</i></p> <p>8. <b>Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie bei einer Frage geändert wurde, nachfragen:</b></p> <p>Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?</p>
--

## 1.2 Das abschließende Gespräch zur Entlassung

37)	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

<p><b>Hintergrund</b></p> <p><u>Intention:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befragte sollen bei Frage 37 angeben, ob mit der Patientin / dem Patienten am Ende des Aufenthalts ein Abschlussgespräch geführt wurde.</li> <li>▪ Fokus soll nicht die Visite im Rahmen der Krankenhausbehandlung sein oder allgemeine Gespräche, in denen es um die Entlassung geht</li> </ul> <p><u>Ziel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „Abschlussgespräch“?</li> <li>▪ Welche Situationen ziehen die Befragten für die Beantwortung der Frage heran?</li> <li>▪ An welche Personen denken die Befragten bei der Beantwortung der Frage?</li> <li>▪ Wie sicher sind sich die Befragten bei ihrer Antwort?</li> </ul>
--

**Testfragen**

→ **Interviewer:** Frage 37 vorlegen.

**Interviewer:** Wir machen nun weiter mit Frage 37. Auch hier würde ich Sie bitten, sich die Frage durchzulesen und zu beantworten. Sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.

*[Interviewer: Die/der Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]*

**Interviewer:**

5. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
  - c. An wen haben Sie bei der Beantwortung der Frage gedacht?
  - d. Was haben Sie beim Beantworten unter dem Begriff „Abschlussgespräch“ verstanden?

6. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [NEIN]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]  → Weiter mit 3

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)

Sehr sicher  → Ende

Eher sicher  → Weiter mit 2b

Eher unsicher  → Weiter mit 2b

Sehr unsicher  → Weiter mit 2b

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → Ende

7. Können Sie mir kurz erläutern warum Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → Ende

**8. Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

## Anhang F.2.3: Testleitfaden für Eltern/Sorgeberechtigte (Testansatz 1)

### 1.1 Organisation der Entlassung

9)	Wurde der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus mit Ihnen abgestimmt?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte.....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte / brauchte das nicht.....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

#### Hintergrund

##### Intention:

- Befragte sollen angeben, ob sie an der Festlegung des Entlassungstermins des Kindes beteiligt wurden.
- Fokus liegt auf Einschätzung der Eltern.
- Im Fokus soll der Prozess der Beteiligung der Eltern an der Festlegung des Termins zur Entlassung stehen und nicht das Ergebnis eines Wunsch-Termins der Eltern oder minderjährigen Patientinnen und Patienten.

##### Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „abgestimmt“?
- An welche Situationen denken die Befragten bei der Beantwortung der Frage?

**Testfragen**

→ **Interviewer:** Frage 9 vorlegen.

**Interviewer:** Wir machen nun mit der nächsten Frage weiter. Bitte lesen Sie sich Frage 9 durch. Bitte kreuzen Sie die jeweilige Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.

**Interviewer:**

9. Können Sie mir kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?

a. Bitte geben Sie mir kurz wieder, was Sie unter der Formulierung „Entlassungstermin abgestimmt“ verstehen.

10. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort zu Frage 9

Wenn Antwort [JA]

→ Weiter mit 2a

Wenn Antwort [NEIN, OBWOHL GEWÜNSCHT]

→ Weiter mit 2a

Wenn Antwort [ICH WOLLTE/BRAUCHTE NICHT]

→ Weiter mit 2a

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]

→ Weiter mit 3

e. Können Sie mir kurz erzählen, weshalb Sie bei der Frage [JA / NEIN, OBWOHL ICH ES MIR GEWÜNSCHT HÄTTE / ICH WOLLTE/BRAUCHTE DAS NICHT] angekreuzt haben? → *Ende*

11. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → *Ende*

12. **Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie bei einer Frage geändert wurde, nachfragen:**

a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?



## 1.2 Das abschließende Gespräch zur Entlassung

38)	Wurde am Ende des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?	
	Ja.....	<input type="checkbox"/>
	Nein.....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

### Hintergrund

#### Intention:

- Befragte sollen bei Frage 38 angeben, ob am Ende des Aufenthalts ihres Kindes ein Abschlussgespräch geführt wurde.
- Fokus soll nicht die Visite im Rahmen der Krankenhausbehandlung sein oder allgemeine Gespräche, in denen es um die Entlassung geht
- Fokus liegt auf der Einschätzung der Eltern

#### Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „Abschlussgespräch“?
- Welche Situationen ziehen die Befragten für die Beantwortung der Frage heran?
- An welche Personen denken die Befragten bei der Beantwortung der Frage?
- Wie sicher sind sich die Befragten bei ihrer Antwort?

**Testfragen**

→ **Interviewer:** Frage 38 vorlegen.

**Interviewer:** Wir machen nun weiter mit Frage 38. Auch hier würde ich Sie bitten, sich die Frage durchzulesen und zu beantworten. Sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.

**Interviewer:**

9. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
- e. Was haben Sie beim Beantworten unter dem Begriff „Abschlussgespräch“ verstanden?
  - f. An wen haben Sie bei der Beantwortung der Frage gedacht?

10. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [NEIN]  → Weiter mit 2a

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]  → Weiter mit 3

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!*)

Sehr sicher  → Ende

Eher sicher  → Weiter mit 2b

Eher unsicher  → Weiter mit 2b

Sehr unsicher  → Weiter mit 2b

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → Ende

11. Können Sie mir kurz erläutern warum Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → Ende

12. **Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

## Anhang F.3: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des kognitiven Pretests

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
Anzahl Testpersonen; n	61	30	12	19
<b>Soziodemografische Angaben der Testpersonen</b>				
Alter der Testpersonen in Jahren				
MW (SD)	49,8 (14,6)	55,0 (15,6)	53,7 (10,9)	39,1 (8,3)
Median (Range)	50 (22–82)	58,5 (22–82)	52,5 (29–67)	40 (27–55)
Geschlecht der Testpersonen				
Frauen; n	45	20	10	15
Männer; n	16	10	2	4
Höchster schulischer Bildungsabschluss				
Hauptschulabschluss / Volkshochschulabschluss; n	5	3	1	1
Realschule / Mittlere Reife; n	29	14	5	10

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
Abschluss Polytechnische Oberschule, 10. Klasse; n	5	3	2	0
Fachhochschulreife, Fachoberschule; n	5	3	1	1
Allgemeine Hochschulreife, Abitur, EOS; n	14	7	2	5
Fehlend; n	3	0	1	2
<b>Berufliche Situation der Testpersonen</b>				
Ausbildung / Umschulung; n	1	1	0	0
Vollzeit berufstätig; n	22	10	4	8
Teilzeit berufstätig; n	17	5	3	9
Arbeitssuchend; n	2	2	0	0
Wiedereingliederung; n	1	1	0	0
Berentet / pensioniert; n	12	9	3	0
Berufs- / erwerbsunfähig; n	3	2	0	1
Hausfrau / -mann; n	2	0	2	0
Sonstiges; n	1	0	0	1

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
<b>Familienstand der Testpersonen</b>				
In fester Partnerschaft, zusammenlebend; n	-	12	-	-
In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend; n	-	5	-	-
Alleinstehend, geschieden oder in Trennung; n	-	12	-	-
Verwitwet; n	-	1	-	-
<b>Soziodemografische Angaben zu den entlassenen Patientinnen und Patienten</b>				
<b>Alter der Patientinnen und Patienten (in Jahren)</b>				
MW (SD)	-	-	68,6 (22,0)	9,2 (6,5)
Median (Range)	-	-	73,0 (22–89)	8,0 (0–18)
<b>Geschlecht der Patientinnen und Patienten</b>				
Frauen; n	-	-	4	11
Männer; n	-	-	8	8

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
<b>Verwandtschaftsverhältnis der Angehörigen bzw. Sorgeberechtigten/Eltern zu den Patientinnen und Patienten</b>				
Elternteil; n	-	-	5	-
Geschwister; n	-	-	1	-
Kind (volljährig); n	-	-	1	-
Partnerin/Partner; n	-	-	4	-
<b>Angaben zum Krankenhausaufenthalt und zur Weiterversorgung der entlassenen Patientinnen und Patienten</b>				
<b>Art der Krankenhausbehandlung</b>				
Geplant; n	30	15	3	12
Ungeplant; n	30	15	8	7
Fehlende Angabe; n	1	0	1	0
<b>Dauer des Krankenhausaufenthalts der Patientinnen und Patienten (in Nächten)</b>				
MW (SD)	18,6 (24,6)	20,7 (24,0)	18,0 (24,1)	15,8 (26,7)
Median (Range)	8,0 (1–120)	8,0 (1–84)	12,0 (2–90)	5,0 (2–120)
<b>Angegebene Gründe für den Krankenhausaufenthalt der Patientinnen und Patienten</b>				
Kardio-Vaskuläre Indikationen; n, z. B. Herzinsuffizienz, angeborener Herzfehler	6	2	2	2

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
Krebserkrankung; n, z. B. Hautkrebs	1	1	0	0
Psychische Erkrankungen; n, z. B. Depression, Angststörung	22	13	5	4
Chirurgische und innere/organische Indikationen; n, z. B. Darm-OP, Hernien	7	5	0	2
Neurologische Indikationen; n, z. B. Verdacht auf Schlaganfall Epilepsie, Schmerzsyndrom	4	2	0	2
Orthopädische Indikationen; n, z. B. Hüft-OP, Fraktur des Handgelenks	14	7	3	4
Infektionen; n, z. B. Covid-19, Infekt	2	0	0	2
Anderes; n, z. B. Sturz/Unfall	3	0	1	2
Fehlend; n	2	0	1	1

<b>Charakteristika</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten</b>	<b>Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten</b>	<b>Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten</b>
<b>Zusammenfassung der Behandlungsgründe im Krankenhaus</b>				
Somatische Erkrankungen, n	37	17	7	15
Psychische Erkrankungen; n	22	13	5	4
Fehlend; n	2	0	1	1
<b>Unterbringung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung</b>				
nach Hause; n	56	27	10	19
stationäre Rehabilitationsklinik; n	5	3	2	0
Altenheim; n	0	0	0	0
Pflegeheim; n	0	0	0	0
Anderes; n	0	0	0	0
<b>Pflegegrad der Patientinnen und Patienten</b>				
Pflegegrad 1; n	3	2	1	0
Pflegegrad 2; n	2	1	1	0
Pflegegrad 3; n	4	1	2	1
Pflegegrad 4; n	2	0	1	1
Pflegegrad 5; n	1	0	1	0



Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
Kein Pflegegrad; n	49	26	6	17
Weiterbehandlung oder Unterstützungsmaßnahmen nach Entlassung (Mehrfachantworten möglich)				
Teil,- vollstationäre oder ambulante Reha; n	13	5	7	1
Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung; n	1	0	1	0
Ambulante Therapien; n	37	17	7	13
Häusliche Krankenpflege; n	4	1	2	1
Hilfen zur Bewältigung des Alltags zu Hause ; n	5	1	3	1
Andere; n	3	1	0	2
Keine; n	13	8	1	4
Notwendigkeit neuer Hilfsmittel nach der Entlassung				
Ja; n	11	4	4	3
Nein; n	50	26	8	16

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl; EOS = Erweiterte Oberschule

## Anhang F.4: Zuordnung der Items zu den Qualitätsmerkmalen und Qualitätsaspekten nach dem kognitiven Pretest

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
Entlassplanung	Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin	Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?  Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.	Wurde Ihnen der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?  Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen	Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?	Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Ihr Kind entlassen werden kann (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, wie die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes vor dem Aufenthalt im Krankenhausaussah (z. B. Wohnsituation, Pflege, Hilfsmittel)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlassstag vom Krankenhaus zum Entlassort	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Ihr Kind am Tag der Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommt (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/ Freunde)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten	Haben Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes gesprochen?	Haben Sie während des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes gesprochen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
<b>Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung</b>	Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung Ihres Kindes wenden können, wenn Sie Fragen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung Ihres Kindes haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Kinderärztin / einen Kinderarzt, an einen Pflegedienst)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche medizinische Behandlung nach Ihrer Entlassung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche medizinische Behandlung für Ihr Kind nach der Entlassung durch eine Kinderärztin / einen Kinderarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche weiteren Therapien oder Behandlungen nach Ihrer Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind nach der Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Information zu Hilfsmitteln	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ...welche Hilfsmittel Sie nach Ihrer Entlassung benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche Hilfsmittel Ihr Kind nach der Entlassung benötigt (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie die Versorgung Ihres Kindes nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
		... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung in Frage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?  ... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Ihr Kind nach der Entlassung in Frage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	
	Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung	Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?	Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zur Weiterversorgung Ihres Kindes nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, ... ... warum Sie im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)?	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung Ihres Kindes darüber gesprochen, ... ...warum Ihr Kind im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Information zur Behandlung und zu Behandlungsergebnissen	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, ... ... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden? ... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung Ihres Kindes darüber gesprochen, ... ... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden? ... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung	<p>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann?</p> <p>Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.</p>	<p>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung darüber gesprochen, wie sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Entlassung entwickeln kann?</p> <p>Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf der Gesundheit Ihres Kindes nach der Entlassung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
<b>Information und Aufklärung zur Medikation</b>	Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation	<p>Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.</p> <p>Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...</p> <p>... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?</p> <p>... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?</p>	<p>Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.</p> <p>Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...</p> <p>... welche Medikamente Ihr Kind nach der Entlassung einnehmen soll?</p> <p>... wofür Ihr Kind die Medikamente nach der Entlassung einnehmen soll?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für jedes Medikament</li> <li>▪ Für die meisten Medikamente</li> <li>▪ Nur für wenige Medikamente</li> <li>▪ Für gar kein Medikament</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation	<p>Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:</p> <p>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...</p> <p>... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?</p> <p>... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?</p> <p>... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?</p>	<p>Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:</p> <p>Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...</p> <p>... wann Ihr Kind die Medikamente einnehmen soll (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?</p> <p>... wie lange Ihr Kind die Medikamente einnehmen soll?</p> <p>... wie viel Ihr Kind von dem jeweiligen Medikament einnehmen soll (Dosierung)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für jedes Medikament</li> <li>▪ Für die meisten Medikamente</li> <li>▪ Nur für wenige Medikamente</li> <li>▪ Für gar kein Medikament</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation	<p>Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.</p> <p>Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...</p> <p>... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?</p>	<p>Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.</p> <p>Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...</p> <p>... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für jedes Medikament</li> <li>▪ Für die meisten Medikamente</li> <li>▪ Nur für wenige Medikamente</li> <li>▪ Für gar kein Medikament</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
<b>Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit</b>	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag	Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?	Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir [/ mein Kind es sich] gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich [/ mein Kind nicht]</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmittel	Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?	Wurde Ihnen bzw. Ihrem Kind im Krankenhaus gezeigt, wie mit den neuen Hilfsmitteln umzugehen ist?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, für alle Hilfsmittel</li> <li>▪ Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel</li> <li>▪ Nein, für kein Hilfsmittel</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie Sie sich nach Ihrer Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie sich Ihr Kind nach der Entlassung im Alltag verhalten soll (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>



Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen	<p>Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, wie Sie ...</p> <p>... mögliche Komplikationen und Warnsignale erkennen können (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?</p> <p>... sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen?</p>	<p>Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, ...</p> <p>... wie mögliche Komplikationen und Warnsignale zu erkennen sind (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?</p> <p>... wie Sie sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich [/ mein Kind] nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
<b>Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung</b>	Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ...</p> <p>...einen Termin zur direkten Weiterbehandlung bei einer Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste von Kontaktdaten)?</p>	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, einen Termin zur direkten Weiterbehandlung Ihres Kindes bei einer Kinderärztin / einem Kinderarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste von Kontaktdaten)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung)?</p>	<p>Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt solche Anschlusstherapien für Ihr Kind zu organisieren (z. B. mit einer Liste an Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... ... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren? ... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... ... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren? ... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
<b>Entlassgespräch</b>	Durchführen eines abschließenden Gesprächs	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?	Wurde am Ende des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch	Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?	Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf die Entlassung Ihres Kindes wichtig waren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zu meiner Entlassung [zur Entlassung meines Kindes]</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
	Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung	Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
<b>Entlassdokumente</b>	Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag	Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.  Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?	Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.  Haben Sie spätestens am Tag der Entlassung Ihres Kindes einen Entlassbrief erhalten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
<b>Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten</b>	Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung	Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?	Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zur Entlassung Ihres Kindes erhalten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ja</i></li> <li>▪ <i>Nein</i></li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Zeit für Fragen zur Entlassung	Konnten Sie im Krankenhaus eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	Konnten Sie im Krankenhaus eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter erreichen, wenn Sie Fragen zur Entlassung Ihres Kindes hatten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Ich hatte keine Fragen</li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
		<p>Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?</p>	<p>Wurden Ihre Fragen zur Entlassung Ihres Kindes im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	<p>Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses</p>	<p>Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus.</p> <p>Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...</p> <p>...sich für mich und meine Situation interessiert.</p> <p>... mir aufmerksam zugehört.</p>	<p>Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus.</p> <p>Wie häufig kamen folgende Situationen vor?</p> <p>Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...</p> <p>... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.</p> <p>... uns aufmerksam zugehört.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
		<p>War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?</p>	<p>War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
<b>Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung</b>	Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten	Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?	Wurde am Ende des Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen bzw. Ihrem Kind darüber gesprochen, ob Sie und Ihr Kind bereit für die Entlassung sind?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich [/mein Kind] nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>
	Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten	<p>Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken:</p> <p>Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?</p> <p>Ich war in Bezug auf ...</p> <p>... meine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.</p> <p>... meine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.</p> <p>... die Unterstützung durch andere bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie / Angehörige, Pflegedienst).</p>	<p>Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken:</p> <p>Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu:</p> <p>Mein Kind war in Bezug auf ...</p> <p>... seine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.</p> <p>... seine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.</p> <p>Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes:</p> <p>Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?</p> <p>Ich war ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voll und ganz bereit</li> <li>▪ Eher bereit</li> <li>▪ Eher nicht bereit</li> <li>▪ Gar nicht bereit</li> <li>▪ Trifft auf mich [/ mein Kind] nicht zu</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item – Fragebogen für Erwachsene	Item – Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	Antwortmöglichkeiten
			<p>... in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie / Angehörige, durch einen Pflegedienst).</p> <p>... dazu bereit den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).</p>	

# **Anhang G: Standard-Pretest**

## **Anhang G.1: Fragebögen zur Durchführung des Standard-Pretests**

**Anhang G.1.1: Fragebogenversion für erwachsene Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Erwachsene“)**



# Befragung

von Patientinnen und Patienten  
zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus





## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass Sie nach der Beantwortung einer Frage direkt zu einer bestimmten Frage weitergeleitet werden, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5**. Fahren Sie dann normal in der Reihenfolge der Fragen fort.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Entlassmanagement“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

### Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus

Sie wurden kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie zu **Ihrer Entlassung** aus dem Krankenhaus und Ihren Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Wenn Sie beim Ausfüllen des Fragebogens von einer anderen Person unterstützt werden, sollen die Antworten dennoch **Ihre Erfahrungen bei der Entlassung** widerspiegeln.

1) War Ihre Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant?

Geplant .....

Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, einem Notfall) .....

*Weiß nicht* .....

2) Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen.

Wie wurden Sie im Krankenhaus behandelt?

Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) .....

Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) .....

3) Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden?

Weniger als 1 Woche .....

1 Woche bis weniger als 2 Wochen .....

2 Wochen bis weniger als 4 Wochen .....

4 Wochen bis weniger als 6 Wochen .....

6 Wochen oder länger .....

*Weiß nicht* .....

4) Haben Sie Ihre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?

Ja .....

Nein .....

5) Wohin sind Sie entlassen worden?

Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/ zu Freunden) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

In eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 7**

In ein Betreutes Wohnen .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Anderes .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

6) Werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt?

Ja, auch schon bevor ich im Krankenhaus war .....

Ja, aber erst seit meiner Entlassung aus dem Krankenhaus .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

### Organisation der Entlassung

7) Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

8) Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

9) Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

**Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus**

10) Konnten Sie im Krankenhaus eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 11**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 12**

Ich hatte keine Fragen .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 12**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 12**

11) Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?

Immer                      Meistens                      Selten                      Nie                      *Weiß nicht*

12) Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

**Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus**

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

13) Haben Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes gesprochen?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 14**

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 16**

Ich wollte/brauchte das nicht .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 16**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 16**

14) Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus. Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

**Informationen zur Behandlung im Krankenhaus und zur Weiterversorgung nach der Entlassung**

16) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... warum Sie im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann?

Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

18) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Ihre Versorgung <u>nach der Entlassung</u> aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie <u>nach der Entlassung</u> infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19) Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....



## 20) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
...welche medizinische Behandlung <u>nach Ihrer Entlassung</u> durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche weiteren Therapien oder Behandlungen <u>nach Ihrer Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Hilfsmittel Sie <u>nach Ihrer Entlassung</u> benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medikamente für die Zeit nach der Entlassung**

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen müssen.

21) Haben Sie im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Damit sind alle Medikamente gemeint, die Sie nach der Entlassung einnehmen.

Ja, ich habe neue Medikamente bekommen bzw. meine Medikamente wurden umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 22**

Nein, ich habe keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 24**

22) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

24) Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

- Ja .....
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

25) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, wie Sie ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... sich nach Ihrer Entlassung im Alltag <u>verhalten sollen</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mögliche Komplikationen und Warnsignale <u>erkennen können</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich bei Komplikationen und Warnsignalen <u>verhalten müssen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

26) Nutzen Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die Sie vorher noch nicht benutzt haben (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

27) Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?

Ja, für alle Hilfsmittel .....

Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel .....

Nein, für kein Hilfsmittel .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

**Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung**

28) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... einen Termin zur <u>direkten Weiterbehandlung</u> bei einer Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29) Wurden Ihnen im Krankenhaus Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie)?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**
- Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**
- Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

31) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

32) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

**Das abschließende Gespräch zur Entlassung**

34) Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

35) Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zu meiner Entlassung .....

*Weiß nicht* .....

36) Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich wollte/brauchte das nicht .....

*Weiß nicht* .....

**Ihre Bereitschaft zur Entlassung**

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

37) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war in Bezug auf ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... meine <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <u>die Unterstützung durch andere</u> bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38) Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprächen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....



**Dokumente zur Entlassung**

39) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

40) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

41) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

42) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend .....

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend .....

Alleinstehend, geschieden oder in Trennung .....

Verwitwet .....

43) Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.

*Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.*

Anzahl der Personen

44) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

Wie oft wurden Sie in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?

Gar nicht .....

1-mal .....

2- bis 3-mal .....

4-mal oder mehr .....

*Weiß nicht* .....

45) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.

Keine verschreibungspflichtigen Medikamente .....

1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente .....

3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente .....

5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente .....

*Weiß nicht* .....

46) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz oder Alzheimer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 49**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 48**

48) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....
- Polytechnischen Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....
- Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....
- Anderer Schulabschluss .....

50) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ..
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau/Hausmann .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

51) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin/Patient) .....

Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung) .....

Patientin/Patient und Vertrauensperson zusammen .....

Patientin/Patient mithilfe einer Gesundheitsfachkraft .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**





**Anhang G.1.2: Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte zu der Entlassung ihres Kindes aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“)**





# Befragung

## zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass Sie nach der Beantwortung einer Frage direkt zu einer bestimmten Frage weitergeleitet werden, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5**. Fahren Sie dann normal in der Reihenfolge der Fragen fort.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Entlassmanagement“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

### Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus

Ihr Kind wurde kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie als Eltern bzw. Sorgeberechtigte zur **Entlassung Ihres Kindes** aus dem Krankenhaus und den Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **nur auf die Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus, die im Anschreiben genannt ist.**

1) War die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus geplant oder ungeplant?

Geplant .....

Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, einem Notfall) .....

*Weiß nicht* .....

2) Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen.

Wie wurde Ihr Kind im Krankenhaus behandelt?

Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) .....

Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) .....

3) Wie lange ist Ihr Kind im Krankenhaus gewesen, bis es entlassen wurde?

Weniger als 1 Woche .....

1 Woche bis weniger als 2 Wochen .....

2 Wochen bis weniger als 4 Wochen .....

4 Wochen bis weniger als 6 Wochen .....

6 Wochen oder länger .....

*Weiß nicht* .....

4) Wurde die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?

Ja .....

Nein .....

5) Wohin ist Ihr Kind entlassen worden?

Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/ zu Freunden) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

In eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 7**

In ein Betreutes Wohnen .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Anderes .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

6) Werden Sie bzw. Ihr Kind durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt?

Ja, auch schon bevor mein Kind im Krankenhaus war .....

Ja, aber erst seit der Entlassung meines Kindes aus dem Krankenhaus .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

### Organisation der Entlassung

7) Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Ihr Kind entlassen werden kann (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

8) Wurde Ihnen der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

9) Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Ihr Kind am Tag der Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommt (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

### Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus

10) Konnten Sie im Krankenhaus eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter erreichen, wenn Sie Fragen zur Entlassung Ihres Kindes hatten?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 11**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 12**

Ich hatte keine Fragen .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 12**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 12**

11) Wurden Ihre Fragen zur Entlassung Ihres Kindes im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?

Immer                      Meistens                      Selten                      Nie                      *Weiß nicht*

12) Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zur Entlassung Ihres Kindes erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

**Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus**

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

13) Haben Sie während des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus mit einer Mitarbeiterin/ einem Mitarbeiter des Sozialdienstes gesprochen?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 14**

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 16**

Ich wollte/brauchte das nicht .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 16**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 16**

14) Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus. Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uns aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

**Informationen zur Behandlung im Krankenhaus und zur Weiterversorgung nach der Entlassung**

16) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung Ihres Kindes darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... warum Ihr Kind im Krankenhaus behandelt wurde (z. B. mit welcher Diagnose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung darüber gesprochen, wie sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Entlassung entwickeln kann?

Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf der Gesundheit Ihres Kindes nach der Entlassung.

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

18) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... wie die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie die Versorgung Ihres Kindes <u>nach der Entlassung</u> aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19) Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zur Weiterversorgung Ihres Kindes nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

20) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
...welche medizinische Behandlung für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> durch eine Kinderärztin / einen Kinderarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/ Fachärzte notwendig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Hilfsmittel Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> benötigt (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medikamente für die Zeit nach der Entlassung**

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen muss.

21) Hat Ihr Kind im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente im Krankenhaus umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Damit sind alle Medikamente gemeint, die Ihr Kind nach der Entlassung einnimmt.

Ja, mein Kind hat neue Medikamente bekommen bzw. die Medikamente wurden umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 22**

Nein, mein Kind hat keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 24**

22) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
... welche Medikamente Ihr Kind nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wofür Ihr Kind die Medikamente nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
...wann Ihr Kind die Medika- mente einnehmen soll (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Ta- geszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Ihr Kind die Medika- mente einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie viel Ihr Kind von dem jeweiligen Medikament einneh- men soll (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

24) Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

- Ja .....
- Nein, obwohl ich es mir / mein Kind es sich gewünscht hätte .....
- Brauchte ich / mein Kind nicht .....
- Weiß nicht* .....

25) Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Brauchte ich / mein Kind nicht	Weiß nicht
... wie sich Ihr Kind nach der Entlassung im Alltag <u>verhalten soll</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie mögliche Komplikationen und Warnsignale zu <u>erkennen sind</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was bei Komplikationen und Warnsignalen <u>zu tun ist</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

26) Nutzt Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die es vorher noch nicht benutzt hat (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

27) Wurde Ihnen bzw. Ihrem Kind im Krankenhaus gezeigt, wie mit den neuen Hilfsmitteln umzugehen ist?

Ja, für alle Hilfsmittel .....

Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel .....

Nein, für kein Hilfsmittel .....

Brauchte ich / mein Kind nicht .....

*Weiß nicht* .....

**Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung**

28) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... einen Termin zur <u>direkten Weiterbehandlung</u> Ihres Kindes bei einer Kinderärztin / einem Kinderarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29) Wurden Ihnen im Krankenhaus für Ihr Kind Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie)?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**
- Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**
- Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien für Ihr Kind zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung)?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

31) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

32) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung Ihres Kindes wenden können, wenn Sie Fragen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung Ihres Kindes haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Kinderärztin / einen Kinderarzt, an einen Pflegedienst)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

### Das abschließende Gespräch zur Entlassung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das abschließende Gespräch zur Entlassung. Dieses Gespräch kann mit Ihnen als Eltern bzw. Sorgeberechtigte alleine oder gemeinsam mit Ihrem Kind durchgeführt worden sein.

34) Wurde am Ende des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

35) Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf die Entlassung Ihres Kindes wichtig waren?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zur Entlassung meines Kindes ..

*Weiß nicht* .....



### Bereitschaft zur Entlassung

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

36) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zu?

Mein Kind war in Bezug auf seine ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mein Kind nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37) Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... in Bezug auf die <u>Unterstützung durch andere</u> bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bereit, <u>den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen</u> (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38) Wurde am Ende des Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen bzw. Ihrem Kind darüber gesprachen, ob Sie und Ihr Kind bereit für die Entlassung sind?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich / mein Kind nicht .....

*Weiß nicht* .....

**Dokumente zur Entlassung**

39) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zur Behandlung und Weiterversorgung Ihres Kindes enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag der Entlassung Ihres Kindes einen Entlassbrief erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

**Nun möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrem Kind bitten.**

40) In welchem Monat und welchem Jahr wurde Ihr Kind geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

41) Welches Geschlecht hat Ihr Kind?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

42) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

Wie oft wurde Ihr Kind in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?

- Gar nicht .....
- 1-mal .....
- 2- bis 3-mal .....
- 4-mal oder mehr .....
- Weiß nicht* .....

43) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Ihr Kind ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommt.

- Keine verschreibungspflichtigen Medikamente .....
- 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente .....
- 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente .....
- 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente .....
- Weiß nicht* .....

44) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihrem Kind jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / hoher Blutzucker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz oder Alzheimer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

45) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

46) Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich .....
- Männlich .....
- Divers .....

47) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

- In fester Partnerschaft, zusammenlebend .....
- In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend .....
- Alleinstehend, geschieden oder in Trennung .....
- Verwitwet .....

48) Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.

*Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.*

Anzahl der Personen



49) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 51**
- Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 50**

50) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

51) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....
- Polytechnischen Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....
- Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....
- Anderer Schulabschluss .....

52) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ..
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau/Hausmann .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

53) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r des Kindes .....

Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r zusammen .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**





## Anhang G.2: Darstellung der Häufigkeiten bzw. Lage- und Streuungsmaße

### Anhang G.2.1: Variablen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren<sup>1</sup>

#### Qualitätsindikator: Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Variable „... Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?“ (ETermin)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	722	89,40	92,00	92,00	61	74,40	79,20	79,20
	Nein (0)	63	7,80	8,00	100,00	16	19,50	20,80	100,00
	Gesamt	785	97,20	100,00		77	93,90	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	11	1,40			3	3,70		
	Keine Angabe	12	1,50			2	2,40		
	Ungültige Antworten	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	23	2,80			5	6,10		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

<sup>1</sup> Aufgrund von Rundungen kann es in den Tabellen bei der Summe zu Werten kommen, die nicht genau 100,00 entsprechen.

Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung der Variable „... unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?“ (EntlVoraus)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	660	81,70	87,10	87,10	70	85,40	93,30	93,00
	Nein (0)	98	12,10	12,90	100,00	5	6,10	6,70	100,00
	Gesamt	758	93,80	100,00		75	91,50	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	28	3,50			1	1,20		
	Keine Angabe	21	2,60			6	7,30		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	50	6,20			7	8,50		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen?“ (Transport)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	621	76,90	90,90	90,90	28	34,10	73,70	73,70
	Nein (0)	62	7,70	9,10	100,00	10	12,20	26,30	100,00
	Gesamt	683	84,50	100,00		38	46,30	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	107	13,20			40	48,80		
	Weiß nicht	2	0,20			0	0,00		
	Keine Angabe	15	1,90			2	2,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			2	2,40		
	Gesamt	125	15,50			44	53,70		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?“ (GesprBereitschaft)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	426	52,70	69,20	69,20	38	46,30	69,10	69,10
	Nein (0)	190	23,50	30,80	100,00	17	20,70	30,90	100,00
	Gesamt	616	76,20	100,00		55	67,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	145	17,90			18	22,00		
	Weiß nicht	30	3,70			6	7,30		
	Keine Angabe	17	2,10			3	3,70		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	192	23,80			27	32,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

**Qualitätsindikator: Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung**

Tabelle 5: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?“ (KhLebSit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	374	46,30	86,20	86,20	31	37,80	88,60	88,60
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	60	7,40	13,80	100,00	4	4,90	11,40	100,00
	Gesamt	434	53,70	100,00		35	42,70	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	319	39,50			40	48,80		
	Weiß nicht	35	4,30			4	4,90		
	Keine Angabe	20	2,50			3	3,70		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	374	46,30			47	57,30		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z.B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?“ (KhVersorgNE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	314	38,90	81,60	81,60	32	39,00	82,10	82,10
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	71	8,80	18,40	100,00	7	8,50	17,90	100,00
	Gesamt	385	47,60	100,00		39	47,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	379	46,90			38	46,30		
	Weiß nicht	28	3,50			3	3,70		
	Keine Angabe	16	2,00			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	423	52,40			43	52,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?“ (KhUnterstNE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	274	33,90	69,90	69,90	34	41,50	69,40	69,40
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	118	14,60	30,10	100,00	15	18,30	30,60	100,00
	Gesamt	392	48,50	100,00		49	59,80	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	363	44,90			26	31,70		
	Weiß nicht	34	4,20			5	6,10		
	Keine Angabe	19	2,40			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	416	51,50			33	40,20		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 8: Häufigkeitsverteilung der Variable „... unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?“ (Unterstrichtrag)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	416	51,50	75,50	75,50	17	20,70	63,00	63,00
	Nein (0)	135	16,70	24,50	100,00	10	12,20	37,00	100,00
	Gesamt	551	68,20	100,00		27	32,90	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	220	27,20			49	59,80		
	Weiß nicht	8	1,00			4	4,90		
	Keine Angabe	29	3,60			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	257	31,80			55	67,10		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		



Tabelle 9: Häufigkeitsverteilung der Variable „... bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?“ (EntschEinb)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	490	60,60	82,60	82,60	38	46,3	86,40	86,40
	Nein (0)	103	12,70	17,40	100,00	6	7,30	13,60	100,00
	Gesamt	593	73,40	100,00		44	53,70	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	168	20,80			29	35,40		
	Weiß nicht	33	4,10			5	6,10		
	Keine Angabe	13	1,60			4	4,90		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	215	26,60			38	46,30		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

**Qualitätsindikator: Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus**

Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung der Variable „... im Krankenhaus mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes gesprochen?“ (SozDKontaktFilter)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	530	65,60	92,50	92,50	32	39,00	88,90	88,90
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	43	5,30	7,50	100,00	4	4,90	11,10	100,00
	Gesamt	573	70,90	100,00		36	43,90	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Ich wollte / brauchte das nicht	197	24,40			38	46,30		
	Weiß nicht	18	2,20			4	4,90		
	Keine Angabe	20	2,50			3	3,70		
	Ungültige Antwort	0	0,00			1	1,20		
	Gesamt	235	29,10			46	56,10		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der Variable „War die Beratung durch den Sozialdienst hilfreich?“ (BeratungSozDHilfreich)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	461	57,10	91,80	91,80	28	34,10	93,30	93,30
	Nein (0)	41	5,10	8,20	100,00	2	2,40	6,70	100,00
	Gesamt	502	62,10	100,00		30	36,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	278	34,40			50	61,00		
	Weiß nicht	22	2,70			2	2,40		
	Keine Angabe	6	0,70			0	0,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	306	37,90			52	63,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat sich für mich und meine Situation interessiert.“ (SozDInteressiert)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Immer (100)	373	46,20	73,70	73,70	24	29,30	75,00	75,00
	Meistens (67)	101	12,50	20,00	93,70	7	8,50	21,90	96,90
	Selten (33)	27	3,30	5,30	99,00	1	1,20	3,10	100,00
	Nie (0)	5	0,60	1,00	100,00	0	0,00	0,00	0,00
	Gesamt	506	62,60	100,00		32	39,00	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	278	34,40			50	61,00		
	Weiß nicht	12	1,50			0	0,00		
	Keine Angabe	11	1,40			0	0,00		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	302	37,40			50	61,00		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung der Variable „Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat mir aufmerksam zugehört.“ (SozDAufmerksam)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Immer (100)	376	46,50	78,00	78,00	26	31,70	81,30	81,30
	Meistens (67)	80	9,90	16,60	94,60	5	6,10	15,60	96,90
	Selten (33)	21	2,60	4,40	99,00	1	1,20	3,10	100,00
	Nie (0)	5	0,60	1,00	100,00	0	0,00	0,00	0,00
	Gesamt	482	59,70	100,00		32	39,00	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	278	34,40			50	61,00		
	Weiß nicht	10	1,20			0	0,00		
	Keine Angabe	37	4,60			0	0,00		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	326	40,30			50	61,00		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

**Qualitätsindikator: Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung**

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche medizinische Behandlung nach Ihrer Entlassung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist?“ (MedBehandlungNE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	589	72,90	84,60	84,60	52	63,40	82,50	82,50
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	107	13,20	15,40	100,00	11	13,40	17,50	100,00
	Gesamt	696	86,10	100,00		63	76,80	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	62	7,70			13	15,90		
	Weiß nicht	21	2,60			3	3,70		
	Keine Angabe	28	3,50			3	3,70		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	112	13,90			19	23,20		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche weiteren Therapien oder Behandlungen nach Ihrer Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?“ (TherapieNE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	572	70,80	86,00	86,00	39	47,60	81,30	81,30
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	93	11,50	14,00	100,00	9	11,00	18,80	100,00
	Gesamt	665	82,30	100,00		48	58,50	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	102	12,60			29	35,40		
	Weiß nicht	16	2,00			2	2,40		
	Keine Angabe	24	3,00			3	3,70		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	143	17,70			34	41,50		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der Variable „... welche Hilfsmittel Sie nach Ihrer Entlassung benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?“ (HilfsmittelNE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	374	46,30	85,20	85,20	26	31,70	89,70	89,70
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	65	8,00	14,80	100,00	3	3,70	10,30	100,00
	Gesamt	439	54,30	100,00		29	35,40	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	325	40,20			48	58,50		
	Weiß nicht	17	2,10			2	2,40		
	Keine Angabe	26	3,20			3	3,70		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	369	45,70			53	64,60		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		



Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der Variable „... an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben?“ (AnsprechPersNE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	398	49,30	79,30	79,30	53	64,60	84,10	84,10
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	104	12,90	20,70	100,00	10	12,20	15,90	100,00
	Gesamt	502	62,10	100,00		63	76,80	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	261	32,30			15	18,30		
	Weiß nicht	24	3,00			2	2,40		
	Keine Angabe	21	2,60			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	306	37,90			19	23,20		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

**Qualitätsindikator: Information zum Grund der Aufnahme, zur Behandlung im Krankenhaus und zum möglichen Krankheitsverlauf nach Entlassung**

Tabelle 18: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, warum Sie im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)“? (KhDiagnose)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	652	80,70	95,20	95,20	68	82,90	97,10	97,10
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	33	4,10	4,80	100,00	2	2,40	2,90	100,00
	Gesamt	685	84,80	100,00		70	85,40	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	91	11,30			9	11,00		
	Weiß nicht	9	1,10			1	1,20		
	Keine Angabe	23	2,80			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	123	15,20			12	14,60		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden?“ (KhBehandlung)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	669	82,80	93,60	93,60	67	81,70	90,50	90,50
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	46	5,70	6,40	100,00	7	8,50	9,50	100,00
	Gesamt	715	88,50	100,00		74	90,20	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	48	5,90			3	3,70		
	Weiß nicht	14	1,70			3	3,70		
	Keine Angabe	31	3,80			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	93	11,50			8	9,80		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?“ (KhErgebnis)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	640	79,20	89,50	89,50	67	81,70	88,20	88,20
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	75	9,30	10,50	100,00	9	11,00	11,80	100,00
	Gesamt	715	88,50	100,00		76	92,70	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	31	3,80			1	1,20		
	Weiß nicht	27	3,30			3	3,70		
	Keine Angabe	35	4,30			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	93	11,50			6	7,30		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 21: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann?“ (KhPrognose)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	543	67,20	78,10	78,10	49	59,80	77,80	77,70
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	152	18,80	21,90	100,00	14	17,10	22,20	100,00
	Gesamt	695	86,00	100,00		63	76,80	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	71	8,80			11	13,40		
	Weiß nicht	30	3,70			6	7,30		
	Keine Angabe	11	1,40			2	2,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	113	14,00			19	23,20		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

**Qualitätsindikator: Information und Aufklärung zur Entlassmedikation**

Tabelle 22: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?“ (WelcheMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Für jedes Medikament (100)	298	36,90	63,10	63,10	31	37,80	88,60	88,60
	Für die meisten Medikamente (67)	57	7,10	12,10	75,20	3	3,70	8,60	97,20
	Nur für wenige Medikamente (33)	50	6,20	10,60	85,80	0	0,00	0,00	0,00
	Für gar kein Medikament (0)	67	8,30	14,20	100,00	1	1,20	2,90	100,10
	Gesamt	472	58,40	100,00		35	42,70	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	313	38,70			47	57,30		
	Weiß nicht	15	1,90			0	0,00		
	Keine Angabe	8	1,00			0	0,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	336	41,60			47	57,30		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 23: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?“ (WofuerMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Für jedes Medikament (100)	272	33,70	58,10	58,10	30	36,60	85,70	85,70
	Für die meisten Medikamente (67)	71	8,80	15,20	73,30	3	3,70	8,60	94,30
	Nur für wenige Medikamente (33)	53	6,60	11,30	84,60	1	1,20	2,90	97,20
	Für gar kein Medikament (0)	72	8,90	15,40	100,00	1	1,20	2,90	100,10
	Gesamt	468	57,90	100,00		35	42,70	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	313	38,70			47	57,30		
	Weiß nicht	16	2,00			0	0,00		
	Keine Angabe	11	1,40			0	0,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	340	42,10			47	57,30		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?“ (WannMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Für jedes Medikament (100)	338	41,80	71,60	71,60	31	37,80	88,60	88,60
	Für die meisten Medikamente (67)	43	5,30	9,10	80,70	1	1,20	2,90	91,50
	Nur für wenige Medikamente (33)	34	4,20	7,20	87,90	0	0,00	0,00	91,50
	Für gar kein Medikament (0)	57	7,10	12,10	100,00	3	3,70	8,60	100,10
	Gesamt	472	58,40	100,00		35	42,70	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	313	38,70			47	57,30		
	Weiß nicht	12	1,50			0	0,00		
	Keine Angabe	11	1,40			0	0,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	336	41,60			47	57,30		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		



Tabelle 25: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?“ (DauerMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Für jedes Medikament (100)	268	33,20	58,60	58,60	23	28,00	65,70	65,70
	Für die meisten Medikamente (67)	41	5,10	9,00	67,60	4	4,90	11,40	77,10
	Nur für wenige Medikamente (33)	41	5,10	9,00	76,60	0	0,00	0,00	77,10
	Für gar kein Medikament (0)	107	13,20	23,40	100,00	8	9,80	22,90	100,00
	Gesamt	457	56,60	100,00		35	42,70	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	313	38,70			47	57,30		
	Weiß nicht	26	3,20			0	0,00		
	Keine Angabe	11	1,40			0	0,00		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	351	43,40			47	57,30		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 26: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?“ (DosMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Für jedes Medikament (100)	356	44,10	76,10	76,10	34	41,50	97,10	97,10
	Für die meisten Medikamente (67)	30	3,70	6,40	82,50	0	0,00	0,00	97,10
	Nur für wenige Medikamente (33)	33	4,10	7,10	89,60	0	0,00	0,00	97,10
	Für gar kein Medikament (0)	49	6,10	10,50	100,10	1	1,20	2,90	100,00
	Gesamt	468	57,90	100,00		35	42,70	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	313	38,70			47	57,30		
	Weiß nicht	17	2,10			0	0,00		
	Keine Angabe	10	1,20			0	0,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	340	42,10			47	57,30		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 27: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber gesprochen, welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?“ (NuWMed)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Für jedes Medikament (100)	143	17,70	33,20	33,20	17	20,70	50,00	50,00
	Für die meisten Medikamente (67)	43	5,30	10,00	43,20	2	2,40	5,90	55,90
	Nur für wenige Medikamente (33)	36	4,50	8,40	51,60	2	2,40	5,90	61,80
	Für gar kein Medikament (0)	209	25,90	48,50	100,10	13	15,90	38,20	100,00
	Gesamt	431	53,30	100,00		34	41,50	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	313	38,70			47	57,30		
	Weiß nicht	49	6,10			1	1,20		
	Keine Angabe	15	1,90			0	0,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	377	46,70			48	58,50		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

**Qualitätsindikator: Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung**

Tabelle 28: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen?“ (MPSV)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	239	29,60	70,70	70,70	34	41,50	91,90	91,90
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	99	12,30	29,30	100,00	3	3,70	8,10	100,00
	Gesamt	338	41,80	100,00		37	45,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	437	54,10			39	47,60		
	Weiß nicht	16	2,00			4	4,90		
	Keine Angabe	16	2,00			2	2,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	470	58,20			45	54,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 29: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?“ (Umghilfsmittel)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Pro- zente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja, für alle Hilfsmittel (100)	184	22,80	75,40	75,40	9	11,00	75,00	75,00
	Ja, aber nicht für alle Hilfs- mittel (50)	27	3,30	11,10	86,50	1	1,20	8,30	83,30
	Nein, für kein Hilfsmittel (0)	33	4,10	13,50	100,00	2	2,40	16,70	100,00
	Gesamt	244	30,20	100,00		12	14,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	517	64,00			69	84,10		
	Brauchte ich nicht	40	5,00			1	1,20		
	Weiß nicht	7	0,90			0	0,00		
	Keine Angabe	0	0,00			0	0,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	564	69,80			70	85,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 30: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Sie sich nach Ihrer Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?“ (VerhaltenNE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	493	61,00	71,30	71,30	36	43,90	70,60	70,60
	Nein (0)	198	24,50	28,70	100,00	15	18,30	29,40	100,00
	Gesamt	691	85,50	100,00		51	62,20	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	89	11,00			26	31,70		
	Weiß nicht	14	1,70			3	3,70		
	Keine Angabe	14	1,70			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	117	14,50			31	37,80		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 31: Häufigkeitsverteilung der Variable „... wie Sie mögliche Komplikationen und Warnsignale erkennen können (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?“ (ErkennenKomp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	333	41,20	54,50	54,50	42	51,20	76,40	76,40
	Nein (0)	278	34,40	45,50	100,00	13	15,90	23,60	100,00
	Gesamt	611	75,60	100,00		55	67,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	148	18,30			20	24,40		
	Weiß nicht	27	3,30			4	4,90		
	Keine Angabe	22	2,70			3	3,70		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	197	24,40			27	32,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 32: Häufigkeitsverteilung der Variable „... darüber informiert, wie Sie sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen?“ (VerhaltenKomp)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	367	45,4	58,6	58,60	44	53,70	80,00	80,00
	Nein (0)	259	32,10	41,40	100,00	11	13,40	20,00	100,00
	Gesamt	626	77,50	100,00		55	67,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	129	16,00			18	22,00		
	Weiß nicht	28	3,50			6	7,30		
	Keine Angabe	25	3,10			3	3,70		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	182	22,50			27	32,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		



**Qualitätsindikator: Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung**

Tabelle 33: Häufigkeitsverteilung der Variable „... dabei unterstützt, einen Termin zur direkten Weiterbehandlung bei einer Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten)?“ (UnterstTermAmbArzt)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	240	29,70	47,60	47,60	23	28,00	56,10	56,10
	Nein (0)	264	32,70	52,40	100,00	18	22,00	43,90	100,00
	Gesamt	504	62,40	100,00		41	50,00	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	268	33,20			37	45,10		
	Weiß nicht	5	0,60			1	1,20		
	Keine Angabe	31	3,80			3	3,70		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	304	37,60			41	50,00		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 34: Häufigkeitsverteilung der Variable „... dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?“ (OrgaTherapie)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	177	21,90	69,70	69,70	11	13,40	50,00	50,00
	Nein (0)	77	9,50	30,30	100,00	11	13,40	50,00	100,00
	Gesamt	254	31,40	100,00		22	26,80	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	459	56,80			53	64,60		
	Brauchte ich nicht	90	11,10			7	8,50		
	Weiß nicht	2	0,20			0	0,00		
	Keine Angabe	3	0,40			0	0,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	554	68,60			60	73,20		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung der Variable „... dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?“ (OrgaPflD)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	37	4,60	56,10	56,10	3	3,70	42,90	42,90
	Nein (0)	29	3,60	43,90	100,00	4	4,90	57,10	100,00
	Gesamt	66	8,20	100,00		7	8,50	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	662	81,90			70	85,40		
	Brauchte ich nicht	65	8,00			5	6,10		
	Weiß nicht	3	0,40			0	0,00		
	Keine Angabe	12	1,50			0	0,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	742	91,80			75	91,50		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung der Variable „... dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung eine Haushaltshilfe zu organisieren?“ (OrgaHH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	25	3,10	46,30	46,30	1	1,20	16,70	16,70
	Nein (0)	29	3,60	53,70	100,00	5	6,10	83,30	100,00
	Gesamt	54	6,70	100,00		6	7,30	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	662	82,00			70	85,40		
	Brauchte ich nicht	56	6,90			5	6,10		
	Weiß nicht	2	0,20			0	0,00		
	Keine Angabe	34	4,20			1	1,20		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	754	93,30			76	92,70		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

**Qualitätsindikator: Entlassgespräch**

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?“ (AbschlGsprFilter)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	549	67,90	72,70	72,70	71	86,60	91,00	91,00
	Nein (0)	206	25,50	27,30	100,00	7	8,50	9,00	100,00
	Gesamt	755	93,40	100,00		78	95,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	36	4,50			2	2,40		
	Keine Angabe	16	2,00			2	2,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	53	6,60			4	4,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung der Variable „Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?“ (AbschlGsprThem)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	405	50,10	95,10	95,10	64	78,00	97,00	97,00
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	21	2,60	4,90	100,00	2	2,40	3,00	100,00
	Gesamt	426	52,70	100,00		66	80,50	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	259	32,10			11	13,40		
	Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zu meiner Entlassung	102	12,60			3	3,70		
	Weiß nicht	14	1,70			2	2,40		
	Keine Angabe	7	0,90			0	0,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	382	47,30			16	19,50		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung der Variable „... Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?“ (AbschlGsprAng)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	63	7,80	45,00	45,00
	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte (0)	77	9,50	55,00	100,00
	Gesamt	140	17,30	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft nicht zu	259	32,10		
	Ich wollte / brauchte das nicht	380	47,00		
	Weiß nicht	14	1,70		
	Keine Angabe	15	1,90		
	Ungültige Antwort	0	0,00		
	Gesamt	668	82,70		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>		

**Qualitätsindikator: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten**

Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?“ (EBrief)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	733	90,70	94,80	94,80	61	74,40	77,20	77,20
	Nein (0)	40	5,00	5,20	100,00	18	22,00	22,80	100,00
	Gesamt	773	95,70	100,00		79	96,30	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	12	1,50			0	0,00		
	Keine Angabe	22	2,70			3	3,70		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	35	4,30			3	3,70		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		



**Qualitätsindikator: Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung**

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?“ (WidersprInfo)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Pro- zente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (0)	107	13,20	13,80	13,80	15	18,30	20,50	20,50
	Nein (100)	668	82,70	86,20	100,00	58	70,70	79,50	100,0
	Gesamt	775	95,90	100,00		73	89,00	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	19	2,40			6	7,30		
	Keine Angabe	14	1,70			3	3,70		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	33	4,10			9	11,00		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung der Variable „Konnten Sie im Krankenhaus eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?“ (MitarbErreichtFilter)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja (100)	602	74,50	95,40	95,40	52	63,40	92,90	92,90
	Nein (0)	29	3,60	4,60	100,00	4	4,90	7,10	100,00
	Gesamt	631	78,10	100,00		56	68,30	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	143	17,70			22	26,80		
	Weiß nicht	13	1,60			2	2,40		
	Keine Angabe	20	2,50			2	2,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	177	21,90			26	31,70		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?“ (FragenGebraucht)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Immer (100)	340	42,10	57,60	57,60	16	19,50	30,80	30,80
	Meistens (67)	222	27,50	37,60	95,20	34	41,50	65,40	96,20
	Selten (33)	23	2,80	3,90	99,10	2	2,40	3,80	100,00
	Nie (0)	5	0,60	0,80	100,00	0	0,00	0,00	100,00
	Gesamt	590	73,00	100,00		52	63,40	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	5	0,60			0	0,00		
	Keine Angabe	7	0,90			0	0,00		
	Trifft nicht zu	206	25,50			30	36,60		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	218	27,00			30	36,60		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

**Qualitätsindikator: Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten**

Tabelle 44: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ich war in Bezug auf meine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.“ (KoerpBereit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Voll und ganz bereit (100)	481	59,50	63,60	63,60
	Eher bereit (67)	199	24,60	26,30	89,90
	Eher nicht bereit (33)	54	6,70	7,10	97,00
	Gar nicht bereit (0)	22	2,70	2,90	99,90
	Gesamt	756	93,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft auf mich nicht zu	12	1,50		
	Weiß nicht	11	1,40		
	Keine Angabe	29	3,60		
	Ungültige Antwort	0	0,00		
	Gesamt	52	6,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 45: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ich war in Bezug auf meine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.“ (PsychBereit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Voll und ganz bereit (100)	519	64,20	71,60	71,60
	Eher bereit (67)	139	17,20	19,20	90,80
	Eher nicht bereit (33)	49	6,10	6,80	97,60
	Gar nicht bereit (0)	18	2,20	2,50	100,10
	Gesamt	725	89,70	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft auf mich nicht zu	30	3,70		
	Weiß nicht	14	1,70		
	Keine Angabe	38	4,70		
	Ungültige Antwort	1	0,10		
	Gesamt	83	10,30		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 46: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ich war in Bezug auf die Unterstützung durch andere bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).“ (UnterstAndereBereit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozenze	kumulierte Prozenze
<b>gültig</b>	Voll und ganz bereit (100)	456	56,40	75,90	75,90
	Eher bereit (67)	106	13,10	17,60	93,50
	Eher nicht bereit (33)	27	3,30	4,50	98,00
	Gar nicht bereit (0)	12	1,50	2,00	100,00
	Gesamt	601	74,40	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft auf mich nicht zu	152	18,80		
	Weiß nicht	23	2,80		
	Keine Angabe	32	4,00		
	Ungültige Antwort	0	0,00		
	Gesamt	207	25,60		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>		

**Qualitätsindikator: Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten**

Tabelle 47: Häufigkeitsverteilung der Variable „Mein Kind war in Bezug auf seine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.“ (KoerpBereit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Voll und ganz bereit (100)	58	70,70	79,50	79,50
	Eher bereit (67)	11	13,40	15,10	94,60
	Eher nicht bereit (33)	2	2,40	2,70	97,30
	Gar nicht bereit (0)	2	2,40	2,70	100,00
	Gesamt	73	89,00	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft auf mich nicht zu	6	7,30		
	Weiß nicht	1	1,20		
	Keine Angabe	2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00		
	Gesamt	9	11,00		
<b>Gesamt</b>		<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 48: Häufigkeitsverteilung der Variable „Mein Kind war in Bezug auf seine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.“ (PsychBereit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Voll und ganz bereit (100)	55	67,10	79,70	79,70
	Eher bereit (67)	11	13,40	15,90	95,60
	Eher nicht bereit (33)	2	2,40	2,90	98,50
	Gar nicht bereit (0)	1	1,20	1,40	99,90
	Gesamt	69	84,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft auf mich nicht zu	7	8,50		
	Weiß nicht	3	3,70		
	Keine Angabe	3	3,70		
	Ungültige Antwort	0	0,00		
	Gesamt	13	15,90		
<b>Gesamt</b>		<b>82</b>	<b>100,00</b>		



Tabelle 49: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ich war in Bezug auf die Unterstützung durch andere bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).“ (ElternUnterstAndereBereit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Voll und ganz bereit (100)	49	59,80	72,10	72,10
	Eher bereit (67)	12	14,60	17,60	89,70
	Eher nicht bereit (33)	4	4,90	5,90	95,60
	Gar nicht bereit (0)	3	3,70	4,40	100,00
	Gesamt	68	82,90	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft auf mich nicht zu	8	9,80		
	Weiß nicht	4	4,90		
	Keine Angabe	2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00		
	Gesamt	14	17,10		
<b>Gesamt</b>		<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 50: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ich war dazu bereit den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umzugehen zu können).“ (ElternAlltagBereit)

	Antwortoptionen (Punkte)	Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Voll und ganz bereit (100)	45	54,90	59,20	59,20
	Eher bereit (67)	23	28,00	30,30	89,50
	Eher nicht bereit (33)	6	7,30	7,90	97,40
	Gar nicht bereit (0)	2	2,40	2,60	100,00
	Gesamt	76	92,70	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft auf mich nicht zu	4	4,90		
	Weiß nicht	0	0,00		
	Keine Angabe	2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00		
	Gesamt	6	7,30		
<b>Gesamt</b>		<b>82</b>	<b>100,00</b>		

**Anhang G.2.2: Variablen zur Risikoadjustierung, Beschreibung der Stichprobe und zur Filterführung**

Tabelle 51: Häufigkeitsverteilung der Variable „... Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant?“ (KhGeplant)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Geplant	496	61,40	62,90	62,90	42	51,20	56,00	56,00
	Ungeplant	292	36,10	37,10	100,00	33	40,20	44,00	100,00
	Gesamt	788	97,50	100,00		75	91,50	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	4	0,50			3	3,70		
	Keine Angabe	15	1,90			2	2,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			2	2,40		
	Gesamt	20	2,50			7	8,50		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 52: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden?“ (KhDauer)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte
<b>gültig</b>	Weniger als 1 Woche	191	23,60	24,00	24,00	42	51,20	54,50	54,50
	1 Woche bis weniger als 2 Wochen	318	39,40	39,90	63,90	15	18,30	19,50	74,00
	2 Wochen bis weniger als 4 Wochen	211	26,10	26,50	90,50	8	9,80	10,40	84,40
	4 Wochen bis weniger als 6 Wochen	40	5,00	5,00	95,50	4	4,90	5,20	89,60
	6 Wochen oder länger	36	4,50	4,50	100,00	8	9,80	10,40	100,00
	Gesamt	796	98,50	100,00		77	93,90	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	1	0,10			2	2,40		
	Keine Angabe	11	1,40			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			1	1,20		
	Gesamt	12	1,50			5	6,10		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 53: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wohin sind Sie entlassen worden?“ (KhEOrtFilter)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Nach Hause	619	76,60	80,10	80,10	79	96,30	98,80	98,80
	Direkt in eine medizini- sch-pflegerische Einrich- tung	135	16,70	17,50	97,50	1	1,20	1,30	100,00
	In ein Betreutes Wohnen	6	0,70	0,80	98,30	0	0,00	0,00	
	Anderes	13	1,60	1,70	100,00	0	0,00	0,00	
	Gesamt	773	95,70	100,00		80	97,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	2	0,20			0	0,00		
	Keine Angabe	27	3,30			2	2,40		
	Ungültige Antwort	6	0,70			0	0,00		
	Gesamt	35	4,30			0	0,00		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 54: Häufigkeitsverteilung der Variable „... in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?“ (AnzVergangenE)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Gar nicht	405	50,10	52,00	52,00	49	59,80	67,10	67,10
	1-mal	203	25,10	26,10	78,00	3	3,70	4,10	71,20
	2-3-mal	136	16,80	17,50	95,50	11	13,40	15,10	86,30
	4-mal oder mehr	35	4,30	4,50	100,00	10	12,20	13,70	100,00
	Gesamt	779	96,40	100,00		73	89,00	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	9	1,10			6	7,30		
	Keine Angabe	20	2,50			3	3,70		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	29	3,60			9	11,00		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 55: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein?“ (AnzMed)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte
<b>gültig</b>	Keine verschreibungspflichtigen Medikamente	60	7,40	7,70	7,70	37	45,10	47,40	47,40
	1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente	145	17,90	18,50	26,20	22	26,80	28,20	75,60
	3-4 verschreibungspflichtige Medikamente	174	21,50	22,20	48,40	9	11,00	11,50	87,10
	5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente	404	50,00	51,60	100,00	10	12,20	12,80	100,00
	Gesamt	783	96,90	100,00		78	95,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	1	0,10			0	0,00		
	Keine Angabe	21	2,60			3	3,70		
	Ungültige Antwort	3	0,40			1	1,20		
	Gesamt	25	3,10			4	4,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 56: Häufigkeitsverteilung der Variable „Chronische Lungenerkrankungen“ (ChrLung)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	141	17,50	21,80	21,80	6	7,30	8,70	8,70
	Nein	507	62,70	78,20	100,00	63	76,80	91,30	100,00
	Gesamt	648	80,20	100,00		69	84,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	160	19,80			13	15,90		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	160	19,80			13	15,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		



Tabelle 57: Häufigkeitsverteilung der Variable „Bluthochdruck“ (BluHo)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	493	61,00	68,20	68,20	1	1,20	1,40	1,40
	Nein	230	28,50	31,80	100,00	70	85,40	98,60	100,00
	Gesamt	723	89,50	100,00		71	86,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	84	10,40			11	13,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	85	10,50			11	13,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 58: Häufigkeitsverteilung der Variable „Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms“ (ChrMaDa)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	83	10,30	13,10	13,10	0	0,00	0,00	0,00
	Nein	552	68,30	86,90	100,00	69	84,10	100,00	100,00
	Gesamt	635	78,60	100,00		69	84,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	173	21,40			13	15,90		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	173	21,10			13	15,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 59: Häufigkeitsverteilung der Variable „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ (HKE)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	267	33,00	39,50	39,50	3	3,70	4,20	4,20
	Nein	409	50,60	60,50	100,00	68	82,90	95,80	100,00
	Gesamt	676	83,60	100,00		71	86,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	131	16,20			11	13,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	132	16,30			11	13,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 60: Häufigkeitsverteilung der Variable „Herzinfarkt“ (HerzInf)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	83	10,30	13,00	13,00	0	0,00	0,00	0,00
	Nein	554	68,60	87,00	100,00	70	85,40	100,00	100,00
	Gesamt	637	78,80	100,00		70	85,40	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	171	21,20			12	14,60		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	171	21,20			12	14,60		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 61: Häufigkeitsverteilung der Variable „Schlaganfall“ (Schlaganf)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	77	9,50	12,20	12,20	0	0,00	0,00	0,00
	Nein	556	68,80	87,80	100,00	70	85,40	100,00	100,00
	Gesamt	633	78,30	100,00		70	85,40	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	175	21,70			12	14,60		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	175	21,70			12	14,60		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 62: Häufigkeitsverteilung der Variable „Diabetes / hoher Blutzucker“ (Diab)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	134	16,60	20,50	20,50	1	1,20	1,40	1,40
	Nein	520	64,40	79,50	100,00	69	84,10	98,60	100,00
	Gesamt	654	80,90	100,00		70	85,40	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	154	19,10			12	14,60		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	154	19,10			12	14,60		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 63: Häufigkeitsverteilung der Variable „Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere“ (ChrLebNie)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	100	12,40	15,60	15,60	6	7,30	8,60	8,60
	Nein	540	66,80	84,40	100,00	64	78,00	91,40	100,00
	Gesamt	640	79,20	100,00		70	85,40	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	168	20,80			12	14,60		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	168	20,80			12	14,60		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 64: Häufigkeitsverteilung der Variable „Krebserkrankung“ (Krebs)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	150	18,60	22,70	22,70	7	8,50	9,90	9,90
	Nein	511	63,20	77,30	100,00	64	78,00	90,10	100,00
	Gesamt	661	81,80	100,00		71	86,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	147	18,20			11	13,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	147	18,20			11	13,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		



Tabelle 65: Häufigkeitsverteilung der Variable „Psychische Erkrankung“ (Psych)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	136	16,80	21,30	21,30	8	9,80	11,10	11,10
	Nein	502	62,10	78,70	100,00	64	78,00	88,90	100,00
	Gesamt	638	79,00	100,00		72	87,80	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	170	21,00			10	12,20		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	170	21,00			10	12,20		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 66: Häufigkeitsverteilung der Variable „Demenz oder Alzheimer“ (DemAlz)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	10	1,20	1,60	1,60	0	0,00	0,00	0,00
	Nein	617	76,40	98,40	100,00	69	84,10	100,00	100,00
	Gesamt	627	77,60	100,00		69	84,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	181	22,40			13	15,90		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	181	22,40			13	15,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 67: Häufigkeitsverteilung der Variable „Neurologische Erkrankung“ (Neuro)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	68	8,40	10,80	10,80	7	8,50	9,90	9,90
	Nein	562	69,60	89,20	100,00	64	78,00	90,10	100,00
	Gesamt	630	78,00	100,00		71	86,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	178	22,00			11	13,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	178	22,00			11	13,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 68: Häufigkeitsverteilung der Variable „Entwicklungsstörung“ (EntwStoer)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	6	0,7	1,00	1,00	18	22,00	24,00	24,00
	Nein	617	76,40	99,00	100,00	57	69,50	76,00	100,00
	Gesamt	623	77,10	100,00		75	91,50	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	185	22,90			7	8,50		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	185	22,90			7	8,50		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 69: Häufigkeitsverteilung der Variable „Rheumatische Erkrankungen“ (Rheuma)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	289	35,80	42,90	42,90	1	1,20	1,40	1,40
	Nein	385	47,60	57,10	100,00	69	84,10	98,60	100,00
	Gesamt	674	83,40	100,00		70	85,40	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	134	16,60			12	14,60		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	134	16,60			12	14,60		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 70: Häufigkeitsverteilung der Variable „... ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen. Wie wurden Sie im Krankenhaus behandelt?“ (KhBehandStat)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär)	794	98,30	99,60	99,60	78	95,10	100,00	100,00
	Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär)	3	0,40	0,40	100,00	0	0,00	0,00	
	Gesamt	797	98,60	100,00		78	95,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	11	1,40			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			2	2,40		
	Gesamt	11	1,40			4	4,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 71: Häufigkeitsverteilung der Variable „Haben Sie Ihre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?“ (KhAbbr)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	4	0,50	0,50	0,50	2	2,40	2,50	2,50
	Nein	790	97,80	99,50	100,00	78	95,10	97,50	100,00
	Gesamt	794	98,30	100,00		80	97,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	0	0,00			0	0,00		
	Keine Angabe	14	1,70			2	2,40		
	Ungültige Antworten	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	14	1,70						
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 72: Häufigkeitsverteilung der Variable „Werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst unterstützt?“ (PfleDie)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja, auch schon bevor ich im Krankenhaus war	38	4,70	5,80	5,80	4	4,90	5,20	5,20
	Ja, aber erst seit meiner Entlassung aus dem Krankenhaus	53	6,60	8,10	13,90	5	6,10	6,50	11,70
	Nein	560	69,30	86,00	100,00	68	82,90	88,30	100,00
	Gesamt	651	80,60	100,00		77	93,90	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	3	0,40			2	2,40		
	Keine Angabe	18	2,20			2	2,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Trifft nicht zu	135	16,70			1	1,20		
	Gesamt	157	19,40			5	6,10		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		



Tabelle 73: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?“ (FamSit)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte
<b>gültig</b>	In fester Partnerschaft, zusammenlebend	527	65,20	67,10	67,10	68	82,90	85,00	85,00
	In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend	23	2,80	2,90	70,00	1	1,20	1,30	86,30
	Alleinstehend, geschieden, in Trennung	119	14,70	15,20	85,20	11	13,40	13,80	100,00
	Verwitwet	116	14,40	14,80	100,00	0	0,00	0,00	
	Gesamt	785	97,20	100,00		80	97,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	22	2,70			2	2,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	23	2,80			2	2,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,0</b>		

Tabelle 74: Lage- und Streuungsmaße der Variable „Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?“ (AnzHaush)

Lage- und Streuungsmaße	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten	Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte
	Anzahl	Anzahl
Median	2	4
Arithmetisches Mittel (SD)	2,03 (1,00)	3,65 (0,91)
Range	1-9	2-7

Tabelle 75: Lage- und Streuungsmaße der Variable „In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?“ (PatGeburtJahr, GeburtElternJahr)

Lage- und Streuungsmaße	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten	Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte
	Alter in Jahren	Alter der Eltern/Sorgeberechtigten in Jahren
Median	67	37
Arithmetisches Mittel (SD)	66,62 (12,90)	36,99 (6,08)
Range	20-96	22-52

Tabelle 76: Lage- und Streuungsmaße der Variable „In welchem Monat und welchem Jahr wurde Ihr Kind geboren?“ (PatGeburtJahr &lt; 18)

Lage- und Streuungsmaße	Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte	
	Alter der minderjährigen Kinder in Jahren	
Median		3
Arithmetisches Mittel (SD)		5,00 (5,12)
Range		3-17

Tabelle 77: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welches Geschlecht haben Sie?“ (GeschlechtEltern)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Weiblich	421	52,10	53,50	53,50	71	86,60	88,80	88,80
	Männlich	366	45,30	46,50	100,00	9	11,00	11,30	100,10
	Divers	0	0,00	0,00	100,00	0	0,00	100,10	
	Gesamt	787	97,40	100,00		80	97,60		
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	21	2,60			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	21	2,60			2	2,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 78: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welches Geschlecht hat Ihr Kind?“ (GeschlechtKind)

	Antwortoptionen	Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Weiblich	39	47,60	50,60	50,60
	Männlich	38	46,30	49,40	100,00
	Divers	0	0,00	0,00	
	Gesamt	77	93,90	100,00	
<b>Fehlend/un-gültig</b>	Keine Angabe	3	3,70		
	Ungültige Antwort	2	2,40		
	Gesamt	5	6,10		
<b>Gesamt</b>		<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 79: Häufigkeitsverteilung der Variable „Ist Ihre Muttersprache Deutsch?“ (SpracheFilter)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	33	4,10	4,30	4,30	13	15,90	16,50	16,50
	Nein	736	91,10	95,70	100,00	66	80,50	83,50	100,00
	Gesamt	769	95,20	100,00		79	96,30	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	39	4,80			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			1	1,20		
	Gesamt	39	4,80			3	3,70		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 80: Häufigkeitsverteilung der Variable „Meine Deutschkenntnisse sind:“ (DeutschKennt)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte
<b>gültig</b>	Sehr gut	23	2,80	62,20	62,20	9	11,00	69,20	69,20
	Eher gut	11	1,40	29,70	91,80	4	4,90	30,80	100,00
	Eher schlecht	3	0,40	8,10	100,00	0	0,00	0,00	
	Sehr schlecht	0	0,00	0,00		0	0,00	0,00	
	Gesamt	37	4,60	100,00		13	15,90	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Trifft auf mich nicht zu	746	91,10			66	80,50		
	Keine Angabe	35	4,30			3	3,70		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	771	95,40			69	84,10		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 81: Häufigkeitsverteilung der Variable „Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?“ (Schulabschluss)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Schülerin/Schüler, besuche allgemeinbildende Vollzeitschule	25	3,10	3,50	3,50	0	0,00	0,00	0,00
	Von der Schule abgegangen ohne Abschluss	11	1,40	1,60	5,10	1	1,20	1,30	1,30
	Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)	271	33,50	38,40	43,50	2	2,40	2,60	3,90
	Polytechnische Oberschule, 8. 9. Klasse	7	0,90	1,00	44,50	0	0,00	0,00	3,90
	Realschulabschluss (Mittlere Reife)	149	18,40	21,10	65,60	27	32,90	35,10	39,00
	Polytechnische Oberschule, 10. Klasse	45	5,60	6,40	72,00	0	0,00	0,00	39,00
	Fachhochschule, Abschluss Fachoberschule	55	6,80	7,80	79,70	16	19,50	20,80	59,70
	Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife	122	15,10	17,30	97,00	28	34,10	36,40	96,10
	Anderer Schulabschluss	21	2,60	3,00	100,00	3	3,70	3,90	100,00
	<b>Gesamt</b>		<b>706</b>	<b>87,40</b>	<b>100,00</b>		<b>77</b>	<b>93,90</b>	<b>100,00</b>

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	47	5,80			3	3,70		
	Ungültige Antwort	55	6,80			2	2,40		
	Gesamt	102	12,60			5	6,10		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		



Tabelle 82: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?“ (Beruf)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte
<b>gültig</b>	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student	2	0,20	0,30	0,30	1	1,20	1,30	1,30
	Berufstätig Vollzeit angestellt oder selbstständig	159	19,70	21,70	21,90	24	29,30	31,20	32,50
	Berufstätig Teilzeit angestellt oder selbstständig	50	6,20	6,80	28,70	18	22,00	23,40	55,80
	Berufstätig, geringfügig beschäftigt	7	0,90	1,00	29,70	3	3,70	3,90	59,70
	Arbeitslos	21	2,60	2,90	32,60	3	3,70	3,90	63,60
	Altersrente	385	47,60	52,50	85,00	0	0,00	0,00	63,60
	Erwerbsunfähigkeitsrente	58	7,20	7,90	92,90	1	1,20	1,30	64,90
	Hausfrau/Hausmann	15	1,90	2,00	95,00	17	20,70	22,10	87,00
	Ausbildung, Umschulung	2	0,20	0,30	95,20	1	1,20	1,30	88,30
	Wiedereingliederungsmaßnahme	3	0,40	0,40	95,60	0	0,00	0,00	88,30
	Sonstiges	32	4,00	4,40	100,00	9	11,00	11,70	100,00
	Gesamt		734	90,80	100,00		77	93,90	100,00

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	38	4,70			3	3,70		
	Ungültige Antwort	36	4,50			2	2,40		
	Gesamt	74	9,20			5	6,10		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 83: Häufigkeitsverteilung der Variable „Wer hat den Fragebogen beantwortet?“ (AusfuellP)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin/Patient)	669	82,80	90,90	90,90	-	-	-	-
	Vertrauensperson	27	3,30	3,70	94,60	-	-	-	-
	Patientin/Patient und Vertrauensperson zusammen	40	5,00	5,40	100,00	-	-	-	-
	Patientin/Patient mit Gesundheitsfachkraft	0	0,00	0,00	100,00	-	-	-	-
	Eltern(-teil)/Sorgeberechtigte/r des Kindes	-	-	-		75	91,50	93,80	93,80
	Eltern(-teil)/Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r zusammen	-	-	-		5	6,10	6,30	100,00
	Gesamt	736	91,10	100,00		80	97,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	68	8,40			2	2,40		
	Ungültige Antwort	4	0,50			0	0,00		
	Gesamt	72	8,90			2	2,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 84: Häufigkeitsverteilung der Variable „... neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?“ (NeuMedFilter)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozepte	kumulierte Prozepte
<b>gültig</b>	Ja, ich habe neue Medikamente bekommen bzw. meine Medikamente wurden umgestellt	495	61,30	64,50	64,50	35	42,70	44,30	44,30
	Nein, ich habe keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt	273	33,80	35,50	100,00	44	53,70	55,70	100,00
	Gesamt	768	95,00	100,00		79	96,30	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	39	4,80			3	3,70		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	40	5,00			3	3,70		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 85: Häufigkeitsverteilung der Variable „... neue Hilfsmittel, die Sie vorher noch nicht benutzt haben (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?“  
(NeuHilfsmittelFilter)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	291	36,00	37,10	37,10	13	15,90	16,30	16,30
	Nein	494	61,10	62,90	100,00	67	81,70	83,80	100,00
	Gesamt	785	97,20	100,00		80	97,60	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	23	2,80			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	23	2,80			2	2,40		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 86: Häufigkeitsverteilung der Variable „... Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie)?“ (EmpfTherapieFilter)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	349	43,20	46,10	46,10	29	35,40	37,20	73,20
	Nein	408	50,50	53,90	100,00	49	59,80	62,80	100,00
	Gesamt	757	93,70	100,00		78	95,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht	19	2,40			2	2,40		
	Keine Angabe	32	4,00			2	2,40		
	Ungültige Antwort	0	0,00			0	0,00		
	Gesamt	51	6,30			4	4,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

Tabelle 87: Häufigkeitsverteilung der Variable „... nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen? (EmpfUnterstNEFilter)

	Antwortoptionen	Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten				Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte			
		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
<b>gültig</b>	Ja	146	18,10	19,40	19,40	12	14,60	15,40	15,40
	Nein	606	75,00	80,60	100,00	66	80,50	84,60	100,00
	Gesamt	752	93,10	100,00		78	95,10	100,00	
<b>fehlend/ ungültig</b>	Brauchte ich nicht	0	0,00			0	0,00		
	Weiß nicht	16	2,00			2	2,40		
	Keine Angabe	39	4,80			2	2,40		
	Ungültige Antwort	1	0,10			0	0,00		
	Gesamt	56	6,90			4	4,90		
<b>Gesamt</b>		<b>808</b>	<b>100,00</b>			<b>82</b>	<b>100,00</b>		

## Anhang G.3.: Analysen zur Unit-Non-Response und zur Item-Non-Response

### Anhang G.3.1: Binomial-logistische Regressionsmodelle zur Unit-Non-Response auf Basis der bereinigten Bruttostichproben

Tabelle 1: Unit-Non-Response für den Fragebogen „Erwachsene“ („Patienten-Modell“)

Erklärende Variablen	Odds Ratio (mit 95%-Konfidenzintervallen)
Alter der Patienten (in Jahren)	1,03*** (1,01 – 1,04)
Geschlecht (RK = Weiblich)	
▪ Männlich	1 (0,715 – 1,40)
Entlassort (RK = Nach Hause)	
▪ Anderer Entlassort als „nach Hause“	0,916 (0,588 – 1,46)
Verweildauer im Krankenhaus (in Tagen)	0,993 (0,982 – 1,00)
Erinnerungszeitraum (in Tagen) (Differenz zwischen Entlassung und Fragebogenversand)	0,999 (0,983 – 1,01)
n	965
Pseudo-R <sup>2</sup>	Cox & Snell = 0,02 Nagelkerke = 0,033

RK = Referenzkategorie; Signifikanzniveau: \*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05

Tabelle 2: Unit-Non-Response für den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ („Eltern-Modell“)

Erklärende Variablen	Odds Ratio (mit 95%-Konfidenzintervallen)
Alter der minderjährigen Patienten (in Jahren)	1,18 (0,89 – 1,58)
Alter der minderjährigen Patienten quadriert (in Jahren)	0,992 (0,97 – 1,01)
Verweildauer im Krankenhaus (in Tagen)	1,03 (0,99 – 1,07)
Erinnerungszeitraum (in Tagen) (Differenz zwischen Entlassung und Fragebogenversand)	0,982 (0,95 – 1,01)
n	120
Pseudo-R <sup>2</sup>	Cox & Snell = 0,049 Nagelkerke = 0,069

Signifikanzniveau: \*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05



**Anhang G.3.2: Kruskal-Wallis-Tests zur Item-Non-Response**

Tabelle 3: Kruskal-Wallis-Test: Ausfüllperson ~ Anteil Item-Non-Response auf Personen-Ebene; Ränge

Gruppe	n	Mittelwert	SD	Median
Patientinnen und Patienten	669	3,71	6,05	0
Proxy-Personen	27	4,44	7,00	0
Patientinnen und Patienten mit Proxy-Personen	40	2,62	4,29	1

Teststatistik:  $\chi^2$ : 0,11; Freiheitsgrade: 2; p-Wert: 0,95

Tabelle 4: Kruskal-Wallis-Test: Ausfüllperson ~ Anteil Item-Non-Response auf Personen-Ebene; Ränge

Gruppe	n	Mittelwert	SD	Median
A00-B99	16	2,94	6,97	0,5
C00-D48	73	5,81	9,63	1
D50-D90	1	1,00	NA	1
E00-E90	7	13,9	23,80	2
F00-F99	39	3,69	5,99	0
G00-G99	13	0,54	0,78	0
H60-H95	35	7,06	13,20	1
I00-I99	173	4,32	6,67	0
J00-J99	18	7,67	9,22	1,5
K00-K93	26	6,23	6,90	1,5
L00-L99	6	4,00	7,85	1
M00-M99	251	3,82	7,09	0
N00-N99	18	3,33	6,76	0
Q00-Q99	3	0,67	0,58	1
R00-R99	11	4,27	6,51	1
S00-T98	112	5,29	10,20	1
Z00-Z99	4	3,00	6,00	0

Teststatistik:  $\chi^2$  23,09; Freiheitsgrade: 16; p-Wert: 0,11

## Anhang G.4: Darstellung der Kennzahlen zur internen Konsistenz und Homogenität

### Anhang G.4.1: Interne Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit mehr als zwei Items

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus	Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin	<p>Erwachsene: Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.</p> <p>Eltern: Wurde Ihnen der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.</p>	0,51	0,61 (0,53 - 0,65)	0,62	0,43
	Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen	<p>Erwachsene: Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?</p> <p>Eltern: Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Ihr Kind entlassen werden kann (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?</p>	0,52			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
	Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten	Erwachsene: Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?  Eltern: Wurde am Ende des Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen bzw. Ihrem Kind darüber gesprochen, ob Sie und Ihr Kind bereit für die Entlassung sind?	0,57			
	Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort	Erwachsene: Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?  Eltern: Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Ihr Kind am Tag der Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommt (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?	0,58			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung	Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung	Erwachsene: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?  Eltern: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes vor dem Aufenthalt im Krankenhausaussah (z. B. Wohnsituation, Pflege, Hilfsmittel)?	0,80	0,84 (0,81 - 0,87)	0,85	0,59
		Erwachsene: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?  Eltern: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie die Versorgung Ihres Kindes nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	0,79			
	Erwachsene: ... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	0,76				

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
		Eltern: ... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Ihr Kind nach der Entlassung infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?				
	Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen	Erwachsene: Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ... ... Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?  Eltern: Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ... ... Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	0,87			
	Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung	Erwachsene: Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?  Eltern: Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zur Weiterversorgung Ihres Kindes nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?	0,82			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus	Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	Erwachsene: Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ... ... sich für mich und meine Situation interessiert.	0,70	0,83 (0,79 - 0,84)	0,85	0,80
		Eltern: Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ... ... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.				
		Erwachsene: ... mir aufmerksam zugehört. Eltern: ... uns aufmerksam zugehört.	0,67			
		Erwachsene/Eltern: War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?	0,9			
Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung	Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung	Erwachsene: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)? Eltern: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung Ihres Kindes wenden können, wenn Sie Fragen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung Ihres Kindes haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Kinderärztin / einen Kinderarzt, an einen Pflegedienst)?	0,84	0,84 (0,81 – 0,87)	0,84	0,59

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
	Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung	Erwachsene: Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche medizinische Behandlung nach Ihrer Entlassung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?  Eltern: Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche medizinische Behandlung für Ihr Kind nach der Entlassung durch eine Kinderärztin / einen Kinderarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?	0,76			
	Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge	Erwachsene: ... welche weiteren Therapien oder Behandlungen nach Ihrer Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?  Eltern: ... welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind nach der Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	0,80			
	Information zu Hilfsmitteln	Erwachsene: ... welche Hilfsmittel Sie nach Ihrer Entlassung benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?  Eltern: ... welche Hilfsmittel Ihr Kind nach der Entlassung benötigt (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	0,79			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
Information zum Grund der Aufnahme, zur Behandlung im Krankenhaus und zum möglichen Krankheitsverlauf nach Entlassung	Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus	Erwachsene: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, ... ... warum Sie im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)?  Eltern: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung Ihres Kindes darüber gesprochen, ... ... warum Ihr Kind im Krankenhaus behandelt wurde (z. B. mit welcher Diagnose)?	0,80	0,85 (0,78 - 0,83)	0,85	0,89
	Information zur Behandlung und zu Behandlungsergebnissen	Erwachsene: ... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden?  Eltern: ... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden?	0,77			
		Erwachsene: ... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?  Eltern: ... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	0,78			



Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
	Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung	<p>Erwachsene: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.</p> <p>Eltern: Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung darüber gesprochen, wie sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf der Gesundheit Ihres Kindes nach der Entlassung.</p>	0,87			
Information und Aufklärung zur Entlassmedikation	Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation	<p>Erwachsene: Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... ... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?</p> <p>Eltern: Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... ... welche Medikamente Ihr Kind nach der Entlassung einnehmen soll?</p>	0,88	0,91 (0,89 - 0,92)	0,91	0,77
		<p>Erwachsene: ... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?</p>	0,88			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
		Eltern: ... wofür Ihr Kind die Medikamente nach der Entlassung einnehmen soll?				
	Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation	Erwachsene: ... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?  Eltern: ... wann Ihr Kind die Medikamente einnehmen soll (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?	0,89			
		Erwachsene: ... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?  Eltern: ... wie lange Ihr Kind die Medikamente einnehmen soll?	0,89			
		Erwachsene: ... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?  Eltern: ... wie viel Ihr Kind von dem jeweiligen Medikament einnehmen soll (Dosierung)?	0,89			
	Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation	Erwachsene: ... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?  Eltern: ... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	0,92			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag	Erwachsene: Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?  Eltern: Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?	0,85	0,88 (0,80 - 0,89)	0,89	0,67
	Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln	Erwachsene: Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?  Eltern: Wurde Ihnen bzw. Ihrem Kind im Krankenhaus gezeigt, wie mit den neuen Hilfsmitteln umzugehen ist?	0,91			
	Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung	Erwachsene: Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, wie Sie ... ... sich nach Ihrer Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	0,85			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
		Eltern: Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie sich Ihr Kind nach der Entlassung im Alltag verhalten soll (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?				
	Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen	Erwachsene: ... mögliche Komplikationen und Warnsignale erkennen können (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?  Eltern: ... wie mögliche Komplikationen und Warnsignale zu erkennen sind (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	0,83			
		Erwachsene: ... wie Sie sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen?  Eltern: ... was bei Komplikationen und Warnsignalen zu tun ist?	0,83			
Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung	Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten	Erwachsene: Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ... ... einen Termin zur direkten Weiterbehandlung bei einer Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten)?	0,71	0,78 (0,53 - 0,91)	0,79	0,68

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
		Eltern: Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, ... ... einen Termin zur direkten Weiterbehandlung Ihres Kindes bei einer Kinderärztin / einem Kinderarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten)?				
	Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Erwachsene: Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?  Eltern: Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt solche Anschlusstherapien für Ihr Kind zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung)?	0,73			
	Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe	Erwachsene/Eltern: Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... ... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?	0,66			
		Erwachsene/Eltern: ... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	0,78			

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha (Konfidenzintervall)	McDonalds Omega	Loevingers H
Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten	Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten	Erwachsene: Ich war in Bezug auf... ... meine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.	0,83	0,90 (0,88 - 0,91)	0,90	0,82
		Erwachsene: ... meine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.	0,84			
		Erwachsene: ... die Unterstützung durch andere bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie / Angehörige, Pflegedienst).	0,88			
Entlassbereitschaft von Kindern / Jugendlichen und deren Eltern / Sorgeberechtigten	Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten	Eltern: Mein Kind war in Bezug auf seine ... ... körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.	0,77	0,80 (0,71 - 0,87)	0,81	0,59
		Eltern: ... psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.	0,79			
		Eltern: Ich war ... ... in Bezug auf die Unterstützung durch andere bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie / Angehörige, Pflegedienst).	0,73			
		Eltern: Ich war ... ... bereit den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	0,73			

**Anhang G.4.2: Interne Konsistenz und Homogenität der zusammengestellten Qualitätsindikatoren mit zwei Items**

Qualitätsindikator	Qualitätsmerkmal	Item	Chi <sup>2</sup> (df)	p-Wert	Cramer's V
Entlassgespräch	Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch	Erwachsene: Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?  Eltern: Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf die Entlassung Ihres Kindes wichtig waren?	4,21 (1)	0,04	0,18
	Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung	Erwachsene: Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen? Eltern: -			
Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung	Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung	Erwachsene: Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?  Eltern: Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zur Entlassung Ihres Kindes erhalten?	76,12 (3)	< 0,05	0,35
	Zeit für Fragen zur Entlassung	Erwachsene: Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?  Eltern: Wurden Ihre Fragen zur Entlassung Ihres Kindes im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?			

\* df = Freiheitsgrade

# **Anhang H: Kognitive Pretestung**

## **Anhang H.1: Fragebögen zur Durchführung der kognitiven Pretestung**

**Anhang H.1.1: Fragebogenversion für erwachsene Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Erwachsene“)**





# **Befragung**

## **von Patientinnen und Patienten zur Entlassung aus dem Krankenhaus**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass Sie nach der Beantwortung einer Frage direkt zu einer bestimmten Frage weitergeleitet werden, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5**. Fahren Sie dann normal in der Reihenfolge der Fragen fort.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Entlassmanagement“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

### Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus

Sie wurden kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie zu **Ihrer Entlassung** aus dem Krankenhaus und Ihren Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Wenn Sie beim Ausfüllen des Fragebogens von einer anderen Person unterstützt werden, sollen die Antworten dennoch **Ihre Erfahrungen bei der Entlassung** widerspiegeln.

1) War Ihre Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant?

Geplant .....

Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, einem Notfall) .....

*Weiß nicht* .....

2) Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen.

Wie wurden Sie im Krankenhaus behandelt?

Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) .....

Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) .....

3) Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden?

Weniger als 1 Woche .....

1 Woche bis weniger als 2 Wochen .....

2 Wochen bis weniger als 4 Wochen .....

4 Wochen bis weniger als 6 Wochen .....

6 Wochen oder länger .....

*Weiß nicht* .....

4) Haben Sie Ihre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?

Ja .....

Nein .....

5) Wohin sind Sie entlassen worden?

Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/ zu Freunden, ins Betreute Wohnen) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 7**

Anderes .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

6) Werden Sie durch einen Pflegedienst unterstützt?

Ja, auch schon bevor ich im Krankenhaus war .....

Ja, aber erst seit meiner Entlassung aus dem Krankenhaus .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

### Organisation der Entlassung

7) Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

8) Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

9) Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

### Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus

10) Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zu Ihrer Entlassung?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 11**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

11) Konnten Sie im Krankenhaus eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>Weiß nicht</i>        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13) Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?

- Ja .....
- Nein .....
- Weiß nicht* .....

### Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

14) Haben Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes gesprochen?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**
- Ich wollte/brauchte das nicht .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**
- Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

15) War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?

- Ja .....
- Nein .....
- Weiß nicht* .....

16) Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus. Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Informationen zur Behandlung im Krankenhaus und zur Weiterversorgung nach der Entlassung

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... warum Sie im Krankenhaus behandelt wurden (z. B. mit welcher Diagnose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann?

Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

19) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Ihre Versorgung <u>nach der Entlassung</u> aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie <u>nach der Entlassung</u> infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

21) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
...welche medizinische Behandlung <u>nach Ihrer Entlassung</u> durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche weiteren Therapien oder Behandlungen <u>nach Ihrer Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Hilfsmittel Sie <u>nach Ihrer Entlassung</u> benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medikamente für die Zeit nach der Entlassung**

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen müssen.

22) Haben Sie im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Damit sind alle Medikamente gemeint, die Sie nach der Entlassung einnehmen.

Ja, ich habe neue Medikamente bekommen bzw. meine Medikamente wurden umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 23**

Nein, ich habe keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 25**

23) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

25) Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

- Ja .....
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

26) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, wie Sie ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... sich nach Ihrer Entlassung im Alltag <u>verhalten sollen</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mögliche Komplikationen und Warnsignale <u>erkennen können</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich bei Komplikationen und Warnsignalen <u>verhalten müssen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

27) Nutzen Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die Sie vorher noch nicht benutzt haben (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 29**

28) Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?

Ja, für alle Hilfsmittel .....

Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel .....

Nein, für kein Hilfsmittel .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

### Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

29) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, einen Termin zur direkten Weiterbehandlung bei einer Hausärztin / einem Hausarzt oder einer Fachärztin / einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten)?

Ja .....

Nein .....

Ich brauchte keine Unterstützung .....

Es war kein Arzttermin zur Weiterbehandlung notwendig .....

*Weiß nicht* .....

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja .....

Nein .....

Ich brauchte keine Unterstützung .....

Es waren keine Anträge notwendig .....

*Weiß nicht* .....

31) Wurden Ihnen im Krankenhaus Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

32) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

33) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 34**
- Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**
- Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

34) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?

- Ja .....
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

**Das abschließende Gespräch zur Entlassung**

36) Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 39**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 39**

37) Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zu meiner Entlassung .....

*Weiß nicht* .....

38) Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich wollte/brauchte das nicht .....

*Weiß nicht* .....



### Ihre Bereitschaft zur Entlassung

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

39) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war in Bezug auf ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... meine <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die <u>Unterstützung durch andere</u> bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40) Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprächen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

### Dokumente zur Entlassung

41) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

### Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

42) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

43) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

44) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend .....

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend .....

Alleinstehend, geschieden oder in Trennung .....

Verwitwet .....

45) Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.

*Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.*

Anzahl der Personen

--	--

46) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

Wie oft wurden Sie in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?

- Gar nicht .....
- 1-mal .....
- 2- bis 3-mal .....
- 4-mal oder mehr .....
- Weiß nicht* .....

47) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.

- Keine verschreibungspflichtigen Medikamente .....
- 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente .....
- 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente .....
- 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente .....
- Weiß nicht* .....

48) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz oder Alzheimer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 51**
- Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 50**

50) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sehr gut                 | Eher gut                 | Eher schlecht            | Sehr schlecht            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

51) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....
- Polytechnischen Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....
- Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....
- Anderer Schulabschluss .....

52) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ..
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau/Hausmann .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

53) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin/Patient) .....

Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung) .....

Patientin/Patient und Vertrauensperson zusammen .....

Patientin/Patient mithilfe einer Gesundheitsfachkraft .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**







**Anhang H.1.2: Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte zu der Entlassung ihres Kindes aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“)**



# **Befragung**

## **zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass Sie nach der Beantwortung einer Frage direkt zu einer bestimmten Frage weitergeleitet werden, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5**. Fahren Sie dann normal in der Reihenfolge der Fragen fort.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Entlassmanagement“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

### Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus

Ihr Kind wurde kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie als Eltern bzw. Sorgeberechtigte zur **Entlassung Ihres Kindes** aus dem Krankenhaus und den Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **nur auf die Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus, die im Anschreiben genannt ist.**

1) War die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus geplant oder ungeplant?

Geplant .....

Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, einem Notfall) .....

*Weiß nicht* .....

2) Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen.

Wie wurde Ihr Kind im Krankenhaus behandelt?

Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) .....

Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) .....

3) Wie lange ist Ihr Kind im Krankenhaus gewesen, bis es entlassen wurde?

Weniger als 1 Woche .....

1 Woche bis weniger als 2 Wochen .....

2 Wochen bis weniger als 4 Wochen .....

4 Wochen bis weniger als 6 Wochen .....

6 Wochen oder länger .....

*Weiß nicht* .....

4) Wurde die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?

Ja .....

Nein .....

5) Wohin ist Ihr Kind entlassen worden?

Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/ zu Freunden, ins Betreute Wohnen) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Reha- bilitationsklinik, Hospiz) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 7**

Anderes .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

6) Werden Sie bzw. Ihr Kind durch einen Pflegedienst unterstützt?

Ja, auch schon bevor mein Kind im Krankenhaus war .....

Ja, aber erst seit der Entlassung meines Kindes aus dem Krankenhaus .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

### Organisation der Entlassung

7) Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Ihr Kind entlassen werden kann (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

8) Wurde Ihnen der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

9) Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Ihr Kind am Tag der Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommt (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

**Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus**

10) Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zur Entlassung Ihres Kindes?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 11**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

11) Konnten Sie im Krankenhaus eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter erreichen, wenn Sie Fragen zur Entlassung Ihres Kindes hatten?

Immer                      Meistens                      Selten                      Nie                      *Weiß nicht*

12) Wurden Ihre Fragen zur Entlassung Ihres Kindes im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Immer                    | Meistens                 | Selten                   | Nie                      | <i>Weiß nicht</i>        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13) Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zur Entlassung Ihres Kindes erhalten?

- Ja .....
- Nein .....
- Weiß nicht* .....

**Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus**

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

14) Haben Sie während des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus mit einer Mitarbeiterin/ einem Mitarbeiter des Sozialdienstes gesprochen?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**
- Ich wollte/brauchte das nicht .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**
- Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

15) War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?

- Ja .....
- Nein .....
- Weiß nicht* .....



16) Im Folgenden geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus. Wie häufig kamen folgende Situationen vor?

Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uns aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Informationen zur Behandlung im Krankenhaus und zur Weiterversorgung nach der Entlassung**

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung Ihres Kindes darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... warum Ihr Kind im Krankenhaus behandelt wurde (z. B. mit welcher Diagnose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Behandlungen oder Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was die Ergebnisse dieser Behandlungen oder Untersuchungen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung darüber gesprochen, wie sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Entlassung entwickeln kann?

Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf der Gesundheit Ihres Kindes nach der Entlassung.

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

19) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
...wie die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. Situation in der Familie, Unterstützung bei der Pflege)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie die Versorgung Ihres Kindes <u>nach der Entlassung</u> aussehen kann (z. B. Pflege in der Familie, Pflegedienst/Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen <u>nach der Entlassung</u> infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zur Weiterversorgung Ihres Kindes nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

21) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
...welche medizinische Behandlung für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> durch eine Kinderärztin / einen Kinderarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/ Fachärzte notwendig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Hilfsmittel Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> benötigt (z. B. Gehhilfen, Dusch-/Badehilfen, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medikamente für die Zeit nach der Entlassung**

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen muss.

22) Hat Ihr Kind im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Damit sind alle Medikamente gemeint, die Ihr Kind nach der Entlassung einnimmt.

Ja, mein Kind hat neue Medikamente bekommen bzw. die Medikamente wurden umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 23**

Nein, mein Kind hat keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 25**

23) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medikament	Für die meisten Medikamente	Nur für wenige Medikamente	Für gar kein Medikament	<i>Weiß nicht</i>
... welche Medikamente Ihr Kind nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wofür Ihr Kind die Medikamente nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt, oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
...wann Ihr Kind die Medika- mente einnehmen soll (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Ta- geszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Ihr Kind die Medika- mente einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wie viel Ihr Kind von dem jeweiligen Medikament einneh- men soll (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

25) Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

- Ja .....
- Nein, obwohl ich es mir / mein Kind es sich gewünscht hätte .....
- Brauchte ich / mein Kind nicht .....
- Weiß nicht* .....

26) Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Brauchte ich / mein Kind nicht	Weiß nicht
... wie sich Ihr Kind nach der Entlassung im Alltag <u>verhalten soll</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie mögliche Komplikationen und Warnsignale zu <u>erkennen sind</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was bei Komplikationen und Warnsignalen <u>zu tun ist</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

27) Nutzt Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die es vorher noch nicht benutzt hat (z. B. Gehhilfen, Dusch-/Badehilfen, Pflegebett)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 29**

28) Wurde Ihnen bzw. Ihrem Kind im Krankenhaus gezeigt, wie mit den neuen Hilfsmitteln umzugehen ist?

Ja, für alle Hilfsmittel .....

Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel .....

Nein, für kein Hilfsmittel .....

Brauchte ich / mein Kind nicht .....

*Weiß nicht* .....

### Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

29) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, einen Termin zur direkten Weiterbehandlung Ihres Kindes bei einer Kinderärztin / einem Kinderarzt oder einer Fachärztin/ einem Facharzt zu vereinbaren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten)?

Ja .....

Nein .....

Ich brauchte keine Unterstützung .....

Es war kein Arzttermin zur Weiterbehandlung notwendig .....

*Weiß nicht* .....

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja .....

Nein .....

Ich brauchte keine Unterstützung .....

Es waren keine Anträge notwendig .....

*Weiß nicht* .....

31) Wurden Ihnen im Krankenhaus für Ihr Kind Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, sozialmedizinische Versorgung)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

32) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien für Ihr Kind zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung)?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

33) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 34**
- Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**
- Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

34) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

**Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... eine häusliche Krankenpflege zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung Ihres Kindes wenden können, wenn Sie Fragen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung Ihres Kindes haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Kinderärztin / einen Kinderarzt, an einen Pflegedienst)?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....



### Das abschließende Gespräch zur Entlassung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das abschließende Gespräch zur Entlassung. Dieses Gespräch kann mit Ihnen als Eltern bzw. Sorgeberechtigte alleine oder gemeinsam mit Ihrem Kind durchgeführt worden sein.

36) Wurde am Ende des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 38**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 38**

37) Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf die Entlassung Ihres Kindes wichtig waren?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zur Entlassung meines Kindes ..

*Weiß nicht* .....

**Bereitschaft zur Entlassung**

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

38) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zu?

Mein Kind war in Bezug auf seine ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mein Kind nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39) Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... in Bezug auf die <u>Unterstützung durch andere</u> bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bereit, <u>den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen</u> (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40) Wurde am Ende des Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen bzw. Ihrem Kind darüber gesprachen, ob Sie und Ihr Kind bereit für die Entlassung sind?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich / mein Kind nicht .....
- Weiß nicht* .....

### Dokumente zur Entlassung

41) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zur Behandlung und Weiterversorgung Ihres Kindes enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag der Entlassung Ihres Kindes einen Entlassbrief erhalten?

- Ja .....
- Nein .....
- Weiß nicht* .....

### Nun möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrem Kind bitten.

42) In welchem Monat und welchem Jahr wurde Ihr Kind geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

43) Welches Geschlecht hat Ihr Kind?

- Weiblich .....
- Männlich .....
- Divers .....

44) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

Wie oft wurde Ihr Kind in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?

- Gar nicht .....
- 1-mal .....
- 2- bis 3-mal .....
- 4-mal oder mehr .....
- Weiß nicht* .....

45) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Ihr Kind ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommt.

- Keine verschreibungspflichtigen Medikamente .....
- 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente .....
- 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente .....
- 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente .....
- Weiß nicht* .....

46) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihrem Kind jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / hoher Blutzucker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz oder Alzheimer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

47) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

48) Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich .....
- Männlich .....
- Divers .....

49) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

- In fester Partnerschaft, zusammenlebend .....
- In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend .....
- Alleinstehend, geschieden oder in Trennung .....
- Verwitwet .....

50) Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.

*Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.*

Anzahl der Personen



51) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 53**
- Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 52**

52) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

53) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....
- Polytechnischen Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....
- Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....
- Anderer Schulabschluss .....

54) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ..
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau/Hausmann .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

55) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r des Kindes .....

Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r zusammen .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**





## Anhang H.2: Auszug aus den Testleitfäden für die weitere kognitive Pretestung nach dem Standard-Pretest (Juli/August 2022)

### Anhang H.2.1: Testleitfaden für erwachsene Patientinnen und Patienten

#### 1.1 Übersicht der Probing-Fragen

Themenblock	Frage in der Fragebogenversion „Erwachsene“ (Anhang H.1.1)
Entlassort	Frage 5
Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin	Frage 8
Erfahrungen mit Krankenhauspersonal: Erreichbarkeit bei Fragen	Frage 10, Frage 11
Kommunikation mit dem Sozialdienst	Frage 15, Frage 16
Information zur Diagnose / zum Grund des Aufenthalts, zur Behandlung und zu Behandlungsergebnissen	Frage 17
Information zur Entwicklung des Gesundheitszustands nach Entlassung	Frage 18
Beteiligung an der Planung der Entlassung	Frage 20
Medikamente für die Zeit nach der Entlassung: Information zu Medikamenten	Frage 22, Frage 23, Frage 24
Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung: Unterstützung Arzttermine und Antragsstellung	Frage 29, Frage 30
Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung: Geplante Therapien	Frage 31, Frage 32
Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung: Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe	Frage 33, Frage 34
Besprechen der Entlassfähigkeit	Frage 40

## 1.2 Information zum Zeitpunkt der Entlassung

8) Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja.....

Nein .....

Weiß nicht .....

### Hintergrund

#### Intention:

- Befragte sollen bei Frage 8 angeben, ob für sie genug Zeit bestand, sich auf die Entlassung vorzubereiten.

#### Ziel:

- Verstehen die Befragten die Frage im intendierten Sinn „zeitlich so mitgeteilt“?
- Was bedeutet die Formulierung „zeitlich so mitgeteilt“ für die Befragten?
- Welchen Zeitraum definieren die Befragten für sich mit „zeitlich so mitgeteilt“?
- Wie schwer oder leicht fällt es den Befragten, sich an die Mitteilung des Entlasstermins zu erinnern?

### 1.3 Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja.....

Nein .....

Ich brauchte keine Unterstützung.....

Es waren keine Anträge nötig.....

Weiß nicht .....

#### Hintergrund

##### Intention:

- Befragte sollen bei Frage 30 angeben, ob das Krankenhaus sie bei der Antragsstellung für die Weiterversorgung unterstützt hat.
- Befragte, für die keine Anträge für die Weiterversorgung nach der Entlassung notwendig waren, sollen die Antwortoption „Es waren keine Anträge notwendig“ auswählen; Befragte, für die Anträge zwar notwendig waren, die aber keine Unterstützung bei der Antragsstellung brauchen, sollen die Antwortoption „Ich brauchte keine Unterstützung“ verwenden.

##### Ziel:

- An welche Situationen denken die Befragten beim Beantworten von Frage 30?
- Warum haben die Befragten die Antwortoption angekreuzt?
- Was verstehen die Befragten unter der Antwortoption „Ich brauchte keine Unterstützung“
- Was verstehen die Befragten unter der Antwortoption „Es war kein Arzttermin zur Weiterbehandlung notwendig“?

## Anhang H.2.2: Testleitfaden für Angehörige

### 1.1 Übersicht der Probing-Fragen

Themenblock	Frage in der Fragebogenversion „Erwachsene“ (Anhang H.1.1)
Entlassort	Frage 5
Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin	Frage 8
Erfahrungen mit Krankenhauspersonal: Erreichbarkeit bei Fragen	Frage 10, Frage 11
Kommunikation mit dem Sozialdienst	Frage 15, Frage 16
Information zur Diagnose / zum Grund des Aufenthalts, zur Behandlung und zu Behandlungsergebnissen	Frage 17
Information zur Entwicklung des Gesundheitszustands nach Entlassung	Frage 18
Beteiligung an der Planung der Entlassung	Frage 20
Medikamente für die Zeit nach der Entlassung: Information zu Medikamenten	Frage 22, Frage 23, Frage 24
Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung: Unterstützung Arzttermine und Antragsstellung	Frage 29, Frage 30
Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung: Geplante Therapien	Frage 31, Frage 32
Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung: Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe	Frage 33, Frage 34
Besprechen der Entlassfähigkeit	Frage 40

## 1.2 Information zum Zeitpunkt der Entlassung

8) Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja.....

Nein .....

Weiß nicht .....

### Hintergrund

#### Intention:

- Befragte sollen bei Frage 8 angeben, ob für die Patientin / den Patienten genug Zeit bestand, sich auf die Entlassung vorzubereiten.

#### Ziel:

- Verstehen die Befragten die Frage im intendierten Sinn „zeitlich so mitgeteilt“?
- Was bedeutet die Formulierung „zeitlich so mitgeteilt“ für die Befragten?
- Welchen Zeitraum definieren die Befragten für sich mit „zeitlich so mitgeteilt“?
- Wie schwer oder leicht fällt es den Befragten, sich an die Mitteilung des Entlasstermins zu erinnern?

### 1.3 Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja.....

Nein .....

Ich brauchte keine Unterstützung.....

Es waren keine Anträge nötig.....

Weiß nicht .....

#### Hintergrund

##### Intention:

- Befragte sollen bei Frage 30 angeben, ob das Krankenhaus sie bei der Antragsstellung für die Weiterversorgung unterstützt hat.
- Befragte, für die keine Anträge für die Weiterversorgung nach der Entlassung notwendig waren, sollen die Antwortoption „Es waren keine Anträge notwendig“ auswählen; Befragte, für die Anträge zwar notwendig waren, die aber keine Unterstützung bei der Antragsstellung brauchen, sollen die Antwortoption „Ich brauchte keine Unterstützung“ verwenden.

##### Ziel:

- An welche Situationen denken die Befragten beim Beantworten von Frage 30?
- Warum haben die Befragten die Antwortoption angekreuzt?
- Was verstehen die Befragten unter der Antwortoption „Ich brauchte keine Unterstützung“
- Was verstehen die Befragten unter der Antwortoption „Es war kein Arzttermin zur Weiterbehandlung notwendig“?

## Anhang H.2.3: Testleitfaden für Eltern/Sorgeberechtigte

### 1.1 Übersicht der Probing-Fragen

Themenblock	Frage in der Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“ (Anhang H.1.2)
Entlassort	Frage 5
Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin	Frage 8
Erfahrungen mit Krankenhauspersonal: Erreichbarkeit bei Fragen	Frage 10, Frage 11
Kommunikation mit dem Sozialdienst	Frage 15, Frage 16
Information zur Diagnose / zum Grund des Aufenthalts, zur Behandlung und zu Behandlungsergebnissen	Frage 17
Information zur Entwicklung des Gesundheitszustands nach Entlassung	Frage 18
Klären der Versorgungssituation vor/nach Entlassung	Frage 19
Beteiligung an der Planung der Entlassung	Frage 20
Medikamente für die Zeit nach der Entlassung: Information zu Medikamenten	Frage 22, Frage 23, Frage 24
Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung: Unterstützung Arzttermine und Antragsstellung	Frage 29, Frage 30
Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung: Geplante Therapien	Frage 31, Frage 32
Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung: Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe	Frage 33, Frage 34
Besprechen der Entlassfähigkeit	Frage 40



## 1.2 Information zum Zeitpunkt der Entlassung

8) Wurde Ihnen der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja.....

Nein .....

Weiß nicht .....

### Hintergrund

#### Intention:

- Befragte sollen bei Frage 8 angeben, ob für sie genug Zeit bestand, sich auf die Entlassung ihres Kindes vorzubereiten.

#### Ziel:

- Verstehen die Befragten die Frage im intendierten Sinn „zeitlich so mitgeteilt“?
- Was bedeutet die Formulierung „zeitlich so mitgeteilt“ für die Befragten?
- Welchen Zeitraum definieren die Befragten für sich mit „zeitlich so mitgeteilt“?
- Wie schwer oder leicht fällt es den Befragten, sich an die Mitteilung des Entlasstermins zu erinnern?

### 1.3 Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja.....

Nein .....

Ich brauchte keine Unterstützung.....

Es waren keine Anträge nötig.....

Weiß nicht .....

#### Hintergrund

##### Intention:

- Befragte sollen bei Frage 30 angeben, ob das Krankenhaus sie bei der Antragsstellung für die Weiterversorgung ihres Kindes unterstützt hat.
- Befragte mit Kindern, für die keine Anträge für die Weiterversorgung nach der Entlassung notwendig waren, sollen die Antwortoption „Es waren keine Anträge notwendig“ auswählen; Befragte mit Kindern, für die Anträge zwar notwendig waren, die aber keine Unterstützung bei der Antragsstellung brauchen, sollen die Antwortoption „Ich brauchte keine Unterstützung“ verwenden.

##### Ziel:

- An welche Situationen denken die Befragten beim Beantworten von Frage 30?
- Warum haben die Befragten die Antwortoption angekreuzt?
- Was verstehen die Befragten unter der Antwortoption „Ich brauchte keine Unterstützung“
- Was verstehen die Befragten unter der Antwortoption „Es war kein Arzttermin zur Weiterbehandlung notwendig“?

## Anhang H.3: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der weiteren kognitiven Pretestung

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
Anzahl Testpersonen; n	15	6	3	6
<b>Soziodemografische Angaben der Testpersonen</b>				
Alter der Testpersonen in Jahren				
MW (SD)	47,80 (13,4)	56,20 (15,7)	42,70 (10,6)	42,00 (8,2)
Median (Range)	42 (31–78)	57,5 (36–78)	41 (33–54)	41 (31–56)
Geschlecht der Testpersonen				
Frauen; n	9	3	3	3
Männer; n	5	3	0	2
Keine Angabe; n	1	0	0	1
Höchster schulischer Bildungsabschluss				
Hauptschulabschluss / Volkshochschulabschluss; n	1	0	1	0
Realschule / Mittlere Reife; n	7	4	1	2

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
Fachhochschulreife, Fachoberschule; n	1	1	0	0
Allgemeine Hochschulreife, Abitur, EOS; n	6	1	1	4
<b>Berufliche Situation der Testpersonen</b>				
Vollzeit berufstätig; n	7	3	1	3
Teilzeit berufstätig; n	4	1	1	2
Berentet / pensioniert; n	2	2	0	0
Hausfrau / -mann; n	1	0	0	1
Berufs- oder erwerbsunfähig	1	0	1	0
<b>Familienstand der Testpersonen</b>				
In fester Partnerschaft, zusammenlebend; n (%)	-	3	-	-
Alleinstehend, geschieden oder in Trennung; n (%)	-	3	-	-

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
<b>Soziodemografische Angaben zu den entlassenen Patientinnen und Patienten</b>				
Alter der Patientinnen und Patienten (in Jahren)				
MW (SD)	-	-	76,30 (7,1)	9,50 (6,6)
Median (Range)	-	-	75 (70–84)	11 (1–17)
Geschlecht der Patientinnen und Patienten				
Frauen; n	-	-	1	3
Männer; n	-	-	2	3
Verwandtschaftsverhältnis der Angehörigen bzw. Sorgeberechtigten/Eltern zu den Patientinnen und Patienten				
Elternteil; n	-	-	1	-
Geschwister; n	-	-	1	-
Anderes; n	-	-	1	-
<b>Angaben zum Krankenhausaufenthalt und zur Weiterversorgung der entlassenen Patientinnen und Patienten</b>				
Art der Krankenhausbehandlung				
Geplant; n	6	1	2	3
Ungeplant; n	8	4	1	3
Weiß nicht; n	1	1	0	0

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
<b>Dauer des Krankenhausaufenthalts der Patientinnen und Patienten (in Nächten)</b>				
MW (SD)	6,90 (7,5)	11,20 (10,5)	6,70 (6,4)	3,30 (3,1)
Median (Range)	4,5 (0–24)	6 (2–24)	4 (2–14)	3,5 (0–7)
<b>Angegebene Gründe für den Krankenhausaufenthalt der Patientinnen und Patienten</b>				
Psychische Erkrankungen; n, z. B. Depression, Angststörung	6	3	1	2
Chirurgische und innere/organische Indikationen; n, z. B. Darm-OP, Hernien	1	1	0	0
Infektionen; n, z. B. Covid-19, Infekt	6	1	1	4
Anderes; n z. B. Sturz/Unfall	2	1	1	0
<b>Zusammenfassung der Behandlungsgründe im Krankenhaus</b>				
Somatische Erkrankungen, n	7	3	1	2
Psychische Erkrankungen; n	6	2	1	4
Anderes; n	2	1	1	0

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
<b>Unterbringung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung</b>				
nach Hause; n	14	5	3	6
Anderes; n	1	1	0	0
<b>Pflegegrad der Patientinnen und Patienten</b>				
Pflegegrad 1; n	1	0	0	1
Pflegegrad 2; n	2	2	0	0
Pflegegrad beantragt	1	1	0	0
Kein Pflegegrad; n	10	3	3	4
Fehlend; n	1	0	0	1
<b>Weiterbehandlung oder Unterstützungsmaßnahmen nach Entlassung (Mehrfachantworten möglich)</b>				
Ambulante Therapien; n	7	4	0	3
Andere; n, z. B. Tagesklinik, Betreuung durch Eltern	4	1	1	2
Keine; n	5	2	2	1

Charakteristika	Gesamt	Selbstauskunft der Patientinnen und Patienten	Angaben der (pflegenden) Angehörigen von volljährigen Patientinnen und Patienten	Angaben der Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten
Notwendigkeit neuer Hilfsmittel nach der Entlassung				
Ja; n	1	0	1	0
Nein; n	14	6	2	6

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung (*standard deviation*); n = Anzahl; EOS = Erweiterte Oberschule



# **Anhang I: Berechnung und Auswertung der Qualitätsindikatoren**

## **Anhang I.1: Empfohlenes Set der Qualitäts- indikatoren der Patientenbefragung**

Die 12 Qualitätsindikatoren wurden auf der Basis des Qualitätsmodells mit 9 Qualitätsaspekten und 31 Qualitätsmerkmale entwickelt. Die folgende Tabelle fasst die finalen Entwicklungsergebnisse in einer Übersicht der jeweiligen Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale, der finalen Fragebogenitems aus der Fragebogenversion „Erwachsene“ sowie der dazugehörigen Qualitätsindikatoren zusammen. Die Vorstellung der Qualitätsindikatoren kann im Abschlussbericht Abschnitt 11.2 entnommen werden.

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
1. Entlassplanung	Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin	Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx00: Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus
	Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen	Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
	Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
	Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten	Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
1. Entlassplanung	Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx01: Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung
	Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)? ... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
	Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
	Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung	Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
1. Entlassplanung	Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten	Wurden Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx02: Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus
	Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
		Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ... ... sich für mich und meine Situation interessiert. ... mir aufmerksam zugehört.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
2. Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung	Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche medizinische Behandlung nach Ihrer Entlassung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx03: Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung
	Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche weiteren Therapien oder Behandlungen nach Ihrer Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Information zu Hilfsmitteln	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche Hilfsmittel Sie nach Ihrer Entlassung benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
	Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
	Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
3. Information und Aufklärung zur Medikation	Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... ... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen? ... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für jedes Medikament</li> <li>▪ Für die meisten Medikamente</li> <li>▪ Nur für wenige Medikamente</li> <li>▪ Für gar kein Medikament</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx04: Information und Aufklärung zur Entlassmedikation

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
	Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... ... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)? ... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen? ... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für jedes Medikament</li> <li>▪ Für die meisten Medikamente</li> <li>▪ Nur für wenige Medikamente</li> <li>▪ Für gar kein Medikament</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
	Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... ... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für jedes Medikament</li> <li>▪ Für die meisten Medikamente</li> <li>▪ Nur für wenige Medikamente</li> <li>▪ Für gar kein Medikament</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
4. Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag	Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir es sich gewünscht hätte</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45x05: Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung
	Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln	Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, für alle Hilfsmittel</li> <li>▪ Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel</li> <li>▪ Nein, für kein Hilfsmittel</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
	Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie Sie sich nach Ihrer Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
	Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie Sie mögliche Komplikationen und Warnsignale erkennen können (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)? ... wie Sie sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
5. Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung	Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt solche Anschluss-therapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx06: Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung
	Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... ... einen Pflegedienst zu organisieren? ... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ Brauchte ich nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
6. Entlassgespräch	Durchführen eines abschließenden Gesprächs	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx07: Entlassgespräch
	Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch	Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zu meiner Entlassung</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
	Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung	Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte</li> <li>▪ Ich wollte/brauchte das nicht</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	



Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
7. Entlassdokumente	Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag	Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.  Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx08: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten
8. Bedarfsge- rechte Kommuni- kation und Inter- aktion mit Patientinnen und Patienten	Widerspruchsfreie Informa- tion des medizinischen Perso- nals zur Entlassung	Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx09: Wider- spruchsfreie Infor- mation und Klärung von Fragen zur Ent- lassung
	Zeit für Fragen zur Entlassung	Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	
		Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer</li> <li>▪ Meistens</li> <li>▪ Selten</li> <li>▪ Nie</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortmöglichkeiten	Qualitätsindikator
9. Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung	Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten	Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf ... ... meine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden. ... meine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden. ... die Unterstützung durch andere bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voll und ganz bereit</li> <li>▪ Eher bereit</li> <li>▪ Eher nicht bereit</li> <li>▪ Gar nicht bereit</li> <li>▪ Trifft auf mich nicht zu</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx10: Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten
		Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... ... körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden. ... psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voll und ganz bereit</li> <li>▪ Eher bereit</li> <li>▪ Eher nicht bereit</li> <li>▪ Gar nicht bereit</li> <li>▪ Trifft auf mich nicht zu</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	45xx11: Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten
		Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... ... in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, durch einen Pflegedienst). ... bereit den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voll und ganz bereit</li> <li>▪ Eher bereit</li> <li>▪ Eher nicht bereit</li> <li>▪ Gar nicht bereit</li> <li>▪ Trifft auf mich nicht zu</li> <li>▪ <i>Weiß nicht</i></li> </ul>	

\* Die Items sind in der Fragebogenversion für erwachsene Patientinnen und Patienten dargestellt.

## Anhang I.2: Codebook – vorläufige Namen der Variablen für die Fragebogenitems zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
ETERMIN	Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht = n. a.
ENTLVORAU	Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht = n. a.
TRANSPORT	Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
GESPRBEREITSCHAFT	Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
KHLEBSIT	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
KHVERSORGUNGNE	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
KHUNTERSTNE	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
UNTERSTANTRAG	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
ENTSCHEINB	Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
SOZDKONTAKTFILTER	Wurden Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
BERATUNGSOZDHILFREICH	War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht
SOZDINTERESSIERT	Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ... ... sich für mich und meine Situation interessiert.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht = n. a.

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
SOZDAUFMERKSAM	Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ... ... mir aufmerksam zugehört.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
MEDBEHANDLUNGNE	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche medizinische Behandlung nach Ihrer Entlassung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
THERAPIENE	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche weiteren Therapien oder Behandlungen nach Ihrer Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
HILFSMITTELNE	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche Hilfsmittel Sie nach Ihrer Entlassung benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
ANSPRECHPERSNE	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
KHPROGNOSE	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
WELCHEMED	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... ... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht</i>
WOFUERMED	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... ... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht</i>
WANNMED	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... ... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht</i>
DAUERMED	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... ... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht</i>
DOSMED	Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... ... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht</i>

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
NUWMED	Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... ... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht</i>
MPSV	Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körper- pflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
UMGHILFSMITTEL	Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?	Ja, für alle Hilfsmittel = 100 Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel = 67 Nein, für kein Hilfsmittel = 33 Brauchte ich nicht = 0 <i>Weiß nicht</i>
VERHALTENNE	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie Sie sich nach Ihrer Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Hinweise zur körper- lichen Belastung, zur Ernährung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
ERKENNENKOMP	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie Sie mögliche Komplikationen und Warnsignale erkennen können (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
VERHALTENKOMP	Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie Sie sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
ORGATHERAPIE	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
ORGAPFLD	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... ... einen Pflegedienst zu organisieren?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
ORGAHH	Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... ... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
ABSCHLGSPRFILTER	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht = n. a.
ABSCHLGSPRTHEM	Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zu meiner Entlassung = neutral Weiß nicht
ABSCHLGSPRANG	Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht = n. a.



Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
EBRIEF	Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein. Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
WIDERSPRINFO	Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
MITARBERREICHT	Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
FRAGENGEBRAUCHT	Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
KOERPBEREIT (Fragebogenversion „Erwachsene“)	Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf ... ... meine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
PSYCHBEREIT (Fragebogenversion „Erwachsene“)	Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf ... ... meine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
UNTERSTANDEREBEREIT (Fragebogenversion „Erwachsene“)	Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf ... ... die Unterstützung durch andere bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
KOERPBEREIT (Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“)	Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... ... körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mein Kind nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
PSYCHBEREIT (Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“)	Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... ... psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mein Kind nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
ELTERNUNTERSTANDERE BEREIT (Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“)	Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... ... in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, durch einen Pflegedienst).	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
ELTERNALLTAGBEREIT (Fragebogenversion „Eltern/Sorgeberechtigte“)	Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... ... bereit den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
KHGEPLANT	War Ihre Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant?	Geplant = 0 Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls) = 1 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
KHDAUER	Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden?	Weniger als 1 Woche = 0 1 Woche bis weniger als 2 Wochen = 1 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen = 2 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen = 3 6 Wochen oder länger = 4 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
KHEORTFILTER	Wohin sind Sie entlassen worden?	Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/zu Freunden, ins Betreute Wohnen) = 0 Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) = 1 Anderes = 2 <i>Weiß nicht = n. a.</i>

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
ANZVERGANGENE	Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Wie oft wurden Sie in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?	Gar nicht = 0 1-mal = 1 2- bis 3-mal = 2 4-mal oder mehr = 3 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
ANZMED	Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.	Keine verschreibungspflichtigen Medikamente = 0 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente = 1 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente = 2 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente = 3 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
CHRLUNG	Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt? ... Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	Ja = 1 Nein = 0
BLUHO	... Bluthochdruck	Ja = 1 Nein = 0
CHRMADA	... Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	Ja = 1 Nein = 0
HKE	... Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja = 1 Nein = 0
HERZINF	... Herzinfarkt	Ja = 1 Nein = 0
SCHLAGANF	... Schlaganfall	Ja = 1 Nein = 0
DIAB	... Diabetes / hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes)	Ja = 1 Nein = 0

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
CHREBNIIE	... Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	Ja = 1 Nein = 0
KREBS	... Krebserkrankung	Ja = 1 Nein = 0
PSYCH	... Psychische Erkrankung	Ja = 1 Nein = 0
DEMALZ	... Demenz oder Alzheimer	Ja = 1 Nein = 0
NEURO	... Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	Ja = 1 Nein = 0
ENTWSTOER	... Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS)	Ja = 1 Nein = 0
RHEUMA	... Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	Ja = 1 Nein = 0
PATGEBURTJAHR/ PATGEBURTMONAT	In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie [Ihr Kind] geboren?	Offene Angabe zum Geburtsmonat und Geburtsjahr
PATGESCHLECHT	Welches Geschlecht haben Sie? [Welches Geschlecht hat Ihr Kind?]	Weiblich = 0 Männlich = 1 Divers = 2
KHBEHANDSTAT	Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen. Wie wurden Sie im Krankenhaus behandelt?	Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) = 0 Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) = 1
KHABBR	Haben Sie Ihre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?	Ja = 1 Nein = 0

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
PFLEDIE	Werden Sie durch einen Pflegedienst unterstützt?	Ja, auch schon bevor ich im Krankenhaus war = 1 Ja, aber erst seit meiner Entlassung aus dem Krankenhaus = 2 Nein = 0 Weiß nicht = n. a.
FAMSIT	Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?	In fester Partnerschaft, zusammenlebend = 0 In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend = 1 Alleinstehend, geschieden oder in Trennung = 2 Verwitwet = 3
ANZHAUSH	Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen? Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.	Offene Angabe zur Anzahl der Personen
GEBURTELTERNJAHR/ GEBURTELTERNMONAT	In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?	Offene Angabe zum Geburtsmonat und Geburtsjahr
GESCHLECHTELTERN	Welches Geschlecht haben Sie?	Weiblich = 0 Männlich = 1 Divers = 2
SPRACHEFILTER	Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	Ja = 1 Nein = 0
DEUTSCHKENNT	Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind:	Sehr gut = 0 Eher gut = 1 Eher schlecht = 2 Sehr schlecht = 3

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
SCHULABSCHLUSS	Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule = 0 Von der Schule abgegangen ohne Abschluss = 1 Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) = 2 Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse = 3 Realschulabschluss (Mittlere Reife) = 4 Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse = 5 Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule = 6 Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) = 7 Anderer Schulabschluss = 8
BERUF	Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?	Schülerin/Schüler oder Studentin/Student = 0 Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) = 1 Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) = 2 Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) = 3 Arbeitslos = 4 Altersrente = 5 Erwerbsunfähigkeitsrente = 6 Hausfrau/Hausmann = 7 Ausbildung, Umschulung = 8 Wiedereingliederungsmaßnahme = 9 Sonstiges = 10

Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
AUSFUELLP	Wer hat den Fragebogen beantwortet?	<p>[Fragebogenversion = Erwachsene]            Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin/Patient) = 0            Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung) = 1            Patientin/Patient und Vertrauensperson zusammen = 2            Patientin/Patient mithilfe einer Gesundheitsfachkraft = 3</p> <p>[Fragebogenversion = Eltern]            Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r des Kindes = 4            Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r zusammen = 5</p>
FRAGENENTLASSFILTER	Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zu Ihrer Entlassung?	Ja = 1 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
NEUMEDFILTER	Haben Sie im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)? Damit sind alle Medikamente gemeint, die Sie nach der Entlassung einnehmen.	Ja, ich habe neue Medikamente bekommen bzw. meine Medikamente wurden umgestellt. = 1 Nein, ich habe keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. = 0
NEUHILFSMITTELFILTER	Nutzen Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die Sie vorher noch nicht benutzt haben (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?	Ja = 1 Nein = 0
EMPFTHERAPIEFILTER	Wurden Ihnen im Krankenhaus Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie)?	Ja = 1 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>



Variablenname	Item nach Abschluss der Pretestungen*	Antwortoptionen (Skalierung)
EMPFUNTERSTNEFILTER	Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?	Ja = 1 Nein = 0 Weiß nicht = n. a.

\* Items sind, soweit nicht anders angegeben, in der Fragebogenversion „Erwachsene“ dargestellt.

## Anhang I.3: Exemplarische Berechnung des Indikators 45xx00 „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“

Im Folgenden wird die Funktionsweise der statistischen Auswertungsmethodik am Beispiel des Qualitätsindikators „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“ für einen Leistungserbringer illustriert. Die Berechnung beruht auf der in Abschnitt 11.1 des Abschlussberichts im Detail beschriebenen Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren.

Der betrachtete Qualitätsindikator 45xx00 (Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus) beruht auf den folgenden vier Qualitätsmerkmalen, welche jeweils mit einer Frage (Item) operationalisiert werden:

- Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin
- Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen
- Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten
- Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort

Die konkreten Fragen und Antwortmöglichkeiten sind in der folgenden Tabelle 1 aufgelistet. Die Antwort „Ja“ wird jeweils mit 100 Punkten, die Antwort „Nein“ mit 0 Punkten bewertet. Die Antwortmöglichkeiten „Brauchte ich nicht“ sowie „Weiß nicht“ werden für den Leistungserbringer als neutral gewertet, d. h., sie gehen weder positiv noch negativ in die Berechnung ein.

*Tabelle 1: Fragen (Items) und Qualitätsmerkmal des Indikators 45xx00 „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“*

Qualitätsmerkmal mit entsprechendem Item	Abkürzung	Antwortmöglichkeiten
Qualitätsmerkmal 1 „Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin“		
Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.	A	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Weiß nicht (neutral)

Qualitätsmerkmal mit entsprechendem Item	Abkürzung	Antwortmöglichkeiten
Qualitätsmerkmal 2 „Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen“		
Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?	B	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Weiß nicht (neutral)
Qualitätsmerkmal 3 „Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten“		
Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?	C	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Brauchte ich nicht (neutral) Weiß nicht (neutral)
Qualitätsmerkmal 4 „Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlass- tag vom Krankenhaus zum Entlassort“		
Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?	D	Ja (100 Punkte) Nein (0 Punkte) Brauchte ich nicht (neutral) Weiß nicht (neutral)

**Beispielszenario**

Für einen konkreten Leistungserbringer sind insgesamt 5 ausgefüllte Fragebögen von Patientinnen und Patienten zurückgekommen, die in Tabelle 2 mit den jeweiligen Antworten dargestellt sind.

Tabelle 2: Beispielszenario für einen fiktiven Leistungserbringer mit 5 Fragebögen

Patientenpseudonym	Punkte			
	Item A	Item B	Item C	Item D
PA	100	100	0	100
PB	0	100	100	0
PC	100	0	0	100
PD	0	0	0	100
PE	0	0	0	0

Für jedes Item (A, B, C und D) wird zunächst über die vorliegenden 5 Fragebögen gezählt, wie viele Punkte maximal hätten erreicht werden können und wie viele tatsächlich erreicht worden sind (Tabelle 3). Für jedes Merkmal wird wiederum über die zugehörigen Items aufsummiert,

wie viele Punkte erreicht wurden und maximal erreicht werden konnten. Für das Qualitätsmerkmal 1 mit Item A des Indikators hat der Leistungserbringer in diesem Beispiel 200 von 500 Punkten erreicht. Dieser Wert kann für das jeweilige Merkmal zur Schätzung des merkmalspezifischen Parameters  $\theta_m$  des Leistungserbringers verwendet werden, wobei hier  $m$  das Merkmal 1 indexiert.<sup>1</sup>

Tabelle 3: Zwischenergebnis pro Item, nachdem erreichte und maximale Punkte ermittelt wurden

Qualitätsmerkmal mit Item	Maximale Punkte	Erreichte Punkte
Qualitätsmerkmal 1 – A	500	200
Qualitätsmerkmal 2 – B	500	200
Qualitätsmerkmal 3 – C	500	100
Qualitätsmerkmal 4 – D	500	300

Da die statistische Inferenz in einem Bayesianischen Kontext geschieht, wird die sogenannte A-priori-Verteilung der Merkmalsparameter ( $\theta_m$ ) mittels der Informationen aus den vorliegenden Daten aufdatiert und die daraus resultierende A-posteriori-Verteilung der Merkmalsparameter für die Inferenz verwendet. Konkret wird bei diesem Qualitätsindikator mit insgesamt vier Merkmalen angenommen, dass a priori die Merkmalsparameter einer Beta-Verteilung mit den beiden Parametern  $a = b = \frac{1}{8}$  folgen ( $\theta_m \stackrel{\text{i.i.d.}}{\sim} \text{Beta}(\frac{1}{8}, \frac{1}{8})$ ). Da die A-posteriori-Verteilungen der Merkmale ebenfalls Beta-Verteilungen sind, können die Erwartungswerte und Unsicherheitsintervalle direkt daraus bestimmt werden.

Um die aufdatierten Parameter der A-posteriori-Beta-Verteilung zu erhalten, müssen die Punkte auf durchgehend ganzzahlige Werte von 0 bis N skaliert werden, wobei auch die möglichen Zwischenwerte berücksichtigt werden müssen. In diesem Fall waren alle Punktwerte von 0, 100, 200 usw. bis 500 möglich. Diese werden auf die Werte 0, 1, 2 usw. bis 5 skaliert.<sup>2</sup> Die im Beispiel vom Leistungserbringer erreichte Punktzahl von 200 für das erste Qualitätsmerkmal entspricht einem re-skalierten Punktwert 2 von 5.

Die Parameter der A-posteriori-Beta-Verteilung werden durch Hinzuaddieren der Punktwerte aufdatiert, d. h., es werden bei den Parametern  $a$  und  $b$  jeweils die erreichten Punkte bzw. die zum Maximlawert fehlenden Punkte hinzuaddiert (siehe dazu die folgende Tabelle 4).

<sup>1</sup> Es wird im Folgenden auf den Leistungserbringerindex  $i$  verzichtet, da in diesem Beispiel nur ein Leistungserbringer betrachtet wird.

<sup>2</sup> Hätten die Items mehr als zwei informative Kategorien ermöglicht, z. B. Antworten mit Punktwerten 0, 50 und 100, so wären entsprechend mehr Zwischenstufen möglich gewesen: 0, 50, 100, 150 usw. bis 500. Diese wären auf die Werte 0, 1, 2, 3 usw. bis 10 skaliert worden.

Tabelle 4: Berechnungsergebnisse der Parameter  $a$  und  $b$  sowie des Erwartungswerts für jeden Merkmalswert

Merkmalswert	$a$	$b$	Erwartungswert des Merkmalswerts: $E(\theta_m)$
1	$\frac{1}{8} + 2$ $= 2,125$	$\frac{1}{2} + (5 - 2) = 3,125$	$2,125 / (2,125 + 3,125) = 0,4047$
2	$\frac{1}{8} + 2$ $= 2,125$	$\frac{1}{2} + (5 - 2) = 3,125$	$2,125 / (2,125 + 3,125) = 0,4047$
3	$\frac{1}{8} + 1$ $= 1,125$	$\frac{1}{2} + (5 - 1) = 4,125$	$1,125 / (1,125 + 4,125) = 0,2142$
4	$\frac{1}{8} + 3$ $= 3,125$	$\frac{1}{2} + (5 - 3) = 2,125$	$3,125 / (3,125 + 2,125) = 0,5952$

Die konkrete A-posteriori-Verteilung für den Indikatorwert sowie der entsprechende Erwartungswert und das Unsicherheitsintervall lassen sich wie in Abschnitt 11.1 des Abschlussberichts dargestellt bestimmen. Im Falle von Qualitätsindikatoren mit mehreren Merkmalen resultiert der Indikatorwert aus dem Mittelwert der Merkmalparameter, z. B. beim vorliegenden Indikator 45xx00 „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“ mit vier Merkmalen mittels  $\theta = \frac{1}{4}\theta_1 + \frac{1}{4}\theta_2 + \frac{1}{4}\theta_3 + \frac{1}{4}\theta_4$ . Somit ist der Indikatorwert (d. h. der Punktschätzer) für diesen konkreten Leistungserbringer der Mittelwert der Erwartungswerte der vier Merkmalsparameter und liegt hier bei 0,4047 bzw. bei 40,47 Punkten auf der Punkteskala.

Das Unsicherheitsintervall ergibt sich nun aus dem 2,5%- und 97,5%-Quantil der A-posteriori-Verteilung, die in diesem Fall als die gemittelte Verteilung der A-posteriori-Verteilungen der vier Merkmale berechnet wird. Konkret ergibt dies ein Intervall von 22,61 bis 59,29 Punkten.

Da der Indikator 45xx00 „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“ einen festen Referenzbereich mit dem Intervall [95, 100] Punkte hat, wird die obere Grenze des 95%-Unsicherheitsintervalls mit dem Referenzwert  $t$  (im Beispiel  $t = 95$  Punkte) verglichen. Liegt die obere Grenze des Unsicherheitsintervalls unter 95 Punkten, so wird der Leistungserbringer für diesen Indikator als quantitativ auffällig eingestuft. Ansonsten wird er als quantitativ unauffällig bewertet. Da die obere Grenze des Intervalls für den konkreten Leistungserbringer bei 59,29 Punkten liegt und somit kleiner als 95 Punkte ist, wird der Leistungserbringer in der Auswertung als quantitativ auffällig eingestuft.

## Anhang I.4: Beispielhafte Darstellung von Ergebnisrückmeldungen der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Bei der Datengrundlage der folgenden Grafiken handelt es sich um simulierte Testdaten. Diese Daten basieren also nicht auf echten Befragungsdaten und dienen lediglich der Veranschaulichung der Ergebnisrückmeldung. Alle hier dargestellten Grafiken und Berichtsinhalte sind vorläufig. Die Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im Regelbetrieb können davon abweichen.

### Beispiel: ID 45xx00 „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“

Kurzbeschreibung des Qualitätsindikators „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“	
ID	45xx00
Qualitätsziel	Vor dem Verlassen des Krankenhauses sollen Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus Informationen erhalten, die sie vorab für die konkrete Planung zum Verlassen des Krankenhauses am Entlasstag benötigen. Dafür sollen Patientinnen und Patienten über den voraussichtlichen Entlasstermin und ihre Entlassvoraussetzungen informiert und die Beförderung zum Entlassort geklärt worden sein. Zudem soll im Krankenhaus mit den Patientinnen und Patienten deren Entlassfähigkeit thematisiert worden sein.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin</li> <li>▪ Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen</li> <li>▪ Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort</li> <li>▪ Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten</li> </ul>
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
Referenzbereich	≥ 95 Punkte
Datenquelle	Patientenbefragung

**Indikatorergebnis**

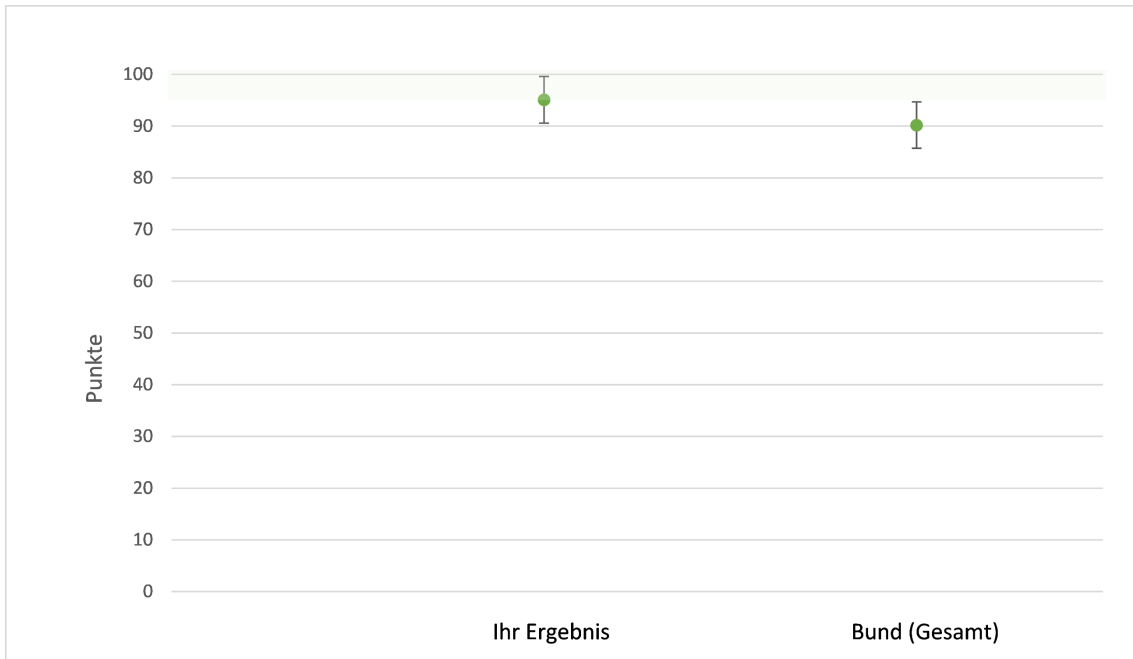


Abbildung 1: Fiktive Ergebnisdarstellung des Qualitätsindicators „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“

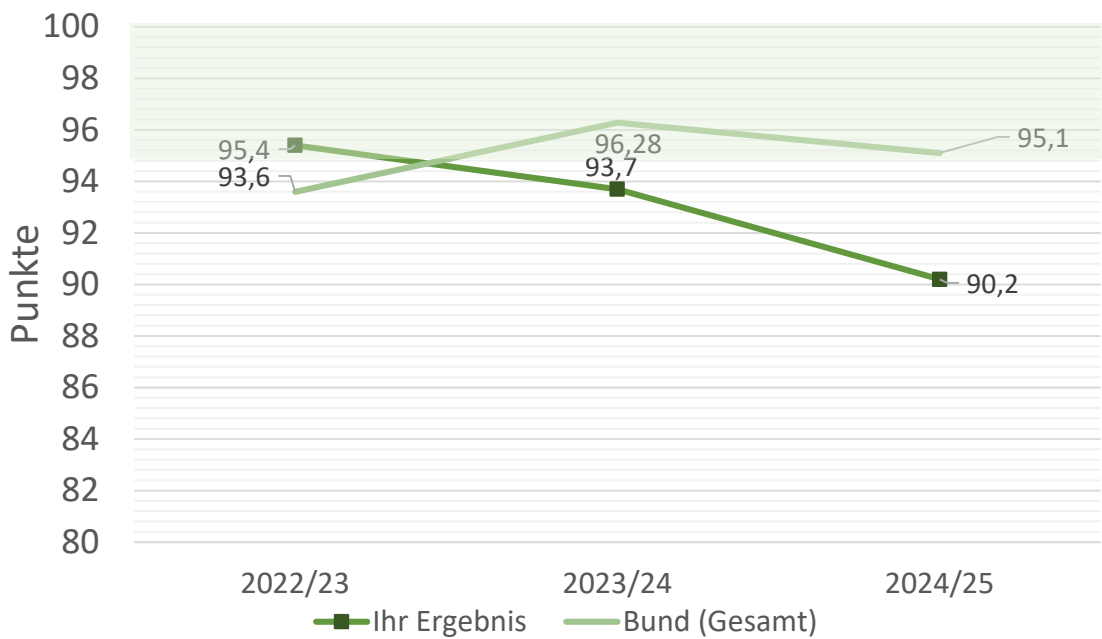


Abbildung 2: Fiktive Ergebnisdarstellung des Qualitätsindicators „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“ – Übersicht der vorangegangenen Jahre

**Vergleichsgruppen und weitere Kennzahlen**

Tabelle 5: Ergebnis des Qualitätsindikators „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“

Vergleichsgruppen 2022/2023	Ihr Ergebnis (Punkte)	Vertrauensbereich (Punkte)
<b>Ihr Ergebnis</b>	95,1 Punkte 2023/24: 93,7 2022/23: 95,4	X – Y Punkte 2023: X - Y 2022: X - Y
<b>Bund (Gesamt)</b>	90,2 Punkte 2023: 96,28 2022: 93,6	X – Y Punkte 2023: X – Y 2022: X – Y

**Anhang Indikator „Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus“: Ergebnisse auf Itemebene**

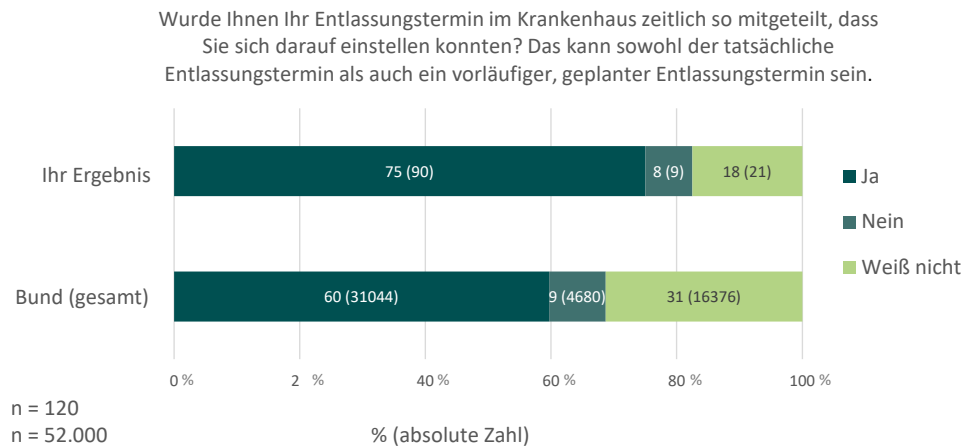


Abbildung 3: Fiktive Ergebnisdarstellung für das Item zur Mitteilung des Entlasstermins

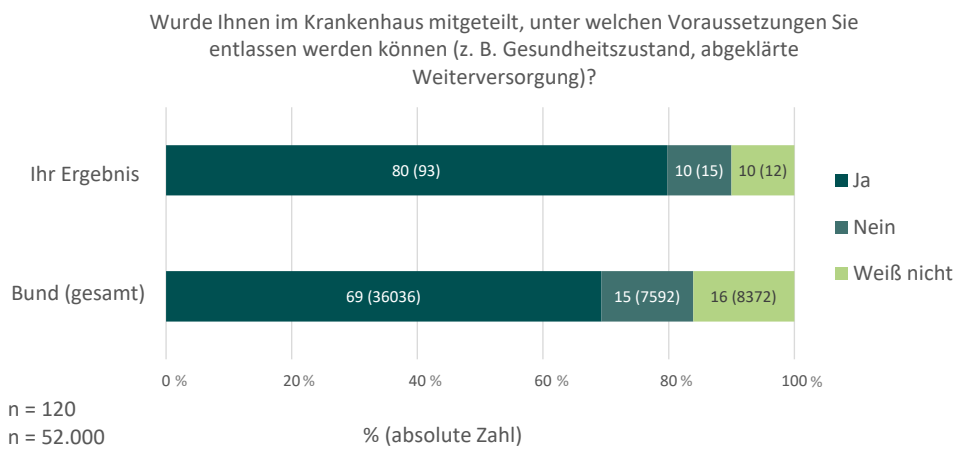


Abbildung 4: Fiktive Ergebnisdarstellung für das Item zu den Entlassvoraussetzungen



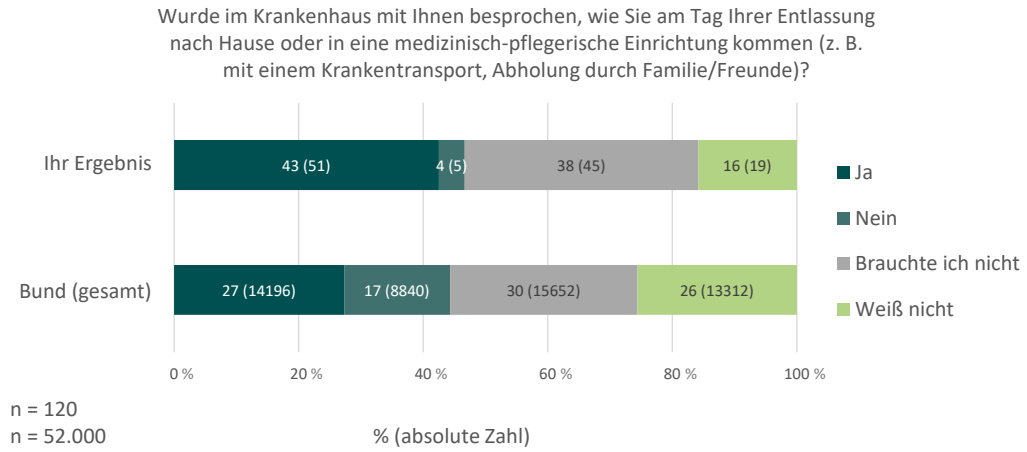


Abbildung 5: Fiktive Ergebnisdarstellung für das Item zur Abklärung der Beförderung

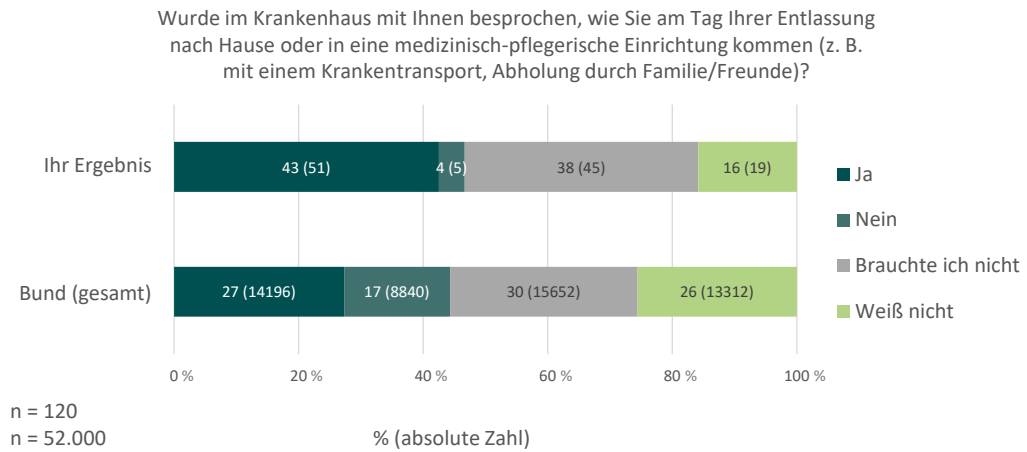


Abbildung 6: Fiktive Ergebnisdarstellung für das Item zum Besprechen der Entlassfähigkeit



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*

Indikatorenset 1.0

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*. Indikatorenset 1.0

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Veronika Andorfer

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

20. September 2018

**Datum der Abgabe:**

31. Oktober 2022

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

## Inhaltsverzeichnis

Übersicht über die Qualitätsindikatoren .....	4
1 Qualitätsindikator 45xx00: Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus .....	5
2 Qualitätsindikator 45xx01: Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung.....	7
3 Qualitätsindikator 45xx02: Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus .....	9
4 Qualitätsindikator 45xx03: Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung.....	11
5 Qualitätsindikator 45xx04: Information und Aufklärung zur Entlassmedikation.....	14
6 Qualitätsindikator 45xx05: Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung .....	17
7 Qualitätsindikator 45xx06: Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung.....	19
8 Qualitätsindikator 45xx07: Entlassgespräch .....	21
9 Qualitätsindikator 45xx08: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten .....	23
10 Qualitätsindikator 45xx09: Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung .....	25
11 Qualitätsindikator 45xx10: Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten .....	27
12 Qualitätsindikator 45xx11: Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten.....	31
13 Funktionen für berechnete Felder .....	35

## Übersicht über die Qualitätsindikatoren

Qualitätsaspekte	Qualitätsindikatoren
<b>Entlassplanung</b>	Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus
	Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung
	Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus
<b>Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung</b>	Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung
<b>Information und Aufklärung zur Medikation</b>	Information und Aufklärung zur Entlassmedikation
<b>Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit</b>	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung
<b>Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung</b>	Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung
<b>Entlassgespräch</b>	Entlassgespräch
<b>Entlassdokumente</b>	Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten
<b>Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten</b>	Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung
<b>Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung</b>	Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten
	Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten

# 1 Qualitätsindikator 45xx00: Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus

<b>Bezeichnung</b>	<b>Planung der Entlassung aus dem Krankenhaus</b>
<b>ID</b>	45xx00
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus Informationen erhalten haben, die sich insbesondere auf den Tag der Entlassung beziehen. Dies schließt u. a. das Abklären der Beförderung am Entlasstag sowie das Besprechen der Entlassfähigkeit der Patientinnen und Patienten ein.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informieren der Patientinnen und Patienten zum voraussichtlichen Entlasstermin</li> <li>▪ Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen</li> <li>▪ Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort</li> <li>▪ Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Entlassplanung“ und „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Vor dem Verlassen des Krankenhauses sollen Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus Informationen erhalten, die sie vorab für die konkrete Planung zum Verlassen des Krankenhauses am Entlasstag benötigen. Dafür sollen Patientinnen und Patienten über den voraussichtlichen Entlasstermin und ihre Entlassvoraussetzungen informiert und die Beförderung zum Entlassort geklärt worden sein. Zudem soll im Krankenhaus mit den Patientinnen und Patienten deren Entlassfähigkeit thematisiert worden sein.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item <sup>1</sup>	Antwortoptionen (Skalierung)
	<b>ETERMIN</b> Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten? Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.<sup>2</sup></i>
	<b>ENTLVORAU</b> Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	<b>TRANSPORT</b> Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Brauchte ich nicht = neutral<sup>3</sup></i> <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	<b>GESPRBEREITSCHAFT</b> Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Brauchte ich nicht = neutral</i> <i>Weiß nicht = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

<sup>1</sup> Soweit nicht anders angegeben, werden lediglich die Items der Fragebogenversion „Erwachsene“ dargestellt. Die beiden validierten Fragebögen „Erwachsene“ und „Eltern/Sorgeberechtigte“ sind dem Abschlussbericht beigelegt.

<sup>2</sup> Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „n. a.“ (*not available*) dargestellt.

<sup>3</sup> Antwortoptionen, die den Leistungserbringer weder positiv noch negativ zugerechnet werden, werden mit „neutral“ dargestellt.

## 2 Qualitätsindikator 45xx01: Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung

<b>Bezeichnung</b>	<b>Planung der patientenindividuellen Nach- und Weiterversorgung</b>
<b>ID</b>	45xx01
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit im Krankenhaus eine Planung und Unterstützung bei der poststationären Versorgung unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Versorgungssituation erfolgt ist und die Patientinnen und Patienten an der Planung beteiligt wurden.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung</li> <li>▪ Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten</li> <li>▪ Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen</li> <li>▪ Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Entlassplanung“, „Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung“ und „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Für die Planung der Nach- und Weiterversorgung für die Zeit nach der Entlassung sollen im Krankenhaus neben der Abklärung der Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten auch eine Beratung zu weiteren Unterstützungsangeboten sowie eine Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen erfolgen. Damit wird die Lebens- und Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht in die Planung der poststationären Versorgung einbezogen und eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung ermöglicht.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung



Indikatorberechnung		
Referenzbereich	≥ 95 Punkte	
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen	
mögliche Risikovariablen	-	
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	KHLEBSIT Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation vor dem Aufenthalt im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	KHVERSORGUNGNE Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... wie Ihre Versorgung nach der Entlassung aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	KHUNTERSTNE Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ... ... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie nach der Entlassung infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	UNTERSTANTRAG Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	ENTSCHEINB Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

### 3 Qualitätsindikator 45xx02: Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus

<b>Bezeichnung</b>	<b>Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus</b>
<b>ID</b>	45xx02
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten den Sozialdienst des Krankenhauses bei Bedarf genutzt haben und diese Beratung den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprochen hat.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses durch Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Entlassplanung“ und „Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Patientinnen und Patienten, die einen Bedarf an Unterstützung durch den Sozialdienst des Krankenhauses haben, sollen diesen als Teil einer umfassenden und bedarfsgerechten Information und Beratung nutzen. Damit können die patientenindividuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten für die poststationäre Versorgung adressiert werden.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	verteilungsbasiert
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-

<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
<b>Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	SOZDKONTAKTFILTER Wurden Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	BERATUNGSOZDHILFREICH War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht = n. a.
	SOZDINTERESSIERT Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ... ... sich für mich und meine Situation interessiert.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht = n. a.
	SOZDAUFMERKSAM Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ... ... mir aufmerksam zugehört.	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 Weiß nicht = n. a.
<b>Funktionen für berechnete Felder (siehe Kapitel 13 des Indikatorensets)</b>	fn_SozDInteressiert_bedingt	Immer = 100 Meistens = 75 Selten = 50 Nie = 25 Keine Beratung stattgefunden = 0
	fn_SozDAufmerksam_bedingt	Immer = 100 Meistens = 75 Selten = 50 Nie = 25 Keine Beratung stattgefunden = 0
	fn_BeratungSozDHilfreich_bedingt	Ja = 100 Platzhalter_1 = 75 Platzhalter_2 = 50 Nein = 25 Keine Beratung stattgefunden = 0
<b>Datenfelder zur Risikoadjustierung</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	-	-

## 4 Qualitätsindikator 45xx03: Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung

<b>Bezeichnung</b>	<b>Information zur medizinischen und pflegerischen Weiterversorgung nach Entlassung</b>
<b>ID</b>	45xx03
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus über für sie zur Weiterversorgung notwendige medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlungen, Maßnahmen und Hilfsmittel informiert wurden. Dies schließt auch Informationen zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen sowie zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung ein.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung</li> <li>▪ Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge</li> <li>▪ Information zu Hilfsmitteln</li> <li>▪ Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung</li> <li>▪ Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.

<b>Qualitätsziel</b>	Patientinnen und Patienten sollen vor ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus umfassend über für sie notwendige medizinische und pflegerische Maßnahmen und Behandlungen, Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen sowie den möglichen Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung informiert werden. Damit werden informierte Entscheidungen der Patientinnen und Patienten zu ihrer poststationären Versorgung und eine koordinierte und kontinuierliche Nach- und Weiterversorgung ermöglicht.	
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung	
<b>Indikatorberechnung</b>		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 Punkte	
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen	
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-	
<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
<b>Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	MEDBEHANDLUNGNE Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche medizinische Behandlung nach Ihrer Entlassung durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen / Fachärzte notwendig ist?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	THERAPIENE Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche weiteren Therapien oder Behandlungen nach Ihrer Entlassung notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	HILFSMITTELNE Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... welche Hilfsmittel Sie nach Ihrer Entlassung benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	ANSPRECHPERSNE Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>

	<p><b>KHPROGNOSE</b>                  Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann? Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.</p>	<p>Ja = 100                  Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0                  Brauchte ich nicht = neutral  <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
<b>Datenfelder zur Risikoadjustierung</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	-	-

## 5 Qualitätsindikator 45xx04: Information und Aufklärung zur Entlassmedikation

<b>Bezeichnung</b>	<b>Information und Aufklärung zur Entlassmedikation</b>
<b>ID</b>	45xx04
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus über neue oder umgestellte Medikamente, welche sie nach der Entlassung einnehmen müssen, informiert wurden. Dies schließt die Hintergründe und Regeln der Medikamenteneinnahme sowie mögliche Neben- und Wechselwirkungen ein.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation</li> <li>▪ Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation</li> <li>▪ Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung zur Medikation“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Patientinnen und Patienten sollen im Krankenhaus umfassend über neue bzw. umgestellte Medikamente, die sie nach der Entlassung einnehmen müssen, aufgeklärt werden. Damit soll für die Zeit nach der Entlassung eine sichere Medikamenteneinnahme und eine wirksame medikamentöse Behandlung für die Patientinnen und Patienten gewährleistet werden.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 Punkte
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-

<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
<b>Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	<p>WELCHEMED Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... ... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?</p>	<p>Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p>WOFUERMED Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... ... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?</p>	<p>Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p>WANNMED Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... ... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?</p>	<p>Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p>DAUERMED Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... ... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?</p>	<p>Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>



	<p><b>DOSMED</b> Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ... ... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?</p>	<p>Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p><b>NUWMED</b> Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ... ... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?</p>	<p>Für jedes Medikament = 100 Für die meisten Medikamente = 67 Nur für wenige Medikamente = 33 Für gar kein Medikament = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
<b>Datenfelder zur Risikoadjustierung</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	-	-

## 6 Qualitätsindikator 45xx05: Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung

<b>Bezeichnung</b>	<b>Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung</b>
<b>ID</b>	45xx05
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus vorbereitet wurden, sich nach der Entlassung medizinisch und pflegerisch selbst zu versorgen. Dies schließt bspw. Wundversorgung, Körperpflege und den Umgang mit körperlichen bzw. psychischen Einschränkungen, den Umgang mit Hilfsmitteln sowie die Aufklärung zu Verhaltensregeln bei Komplikationen/Warnsignalen ein.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag</li> <li>▪ Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln</li> <li>▪ Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung</li> <li>▪ Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/ Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Patientinnen und Patienten sollen im Krankenhaus vor der Entlassung dazu befähigt werden, die medizinisch-pflegerischen Erfordernisse der poststationären Selbstversorgung zu bewältigen. Damit wird eine wirksame Versorgung mit Hilfsmitteln ermöglicht und eine Erfüllung von medizinisch-pflegerischen Anforderungen gewährleistet.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 Punkte
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-

<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
<b>Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	MPSV Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	UMGHILFSMITTEL Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?	Ja, für alle Hilfsmittel = 100 Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel = 67 Nein, für kein Hilfsmittel = 33 Brauchte ich nicht = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	VERHALTENNE Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie Sie sich nach Ihrer Entlassung im Alltag verhalten sollen (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	ERKENNENKOMP Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie Sie mögliche Komplikationen und Warnsignale erkennen können (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	VERHALTENKOMP Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ... ... wie Sie sich bei Komplikationen und Warnsignalen verhalten müssen?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
<b>Datenfelder zur Risikoadjustierung</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	-	-

## 7 Qualitätsindikator 45xx06: Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung

<b>Bezeichnung</b>	<b>Unterstützung bei Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung</b>
<b>ID</b>	45xx06
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus dabei unterstützt wurden, ambulante Anschlusstherapien und (pflegerische) Unterstützung als notwendige Maßnahmen zur unmittelbaren Weiterversorgung zu organisieren.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung</li> <li>▪ Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben. Weiterhin werden nur Patientinnen und Patienten berücksichtigt, für die im Fragebogen als Entlassort „nach Hause“ angegeben wurde, da die Organisation der genannten Maßnahmen insbesondere Entlassungen in die Häuslichkeit bzw. in Strukturen des Betreuten Wohnens betreffen.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen zur Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Rechtlicher Rahmen</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Patientinnen und Patienten sollen vom Krankenhaus bei der Organisation von Anschlusstherapien und (pflegerischer) Unterstützung, welche für sie als Maßnahmen unmittelbar notwendig sind, unterstützt werden. Damit kann eine koordinierte und kontinuierliche Weiterversorgung sichergestellt werden.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 Punkte	
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen	
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-	
<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	KHEORTFILTER Wohin sind Sie entlassen worden?	Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/zu Freunden, ins Betreute Wohnen) = 1
	ORGATHERAPIE Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	ORGAPFLD Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... ... einen Pflegedienst zu organisieren?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
	ORGAHH Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ... ... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	Ja = 100 Nein = 0 Brauchte ich nicht = neutral Weiß nicht = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

## 8 Qualitätsindikator 45xx07: Entlassgespräch

<b>Bezeichnung</b>	<b>Entlassgespräch</b>
<b>ID</b>	45xx07
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit ein Entlassgespräch stattgefunden hat, das an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet war.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchführen eines abschließenden Gesprächs</li> <li>▪ Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch</li> <li>▪ Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung (nur in Fragebogen „Erwachsene“ enthalten)</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Entlassgespräch“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Patientinnen und Patienten sollen am Ende ihrer Krankenhausbehandlung im Rahmen eines abschließenden Gesprächs die Möglichkeit haben, ihre Anliegen zur Entlassung zu thematisieren. Erwachsene Patientinnen und Patienten sollen Vertrauenspersonen zum Entlassgespräch mitbringen können.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 Punkte
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
<b>Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	ABSCHLGSPRFILTER Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	ABSCHLGSPRTHEM Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Ich wollte/brauchte das nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	ABSCHLGSPRANG Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?	Ja = 100 Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte = 0 Ich wollte/brauchte das nicht = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
<b>Funktionen für berechnete Felder (siehe Kapitel 13 des Indikatorensets)</b>	fn_Abschlgespr_themen_bedingt	Ja = 100 Nein, obwohl gewünscht = 50 Kein Abschlussgespräch geführt = 0
	fn_Abschlgespr_ang_bedingt	Ja = 100 Nein, obwohl gewünscht = 50 Kein Abschlussgespräch geführt = 0
<b>Datenfelder zur Risikoadjustierung</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	-	-

## 9 Qualitätsindikator 45xx08: Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten

<b>Bezeichnung</b>	<b>Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten</b>
<b>ID</b>	45xx08
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, ob Patientinnen und Patienten am Ende ihrer Krankenhausbehandlung einen (vorläufigen) Entlassbrief erhalten haben.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter des Qualitätsmerkmals: <ul style="list-style-type: none"> <li>Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberchtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Entlassdokumente“, wobei das zugehörige Qualitätsmerkmal durch die folgenden Wissensbestände begründet ist: <ul style="list-style-type: none"> <li>Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>Publikationen Patientenperspektive</li> <li>Publikationen Versorgungssituation</li> <li>Rechtlicher Rahmen</li> <li>Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Patientinnen und Patienten sollen spätestens am Tag der Entlassung im Krankenhaus einen vorläufigen oder endgültigen Entlassbrief erhalten, sodass die darin enthaltenen relevanten Informationen für eine kontinuierliche und koordinierte Nach- und Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten vorliegen.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 Punkte
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.



Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	EBRIEF Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein. Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
Datenfelder zur Risikoadjustierung	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	-	-

## 10 Qualitätsindikator 45xx09: Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung

<b>Bezeichnung</b>	<b>Widerspruchsfreie Information und Klärung von Fragen zur Entlassung</b>
<b>ID</b>	45xx09
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit Patientinnen und Patienten im Krankenhaus für eine bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion eine widerspruchsfreie Information zur Entlassung erhalten haben und die Klärung von Fragen zur Entlassung erfolgte.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung</li> <li>▪ Zeit für Fragen zur Entlassung</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten oder den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Für eine bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion sollen Patientinnen und Patienten eine widerspruchsfreie Information zur Entlassung erhalten und Fragen zur Entlassung entsprechend den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten geklärt werden.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	verteilungsbasiert
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-

<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
<b>Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	WIDERSPRINFO Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?	Ja = 100 Nein = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	MITARBERREICHT Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	FRAGENGEBRAUCHT Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?	Immer = 100 Meistens = 67 Selten = 33 Nie = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i>
<b>Datenfelder zur Risikoadjustierung</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	-	-

## 11 Qualitätsindikator 45xx10: Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten

<b>Bezeichnung</b>	<b>Entlassbereitschaft von erwachsenen Patientinnen und Patienten</b>
<b>ID</b>	45xx10
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit erwachsene Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung dazu bereit waren, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Die Entlassbereitschaft umfasst sowohl die körperliche und psychische Verfassung der Patientinnen und Patienten als auch die für den Alltag nach Entlassung vorhandene Unterstützung durch Angehörige / ggf. professionelles Pflegepersonal.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter des Qualitätsmerkmals: <ul style="list-style-type: none"> <li>Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Erwachsene“ zur Entlassung von erwachsenen Patientinnen und Patienten erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>Publikationen Patientenperspektive</li> <li>Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> <li>Publikationen Parameter der Ergebnisqualität Entlassmanagement</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Erwachsene Patientinnen und Patienten sollen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sowohl hinsichtlich ihrer körperlichen und psychischen Verfassung als auch hinsichtlich der Unterstützung durch Dritte wie Familie oder ambulante Pflegedienste bereit sein, das Krankenhaus zu verlassen. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements sichergestellt werden.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	verteilungsbasiert
<b>Risikoadjustierung</b>	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.
<b>mögliche Risikovariablen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alter der Patientin / des Patienten</li> <li>Geschlecht der Patientin / des Patienten</li> <li>Anzahl Komorbiditäten</li> <li>Polymedikation</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte</li> <li>▪ Geplante oder ungeplante Aufnahme</li> <li>▪ Dauer des Krankenhausaufenthalts</li> <li>▪ Entlassort</li> </ul>	
<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
<b>Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	FRAGEBOGENVERSION = 0	„Erwachsene“ = 0 „Eltern/Sorgeberechtigte“ = 1
	<b>KOERPBEREIT</b> Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf ... ... meine körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	<b>PSYCHBEREIT</b> Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf ... ... meine psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
	<b>UNTERSTANDEREBEREIT</b> Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war in Bezug auf ... ... die Unterstützung durch andere bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i>
<b>Datenfelder zur Risikoadjustierung</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen</b>
	PATGEBURTJAHR/PATGEBURTMONAT In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?	<i>Offene Angabe</i>
	PATGESCHLECHT Welches Geschlecht haben Sie?	Weiblich = 0 Männlich = 1 Divers = 2

Erfassung Komorbiditäten Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt? ...	
CHRLUNG ... Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	Ja = 1 Nein =0
BLUHO ... Bluthochdruck	Ja = 1 Nein =0
CHRMADA ... Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	Ja = 1 Nein =0
HKE ... Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja = 1 Nein =0
HERZINF ... Herzinfarkt	Ja = 1 Nein =0
SCHLAGANF ... Schlaganfall	Ja = 1 Nein =0
DIAB ... Diabetes / hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes)	Ja = 1 Nein =0
CHRLBIE ... Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	Ja = 1 Nein =0
KREBS ... Krebserkrankung	Ja = 1 Nein =0
PSYCH ... Psychische Erkrankung	Ja = 1 Nein =0
DEMALZ ... Demenz oder Alzheimer	Ja = 1 Nein =0
NEURO ... Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	Ja = 1 Nein =0
ENTWSTOER ... Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS)	Ja = 1 Nein =0
RHEUMA ... Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	Ja = 1 Nein =0
ANZMED Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein? Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.	Keine verschreibungspflichtigen Medikamente = 0 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente = 1 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente = 2 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente =3 <i>Weiß nicht = n. a.</i>

	<p><b>ANZVERGANGENE</b> Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Wie oft wurden Sie in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?</p>	<p>Gar nicht = 0 1-mal = 1 2- bis 3-mal = 2 4-mal oder mehr = 3 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p><b>KHGEPLANT</b> War Ihre Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant?</p>	<p>Geplant = 1 Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls) = 0 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p><b>KHDAUER</b> Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden?</p>	<p>Weniger als 1 Woche = 0 1 Woche bis weniger als 2 Wochen = 1 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen = 2 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen = 3 6 Wochen oder länger = 4 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p><b>KHEORTFILTER</b> Wohin sind Sie entlassen worden?</p>	<p>Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/zu Freunden, ins Betreute Wohnen) = 0 Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) = 1 Anderes = 2 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>

## 12 Qualitätsindikator 45xx11: Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten

<b>Bezeichnung</b>	<b>Entlassbereitschaft von Kindern/Jugendlichen und deren Eltern/Sorgeberechtigten</b>
<b>ID</b>	45xx11
<b>Beschreibung</b>	Der Qualitätsindikator misst, inwieweit minderjährige Patientinnen und Patienten und deren Eltern/Sorgeberechtigte zum Zeitpunkt der Entlassung dazu bereit waren, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Die Entlassbereitschaft umfasst sowohl die wahrgenommene körperliche und psychische Verfassung des Kindes als auch die von den Eltern/Sorgeberechtigten wahrgenommene Unterstützung durch Familie/Vertrauenspersonen und/oder ambulante Dienste bzw. Hilfen sowie die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung der Eltern/Sorgeberechtigten.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter des Qualitätsmerkmals: <ul style="list-style-type: none"> <li>Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“ zur Entlassung von Kindern/Jugendlichen erhalten und zurückgesendet haben.
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>Leitlinien/Expertenstandard</li> <li>Publikationen Patientenperspektive</li> <li>Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> <li>Publikationen Parameter der Ergebnisqualität Entlassmanagement</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i> “ Kapitel 9.
<b>Qualitätsziel</b>	Minderjährige Patientinnen und Patienten und deren Eltern/Sorgeberechtigte sollen zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus sowohl hinsichtlich der körperlichen und psychischen Verfassung des Kindes als auch hinsichtlich der Unterstützung der Eltern/Sorgeberechtigten durch Dritte und der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung bereit sein, das Krankenhaus zu verlassen. Auf diese Weise kann eine wirksame und sichere Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements sichergestellt werden.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	verteilungsbasiert
<b>Risikoadjustierung</b>	Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells erfolgt auf Basis der Daten des Regelbetriebs.



<p><b>mögliche Risikovariablen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter der Patientin / des Patienten</li> <li>▪ Geschlecht der Patientin / des Patienten</li> <li>▪ Anzahl Komorbiditäten</li> <li>▪ Polymedikation</li> <li>▪ Anzahl vorherige Krankenhausaufenthalte</li> <li>▪ Geplante oder ungeplante Aufnahme</li> <li>▪ Dauer des Krankenhausaufenthalts</li> <li>▪ Entlassort</li> </ul>												
<p><b>Rechenregeln</b></p>	<p>Die empfohlene Auswertungsmethodik ist dem Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Entlassmanagement</i>“ zu entnehmen. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.</p>												
<p><b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b></p>													
<p><b>Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren</b></p>	<table border="1"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th data-bbox="531 745 1066 835">Variablenname/Item</th> <th data-bbox="1066 745 1398 835">Antwortoptionen (Skalierung)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="531 835 1066 954">FRAGEBOGENVERSION = 1</td> <td data-bbox="1066 835 1398 954">„Erwachsene“ = 0 „Eltern/Sorgeberechtigte“ = 1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="531 954 1066 1205"> <p><b>KOERPERBEREIT</b> Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... ... körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.</p> </td> <td data-bbox="1066 954 1398 1205"> <p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="531 1205 1066 1453"> <p><b>PSYCHBEREIT</b> Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... ... psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.</p> </td> <td data-bbox="1066 1205 1398 1453"> <p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="531 1453 1066 1742"> <p><b>ELTERNUNTERSTANDEREBEREIT</b> Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... ... in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, durch einen Pflegedienst).</p> </td> <td data-bbox="1066 1453 1398 1742"> <p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="531 1742 1066 1995"> <p><b>ELTERNALLTAGBEREIT</b> Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... ... bereit, den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).</p> </td> <td data-bbox="1066 1742 1398 1995"> <p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p> </td> </tr> </tbody> </table>	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)	FRAGEBOGENVERSION = 1	„Erwachsene“ = 0 „Eltern/Sorgeberechtigte“ = 1	<p><b>KOERPERBEREIT</b> Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... ... körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.</p>	<p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>	<p><b>PSYCHBEREIT</b> Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... ... psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.</p>	<p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>	<p><b>ELTERNUNTERSTANDEREBEREIT</b> Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... ... in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, durch einen Pflegedienst).</p>	<p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>	<p><b>ELTERNALLTAGBEREIT</b> Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... ... bereit, den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).</p>	<p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)												
FRAGEBOGENVERSION = 1	„Erwachsene“ = 0 „Eltern/Sorgeberechtigte“ = 1												
<p><b>KOERPERBEREIT</b> Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... ... körperliche Verfassung bereit, entlassen zu werden.</p>	<p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>												
<p><b>PSYCHBEREIT</b> Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Ihr Kind zu? Mein Kind war in Bezug auf seine ... ... psychische Verfassung bereit, entlassen zu werden.</p>	<p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>												
<p><b>ELTERNUNTERSTANDEREBEREIT</b> Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... ... in Bezug auf die Unterstützung durch andere dazu bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, durch einen Pflegedienst).</p>	<p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>												
<p><b>ELTERNALLTAGBEREIT</b> Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Ich war ... ... bereit, den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).</p>	<p>Voll und ganz bereit = 100 Eher bereit = 67 Eher nicht bereit = 33 Gar nicht bereit = 0 Trifft auf mich nicht zu = neutral <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>												

Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen
	PATGEBURTJAHR/PATGEBURTMONAT In welchem Monat und welchem Jahr wurde Ihr Kind geboren?	<i>Offene Angabe</i>
	PATGESCHLECHT Welches Geschlecht hat Ihr Kind?	Weiblich = 0 Männlich = 1 Divers = 2
	Erfassung Komorbiditäten Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihrem Kind jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt? ...	
	CHRLUNG ... Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	Ja = 1 Nein = 0
	BLUHO ... Bluthochdruck	Ja = 1 Nein = 0
	CHRMADA ... Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms	Ja = 1 Nein = 0
	HKE ... Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Ja = 1 Nein = 0
	HERZINF ... Herzinfarkt	Ja = 1 Nein = 0
	SCHLAGANF ... Schlaganfall	Ja = 1 Nein = 0
	DIAB ... Diabetes / hoher Blutzucker	Ja = 1 Nein = 0
	CHRLBNI ... Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere	Ja = 1 Nein = 0
	KREBS ... Krebserkrankung	Ja = 1 Nein = 0
	PSYCH ... Psychische Erkrankung	Ja = 1 Nein = 0
	DEMALZ ... Kinderdemenz	Ja = 1 Nein = 0
	NEURO ... Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne)	Ja = 1 Nein = 0
	ENTWSTOER ... Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS)	Ja = 1 Nein = 0
	RHEUMA ... Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose)	Ja = 1 Nein = 0

	<p><b>ANZMED</b> Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein? Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.</p>	<p>Keine verschreibungspflichtigen Medikamente = 0 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente = 1 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente = 2 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente = 3 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p><b>ANZVERGANGENE</b> Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist. Wie oft wurde Ihr Kind in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?</p>	<p>Gar nicht = 0 1-mal = 1 2- bis 3-mal = 2 4-mal oder mehr = 3 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p><b>KHGEPLANT</b> War die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus geplant oder ungeplant?</p>	<p>Geplant = 0 Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls) = 1 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p><b>KHDAUER</b> Wie lange ist Ihr Kind im Krankenhaus gewesen, bis es entlassen wurde?</p>	<p>Weniger als 1 Woche = 0 1 Woche bis weniger als 2 Wochen = 1 2 Wochen bis weniger als 4 Wochen = 2 4 Wochen bis weniger als 6 Wochen = 3 6 Wochen oder länger = 4 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>
	<p><b>KHEORTFILTER</b> Wohin ist Ihr Kind entlassen worden?</p>	<p>Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/zu Freunden, ins Betreute Wohnen) = 0 Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) = 1 Anderes = 2 <i>Weiß nicht = n. a.</i></p>

## 13 Funktionen für berechnete Felder

In Folgenden werden die berechneten Felder dargestellt, welche für die Qualitätsindikatoren „Beratung durch den Sozialdienst im Krankenhaus“ und „Entlassgespräch“ zur Berechnung verwendet werden.

Berechnetes Feld	R-Code
fn_SozDInteressiert_bedingt	<pre>fn_SozDInteressiert_bedingt = precomp(   expr = ifelse(is.na(SozDKontaktFilter), NA_real_,     ifelse(SozDKontaktFilter == 0, 0,       case_when(SozDInteressiert == 0 ~ 25,         SozDInteressiert == 33 ~ 50,         SozDInteressiert == 66 ~ 75,         SozDInteressiert == 100 ~ 100))), prototype = NULL,   labels = c("Immer" = 100, "meistens" = 75, "selten" = 50,     "nie" = 25, "keine Beratung stattgefunden" = 0))</pre>
fn_SozDAufmerksam_bedingt	<pre>fn_SozDAufmerksam_bedingt = precomp(   expr = ifelse(is.na(SozDKontaktFilter), NA_real_,     ifelse(SozDKontaktFilter == 0, 0,       case_when(SozDAufmerksam == 0 ~ 25,         SozDAufmerksam == 33 ~ 50,         SozDAufmerksam == 66 ~ 75,         SozDAufmerksam == 100 ~ 100))), prototype = NULL,   labels = c("Immer" = 100, "meistens" = 75, "selten" = 50,     "nie" = 25, "keine Beratung stattgefunden" = 0))</pre>
fn_BeratungSozDHilfreich_bedingt	<pre>fn_BeratungSozDHilfreich_bedingt = precomp(   expr = ifelse(is.na(SozDKontaktFilter), NA_real_,     ifelse(SozDKontaktFilter == 0, 0,       case_when(BeratungSozDHilfreich == 0 ~ 25,         BeratungSozDHilfreich == 100 ~ 100))), prototype = NULL,   labels = c("Ja" = 100, "platzhalter_1" = 75,     "platzhalter_2" = 50, "Nein" = 25,     "keine Beratung stattgefunden" = 0))</pre>
fn_Abschlgespr_themen_bedingt	<pre>fn_Abschlgespr_themen_bedingt = precomp(   expr = ifelse(is.na(AbschlGsprFilter), NA_real_,     ifelse(AbschlGsprFilter == 0, 0,       case_when(AbschlGsprThem == 0 ~ 50,         AbschlGsprThem == 100 ~ 100))), prototype = NULL,   labels = c("ja" = 100, "nein, obwohl gewünscht" = 50,     "kein Abschlussgespräch geführt" = 0))</pre>

Berechnetes Feld	R-Code
fn_Abschlgespr_ang_bedingt	<pre>fn_Abschlgespr_ang_bedingt = precomp(   expr = ifelse(is.na(AbschlGsprFilter), NA_real_,     ifelse(AbschlGsprFilter == 0, 0,       case_when(AbschlGsprAng == 0 ~ 50,         AbschlGsprAng == 100 ~ 100))), prototype = NULL,   labels = c("ja" = 100, "nein, obwohl gewünscht" = 50,     "kein Abschlussgespräch geführt" = 0))</pre>



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*

Validierte Fragebögen

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*. Validierte Fragebögen

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Veronika Andorfer

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

20. September 2018

**Datum der Abgabe:**

31. Oktober 2022

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

## Inhaltsverzeichnis

Fragebogen für erwachsene Patientinnen und Patienten zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Erwachsene“)

Fragebogen für Eltern/Sorgeberechtigte zu der Entlassung ihres Kindes aus dem Krankenhaus (Fragebogen „Eltern/Sorgeberechtigte“)





# **Befragung**

## **von Patientinnen und Patienten zur Entlassung aus dem Krankenhaus**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass Sie nach der Beantwortung einer Frage direkt zu einer bestimmten Frage weitergeleitet werden, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5**. Fahren Sie dann normal in der Reihenfolge der Fragen fort.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung-entlassmgt@iqtig.org](mailto:patientenbefragung-entlassmgt@iqtig.org)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

**Ihre Entlassung aus dem Krankenhaus**

Sie wurden kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie zu **Ihrer Entlassung** aus dem Krankenhaus und Ihren Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **ausschließlich auf die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.**

Wenn Sie beim Ausfüllen des Fragebogens von einer anderen Person unterstützt werden, sollen die Antworten dennoch **Ihre Erfahrungen bei der Entlassung** widerspiegeln.

1) War Ihre Behandlung im Krankenhaus geplant oder ungeplant?

Geplant .....

Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls) .....

*Weiß nicht* .....

2) Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen.

Wie wurden Sie im Krankenhaus behandelt?

Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) .....

Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) .....

3) Wie lange sind Sie im Krankenhaus gewesen, bis Sie entlassen wurden?

Weniger als 1 Woche .....

1 Woche bis weniger als 2 Wochen .....

2 Wochen bis weniger als 4 Wochen .....

4 Wochen bis weniger als 6 Wochen .....

6 Wochen oder länger .....

*Weiß nicht* .....

4) Haben Sie Ihre Behandlung im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?

Ja .....

Nein .....

5) Wohin sind Sie entlassen worden?

Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/ zu Freunden, ins Betreute Wohnen) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Rehabilitationsklinik, Hospiz) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 7**

Anderes .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

6) Werden Sie durch einen Pflegedienst unterstützt?

Ja, auch schon bevor ich im Krankenhaus war .....

Ja, aber erst seit meiner Entlassung aus dem Krankenhaus .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

### Organisation der Entlassung

7) Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Sie entlassen werden können (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

8) Wurde Ihnen Ihr Entlassungstermin im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

9) Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Sie am Tag Ihrer Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommen (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

### Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus

10) Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zu Ihrer Entlassung?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 11**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

11) Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zu Ihrer Entlassung hatten?

Immer

Meistens

Selten

Nie

*Weiß nicht*

12) Wurden Ihre Fragen zur Entlassung im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zu Ihrer Entlassung erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

### Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

14) Wurden Sie während Ihres Aufenthalts im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

Ich wollte/brauchte das nicht .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

15) War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

16) Wie häufig kamen folgende Situationen bei der Beratung vor?

Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
... sich für mich und meine Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Klärung der Versorgung und Informationen zur Weiterversorgung**

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... wie Ihre Lebens- und Versorgungssituation <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. Wohnsituation, Arbeit, Pflege, Hilfsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Ihre Versorgung <u>nach der Entlassung</u> aussehen kann (z. B. Unterstützung durch einen Pflegedienst, Umzug in ein Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen für Sie <u>nach der Entlassung</u> infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18) Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zu Ihrer Weiterversorgung nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

19) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor Ihrer Entlassung darüber gesprochen, wie sich Ihr Gesundheitszustand nach der Entlassung entwickeln kann?

Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf Ihrer Gesundheit nach der Entlassung.

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

20) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
...welche medizinische Behandlung <u>nach Ihrer Entlassung</u> durch eine Hausärztin / einen Hausarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte notwendig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche weiteren Therapien oder Behandlungen <u>nach Ihrer Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Hilfsmittel Sie <u>nach Ihrer Entlassung</u> benötigen (z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medikamente für die Zeit nach der Entlassung**

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen müssen.

21) Haben Sie im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Damit sind alle Medikamente gemeint, die Sie nach der Entlassung einnehmen.

Ja, ich habe neue Medikamente bekommen bzw. meine Medikamente wurden umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 22**

Nein, ich habe keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 24**

22) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
... welche Medikamente Sie nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wofür Sie die Medikamente nach der Entlassung einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnehmen oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
... wann Sie die Medikamente einnehmen sollen (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Tageszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Sie die Medikamente einnehmen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie viel Sie von dem jeweiligen Medikament einnehmen sollen (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

24) Wurden Sie bzw. Ihre Angehörigen im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

- Ja .....
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

25) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, wie Sie ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... sich nach Ihrer Entlassung im Alltag <u>verhalten sollen</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mögliche Komplikationen und Warnsignale <u>erkennen können</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich bei Komplikationen und Warnsignalen <u>verhalten müssen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

26) Nutzen Sie nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die Sie vorher noch nicht benutzt haben (z. B. Gehhilfen, Toilettensitz, Pflegebett)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

27) Wurde Ihnen im Krankenhaus gezeigt, wie Sie mit diesen neuen Hilfsmitteln umgehen?

Ja, für alle Hilfsmittel .....

Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel .....

Nein, für kein Hilfsmittel .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

### Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

28) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für Ihre Weiterversorgung zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

29) Wurden Ihnen im Krankenhaus Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten, einem Rezept / einer Verordnung)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

31) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

32) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... einen Pflegedienst zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung wenden können, wenn Sie Fragen zu Ihrer medizinischen oder pflegerischen Versorgung haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Hausärztin / einen Hausarzt, an einen Pflegedienst)?

- Ja .....
- Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

### Das abschließende Gespräch zur Entlassung

34) Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**
- Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**
- Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 37**

35) Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf Ihre Entlassung wichtig waren?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zu meiner Entlassung .....

*Weiß nicht* .....

36) Wurde Ihnen vom Krankenhaus angeboten, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zum Abschlussgespräch mitzubringen?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich wollte/brauchte das nicht .....

*Weiß nicht* .....



**Ihre Bereitschaft zur Entlassung**

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

37) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war in Bezug auf ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	Weiß nicht
... meine <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <u>die Unterstützung durch andere</u> bereit, entlassen zu werden (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38) Wurde am Ende Ihres Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprachen, ob Sie bereit für die Entlassung sind?

- Ja .....
- Nein .....
- Brauchte ich nicht .....
- Weiß nicht* .....

**Dokumente zur Entlassung**

39) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zu Ihrer Behandlung und Weiterversorgung enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag Ihrer Entlassung einen Entlassbrief erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

40) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

41) Welches Geschlecht haben Sie?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

42) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

In fester Partnerschaft, zusammenlebend .....

In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend .....

Alleinstehend, geschieden oder in Trennung .....

Verwitwet .....

43) Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?  
 Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.

*Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.*

Anzahl der Personen

44) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

Wie oft wurden Sie in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?

- Gar nicht .....
- 1-mal .....
- 2- bis 3-mal .....
- 4-mal oder mehr .....
- Weiß nicht* .....

45) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Sie ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommen.

- Keine verschreibungspflichtigen Medikamente .....
- 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente .....
- 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente .....
- 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente .....
- Weiß nicht* .....

46) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / hoher Blutzucker (kein Schwangerschaftsdiabetes) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz oder Alzheimer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 49**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 48**

48) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....
- Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....
- Anderer Schulabschluss .....

50) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ..
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau/Hausmann .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

51) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin/Patient) .....

Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung) .....

Patientin/Patient und Vertrauensperson zusammen .....

Patientin/Patient mithilfe einer Gesundheitsfachkraft .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**









# **Befragung**

## **zur Entlassung von Kindern und Jugendlichen aus dem Krankenhaus**



## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass Sie nach der Beantwortung einer Frage direkt zu einer bestimmten Frage weitergeleitet werden, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5**. Fahren Sie dann normal in der Reihenfolge der Fragen fort.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 570

E-Mail: [patientenbefragung-entlassmgt@iqtig.org](mailto:patientenbefragung-entlassmgt@iqtig.org)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

### Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus

Ihr Kind wurde kürzlich in einem Krankenhaus behandelt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Sie als Eltern bzw. Sorgeberechtigte zur **Entlassung Ihres Kindes** aus dem Krankenhaus und den Erfahrungen, die Sie dabei gemacht haben, befragen.

Alle Fragen in diesem Fragebogen beziehen sich **nur auf die Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus, die im Anschreiben genannt ist.**

1) War die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus geplant oder ungeplant?

Geplant .....

Ungeplant (z. B. wegen einer akuten Erkrankung, eines Notfalls) .....

*Weiß nicht* .....

2) Eine Behandlung im Krankenhaus kann ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) erfolgen.

Wie wurde Ihr Kind im Krankenhaus behandelt?

Ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) .....

Nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär) .....

3) Wie lange ist Ihr Kind im Krankenhaus gewesen, bis es entlassen wurde?

Weniger als 1 Woche .....

1 Woche bis weniger als 2 Wochen .....

2 Wochen bis weniger als 4 Wochen .....

4 Wochen bis weniger als 6 Wochen .....

6 Wochen oder länger .....

*Weiß nicht* .....

4) Wurde die Behandlung Ihres Kindes im Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen?

Ja .....

Nein .....

5) Wohin ist Ihr Kind entlassen worden?

Nach Hause (z. B. ins eigene Zuhause, zu Familie/ zu Freunden, ins Betreute Wohnen) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

Direkt in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege, Pflegeheim, stationäre Reha- bilitationsklinik, Hospiz) .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 7**

Anderes .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 6**

6) Werden Sie bzw. Ihr Kind durch einen Pflegedienst unterstützt?

Ja, auch schon bevor mein Kind im Krankenhaus war .....

Ja, aber erst seit der Entlassung meines Kindes aus dem Krankenhaus .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

### Organisation der Entlassung

7) Wurde Ihnen im Krankenhaus mitgeteilt, unter welchen Voraussetzungen Ihr Kind entlassen werden kann (z. B. Gesundheitszustand, abgeklärte Weiterversorgung)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

8) Wurde Ihnen der Entlassungstermin Ihres Kindes im Krankenhaus zeitlich so mitgeteilt, dass Sie sich darauf einstellen konnten?

Das kann sowohl der tatsächliche Entlassungstermin als auch ein vorläufiger, geplanter Entlassungstermin sein.

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

9) Wurde im Krankenhaus mit Ihnen besprochen, wie Ihr Kind am Tag der Entlassung nach Hause oder in eine medizinisch-pflegerische Einrichtung kommt (z. B. mit einem Krankentransport, Abholung durch Familie/Freunde)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

**Erfahrungen mit dem Personal im Krankenhaus**

10) Hatten Sie im Krankenhaus Fragen zur Entlassung Ihres Kindes?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 11**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

11) Konnten Sie im Krankenhaus jemanden erreichen, wenn Sie Fragen zur Entlassung Ihres Kindes hatten?

Immer                      Meistens                      Selten                      Nie                      *Weiß nicht*

12) Wurden Ihre Fragen zur Entlassung Ihres Kindes im Krankenhaus so beantwortet, wie Sie es gebraucht haben?

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Haben Sie im Krankenhaus widersprüchliche Informationen zur Entlassung Ihres Kindes erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

### Erfahrungen mit dem Sozialdienst im Krankenhaus

Im Krankenhaus gibt es einen Sozialdienst. Dort beraten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor allem bei persönlichen, finanziellen und beruflichen Angelegenheiten sowie zur Versorgung für die Zeit nach der Entlassung.

14) Wurden Sie während des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus von einer Mitarbeiterin / einem Mitarbeiter des Sozialdienstes beraten?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

Ich wollte/brauchte das nicht .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 17**

15) War die Beratung durch den Sozialdienst für Sie hilfreich?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

16) Wie häufig kamen folgende Situationen bei der Beratung vor?

Die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter des Sozialdienstes hat ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Immer	Meistens	Selten	Nie	Weiß nicht
... sich für mein Kind und unsere Situation interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uns aufmerksam zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Klärung der Versorgung und Informationen zur Weiterversorgung

17) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus geklärt, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
... wie die Lebens- und Versorgungssituation Ihres Kindes <u>vor dem Aufenthalt</u> im Krankenhaus aussah (z. B. Situation in der Familie, Unterstützung bei der Pflege)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie die Versorgung Ihres Kindes <u>nach der Entlassung</u> aussehen kann (z. B. Pflege in der Familie, Pflegedienst/Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Unterstützungsangebote oder Hilfen <u>nach der Entlassung</u> infrage kommen (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Sozialhilfen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18) Wurden Sie im Krankenhaus bei Entscheidungen zur Weiterversorgung Ihres Kindes nach der Entlassung so einbezogen, wie Sie es wollten?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

19) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus vor der Entlassung darüber gesprochen, wie sich der Gesundheitszustand Ihres Kindes nach der Entlassung entwickeln kann?

Damit meinen wir eine Prognose bzw. Einschätzung zum weiteren Verlauf der Gesundheit Ihres Kindes nach der Entlassung.

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

20) Wurden Sie im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte	Brauchte ich nicht	Weiß nicht
...welche medizinische Behandlung für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> durch eine Kinderärztin / einen Kinderarzt oder niedergelassene Fachärztinnen/ Fachärzte notwendig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche weiteren Therapien oder Behandlungen für Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> notwendig sind (z. B. Physiotherapie, Sprachtherapie, Psychotherapie, Rehabilitation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...welche Hilfsmittel Ihr Kind <u>nach der Entlassung</u> benötigt (z. B. Gehhilfen, Dusch-/Badehilfen, Pflegebett, Material zur Wundversorgung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Medikamente für die Zeit nach der Entlassung**

Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus (weiterhin) einnehmen muss.

21) Hat Ihr Kind im Krankenhaus neue Medikamente für die Zeit nach der Entlassung bekommen bzw. wurden Medikamente umgestellt (z. B. andere Art der Einnahme, andere Menge)?

Damit sind alle Medikamente gemeint, die Ihr Kind nach der Entlassung einnimmt.

Ja, mein Kind hat neue Medikamente bekommen bzw. die Medikamente wurden umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 22**

Nein, mein Kind hat keine neuen Medikamente bekommen bzw. es wurden keine Medikamente umgestellt. ....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 24**

22) Bitte denken Sie nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde.

Hat eine Ärztin / ein Arzt aus dem Krankenhaus mit Ihnen darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medikament	Für die meisten Medikamente	Nur für wenige Medikamente	Für gar kein Medikament	<i>Weiß nicht</i>
... welche Medikamente Ihr Kind nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wofür Ihr Kind die Medikamente nach der Entlassung einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Neben- und Wechselwirkungen die Medikamente haben können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Medikamente, die Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neu einnimmt oder bei denen die Einnahme umgestellt wurde:

Wurde mit Ihnen im Krankenhaus darüber gesprochen, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Für jedes Medika- ment	Für die meisten Medika- mente	Nur für wenige Medika- mente	Für gar kein Medika- ment	<i>Weiß nicht</i>
... wann Ihr Kind die Medika- mente einnehmen soll (z. B. nach Bedarf, zu bestimmten Ta- geszeiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie lange Ihr Kind die Medika- mente einnehmen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie viel Ihr Kind von dem jeweiligen Medikament einneh- men soll (Dosierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Medizinische und pflegerische Selbstversorgung nach der Entlassung

24) Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darauf vorbereitet, die medizinische oder pflegerische Versorgung zu Hause zu übernehmen (z. B. Wunden versorgen, Körperpflege, mit Symptomen oder körperlichen Einschränkungen im Alltag umgehen)?

- Ja .....
- Nein, obwohl ich es mir / mein Kind es sich gewünscht hätte .....
- Brauchte ich / mein Kind nicht .....
- Weiß nicht* .....

25) Wurden Sie bzw. Ihr Kind im Krankenhaus darüber informiert, ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Brauchte ich / mein Kind nicht	Weiß nicht
... wie sich Ihr Kind nach der Entlassung im Alltag <u>verhalten soll</u> (z. B. Hinweise zur körperlichen Belastung, zur Ernährung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie mögliche Komplikationen und Warnsignale zu <u>erkennen sind</u> (z. B. Atemnot, Fieber, Wundinfektion, depressive Verstimmung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... was bei Komplikationen und Warnsignalen <u>zu tun ist</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hilfsmittel für die Zeit nach der Entlassung

26) Nutzt Ihr Kind nach der Entlassung aus dem Krankenhaus neue Hilfsmittel, die es vorher noch nicht benutzt hat (z. B. Gehhilfen, Dusch-/Badehilfen, Pflegebett)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 27**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

27) Wurde Ihnen bzw. Ihrem Kind im Krankenhaus gezeigt, wie mit den neuen Hilfsmitteln umzugehen ist?

Ja, für alle Hilfsmittel .....

Ja, aber nicht für alle Hilfsmittel .....

Nein, für kein Hilfsmittel .....

Brauchte ich / mein Kind nicht .....

*Weiß nicht* .....

### Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung

28) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, Anträge für die Weiterversorgung Ihres Kindes zu stellen (z. B. für Rehabilitation, Pflegegrad, Schwerbehinderung)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

29) Wurden Ihnen im Krankenhaus für Ihr Kind Therapien für die Zeit nach der Entlassung empfohlen (z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie, Psychotherapie, sozialmedizinische Versorgung)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 30**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 31**

30) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, solche Anschlusstherapien für Ihr Kind zu organisieren (z. B. mit einer Liste mit Kontaktdaten oder einem Rezept / einer Verordnung)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

31) Wurde Ihnen im Krankenhaus empfohlen, nach der Entlassung Unterstützung durch einen Pflegedienst oder eine Haushaltshilfe in Anspruch zu nehmen?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 32**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 33**

32) Wurden Sie vom Krankenhaus dabei unterstützt, für die Zeit unmittelbar nach der Entlassung ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	Brauchte ich nicht	<i>Weiß nicht</i>
... einen Pflegedienst zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Haushaltshilfe zu organisieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33) Wurde mit Ihnen im Krankenhaus besprochen, an wen Sie sich nach der Entlassung Ihres Kindes wenden können, wenn Sie Fragen zur medizinischen oder pflegerischen Versorgung Ihres Kindes haben (z. B. an das Krankenhaus direkt, an eine Kinderärztin / einen Kinderarzt, an einen Pflegedienst)?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich nicht .....

*Weiß nicht* .....

### Das abschließende Gespräch zur Entlassung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das abschließende Gespräch zur Entlassung. Dieses Gespräch kann mit Ihnen als Eltern bzw. Sorgeberechtigten alleine oder gemeinsam mit Ihrem Kind durchgeführt worden sein.

34) Wurde am Ende des Aufenthalts Ihres Kindes im Krankenhaus ein Abschlussgespräch geführt?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 35**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

*Weiß nicht* .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 36**

35) Konnten Sie im Abschlussgespräch die Themen ansprechen, die Ihnen in Bezug auf die Entlassung Ihres Kindes wichtig waren?

Ja .....

Nein, obwohl ich es mir gewünscht hätte .....

Ich hatte keine Themen, Anliegen oder Fragen zur Entlassung meines Kindes ..

*Weiß nicht* .....



### Bereitschaft zur Entlassung

Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

36) Wenn Sie nun an den Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus denken: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihr Kind zu?

Mein Kind war in Bezug auf seine ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mein Kind nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... <u>körperliche Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... <u>psychische Verfassung</u> bereit, entlassen zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37) Denken Sie im Folgenden bitte an Ihre Situation zum Zeitpunkt der Entlassung Ihres Kindes: Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

Ich war ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Voll und ganz bereit	Eher bereit	Eher nicht bereit	Gar nicht bereit	Trifft auf mich nicht zu	<i>Weiß nicht</i>
... in Bezug auf die <u>Unterstützung durch andere</u> bereit, dass mein Kind entlassen wird (z. B. Versorgung durch Familie/Angehörige, Pflegedienst).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bereit, <u>den Alltag mit meinem Kind zu bewältigen</u> (z. B. Sicherheit, mit möglichen Problemen nach der Entlassung umgehen zu können).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38) Wurde am Ende des Aufenthalts im Krankenhaus mit Ihnen bzw. Ihrem Kind darüber gesprachen, ob Sie und Ihr Kind bereit für die Entlassung sind?

Ja .....

Nein .....

Brauchte ich / mein Kind nicht .....

*Weiß nicht* .....

**Dokumente zur Entlassung**

39) Ein wichtiges Dokument zur Entlassung ist der Entlassbrief. Wir meinen damit den Arztbrief, der Informationen zur Behandlung und Weiterversorgung Ihres Kindes enthält. Das kann sowohl eine vorläufige Kurzform als auch der ausführliche Entlassbrief sein.

Haben Sie spätestens am Tag der Entlassung Ihres Kindes einen Entlassbrief erhalten?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht* .....

**Nun möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrem Kind bitten.**

40) In welchem Monat und welchem Jahr wurde Ihr Kind geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

41) Welches Geschlecht hat Ihr Kind?

Weiblich .....

Männlich .....

Divers .....

42) Bitte denken Sie weiterhin nur an die Entlassung Ihres Kindes aus dem Krankenhaus, die in Ihrem Anschreiben genannt ist.

Wie oft wurde Ihr Kind in den 12 Monaten vor dieser Entlassung bereits in einem Krankenhaus ganztägig mit Übernachtung (vollstationär) behandelt?

- Gar nicht .....
- 1-mal .....
- 2- bis 3-mal .....
- 4-mal oder mehr .....
- Weiß nicht* .....

43) Wie viele verschreibungspflichtige Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein?

Damit meinen wir Medikamente, für die Ihr Kind ein Rezept von einer Ärztin / einem Arzt bekommt.

- Keine verschreibungspflichtigen Medikamente .....
- 1 bis 2 verschreibungspflichtige Medikamente .....
- 3 bis 4 verschreibungspflichtige Medikamente .....
- 5 oder mehr verschreibungspflichtige Medikamente .....
- Weiß nicht* .....

44) Hat eine Ärztin oder ein Arzt bei Ihrem Kind jemals eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein
Chronische Lungenerkrankungen (z. B. Bronchitis, COPD, Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen des Magens oder des Darms .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / hoher Blutzucker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen der Leber oder der Niere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderdemenz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, MS, Migräne) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsstörung (z. B. ADS/ADHS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis oder Arthrose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

45) In welchem Monat und welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsmonat

Geburtsjahr

46) Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich .....
- Männlich .....
- Divers .....

47) Welcher Familienstand trifft aktuell am ehesten auf Sie zu?

- In fester Partnerschaft, zusammenlebend .....
- In fester Partnerschaft, nicht zusammenlebend .....
- Alleinstehend, geschieden oder in Trennung .....
- Verwitwet .....

48) Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.

*Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.*

Anzahl der Personen



49) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

- Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 51**
- Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 50**

50) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut                      Eher gut                      Eher schlecht                      Sehr schlecht

51) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- Schülerin/Schüler, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....
- Von der Schule abgegangen ohne Abschluss .....
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....
- Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule .....
- Abitur / Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....
- Anderer Schulabschluss .....

52) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin/Schüler oder Studentin/Student .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ..
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau/Hausmann .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

53) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r des Kindes .....

Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r zusammen .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**







Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*

Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*. Stellungnahmen zum Zwischenbericht

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Veronika Andorfer

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

20. September 2018

**Datum der Abgabe:**

31. Oktober 2022

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

## Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

### Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (Patientenbeauftragte)

Bundesärztekammer (BÄK)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e. V. (DGH)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KCH)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)

Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Patientenvertretung: Maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140 SGB V (PatV)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.	<i>Association of the Scientific Medical Societies in Germany</i>
---	---



Berlin, 17.06.2021

**Stellungnahme  
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen  
Fachgesellschaften (AWMF) zum Zwischenbericht des IQTIG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren  
Entlassmanagement. Zwischenbericht erstellt im Auftrag des Gemeinsamen  
Bundesausschusses (G-BA)  
Stand: 30. April 2021**

Die AWMF wurde am 30. April um eine Stellungnahme zu oben genanntem Zwischenbericht gebeten. Die AWMF hat ihrerseits ihre thematisch befassten Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Vermutlich aufgrund der neuen Datenschutzregelungen des IQTIG wurden der AWMF nicht, wie sonst üblich, die Stellungnahmen ihrer Mitgliedsfachgesellschaften zur Einsichtnahme vorab übermittelt. Dies bedauern wir und halten dies für dringend änderungsbedürftig. Die AWMF bündelt in einem seit fast einer Dekade etablierten Prozess<sup>1</sup> in allen Stellungnahmeverfahren (z.B. IQWiG, BMG, bislang auch für die externe, vergleichende Qualitätssicherung) die Expertise und auch die Anliegen der Mitgliedsfachgesellschaften und vertritt diese gesammelt. Für die Verlängerung der Abgabefrist bedanken wir uns.

**Hintergrund: Problemfeld Entlassmanagement**

In Bezug auf das Entlassmanagement besteht in Deutschland seit langem ein Bedarf der Versorgungsverbesserung aufgrund der starken Trennung in ambulanten und stationären Sektor mit vielfach mangelnder Kommunikationskultur und fehlenden Anreizen, diese zu verbessern. Das Problem wird verstärkt durch die Veränderung der Bevölkerungsstruktur sowie die kürzeren Verweildauern im Krankenhaus als Folge der Abrechnung nach Diagnosis Related Groups (DRG). Der Personalmangel in der Pflege und das schleppende Fortschreiten digitaler Austauschmöglichkeiten sind weitere Hindernisse.

In seinem Gutachten 2018 hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) Herausforderungen und Lösungsansätze für das Entlassmanagement adressiert. Auf dieses Gutachten rekurriert auch der IQTIG Bericht.

Bereits 2012 hatte sich der SVR ausführlich zur „Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements“ geäußert mit einem Fokus auf Entlassmanagement als Aufgabe der Pflege und des Sozialdienstes.

Durch mehrere gesetzliche Regelungen wurde versucht, der Schnittstellen-Problematik stationär-ambulant Rechnung zu tragen (GKV-Wettbewerbsgesetz 2007, § 11 Absatz 4 SGB V, GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012, § 39 SGB V, GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015). Seit

<sup>1</sup> Die Medizinische Wissenschaft ist gefragt: Stellungnahmen der Fachgesellschaften in der AWMF zu Ausarbeitungen von G-BA, IQWiG und AQUA. GMS-Mitteilungen aus der AWMF 2012, Vol.9. Verfügbar: <https://www.egms.de/static/pdf/journals/awmf/2012-9/awmf000260.pdf>

2017 existiert zudem ein verbindlicher Rahmenvertrag zum Entlassmanagement zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Teilaspekte für ein erfolgreiches Entlassmanagement aus dem Krankenhaus wurden – aufbauend auf den gesetzlichen Grundlagen – darüber hinaus zwischen 2015 und 2019 in Richtlinien des G-BA geregelt: die übergangsweise Verordnungsmöglichkeit von Medikamenten und Hilfsmitteln, von Krankentransporten, Haushaltshilfen, kurzer häuslicher Krankenpflege, Kurzzeitpflege, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, aber auch Soziotherapie in den Bereichen Neurologie und (Kinder- und Jugend-) Psychiatrie zur Organisation häuslicher/familiärer Unterstützung und zur Verbesserung des Selbstmanagements.

Zudem ist Schnittstellenmanagement an den „Übergängen entlang der gesamten Versorgungskette“ verpflichtender Bestandteil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements aller von der Qualitätsmanagement-Richtlinie adressierten Leistungserbringenden, somit auch der Krankenhäuser.

Trotz dieser Regelungen erscheint die Umsetzung im klinischen Alltag oft unzureichend<sup>2,3,4,5,6</sup>. Berichtet wird über fehlende zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen, bürokratische Hürden sowie über den mangelnden Willen von Beteiligten zu Abstimmung und Kooperation.

### **Auftrag des G-BA an das IQTIG**

Der G-BA hatte 2014 das AQUA-Institut, zu dieser Zeit verantwortlich für die externe Qualitätssicherung in Deutschland, mit einer Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren zum Entlassmanagement für den stationären Sektor beauftragt.

Im September 2018 wurde der Auftrag erneut an das IQTIG vergeben. Das zu entwickelnde Qualitätssicherungsverfahren umfasst die

- Überarbeitung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts von 2015 (vom IQTIG fertiggestellt und publiziert 2019)
- Entwicklung von Qualitätsindikatoren (noch nicht erfolgt)
- Entwicklung einer Patientenbefragung

Die zu entwickelnden Instrumente (insb. Befragung) und Indikatoren sollen „auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein. Zudem soll die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten gefördert werden, u.a. durch die transparente Veröffentlichung der Ergebnisse.“ Für die Umsetzung eines künftigen QS-Verfahrens Entlassmanagement soll ein Konzept zur aufwandsarmen und zuverlässigen Auslösung entwickelt werden.

Der vorliegende Zwischenbericht des IQTIG widmet sich der Patientenbefragung.

---

<sup>2</sup> Borchert Y, Chancen und Schwierigkeiten des Entlassmanagements, 2018; Webseite, Verfügbar: <https://www.pflegemarkt.com/2018/07/25/entlassmanagement/>, Zugriff 14.06.2021

<sup>3</sup> Sauer Y, Probleme im Praxisalltag- Entlassmanagement: Hehre Worte, hohle Taten? Der Hausarzt digital, 2018; Webseite, Verfügbar: <https://www.hausarzt.digital/praxis/entlassmanagement-hehre-worte-hohle-taten-40534.html> Zugriff 14.06.2021

<sup>4</sup> Deutsches Ärzteblatt, Politik: Entlassmanagement bereitet Krankenhäusern Probleme, 2018; Webseite, Verfügbar: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/88826/Entlassmanagement-bereitet-Krankenhaeusern-Probleme>, Zugriff 14.06.2021

<sup>5</sup> Schmidt M, Krasko T. Entlassmanagement – Entlassung aus den Kliniken schlecht organisiert, 2021; Webseite, Verfügbar: <https://www.praktischerarzt.de/magazin/news-und-politik/entlassmanagement-entlassung-aus-kliniken-schlecht-organisiert/> Zugriff 14.06.2021

<sup>6</sup> Grandt D et al, BARMER Arzneimittelreport 2020- sektorenübergreifende Arzneimitteltherapie, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23, Herausgeber: bifg. Barmer Institut für Gesundheitsforschung, BARMER, Berlin.

## **Stellungnahme zu den Ausarbeitungen des IQTIG**

### **1.Methodisches Vorgehen**

Das IQTIG erarbeitete die Inhalte für die Patientenbefragung anhand von Literaturrecherchen und führte zusätzlich Einzelinterviews mit Patient\*innen, Angehörigen sowie im stationären oder ambulanten Sektor Tätigen durch. Mit Patient\*innen und Angehörigen erfolgten zwei Fokusgruppen. Alle Kontakte fanden aufgrund der COVID-19 Pandemie virtuell oder per Telefon statt.

Unterstützt wird das IQTIG zusätzlich durch einen interdisziplinär besetzten Expertenbeirat, in dem auch Patient\*innen und Angehörige vertreten sind. Bei der Zusammensetzung des Expertenbeirats ist die Fachzuordnung der wenigen teilnehmenden Ärzt\*innen nicht ersichtlich.

#### **Kommentar AWMF:**

Für eine repräsentative Einschätzung können Vertreter\*innen von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften über die eigene Fachexpertise hinaus ihre Fachgesellschaft vertreten. Wir empfehlen, diese Überlegung in die Besetzung von Expertenbeiräten aufzunehmen.

### **1.1 Systematik/Evidenzbasierung**

Es erfolgte eine Suche nach nationalen und internationalen Leitlinien, auch im AWMF-Register, sowie eine Suche zu qualitativen Studien mit Abbildung der Perspektive von Patient\*innen bzw. Angehörigen.

#### **Kommentar AWMF:**

Die Auswahl der Leitlinien orientierte sich am Titel. Besondere Aspekte zum Entlassmanagement aus themenbezogenen Leitlinien des AWMF-Registers konnten nicht identifiziert werden. Dies liegt aus unserer Sicht an einer zu wenig sensitiven Suchstrategie. Insbesondere die Nationalen VersorgungsLeitlinien enthalten Empfehlungen zur Versorgung an Schnittstellen. In Bezug auf die eingeschlossenen qualitativen Studien fehlt eine Information, inwieweit diese kritisch im Hinblick auf ihre Qualität bewertet wurden.

### **1.2 Vorgehen zur „Fallauslösung“**

Das Vorgehen zur Fallauslösung wird angemessen anhand von verfügbaren Routinedaten mit Fokus auf den erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement beschrieben mit nachvollziehbaren Begründungen für die Eingrenzung der Population anhand von Verordnungen sowie für die weitere Stichprobenauswahl. Das IQTIG empfiehlt die regelmäßige Überprüfung des Modells.

#### **Kommentar AWMF:**

Aufgrund der nachvollziehbaren Begrenztheit der Validierung der Fallauslösung an Krankenkassendaten eines zurückliegenden Jahres empfiehlt die AWMF, die Ergebnisse der Fallauslösung im ersten Jahr des Betriebs transparent zu veröffentlichen und zur erneuten Kommentierung freizugeben.

Die AWMF empfiehlt weiterhin, systematisch Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung in die Weiterentwicklung der Methodik einzubeziehen<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Siehe z.B Projekte „EMSE“ Verfügbar: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/emse-entwicklung-von-methoden-zur-nutzung-von-routinedaten-fuer-ein-sektoreuebergreifendes-entlassmanagement.40> Zugriff: 14.06.2021 und „USER“ Verfügbar: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/user-umsetzung-eines-strukturierten-entlassmanagements-mit-routinedaten.263> Zugriff: 14.06.2021

Neben der Nutzung von Routinedaten sollte dabei die Verknüpfung mit Ergebnissen aus der Patientenbefragung geprüft werden, im Sinne des Abgleichs des aus Routinedaten identifizierten Bedarfs und der subjektiven Einschätzung.

## **2. Qualitätsmerkmale für eine Patientenbefragung/Charakteristika der Befragten**

Das IQTIG hat 54 Qualitätsmerkmale für 10 Qualitätsaspekte als Grundlage für die Fragebogenentwicklung definiert. Die Fragebögen sollen nach dem stationären Aufenthalt an die Patient\*innen zum Ausfüllen verschickt werden. Es soll ein einheitlicher Fragebogen entwickelt werden. Ein „kognitiver Prätest“ ist geplant.

Im SVR Gutachten 2018 wird das proaktive Angebot von Patienteninformationen zum Thema Selbstmanagement z. B. das Erkennen von Symptomen einer möglichen Verschlechterung besonders betont. Das IQTIG hat den Aspekt in seine Befragung aufgenommen, ohne auf das Format von Patienteninformationen einzugehen.

Die Ergebnisse der Befragung der Expert\*innen zu den eigenen Erfahrungen mit Entlassmanagement zeigen deutlich die Grenzen für bestimmte von Patient\*innen und Angehörigen gewünschte Qualitätsaspekte im Krankenhaus (siehe Anhang C des Zwischenberichts). Dem Wunsch nach einem ungestörten Gespräch z.B. kann demzufolge derzeit im Krankenhaus strukturell nicht entsprochen werden, ebenso wenig zuverlässig dem Wunsch nach einem ärztlichen Gespräch.

Das IQTIG empfiehlt keine Befragung von Kindern und Jugendlichen mit Blick auf das Aufwand-Nutzenverhältnis. Geprüft werden sollen dagegen die rechtlichen Voraussetzungen für eine Befragung von Eltern/Sorgeberechtigten, die das IQTIG bis zur Volljährigkeit als Adressat\*innen des Entlassmanagements sieht.

### **Kommentar AWMF:**

Das IQTIG präsentiert eine umfangreiche Auswahl von wünschenswerten Qualitätsmerkmalen, die in eine Patientenbefragung aufgenommen werden sollen. Eine Befragung zu Qualitätsmerkmalen, für die die strukturellen Voraussetzungen fehlen, erscheint ohne das Schaffen dieser strukturellen Voraussetzungen nicht sinnvoll (s.a. Abschnitt Ressourcen).

Nach Einschätzung der AWMF hängt der Erfolg einer Patientenbefragung von der Einfachheit und Klarheit der Fragen ab, insbesondere, wenn diese nach Entlassung ausgefüllt werden sollen. Neben Fragen, ob eine Maßnahme stattgefunden hat, sollte auch eine subjektive Bewertung möglich sein, ob diese hilfreich war.

Qualitätsgesicherte Patienteninformationen zur Erläuterung der Erkrankung und zur Unterstützung des Selbstmanagements sind aus Sicht der AWMF sehr wichtig. Nach deren Weitergabe an Patient\*innen und Betreuende sollte aktiv gefragt werden.

In Bezug auf die Befragten selbst ist die Unterscheidung zu treffen, ob eine Eigenbefragung oder eine Fremdbefragung durch Angehörige zielführender ist.

Die AWMF empfiehlt, auch Jugendliche (z.B. mit chronischen oder schweren Erkrankungen) ab 14 Jahren in die Befragungen mitaufzunehmen. Dies kann die im G-BA Auftrag enthaltene Stärkung des Selbstmanagements befördern.

**Insgesamt empfiehlt die AWMF, bereits bei der Entwicklung der Patientenbefragung deren Evaluation im Routinebetrieb mitzudenken und hierfür im Abschlussbericht ein Konzept vorzulegen.**

## **Kommentare der AMWF zum Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement insgesamt, über den Anlass "Patientenbefragung" hinaus.**

### **3. Erforderliche personelle/finanzielle Ressourcen für eine Qualitätsverbesserung**

#### **Kommentar AWMF:**

Aus Sicht der AWMF gibt es weiterhin zu wenig personelle und materielle Ressourcen, um ein patientengerechtes Durchführen des Entlassmanagement zu ermöglichen. Darüber hinaus bestehen innerhalb der Krankenhäuser nicht selten Abstimmungsschwierigkeiten zwischen Sozialdienst, Case-Management und Entlassmanagement.

Es erscheint deshalb mehr als zielführend, dass sowohl das IQTIG als auch der G-BA auch den Ressourcenbedarf für ein angemessenes Entlassmanagement im Rahmen des gesamten Qualitätssicherungsverfahrens adressieren und quantifizieren, damit die erforderlichen Mittel bereitgestellt werden können. Bislang gibt es hierzu keine Informationen. Um Liste der genannten wünschenswerten Aktivitäten im Rahmen des Entlassmanagements umzusetzen, müsste z.B. ein durchschnittlicher Zeitbedarf pro Patient identifiziert und auf die täglich entlassenen Patient\*innen für die einzelnen Bettenstationen hochgerechnet werden.

Wie oben ausgeführt, bedarf es auch struktureller Verbesserungen im Hinblick auf eine räumlich veränderte Krankenhausplanung. Auch diese Mittel sollten im Rahmen eines Qualitätssicherungsverfahrens quantifiziert werden.

### **4. Sicherstellen einer angemessenen sektorenübergreifenden Versorgung – Fehlen einer sektorenübergreifenden Betrachtung im eigentlichen Sinne**

Das IQTIG führt im Hinblick auf die abrechenbaren Versorgungsleistungen aus: „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 wird angedeutet, dass eine tatsächliche Zuschreibung sektorenübergreifender Versorgung im Rahmen der Entlassung nicht möglich ist.

#### **Kommentar AWMF:**

Das beauftragte Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement fokussiert bislang ausschließlich auf Leistungen des Krankenhauses. Im vorgelegten Zwischenbericht wird im Hinblick auf die Auswertung von Routinedaten angedeutet, dass eine eindeutige Zuschreibbarkeit der Leistungserbringenden nicht möglich ist.

Für die Patientenbefragung sind keine Qualitätsmerkmale enthalten, die Informationen darüber geben könnten, ob eine angemessene Weiterversorgung im ambulanten Bereich durch das Entlassmanagement im Krankenhaus wirklich eingeleitet wurde und – noch wichtiger – ob diese auch tatsächlich in angemessener Weise erfolgte.

Aus Sicht der AWMF gibt es gerade für alleinstehende, ältere Personen erhebliche Weiter Versorgungsprobleme, denen durch das derzeitige Verfahren nicht begegnet wird. **Es scheint so, dass auch im Jahr 2021 eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung noch nicht möglich ist. Das Qualitätssicherungsverfahren sollte jedoch dringend dahingehend weiterentwickelt werden, wenn die Versorgung nachhaltig verbessert werden soll. Ziel sollte die Abbildung eines gelungenen Schnittstellenmanagements unter Einbezug der ambulant Versorgenden sein.**

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Dr. Monika Nothacker

Prof. Dr. Ina Kopp

Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake





Die Beauftragte der Bundesregierung  
für die Belange der Patientinnen und Patienten

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, 11055 Berlin

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

**Hausanschrift**

Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

**Postanschrift**

11055 Berlin



bearbeitet von:

Dr. Theresa Berhorn

[www.patientenbeauftragte.de](http://www.patientenbeauftragte.de)

AS P - 58325

Berlin, 14. Juni 2021

**Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren  
Entlassmanagement vom 30. April 2021**

**Stellungnahme**

Seite 1 von 5

Sehr geehrter Herr Professor Heidecke,  
sehr geehrte Frau Dr. Andorfer,

vielen Dank für die Zusendung des im Betreff genannten Zwischenberichtes und die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Sie legen hier ein gut durchdachtes Konzept zur Realisierung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren Entlassmanagement im Regelbetrieb vor. Besonders gut gefallen hat mir die fundiert ausgearbeitete, sauber recherchierte und mit verschiedenen methodischen Ansätzen verfolgte Identifikation von Qualitätsaspekten des Entlassmanagements in Vorbereitung auf die Erstellung des Fragebogens und die Ausarbeitung von Qualitätsindikatoren bzw. -indices. Positiv hervorzuheben ist auch die starke Fokussierung auf die Themenfelder Kommunikation, Information und Schulung sowie Sicherstellung der lückenlosen Weiterversorgung nach Entlassung.

Einige wenige Anmerkungen und Vorschläge habe ich dennoch zu machen und einzelnen Entscheidungen des Expertengremiums in Bezug auf die Qualitätsmerkmale kann ich nicht zustimmen.

**Proxy-Befragung von Minderjährigen**

Zur Proxy-Befragung von Minderjährigen (vgl. Abschnitt 5.2.2, S. 46) ist anzumerken, dass die Beteiligung insbesondere Jugendlicher bei der Beantwortung des Fragebogens durch die Eltern als primäre Adressaten eine gute Lösung darstellt.

Da aus Überlegungen über Aufwand und Nutzen keine direkte Befragung von Kindern und Jugendlichen durch einen separaten, altersgerechten Fragebogen vorgesehen ist, sollte aber die Einbindung von Jugendlichen ab 14 Jahren zwingend sein. Angesichts der Voraussetzung, dass die Patientenbefragung altersunabhängig konzipiert werden soll, halte ich dies für vertretbar und geboten.

Positiv ist die vorgesehene Erfassung, welche Personen (z.B. jugendliche/r Patient/in, erwachsene/r Patient/in, Proxy) an der Beantwortung des Fragebogens beteiligt waren.

### **Abfrage patientenrelevanter Themen in Fokusgruppen und Einzelinterviews**

Es ist äußerst lobenswert, dass für die geplante Durchführung von Fokusgruppen gute und pragmatische Lösungen, die den Limitationen durch die SARS-CoV-2-Pandemie gerecht wurden, gefunden wurden und der Auftrag des G-BA weiterbearbeitet wurde (vgl. Abschnitt 6.2.2, S. 61).

Angesichts der Vorgabe, dass Teilnehmende sich psychisch und physisch in der Lage fühlen sollten, an einem 60-minütigen Einzelgespräch teilzunehmen, und in der Lage sein mussten, die gewählten Kommunikationsmittel zu bedienen (vgl. Abschnitt 6.2.2), konnten bestimmte Patientengruppen nicht beteiligt werden. Zudem fußt die Identifikation patientenrelevanter Themen für die zu entwickelnden und entwickelten Qualitätsmerkmale auf Angaben von insgesamt nur 70 Personen, davon jedoch lediglich 27 Patientinnen und Patienten (vgl. Tabellen 12 und 13, S. 136 ff.).

Es wäre daher wünschenswert, die identifizierten patientenrelevanten Themen, sobald pandemiebedingt möglich, in zusätzlichen Interviews und Fokusgruppen mit weiteren Patientinnen und Patienten, insbesondere solchen, die durch die angeführten Zugangsvoraussetzungen ausgeschlossen worden waren, zu validieren und unter Umständen auch Aspekte zu erfassen, die bislang nicht berücksichtigt sind.

### **Prognosemodell und QS-Auslösung**

Die Entwicklung des Prognosemodells und die Herausarbeitung der Zielkriterien für die Zielvariable eBEM (erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement; Approximation an den umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement) überzeugt.

Zu begrüßen ist, dass hierdurch auch Fälle mit kurzer Verweildauer erfasst werden (vgl. Abschnitt 7.3.1, S. 94), da sich ein unzureichendes Entlassmanagement insbesondere bei kurzen Verweildauern manifestiert (vgl. Abschnitt 8.2.3, S. 148). Auch die Wahl des Schwellenwertes, durch den auch Entlassfälle ohne eBEM zur selektierten Fallpopulation gehören können, ist schlüssig und zu begrüßen. Im klinischen Alltag kann ein Entlassmanagement auch in Fällen, in denen ein Bedarf für ein Entlassmanagement nicht offensichtlich oder an definierten Kriterien messbar ist, relevant sein (vgl. Abschnitt 8.1.3, S. 118, vgl.<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> Saal, S; Kirchner-Heklau, U; Müller, T; Wohlfarth, K; Hamzei, F; Müller, M; et al. (2019): Optimierung der Überleitung von der stationären in die ambulante Gesundheitsversorgung nach Schlaganfall (OpTheraS). Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis und Analyse von Einflussfaktoren der Überleitung. Die Rehabilitation 58(1): 39-49. DOI: 10.1055/s-0043-124347.

Einzig, dass das Modell auf Daten von nur einer Krankenkasse basiert, ist kritikwürdig. An dieser Stelle wäre die Größe der Krankenkasse (Anzahl der Versicherten) von Interesse. Daher wäre eine Prüfung des Modells auf der Basis von Daten anderer Krankenkassen für dieselben Kalenderjahre (2016, 2017) wünschenswert.

Der Empfehlung, das Modell regelmäßig zu aktualisieren, ist zuzustimmen. Dies wird allein aufgrund der Tatsache sich ändernder Richtlinien, Gesetze und medizinischer Standards, die sich auf die Zielvariable auswirken können, für erforderlich gehalten (vgl. Abschnitt 7.2.8, S. 90).

## Qualitätsaspekte

### Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung

Während das initiale Assessment zur ersten Abschätzung der patientenindividuellen Bedarfe für ein Entlassmanagement oder einen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement einen wesentlichen Punkt im Versorgungspfad Entlassmanagement darstellt (vgl. Abschnitt 3.1.3, S. 33) und sich sowohl in der Literaturrecherche als auch in den Fokusgruppen und Einzelinterviews als patientenrelevantes Thema erwiesen hat (vgl. Tabelle 10, S. 131, und Tabelle 17, S. 182), wird es in den erarbeiteten Qualitätsmerkmalen nicht explizit abgebildet.

An dieser Stelle sollte geprüft werden, ob die implizite Abbildung durch andere Qualitätsmerkmale ausreichend ist oder ob ergänzend die Möglichkeit besteht, ein entsprechendes Qualitätsmerkmal aufzunehmen, da sich die Abfrage eines initialen Assessments in einem Patientenfragebogen vergleichsweise einfach erfassen und mit der QS-Dokumentation der Leistungserbringer verknüpfen ließe.

### Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung

Ein Ergebnis der Fokusgruppen und Einzelinterviews war, dass das Besprechen finanzieller Aspekte der Versorgung nach der Entlassung (vgl. Abschnitt 8.2.4, Tabelle 17, S. 183) ein für Patientinnen und Patienten relevantes Thema ist. Die Beschreibung von Qualitätsmerkmal 2.4 könnte daher umformuliert werden, z.B. „Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob Patientinnen und Patienten von einer Fachperson aus dem Krankenhaus dazu beraten wurden, welche weiteren Unterstützungsangebote es für sie für die Zeit nach der Entlassung gibt. Dies umfasst eine patientenindividuelle Beratung unter Berücksichtigung der persönlichen finanziellen Situation, z.B. zur stationären oder ambulanten...“

### Qualitätsaspekt 4: Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit

Es ist außerordentlich zu begrüßen, dass der Schulungsaspekt durch die modifizierten Beschreibungen der Qualitätsmerkmale 4.1 und 4.2 deutlicher hervorgehoben wird.

### Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung

Es fällt positiv auf, dass sich viele Qualitätsmerkmale mit der lückenlosen Versorgung am Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor befassen. Bedauerlich ist der Ausschluss der Qualitätsmerkmale 5.4 „Verordnung von geplanten Hilfsmitteln für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ und 5.9 „Verordnung der geplanten häuslichen Krankenpflege für die Zeit unmittelbar nach Entlassung“ durch das Expertengremium. Dem möchte ich an dieser Stelle ausdrücklich widersprechen.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Möglichkeit einer Verordnung von Medikamenten, Hilfs- und Heilmitteln sowie Krankenpflege im stationären Sektor festgelegt. Leider wird diese Möglichkeit noch immer nicht ausreichend genutzt, was sich auch in den Interviews und Fokusgruppen (vgl. Abschnitt 8.2.3, S. 164-166) niederschlägt.

Da QS-Verfahren eine Steuerung, z.B. durch Wegfall des Vergütungsanspruchs bei Nichterfüllung von Qualitätsindikatoren, bieten, sind diese Qualitätsmerkmale im Sinne einer besseren lückenlosen Versorgung und tatsächlichen Unterstützung der Patientinnen und Patienten unbedingt beizubehalten und bei der Fragebogenentwicklung zu berücksichtigen. Dies betrifft die Qualitätsmerkmale 5.3, 5.4, 5.7 und 5.9.

Auch der Umformulierung des Titels und der Beschreibung von Qualitätsmerkmal 5.3 von „Verordnung“ und „von einer Ärztin/ einem Arzt aus dem Krankenhaus eine Verordnung von“ zu „Unterstützung bei“ und „Unterstützung vom Krankenhaus“ kann daher nicht zugestimmt werden. Die Formulierung „Unterstützung vom Krankenhaus“ ist unverbindlich - ein Krankenhaus stellt überdies kein Fachpersonal dar - und zielt ins Leere. Da die Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt vorgenommen werden muss, schlage ich eine entsprechende Anpassung der ursprünglichen Formulierung vor. Dies betrifft auch die Qualitätsmerkmale 5.4, 5.7 und 5.9.

#### Qualitätsaspekt 7: Entlassdokumente

Die Aufnahme von Qualitätsmerkmal 7.2 „Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten und stationären Weiterversorgung“ ist sehr erfreulich, geht meines Erachtens aber noch nicht weit genug.

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass Patientinnen und Patienten den Entlassbrief „als sehr lang und nicht gut strukturiert wahrnehmen“ (vgl. S. 122). Die Empfehlung eines Entlassbriefes in laienverständlicher Sprache<sup>2</sup> bzw. eine Forderung desselben ist zunehmend ein Thema, dem zukünftig mit modernen Klinikinformationssystemen mit vergleichsweise geringem Aufwand nachgekommen werden könnte.

Ein entsprechendes Innovationsfondsprojekt („PASTA – Patientenbriefe nach stationären Aufhalten“) sei hier als Beispiel erwähnt. Es ist unabdingbar, dass Patientinnen und Patienten zukünftig leicht verständliche schriftliche Informationen über ihre Diagnose, Zweck und Ergebnis durchgeführter Untersuchungen und Eingriffe, eine Zusammenfassung des stationären Aufenthaltes, Informationen zur Medikation, zu weiteren notwendigen Untersuchungen und Therapien sowie zum individuellen Gesundheitsverhalten und weiteren Unterstützungsangeboten erhalten.

Hier möchte ich auch auf das sehr eindeutige Ergebnis der Fokusgruppen und Einzelinterviews und den Konsens von Gesundheitsprofessionen und Patientinnen und Patienten darüber, dass ein solcher Entlassbrief für Patientinnen und Patienten sinnvoll und hilfreich sei, verweisen (vgl. S. 169). Ein solcher Entlassbrief könnte außerdem viele der Informationsdefizite auf Seite der Patientinnen und

---

<sup>2</sup> Saal, S; Kirchner-Heklau, U; Müller, T; Wohlfarth, K; Hamzei, F; Müller, M; et al. (2019): Optimierung der Überleitung von der stationären in die ambulante Gesundheitsversorgung nach Schlaganfall (OpTheraS). Bestandsaufnahme der aktuellen Praxis und Analyse von Einflussfaktoren der Überleitung. Die Rehabilitation 58(1): 39-49. DOI: 10.1055/s-0043-124347.

Patienten und ihrer Angehörigen, die in den Einzelinterviews und Fokusgruppen angesprochen wurden (vgl. Abschnitt 8.2), adressieren.

### Qualitätsaspekt 8: Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten

Es überzeugt und beeindruckt, dass dieser Qualitätsaspekt einen weiteren und sehr differenzierten Schwerpunkt darstellt und sich damit potenziell auch im Fragebogen und in den zu entwickelnden Indices bzw. Indikatoren einem prozessübergreifenden Kernthema widmet. Dies ist ganz im Sinne des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) und der in Vorbereitung befindlichen Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte.

#### **Grundsätzliche Anmerkungen zur Patientenbefragung:**

Es ist bedauerlich, dass mit einer Ausnahme (vgl. Qualitätsmerkmal 6.4) eine Abfrage, in wie weit Angehörige in das Entlassmanagement einbezogen wurden, wegen des juristischen Bezugs auf die jeweils versicherte Person gemäß § 39 Absatz 1a SGB V nicht vorgesehen ist.

Es ist geplant, dass das Umsetzungskonzept für die Patientenbefragung und damit auch die Fragebogenentwicklung Bestandteil des Abschlussberichtes im QS-Verfahren Entlassmanagement ist. Aus Sicht der am Verfahren Beteiligten wäre eine Möglichkeit zur Stellungnahme vor Finalisierung des Umsetzungskonzeptes wünschenswert.

Einige wenige generelle Anmerkungen seien bereits an dieser Stelle gemacht:

Es ist darauf zu achten, dass die Befragung nicht nur unabhängig von spezifischen Diagnosen, der erbrachten stationären Leistung und dem Alter der Patientinnen und Patienten ist (vgl. Abschnitt 1.3, S. 26), sondern auch von etwaigen Richtlinien- und Gesetzänderungen.

Außerdem sollte der spätere Fragebogen mehrsprachig und barrierefrei zur Verfügung stehen. Die Möglichkeit einer digitalen Beantwortung (z.B. durch Versand von QR-Codes durch die Versendestelle Patientenbefragung) ist zu prüfen.

Eine schriftliche Aufklärung darüber, dass das Ausfüllen des Fragebogens freiwillig ist, muss dem Fragebogen und jedem Erinnerungsschreiben (vgl. S. 270) vorangehen. Die Rezipienten müssen außerdem die Antwortmöglichkeit, den Fragebogen nicht beantworten bzw. ausfüllen zu wollen, haben. Wie bereits ausgeführt, ist eine Angabe der an der Beantwortung Beteiligten sinnvoll.

Abschließend bedanke ich mich für Ihre herausragende Arbeit und hoffe, dass meine Anmerkungen hilfreich für Sie waren.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Dr. Theresa Berhorn



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“

Berlin, 11.06.2021

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 30.04.2021 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“ aufgefordert.

## Hintergrund

Am 20.09.2018 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) Entlassmanagement. Der Fokus des QS-Verfahrens soll auf Patientinnen und Patienten liegen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden und dabei einen besonderen Bedarf für ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V aufweisen. Dazu ist vom Institut ein Prognosemodell zu entwickeln, anhand dessen diese Patientengruppe selektiert werden kann. Das QS-Verfahren soll unabhängig von den Diagnosen und Therapien der Patientinnen und Patienten angewandt werden können.

Der Auftrag des G-BA zur Entwicklung eines QS-Verfahrens für das gesetzliche Entlassmanagement ist dreigeteilt:

- Teil A beinhaltet die Überarbeitung einer Konzeptskizze, die vom Aqua-Institut im Jahre 2015 erstellt worden war. Das Qualitätsmodell aus dieser Konzeptskizze war zu aktualisieren. Die Ergebnisse zu Teil A wurde vom IQTIG mit einer neuen Konzeptstudie am 18.10.2019 vorgelegt.
- Teil B umfasst die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die im Qualitätsmodell identifizierten Qualitätsaspekte, die sich über eine QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen abbilden lassen.
- Teil C beinhaltet die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die über eine Patientenbefragung abzubilden sind.

Der vorliegende Bericht enthält schwerpunktmäßig die Zwischenergebnisse der Entwicklungsarbeit zum Teilauftrag C sowie weiterhin Überlegungen zur Auswahl eines statistischen Prognosemodells und zum möglichen Ablauf und zur Logistik des Regelbetriebs einer Patientenbefragung.

## Inhalt des Zwischenberichts

Nach einer Einleitung mit Angabe des Beauftragungshintergrunds in **Kapitel 1** wird in **Kapitel 2** des Berichts überblicksartig dargestellt, welche Qualitätsaspekte im entwickelten Qualitätsmodell jeweils von den Datenquellen QS-Dokumentation der Leistungserbringer, Sozialdaten bei den Kassen und Patientenbefragung abgebildet werden können. 11 von 14 Qualitätsaspekten sollen allein oder in Kombination mit einer anderen Datenquelle über die Patientenbefragung erfasst werden. Für neun Aspekte sind die QS-Dokumentation der Leistungserbringer und für drei Aspekte die Sozialdaten der Kassen als Datenquellen zu nutzen.

In **Kapitel 3** wird ein Überblick über die Versorgungspraxis des Entlassmanagements in Krankenhäusern (der akutstationären Versorgung) in Deutschland gegeben. Die einschlägigen rechtlichen Rahmenbedingungen werden kurz erläutert.

**Kapitel 4** enthält eine Einführung in die Methodik der Fragebogenentwicklung, welche grundsätzlich vom Institut angewandt wird. Das IQTIG verfolgt einen faktenorientierten Befragungsansatz. Der Schwerpunkt des Befragungsinstruments soll nicht eine Bewertung der erlebten Versorgung (Rating) sein, sondern die Berichterstattung (Reporting) über abgelaufene Prozesse (Patient-Reported Experience Measures (PREM)) und Ergebnisse (Patient-Reported Outcome Measures).

**Kapitel 5** gibt einen Überblick über die methodischen Herausforderungen, die sich für eine Befragung im QS-Verfahren Entlassmanagement ergeben. Vorrangig ist die Reduktion der Zielgruppe aller aus dem Krankenhaus entlassenen gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten auf eine inhaltlich und vom Umfang angemessenen Stichprobe, da eine Vollerhebung bei allen ca. 17 Millionen Fällen pro Jahr keine vernünftige Option ist. Zu selektieren sind diejenigen Fälle mit erhöhtem Bedarf des Entlassmanagements. Zugleich soll das Verfahren trotz der Heterogenität dieser Zielgruppe für alle Patientinnen und Patienten anwendbar sein.

Eine weitere methodische Herausforderung ist die Einbindung Dritter, sogenannter Proxys, in die Befragung. Bei Kindern und Jugendlichen sind die Sorgeberechtigten und bei nicht selbst auskunftsfähigen Patientinnen und Patienten die Angehörigen zu befragen.

Weiterhin muss unter Berücksichtigung der Erinnerungsfähigkeit der befragten Personen ein angemessener Befragungszeitpunkt nach dem stationären Aufenthalt gefunden werden.

Im Rahmen der Messung der Ergebnisqualität müssen die Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Das IQTIG zitiert nach Galvin vier Einflussfaktoren der subjektiven Entlassbereitschaft, welche den patientenindividuellen Zustand am Ende des Krankenhausaufenthalts bzw. nach Entlassung aus dem Krankenhaus beeinflussen: körperliche Stabilität, mentale Stabilität, Information und Wissen zu Versorgungserfordernissen sowie Unterstützung und Hilfestellung nach Entlassung. Ungeplante stationäre Wiederaufnahmen und ambulante Notfallkontakte können als Surrogatparameter der Ergebnisqualität angesehen werden. Bei ihrer Anwendung als Qualitätsindikatoren muss allerdings sichergestellt werden, dass ein Zusammenhang mit der ursprünglich zugrunde liegenden Krankenhausbehandlung nachweisbar ist.

Abschließend wird in Kapitel 5 die Bedeutung einer angemessenen Risikoadjustierung betont, um zu erreichen, dass Unterschiede im Ergebnis zwischen den Leistungserbringern möglichst auf Unterschiede in der Qualität des Entlassmanagements zurückgeführt werden können.

Die Ableitung der Qualitätsmerkmale wird in **Kapitel 6** beschrieben. Zur „Evidenzsynthese“ wurde die frühere Literaturrecherche aus der Konzeptstudie aktualisiert. Im Fokus des aktuellen Berichts stehen Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten, mit Angehörigen sowie mit Angehörigen von „Gesundheitsprofessionen“ (stationär und ambulant tätige Ärztinnen und Ärzten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Case- bzw. Entlassmanagements, des Sozialdienstes und des Pflegepersonals). Bedingt durch die Corona-Pandemie mussten statt der klassischen Gruppensitzungen Einzelinterviews durchgeführt werden.

Ein Expertengremium begleitete die Auswertung der Fokusgruppen und die Ableitung der Qualitätsmerkmale. Änderungen an den Formulierungen der Merkmale im Verlauf der Entwicklung werden im Bericht tabellarisch dargestellt einschließlich einer stichpunkteartigen Wiedergabe der jeweiligen Inhalte der Expertendiskussion.

**Kapitel 7** enthält Ausführungen zum möglichen Auslösemechanismus des QS-Verfahrens (QS-Filter). Dazu werden bereits in der Konzeptstudie gemachte Vorschläge für ein Modell weiterentwickelt, mit dem auf Basis der verfügbaren Fallinformationen ein Prognosewert geschätzt werden kann, der angibt, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein Fall erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement (eBEM) aufweist.

Die Entwicklung des Prognosemodells erfolgt anhand von ca. zwei Millionen Sozialdaten einer Kasse der Jahre 2016 und 2017. 16 Zielkriterien, wie z. B. häusliche Krankenpflege, Arbeitsfähigkeit, Heil- oder Hilfsmittelbedarf werden mit Abrechnungsdaten operationalisiert. Es wird ein Regressionsmodell mit den Modellvariablen ICD- und OPS-Kodes sowie Geschlecht, Pflegegrad, Alter und Verweildauer entwickelt.



Mittels der Wahl des Schwellenwerts soll es ermöglicht werden, je nach erforderlicher Sensitivität und Spezifität die Anzahl selektierter Fälle zu steuern. Das Institut empfiehlt bei diesem Modell einen Schwellenwert von 0,5. Damit wären im vorliegenden Datenpool 54,8 % der Fälle selektiert, was einer Sensitivität von 77,2 % und einem positiven Vorhersagewert (PPV) von 82,1 % entspricht.

Nachgelagert an diese Fallselektion durch das Prognosemodell empfiehlt das Institut, die ausgelöste Fallzahl weiter zu reduzieren durch eine Stichprobenziehung im Krankenhaus. Unabhängig davon soll – wie auch in anderen Patientenbefragungsverfahren vorgesehen – abschließend eine Zufallsstichprobe der übermittelten Adressdaten durch die Versendestelle Patientenbefragung (VPB) erfolgen.

Im Bericht folgt auf Grundlage des Kassendatenpools eine Analyse der mit diesen Parametern im Modell selektierten Entlassfälle. Von ca. 1,6 Millionen würden durch den Selektionsalgorithmus ca. 730 Tausend Fälle mit eBEM selektiert, vor allem Patientinnen und Patienten jenseits des Alters von 50 Jahren. Durch eine Altersschichtung der nachgelagerten Stichprobenziehung ließe sich diesem Selektionseffekt entgegenwirken.

Unter Berücksichtigung eines unvollständigen Rücklaufs müssen nach Einschätzung des Instituts ca. 200 Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer befragt werden, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu erreichen.

**Kapitel 8** stellt die Ergebnisse der Literaturrecherche in internationalen Leitlinien, dem deutschen Expertenstandards der Pflege, in Studien zur Patientenperspektive sowie in Studien zur Versorgungssituation in Deutschland dar. In tabellarischen Zusammenfassungen werden die einzelnen „patientenrelevanten Themen“ nach 11 Qualitätsaspekten geordnet.

Anschließend werden – ebenfalls nach den genannten Qualitätsaspekten geordnet – die Ergebnisse der Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen, Patienten und Angehörigen bzw. mit Gesundheitsprofessionen wiedergegeben. Dabei werden zur Illustration zahlreiche Zitationen aus den transkribierten Interviews eingestreut und die Ergebnisse tabellarisch zusammengefasst.

Schließlich werden auf Basis der oben genannten Datenquellen 58 Qualitätsmerkmale zu den elf Qualitätsaspekten formuliert und unter den Kriterien „Bedeutung für Patientinnen und Patienten/Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel“ und „Beeinflussbarkeit“ und „Zuschreibbarkeit“ analysiert. Die Qualitätsmerkmale wurden vom Expertengremium diskutiert und geringfügige Änderungen vorgenommen. Vier Qualitätsmerkmale und ein Qualitätsaspekt wurden gestrichen, so dass abschließend zehn Qualitätsaspekte mit insgesamt 54 Qualitätsmerkmalen verbleiben:

- Entlassplanung
- Information zum Prozess der Entlassung und Zeit nach der Entlassung
- Information und Aufklärung zur Medikation
- Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
- Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung
- Entlassgespräch
- Entlassdokumente
- Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten
- Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung
- Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakte zur ambulanten Notfallversorgung

In **Kapitel 9** wird der aktuelle Stand zur Organisation und zum Datenfluss der Patientenbefragung für ein QS-Verfahren Entlassmanagement reflektiert, so wie er auch in anderen Patientenbefragungen in der Qualitätssicherung des G-BA geplant ist.

**Kapitel 10** skizziert die weiteren Entwicklungsschritte: die Itementwicklung, den kognitiven Pretest, den Standard-Pretest sowie die abschließende Definition der Qualitätsindikatoren. Ein erstes Auswertungs- und Umsetzungskonzept wird mit dem Abschlussbericht angekündigt.

## **Bewertung des Zwischenberichts**

Mit dem QS-Verfahren Entlassmanagement plant der G-BA, neben den Leistungsbereichen Dekubitus und Nosokomiale Wundinfektionen, ein weiteres datengestütztes Querschnitts-QS-Verfahren über alle stationären Fachabteilungen des Krankenhauses hinweg. Der vorliegende Zwischenbericht enthält ein Konzept für den Patientenbefragungsteil dieses geplanten Verfahrens.

Wegen der Selektion der Patientenpopulation auf Patienten mit erhöhtem Entlassmanagementbedarf müsste der Titel des Verfahrens aus Sicht der Bundesärztekammer eigentlich „Entlassmanagement bei Risikopatienten“ (oder ähnlich) heißen, denn die Auswahl der zu befragenden Patienten wird schließlich nicht nur über eine Zufallsstichprobe ermittelt, sondern soll sich laut Auftrag des G-BA auf „bestimmte Patientengruppen“ mit der „Notwendigkeit für ein umfassendes Entlassmanagement“ fokussieren. Inwieweit bereits durch den Auftrag das Risiko eines Selektionsbias angelegt wurde, der auf spätere, generalisierte Aussagen zur Qualität eines Entlassmanagements einen Einfluss haben wird, wäre spätestens in der Evaluation zu klären.

Wie aus früheren vergleichbaren Entwicklungsberichten des Instituts bekannt, ist auch dem vorliegenden Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren aus Sicht der Bundesärztekammer eine hohe fachliche Qualität zu bescheinigen. Die Vorgehensweise bei den einzelnen Entwicklungsschritten ist gut strukturiert und nachvollziehbar. Die bereits im Rahmen der Konzeptstudie durchgeführte Literaturrecherche wurde aktualisiert und Themen der Patientenbefragung ergänzt. Pandemiebedingt wurden statt Fokusgruppensitzungen Einzelinterviews durchgeführt. Vom bekannten Stilmittel der Originalzitation aus den transkribierten Interviews wird im Bericht umfangreich Gebrauch gemacht. Die Zitate vermitteln eingängig den Eindruck, dass bei den aus Sicht der Patientinnen und Patienten geschilderten Abläufen im Rahmen ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus Verbesserungspotenzial besteht.

Der vorgestellte Zwischenstand der Entwicklung ist ein Qualitätsmodell mit für das Instrument der Patientenbefragung vorgesehenen zehn Qualitätsaspekten und 54 Qualitätsmerkmalen. Das erscheint relativ umfangreich. Die Zahl könnte noch weiter steigen, da ein Qualitätsmerkmal nicht gleichbedeutend mit einem Item des Fragebogens ist, sondern ggf. auch durch mehrere Items abzubilden ist. Ein derartig umfangreicher Fragebogen birgt die Gefahr, abschreckend für die Patientinnen und Patienten zu wirken und ggf. zu einem niedrigen Rücklauf zu führen.

Bei einigen der abgeleiteten Qualitätsmerkmale ist eine inhaltliche Überschneidung festzustellen. Die Befragungsergebnisse der daraus entwickelten Items dürften dann hoch zueinander korrelieren. Bei der abschließenden Überarbeitung des Fragebogens könnte dann bei einigen Items eine Zusammenfassung angezeigt sein. Beispielfhaft seien genannt:

- 1.1 Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin/  
1.8 Information zu zeitlichen Verzögerungen am Entlasstag
- 2.2 Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung/  
2.3 Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge
- 4.3 Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung/  
4.4 Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen

## 1.2 Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen/ 9.1 Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten.

Insofern dürfte das finale Befragungsinstrument schlanker sein, als zurzeit aus dem Set der Qualitätsmerkmale zu extrapolieren ist.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt verbleiben offene Fragen zur Einbeziehung von Proxys anstelle der Patientinnen und Patienten, d. h. von Angehörigen bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten bzw. von Sorgeberechtigten bei Kindern und Jugendlichen. Diese Einbeziehung soll nach dem Konzept des Instituts im Grundsatz möglich sein. Je nach betroffener Fachabteilung kann der Anteil der Bögen, die durch Angehörige ausgefüllt werden müssen, unterschiedlich hoch sein. Z. B. ist ein höherer Anteil in der Geriatrie und der Psychiatrie zu erwarten. Abgesehen von den datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen (im § 299 SGB V ist nur von befragten Versicherten, nicht aber von deren Angehörigen die Rede) erscheint die Grenze, wann ein Ausfüllen der Bögen durch Angehörige gestattet oder sogar erforderlich ist, unklar. Bei Verwendung eines identischen Fragebogens für Patientinnen und Patienten und für Angehörige könnten Items in der besonderen Befragungssituation nicht optimal passen. Es ist anzuraten, Fragebögen, die von Angehörigen ausgefüllt wurden, gesondert auszuwerten.

Ein zentrales Thema, das sich im Kontext des geplanten QS-Verfahrens Entlassmanagement stellt, wird im Zwischenbericht leider überhaupt nicht thematisiert: Wie ist ein allgemeines Befragungsinstrument über das gesamte Fachabteilungsspektrum eines Krankenhauses überhaupt zielführend einsetzbar? Vielmehr erscheint es nach dem Konzept des IQTIG gegenwärtig so, dass alle Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses „über einen Kamm geschoren“ werden sollen.

Auch wenn es mit dem Prognosemodell gut gelingen sollte, Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Entlassmanagementbedarf zu selektieren, so bleibt jedoch offen, mit welchem Inhalt ein Stellungnahmeverfahren mit einem Krankenhaus geführt werden soll, bei dem in der Befragung bei einzelnen Patientinnen und Patienten über verschiedene Fachabteilungen hinweg negative Befragungsergebnisse erzielt wurden. Dies wiegt umso schwerer, als Patientenbefragungen, anders als die klassische QS-Dokumentation der Leistungserbringer, aus Datenschutzgründen grundsätzlich nicht fallbezogen sind, d.h. dass die Krankenhäuser keine Einzelanalyse auffälliger Befragungsergebnisse vornehmen können.

Die grundsätzliche Konzeption des QS-Verfahrens ist schon im Auftrag des G-BA vom 20.09.2018 enthalten. Im Bericht des Instituts sollte die Problematik jedoch zumindest kurz kritisch reflektiert werden.

Die im Rahmenvertrag zwischen GKV-SV, DKG und KBV festgelegten Mindestforderungen des Entlassmanagements gelten zwar grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten und für alle Fachabteilungen. Dennoch müssen in der Praxis im Entlassmanagement je Fachbereich spezifische Schwerpunkte gesetzt werden. Exemplarisch genannt seien eine psychiatrische, eine geriatrische, eine ophthalmologische Fachabteilung und eine Stroke Unit. Hilfsmittelversorgung oder häusliche Krankenpflege spielen zum Beispiel in der Geriatrie oder der Stroke Unit eine große Rolle, während sie in der Psychiatrie oder in der ophthalmologischen Abteilung untergeordnet sind.

Auch bei der Fallzahlberechnung für die Befragung wird im Bericht die Anzahl der Fachabteilungen eines Krankenhauses nicht gesondert berücksichtigt. Es liegt auf der Hand, dass bei einem Krankenhaus(standort) mit vielen Fachabteilungen eine höhere Fallzahl benötigt wird, um das Fachabteilungsspektrum repräsentativ abzubilden.

Nicht zuletzt durch diese grundsätzliche methodische Einschränkung der Befragung erscheint es aus Sicht der Bundesärztekammer erforderlich, in einem QS-Verfahren

Entlassmanagement in jedem Fall alle vorgesehenen Datenquellen, also die QS-Dokumentation der Leistungserbringer, die Sozialdaten der Krankenkassen und die Patientenbefragung in Kombination einzusetzen, um eine angemessene Aussagekraft zu erreichen. Mit einer alleinigen Nutzung des Instruments der Patientenbefragung ließe sich dies nicht erreichen. Dies entspricht auch dem Auftrag des G-BA, der ausdrücklich die Ausnutzung von Synergien bezüglich Datenerhebung, Datenverarbeitung etc. fordert.

## **Fazit**

Der Bericht stellt aus Sicht der Bundesärztekammer einen sorgfältig erarbeiteten Zwischenstand auf dem Weg zu einem QS-Verfahren Entlassmanagement dar. Endgültig beurteilbar ist die Güte des zukünftigen QS-Verfahrens erst, wenn alle geplanten Instrumente in der finalen Version vorliegen. Insofern ist es aus Sicht der Bundesärztekammer bedeutsam für den späteren Erfolg des QS-Verfahrens, dass das IQTIG die Teilaufträge des G-BA und damit auch die unterschiedlichen Instrumente und Datenquellen am Ende sinnvoll zu einer funktionsfähigen Einheit zusammenführt. Methodisch besonders herausfordernd beim Teilauftrag C erscheinen die Selektion von Patientinnen und Patienten mittels eines Prognosemodells sowie die verzerrungsfreie Abbildung der sehr heterogenen Ansprüche an ein Entlassmanagement bezogen auf die unterschiedlichen Fachabteilungen eines Krankenhauses mit entsprechend höchst unterschiedlichen krankheitsspezifischen Versorgungsbedarfen der Patientinnen und Patienten.

Vor einer Aufnahme in den Regelbetrieb der DeQS-RL sollte unbedingt ein angemessener Praktikabilitätstest in Form einer Machbarkeitsprüfung erfolgen.



Stellungnahme

---

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitäts-  
sicherungsverfahren Entlassmanagement  
Zwischenbericht des IQTIG

---

**11.06.2021**

## 1. Bewertung des Zwischenberichts

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt den vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vorgelegten Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement.

Basierend auf umfassenden Literaturrecherchen, der Durchführung von Fokusgruppen und Einzelinterviews sowohl mit Patient\*innen als auch mit Expert\*innen aus der Gesundheitsversorgung, ist es im vorliegenden Bericht gelungen, ein umfassendes Bild von relevanten Qualitätsaspekten für das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus zu erarbeiten.

Insgesamt werden im vorliegenden Zwischenbericht des IQTIG 54 Qualitätsmerkmale für zehn Qualitätsaspekte als Grundlage für die Fragebogenentwicklung beschrieben. Für die Stichprobenziehung wurden ein Prognosemodell sowie ein Verfahren zur Reduktion der Grundgesamtheit auf der Basis des Prognosemodells entwickelt, um Patient\*innen mit einem umfassenden Bedarf an Entlassmanagement, die die Zielgruppe des QS-Verfahrens darstellen, zu identifizieren. Zudem empfiehlt der Bericht die Möglichkeit von Proxy-Befragungen bei Patient\*innen mit physischen oder psychisch/kognitiven Einschränkungen, was von der BPTK ausdrücklich begrüßt wird, da dies insbesondere auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden Einschränkungen die Teilnahme an den Patientenbefragungen ermöglichen kann.

### 1.1 Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale

Die Entwicklung eines generischen Patientenbefragungsinstruments, welches unabhängig von der erbrachten stationären Leistung, der Diagnose und dem Alter der Patient\*innen gleichermaßen eingesetzt werden kann, steht vor der Herausforderung, einerseits allgemein genug zu sein, um gleichermaßen von allen Befragten beantwortet werden zu können, und andererseits konkret genug zu sein, um auch Rückschlüsse auf die Qualität des Entlassmanagements zulassen zu können.

Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass mit 54 zunächst eine sehr große Zahl an Qualitätsmerkmalen identifiziert und beschrieben wird. Bei der Auswahl und Entwicklung der Items für den Fragebogen sollte jedoch darauf geachtet werden, dass diese eine kritische Anzahl nicht übersteigen, damit die Länge des Fragebogens für Patient\*innen bewältigbar und hierdurch eine ausreichend hohe Rücklaufquote erreicht wird. Hierfür ist es aus Sicht der BPTK sinnvoll, streng auf diejenigen Qualitätsmerkmale zu fokussieren,

die zentral für ein gutes Entlassmanagement im Sinne der Sicherstellung einer kontinuierlichen und lückenlosen Weiterversorgung sind. Zudem sollte die Erfassung der Qualitätsmerkmale so konkret sein, dass diese zum einen verlässlich durch die Patient\*innen beurteilt werden und zum anderen möglichst konkrete Hinweise auf Qualitätsdefizite geben können.

Zwischen einzelnen Qualitätsaspekten und Qualitätsmerkmalen gibt es inhaltliche Überschneidungen, die zugunsten einer Fokussierung auf die genannten Aspekte reduziert werden könnten. Die Qualitätsaspekte „1. Entlassplanung“ und „5. Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung“ und die zugehörigen Qualitätsmerkmale bspw. erfassen in Teilen inhaltlich nur schwer voneinander abgrenzbare Sachverhalte. So wird die Frage danach, wie eine Patient\*in am Entlasstag nach Hause bzw. zu ihrem Entlassort kommt, in zwei Qualitätsmerkmalen adressiert: „1.5 Abklärung der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort“ und „5.5 Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag“. Die bedarfsabhängig erforderliche Organisation einer Beförderung der Patient\*in zum Entlassort setzt voraus, dass zuvor eine Abklärung stattgefunden hat, ob diese von Nöten ist. Deshalb könnte in der Befragung auf das Merkmal 5.5. fokussiert werden, zumal für ein gutes Entlassmanagement entscheidender ist, ob bei Bedarf eine entsprechende Beförderung auch wirklich organisiert wurde oder nicht. Ähnliche Überschneidungen ergeben sich auch bei anderen Qualitätsmerkmalen wie z. B. „2.2 Information zur weiterführenden ambulanten Versorgung“ und „5.1 Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten“ oder der Frage, ob ein Medikationsplan erstellt wurde (Qualitätsmerkmal 3.4) bzw. ob sichergestellt wurde, dass Medikamente für die unmittelbare Zeit nach der Entlassung verordnet und mitgegeben wurden (Qualitätsmerkmal 5.2). Auch hier wäre unter Qualitätsgesichtspunkten und aus Gründen der Datensparsamkeit eine Fokussierung auf die Merkmale, die die Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung adressieren, sinnvoll.

## 1.2 Prognosemodell zur Stichprobenziehung und Stichprobenselektion

Die Stichprobenselektion soll zunächst auf der Basis eines Prognosemodells erfolgen und die so gefundene Grundgesamtheit dann in weiteren Schritten über nachgelagerte Stichprobenziehungen je Leistungserbringer\*in reduziert werden.

Bei der Entwicklung des Prognosemodells wurde als Zielkriterium für die Identifizierung der Grundgesamtheit von Patient\*innen mit einem erhöhten Bedarf an Entlassmanagement die Verordnung von 16 verschiedenen poststationären Versorgungsleistungen, u. a.

verordnete Heil- und Hilfsmittel, ambulante und stationäre Versorgungsleistungen, Pflegegrad und Soziotherapie, festgelegt. In den analysierten Entlassfällen aus dem Jahr 2017 wurden die Zielkriterien „Verordnung von Hilfsmitteln“ (28 %), „Krankentransport“ (25 %) und „Polymedikation“ (17 %) am häufigsten erfüllt. Das Zielkriterium „Verordnung von häuslicher Krankenpflege“, die als psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) auch bei Menschen mit psychischen Erkrankungen verordnet werden kann, wurde in weniger als zehn Prozent der Fälle erfüllt. Es ist davon auszugehen, dass pHKP hieran nur einen geringen Anteil hatte. Das Zielkriterium „Verordnung von Soziotherapie“ wurde in weniger als einem Prozent der Fälle verordnet. Außer der Verordnung von Soziotherapie, die ausschließlich für Menschen mit psychischen Erkrankungen verordnet werden kann, handelt es sich bei den anderen Versorgungsleistungen überwiegend um solche, die mehrheitlich bei somatischen Erkrankungen verordnet werden.

Da im Zwischenbericht keine Informationen über die Häufigkeit oder Verteilung von Diagnosen oder die Verordnung von pHKP in der über das Prognosemodell identifizierten Grundgesamtheit von Patient\*innen enthalten sind, ist nicht nachvollziehbar, ob das Prognosemodell geeignet ist, auch Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen und erhöhtem Entlassungsaufwand zu identifizieren. Da alle weiteren Schritte der Stichproben-selektion auf der Grundgesamtheit, die auf der Basis des Prognosemodells gebildet wird, aufbauen, ist dies jedoch entscheidend dafür, dass auch Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen in die Patientenbefragung zum Entlassmanagement einbezogen werden. Die BPtK weist deshalb darauf hin, dass, sollte der Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Grundgesamtheit unterrepräsentiert sein, durch geeignete nachgelagerte Stichprobenverfahren sichergestellt werden muss, dass diese Patientengruppe nicht unberücksichtigt bleibt. Dies gilt insbesondere für psychiatrische und psychosomatische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, um sicherzustellen, dass auch hier die Qualität des Entlassmanagements von schwer psychisch kranken Menschen beurteilt werden kann. Gleichzeitig sollten Doppelbefragungen von Patient\*innen mit der Diagnose Schizophrenie, die bereits über das QS-Verfahren Schizophrenie in Patientenbefragungen einbezogen werden, vermieden werden.



**Stellungnahme der deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) zum fachspezifischen Entlassmanagement, im Rahmen der Entwicklung einer Patientenbefragung für das -Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement- durch das IQTIG (Auftrag durch das G- BA)**

**Kommissionsleitung: DRG/EBM/GOÄ/§115/Qualitätssicherung**

Auftragsziel für das QS – Verfahren Entlassmanagement ist die Entwicklung eines Konzepts für eine aufwandsarme und zuverlässige QS-Auslösung von Krankenhausfällen mit einem umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement.

Es beinhaltet die Entwicklung einer Patientenbefragung mit Konzept zur QS Auslösung, Fragebogenlogistik und Datenflussmodell. Die Entwicklung orientiert sich an definierten Qualitätsmerkmalen (Inhalte Patientenbefragung) und an einer validen, reliablen Messung mit standardisiertem Befragungsinstrument, sowie methodisch- statistischen Rahmenbedingungen.

Um die vom IQTIG geplante Patientenbefragung in ihrer Entwicklung zu unterstützen, erfolgt durch unsere Gesellschaft die strukturierte Aufstellung für die Handchirurgie spezifischen Entlassmanagements, anhand der bereits vom IQTIG entwickelten Qualitätsmerkmale, welche als Teilauftrag im Zwischenbericht vom 30.04.2021 aufgestellt worden sind.

Da laut Definition im Zwischenbericht, die zu entwickelnden Qualitätsindikatoren von Fachbereichen abstrahiert, diagnose-, leistungs-, altersunabhängig anwendbar sein sollen, werden im Folgenden fachspezifische Qualitätsmerkmale in allgemeingültige Entlassmanagementmerkmale eingebettet.

**Dies umfasst:**

- 1.1 Entlassplanung
- 1.2 Entlassprozess und poststationäre Betreuung
- 1.3 Information und Aufklärung zur Medikation
- 1.4 Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit
- 1.5 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung
- 1.6 Entlassgespräch
- 1.7 Entlassdokumente
- 1.8 Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten
- 1.9 Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung
- 1.10 Ungeplante Wiederaufnahme und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung
- 1.11 Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern

## 1.1 Entlassplanung

Die Entlassplanung in handchirurgischen Abteilungen beginnt bereits mit der stationären Aufnahme der PatientInnen.

Von pflegerischer wie ärztlicher Seite sollten bei Aufnahme folgende Punkte geklärt werden:

- Geplante Entlassung: nach Hause, in Pflegeeinrichtung (neu oder zurück), Rehabilitationseinrichtung, Verlegung in andere Fachabteilung, anderes Krankenhaus zur weiteren Betreuung
- Ist nach erfolgter handchirurgischer Versorgung eine autonome Eigenversorgung gewährleistet oder ist Unterstützung, Hilfe, Pflege, Wundversorgung etc. nötig?

Abhängig von den aufgeführten Entlassmöglichkeiten und der Versorgungssituation sind folgend weitere personelle Ressourcen zu aktivieren oder zu klären:

- Angehörige, Betreuer, Bezugspersonen: Betreuung/ Unterstützung in der Häuslichkeit gewährleistet?
- Sozialdienst: Initiation in Zusammenarbeit mit ärztlichem und pflegerischem Dienst  
So zum Beispiel: Ambulante Wundversorgung, ambulante Pflegemaßnahmen, Geriatrische Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung, Unterbringung in Kurzpflegeeinrichtungen, stationäre Initiation einer Pflegestufe
- Kontaktaufnahme zu medizinischen fächerübergreifenden Disziplinen abhängig vom Erkrankungsbild und Komorbiditäten (so z.B. Gefäßchirurgie, Geriatrie, Neurologie, Psychiatrie, Rheumatologie, Nuklearmedizin)
- Spezifisch: Planung notwendiger handtherapeutischer Schienen/ Orthesen, ggf. orthopädietechnisch angepasster Mobilisationshilfen bei bestehender Gehhilfennotwendigkeit (Unterarmgehilfen, Rollator etc.) und postoperativ eingeschränkter Belastbarkeit der oberen Extremität
- Transportorganisation/ Vorbereitung: Abholung, Taxi, Krankentransport, RTW

### Wichtig:

- Besonders ältere PatientInnen mit Komorbiditäten, eingeschränkter Mobilität und der Notwendigkeit einer Ruhigstellung an der oberen Extremität nach operativer Versorgung, können durch diese Notwendigkeit wesentlich in ihren Alltagsfunktionen und der körperlichen Pflege eingeschränkt werden.
- Die Entlassplanung kann durch patientenindividuelle Faktoren, unvorhersehbare intraoperative Notwendigkeiten und postoperative Verläufe verändert und entsprechend im Verlauf befundadaptiert angepasst werden

Kommentar zu 1.1:

- Absehbar werden sich, bedingt durch gesetzliche Rahmenbedingungen verkürzende Verweildauern, beschriebene Maßnahmen zunehmend in den prästationären Bereich verschieben müssen, da sich die Organisation eines Großteils dieser Formalitäten nicht im engen, gesetzlich vorgegebenen, zeitlichen Rahmen der stationären Behandlung umsetzen lässt.

In zu erwartenden Fällen, wird im chirurgischen Setting bereits die prästationäre Indikationssprechstunde zunehmend zum Leitfaden und Wegweiser für die poststationäre Betreuung der PatientInnen. Die Vernetzung und Kommunikation mit der hausärztlichen Grundversorgung, ambulant versorgenden orthopädischen, chirurgischen, rheumatologischen KollegInnen zur Weichenstellung rückt hierbei vermehrt in den Vordergrund.

- Ebenfalls kritisch anzumerken ist, dass sich eine Diskrepanz in der ambulant zur Verfügung stehenden Infrastruktur (hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, Therapeutenangebot – Hand-, Ergo-, Physiotherapie) zwischen städtischem, ländlichem Lebensraum und regionsabhängig findet. Dies kann zu Versorgungsbarrieren, Versorgungsverzögerung, letzten Endes zu einer eingeschränkten Umsetzbarkeit der Therapieziele für die PatientInnen führen und das Versorgungsergebnis mindern

## 1.2 Entlassprozess und poststationäre Betreuung

Wie unter 1.1 aufgeführt begleitet der Entlassprozess die gesamte stationäre Therapie. Die aufgeführten Punkte sind täglich, falls noch nicht geklärt zu reevaluieren und sollten zielführend bearbeitet werden. Es sind Pflege, ärztlicher Dienst, Handtherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Sozialdienst zur wiederkehrenden Kommunikation verantwortlich, um den sicheren Entlassprozess zu gewährleisten.

Die poststationäre Betreuung richtet sich ebenfalls nach mehreren Faktoren:

- Notwendigkeit der weiteren Betreuung nach erfolgter stationärer Behandlung oder Abschluss der Behandlung im stationären Setting
- Wie unter 1.1 aufgeführt personen- und situationsgebunden:
  - eigenverantwortliche, selbstständige Versorgung häuslich möglich
  - Unterstützung bei Alltagsaktivitäten durch funktionelle Einschränkung der oberen Extremität nötig (Angehörige, Betreuung, etc.)
  - Temporäre oder bleibende Funktionseinschränkung mit notwendiger passagerer oder bleibender Funktionsunterstützung: z.B. Frakturen, Sehnen-Weichteilverletzungen, Nervenläsionen, Lähmungen, Plexusschäden, Prothesen, Amputationen, mit Orthesen, Schienen, Prothesenanpassung (Kommunikation Handtherapie, Orthopädietechnik)  
Spezifisch: eine funktionelle Nachbehandlung mit speziellen stützenden, führenden Schienen/ Orthesen und die Initiation einer Prothesenanpassung bei Amputationen sollte bereits im stationären postoperativen Setting beginnen und ambulant poststationär weitergeführt werden
  - Kommunikation der poststationären Wundversorgung mit den PatientInnen: Abhängig von Wohnort der PatientInnen, Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhausabteilung, Zusammenarbeit mit niedergelassenen KollegInnen chirurgischer Fachbereiche sind beispielhaft folgende poststationäre Versorgungsmöglichkeiten nach handchirurgischen Therapien möglich/ sinnvoll
    - a. Nachstationäre Wundversorgung in angegliederter (Verbands-)Sprechstunde. Dies ist z.B. bei erfolgter komplexer Therapie, kritischen Wunden oder Lappenplastiken empfehlenswert, da die versorgten PatientInnen in „einer Hand“ bleiben und Probleme der Heilung und Versorgung frühzeitig entdeckt und behandelt werden können.
    - b. Nachstationäre Versorgung komplett über die einweisenden chirurgischen KollegInnen – in der Regel bei unkomplizierten Verläufen und Therapien möglich. Wichtig ist hier die Mitgabe einer dezidierten Weiterbehandlungsinformation

- c. Wiederkehrende Sprechstundenmitbetreuung – „Fokusversorgung“. Allgemeine Versorgung über die niedergelassenen KollegInnen und spezifische Therapien im Rahmen der abteilungsangelegierten Sprechstunde – Fadenzug, Castanlagen, Castabnahmen, Röntgenkontrollen zu definierten Zeitpunkten, Infiltrationen
- d. Nachstationäre Wundversorgung über eine ambulante häusliche Verbandspflege – dies ist z.B. bei immobilen PatientInnen eine Option bei unkritischen Wunden und sollte über den stationären Sozialdienst organisiert werden

- Eine Erläuterung der weiterführenden ambulanten Therapiemodalitäten bereits vor- und während des stationären Aufenthaltes ist bei handchirurgischen PatientInnen essentiell.

Die PatientInnen sollten, abhängig von der geplanten Therapie so z.B. :  
Alloarthroplastik der Fingergelenke bei Arthrose oder Rheumatoider Arthritis,  
Partieller Palmaraponeurektomie bei Morbus Dupuytren,  
Resektions- Suspensions- Interpositionsarthroplastiken am Daumensattelgelenk,  
bereits in der Indikationssprechstunde auf die Notwendigkeit der postoperativen Hand-/ Ergotherapie, Physiotherapie hingewiesen und gebeten werden, sich aufgrund von möglichen Versorgungslücken und Terminengpässen frühzeitig, eigenständig um Therapietermine im Anschluss an die stationäre Behandlung zu bemühen.

Diese Bemühung sollte im stationären Setting reevaluiert werden und die PatientInnen resp. betreuende Personen, bei bisher nicht erfolgter Therapieterminierung angehalten werden, dies noch während des stationären Aufenthaltes zu initiieren.

Hier ist es sinnvoll, im Sinne eines handchirurgisch- handtherapeutischen Netzwerkes, mögliche Therapieeinrichtungsadressen um die Versorgungseinrichtung / den Versorgungsort vorzuhalten um die Hürden der Inanspruchnahme gering zu halten.

Erstrebenswert im handchirurgischen Setting ist eine angegliederte, ambulante handtherapeutische/ ergotherapeutische/ physiotherapeutische Praxis/ Versorgungseinrichtung, welche Versorgungsengpässe abpuffern und die notwendige Handtherapie gewährleisten kann.

### 1.3 Information und Aufklärung zur Medikation

Bei handchirurgischen PatientInnen gibt es besonders in folgenden Fällen Handlungsbedarf zur Aufklärung und Information. Es umfasst insbesondere Medikationen, welche über den stationären weitergeführt oder geändert werden müssen/ sollten.

Hier muss, genau wie bei den Nachbehandlungsempfehlungen, die Medikation, Medikationsänderung/ Anpassung dezidiert im Entlassbericht dokumentiert und benannt sein, damit die ambulante Versorgung gewährleistet ist.

Aufgrund der Einführung und zunehmenden Verbreitung eines bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP), ist die Medikation bei entsprechend vorliegender Medikationssoftware hierüber zu dokumentieren und festzuhalten.

Auch gewährleistet das Krankenhausentlassmanagement den PatientInnen, die Rezeptierung neu verordneter Medikamente in kleinst möglicher Menge, resp. maximal für eine Woche um den Übergang zur ambulanten Versorgung zu optimieren.

Folgend aufgeführt finden sich für wichtige Medikamentengruppen/ Therapieziele im handchirurgischen Setting:

- Schmerztherapie: nach WHO Schmerzschema mit entsprechenden Indikationen und Kontraindikationen, abhängig von den Komorbiditäten, Allergien und Verträglichkeiten (NSAR, Opiate, Adjuvantien)
- Infekttherapie: Weichteil, Osteomyelitis mit Antibiotikatherapie über die stationäre Therapie hinaus (orale Kurzzeit- oder Langzeittherapie) – resistogrammgleich angepasst (Blutkultur, Abstrich während stationärer Behandlung)
- Thromboseprophylaxe – nach AWMF S3 Leitlinie! Umstellung von NOAKs und OAKs in Abhängigkeit von Blutungsneigung, abschließend durch den Operateur und intraoperativen und postoperativen Befund zu entscheiden
- Gichttherapie: im akuten Stadium abhängig von Komorbiditäten NSAR, Colchicin – außerhalb des Schubs Einstellung auf Antihyperurikämika ambulant über die hausärztliche Versorgung
- Antirheumatische Therapie: DMARDs, bDMARDs - Belassen der Basistherapie, Weiterführung der Basistherapie im stationären Setting nach erfolgter Operation – im Zweifel Kommunikation mit mitbehandelnden ambulanten rheumatologischen KollegInnen

Es ist wichtig PatientInnen mündlich, sowie die ambulant weiterversorgenden KollegInnen schriftlich über spezifische Medikationen, Änderungen oder Therapieempfehlungen zu informieren und aufzuklären

#### **1.4 Information und Schulung zur Sicherstellung der Entlassfähigkeit**

Ein nicht seltenes Problem ist die Feststellung der fehlenden Entlassfähigkeit durch fehlende ambulante Versorgung (keine hausärztliche, orthopädische Anbindung; fehlende pflegerische Versorgung, keine ergotherapeutische, physiotherapeutische poststationäre Terminierung), erst im Laufe des stationären Aufenthaltes. Dies kann durch fehlerhafte Kommunikation von ärztlicher- pflegerischer Seite wie auch durch fehlende Kommunikation durch die PatientInnen oder Angehörigen bedingt sein.

Wie in 1.1 aufgeführt beginnt die Entlassplanung mit der Aufnahme. Unter Beachtung der Kommunikation und Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche Pflege, Sozial- und ärztlicher Dienst mit den PatientInnen und Angehörigen kann das Risiko eines Versäumnisses minimiert werden.

Im handchirurgischen Setting ist die enge Kooperation zwischen ÄrztInnen, Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie und Sozialdienst nötig, um PatientInnen sicher in die weiterführende Umgebung zu entlassen.

So ist von ärztlicher und therapeutischer Seite eine sichere, stabile Wundsituation, Schmerzkontrolle, eine umsetzbare Mobilisation resp. Ruhigstellung, Schienenanpassung und Optimierung notwendig.

Es ist die Aufklärung über den operativen Befund, der operativen Versorgung und der notwendigen Weiterbehandlung nötig. Ergänzend hierzu bzw. zusammen mit der Handtherapie z.B. spezifische Schulung für Nachbehandlungsschemata, Mitgabe von Eingenübungsinformationen.

Pflegerisch ist die Klärung der Umsetzbarkeit der Eigenversorgung (z.B. Hygiene, Nahrungsaufnahme), Schulung zur Medikamenteneinnahme, Spritzen (Thromboseprophylaxe) im Fokus.

Der Sozialdienst sollte die zusammen mit dem ärztlichen Dienst die ambulante Versorgungssituation klären – siehe 1.1

#### **1.5 Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

Die Maßnahmenumsetzung zur Gewährleistung der bedarfsgerechten Weiterversorgung beginnt mit den unter 1.1 beschriebenen Punkten.

Handchirurgisch im Speziellen, legen die Wundversorgung, handtherapeutische Bewegungs- und Schienenanpassung entsprechend der Erkrankung und handchirurgischen Therapie (operativ, konservativ) den Grundstein um eine bedarfsgerechte Weiterversorgung zu ermöglichen. Es umfasst regelmäßige Wundkontrollen, Verbandswechsel, Fotodokumentationen, Röntgenkontrollen, Medikationsanpassungen, Handtherapie.

In regelmäßiger (täglicher) Reevaluation der Gesamtsituation ergeben sich notwendige Maßnahmen um entsprechend der Bedürftigkeit der PatientInnen die bedarfsgerechte Weiterversorgung zu gewährleisten. Siehe 1.1; 1.2; 1.6 -1.8

## 1.6 Entlassgespräch

Das Entlassgespräch mit der zu entlassenden Patientin, dem zu entlassenden Patienten, findet regulär am Tag vor oder am Entlasstag statt. Dies ist abhängig von der bisherigen Aufklärung der Patientin, des Patienten während des Aufenthaltes und Komplexität der weiteren Versorgung.

Es sollte durch die Stationsärztin/ den Stationsarzt erfolgen, welche im besten Fall bereits die bisherige stationäre Mitbetreuung der Patientin, des Patienten geführt hat.

Es dient von ärztlicher Seite der Zusammenfassung, der während stationären Aufenthaltes getroffenen Maßnahmen, notwendigen weiteren Therapien, Sicherstellung der Adhärenz der PatientInnen zum weiteren Vorgehen und Erläuterung des Inhaltes und Umfangs der Entlassdokumente (1.7). Abschließend sollten offene Fragen der PatientInnen beantwortet werden. Wichtig ist, dass dieser Ablauf bereits Teil des stationären Verlaufs ist und die PatientInnen frühzeitig während der stationären Behandlung in den Großteil der notwendigen Informationen eingebunden werden, da die Komplexität der Versorgung und Nachbehandlung häufig nicht angemessen in einem Abschlussgespräch alleinig verarbeitet werden können.

Im handchirurgischen Setting stehen, wie in den obigen Punkten angeführt, die Verbandskontrollen, Belastungsvorgaben, Nachbehandlungsschemata, Klärung von Folgeeingriffen und deren Terminierung, Orthesenanpassungen, Medikamentenaufklärung, Sicherung/ Rückversicherung der ambulanten Weiterversorgung im Vordergrund.

In Gemeinschaft mit Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie und Sozialdienst müssen die in 1.1 benannten Punkte:

- Wohin findet Entlassung/ Verlegung statt?
- Alleine Versorgung oder notwendige Unterstützung?
- Notwendigkeit ambulanter Hilfsmittel, Pflege...?
- Information über die Entlassung an weiterversorgende Einrichtung, Betreuer, Angehörige?
- Medikation benötigt?
- Entlassung per Abholung, Taxi, Transport?

mit PatientInnen und Angehörigen im Entlassgespräch geklärt sein, um die Entlassung reibungslos und barrierefrei für die PatientInnen zu ermöglichen.



## 1.7 Entlassdokumente

### Die Entlassdokumente beinhalten:

- den Entlassbrief/ Verlegungsbrief, welcher wesentlich die Aufenthaltsdauer, Diagnose, Therapie, Verlauf, Diagnostik, Nachbehandlungsempfehlung, Medikation (BMP) und Folgetermine enthalten sollte
- Spezifische Befunde (Mikrobiologie, Histologie) sind, wenn vorhanden ebenfalls in den Entlassbrief einzubetten
- Im Rahmen des definierten Entlassmanagements ist mit der Patientin, dem Patienten zu besprechen, ob die Mitgabe von:  
Entlassmedikamenten  
Rezepten  
Liegebescheinigung +/- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung  
Heilmittelverordnungen  
benötigt wird und ist dann je nach Bedarf entsprechend bereitzustellen
- Ausgedruckte oder auf Datenträger gespeicherte Bild/ Diagnostikmedien (Röntgen, CT, MRT)
- Transportschein, Taxischein
- Pflegeüberleitungsbogen bei Entlassung/ Verlegung in Pflegeeinrichtung, Rehaeinrichtung, weiterversorgendes Krankenhaus

Aus handchirurgischer Perspektive, sollten die verschriftlichen Entlass- / Weiterbehandlungsempfehlungen so verständlich und ausführlich wie möglich beschrieben werden, um den Heilungserfolg resp. das Therapieergebnis nicht zu gefährden. Beispielhaft sollte nach Frakturversorgung genau beschrieben sein, in welchem zeitlichen Umfang eine Ruhigstellung erfolgen, welche Gelenke in die Ruhigstellung einbezogen werden sollten, ab welchem Zeitpunkt eine Belastungssteigerung in definiertem Ausmaß möglich ist (z.B. beschwerdeadaptierte Belastungssteigerung, max. Belastung in kg Angaben, Hinweise zu sportlichen Betätigungen etc.)  
Je genauer diese Angaben im Rahmen der Entlassdokumentation benannt sind, desto besser können PatientInnen und fachfremde ambulant weiterversorgende KollegInnen die ambulante Versorgung steuern und gewährleisten.

## 1.8 Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten

Angepasst an die Schwere der Erkrankung, der therapeutischen Versorgung, der Adhärenz und Verständnis der Patientin, des Patienten, ist die Kommunikation und Interaktion zu steuern.

Oberhalb aufgeführt wurde bereits, dass bei zunehmender Komplexität der Versorgung, der Aufwand der Kommunikation und Interaktion steigen wird.

Faktor PatientIn und Faktor Krankheitsbild sind immer in Korrelation zu betrachten. So kann ein vermeintlich einfaches handchirurgisches Krankheitsbild wie das Karpaltunnelsyndrom, mit in der Regel ambulanter therapeutischer Versorgung, bei einer Rollator- gebundenen, mobilitätseingeschränkten, multimorbiden Patientin kurzfristig/ temporär zu starken Einschränkungen in der Ausübung der Alltagsaktivitäten führen und Bedarf einer intensiven Interaktion und Kommunikation.

Immanenter Anteil der Kommunikation beinhaltet die Aufklärung über Diagnose, Therapie, Nachbehandlungsempfehlung und weiterführendem Verlauf.

Im handchirurgischen Setting ist es empfehlenswert, dass ärztlicher Dienst, Pflege und Therapeuten (Handergotherapie, Physiotherapie) im „therapeutischen Einklang“ mit der PatientIn, dem Patienten kommunizieren, um Irritationen zwischen BehandlerIn und PatientIn zu vermeiden.

Dies fordert klare Kommunikation der behandelnden Gruppen untereinander und ein festgelegtes Behandlungsschema.

Hierunter lassen sich Unsicherheiten verringern und die Adhärenz der PatientInnen zur angestrebten Therapie erhöhen.

Des Weiteren sollten den PatientInnen bereits im Indikationsgespräch reelle Therapieergebnischancen vermittelt werden, welche redundant während des stationären Aufenthaltes erneut kommuniziert werden können.

Eine realistische Kommunikation über die Erfolgsaussichten erhöht im weiteren Therapieverlauf die Zufriedenheit.

So sollte z.B. bei versteifenden Handgelenks- oder Fingergelenkoperationen das Ausmaß der Bewegungseinschränkung und möglichen Kraftminderung genauso erklärt werden, wie der schmerztherapeutische, stabilisierende Effekt der Therapie.

Kann von den zu therapierenden PatientInnen das Ausmaß der Behandlung und Nachbehandlung nicht erfasst werden, ist die Einbeziehung von Angehörigen oder falls vorhanden der Betreuerin, des Betreuers dringend erforderlich um die für die PatientInnen bestmögliche Therapieentscheidung zu sondieren und festzulegen.

### **1.9 Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung**

Die Entlassfähigkeit von PatientInnen ist oberhalb aufgeführt bereits definiert. Sie richtet sich nach dem Therapieerfolg, stabilen Nachkontrollen (Wundverhältnisse, Bildgebung, Schmerzkontrolle, Infektbeherrschung), umsetzbarer Ruhigstellung (Cast, Orthese, Schiene) und Bewegungstherapie, sowie den sozialen Umgebungsvariablen der poststationären/ ambulanten Weiterversorgung – Sicherstellung häuslicher Versorgung etc. Wie beschrieben ist hier die Interaktion und Kommunikation zwischen ärztlichem Dienst, Pflege, Sozialdienst, Handtherapie, Physiotherapie, Patientin/ Patient, Angehörigen, BetreuerIn, weiterbetreuender Einrichtung maßgeblich.

### **1.10 Ungeplante Wiederaufnahme und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung**

Mit den PatientInnen, Angehörigen, BetreuerInnen, weiterversorgenden Pflegeeinrichtungen und ambulanten ärztlichen KollegInnen ist die Notfallkontaktaufnahme zu kommunizieren.

In der Regel wird die notfallmäßige Wiedervorstellung in der hauseigenen Rettungsstelle\* resp. Vorstellung in der wohnortnahen Rettungsstelle im Falle eines Notfalls empfohlen.

Je besser die Aufklärung über mögliche Beschwerden, Probleme, Einschränkungen und Risiken im Rahmen eines spezifischen Krankheitsbildes erfolgt, desto besser können PatientInnen und ambulant weiterversorgende KollegInnen Probleme antizipieren und entsprechend reagieren.

Neben dem Entlassbrief können z.B. Hinweisbögen über spezifische Therapieformen/ -maßnahmen (Risiken, Beschwerden nach Castanlage) zusätzlich die ambulante Notfallversorgung optimieren.

\*Aus handchirurgischer Sicht, ist es hausintern sinnvoll einen 24h kontaktierbaren diensthabenden Handchirurgen bereitzustellen, um unnötige Maßnahmen zu vermeiden und notwendige Therapien sicher einzuleiten, damit die PatientInnen in Notfallsituationen nicht zusätzlich gefährdet werden. Gerade die Komplexität der handchirurgischen Krankheitsbilder durch Einbezug nahezu aller chirurgischer Fachdisziplinen macht diese Bereitstellung sinnvoll.

### **1.11 Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern**

Auch die Kommunikation mit und der Einbezug der weiterversorgenden Leistungserbringer erfordert, wie in den obigen Punkten aufgeführt, in Abhängigkeit von der Komplexität der Versorgung und Nachbehandlung, sowie den notwendigen personellen Ressourcen, die Zusammenarbeit des ärztlichen Dienstes, der Pflege und des Sozialdienstes um wie bereits aufgeführt, eine ambulante oder extern stationäre Weiterversorgung/ Nachbehandlung zu gewährleisten.

Grundlage ist eine lückenfreie Dokumentation (z.B. Entlassbrief, Pflegeüberleitung, adäquate Rezeptierung/ Heilmittelverordnung).

Weiterführend sollte bei spezifischen pflegerischen Problemen und besonderen Nachbehandlungsempfehlungen, die persönliche Kontaktaufnahme (Telefon, E Mail) mit den oder gesonderte schriftliche Zusatzinformation für die weiterversorgenden Leistungserbringer (Pflegeeinrichtung, ambulante ärztliche KollegInnen, Ergotherapie, Physiotherapie).

Es gilt auch hier, dass die adäquate Aufklärung der PatientInnen essentieller Bestandteil der nachfolgenden Weiterbehandlung ist.

In der Abschlussdokumentation sollte eine Ansprechpartnerin/ ein Ansprechpartner vermerkt sein, um bei offen gebliebenen Fragen, diese ohne Nachteil für die Weiterversorgung der PatientInnen, zeitnah klären zu können.

Zur Optimierung der Patientenversorgung wurde durch das Bundesgesundheitsministerium die elektronische Patientenakte (ePA) entwickelt und wird seit 2021 in das ambulante und stationäre Versorgungssystem implementiert. Sie soll eine bessere Transparenz für die bisher erfolgte ärztliche Versorgung schaffen, sowie zur Verbesserung konkreter Behandlungen genutzt werden.

Des weiteren haben sich ASV's (ambulante spezialfachärztliche Versorgungen) entwickelt. Im handchirurgischen Bereich betrifft dies rheumatologische Erkrankungen. Die von den Krankenkassen getragene Spezialversorgung, mit Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen zu einer speziellen Erkrankung (Rheuma, AIDS, MS etc.), kann von Krankenhäusern, niedergelassenen Fachärztinnen oder gemeinsam angeboten werden und soll eine optimierte, koordinierte medizinische Versorgung gewährleisten. Über die ASV Rheuma werden für betroffene PatientInnen, durch Kooperation und Zusammenarbeit verschiedener, sich an die stationäre Behandlung anschließende, spezialfachärztliche ambulante Versorgungsstrukturen sichergestellt.



**Stellungnahme**  
**der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.**  
**zum Zwischenbericht der Entwicklung einer Patientenbefragung**  
**für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement des**  
**IQTIG**

Autorinnen: Marraffa, Tamara; Dr. Stahl, Katja

Kontaktadresse: [geschaeftsstelle@dghwi.de](mailto:geschaeftsstelle@dghwi.de)

Datum: 04.06.2021

## Vorbemerkungen der DGHWi

Das Entlassmanagement ist ein wichtiges Instrument, um eine kontinuierliche Versorgung auch an der Schnittstelle zwischen Krankenhausaufenthalt und der Versorgung danach sicherzustellen und zu verbessern (§ 39 Abs. 1a SGB V). Die DGHWi nimmt Stellung zum Zwischenbericht der Entwicklung einer Patientenbefragung als Teil eines Qualitätssicherungsverfahrens des Entlassmanagements laut Auftrag des G-BA an das IQTIG vom 20.09.2018. Es soll ein Fragebogen entwickelt und validiert, die QS-Auslösung und Fragebogenlogistik festgelegt sowie ein Datenflussmodell und eine Auswertung konzipiert werden. Das Verfahren soll als datengestütztes Instrument für alle gesetzlich versicherten Personen mit erhöhten oder komplexen Bedarfen für ein Entlassmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt einheitlich und gleich gelten, unabhängig von der Diagnose, der erbrachten stationären Leistung oder des Alters der Person. Auch Kinder und Jugendliche sind integriert. Es sollen Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität des Entlassmanagements über Qualitätsindikatoren abbildbar sein. Es sollen Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die die Patient\*innenperspektive im Entlassmanagement repräsentieren.

Die DGHWi wird Anmerkungen zum Entlassmanagement und seine Relevanz in der klinischen Geburtshilfe machen mit einem besonderen Fokus auf eine die Physiologie fördernde Versorgung von Neugeborenen und ihren Müttern. Diese Perspektive wird beispielsweise in den Nationalen Gesundheitszielen „Gesundheit rund um die Geburt“<sup>1</sup> oder in der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin<sup>2</sup> beschrieben.

Frauen rund um die Geburt stellen eine besondere Personengruppe dar, die in Kliniken ambulante und stationäre Leistungen in Anspruch nehmen:

- Im Jahr 2019 wurden 746.960 Frauen zur geplanten Klinikgeburt stationär aufgenommen.<sup>3</sup>
- Die Fallpauschale „gesundes Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499g“ ist in 2018 mit 641.214 Fällen die am häufigsten abgerechnete DRG (P67E)<sup>4</sup>
- Im Jahr 2018 gab es insgesamt über eine Million (1.045.825) Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD O00-O99)<sup>5</sup>
- Unter den 20 häufigsten Operationen vollstationär in Deutschland behandelter Personen liegen die beiden geburtshilflichen Eingriffe „Rekonstruktion der weiblichen Geschlechtsorgane nach einem Dammriss“ auf Rang zwei mit 363.147 Operationen und „Sectio Caesarea/Kaiserschnitt“ auf Rang fünf mit 256.500 Operationen.<sup>6</sup>

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Geburtshilfe in Kliniken nicht nur einen maßgeblichen, sondern einen besonders bedeutsamen und komplexen Versorgungsbereich darstellt. Die Geburt ist ein Übergang im Leben der Frau und muss wie jede Transition aus der Perspektive qualitativ hochwertiger Versorgung gut begleitet werden.<sup>7</sup> Ein nahtloser Übergang in die ambulante Versorgung und in die Bewältigung des Alltags ist eine besondere Herausforderung. Wie die Schwangerschaft und Geburt und die erste Zeit mit dem Neugeborenen erlebt werden, wird nicht nur lebenslang erinnert, sondern kann langfristige gesundheitliche Auswirkungen haben.<sup>8</sup>

Schwangere Frauen sind jedoch keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen im Krankenhaus („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen.<sup>9</sup> In der Literatur wird das Gebären eines Kindes als lebensabschnittsprägendes Ereignis beschrieben, ähnlich wie auch der Übergang in die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, den viele Patientinnen und Patienten in Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt vollziehen. Rund 85 Prozent der Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, werden in ihrer Häuslichkeit von Verwandten oder nahem Bezugspersonen gepflegt. Neugeborene werden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fast vollständig in der Häuslichkeit von ihren Eltern gepflegt, betreut und als Teil einer gemeinsamen Familie verstanden. Diese Selbstverständlichkeit darf und sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich für Mutter und Kind um eine äußerst vulnerable Lebensphase handelt, die ein hohes Potential für gesundheitliche Behandlung und Prävention in sich birgt. Diese Perspektive muss nach Auffassung der DGHWi in einem Entlassmanagement und seiner Qualitätssicherung berücksichtigt werden.

Die vom IQTIG im Zwischenbericht entwickelten Qualitätsaspekte (Kap 8.3) werden grundsätzlich von der DGHWi begrüßt. Sie erlauben dem Grunde nach eine Integration der Gruppe der Neugeborenen und ihrer Mütter, ihrer Versorgungsbedürfnisse und -perspektiven. Für Neugeborenen und ihre Mütter relevante Aspekte des Entlassmanagements werden beispielsweise schon seit vielen Jahren in baby-freundlichen Krankenhäusern in Deutschland praktiziert und umgesetzt, auch wenn sie weit von einer flächendeckenden Versorgung entfernt sind.<sup>10</sup> Sie basieren auf einer Empfehlung der internationalen Initiative der WHO und Unicef von 2003.<sup>11</sup> Wissenschaftliche Studien zeigen, dass durch Unterstützung beim Stillen eine höhere Stillquote erreicht werden kann.<sup>12</sup> Aber auch der Einsatz von Familienhebammen im Rahmen der Frühen Hilfen für besonders sozial vulnerable Familien verfolgen den Gedanken der kontinuierlichen Betreuung und Bewältigung des Alltags von Neugeborenen und ihren Müttern.<sup>13</sup>

### **Grundsätzliche Vorbemerkungen zum Zwischenbericht**

Aus unserer Sicht sollte sowohl sprachlich als auch inhaltlich stärker berücksichtigt werden, dass Schwangere, Gebärende, Mütter sowie Neugeborene eine relevante Gruppe im Sinne des QS-Verfahrens Entlassmanagement darstellen. Krankenhäuser im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind Einrichtungen, in denen auch Geburtshilfe geleistet wird, also Personen Leistungen erhalten, die nicht krank sind (§2 Abs. 1 KHG). In der gesamten Publikation wird immer von Patientinnen und Patienten gesprochen. Neugeborene und ihre Mütter können Patientinnen und Patienten sein, sind es aber in der Regel nicht. Hier sollte das Wording überdacht und angepasst werden. Die DGHWi empfiehlt, bei der Erstellung der „Patientenbefragung“ diesen Aspekt kontinuierlich mitzudenken und textlich entsprechend anzupassen.

Das gleiche gilt für die verwendeten Berufsbezeichnungen. In der stationären und ambulanten Leistungserbringung sind neben den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Berufen auch Hebammen tätig. Sie werden aber in großen Teilen des Berichts nicht erwähnt, auch wenn in Teilen des Zwischenberichtes von Gesundheitsprofessionen gesprochen wird. Aber auch inhaltlich werden ambulante Hebammenleistungen nicht als poststationäre

Versorgungsmaßnahmen erwähnt oder integriert, obwohl sie ein aus den Routinedaten der Krankenkassen ableitbares Zielkriterium darstellen (siehe Stellungnahme zu Kap. 7). Da nach dem Hebammenreformgesetz (HebRefG)<sup>14</sup> die Berufsbezeichnung Entbindungspfleger ersetzt werden kann, sollte kenntlich gemacht werden, dass die Bezeichnung „Hebamme“ für alle Geschlechter gilt..

Im Folgenden wird bei Bedarf zu den einzelnen Kapiteln des Zwischenberichtes zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement von der DGHWi Stellung genommen.

## **Zu 1. Einleitung**

Kein Bedarf zur Stellungnahme durch die DGHWi.

## **Zu 2. Qualitätsmodell**

Hinweise auf ein Verbesserungspotenzial, Steigerung der Versorgungsqualität durch Anstrengungen der Leistungserbringenden und Beeinflussung der Versorgungsqualität durch Instrumente der gesetzlichen Qualitätssicherung lassen sich in der Geburtshilfe durch die Erhebungen im Rahmen der Perinatalstatistik im Datensatz Geburtshilfe (16/1)<sup>15</sup> abbilden.

## **Zu 3. Entlassmanagement in der Versorgungspraxis und -politik**

Die Ziele des Entlassmanagements (Abschnitt 3.1.1) werden grundsätzlich begrüßt. Ein koordiniertes und strukturiertes Vorgehen beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor muss für die Gruppe der Neugeborenen und ihrer Mütter sichergestellt werden. Die DGHWi unterstützt die Aussage, dass das Entlassmanagement einer interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener Professionen im und außerhalb des Krankenhauses bedarf (Abschnitt 3.1.2). Allerdings sollten sowohl Hebammen als auch Familienhebammen als beteiligte Akteur\*innen genannt werden, auch in der Prozessdarstellung des Versorgungspfades Entlassmanagement (Abb. 3). Im Versorgungspfad (Kap. 3.1.3) sollte bei der Umsetzung notwendiger Maßnahmen die Hebammenversorgung (§24d, 134a SGB V) und die Versorgung durch eine Haushaltshilfe (§38 SGB V) ergänzt werden. Im Zusammenhang mit der Kommunikation von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringenden sollten diese ebenfalls um die Berufsgruppe der Hebammen ergänzt werden.

Im Zwischenbericht wird in Abschnitt 3.2 (S.37) formuliert, dass die Krankenhäuser „die nach- und weiterversorgenden Leistungserbringer am Informationsaustausch zu beteiligen haben“. Der Rahmenvertrag hingegen besagt in §8, Abs. 1, Folgendes: „(d)as Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher.“ Der Auftrag ist durch die Sicherstellung bindender als es nur eine Beteiligung wäre, wie im Zwischenbericht formuliert. Das sollte an dieser Stelle angepasst werden.

Die Praxis zeigt, dass bei der Anschlussversorgung nur selten die ambulante Hebammenhilfe mitgedacht wird. So müssen beispielsweise auch die Entlassdokumente an die nachsorgende



Hebamme adressiert werden, da sie eine wichtige Rolle in der Vermeidung von Rehospitalisierungen spielt.

#### **Zu 4. Methodischer Rahmen**

Die beschriebenen Entwicklungsschritte in der Patient\*innenbefragung werden grundsätzlich begrüßt. Mit dem geplanten Fokus auf Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) wird der international anerkannte Standard für Patient\*innenbefragungen berücksichtigt.<sup>16</sup>

Für die Ausgestaltung der Antwortskalen der PREMs sind dichotome oder mehrkategoriale Antwortskalen vorgesehen. Es sollte darauf geachtet werden, bei den mehrstufigen Antwortskalen fünfstufige Skalen zu wählen. Die Gefahr der Tendenz zur Mitte ist bei Patient\*innenbefragungen eher nicht gegeben. Daher sollte auf vierstufige Skalen wie Immer / Meistens / Selten / Nie, bei denen keine Äquidistanz gegeben ist (der 'Abstand' zwischen 'Meistens' und 'Selten' ist sehr groß) verzichtet werden. Zur Messung von PROMs wird eine fünfstufige Skala empfohlen.<sup>17</sup>

#### **Zu 5. Methodische Herausforderungen**

In Abschnitt 5.1., S.42 wird die Gruppe der Versicherten mit einem „umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement“ definiert als „Patientinnen und Patienten, die konkrete Versorgungsleistungen und Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen bedarfsgerechten Nach- und Weiterversorgung benötigen, die im Rahmen des Entlassmanagements verordnet und organisiert werden müssen“. Als Beispiele werden hier genannt „verordnete Heil- und Hilfsmittel, neu verordnete Medikamente, Anschlussheilbehandlung, medizinische Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflegeleistungen oder Haushaltshilfen“. Nach Auffassung der DGHWi gehört auch die poststationäre Hebammenversorgung zu den Versorgungsleistungen, die eine lückenlose, bedarfsgerechte Nach- und Weiterversorgung zur Verbesserung der Versorgungsqualität und gesundheitlicher Outcomes sowie zur Vermeidung ungeplanter Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung gewährleisten.<sup>18,19</sup> Das Problem des Fehlens standardisierter Informationen zur Identifikation QS-pflichtiger Fälle besteht für diese Gruppe nicht, da die Geburt einen solchen Fall automatisch auslöst.

Die Befragung soll „zeitnah“ (Abschnitt 5.3., S.49) nach der Entlassung erfolgen, eine Präzisierung soll nach dem kognitiven Pre-Test und dem Standard-Pretest erfolgen. Wir empfehlen, bei allen Pre-Tests auch die Wöchnerinnen sowie die Proxys der Neugeborenen zu berücksichtigen.

In Abschnitt 5.4.1 wird darauf hingewiesen, dass neben dem Krankenhaus auch die ambulanten Leistungserbringenden ihren Anteil an der erfolgreichen Umsetzung von Maßnahmen der ambulanten Nach- und Weiterversorgung haben. Wie bereits an anderen Stellen sollte auch hier die Gruppe der Hebammen Berücksichtigung finden.

#### **Zu 6. Ableitung von Qualitätsmerkmalen**

Bei den zur Ableitung von normativen Standards herangezogenen evidenzbasierten Leitlinien sollten aus Sicht der DGHWi zusätzlich noch die relevanten Passagen aus der aktuellen NICE-

Guideline *Postnatal Care*<sup>7</sup> aufgenommen werden. So kann sichergestellt werden, dass die Perspektive dieser im Rahmen des QS-Verfahrens ebenfalls zu integrierenden Gruppe bei der Entwicklung generischer Items ebenfalls Berücksichtigung findet.

Auch im Rahmen der Recherche zur Identifikation von patient\*innenrelevanten und potenziell im Rahmen einer Patient\*innenbefragung adressierbaren Themen (S.58) scheint keine geburts-hilffliche Literatur berücksichtigt worden zu sein. Hier wird aus den gleichen Gründen ebenfalls auf die NICE-Guideline<sup>7</sup> und dabei insbesondere auf den Evidence Review zum Abschnitt B *Information transfer* verwiesen.

In Abschnitt 6.2.2 werden die Kriterien zur Planung und Rekrutierung der Fokusgruppen dargelegt, in Anhang B.2 die Informationen zu den Interviewees. Aus Sicht der DGHWi ist auch hier kritisch anzumerken, dass die Perspektive von Wöchnerinnen in ihrer Rolle als Mutter und nicht als ‚Patientin‘ sowie von niedergelassenen Hebammen oder Familienhebammen keine Berücksichtigung gefunden hat. Auch in den Expertengremien scheint die Hebammenperspektive nicht beratend integriert worden zu sein (Kap. 6.3).

Im Leitfaden erfolgt beim Thema 5 ‚Nachsorge‘ durch die Frageformulierung bereits eine Lenkung der Interviewees in Richtung auf ärztliche Versorgung oder die Versorgung in einer Pflegeeinrichtung. Hier sollte eine offenere Formulierung gewählt werden. Im geburtshilfflichen Kontext spielen Hebammen eine tragende Rolle, nicht zuletzt auch mit Blick den Ergebnisparameter der Prävention von Rehospitalisierungen oder Inanspruchnahme einer Notfallambulanz. Ähnliches gilt auch in anderen Kontexten für Pflegeberufe und andere Therapieberufe.

## **Zu 7. QS-Auslösung in der Zielpopulation**

In der Modellentwicklung wurden die ambulanten Hebammenleistungen aus den Routinedaten der Krankenkassen nicht abgebildet. Die DGHWi empfiehlt, dieses Vorgehen noch einmal zu überdenken. Sowohl logisch-inhaltlich als auch datengestützt sollte überlegt werden, ob die ICD- und OPS-Codes für das Gebären ergänzt werden. Logisch-inhaltlich bedarf die Betreuung eines Neugeborenen und seiner Mutter einer qualitativ hochwertigen und lückenlosen Versorgung wie oben dargelegt wurde. In die datengestützte Analyse sollte als Zielkriterium die ambulante Hebammenhilfe in das binär logistische Modell integriert werden. In der Datenanalyse würden dann auch die Vorhersagewerte für „eBEM“ und „kein eBEM“ für diese Alters-Geschlecht-Gruppe nicht abfallen und unzureichend sein (Kap. 7.2.5). An dieser Stelle sollte nachgebessert und der hier vorgestellte Selektionsmechanismus entsprechend für den finalen QS-Filter modifiziert werden.

Wenn, wie hier geschehen, gesunde Neugeborene ausgeschlossen werden (S.75), sollte die logisch-inhaltliche Begründung dafür an dieser Stelle kommuniziert werden. Auf Basis der Routinedaten der Krankenkassen ist diese Versorgung operationalisierbar.

## **Zu 8. Qualitätsmerkmale für die Patient\*innenbefragung**

In Abschnitt 8.1.1 werden die Ergebnisse der Literaturrecherche nach Leitlinien und dem deutschen Expertenstandard der Pflege dargestellt. Wie bereits in der Kommentierung zu Abschnitt

6 erwähnt, sollte eine Einbindung der NICE-Guideline *Postnatal Care*<sup>7</sup> zur Entwicklung von Qualitätsmerkmalen für die Patient\*innenbefragung noch nachträglich erfolgen. So kann z.B. vermieden werden, dass bei Beispielnennungen für Unterstützungsleistungen ausschließlich auf Beispiele zum Pflegebedarf, wie sie typischerweise bei älteren Patient\*innen oder nach größeren Eingriffen erforderlich sind, fokussiert und damit die Erinnerung bei der Beantwortung in eine bestimmte Richtung gelenkt wird.

In Abschnitt 8.3.3 wird als Qualitätsmerkmal 3.2 die Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation beschrieben. Hier sollte überlegt werden, inwieweit auch über die Art der Einnahme/Applikation informiert bzw. geschult werden sollte, da es Hinweise gibt, dass damit effektiv Medikationsfehlern vorgebeugt werden kann.<sup>20</sup>

In Abschnitt 8.3.5 wird als Qualitätsmerkmal 5.1 Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Haus- und Fachärzt\*innen thematisiert. Aus Sicht der DGHWi sollte sich diese Unterstützung ebenfalls auf Termine bei weiteren Gesundheitsprofessionen (z.B. Hebammen, Pflegekräfte oder Physiotherapeut\*innen) erstrecken, da bei bestehendem Bedarf eine zeitnahe Inanspruchnahme für den weiteren Genesungsverlauf oft maßgeblich ist.

In Abschnitt 8.3.7 werden als Qualitätsmerkmal 7.2 schriftliche Unterlagen als patient\*innenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung beschrieben. Hier sollte überdacht werden, inwiefern die Ausgabe eines laienverständlichen Entlassbriefs als Qualitätsmerkmal noch hinzugefügt werden sollte.

In Abschnitt 8.3.8 wird als Qualitätsaspekt 8 die bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten beschrieben. Trotz der in der Literatur identifizierten Relevanz der Sicherstellung des Verständnisses der kommunizierten Informationen und Erklärungen, fehlt dieser Aspekt als Qualitätsmerkmal und sollte aus Sicht der DGHWi noch ergänzt werden.

In Abschnitt 8.3.11 werden für den Qualitätsaspekt 11 zur Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern keine Qualitätsmerkmale entwickelt. Begründet wird dies damit, dass „nicht davon ausgegangen werden kann, dass die befragten Patientinnen und Patienten (sowie ggf. deren Angehörige / gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter) die Kommunikation zwischen Krankenhaus und nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern sowie deren Einbezug in die Entlassplanung in vollem Umfang beobachten und damit valide beurteilen können“ (S.232). Es stellt sich die Frage, inwieweit dies tatsächlich eine zwingende Voraussetzung darstellt. Auch wenn Patient\*innen die Kommunikation zwischen Krankenhaus und nach- und weiterversorgenden Leistungserbringenden nicht in allen Einzelheiten wahrnehmen können, sind sie dennoch in der Lage, Aussagen zu den Konsequenzen von Kommunikationsdefiziten zu treffen, von denen sie direkt betroffen sind.

Insgesamt erscheint der Katalog der Qualitätsmerkmale sehr umfassend. Die eigentliche Herausforderung wird darin bestehen, die Aspekte in eine überschaubare Anzahl von den Anforderungen entsprechenden generischen Items zu operationalisieren.

## Zu 9. Umsetzbarkeit der Patient\*innenbefragung

Zur Umsetzbarkeit der Befragung werden ausschließlich erste Überlegungen dargestellt. Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwiefern ein Mixed-Method-Verfahren anstelle einer ausschließlich postalischen Befragung durchgeführt werden sollte. Grundsätzlich sind webbasierte Befragungen mit geringeren administrativen Kosten, schnellerer Datenverarbeitungen und einer geringeren Eingabefehlerquote assoziiert.<sup>21,22,23</sup> Die Evidenz zum methodischen Bias ist nicht eindeutig, Unterschiede scheint es aber eher zwischen Methoden mit unterschiedlichem Maß an Interaktion (persönliche oder Telefoninterviews versus schriftliche Befragung) zu geben als zwischen unterschiedlichen Verfahren bei selbstauszufüllenden Fragebögen.<sup>24,25,26</sup> Und auch wenn das Alter nach wie vor als stärkster Prädiktor zu Teilnahme an webbasierten Befragungen gilt, hat der Anteil an älteren Teilnehmenden an Online-Befragungen in den letzten Jahren stetig zugenommen.<sup>27</sup> Vor diesem Hintergrund werden Mixed-Method-Verfahren im Rahmen von Patient\*innenbefragungen empfohlen, da sie eine höhere Flexibilität gewährleisten und die Chance erhöhen, Zielgruppen zu erreichen, die mit nur einem Modus nicht erreicht werden können.<sup>28,29</sup> Darüber hinaus würde eine (zusätzliche) Konzeption als Online-Befragung die Administration mehrsprachiger Fragebögen mittelfristig deutlich erleichtern, indem die Patient\*innen selbst die Sprache des Fragebogens wählen können.

### Ausblick

Die DGHWi hat in dieser Stellungnahme detailliert zum Zwischenbericht Stellung genommen. Die Gruppe von Neugeborenen und ihren Müttern sollte integriert werden, wie dargelegt wurde. Die entsprechenden den ICD- und OPS-Kodierung zu Schwangerschaft und Geburt liegen vor. Sowohl die stationär als auch post-stationäre Hebammenhilfe sollte integriert werden.

Gegebenfalls sollte eine hebammenwissenschaftlich qualifizierte Personen kontinuierlich und systematisch in die Weiterentwicklung des Entlassmanagements in seinen verschiedenen Facetten integriert werden.

Grundsätzlich weist die DGHWi daraufhin, dass das Entlassmanagement nur ein Baustein einer qualitativ hochwertigen sektorenübergreifenden Versorgung darstellt. Es stellt sich die Frage, ob mit den Endpunkten „Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung“ und „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ wirklich ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren entwickelt wird oder ob es sich nicht vielmehr um ein sektorengleiches Verfahren handelt. Letztlich wird mit dem QS-Verfahren Entlassmanagement mit großem Aufwand ein aus Patient\*innensicht sehr kleiner Teil der Versorgungsqualität am Übergang von stationären in den ambulanten Sektor betrachtet. Das aus Patient\*innensicht sehr viel relevantere gelungene Zusammenspiel von Überleitung und effektiver Nach- und Weiterversorgung würde eine longitudinale und sektorenübergreifende Betrachtung erfordern. Darüber hinaus gilt es, eine Lösung für das Problem der Forderung nach der Zuschreibbarkeit von Qualitätsdefiziten zu einem bestimmten Akteur zu finden. Mit dieser Forderung werden zahlreiche patient\*innenrelevante Outcomes ausgeschlossen, da diese Zuschreibbarkeit sowohl in der sektoren- als auch der professionsübergreifenden Versorgung naturgemäß selten gegeben ist.

Schließlich stellt sich die Frage, ob der Ergebnisparameter „Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ auch bei Risikoadjustierung für Patient\*innenmerkmale einen fairen Vergleich zulässt. Es ist denkbar, dass ein Krankenhaus in einer gut vernetzten Gesundheitsregion bei gleicher Performanz bessere Ergebnisse erzielen kann als ein Krankenhaus, in dem eine entsprechende Vernetzung in der ambulanten Versorgung nicht gegeben ist.<sup>30</sup>

## Literatur

- <sup>1</sup> Gesundheitsziele.de. Gesundheit rund um die Geburt. 2017. Abgerufen 27.10.2017, Available from: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales\\_Gesundheitsziel\\_Gesundheit\\_rund\\_um\\_die\\_Geburt.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf)
- <sup>2</sup> Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Vaginale Geburt am Termin S3-Leitlinie der L A N G F A S S U N G [Internet]. 2020; Available from: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-083l\\_S3\\_Vaginale-Geburt-am-Termin\\_2021-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-01.pdf)
- <sup>3</sup> IQTiG-Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2020): Geburten für das Erfassungsjahr 2019; abgerufen am 28.02.2021, [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/16n1gebh/QSKH\\_16n1-GEBH\\_2019\\_BUAW\\_V02\\_2020-07-14.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf)
- <sup>4</sup> Spindler, Jutta (2020). Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz. In Klauber J et al (Hg.): Krankenhausreport 2020, Springer: Berlin. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8\\_21](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_21)
- <sup>5</sup> Destatis (2020a). Gesundheit, Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten der Krankenhäuser, nach Diagnosekapitel 2018. Abgerufen am 10.10.2020. Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/diagnose-kapitel-geschlecht.html>
- <sup>6</sup> Destatis (2021). Die 20 häufigsten Operationen insgesamt (OPS). Stand:29.05.2021 Available from: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/drg-operationen-insgesamt.html>
- <sup>7</sup> NICE. (2021). Postnatal Care (NICE Guideline NG 194). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- <sup>8</sup> Karlstrom A, Nystedt A, Hildingsson I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. BMC Pregnancy Childbirth;15:251
- <sup>9</sup> Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. § 2 Abs. 1: „Im Sinne dieses Gesetzes sind 1. Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“. Abgerufen am 30.05.2021. Available from: [https://www.gesetze-im-internet.de/kgj/\\_2.html](https://www.gesetze-im-internet.de/kgj/_2.html)
- <sup>10</sup> Babyfreundlich e.v. (BFHI). Available from: <https://www.babyfreundlich.org/nc/fachkraefte/initiative-babyfreundlich/ueber-die-initiative.html>
- <sup>11</sup> WHO (2021): Promoting baby-friendly hospitals. Abgerufen am : 29.05.2021. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>
- <sup>12</sup> McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001141. DOI: [10.1002/14651858.CD001141.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5)
- <sup>13</sup> Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Available from: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/netzwerke-fruehe-hilfen/>
- <sup>14</sup> Bundesgesetzblatt (2019): Hebammenreformgesetz (HebRefG). Abgerufen am: 30.05.2021, Available from: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl119s1759.pdf%27%5D\\_\\_1622385546702](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl119s1759.pdf%27%5D__1622385546702)
- <sup>15</sup> IqtiG (2021): Datensatz Geburtshilfe. Abgerufen am : 30.05.2021. Available from: <https://iqtig.org/downloads/erfassung/2021/v06/161/16-1.pdf>
- <sup>16</sup> Coulter, A. (2017). Measuring what matters to patients. BMJ (Clinical Research Ed.), 356, j816. <https://doi.org/10.1136/bmj.j816>
- <sup>17</sup> Østerås, N., Gulbrandsen, P., Garratt, A., Benth, J. Š., Dahl, F. A., Natvig, B., & Brage, S. (2008). A randomised comparison of a four- and a five-point scale version of the Norwegian Function Assessment Scale. Health and Quality of Life Outcomes, 6, 14. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-14>
- <sup>18</sup> Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): Postnatal care (NICE guideline ng194). 20.04.2021; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- <sup>19</sup> WHO. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. World Health Organization; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf)
- <sup>20</sup> Yin HS, Dreyer BP, van SL, Foltin GL, Dinglas C, Mendelsohn AL (2008) Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. Arch Pediatr Adolesc Med 162:814-822
- <sup>21</sup> Guo Y, Kopec JA, Cibere J, Li LC, Goldsmith CH. Population Survey Features and Response Rates: A Randomized Experiment. Am J Public Health 2016;106:1422-6. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303198>

- 
- <sup>22</sup> Fricker RD, Schonlau M. Advantages and Disadvantages of Internet Research Surveys: Evidence from the Literature. *Field Methods* 2002;14:347–67. <https://doi.org/10.1177/152582202237725>.
- <sup>23</sup> Hagan TL, Belcher SM, Donovan HS. Mind the Mode: Differences in Paper vs. Web-Based Survey Modes Among Women With Cancer. *J Pain Symptom Manage* 2017;54:368–75. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.005>
- <sup>24</sup> Hoebel J, von der Lippe E, Lange C, Ziese T. Mode differences in a mixed-mode health interview survey among adults. *Arch Public Health* 2014;72:46. <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-46>.
- <sup>25</sup> Iversen HH, Holmboe O, Bjertnaes O. Patient-reported experiences with general practitioners: a randomised study of mail and web-based approaches following a national survey. *BMJ Open* 2020;10:e036533. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036533>
- <sup>26</sup> Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Public Health (Oxf)* 2005;27:281–91. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdi031>.
- <sup>27</sup> Smyth JD, Olson K, Millar MM. Identifying predictors of survey mode preference. *Soc Sci Res* 2014;48:135–44. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.06.002>
- <sup>28</sup> Hagan TL, Belcher SM, Donovan HS. Mind the Mode: Differences in Paper vs. Web-Based Survey Modes Among Women With Cancer. *J Pain Symptom Manage* 2017;54:368–75. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.005>.
- <sup>29</sup> Kelfve S, Kivi M, Johansson B, Lindwall M. Going web or staying paper? The use of web-surveys among older people. *BMC Med Res Methodol* 2020;20. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01138-0>.
- <sup>30</sup> Liljas, A. E. M., Brattström, F., Burström, B., Schön, P., Agerholm, J. (2019). Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People – A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, 19(3), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.4632>

**Von:** [Thomas Deitmer - DGHNO](#)  
**An:** [IQTIG\\_Patientenbefragung](#)  
**Cc:** [REDACTED]  
**Betreff:** FW: IQTIG – Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren Entlassmanagement - Zwischenbericht/Beteiligungsverfahren  
**Datum:** Mittwoch, 12. Mai 2021 22:11:17  
**Anlagen:** [IQTIG\\_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement\\_Zwischenbericht\\_2021-04-30.pdf](#)  
[IQTIG\\_Patientenbefragung-QS-Verfahren-Entlassmanagement\\_Zwischenbericht\\_Anhang\\_2021-04-30.pdf](#)

---

Sehr geehrte Frau Dr. Andorfer,  
nach Lektüre der Zusammenfassung und kurzer Sichtung des riesigen Gesamtdokumentes sehe ich mit etwa 40-jähriger beruflicher Erfahrung in der HNO-Heilkunde folgende Kommentare und Anregungen:

- Die erste Stichprobeneinengung durch ein Prognosemodell ist sicher sinnvoll. Mir wurde aus dem Text nicht klar, ob Sie Ihr Prognosemodell schon einmal an einer realen Stichprobe überprüft haben.
- Das Prognosemodell entsteht offensichtlich auch aus kodierten und erfassbaren Leistungen nach der Entlassung. Wie lange wird die Selektion durch das Prognosemodell dauern? Ein valide Befragung darf nicht Monate nach dem Bezugsereignis erst erfolgen.
- Es ist dringend zu vermeiden, dass für das Prognosemodell neue Dokumentationspflichten für Krankenhauspersonal oder auch Pflegedienste entstehen. Das Konzept der Ableitung aus sowieso zu erhebenden Routinedaten wäre gut, wenn es denn valide ist.
- Die Befragung muss sich auf wenige Fragen reduzieren um Akzeptanz erreichen zu können. Der vorgesehene Test, zu dem aufgerufen wird, ist sicher sinnvoll
- Ist erwogen worden, eine zunächst globale kurze Grundbefragung zu machen, die dann bei Auffälligkeiten in einer zweiten Stufe detailliert würde? Das kann das Verfahren sicher verschlanken. Je schlanker, desto akzeptabler!
- Das Befragungsverfahren würde in praxi höhere Akzeptanz erreichen können, wenn Informationen über Ergebnisse an die Leistungserbringer (stationäre und ambulant) erfolgen und bei zu definierenden Auffälligkeiten Gespräche angeboten werden.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei der sicher diffizilen Aufgabe.

Mit freundlichen Grüßen

T. Deitmer

Prof. Dr. med. Thomas Deitmer  
Generalsekretär / Secretary General  
Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde,  
Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.  
German Society of ORL-HNS  
Präsident: Prof. Dr. med. Stefan K. Plontke  
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 \* D-53113 Bonn  
Tel.: +49 (0) 2 28 / 923 922-0 \* Fax: +49 (0) 2 28 / 923 922-10  
Mailto: [info@hno.org](mailto:info@hno.org) \* Homepage : [www.hno.org](http://www.hno.org)  
Vereinsregister-Nr.: 3997 (AG Bonn)

[REDACTED]





**DGK.**

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Anlage 3 zum Beschluss

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-0  
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10  
E-Mail: [info@dgk.org](mailto:info@dgk.org)  
Web: [www.dgk.org](http://www.dgk.org)

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

Per E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org)

Nachrichtlich: -

Düsseldorf, den 07. Juni 2021

DGK\_V2021\_031 Zwischenbericht - Patientenbefragung QS-Verf Entlassmanagement

**Stellungnahme zum Zwischenbericht des IQTIG zur „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“ vom 30.04.2021**

Sehr geehrter Herr Professor Heidecke, sehr geehrte Frau Dr. Blatt,

gerne nehmen wir zum Zwischenbericht Stellung und möchten aus der Sicht unserer Fachrichtung antworten:

Ein professionelles Entlassmanagement stellt heute einen wichtigen Faktor zur Sicherung und Stabilisierung von Therapieerfolgen einer stationären Behandlung dar. In Anbetracht der sich veränderten Altersstruktur, der Zunahme multimorbider Patient\*innen sowie des medizinischen Fortschritts mit teilweise komplexeren Therapieregimen, kann eine strukturiert durchgeführte Entlassung Heilungsprozesse unterstützen und ggf. einen frühzeitigen erneuten Behandlungsbedarf reduzieren.

Zur Qualitätssicherung (QS) des Entlassmanagements sollen künftig neben Qualitätsindikatoren auf Basis der QS Dokumentation und Sozialdaten der Krankenkassen ebenfalls Indikatoren auf Basis einer Patient\*innenbefragung erhoben werden. Hierzu wurde das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Erstellung von Qualitätskriterien für eine Patient\*innenbefragung beauftragt.

Nun liegt der entsprechende Zwischenbericht zu den Qualitätsmerkmalen für die Entwicklung eines Patient\*innenfragebogens vor. Hierzu wird im Folgenden von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) Stellung genommen.

Das QS-Verfahren adressiert ein sehr heterogenes Patient\*innenkollektiv, da sich das Entlassmanagement,

abhängig von der Fachrichtung, der Grunderkrankung und den demographischen Basisparametern der Patient\*innen teils erheblich unterscheidet. Die Erstellung des Qualitätsmodells basiert jedoch auf einer Befragung von überwiegend jüngeren Patient\*innen.

Bei Älteren, die in der internistischen stationären Versorgung zahlenmäßig die Mehrheit ausmachen, wurden vor allem Angehörige befragt (S. 136ff.). Hierdurch sind relevante Verzerrungen in den Ergebnissen der Befragung zu erwarten.

Zudem bildet die durchschnittliche Verweildauer von 26 Nächten in diesem Kollektiv nicht die Realität in kardiologischen Abteilungen ab. Hier muss von einer erheblich kürzeren Verweildauer ausgegangen werden.

Verbesserungsvorschläge zu einzelnen Qualitätskriterien sind in den folgenden Abschnitten dargelegt.

### **Qualitätsaspekt 1: Entlassplanung**

- Die zeitliche Planung der Entlassung ist für Patient\*innen von großer Bedeutung und somit als Qualitätskriterium sinnvoll. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die Entlassfähigkeit durch z.T. nicht initial absehbare Kriterien des Krankheitsverlaufs beeinflusst wird. So sind beispielsweise Akutereignisse wie Herzinfarkt oder akute Rhythmusstörungen nicht planbar. Das Entlassdatum ist, abgesehen von komplikationslosen elektiven Eingriffen, oft von individuellen Kriterien und Entwicklungen abhängig und nicht immer a priori abzusehen. Die medizinisch notwendige Korrektur eines Entlasstermins aufgrund unvorhergesehener Entwicklungen kann rückblickend durch die Patient\*innen negativ beurteilt werden. Die QS zum Entlassmanagement sollte notfallmäßige Krankenhausaufnahmen von elektiven Eingriffen unterscheiden. Insofern würden wir empfehlen, statt einem strikten Entlassdatum, die „rechtzeitige“ Kommunikation eines zeitlichen Korridors für die Entlassung sowie die Information zu relevanten Einflussvariablen auf die weitere zeitliche Planung abzufragen.
- Eine frühzeitige Einbeziehung der Vertrauenspersonen und ggf. des Sozialdienstes für die Versorgung nach Entlassung sowie des Transportes vom Krankenhaus nach Hause in die weitere Versorgung ist sinnvoll, jedoch aufgrund der personellen Möglichkeiten einerseits und der Verfügbarkeit z. B. der Vertrauenspersonen andererseits (häufig nur am Abend erreichbar) nicht regelhaft umsetzbar.
- Hinsichtlich der „Uhrzeit“ der Entlassung ist im klinischen Alltag ebenfalls nur die Angabe eines Zeitfensters realistisch, da die aktive Patient\*innenversorgung und das Entlassgespräch, welches in einer „ruhigen Umgebung“ stattfinden soll, koordiniert werden müssen.
- Die Beteiligung der Patient\*innen und Vertrauenspersonen an der terminlichen Festlegung der Entlassung (s. auch S. 102) sind durch externe Faktoren und Zwänge (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)-Vorgaben, Bettenknappheit, Notfallversorgung) Limitationen gesetzt, sodass der Entlasstermin in erster Linie durch die entlassende Abteilung definiert werden muss.
- Sehr kritisch beurteilen wir die Vermeidung von Entlassungen am Wochenende (S. 126). Sie widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot,

den MDK-Vorgaben und nicht zuletzt dem Wunsch der meisten Patient\*innen nach möglichst kurzer Hospitalisierungsdauer. In diesem Zusammenhang ist auch die subjektive „Entlassbereitschaft“ (Qualitätsmerkmal 9, auch S. 125) oft nicht medizinisch begründet oder definiert. Häufig steht sie im Widerspruch zur objektiven-medizinischen Entlassfähigkeit. Für die patientenzentrierte Abbildung einer Einbindung in die Entlassplanung ist hier ggf. sinnvoller abzufragen, inwiefern die medizinischen Entlasskriterien während des stationären Aufenthaltes erläutert wurden.

### **Qualitätsaspekt 2: Information zum Prozess der Entlassung und für die Zeit nach der Entlassung**

- Eine Information zu notwendigen Maßnahmen nach Entlassung ist essenziell. Für die poststationäre medizinische Betreuung in diesem Zusammenhang sollte die Bedeutung der Rolle des\*der Hausarzt\*in zur weiteren medizinischen Versorgung bzw. auch zur Kommunikation mit der entlassenden Abteilung gestärkt werden. Hinsichtlich der organisatorischen Planung für die Zeit nach der Entlassung ist das Einbinden der Patient\*innen wünschenswert. Nicht immer sind jedoch organisatorisch die individuellen Wünsche erfüllbar (z.B. Ort der Anschlussheilbehandlung). Hier könnte differenziert werden, ob die Patient\*innen über die Notwendigkeit einer nicht dem individuellen Wunsch entsprechenden weiteren Planung informiert wurden (z.B. Anschlussrehabilitations (AHB)-Platz in einer anderen Klinik verfügbar oder heimatnahe ambulante AHB).

### **Qualitätsaspekt 5: Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung**

- Für eine Terminorganisation bei der haus-/fachärztlichen Praxis für jede\*n Patient\*in ist zusätzliches Personal erforderlich, da diese Aufgabe weder durch ärztliches noch durch pflegerisches Personal im klinischen Alltag geleistet werden kann. Zudem spielen individuelle Faktoren (z.B. Auswahl der spezifischen Praxis, Erreichbarkeit, freie Termine) und Verfügbarkeit der Patient\*innen eine Rolle.
- Hinsichtlich der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (auch S. 36) zeigt die klinische Praxis, dass dies in der Regel bevorzugt durch die hausärztlichen Praxen übernommen wird, da diese den individuellen poststationären Verlauf besser abschätzen und beobachten können. Zudem wird so eine direkte Anbindung an die weiterversorgende Praxis nach Entlassung gefördert.

### **Qualitätsaspekte 6/7: Entlassgespräch und Entlassdokumente**

- Ein individuelles Entlassgespräch und die Zusammenstellung der wichtigsten Informationen zum Krankheitsverlauf sowie zur weiteren Behandlung/Medikation etc. ist von großer Relevanz für den therapeutischen Erfolg. Messbare Kriterien könnten das Vorhalten eines Medikationsplans und schriftlicher Informationen zu notwendigen Nachsorgen sein.

### **Qualitätsaspekt 9: Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung**

- Eine subjektive Entlassbereitschaft ist nicht eindeutig definiert und kann mit der objektiven, medizinischen Entlassfähigkeit im Widerspruch stehen.

Analog der German-Appropriateness Evaluation Protocol (G-AEP) Kriterien, die eine Krankenhausaufnahme rechtfertigen, könnten Kriterien erarbeitet werden, die eine Entlassfähigkeit objektivierbar darstellen. Diese wären dann auch QS-fähig. Aufgrund vielfältiger externer Vorgaben in der stationären Versorgung (MDK-Vorgaben, Bettenknappheit, Notfallversorgung) ist die medizinische Entlassfähigkeit für die Planung der Hospitalisierungsdauer entscheidend. Hier ist das Abfragen der Erläuterung der Entlasskriterien gegenüber den Patient\*innen sinnvoller.

- Eine telefonische Kontaktaufnahme mit den Patient\*innen am Tag nach Entlassung (auch S. 104) erfordert spezifisch damit betrautes Personal, welches ggf. nicht in jedem Zentrum zur Verfügung steht. Daher ist dieses als Qualitätskriterium nicht abzubilden und nicht geeignet. Die Nennung eines Telefonkontakts in den Entlassdokumenten für Rückfragen oder Probleme ist hier realistischer.

### **Qualitätsaspekt 10: Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung**

- Hierbei handelt es sich um einen relevanten und messbaren Parameter, der mögliche Mängel in der Versorgung oder Therapie unmittelbar nach Entlassung aufzeigen kann. Um dies adäquat messen zu können, muss dieser Aspekt jedoch dringend spezifiziert werden und die Ursache für die Wiederaufnahme benannt werden (z.B. aufgrund desselben Krankheitsbildes, aufgrund einer anderen Erkrankung, aufgrund von Medikamentennebenwirkungen, etc.). Eine Wiederaufnahme kann auch durch Mängel in der ambulanten Versorgung oder Verunsicherung der Patient\*innen bedingt sein.

### **QS-Auslösung der Zielpopulation anhand des Prognosemodells**

- Da zum Zeitpunkt der stationären Behandlung keine umfassenden Daten zur Bestimmung des Bedarfs für ein Entlassmanagement vorliegen, wurde durch das IQTIG ein Prognosealgorithmus basierend auf vorhergehenden, durch die Krankenkassen erfassten Routinedaten entwickelt. Zur Prognostizierung von Fällen mit einem erhöhtem Bedarf für Entlassmanagement (eBEM) soll somit ein Selektionsalgorithmus eingesetzt werden. Dieses Prognosemodell erfasste bei knapp 60% der fächerübergreifenden Entlassfälle von 2017 einen eBEM. Anhand eines Schwellenwertmodells wurde der Anteil auf 54% reduziert. Daraus soll schließlich mittels Stichprobenziehung die Anzahl der QS-Fälle erfolgen. Leider ist hier durch das IQTIG nicht genannt, um welchen Faktor die Fallzahl letztlich reduziert werden soll. Aus Sicht der DGK beträgt eine erweiterte QS Dokumentation von über 50% der Entlassfälle einen massiven Mehraufwand, welcher bislang nicht abgebildet ist. Hier sehen wir dringenden Bedarf der weiteren Spezifikation, zumal bei dem insgesamt älteren Patient\*innenkollektiv der internistisch-kardiologischen Patient\*innen potentiell höhere prozentuale Anteile erwartet werden können ( $\geq 5$  Medikamente als Trigger ausreichend).
- Nochmals nachgeschaltet nach der QS-Filter-Stichprobenselektion, soll schließlich durch die Versendestelle der Patient\*innenbefragung per Zufallsstichprobe die finale Auswahl der Umfrageteilnehmer\*innen erfolgen. Da anhand von ähnlichen Umfragen mit Rücklaufquoten von maximal 30% zu rechnen ist, entsteht neben dem ungünstigen Kosten/Nutzen-Verhältnis (QS-Dokumentation/Umfraegerücklauf) zudem eine Verzerrung der Repräsentativität der Umfrage.

Aus Sicht der DGK ist die Qualitätssicherung des Entlassmanagements prinzipiell sinnvoll. Allerdings sind die anhand eines fächerübergreifenden Kollektivs definierten Qualitätskriterien nicht ohne weiteres auf das internistisch-kardiologische Patient\*innenkollektiv übertragbar. Zahlreiche vorgeschlagene Qualitätskriterien benötigen eine Präzisierung oder Modifikation. Vorschläge hierzu wurden unterbreitet. In der vorliegenden Form ist neben einer erheblichen Mehrbelastung der Mitarbeiter\*innen eine Verlängerung der Verweildauer zu erwarten. Zudem erachten wir die Methode der Patient\*innenbefragung insbesondere im Hinblick auf die Verzerrung durch die Rücklaufquote als problematisch.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Philipp Schlegel  
federführender Autor und Mitglied  
*Young DGK*  
Sektion der DGK e.V.

Dr. Maura Magdalena Zylla  
federführende Autorin und Mitglied  
*Young DGK*  
Sektion der DGK e.V.

**Autor\*innen:**

Dr. Philipp Schlegel, Heidelberg (federführend)  
Dr. Maura Magdalena Zylla, Heidelberg (federführend)  
Prof. Dr. Bernd Nowak, Frankfurt  
Prof. Dr. Bernhard Schieffer, Marburg  
Prof. Dr. Burghard Schumacher, Kaiserslautern

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse,  
Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)  
zum Zwischenbericht des IQTIG zur  
Entwicklung einer Patientenbefragung für das  
Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement**

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT bedankt sich für die Möglichkeit, zum Zwischenbericht des IQTIG zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement Stellung nehmen zu können.

Der rechtliche Anspruch auf ein Entlassmanagement ist für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V verankert. Die Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) enthält verbindliche Vorgaben zu den Leistungen und zur Ausgestaltung des Entlassmanagements. Damit haben jährlich ca. 16,5 Millionen gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten Anspruch auf ein Entlassmanagement.

Entlassmanagement umfasst Prozesse zur Sicherstellung eines nahtlosen Übergangs von Patientinnen und Patienten aus der stationären Versorgung in die weiterführende, meist ambulante, Anschlussversorgung. Ziele des Entlassmanagements sind u. a.: die Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Nach- und Weiterversorgung, die Koordination und Organisation von erforderlichen Maßnahmen vor dem Ende des Krankenhausaufenthalts, um bedarfsgerecht und patientenindividuell den zuvor identifizierten post-stationären Versorgungsbedarf zu decken, die Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf Probleme und Anforderungen nach Entlassung, die Sicherstellung einer kontinuierlichen, lückenlosen Weiterversorgung.

Am 20. September 2018 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement. Zentrale Ziele des QS-Verfahrens sind gemäß Beauftragung: die Förderung der Qualität über eine vergleichende Darstellung der Versorgungsqualität zwischen Leistungserbringern hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Versorgung nach einer Krankenhausbehandlung unter Berücksichtigung der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen des Entlassmanagement, die Fokussierung auf Risikogruppen von entlassenen Patientinnen und Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement auf Basis eines Prognosemodells. Die Beauftragung umfasst drei Teilaufträge (1. Konzeptstudie, 2. Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die im Qualitätsmodell identifizierten Qualitätsaspekte für die definierte Zielgruppe (Prognosemodell) sowie notwendige Vorgaben zur QS-Dokumentation der Leistungserbringer/Sozialdaten bei den Krankenkassen, 3. Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive) in denen die vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) für den G-BA erarbeiteten Ergebnisse für ein QS-Verfahren im Bereich Entlassmanagement aus dem Jahr 2015 aufgegriffen werden sollen.



**Wir möchten betonen, dass wir die Ziele des Entlassmanagements als solchem vollumfänglich unterstützen, insbesondere da diese für die von uns versorgten und zu versorgenden Patienten mit psychischen Erkrankungen von besonderer Relevanz sind.**

Wie auch in unseren Stellungnahmen zu anderen Qualitätssicherungsverfahren möchten wir jedoch auf grundsätzlich kritische Punkte hinweisen:

#### **Umgang mit den erhobenen Daten**

Zum Umgang mit den erhobenen Daten bleiben viele Fragen offen, deren Klärung aus verschiedenen, u.a. auch ethischen Gründen vorab unabdingbar ist. So ist bzgl. der Datensicherheit zu klären, wo und wie die Daten gespeichert und gesichert werden sollen, wer darauf Zugriff hat und wie lange die Daten aufbewahrt werden, bevor sie wieder gelöscht werden. Ferner ist vorab zu klären, wie und von wem die Daten genutzt werden sollen bzw. können und vor allem mit welchen anderen Daten sie verknüpft werden können.

**Insgesamt ist ein Datenschutzkonzept wie auch ein Datennutzungskonzept zu fordern.**

#### **Ressourcen**


Die Strukturen im Gesundheitswesen, LeistungserbringerInnen u. a. sind gehalten, ressourcensparend zu arbeiten. Wir bezweifeln, dass trotz der vorgelegten komplizierten Reduktion der zu befragenden Qualitätssicherungsfälle das vorgelegte QSV grundsätzlich ressourcensparend ist und fürchten eine Qualitätsbürokratie:

Wir fürchten, dass der geplante Umfang des QS-Verfahrens und die damit zu schaffende administrative Infrastruktur enorme finanzielle Kosten zur Folge haben wird. Es ist zu klären, wer diese Kosten trägt und es ist darauf zu achten, dass es nicht zu Einschränkungen in anderen Bereichen aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen kommt.

Da eine abschließende Einschätzung erst in der Zusammenschau beider Systeme, der Patientenbefragung und der Vorgaben zur QS-Dokumentation der Leistungserbringer/ Sozialdaten möglich ist, bitten wir um die Möglichkeit einer gemeinsamen Stellungnahme nach dem Vorliegen beider Abschlussberichte bzw. des Gesamtberichtes.

**Berlin, 11.06.2021**

**Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT**

**Von:** [Klautke, Gunther ChA PD Dr. med.](#)  
**An:** [IQTIG, Patientenbefragung](#)  
**Cc:**   
**Betreff:** Stellungnahme zum Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement  
**Datum:** Mittwoch, 2. Juni 2021 12:30:30

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Zusendung der Qualitätsmerkmale und Qualitätsaspekte bzgl. des Entlassmanagements und die Möglichkeit zur Stellungnahme bzw. von Kommentaren.

Punkte: 1.3 und Punkt 9.2 Diese Punkte sind ggf. missverständlich. Natürlich wird niemand einen Patienten gegen seinen Willen entlassen, aber der MDK ist hier sehr kritisch und sieht nur „medizinische Indikationen“ und keine „sozialen Indikationen“ für einen stationären Aufenthalt.

Dieser Duktus zwischen dem „menschlich wünschenswertem“ und dem vom Kostenträger verursachten Druck auf sehr kurze stationäre Aufenthalte ist zwar nur indirekt ein Punkt im Entlassmanagement-Ablauf, sollte aber (gesetzlich) geregelt werden, dass wenn bestimmte Voraussetzungen des Entlassmanagements nicht gegeben, der Patient nicht entlassbar ist.

2.7 Informationen über Diagnose und Grund der Aufnahme gehören doch eher in das Aufnahmegespräch

6. Hier gibt es ja mehrere Formen der Entlassung und die einzelnen Punkte sollten natürlich auch im klinischen Alltag umsetzbar sein. Mal von Corona abgesehen ist es oftmals schwierig Angehörige zu einem Termin während der normalen Arbeitszeit zu einem Gespräch zu bewegen. Auch muss die Gesamtsituation des Patienten betrachtet werden; so ist sicherlich zu unterscheiden, ob der Patient regelmäßig zu einer zyklischen Therapie stationär aufgenommen und von dieser entlassen wird, oder ob die Therapie in der betreffenden Abteilung abgeschlossen ist

9.3 Dieses Qualitätsmerkmal ist aus meiner Sicht zu hinterfragen.

10.1 Auch dieses Qualitätsmerkmal ist kritisch, da die Gründe für eine ungeplante Wiederaufnahme so mannigfaltig sind, und nicht nur auf ein

möglicherweise „unqualifiziertes Entlassmanagement“ hinweisen.

Freue mich auf Ihre Rückmeldung und Einschätzung und verbleibe

Mit freundlichen Grüßen

Gunther Klautke

PD Dr. med. Gunther Klautke  
Chefarzt der Klinik und Praxis für Radioonkologie  
Klinikum Chemnitz gGmbH  
Bürgerstraße 2  
09113 Chemnitz



Web: <http://www.klinikumchemnitz.de>



## **Stellungnahme zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“ des IQTIG vom 30.4.2021**

Rechtlicher Hintergrund der Notwendigkeit eines Qualitätssicherungsverfahrens zum Entlassmanagement ist der Anspruch aller gesetzlich versicherten Personen nach §39 Abs. 1a SGB V auf ein solches. Dass Entlassmanagement soll einen „nahtlosen Übergang ... aus der stationären Versorgung in die weiterführende, meist ambulante, Anschlussversorgung“ sicherstellen. Patienten und Patientinnen sollen dabei unterstützt, erforderliche Maßnahmen organisiert und koordiniert werden. Voraussetzung dafür ist u.a. den tatsächlichen poststationären Versorgungsbedarf erkennen und definieren zu können. Am Ende soll die qualitative Versorgung der Patientinnen und Patienten im Übergang von der stationären zur poststationären Versorgung verbessert. Bei insgesamt ca. 16,5 Millionen Entlassungen nach einer Krankenhausbehandlung pro Jahr (Daten aus 2017) muss auf Risikogruppen fokussiert und diese anhand empirischer Erhebungen und mittels Prognosemodellen definiert werden, um die tatsächlich für ein Entlassmanagement in Frage kommende Anzahl an Patienten und Patientinnen reduzieren zu können.

Der vorliegende Zwischenbericht beschäftigt sich mit der Entwicklung von Qualitätsmerkmalen und der methodisch-statistischen Weiterentwicklung eines Prognosemodells sowie Überlegungen zur praktischen Umsetzung der Patientenbefragung. Die Überlegungen hierzu werden detailliert und in die Tiefe gehend entwickelt. Es wird empfohlen, dass ca. 55% der Entlassfälle über das Prognosemodell inhaltlich selektioniert werden können (ca. 9 Mio. Personen/ Jahr bezogen auf Zahlen aus 2017). Diese immer noch enorme Anzahl an zu befragende Personen soll durch ein nachgelagertes Stichprobenverfahren weiter reduziert werden. In einem letzten Schritt wird aus der bereits reduzierten Grundgesamtheit eine Stichprobe für die Patientenbefragung je Leistungserbringer (z.B. Pflege- und Sozialdienste, niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte) gezogen.

Es standen verschiedene Datenquellen (Sozialdaten der Krankenkassen, Dokumente der Leistungserbringer, Befragungen von Patienten und nachsorgender Leistungserbringer) zur Verfügung. Zu letzteren findet sich eine bemerkenswerte Aussage. Zitat: „ Mit Blick auf die Aufwand-Nutzen Abwägung konnte das IQTIG die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern nicht als Datenquelle empfehlen (IQTIG 2019a: Abschnitt 5.5).Diese Datenquelle wird daher für die weitere Entwicklung des QS-Verfahrens nicht berücksichtigt.“ Als nachsorgender Leistungserbringer (niedergelassener Strahlentherapeut) hinterlässt eine solche Aussage bei dem Verfasser dieser Stellungnahme zum Zwischenbericht einen ziemlich schalen Beigeschmack. Ein umfassendes Prognosemodell zum Entlassmanagement kann ohne eine valide Datenerhebung bzw. Berücksichtigung der Einschätzungen nachsorgender Leistungserbringer schwerlich erstellt werden bzw. würde zwangsläufig unvollständig sein.

Im weiteren Verlauf des Zwischenberichts werden vielfältige Situationen und Konstellationen berücksichtigt und definiert, wie eine Patientenbefragung zu gestalten ist, wer befragt und wann eine Befragung stattfinden sollte (6 bis 12 Monate nach Entlassung). Die Stimmung des Verfassers der Stellungnahme zum Zwischenbericht hellte sich etwas auf, da einige wesentliche und kritische Punkte das Entlassmanagement betreffend treffend beschrieben werden. Hierzu gehören

- Die Entlassfähigkeit von Patienten

- Die Kommunikation mit externen Akteuren wie niedergelassenen Ärzten (irgendwie sind sie dann doch wichtig). Hierbei wird die Bedeutung eines Arztbriefes zur Entlassung innerhalb von 24 Stunden hervorgehoben. Letzteres ist leider aus der Erfahrung des Verfassers dieser Stellungnahme zum Zwischenbericht immer noch viel zu häufig nicht der Fall, jedoch im Laufe der letzten Jahre viel besser geworden.
- Absolut entscheidend auch aus Sicht des Verfassers dieser Zeilen sind **zentrale Ansprechpartner** für Patienten und weiterversorgende Leistungserbringer. Sie müssen **bekannt, erreichbar und zuverlässig** sein. Ist dies gewährleistet, klappt die nahtlose Weiterversorgung hervorragend und erleichtert die tägliche Arbeit enorm und verbessert vor allem sehr die qualitative Versorgung insbesondere schwer kranker Patientinnen und Patienten.
- In der Kommunikation mit weiterversorgenden Leistungserbringern ist die **Fokussierung auf das Wesentliche** die große Kunst:
  - o Diagnose(n);
  - o die wichtigsten durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen;
  - o Empfehlung der nächsten erforderlichen Maßnahmen;
  - o **Medikamentenplan;**
  - o **Ansprechpartner für Rückfragen;**
- Vielfach sind Entlassungsbriefe ein Dschungel an Informationen über sämtliche erfolgten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit seitenlangen, ausführlich beschriebenen Normalbefunden, die die betreffenden Ärzte juristisch absichern, den weiterversorgenden Leistungserbringern die Extraktion der entscheidenden und wichtigen Informationen aber unnötig erschweren.

Das Anliegen des IQTIG ist zweifelsohne ein überaus wichtiges und wird auch bezogen auf die zu erhebenden Daten, die methodisch-statistischen Fallstricke und Überlegungen zur Entwicklung der Patientenbefragung äußerst ausführlich und soweit von diesem Verfassers überprüfbar auch mit großer wissenschaftlicher Sorgfalt erstellt.

Angesichts des stattlichen Umfangs des Zwischenberichts und der Komplexität des Prozesses besteht allerdings beim Verfasser dieser Zeilen die Befürchtung, dass am Ende ein weiterer bürokratischer Klotz das Leben der die echten Patienten und Patientinnen versorgenden und behandelnden Personen der stationären Versorgung erschweren wird. Es bleibt zu hoffen, dass es dem IQTIG gelingt, eine möglichst pragmatische und schlanke Lösung zu finden. Sie muss nicht perfekt sein (dieser Anspruch schimmert im Zwischenbericht durch).

Am Ende möchte der Verfasser der Stellungnahme anregen, als nächsten Schritt sich Gedanken zu einem **Entlastungsmanagement** von Pflegenden und Ärzten und Ärztinnen in der stationären Versorgung (und nicht nur hier, sondern auch im weiterversorgenden Bereich) zu machen. Ein effektive Entlassung von der ausufernden Bürokratie würde vermutlich schlagartig und nachhaltig die Qualität der Versorgung der Patienten und Patientinnen verbessern.

Hamburg im Juni 2021

Prof. Dr. Florian Würschmidt  
Radiologische Allianz

---

**Stellungnahme  
der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

vom 14. Juni 2021

---

**zum Zwischenbericht des IQTIG  
Entwicklung einer Patientenbefragung für das  
Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement***

(Stand 30. April 2021)

## Inhalt

Einleitung.....	3
Stellungnahme der DKG.....	4
Allgemein .....	4
Kapitel: Kurzfassung .....	5
Kapitel: Einleitung .....	5
Kapitel 3: Zentrale Elemente der Versorgungspraxis und des versorgungspolitischen Rahmens des Entlassmanagements .....	5
Kapitel 5: Methodische Herausforderungen .....	5
Kapitel 7: QS-Auslösung der Zielpopulation über ein Prognosemodell.....	6
Kapitel 8: Die Ableitung von Qualitätsmerkmalen für die Patientenbefragung .....	7
Kapitel 9: Herausforderungen zur Umsetzbarkeit der Patientenbefragung .....	12
Fazit.....	14

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

## Einleitung

---

Das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) hat am 30. April 2021 den Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement* vorgelegt.

Das IQTIG wurde im September 2018 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) inklusive Patientenbefragung zum Thema Entlassmanagement zu entwickeln. Die Beauftragung untergliedert sich in drei Teilaufträge – eine bereits veröffentlichte Konzeptstudie, die Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowie notwendiger Vorgaben zur QS-Dokumentation und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive.

Der vorliegende Zwischenbericht fokussiert auf den Aspekt der Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive und befasst sich mit der Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung, der methodisch-statistischen Weiterentwicklung des Prognosemodells und ersten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.

Im Ergebnis hat das IQTIG 54 Qualitätsmerkmale für 10 Qualitätsaspekte als Grundlage für die Fragebogenentwicklung definiert. Durch die Empfehlung des IQTIG sollen 54,8 % der Entlassfälle über das Prognosemodell inhaltlich selektiert werden können und somit insgesamt ca. 9 Millionen der jährlich 16,5 Millionen stationär behandelten gesetzlich Versicherten in das QS-Verfahren eingeschlossen werden. Darüber hinaus empfiehlt das IQTIG ein nachgelagertes Stichprobenverfahren zur QS-Auslösung innerhalb des QS-Filters, um die Anzahl QS-pflichtiger Fälle weiter auf ein praktikables Maß zu reduzieren.

Die weiteren Schritte im Prozessablauf (Itementwicklung, Kognitiver Pretest, Standard-Pretest, Definition der Qualitätsindikatoren, Auswertungskonzept, Umsetzungskonzept) wird das IQTIG im Abschlussbericht darstellen.



## Stellungnahme der DKG

---

### Allgemein

Der Bericht ist gut strukturiert und beschreibt nachvollziehbar die Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung, die methodisch-statistische Weiterentwicklung des Prognosemodells und erste Überlegungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.

Eine Vielzahl der abgeleiteten Qualitätsmerkmale adressieren Themen, die relevant bei der Interaktion mit den Patientinnen und Patienten sind, um wesentliche Bedürfnisse zu ermitteln und hierauf gezielt einzugehen. Es ist zu erwarten, dass Patientinnen und Patienten Informationen, über die sich zwar ausgetauscht wurde, nicht mehr bei einer zeitlich versetzten Befragung abrufen können. Dies ist sowohl bei der Fragen- und Itementwicklung, als auch bei der späteren Auswertung der Daten zu berücksichtigen. Bei der vorgesehenen heterogenen Patientenstichprobe ist zu beachten, dass die hier entwickelten Qualitätsaspekte einem starken patientenindividuellen Fokus unterliegen können. Nicht selten können Patientinnen und Patienten Gesprächsinhalte und Informationen nicht mehr vollumfänglich wiedergeben. Auf diese psychologischen Effekte geht das IQTIG in der Aufarbeitung der Qualitätsmerkmale nicht ein. Derartige Einflüsse sollten bei der bevorstehenden Entwicklung der Items Berücksichtigung finden.

Das zu entwickelnde QS-Verfahren berücksichtigt an vielen Stellen Gesetzesvorgaben, Richtlinien und Standards. Viele daraus hergeleitete Begrifflichkeiten und Prozesse sind den Befragten (Patientinnen und Patienten, aber auch deren Angehörigen) nicht bekannt. Es wird daher eine wichtige Aufgabe für die nächsten Entwicklungsschritte sein, Fragestellungen und Items so zu entwickeln, dass diese allgemein verständlich sind, um so valide und belastbare Ergebnisse zu erhalten. Schon bei den Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Erfassung der Patientenperspektive zeigt sich, dass die Auszüge aus den Interviews sehr subjektiv und anekdotisch sind. Hier stellt sich zudem die Frage, ob bei insgesamt 16,5 Millionen entlassenen Patientinnen und Patienten überhaupt eine Repräsentativität gegeben ist.

## **Kapitel: Kurzfassung**

Auf Seite 13 führt das IQTIG aus, dass der „rechtliche Anspruch auf ein Entlassmanagement [...] für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmenvertrag Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V verankert“ ist. Der rechtliche Anspruch ist jedoch durch den Gesetzestext selbst gegeben, der Rahmenvertrag dient nur der Ausgestaltung des § 39 Abs. 1a SGB V.

Zudem beschreibt das IQTIG, dass ein Ziel des Entlassmanagements die „Sicherstellung einer kontinuierlichen, lückenlosen Weiterversorgung, um das Risiko vermeidbarer Wiederaufnahmen zu senken“ sei. Dabei ist zwingend zu beachten, dass Krankenhäuser nicht für die Sicherstellung verantwortlich sind, sondern den Patientinnen und Patienten Unterstützung bieten. Nicht alle Aspekte des Entlassmanagement sind vom Krankenhaus beeinflussbar. Bei einem komplexen poststationären Behandlungsbedarf gibt es eine Vielzahl von Einflussfaktoren, die nicht durch das Krankenhaus zu verantworten sind. Diese Formulierung findet sich an diversen Stellen im Bericht wieder und sollte differenzierter beschrieben werden.

## **Kapitel: Einleitung**

Die DKG weist darauf hin, dass die vom IQTIG auf Seite 23 erwähnte Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen; GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) aktuell bereits in der Fassung der 5. Änderungsvereinbarung vorliegt.

## **Kapitel 3: Zentrale Elemente der Versorgungspraxis und des versorgungspolitischen Rahmens des Entlassmanagements**

Im Hinblick auf die Ausführungen des IQTIG auf Seite 35 zur Umsetzung von Maßnahmen zur bedarfsgerechten Weiterversorgung weisen wir darauf hin, dass auch Assistenzärzte, die sich in Weiterbildung befinden, Verordnungen vornehmen können. Hierbei sind die jeweiligen kassenärztlichen landesspezifischen Vorgaben für die Ausstellung von Verordnungen durch Ärzte ohne Facharztstatus in den einzelnen KV-Bereichen maßgeblich.

## **Kapitel 5: Methodische Herausforderungen**

Die DKG begrüßt den Ansatz des IQTIG, auch über zusätzliche Proxy-Befragungen die relevante Zielgruppe zu erreichen, um keine Selektionseffekte zu begünstigen. Eine ungeprüfte Gleichsetzung der Fragebogenversionen in den späteren Auswertungen ist als kritisch zu betrachten, weshalb die DKG dringend die angekündigten weiteren Untersuchungen möglicher Einflüsse befürwortet. Der Sachverhalt, dass es sich um eine Befragung der betroffenen Patientinnen und Patienten handelt und um keine Sorgeberechtigten-/ Angehörigenbefragung sollte stets erkennbar sein (z.B. deutlich aus der Formulierung der Fragen hervorgehen). Einem ungewollten Perspektivenwechsel, der sich beim Durcharbeiten des Fragebogens ergeben kann, muss vorgebeugt werden. Auch für die Auswertungen muss nachvollziehbar sein, ob

Unterstützung beim Ausfüllen in Anspruch genommen wurde. Es ist fraglich, ob über den Standard-Pretest ausreichend Datenmaterial der heterogenen Patientengruppe gewonnen werden kann, um valide Aussagen zu möglichen Einflüssen zu treffen. Die DKG empfiehlt, für eine spätere Erprobungsphase auch gesonderte Auswertungen je nach Vergleichsgruppe (mit oder ohne Unterstützung beim Ausfüllen) in Betracht zu ziehen.

## **Kapitel 7: QS-Auslösung der Zielpopulation über ein Prognosemodell**

Die DKG begrüßt, dass sich das IQTIG umfassend der komplexen Aufgabe zur Entwicklung eines dem Bedarf gerechten Prognosemodells angenommen hat und entsprechend detailliert über die Entwicklungsergebnisse berichtet. Der dreistufige Auslösungsprozess erscheint mit Schritt 2, der Reduktion der Fallzahlen über eine nachgelagerte Stichprobenziehung bei den Leistungserbringern, gut geeignet, die Patientenauswahl hinsichtlich eines sachgerechten Aufwand-Nutzen-Verhältnisses im Sinne einer Reduktion der heterogenen Grundgesamtheit anzusteuern. Das zu entwickelnde QS Verfahren soll auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf an ein Entlassmanagement fokussieren. Leider bleiben noch Fragen offen, die im Zwischenbericht keine Beantwortung erfahren. Bei der Wahl eines vom IQTIG empfohlenen Schwellenwertes von 0,5 wird knapp ein Fünftel an Fällen selektiert, die gemäß entwickelter Zielvariable keinen erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement (eBEM) aufweisen. Bei derartiger Anwendung würden unzählige Patienten fehladressiert zur Befragung angeschrieben werden, die keine relevanten Aussagen zum qualitätszusichernden Entlassprozess bei vorliegendem besonderen Bedarf im Krankenhaus tätigen können. Eine Hochrechnung zum Ausmaß fehlt leider in dem Bericht. Auch die Definition der eBEM-Zielvariabel ist durch die Setzung, dass ein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement gegeben ist, wenn mindestens eines der vordefinierten Zielkriterien erfüllt ist, ungenau in der Vorselektion der relevanten Patientenpopulation. Als Beispiel sei hier die alleinige Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erwähnt, die hier als potentieller Anlass für einen erhöhten Bedarf an einem Entlassmanagement definiert wird. Das IQTIG führt leider keine Überlegungen dazu aus, wie trotz eigentlicher Fokussierung des Verfahrens auf erhöhten Bedarf an ein Entlassmanagement im Prozess und in der späteren Auswertung mit Patienten bzw. zurückgesendeten Fragebögen umgegangen werden soll, die sich außerhalb des Fokus auf den erhöhten Bedarf befinden. Da auch noch keine Fragen bzw. Items entwickelt wurden, die ggf. mit entsprechenden Antwortmöglichkeiten Aufschluss geben könnten, bleibt dieser Aspekt für den Leser unklar. Es gilt zu bedenken, dass im Krankenhaus der Kontakt mit Patientinnen und Patienten ohne bzw. geringem/speziellem Bedarf an ein Entlassmanagement unter Umständen anders gehandhabt wird. Diese Heterogenität der zu untersuchenden Population kann zu Verzerrungen in der Beantwortung der Fragen führen.

Die DKG hält es für erforderlich, dass das IQTIG im Rahmen der Erstellung des Abschlussberichts konkrete Empfehlungen zur Evaluation und Überarbeitung des Prognosemodells entwickelt. Neben patientenseitigen Informationen, die für die Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren mit dem Fragebogen erhoben werden sollen, sollten auch weitere Informationen im Sinne der Zielkriterien gemäß Tabelle 5 zur Prüfung der Validität des Prognosemodells erhoben werden. Auch zur Darstellung der Repräsentativität wären diese Informationen wichtig. Da die Patientenbefragungen



anonym ausgewertet werden, würden derartige Informationen, die ggf. in anderen Datenquellen vorliegen, nicht in direkten Zusammenhang gebracht werden können. Gegebenenfalls ist es aber auch bereits angedacht, diese Informationen im Rahmen von Filterfragen zur Fragebogennavigation zu berücksichtigen, was dem Zwischenbericht nicht zu entnehmen ist.

## **Kapitel 8: Die Ableitung von Qualitätsmerkmalen für die Patientenbefragung**

### 1.1 Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin

Der Titel des Qualitätsmerkmals sollte gemäß der vorgenommenen Weiterentwicklung angepasst werden. „Geplant“ sollte durch „voraussichtlich“ ersetzt werden.

### 1.5 Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort und 5.5 Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag

Bei Entwicklung der Fragen und Items ist darauf zu achten, dass eindeutig dargestellt wird, dass Verordnungen von Krankenförderungsleistungen gemäß § 4 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement ausschließlich vom Krankenhaus ausgestellt werden dürfen, wenn dies für die unmittelbar im Anschluss an die Krankenhausbehandlung folgende Versorgung des Patienten notwendig ist. Aus praktischen Erfahrungen kann berichtet werden, dass viele Patientinnen und Patienten der Ansicht sind, dass ihnen eine bezahlte Taxifahrt nach Hause zusteht und dann oft verärgert sind, wenn der Transportschein dafür nicht ausgestellt werden kann, da keine medizinische Indikation vorliegt.

### 1.6 Feste Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung

Eine feste Ansprechperson im Sinne einer einzigen gleichbleibenden Person ist praktisch nicht realistisch umsetzbar (Krankheit, Urlaub, Schichtbetrieb, Teilzeit u.ä.). Es wird vorgeschlagen, das Qualitätsmerkmal dahingehend zu modifizieren, dass eine feste zuständige Stelle adressiert wird.

### 2.1 Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung

In der modifizierten Beschreibung zum Qualitätsaspekt wird auf Seite 238 erläutert, dass in den Informationen für Patientinnen und Patienten auch Ansprechpersonen außerhalb des Krankenhauses z.B. bei Fragen zum Gesundheitszustand, zur Genesung, zur Medikation oder zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung benannt werden sollen. Diese Anforderung erscheint sehr spezifisch und auf Individualebene kaum umsetzbar. Der Anspruch an einen Ansprechpartner außerhalb des Krankenhauses, der jedoch durch das Krankenhaus benannt wird, sollte gestrichen oder aber durch eine eindeutige allgemeingültige Vorgabe ersetzt werden.

## 2.4 Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten

Dieses Qualitätsmerkmal überschneidet sich mit dem Qualitätsmerkmal 1.7 Angebot an Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses und baut inhaltlich aufeinander auf. Somit wäre eine Zusammenfassung und indirekte Ableitung der Information zu 1.7 durch entsprechend entwickelte Items zu 2.4 möglich.

## 2.6 Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung

Es ist darauf hinzuweisen, dass Patientinnen und Patienten in jedem Falle bei der Planung für die Weiterversorgung beteiligt sein müssen, da kein Auftrag für eine poststationäre Versorgung ohne Einverständnis der Patientinnen und Patienten erteilt werden kann. Dieses Qualitätsmerkmal sollte daher gestrichen werden.

## 4.1 Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag

Die modifizierte Beschreibung des Qualitätsmerkmals auf Seite 242 trifft nicht auf die Gesamtstichprobe zu, da nicht alle Patientinnen und Patienten in das häusliche Umfeld entlassen werden. Dies ist bei der Weiterentwicklung zu beachten und gegebenenfalls durch vorgeschaltete Filterfragen einzuschränken.

## 5.1 Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten

Die DKG hält es für dringend erforderlich, das Verständnis der „Unterstützung“ klar bei der Frage und Itementwicklung herauszuarbeiten. Andernfalls kann es hier zu Missverständnissen bei der Beantwortung kommen, wenn die Patientin oder der Patient davon ausgehen sollte, dass erhoben wird, ob die Terminvereinbarung vom Krankenhaus vorgenommen wurde.

## 5.2 Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten für die Zeit unmittelbar nach Entlassung

§ 4 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement sieht vor, dass Arzneimittel in Form einer Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnet werden können. Diese Packungsgröße ist oft in Apotheken nicht vorrätig und muss bestellt werden. Derartige Erfahrungen können die Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten verzerren und das Problem wird fälschlicherweise dem Krankenhaus zugeordnet. Dies sollte bei den weiteren Entwicklungen berücksichtigt werden.

## 5.8 Unterstützung bei der Organisation der geplanten häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe

Siehe Anmerkungen zu 5.1.

## 6.1 Durchführen eines abschließenden Gesprächs

Das Entlassgespräch findet oftmals im Rahmen der Visite statt und wird als solches evtl. nicht betitelt, obwohl es den entsprechenden Charakter hat. Somit wird dieses Gespräch durch die Patientinnen und Patienten ggf. nicht immer als „das Entlassgespräch“ wahrgenommen.

## 6.2 Ruhige, ungestörte Umgebung im abschließenden Gespräch zur Entlassung

Örtlich wird das Entlassungsgespräch in der Regel am Krankenbett im Patientenzimmer durchgeführt. Patientinnen und Patienten sind zum Teil nicht mobil. Aus der Entwicklung des Qualitätsmerkmals geht nicht eindeutig hervor, ob das IQTIG davon ausgeht, dass Entlassgespräche optimaler Weise in separaten Räumlichkeiten stattfinden sollten. Das würde die Realität des Versorgungsalltags in Krankenhäusern verkennen.

## 6.4 Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung

Ein Thema, das an übergeordneter Stelle Betrachtung findet, aber dennoch auch hier erwähnt werden sollte, ist der potentiell äußerer pandemische Einfluss auf dieses Qualitätsmerkmal. Aufgrund der COVID-19-Pandemie war zwangsläufig die Nähe von Vertrauenspersonen einzuschränken und zum Teil ganz zu unterbinden. Es wurden „Besucherregelungen“ von den Ländern vorgegeben und Vertrauenspersonen z.T. nur noch stark begrenzt bei Gesprächen, Schulungen und Anleitungen zugelassen.

## 7.2 Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung

Dieses abgeleitet Qualitätsmerkmal ist auf Basis der vorliegenden Zwischenergebnisse kaum zu bewerten. Unklar ist, was mit einer Übersicht konkret gemeint ist und von welcher Detailtiefe das IQTIG ausgeht. Für die Erstellung einer hier adressierten patientenindividuellen Information besteht keine gesetzliche Grundlage. Hier scheint ein hohes und prinzipiell auch zu begrüßendes Ziel gefordert zu werden, das nur in Verbindung mit einem hohen Ressourcenaufwand bewerkstelligt werden kann, wobei der individuelle Nutzen fraglich bleibt. Die im Qualitätsmerkmal aufgegriffenen Informationen finden sich bereits im Entlassbrief, der an die Patientinnen oder den Patienten übergeben wird und unter anderem auch diesen direkt adressiert. Zudem wird die Weitergabe der Informationen bereits im Rahmen mehrere anderer abgeleiteten Qualitätsaspekte verfolgt. Eine redundante Informationsbereitstellung ist nicht erforderlich. Bei dem in der modifizierten Beschreibung des Qualitätsaspekts auf Seite 251 erwähnten Entlassplans handelt es sich gemäß § 3 Absatz 3 Rahmenvertrag Entlassmanagement um ein krankenhausesinternes Dokument, das nicht zur Weitergabe an Patientinnen und Patienten vorgesehen ist. Es wird empfohlen, das Qualitätsmerkmal zu streichen.

## 8 Bedarfsgerechte Kommunikation und Interaktion mit Patientinnen und Patienten

Die abgeleiteten Qualitätsmerkmale dieses Qualitätsaspekts gehen differenziert auf die einzelnen Berufsgruppen des Behandlungsteams ein. Die meisten Patientinnen und Patienten sowie deren Vertrauenspersonen können nicht zwischen den einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus und den unterschiedlich zugeordneten Funktionen unterscheiden. Daher ist eine detaillierte Befragung nach Berufsgruppen schwierig. Patientinnen und Patienten sehen häufig in allen nicht ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Pflege (ob Servicekraft, Logopäde, Sozialdienst, Verwaltungsangestellte usw.). Die Patientin oder der Patient unterscheiden i.d.R. zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften im Krankenhaus. Eine differenzierte Fragestellung nach Pflege oder Sozialdienst ist für Patientinnen und Patienten sowie deren Vertrauenspersonen nicht sinnvoll. Zudem ist nicht nachvollziehbar, warum nach Gesprächen mit allen Berufsgruppen gefragt wird. Ggf. kann eine Berufsgruppe die relevanten Themen bedienen, womit andere Berufsgruppen nicht in den Prozess einbezogen waren und daher auch keine Erfahrungen zur Kommunikation zu entsprechenden Themen erhoben werden können. Die mit diesem Zwischenbericht dargelegten Entwicklungsschritte beziehen sich in vielen Teilen auf den Sozialdienst im Krankenhaus. Wir möchten darauf hinweisen, dass viele Kliniken dazu übergegangen sind, den Sozialdienst des Krankenhauses nicht mehr so zu benennen. Häufig werden die Mitarbeitenden, die die Funktion des Sozialdienstes ausüben, „Entlassmanager“ genannt. Der Begriff Sozialdienst ist daher zu hinterfragen, insbesondere, wenn es um die spätere Entwicklung von Fragen und Items geht. Möglicherweise ist eine Umschreibung sinnvoll, die sich auf die Tätigkeit bezieht, ob z.B. Beratungen zu einer bestimmten Fragestellung stattgefunden haben.

### 8.2 Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung

Bei diesem Qualitätsmerkmal ist zwingen der zeitliche Bezug zu berücksichtigen. Je nach Stand der Diagnostik kann es während eines stationären Aufenthaltes zu widersprüchlichen Informationen kommen. Zum Beispiel: Vor OP steht die Aussage „Patientin bzw. Patient wird voraussichtlich in 4 Tagen entlassen.“ Nach OP mit Komplikationen wird die Entlassung in voraussichtlich 7 Tagen geplant. Die Frage muss später exakt formuliert sein, dass sich keine Missverständnisse ergeben. Bei zu großer Gefahr möglicher Verzerrungen sollte das Qualitätsmerkmal verworfen werden.

### 8.4 und 8.5 Zeit für Gespräche zur Entlassung mit Ärztinnen und Ärzten, sowie Pflegepersonal

Die im Expertengremium eingebrachten Hinweise (Schwierigkeit zur Unterscheidung zwischen Gesprächen zur Entlassung und dem Entlassgespräch, keine Relevanz bei kurzen Krankenhausaufenthalten, fokussieren auf Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte) sind relevant. Das Thema Entlassung mit seinen Unterthemen kann ein Teilaspekt mehrerer Gesprächsinhalte sein. Gespräche zur Entlassung finden nicht eindeutig unter diesem Titel statt. Die Unterschiede in den Begrifflichkeiten Visite, Arztgespräch, Entlassungsgespräch und Gesprächen zur Entlassung sind in ihrer Abgrenzung schwierig, insbesondere bei Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Gespräche zur Entlassung finden nach dem Rahmenvertrag zum

Entlassmanagement bereits am Aufnahmetag statt (Assessment). Die Patientinnen und Patienten verbinden mit dem Begriff Entlassung in der Regel den Entlasstag (Beendigung der Behandlung). Auch die Unterscheidung zum Qualitätsmerkmal 6.3 Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch kann für Patientinnen und Patienten durch Überschneidung der Begrifflichkeiten schwierig sein. Hier vorgesehene Unterscheidungen sollten bei Entwicklung der Fragen und Items vermieden werden. Das IQTIG kündigt eine genauere Prüfung an, was begrüßt wird. Da noch keine Items entwickelt wurden, lassen sich ableitende Konsequenzen nur vermuten. Eine Kritik an mangelnder Zeit für Gespräche müsste zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen auch Informationen enthalten, wie ein zu bereitstellendes Mehr an Zeit inhaltlich ausgestaltet werden sollte. Was ist der konkrete Bedarf, für den qualifiziert mehr Zeit aufgewendet werden soll? Eine pauschale Kritik ohne Hinweise auf Optimierungspotential ist wenig hilfreich. Da dieses Qualitätsmerkmal sehr differenziert zu betrachten ist, erscheint eine Untersuchung eher im Rahmen des internen Qualitätsmanagements vielversprechend. Der Lerneffekt über einen externen Vergleich ohne konkretisierende Inhalte ist fraglich.

#### 8.6 Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses

Auch hier ist die Abgrenzung des Qualitätsmerkmals allein auf den Entlassprozess schwierig, was bei der Fragenentwicklung berücksichtigt werden sollte. Nach vorläufiger Einschätzung könnten Missverständnisse auftreten, die zur Bewertung der gesamten Behandlung führen. Ggf. ist dieses Qualitätsmerkmal zu verwerfen, da es nicht eindeutig mit einem zielgerichteten QS-Verfahren zum Entlassmanagement in Einklang gebracht werden kann. Gleiches gilt für die Qualitätsmerkmale 8.7, 8.8, 8.9 und 8.10.

#### 9.2. Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Mit Verweis auf die Ausführungen des IQTIG auf Basis der durchgeführten Literaturrecherche auf Seite 51 gilt es bei diesem Qualitätsaspekt zu beachten, dass sich in Bezug auf Proxy-Befragungen die subjektive Einschätzung der Entlassbereitschaft der Patientinnen und Patienten als nicht deckungsgleich mit der Einschätzung der Angehörigen herausgestellt hat. Dieser Qualitätsaspekt könnte daher ggf. besonders potentiellen Verzerrungen unterworfen sein. Um qualitätsverbessernde Handlungen abzuleiten wären vor allem die Gründe interessant, die von Patientinnen und Patienten angegeben wurden, die nicht für die Entlassung bereit gewesen waren. Für eine genaue Analyse müssten weitere Untersuchungen und der Abgleich mit anderen medizinischen Datenquellen (z. B.: Informationen zu Komplikationen, Dauer des Aufenthalts, o.Ä.) folgen. Hierzu wird das hier in Entwicklung befindliche QS-Verfahren leider nicht in der Lage sein, auch aufgrund der Anonymität der Patientenbefragungen. Fraglich ist, welche fokussierten Verbesserungsprozesse über aggregierte Ergebnisse zu einer heterogenen Patientengruppe abgeleitet werden können.

#### 9.3. Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten in den ersten Tagen nach Entlassung



Dieses abgeleitet Qualitätsmerkmal ist auf Basis der vorliegenden Zwischenergebnisse kaum zu bewerten. Eine nach Entlassung anschließende Kontaktaufnahme durch das Krankenhaus erscheint nur in individuellen Fällen angebracht/erforderlich. Hier handelt es sich um keinen regulären gesetzlich verankerten Vorgang, den es qualitätszusichern gilt. Der Ressourcenaufwand, jeder behandelten Patientin oder jedem behandelten Patienten, „hinterher zu telefonieren“ wäre immens, bei erwartungsgemäß niedrigem Nutzen. Erfahrungen zu Follow-Up Erhebung aus der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zeigen deutliche Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit von Patientinnen und Patienten. Das Entlassmanagement dient insbesondere bei erhöhtem Bedarf dazu, die Verantwortlichkeit der Nachversorgung geordnet zu übergeben. Der allseits erhobene Anspruch auf Autonomie des Patienten sollte nicht durch eine kontrollierende Kontaktaufnahme durch Krankenhäuser in Frage gestellt werden. In seltenen individuellen Fällen, bei denen sich bereits Hinweise auf eine schwierige Situation nach dem Krankenhausaufenthalt andeuten, kann eine enge Begleitung hilfreich sein, was nicht in Frage gestellt werden soll. Da jedoch nicht alle Patientinnen und Patienten der hier zu untersuchenden heterogenen Stichprobe gleichermaßen betroffen sind, wird empfohlen, das Qualitätsmerkmal zu streichen.

#### 10. Ungeplante Wiederaufnahme und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung

Der Titel des Qualitätsaspekt sollte um „und Kontakt zur ambulanten Notfallversorgung“ gestrichen werden (vgl. Tabelle 29), da die ambulante Notfallversorgung im Rahmen der Weiterentwicklung der Qualitätsmerkmale keine Berücksichtigung mehr findet. Hinsichtlich des Qualitätsaspekts selbst und der ausführlich vom IQTIG dargestellten Herausforderungen bezüglich der Zuschreibbarkeit zum Leistungserbringer stellt sich die Frage, ob die Untersuchung dieses Sachverhalts im Rahmen einer Patientenbefragung geeignet ist und nicht eher anhand faktenbasierter Datenquellen im gesamten QS-Verfahren untersucht werden sollte.

### **Kapitel 9: Herausforderungen zur Umsetzbarkeit der Patientenbefragung**

Aus Sicht der DKG ergibt sich eine weitere Herausforderung bei Ausgestaltung der Stichprobenziehung, die auch im Zusammenhang mit dem Datenfluss steht, die bisher keine Berücksichtigung in dem Zwischenbericht gefunden hat. Bereits jetzt wurden und werden Entwicklungsarbeiten durch das IQTIG zu weiteren Patientenbefragungen in andern Qualitätssicherungsverfahren durchgeführt (QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) und Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)). Es ist absehbar, dass zukünftig Patientenbefragungen auch in weiteren Verfahren hinzukommen, auch vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber Patientenbefragungen mit der vorgesehenen Änderungen durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) zu stärken gedenkt. Bei dem hier vorliegenden QS-Verfahren, das eine stark heterogene Patientengruppe berücksichtigt, ist zu bedenken, dass es zu Überschneidungen mit anderen QS-Verfahren kommen kann, bei denen (perspektivisch) auch Patientenbefragungen durchgeführt werden. Es ist zu vermeiden, dass Patientinnen und Patienten ggf. zeitgleich oder in kurzer zeitlicher Abfolge aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes zu zwei unterschiedlichen Patientenbefragungen angeschrieben werden. Denkbar wäre eine derartige

Überschneidung aktuell z.B. mit QS PCI und dem hier besprochenen Verfahren QS Entlassmanagement. Diese Herausforderung und mögliche Empfehlungen zur Lösung sollten durch das IQTIG im vorzulegenden Abschlussbericht ausführlich dargelegt werden. Es gilt hier bereits frühzeitig im Rahmen der Entwicklung dieses Verfahrens zu agieren, da es potentiell vorrangig Auslöser eines solchen Problems werden kann.

Für einen transparenten Umgang hinsichtlich Datenschutzrechtlicher Prozesse vermissen wir bei der Beschreibung des Datenflusses eine kurze Information, wie mit Absenderinformationen umgegangen wird. Patientinnen und Patienten, die die Fragebögen an die Fragebogenannahmestelle senden, tragen häufig eine Absenderinformation auf das Kuvert auf. Wie wird damit umgegangen, dass die Befragungsunterlagen zu diesem Zeitpunkt nicht anonym sind?

## Fazit

---

Der vorliegende Zwischenbericht befasst sich umfassend mit der Entwicklung der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung, der methodisch-statistischen Weiterentwicklung des Prognosemodells und ersten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenbefragung.

Die DKG begrüßt, dass das IQTIG die relevante Zielgruppe adressieren möchte, um Selektionseffekte zu vermeiden und hierfür ein bedarfsgerechtes Prognosemodell entwickelt. Es bleibt jedoch fraglich, wie bei der Heterogenität der vom QS-Verfahren eingeschlossenen Patientengruppe Verzerrungen ausreichend vermieden werden können. Da die Patientenbefragungen anonym ausgewertet werden, stellt sich zudem die Frage der Zuschreibbarkeit der Ergebnisse und der damit verbundenen Handlungsanschlüsse.

Zudem Bedarf es einer differenzierten Betrachtung der Zuständigkeiten des Krankenhauses im Rahmen der Unterstützung beim Entlassmanagement. Einige der vom IQTIG identifizierten Qualitätsmerkmale sind nicht vom Krankenhaus beeinflussbar und sind somit nicht geeignet für eine Patientenbefragung. Zudem sind keine Anforderungen zu formulieren, die sich nicht aus dem gesetzlichen Auftrag ergeben.

Mit dem Zwischenbericht verbleiben somit einige offene Fragestellungen, die die DKG mit ihrer Stellungnahme in den jeweiligen Kapiteln adressiert hat. Die Umsetzbarkeit des QS-Verfahrens kann somit erst nach weiterer Operationalisierung des IQTIG im Rahmen des Abschlussberichts beurteilt werden.



**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates  
zum Zwischenbericht des Instituts für  
Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen  
zur Entwicklung einer Patientenbefragung  
für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement**

**Stand 30. April 2021**

Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Zwischenbericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement vom 30. April 2021.

**1. Reduktion der Qualitätsmerkmale in der Grundgesamtheit sowie  
Abgrenzung zwischen obligaten und fakultativen Kriterien**

Gemäß dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für das Entlassmanagement vom 20. September 2018 sollen die Qualitätsindikatoren und -instrumente insbesondere auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben nach § 39 Absatz 1a SGB V sowie der darauf beruhenden untergesetzlichen Regelungen entwickelt werden. Vor dem Hintergrund des klar definierten Auftragsgegenstandes, der Gewährleistung einer leistungserbringerübergreifenden Vergleichbarkeit sowie Förderung der Akzeptanz der Patientinnen und Patienten bei der Befragung, ist aus Sicht des DPR eine Reduktion der angedachten 54 Qualitätsmerkmale in der Grundgesamtheit sowie eine Abgrenzung zwischen obligaten und fakultativen Kriterien erforderlich.

Gemäß den projektspezifischen Anforderungen an die Entwicklung der Patientenbefragung sollen Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die für entlassene Patientinnen und Patienten unabhängig

- a)** von deren Diagnose(n) bzw. Krankheitsbildern,
- b)** von der in der Krankenhausbehandlung durchgeführten Operation, Prozedur oder Therapie,
- c)** von deren Alter eingesetzt werden können.

Aus Sicht des DPR sind die aktuell definierten Qualitätsmerkmale in ihrer Grundgesamtheit nicht geeignet, die breite und heterogene Zielpopulation gleichermaßen abzubilden und stehen in der Folge nicht im Einklang mit den zuvor zitierten projektspezifischen Anforderungen. Nicht alle der 54 Qualitätsmerkmale sind für alle Patientinnen und Patienten mit einem umfassenden Bedarf an Entlassmanagement gleichermaßen relevant. So sind beispielsweise die

Qualitätsmerkmale „Informationen zu Hilfsmitteln“ und „Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln“ für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren tendenziell von zweitrangiger Bedeutung. Mit vorgerücktem Alter und verstärkter Multimorbidität gewinnen hilfsmittelbezogene Qualitätsmerkmale hingegen für die Patientinnen und Patienten zunehmend an Bedeutung.

Auch sind beispielsweise die Qualitätsindikatoren der stationär behandelten Patientinnen und Patienten nicht automatisch mit den Qualitätsindikatoren der teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten gleichzusetzen, da die Behandlungsintensität und die Inanspruchnahme der Krankenhausinfrastruktur deutlich abweichen.

Sowohl in der Patientenbefragung als auch der statistischen Gesamtauswertung sind zielgruppenspezifische Besonderheiten hinreichend zu berücksichtigen. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Auswahl zielgruppenspezifischer Abfragekriterien die Bereitschaft zur Teilnahme fördert und die Motivation sowie Konzentrationsfähigkeit während des Abfrageprozesses gestärkt wird. Im Ergebnis trägt eine zielgruppenspezifische Auswahl der Qualitätsmerkmale zur Güte der Befragung bei. Gleichzeitig sind Qualitätsmerkmale mit divergenter Bedeutung für die Zielpopulation in der statistischen Gesamtauswertung hinreichend zu gewichten, um eine sektorenübergreifende Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Diese Tatsache wird u. a. durch die bisherigen Erfahrungen aus der Patientenbefragung innerhalb des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens für Einrichtungen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation bestätigt. In Abgrenzung zu dem im Rahmen des Entlassmanagements angedachten zielgruppenübergreifenden Verfahren, wurden hier indikationspezifische Qualitätsmerkmale definiert.

Hinzu kommt, dass die Qualitätsmerkmale in ihrer aktuellen Ausgestaltung sowohl obligate Leistungsbestandteile innerhalb der gesetzlichen Mindestvorgaben als auch darüberhinausgehende fakultative Leistungsbestandteile adressieren. Im Sinne des Auftragsgegenstandes und der Vermeidung eines überbordenden Dokumentations- und Befragungsaufwandes sollten primär Qualitätsmerkmale herangezogen werden, die eindeutig aus den gesetzlichen Mindestvorgaben resultieren. Nur so kann ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren gewährleistet und eine transparente Vergleichbarkeit der Ergebnisqualität sichergestellt werden. Darüberhinausgehende fakultative Leistungsbestandteile sind sowohl innerhalb der Patientenbefragung als auch der statistischen Gesamtauswertung hinreichend von obligaten Leistungsbestandteilen abzugrenzen.

Der DPR regt daher eine Reduktion der Qualitätsmerkmale in der Grundgesamtheit sowie eine Abgrenzung zwischen obligaten und fakultativen Kriterien gemäß der nachfolgenden Tabelle an. Im Ergebnis ist aus Sicht des DPR zwischen 20 obligaten und 21 fakultativen Qualitätsmerkmalen zu unterscheiden. 13 Qualitätsmerkmale sind aufgrund der fehlenden Verankerung in den gesetzlichen Vorgaben nach § 39 Absatz 1a SGB V oder in den darauf beruhenden untergesetzlichen Regelungen zu streichen.

Nr.	Qualitätsmerkmal	Leistungsbestandteil	Kommentare DPR
1.1	Informieren der Patientinnen und Patienten zum geplanten Entlasstermin	obligat	Leitlinien/Expertenstandard
1.2	<del>Informieren der Patientinnen und Patienten zu individuellen Entlassvoraussetzungen</del>		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes

1.3	Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
1.4	Abklären der patientenindividuellen Versorgungssituation für die Zeit nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
1.5	Abklären der Beförderung der Patientinnen und Patienten am Entlasstag vom Krankenhaus zum Entlassort	obligat	Rechtlicher Rahmen
1.6	Zentrale Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
1.7	Angebot an Patientinnen und Patienten zur Nutzung des Sozialdienstes des Krankenhauses	obligat	Rechtlicher Rahmen
4.8	<del>Informationen zu zeitlichen Verzögerungen am Entlasstag</del>		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
2.1	Information zu Ansprechpersonen bei medizinisch-pflegerischen Fragen nach Entlassung	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
2.2	Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung	obligat	Rechtlicher Rahmen
2.3	Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge	obligat	Rechtlicher Rahmen
2.4	Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten	obligat	Rechtlicher Rahmen
2.5	Information zu Hilfsmitteln	obligat	Rechtlicher Rahmen
2.6	Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
2.7	Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
2.8	Information zur Behandlung und Behandlungsergebnissen	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
2.9	<del>Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung</del>		
3.1	Information zur Notwendigkeit der Entlassmedikation	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard

3.2	Information zu den Einnahmeregeln der Entlassmedikation	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
3.3	Information zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen der Entlassmedikation	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
3.4	Erhalt eines Medikationsplans	obligat	Rechtlicher Rahmen
4.1	Wissensvermittlung zur medizinisch-pflegerischen Selbstversorgung im Alltag	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
4.2	Wissensvermittlung zum Umgang mit Hilfsmitteln	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
4.3	Wissensvermittlung zum Verhalten im Alltag nach Entlassung	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
4.4	Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
4.5	Wissensvermittlung zu möglichen Komplikationen und Warnsignalen	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
5.1	Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.2	Verordnung oder Mitgabe von Medikamenten für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.3	Unterstützung bei der Organisation von geplanten therapeutischen Maßnahmen zur medizinischen Nachsorge für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.4	Organisation der verordneten Hilfsmittel für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.5	Organisation der geplanten Beförderung der Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus am Entlasstag	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.6	Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit unmittelbar nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.7	Unterstützung bei der Beantragung von genehmigungspflichtigen Leistungen	obligat	Rechtlicher Rahmen
5.8	Unterstützung bei der Organisation der geplanten	obligat	Rechtlicher Rahmen

	häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe		
6.1	Durchführen eines abschließenden Gesprächs	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
6.2	Ruhige, ungestörte Atmosphäre im abschließenden Gespräch zur Entlassung		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
6.3	Möglichkeit zum Ansprechen von relevanten Themen zur Entlassung durch die Patientinnen und Patienten im abschließenden Gespräch		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
6.4	Angebot zum Einbezug von Vertrauenspersonen in das abschließende Gespräch zur Entlassung	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
7.1	Übergabe des Entlassbriefs an die Patientinnen und Patienten spätestens am Entlasstag	obligat	Rechtlicher Rahmen
7.2	Schriftliche Unterlagen als patientenindividuelle Übersicht zu den veranlassten bzw. geplanten Maßnahmen der ambulanten Weiterversorgung		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.1	Verwendung einer patientenverständlichen Sprache in Gesprächen zur Entlassung		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.2	Widerspruchsfreie Information des medizinischen Personals zur Entlassung		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.3	Zeit für Gespräche zur Entlassung mit Ärztinnen und Ärzten		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.4	Zeit für Gespräche zur Entlassung mit dem Pflegepersonal		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.5	Ruhige, ungestörte Atmosphäre in Gesprächen zur Entlassung mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Sozialdienstes des Krankenhauses		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.6	Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard

8.7	Individueller und sensibler Umgang des Pflegepersonals mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
8.8	Individueller und sensibler Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
8.9	<del>Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses</del>		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
8.10	<del>Eingehen des Pflegepersonals auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses</del>		Kein Bestandteil des Auftragsgegenstandes
9.1	Besprechen der Entlassfähigkeit mit den Patientinnen und Patienten	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
9.2	Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
9.3	Kontaktaufnahme des Krankenhauses mit den Patientinnen und Patienten in den ersten Tagen nach Entlassung	fakultativ	Leitlinien/Expertenstandard
10.1	Ungeplante stationäre Wiederaufnahme der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung	obligat	Rechtlicher Rahmen

## 2. Einsatz eines separaten Fragebogens zur Erfassung der Qualität des Entlassmanagements bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen

Durch die Fokussierung auf eine Zielpopulation mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement, nehmen erwachsene Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen eine entscheidende Rolle im Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement ein. Erwachsene Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen werden physisch und psychisch/kognitiv nicht vollumfänglich in der Lage sein, den Fragebogen selbst (vollständig) zu beantworten. Damit bei dieser besonders vulnerablen Subpopulation die Versorgungsqualität erfasst werden kann, empfiehlt das IQTIG für die Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb, dass eine dritte Person

(Angehörige oder andere nahestehende Personen) bei der Beantwortung unterstützt oder stellvertretend für die eigentlich zu befragende Person den Fragebogen ausfüllt. Diese sogenannten Proxy-Befragungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen werden vom DPR ausdrücklich befürwortet. Im Rahmen der statistischen Gesamtauswertung ist aus Sicht des DPR jedoch hinreichend zu berücksichtigen, dass die Antworten von Proxys oft negativer und kritischer ausfallen hinsichtlich Patientenerfahrungen, etwa bei gesundheitlichen Problemen, Problemen im Alltag oder der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang das geplante Qualitätsmerkmal „Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten“ kritisch zu diskutieren, da die größten Unterschiede beim Erfragen subjektiver Erlebnisse entstehen. Vor diesem Hintergrund ist das zuvor genannte Qualitätsmerkmal in Bezug auf die heterogene Zielpopulation zur Darstellung der Ergebnisqualität nicht geeignet. Diese Tatsache ergibt sich ebenfalls aus dem verfolgten faktenorientierten Ansatz der Patientenbefragungen.

In Abschnitt 5.1 des Zwischenberichtes wird dargestellt, dass gemäß § 299 Abs. 4 SGB V für die Durchführung der Patientenbefragung lediglich die Adressdaten der gesetzlich versicherten Person verwendet werden dürfen. Der rechtliche Rahmen zur Durchführung der Patientenbefragung erlaubt es somit nicht, die Adressen von Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern von Patientinnen und Patienten zu nutzen. Aufgrund dieser Tatsache empfiehlt das IQTIG grundsätzlich den Einsatz einer separaten Fragebogenversion zur Erfassung der Qualität des Entlassmanagements bei Kindern und Jugendlichen.

Aus Sicht des DPR ist analog zur Befragung von Minderjährigen bzw. deren Eltern/Sorgeberechtigten auch im Rahmen der Proxy-Befragungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen grundsätzlich eine separate Fragebogenversion anzuwenden, um die rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Innerhalb des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens hat sich zudem gezeigt, dass eine zielgruppengerechte Ausformulierung der Fragestellungen von besonderer Bedeutung für die Güte der Befragung ist. Die Fragestellungen sollten daher zielgruppenspezifisch ausformuliert werden, wodurch die Notwendigkeit für unterschiedliche Fragebögen gestützt wird.

Der DPR regt an, die Erfahrungen aus dem QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren gemäß § 135a Absatz 2 Nr. 1 SGB V in die Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement einfließen zu lassen und die Mitglieder der Gremien in das Stellungnahmeverfahren zu integrieren,

### **3. Regelmäßige Validierung des Selektionsalgorithmus**

Im späteren Regelbetrieb wird der entwickelte Selektionsalgorithmus auf Entlassfälle aus späteren Indexjahren 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. Aus Sicht des DPR ist insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Selektionsalgorithmus während des Regelbetriebes regelmäßig zu evaluieren und anzupassen, um eine repräsentative Fallgrundgesamtheit zu gewährleisten.

#### **4. Angemessene Risikoadjustierung und Festlegung von Referenzbereichen**

Um den Anteil des Einflusses von patientenseitigen Faktoren sowie einer möglicherweise unterschiedlichen Verteilung dieser Faktoren zwischen den Leistungserbringern (Patientenmix) bei der Erfassung der Ergebnisqualität zu berücksichtigen, ist eine angemessene Risikoadjustierung für die Berechnung der Qualitätsindikatoren vorgesehen.

Eine derartige Risikoadjustierung ist aus Sicht des DPR zwingend erforderlich und gleichzeitig auch auf der Ebene der Leistungserbringer durchzuführen, um den Einfluss lokal vorhandener Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Zusätzlich sollte durch eine entsprechende Festlegung des Referenzbereichs für den jeweiligen Qualitätsindikator berücksichtigt werden, dass Verzerrungen durch systematische Einflussfaktoren die Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit des Ergebnisparameters zum jeweiligen Leistungserbringer einschränken können. Auch im Rahmen der (indikationsspezifischen) Risikoadjustierung regt der DPR an, die Erfahrung aus dem QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren gemäß § 135a Absatz 2 Nr. 1 SGB V in den Entwicklungsprozess einzubeziehen.

#### **5. Digitalisierte Entlassplanung als Mindestanforderung**

Um einen nahtlosen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung sicherzustellen, wird gemäß § 3 Abs. 2 Rahmenvertrag Entlassmanagement der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung in Form eines Assessments ermittelt. Der DPR empfiehlt die grundsätzliche Nutzung einer digitalisierten Entlassplanung, die es sowohl den Patientinnen und Patienten und b. B. ihren Angehörigen ermöglicht, im Zuge der Organisation des Übergangs sowie bei der Ermittlung ihres Versorgungsbedarfs digital eingebunden zu werden, und auch den Beschäftigten im Krankenhaus eine Verschlankung des Dokumentationsaufwandes möglich macht.

Insbesondere die umfangreiche Dokumentation aller notwendigen Informationen zur Vorbereitung der Entlassung eines Patienten/ einer Patientin führt zu einer hohen Arbeitsunzufriedenheit bei den Beschäftigten, wenn diese keine anderweitigen Kompensationsmechanismen für fehlende Informationen finden. Dieser Mangel an Informationen hat folglich Auswirkungen auf die poststationäre Versorgung in den ambulanten und stationären Langzeitpflegeeinrichtungen, der sich insbesondere bei älteren und multimorbiden Menschen als behandlungsrelevant abzeichnet. Ist demnach der voraussichtliche Versorgungsbedarf der Patientin/ des Patienten nach der Krankenhausbehandlung nicht ausreichend dargestellt, ergeben sich gerade an der Schnittstelle zwischen stationärer und poststationärer Versorgung kommunikative Probleme, die sowohl den Patienten/ die Patientin wie auch die Beschäftigten in der poststationären Einrichtung belasten können.

Mit der digitalisierten Entlassplanung sollen die Compliance der Patientin/ des Patienten und der Beschäftigten in der poststationären Einrichtung und der Informationsfluss gefördert werden. Folglich vereinfacht sich insgesamt der Prozess im Sinne einer nahtlosen Überleitung in die Anschlussversorgung und auch dahingehend, bei Bedarf Betreuerinnen und Betreuer, Personensorgeberechtigte oder, in Abstimmung mit der Patientin/ dem Patienten, auch Angehörige an der o.g. Schnittstelle einzubinden. Unterstützen kann die digitalisierte Entlassplanung auch eine im Krankenhaus installierte, zentrale Ansprechperson (z.B. eine Case-Managerin/ einen Case-Manager) bei der Koordination und Strukturierung des Entlassprozesses. In diesem Zusammenhang empfiehlt der DPR die Nutzung weiterer digitaler Dokumentationen, wie etwa eines digitalen Medikationsplans und eines digitalen Entlassbriefs.



## **6. Digitale Umsetzung der Patientenbefragung**

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer Patientenbefragung werden insbesondere im § 299 Abs. 4 SGB V dargelegt. Darin ist die Übermittlung von Adressdaten der für die Patientenbefragung ausgewählten versicherten Patientinnen und Patienten geregelt. Im Zuge der Benennung einer zentralen Stelle (Versendestelle Patientenbefragung, VPB) regt der DPR die Umsetzung einer digitalisierten Patientenbefragung an. Sowohl die Auswahl der zu befragenden Patientinnen und Patienten wie auch die Versendung der Fragebögen sollten digital erfolgen, um die Compliance der Patientinnen und Patienten zu stärken und insgesamt eine Verschlankung der hiermit verbundenen Prozesse zu erzielen.

Berlin, 08. Juni 2021

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Alt- Moabit 91  
10559 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 398 77 303  
Fax: + 49 30 / 398 77 304  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)

## **Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“**

Das DNVF begrüßt den ausführlichen Zwischenbericht zum o.g. Thema, der einen von drei Teilaufträgen zum QS-Verfahren Entlassmanagement (QS-EM) adressiert. Der Auftrag umfasst die Entwicklung von Befragungsinstrumenten sowie Konzepte zur QS-Auslösung, Fragebogenlogistik, Datenfluss und Auswertungskonzept.

Der Bericht ist ausführlich, gut gegliedert und ermöglicht zusammen mit dem Anhang einen sehr gute Nachvollziehbarkeit der einzelnen vom IQTIG unternommenen Schritte.

Die Patientenbefragungen im Rahmen der QS-EM ist eine von drei Datenquellen, aus denen sich das Verfahren speisen wird. Von den in den vorausgegangenen Teilberichten identifizierten 14 Qualitätsaspekten sind 11 Gegenstand der Patientenbefragung, bei vier dieser 11 Qualitätsaspekte ist die Patientenbefragung die einzige Datenquelle. Das DNVF begrüßt den starken Fokus auf die Perspektive der PatientInnen im QS-EM, der einmal mehr begründet, wie wichtig die sorgfältige Planung und Entwicklung von Logistik und Erhebungsinstrument sind.

Ziel muss es sein, ein valide, möglichst wenig für systematische Verzerrungen anfällige, gleichwohl praktikable Vorgehens- und Erhebungsweise zu entwickeln.

### Zur Auswahl der Zielpopulation

Die Weiterentwicklung des Prognosemodells und die Idee eines mehrstufigen Selektionsprozesses für das Auslösen von QS-EM in den Krankenhäusern ist nachvollziehbar, plausibel und geeignet, den Aufwand angemessen zu gestalten. Inwiefern Krankenhäuser mit sehr vielen (>5000) EM-Fällen pro Jahr als homogene Einrichtungen zu betrachten sind, bei denen eine Stichprobenumfang von n=200 ausreicht, ist zu diskutieren.

Ausgelöst wird QS-EM, *wenn mindestens eine Maßnahme zur poststationären Weiterversorgung im Rahmen des EM angeordnet werden muss*. Setzt diese Definition Anreize in den Krankenhäusern, Maßnahmen der poststationären Versorgung seltener (nicht mehr) zu dokumentieren, oder sogar zu verordnen? Wichtig wäre daher ein Monitoring der Inanspruchnahme poststationärer Maßnahmen des Entlassmanagements auf der Basis der Sozialdaten der Krankenkassen, um solche, zwar unbeabsichtigten, aber gleichwohl unerwünschten „Nebenwirkungen“ erkennen zu können.

### Zur Auswahl der Befragten

Der Bericht erläutert nachvollziehbar und quantifizierend, welche demographischen und versorgungsspezifischen Merkmale die für die QS-EM selektierten Patienten aufweisen. Darunter sind erwartungsgemäß viele Personen, die noch nicht oder nicht mehr selbst an der Patientenbefragung teilnehmen können, oder deren direkte Befragung mit einem sehr hohen zusätzlichen Aufwand verbunden wäre (z. B. Jugendliche). Wir begrüßen die pragmatischen Entscheidungen zur Befragung von Angehörigen und den Verzicht auf die direkte Befragung von Kindern und Jugendlichen.

Unklar geblieben ist der Stichprobenumfang, der in der Patientenbefragung einbezogen werden soll. Nachvollziehbar dargelegt wird, dass die Versendestelle Patientenbefragung eine Unterstichprobe der über den QS-Filter selektierten Fälle ziehen und anschreiben soll (S. 266), nichts gesagt wird über deren Größe.

Unklar bleibt in den Ausführungen zur Umsetzbarkeit, wie die Befragungsunterlagen für den Fall, dass eine Befragung von Stellvertretern über die Zielperson (Proxy-Befragung) geplant ist, die als Stellvertretung benannte Person erreichen.

QS-EM ist ein generisches Verfahren und steht neben indikationsspezifischen Patientenbefragungen (z.B. PCI). Es besteht daher die Möglichkeit, dass Patienten mehrfach befragt werden. Wie wird damit umgegangen werden?

Wir empfehlen zudem, Überlegungen zum Monitoring der Durchführungsqualität der Patientenbefragungen im Rahmen von QS-EM anzustellen, z. B. mit Analysen zum Anteil der Proxy-Befragungen an den Befragten nach Leistungserbringer und zu etwaigen systematischen Unterschieden zwischen selbst- und stellvertretend Befragten.

#### Zur Ableitung von Qualitätsmerkmalen

Die Ableitung der Qualitätsmerkmale auf der Basis der Literatur, von Fokusgruppen und im Expertengremium ist nachvollziehbar und transparent. Die Qualitätsmerkmale selbst sind umfassend und ausführlich. Die indikationsübergreifende Formulierung ist sehr gut gelungen. Wir empfehlen einen Ab- bzw. Vergleich mit den schon vom IQTIG entwickelten indikationsspezifischen Fragebögen zu Patientenerfahrungen, inwiefern ähnliche (gleiche) Sachverhalte dort bereits erhoben werden. Ist das der Fall, sollten Formulierungen angeglichen werden, damit solche Sachverhalte in allen Befragungsinstrumenten des IQTIG einheitlich erhoben werden.

Die hier jetzt eher technisch abgehandelte Frage lässt sich auch grundsätzlicher adressieren: wie verhalten sich die verschiedenen vom IQTIG entwickelten Patientenbefragungsinstrumente zueinander? Zu überlegen wäre beispielsweise eine stärkere Modularisierung der Instrumente.

---

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von dem Mitglied der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung Prof. Dr. Eva Maria Bitzer angefertigt. Sprecher der Arbeitsgruppe ist Prof. Dr. Max Geraedts.

#### **Kontakt:**

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.  
Prof. Dr. Max Geraedts (AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung)  
Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende)

c/o DNVF-Geschäftsstelle  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
E-Mail: [info@dnvf.de](mailto:info@dnvf.de)  
Tel.: 030 1388 7070



**Stellungnahme  
des GKV-Spitzenverbandes  
vom 08.06.2021**

**zum Zwischenbericht des IQTIG  
„Entwicklung einer Patientenbefragung  
für das QS-Verfahren Entlassmanagement“  
vom 30. April 2021**

**GKV-Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
politik@gkv-spitzenverband.de  
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 2 von 16

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Zusammenfassende Bewertung .....</b>	<b>4</b>
<b>III. Spezifische Anmerkungen .....</b>	<b>6</b>
1 Vorgehen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale .....	6
2 Bewertung der Qualitätsmerkmale .....	7
3 Prognosemodell und nachgelagerte Stichprobenziehung: „kombinierte QS-Auslösung“ ...	11
4 Umsetzungsempfehlungen zur Patientenbefragung .....	14
<b>II. Weitere Anmerkungen .....</b>	<b>16</b>

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 3 von 16

## I. Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das IQTIG am 20.9.2018 mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein sektorenübergreifendes, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren zum Thema Entlassmanagement beauftragt. Als Grundlage für diese Entwicklung sollte die vom AQUA-Institut erarbeitete Konzeptskizze genutzt werden.<sup>1</sup>

Der Auftrag umfasst drei Teile, wobei die Teile B und C auf die Arbeitsergebnisse von Teil A aufbauen:

- A. Überarbeitung der Konzeptskizze des AQUA-Instituts
- B. Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die identifizierten Qualitätsaspekte für die definierte Zielgruppe (Prognosemodell) sowie notwendige Dokumentationsvorgaben
- C. Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Instrumenten zur Abbildung der Patientenperspektive (Patientenbefragung)

Zu Teil A hat das IQTIG im Oktober 2019 einen Zwischenbericht zur Verfügung gestellt<sup>2</sup>. In diesem wird ein Qualitätsmodell mit 14 Qualitätsaspekten empfohlen und es wurde das vom AQUA-Institut erarbeitete Prognosemodell überarbeitet.

Zu Teil B hat der G-BA mit Beschluss vom 20.3.2020 die Entwicklung vorübergehend ausgesetzt, indem der ursprünglich auf den 30.6.2021 festgelegte Abgabetermin durch den G-BA neu bestimmt werden soll. Dieser wird derzeit beraten und wird voraussichtlich im Jahr 2023 liegen. Der nun im Beteiligungsverfahren vorliegende Bericht des IQTIG ist der Zwischenbericht zu Teil C, den das IQTIG am 30.4.2021 zur Verfügung gestellt hat.

In diesem Zwischenbericht hat das IQTIG auch eine methodisch-statistische Weiterentwicklung des Prognosemodells vorgenommen, die als Grundlage für die beauftragte Entwicklung eines Datenflussmodells und die Umsetzung (z.B. Auslösung) erforderlich ist. Zur Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb werden im vorliegenden Zwischenbericht des IQTIG erste Überlegungen vorgestellt.

---

<sup>1</sup> [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/425\\_Entlassungsmanagement/Konzeptskizze\\_Entlassungsmanagement.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/425_Entlassungsmanagement/Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf)  
<sup>2</sup> [https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG\\_Entlassmanagement\\_Zwischenbericht\\_UEberarbeitung\\_2019-10-18.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Entlassmanagement_Zwischenbericht_UEberarbeitung_2019-10-18.pdf)

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 4 von 16

## II. Zusammenfassende Bewertung

Der Bericht des IQTIG ist umfassend und sehr gut strukturiert. Es erfolgt eine klare und verständliche Einordnung der jetzt vorgelegten Entwicklungsarbeit in das in der Beauftragung vorgegebene mehrstufige Gesamtkonzept. Auf alle beauftragten Elemente wird eingegangen, wobei für die Entwicklung einer Patientenbefragung im Zwischenbericht methodenimmanent lediglich die Qualitätsmerkmale und erste Überlegungen zur Umsetzung dargestellt werden, da die Indikatorenentwicklung (d.h. die Operationalisierung der Merkmale) erst im Schritt der Fragebogenentwicklung und -validierung erfolgen kann.

Das IQTIG hat aus verschiedenen Wissensbeständen – Leitlinien, normative Vorgaben, Literatur und eigene qualitative Untersuchungen – 54 Qualitätsmerkmale (zu 10 Qualitätsaspekten) festgelegt (S. 17). Die empfohlenen Qualitätsmerkmale machen deutlich, dass die Patientenbefragung ein hervorragend geeignetes Instrument zur Bewertung der Qualität des Entlassmanagements darstellt. Die Qualitätsmerkmale können mit Hilfe der „ereignisorientierten“ Methodik des IQTIG zu Patientenbefragungen sehr gut erfasst werden.

Eine Reihe der erarbeiteten Qualitätsmerkmale sind über das spezifische Thema des Entlassmanagements hinausgehend hoch relevant für die Patientensicherheit und eine patientenzentrierte Versorgung (z.B. Abklären der Versorgungssituation nach Entlassung, Informationen zu weiteren therapeutischen Maßnahmen, zu Hilfsmitteln usw., Informationen zur Medikation, Übergabe des Entlassbriefs, Entlassgespräch). Daher kommt dem geplanten Verfahren hohe Bedeutung und ein zentraler Stellenwert im Gesamtkonzept einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu – auch wenn primär der stationäre Sektor angesprochen wird.

Die Qualitätsmerkmale sollen im weiteren Verlauf der Befragungsentwicklung generisch operationalisiert werden, d.h. alle zukünftigen Indikatoren müssen für ganz unterschiedliche Patientengruppen – nach Alter, Diagnosen und Behandlungen – geeignet sein. Auch Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sollen als „Zielgruppe“ für die Patientenbefragung eingeschlossen werden (S. 15), allerdings nicht über eine direkte Befragung, sondern mithilfe einer Befragung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten (Proxy-Befragung) (S. 22). Auf die gleiche Weise – durch die Befragung von Angehörigen oder nahestehenden Personen – sollen Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen erfasst werden (S. 21). Somit werden voraussichtlich zwei Fragebogenversionen – erstens für direkt Betroffene und zweitens für nahestehende Dritte der Betroffenen (Proxy-Personen) – entwickelt. Dieses Vorgehen wird im Rahmen einer differenzierten

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 5 von 16

Abwägung fundiert und aus Sicht des GKV-Spitzenverbands nachvollziehbar begründet (S. 45-47).

Neben den Inhalten bzw. Qualitätsmerkmalen der künftigen Patientenbefragung werden im Bericht auch – aufbauend auf der Konzeptstudie – grundlegende Fragen und methodische Herausforderungen des Gesamtverfahrens dargestellt. Für die Befragung sind dies insbesondere die Entwicklung von Befragungsinstrumenten für eine sehr heterogene Zielgruppe (s.o.) und die Erfassung von Ergebnisqualität (PROMs). Für das Gesamtverfahren relevante Punkte sind die Definition und Identifikation der Zielgruppe und zur Umsetzung der QS-Auslösung im Krankenhaus. Die methodischen Herausforderungen werden in Kapitel 5 und auf Seite 15 differenziert und verständlich dargestellt.

Für das Gesamtverfahren wird eine „kombinierte QS-Auslösung“ (S. 266) vorgeschlagen, d.h. eine Vorselektion im Krankenhaus anhand von verfügbaren Patientendaten (modellbasierte Prognose) von Fällen mit erwartetem erhöhten Bedarf für Entlassmanagement, gefolgt von einer bereits im QS-Filter verankerten Stichprobenziehung zur Reduktion der Fallzahl. Somit wäre das QS-Verfahren Entlassmanagement das erste QS-Verfahren, dass auch bei der fallbezogenen QS-Dokumentation mit einer Stichprobe von (potenziell zur Zielgruppe gehörenden) Patienten arbeitet. Das IQTIG stellt konzeptuelle Änderungen des Prognosemodells im Vergleich zum Stand in der Konzeptstudie vor und begründet diese weitestgehend nachvollziehbar (Kap. 6). Für die Befragung selbst wird in der Versendestelle eine weitere Zufallsstichprobe gezogen. In der Gesamtbetrachtung sind diese vom IQTIG entwickelten Vorschläge zur Umsetzung nicht nur der Patientenbefragung, sondern auch des Verfahrens insgesamt auf dem aktuellen Stand gut dargestellt und nachvollziehbar.

Insgesamt erscheint der Zwischenbericht als sehr gute Grundlage für die nun folgenden Entwicklungsarbeiten. Diskussions- und Prüfbedarf im weiteren Entwicklungsprozess sieht der GKV-Spitzenverband hinsichtlich folgender Punkte:

- Festlegung der Zielgruppe für das QS-Verfahren: die Festlegung des Schwellenwerts für die Prognose sollte ebenso wie die Definition von „umfassendem Bedarf“ diskutiert und geprüft werden. Ggf. könnte auch das Prognosemodell hinsichtlich der Angemessenheit der „erhöhten Bedarf“ definierenden Kriterien erneut geprüft werden.
- das Vorgehen bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale, konkreter: der Prozess sowie Kriterien für die Entscheidung für oder gegen die Beibehaltung eines Qualitätsmerkmals, sollten konkreter beschrieben werden.
- die Anzahl und Differenzierung der Qualitätsmerkmale. Die für die weitere Entwicklung festgelegten Qualitätsmerkmale erscheinen thematisch prinzipiell relevant und gut begründet.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 6 von 16

Dennoch sollten sie grundsätzlich noch einmal auf Trennschärfe, Redundanz und Relevanz geprüft werden. In einigen Fällen sollte auch die Angemessenheit geprüft und erläutert werden. Sollte eine Reduktion der Qualitätsmerkmale nicht stattfinden, wäre ein umfangreicher und anspruchsvoller Fragebogen zu erwarten, der der Zielgruppe des Verfahrens ggf. nicht gerecht wird. Durch eine hohe Anzahl der Indikatoren, mehr noch aber durch die Differenziertheit der Ergebnisse auf Item- bzw. Merkmalsebene wird zudem letztlich der Blick auf das „Wesentliche“ und somit die Qualitätstransparenz eher erschwert. Das QS-Verfahren insgesamt – d.h. einschließlich der im „Klassik“-Modul zu entwickelnden Indikatoren – sollte am Ende fokussiert, schlank, übersichtlich im Hinblick auf die relevanten Qualitätsergebnisse und praktikabel bezogen auf die Prozesse der Qualitätsbewertung und der QS-Maßnahmen sein sowie ein gutes Aufwand-Nutzen-Verhältnis haben.

### III. Spezifische Anmerkungen

#### 1 Vorgehen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale

Entsprechend den Methodischen Grundlagen des IQTIG<sup>3</sup> erfolgte die Identifikation und Ableitung der Qualitätsmerkmale auf der Grundlage einer Literaturrecherche sowie von Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, pflegenden Angehörigen sowie Vertreterinnen und Vertretern stationär oder ambulant tätiger Gesundheitsprofessionen (S. 16). Die so erarbeiteten Qualitätsmerkmale wurden in einem Expertengremium diskutiert, bewertet und teilweise modifiziert.

Die Informationsgrundlagen und das Vorgehen zur Ableitung der Qualitätsmerkmale sind umfassend, differenziert und nachvollziehbar dargestellt (Kap. 6.1, 6.2, 8.1, 8.2, Anhang A und B). Dass abweichend von den Methodischen Grundlagen Fokusgruppen während der COVID-Pandemie nicht vor Ort durchgeführt wurden und Einzelinterviews digitalen Gruppenveranstaltungen vorgezogen wurden, wird ebenfalls gut begründet.

Zu den Qualitätsaspekten der Ergebnisqualität wurde eine separate orientierende Recherche zu Einflussfaktoren, einer möglichen Risikoadjustierung, und zu Handlungsempfehlungen zur Qualitätsverbesserung (Prüfung von Beeinflussbarkeit bzw. Zuschreibbarkeit) durchgeführt (Kap. 8.1.4), deren Ergebnisse ausführlich dargestellt werden.

---

<sup>3</sup> IQTIG (2019): Methodische Grundlagen V.1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS–Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 7 von 16

### **Zum Expertengremium**

In Kapitel 6.3 wird dargestellt, dass ein Expertengremium eingerichtet wurde, um den Methodischen Grundlagen entsprechend eine Einschätzung zu den bisherigen Entwicklungsarbeiten des IQTIG bezüglich der Qualitätsmerkmale einzuholen (Seite 67). Die Zusammensetzung des Gremiums wird jedoch nur relativ grob im Anhang (C.2) benannt; inwiefern z.B. „medizinische Experten“ gleichzusetzen mit im Krankenhaus tätigen Ärzten ist und inwiefern spezielle Erfahrungen mit Leitlinien, QS o.ä. vorliegen, wird nicht dargelegt. Dies sollte ergänzt werden.

Das methodische Verfahren der Expertenbewertung ist – wie vom GKV–Spitzenverband auch in anderen Stellungnahmen schon angemerkt – relativ unkonkret beschrieben. Es ist nicht klar ersichtlich, wie das „Gruppenvotum“ (S. 69) zur Gesamteinschätzung eines Qualitätsmerkmals eingeholt und bewertet wurde. Stellen die Bewertungen mit „↑“ und „↓“ jeweils einen Konsens dar (Anhang C.1)? Ist „zumindest von einem Teil des Expertengremiums“ bei der Bewertung „–>“ auch als abweichende Einzelmeinung zu verstehen?

Weiterhin wird dargelegt, dass Dissens oder Bedenken der Experten „eine erneute Prüfung und Abwägung von eventuellen Modifikationen durch das IQTIG erforderlich machten“ (Anhang C.1), und dass das IQTIG letztlich „auf Basis der Beratungen im Expertengremium und in der Zusammenschau mit den Erkenntnissen aus den verschiedenen Wissensbeständen [...] prüft, welche der entwickelten Qualitätsmerkmale zum aktuellen Zeitpunkt in den weiteren Entwicklungsprozess (in ggf. modifizierter Form) eingebunden und als Grundlage für Fragebogenitems in die Patientenbefragung Entlassmanagement aufgenommen werden.“ (S. 69) Es ist nicht ersichtlich, durch wen (Einzelperson oder Gruppe) und anhand welcher Kriterien und mit welchen Begründungen ggf. gegen (einzelne) Expertenmeinungen die Entscheidungen getroffen wurden. Auch das Methodenpapier des IQTIG gibt darüber weiterhin keinen Aufschluss. Das IQTIG sollte sowohl im Bericht als auch perspektivisch im Methodenpapier unbedingt sein Vorgehen präziser und transparenter darlegen.

## **2 Bewertung der Qualitätsmerkmale**

### **Anzahl und Differenzierung der Qualitätsmerkmale**

Die bisher resultierenden Qualitätsmerkmale erscheinen inhaltlich prinzipiell relevant und großteils nachvollziehbar. Dennoch erscheint fraglich, ob die sehr hohe Anzahl von 54 Qualitätsmerkmalen mit dem Ziel einer schlanken und auf die wesentlichen qualitätsrelevanten Sachverhalte konzentrierten Befragung vereinbar ist. Ein sehr umfangreicher und detailreicher Fragebogen, wie er anhand der Anzahl der Qualitätsmerkmale zu erwarten wäre, wirft die Frage auf, ob die recht hohe Zahl sehr heterogener Adressaten bereit und in der Lage sein würde,

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 8 von 16

diesen Umfang zu bewältigen und differenziert zu beantworten. Daher muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbands die Anzahl, Relevanz und Trennschärfe bzw. ggf. Redundanz der entwickelten Qualitätsmerkmale noch einmal geprüft werden (zu Einzelheiten siehe unter 3.).

Laut den Methodischen Grundlagen und auch anderen Entwicklungsberichten des IQTIG zu Befragungen besteht zwar kein direkter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Qualitätsmerkmale und der Anzahl der resultierenden Indikatoren der Befragung (die Indikatorenbildung erfolgt demnach eher auf Ebene der Qualitätsaspekte). Die Mindestanzahl der Indikatoren allein für die Patientenbefragung – wenn pro Qualitätsaspekt ein Indikator konstruiert würde – beliefe sich auf 10, hinzu kommen die Indikatoren der fallbezogenen Erfassung. Wie auch bei anderen QS-Verfahrensentwicklungen weist der GKV-Spitzenverband darauf hin, dass bei einem sehr umfassenden und umfangreichen Verfahren das Risiko besteht, wesentliche Qualitätsdefizite bzw. Verbesserungspotenziale in der Menge und Detailtiefe der Ergebnisse zu übersehen. Dies gilt auch für die Befragung an sich. Zudem sollte die Praktikabilität des Verfahrens zum Umgang mit Auffälligkeiten und der Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen bedacht werden.

Der GKV-Spitzenverband hält daher eine stärkere inhaltliche Fokussierung bzw. Priorisierung für erforderlich und regt zudem – den Vorschlag des IQTIG auf Seite 273 aufgreifend – die Prüfung von Indexbildungen an.

### **Inhaltliche Bewertung der Qualitätsmerkmale im Einzelnen**

Die große Mehrzahl der vom IQTIG vorgelegten Qualitätsmerkmale adressiert die Prozessqualität, drei Qualitätsmerkmale beziehen sich auf die Ergebnisqualität (9.2 Entlassbereitschaft aus Sicht der Patienten, 10.1 ungeplante stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 7 Tagen). Ein zunächst entwickeltes Qualitätsmerkmal „ambulante Notfallkontakte“ wurde vom IQTIG zunächst als grundsätzlich zuschreibbar und beeinflussbar eingeschätzt, jedoch vom Expertengremium abgelehnt. Die angeführten Argumente – teils auch schon in der Literatur und in den Fokusgruppen/Interviews angesprochen (z.B. S. 178, 129) – sind nachvollziehbar.

Wie bereits oben kritisch angemerkt, bestehen zwischen einigen Qualitätsmerkmalen große Ähnlichkeiten. Dies könnte zum einen dazu führen, dass die präzise Erinnerung und Beantwortung der entsprechenden Items sehr anspruchsvoll wird, zum anderen, dass aus der Erfassung sehr ähnlicher Merkmale in mehreren Items, die miteinander korrelieren, eine relative Übergewichtung dieser Sachverhalte resultiert.

Beispiele für inhaltlich sehr ähnliche bzw. nicht trennscharfe Qualitätsmerkmale sind:

- Merkmale 2.2 – 2.6:
  - 2.2 „Information zur weiterführenden ambulanten ärztlichen Versorgung“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 9 von 16

- 2.3 „Information zu weiteren therapeutischen Maßnahmen der medizinischen Nachsorge“
- 2.4 „Beratung zu weiteren patientenindividuellen Unterstützungsangeboten“
- 2.5 „Information zu Hilfsmitteln“
- 2.6 „Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach der Entlassung“

2.6 scheint teilweise redundant vor allem zu 2.2, aber auch zu 2.3, 2.4 und 2.5.

- Merkmale 2.7 – 2.9
  - 2.7 „Information zur Diagnose bzw. dem Grund der Aufnahme ins Krankenhaus“
  - 2.8 „Information zur Behandlung und zu Behandlungsergebnissen“
  - 2.9 „Information zum möglichen Verlauf der Erkrankung nach Entlassung“
- Merkmale 8.7 und 8.10 bzw. 8.6 und 8.9
  - Die inhaltliche Abgrenzung und differenzierte Operationalisierung der Merkmale „Individueller und sensibler Umgang der Ärzte mit den Patienten während des Entlassprozesses“ (8.6) vs. „Eingehen der Ärztinnen und Ärzte auf Sorgen und Ängste der Patienten während des Entlassprozesses“ (8.9) – analog auch bezogen auf das Pflegepersonal – erscheint schwierig und sollte geprüft werden.

Das IQTIG sollte daher eine Priorisierung, Zusammenfassung und Reduktion von Merkmalen prüfen.

Bei weiteren Qualitätsmerkmalen sollten Angemessenheit und Beeinflussbarkeit/Zuschreibbarkeit genauer begründet oder geprüft werden. Dies betrifft:

- Merkmal 1.3 „Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Festlegung des Entlasstermins“

Die Beeinflussbarkeit durch das Krankenhaus ist sicherlich formal gegeben. In welchem Ausmaß Wünsche oder Einschätzungen der Patienten dabei berücksichtigt werden können, erscheint allerdings nur teilweise beeinflussbar, beispielsweise wenn eine Nachbehandlung in einer anderen Einrichtung erfolgen soll. Zumindest erscheint aber für die Operationalisierung herausfordernd, verlässlich zu trennen, ob der Patient am Prozess beteiligt wurde oder ob (im Ergebnis) seinen Wünschen entsprochen wurde.
- Merkmal 1.6 „Feste Ansprechperson während des Krankenhausaufenthalts für Patientinnen und Patienten bei Fragen zu Themen der Entlassung“

Es erscheint fraglich, ob es durchgehend während des gesamten Aufenthalts und in allen Situationen eine feste Ansprechperson zu allen Fragen zur Entlassung geben kann, ob diese Anforderung also angemessen bzw. realisierbar ist.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 10 von 16

- Merkmal 1.8 „Information über zeitliche Verzögerungen am Entlasstag“  
Das Merkmal lautete zunächst „Zeitliche Verzögerungen am Entlasstag“. In den Fokusgruppen und Interviews sowie vom IQTIG wird eine Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit postuliert (S. 191). Im Expertengremium jedoch wird abgeschwächt: „Informationen zu zeitlichen Verzögerungen...“ (S. 237). Es erscheint nachvollziehbar, dass zeitliche Verzögerungen nicht in jedem Fall im Einflussbereich des Krankenhauses liegen. Dennoch erscheint die Beeinflussbarkeit durch eine gute Organisation (s. S. 191) in relativ hohem Maße gegeben sowie ein Verbesserungsbedarf nachweisbar. Das Merkmal sollte daher wieder nachgeschärft werden.
- Merkmal 4.4 „Wissensvermittlung zu weiteren gesundheitsfördernden Maßnahmen“  
Die Anforderung, dass weitere gesundheitsfördernde Alltagsmaßnahmen erklärt werden, erscheint sehr umfassend, auch wenn sie im weiteren Text dahingehend relativiert wird, dass dies „entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse“ erfolgen soll.  
Für die Operationalisierung wird sich daraus ggf. die Herausforderung ergeben, diese auch abhängig von der Erkrankung sehr heterogenen „individuellen Bedürfnisse“ angemessen zu berücksichtigen.
- Merkmal 8.2: Der Einschätzung des Expertengremiums kann vom GKV-Spitzenverband nicht zugestimmt werden. Eine sprachliche Verständigung durch Anwesenheit einer dolmetschenden Person zu ermöglichen erscheint höchst relevant für den Erfolg des Entlassmanagements. Da die Befragung auch über Proxy-Personen möglich ist, kann nicht von vornherein eine geringe Beteiligung nicht-deutschsprachiger Patienten angenommen und als Ausschlussgrund angeführt werden.
- Merkmal 9.2 „Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten“  
Dem IQTIG nach ist das Merkmal, wenn risikoadjustiert und mit einem adäquaten Referenzbereich versehen, zuschreibbar (S. 229; vgl. Abschnitt 5.4). Die angemessene Operationalisierung – auch in der Abgrenzung zu einigen in anderen Merkmalen adressierten Themen (v.a. Information und Wissen, Unterstützung nach Entlassung) – und Risikoadjustierung erscheinen herausfordernd und könnten allein für dieses Merkmal zu einer umfangreichen Liste von Fragen an den Patienten führen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 11 von 16

### **3 Prognosemodell und nachgelagerte Stichprobenziehung: „kombinierte QS-Auslösung“**

#### **Methodisches Konzept des Prognosemodells**

Das Prognosemodell soll dazu dienen, die ins QS-Verfahren einzubeziehende Population – „Patienten mit umfassendem Bedarf für ein Entlassmanagement“ (S. 41) – zu identifizieren. „Umfassender Bedarf“ wird wie folgt definiert: „wenn mindestens eine solche Maßnahme [z.B. Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln, Anschlussheilbehandlung, ambulante oder stationäre Pflege usw.] zur poststationären Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements initiiert werden muss.“ (S. 42, S. 71)

Hintergrund und Methodik des Prognosemodells sind im Bericht umfassend und differenziert erläutert.

Im vorliegenden Bericht hat das IQTIG das Prognosemodell aus der Konzeptstudie methodisch weiterentwickelt und begründet dies nachvollziehbar. Das Prognosemodell soll nun auf Basis der im Krankenhaus vor der Entlassung verfügbaren Informationen über den Patienten die Wahrscheinlichkeit ( $[0;1]$ ) berechnen, mit der der jeweilige Patient in die Zielgruppe fällt, woraufhin mithilfe eines Schwellenwertes eine dichotome Zuordnung „ja/nein“ und somit bei Überschreitung des Schwellenwerts die QS-Auslösung erfolgen kann.

Während in der Konzeptstudie noch altersabhängige Schwellenwerte vorgeschlagen werden, soll nun für alle Altersgruppen derselbe Schwellenwert gelten (S. 72f.). Dies bedeutet, dass keine Altersrepräsentativität der selektierten Population mehr angestrebt wird, sondern eine Homogenität bezüglich des Bedarfs an Entlassmanagement und die bessere Vergleichbarkeit von Leistungserbringern (S. 73).

Das Argument des besseren Leistungserbringervergleichs durch diese Methodik sollte ausführlicher dargestellt werden.

Für die Modellbildung wurden dabei Informationen über die tatsächlich erfolgte poststationäre Weiterversorgung (Krankenkassendaten) verwendet. Da der „wahre“ Bedarf der Patienten an Entlassmanagement nicht gemessen werden konnte, wird als Proxy der „erhöhte Bedarf“ verwendet, der definitionsgemäß vorliegt, wenn in den Krankenkassendaten ein poststationäres Versorgungsgeschehen (Definition der Leistungen S. 76) zu dem Entlassfall erkennbar ist. Die Proxy-Variable „erhöhter Bedarf“ approximiert den „wahren“ Bedarf an umfassendem Entlassmanagement umso besser, je mehr die tatsächlich in den Krankenkassendaten erkennbaren poststationären Leistungen dem Bedarf entsprechen und keine Unterversorgung (oder Überversorgung) abbilden. Diese Annahme ist daher gleichzeitig eine methodische Limitation und wird als solche vom IQTIG transparent dargestellt (S. 79, „Dunkelzifferproblem“).

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS–Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 12 von 16

Der GKV–Spitzenverband sieht in diesem methodischen Vorgehen jedoch noch weitere Punkte, die noch erklärungsbedürftig oder diskussionswürdig sind:

- In der Beauftragung wird nicht von „umfassendem Bedarf“, sondern von der „Notwendigkeit für ein umfassendes Entlassmanagement“ gesprochen. Es sollte erläutert werden, ob der vom IQTIG verwendete Begriff des „umfassenden Bedarfs für ein Entlassmanagement“ gleichzusetzen ist mit der im Auftrag formulierten „Notwendigkeit für ein umfassendes Entlassmanagement“.
- Ist, wenn lediglich eine von 16 poststationäre Versorgungsleistungen beobachtet wird, tatsächlich schon ein in dem Maße „erhöhter Bedarf an Entlassmanagement“ anzunehmen, dass der so definierte Bedarf der Intention der Beauftragung „Notwendigkeit eines umfassenden Entlassmanagement“ entspricht? Bzw. ist das Konstrukt „umfassender Bedarf“, den man so approximieren möchte, nicht ggf. zu weit gefasst? Als Beispiel sei ein Patient nach einer Arthroskopie am Kniegelenk genannt, der mit Gehhilfen (= Hilfsmittel) entlassen wird. Hat dieser Patient damit tatsächlich einen „umfassenden Bedarf“ an Entlassmanagement? Oder ein Patient, für den eine Krankschreibung erstellt wird – impliziert das „umfassenden Bedarf“? Nicht alle Versorgungsmaßnahmen in Tabelle 5 (S. 76f.), mit denen „erhöhter Bedarf“ als Proxy für „umfassender Bedarf“ operationalisiert wurde, erscheinen also gleichermaßen überzeugend. Das IQTIG stellt auch selbst auf Seite 79 dar, dass die 16 Zielkriterien unterschiedlich gewichtig sind: von der Verordnung irgendeines Hilfsmittels bis hin zur Palliativversorgung. Insbesondere eine Arbeitsunfähigkeit oder ein Krankentransport weisen aus Sicht des GKV–Spitzenverbands zunächst nicht unbedingt auf umfassenden Bedarf an Entlassmanagement hin, so dass die Einbeziehung dieser beiden Maßnahmen besser begründet werden sollte. Daher wird eine Prüfung oder zumindest genauere Begründung des Prognosemodells hinsichtlich der Definition von „erhöhtem Bedarf“ als Proxy für „umfassender Bedarf“ angeregt (z.B. eine differenzierende Bewertung der Maßnahmen durch Punktvergabe mit Mindestpunktzahl o.ä.), mit dem Ziel, eine spezifischere Selektion vorzunehmen.
- Erläuterungsbedürftig erscheint weiterhin, wie im Prognosemodell mit Fällen umgegangen wurde, die in andere Einrichtungen, z.B. andere Krankenhäuser, verlegt wurden. Aus der Darstellung auf Seite 75 geht nicht hervor, dass diese Fälle für die Modellbildung ausgeschlossen wurden. Dort ist dargestellt, dass nur folgende Fälle „aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen wurden“: „Entlassungen von gesunden Neugeborenen, Entlassungen aus Aufhalten, in denen die Patientin oder der Patient verstarb, Entlassungen aus Aufhalten mit einer Verweildauer von weniger als 2 Tagen.“

Aus Seite 90 empfiehlt das IQTIG eine regelmäßige Aktualisierung des Modells mit jeweils aktuellen Daten, „idealerweise mit Daten von mehreren Krankenkassen“. Wie hoch wird der jährliche Aufwand hierfür – im Vergleich zu anderen Verfahren – geschätzt und ist dies

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 13 von 16

realistisch? Wie sollen solche regelmäßigen Datenflüsse seitens der Krankenkassen gestaltet und in der Richtlinie normiert werden?

### **Nachgelagerte Stichprobenziehung innerhalb des QS-Filters**

Der letztlich vom IQTIG empfohlene relativ niedrige Schwellenwert von 0,5 wird mit Überlegungen zur Sensitivität, Spezifität und Altersverteilung der selektierten Patienten begründet (S. 85f.). Er führt dazu, dass die Anzahl der für die QS selektierten Patienten ca. 9 Millionen Fälle jährlich betrüge, was über 50% der stationären Fälle bei GKV-Versicherten ausmacht (S. 20). Daher soll die Fallzahl, d.h. die Anzahl der QS-dokumentationspflichtigen Fälle durch ein nachgelagertes Stichprobenverfahren noch innerhalb der QS-Auslösung beim Leistungserbringer reduziert werden, das auch z.B. altersgeschichtet angelegt sein könnte (S. 21, 86, 266). Die Herausforderungen bei der Umsetzung werden auf den Seiten 87 und 266 kurz angerissen, jedoch noch keine Konzepte (inkl. Schätzung zur Mindestfallzahl je Leistungserbringer) vorgelegt. Bei der weiteren Entwicklung der technischen Umsetzung ist unbedingt auf eine unabhängige und manipulationssichere Stichprobenziehung im QS-Filter zu achten. Abhängig davon, zu welchem Zeitpunkt die QS-Auslösung stattfindet, sollte auch dargelegt werden, ob das Risiko einer ungleichen Behandlung im Entlassmanagement zwischen ausgelösten und somit QS-pflichtigen Patienten und nicht-QS-pflichtigen Patienten bestehen könnte. Der GKV-Spitzenverband bittet zudem um nähere Erläuterungen zum Auslöse- und zum Dokumentationszeitpunkt unter Berücksichtigung der für die QS-Auslösung notwendigen KIS-Daten, als Voraussetzung für einen aus methodischer Sicht rechtzeitigen Export der Versendendaten für die Patientenbefragung.

### **Fazit zum empfohlenen Modell und Vorgehen bei der QS-Auslösung**

Das IQTIG empfiehlt ein Modell, das ca. 9 Millionen Fälle jährlich auslöst, was jedoch als nicht praktikabel eingeschätzt wird, so dass eine nachträgliche Reduktion mittels einer Stichprobenziehung empfohlen wird. Die Auslösung ist somit primär sensitiv, und weniger spezifisch (ca. 20% der selektierten Patienten haben keinen „erhöhten Bedarf“ an Entlassmanagement, S. 85 u. 90). Die praktische QS-Auslösung der Fälle ist somit als Prognose mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zu verstehen, d.h. es werden auch Fälle ohne umfassenden Bedarf für Entlassmanagement ausgelöst werden (S. 265).

Ein höherer Schwellenwert von z.B. 0,8 würde den PPV steigern, hätte jedoch Auswirkungen auf die Altersrepräsentativität und die Sensitivität (S. 85f.) und würde mit ca. 5 Mio. ausgelösten Fällen im Jahr weiterhin nicht ohne nachgelagerte Fallreduktion auskommen. Der Vorteil, den der GKV-Spitzenverband jedoch sieht, liegt darin, dass dann nicht jeder 5., sondern nur jeder 20. selektierte Patient (6,6 % lt. Tabelle S. 85) de facto doch keinen objektivierbaren erhöhten Bedarf aufwiese. Wenn die Indikatoren darauf ausgelegt sind, die Erbringung eines umfassenden



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 14 von 16

Entlassmanagements für Patienten, die dies auch benötigen, zu messen und mit ihnen auch umfangreichere Dokumentationsverpflichtungen für das Krankenhaus einhergeben, dann sollten letztlich möglichst wenige Patienten „zu unrecht“ ausgelöst werden.<sup>4</sup>

Hinsichtlich der Fallzahlreduktion der ausgelösten Patienten würden nur wesentlich restriktiver selektierende Prognosemodelle eine Fallzahl erreichen, die eine nachgelagerte Stichprobenziehung erübrigen würde. Jedoch wäre die Sensitivität dann u.U. sehr niedrig, d.h. es würden viele Patienten mit hohem Bedarf nicht selektiert werden.

Unter der Voraussetzung, dass die technische Umsetzung der Stichprobenziehung im QS-Filter gelingt, erscheint daher das vom IQTIG empfohlene zweistufige Vorgehen – Prognosemodell und Stichprobenziehung beim LE – für die Auslösung der fallbezogenen QS-Dokumentation insgesamt sinnvoll. Dennoch erscheint eine weitergehende Prüfung und Abwägung der Vor- und Nachteile verschiedener Schwellenwerte notwendig.

#### **4 Umsetzungsempfehlungen zur Patientenbefragung**

Als nur für die Patientenbefragung geltende dritte Stufe des Vorgehens wird aus den Patientendaten der QS-Filter-Stichprobe in der Versendestelle eine leistungserbringerbezogene Stichprobe gezogen (s. Abbildung 13; S. 265f.).

Die Konformität dieses Vorgehens mit der gesetzlichen Grundlage für die Versendestelle wird auf Seite 266 erörtert und begründet. Erläutert werden sollte jedoch der Satz „Eine zumindest teilweise Entkopplung der Auswahl der zu befragenden Personen vom Versand der Fragebögen ist aus Sicht des IQTIG möglich“ (S. 266). Alle Personen, die in die Stichprobe der Versendestelle gezogen werden, werden doch auch angeschrieben.

Zur geplanten Stichprobengröße für die Patientenbefragung stellt das IQTIG auf Seite 95 dar, dass aus Vorarbeiten zur Patientenbefragung im Verfahren „Koronarangiografie und PCI“ eine Stichprobengröße von 200 versendeten Fragebögen pro Jahr und Krankenhaus angestrebt werden sollte. Auf Seite 98f. stellt das IQTIG dar, dass ca. 90 % der Krankenhäuser (auf der Grundlage einer Hochrechnung) den geplanten Stichprobenumfang pro Jahr erreichen würden. Wie in anderen Entwicklungsberichten auch, sollte das IQTIG an dieser Stelle erläutern, wie mit den Krankenhäusern, die voraussichtlich nicht diese Fallzahl erreichen, bezüglich der Auswertungen umgegangen werden kann.

Erläuterungsbedürftig erscheint die Darstellung in Abbildung 11 (S. 97): In der Legende wird zu Diagramm oben von „QS-pflichtigen Entlassfällen“ gesprochen, in der Achsenbeschriftung von „Entlassfällen“. Dies sollte erläutert bzw. klargestellt werden.

---

<sup>4</sup> Die alternative – oder zusätzliche – Möglichkeit, dies zu erreichen, wären Änderungen in der Modellspezifikation, s.o. S. 12.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 15 von 16

Nach derzeitigem Entwicklungsstand sollen zwei Fragebogenversionen entwickelt und eingesetzt werden (S. 269, 271): ein Fragebogen für direkt betroffene erwachsene Patientinnen und Patienten und ein Proxy-Fragebogen, der von nahestehenden Personen kognitiv beeinträchtigter oder minderjähriger Patientinnen und Patienten ausgefüllt werden kann. Die Umsetzung der zahlreichen und differenzierten Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsschritten in zwei Fragebogenvarianten und für so unterschiedliche Patientengruppen, die dennoch „dieselben“ Indikatoren messen, erscheint anspruchsvoll.

Kinder und Jugendliche werden in die Zielgruppe eingeschlossen. Allerdings sollen diese aufgrund der quantitativ geringen Betroffenheit (im Prognosemodell ca. 1% der identifizierten Fälle mit erhöhtem Bedarf) nicht selbst befragt, sondern über eine Befragung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten (Proxy-Befragung) erfasst werden (S. 22). Erläuterungsbedürftig erscheint der Satz auf Seite 22: „Neben einer Fragebogenversion für erwachsene Patientinnen und Patienten wird das IQTIG prüfen, inwiefern unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen zur Durchführung der Patientenbefragung (§ 299 Abs. 4 SGB V) eine der Patientenbefragung äquivalente Befragung der Eltern/Sorgeberechtigten entwickelt werden kann.“ Soll gegebenenfalls noch eine dritte Fragebogenversion nur für Eltern/Sorgeberechtigte entwickelt werden? Welche rechtlichen Rahmenbedingungen werden hierfür geprüft?

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.06.2021  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung für das QS-Verfahren  
Entlassmanagement“  
Seite 16 von 16

## II. Weitere Anmerkungen

Zum Qualitätsmerkmal 1.1 und folgende (S. 234 ff.): Es erscheint fraglich, ob die Ersetzung des Begriffs „Mitarbeiter/in des Krankenhauses“ durch „Fachperson“ der Alltagssprache der zu befragenden Personen angemessen ist. Dies sollte erneut geprüft werden.

Das AQUA-Institut hat weitere Konzepte zum Entlassmanagement im Rahmen von Projekten des Innovationsfonds entwickelt und erprobt<sup>5</sup>. Diese umfassen teilweise ebenfalls Ansätze für Patientenbefragungen. In seinem Zwischenbericht 2019 geht das IQTIG kurz auf diese Projekte ein. Es könnte erwogen werden, auch im vorliegenden Bericht des IQTIG eine aktuelle Einordnung dieser Konzepte und möglicher Interdependenzen vorzunehmen.

GKV-Spitzenverband – Berlin, 8. Juni 2021

---

---

<sup>5</sup> <https://www.aqua-institut.de/projekte/vespeera/>, <https://www.aqua-institut.de/projekte/emse/>



---

# STELLUNGNAHME DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

ZUM ZWISCHENBERICHT DES IQTIG VOM 30.04.2021 „ENTWICKLUNG  
EINER PATIENTENBEFRAGUNG FÜR DAS QUALITÄTSSICHERUNGS-  
VERFAHREN ENTLASSMANAGEMENT“

DEZERNAT  
VERSORGUNGSQUALITÄT

10. JUNI 2021

VERSION 1.0

# INHALT

---

<b>1. EINFÜHRUNG</b>	<b>3</b>
<hr/>	
<b>2. ENTWICKLUNG DES QUALITÄTSMODELLS UND ABLEITUNG DER QUALITÄTSMERKMALE</b>	<b>3</b>
2.1 Expertengremium – medizinische Expertise	3
2.2 Fokusgruppen und Einzelinterviews	3
2.3 Studienlage	3
2.4 Stellvertretende Befragung von Zielpersonen über Dritte/ Proxy-Befragungen bei ERwachsenen	4
2.5 Grundgesamtheit, Prognosemodell und Doppelbefragung	4
2.6 Belegärzte	5
<hr/>	
<b>3. EINGESCHLOSSENE QUALITÄTSASPEKTE UND QUALITÄTSMERKMALE</b>	<b>5</b>
3.1 subjektivität und ZUshreibbarkeit von Qualitätsmerkmalen und -aspekten	5
3.2 Versorgungssituation der Region	6
3.3 Qualitätsmerkmale zur Medikamentenversorgung	6
3.4 Entlassbriefe und schriftliche Unterlagen zur Entlassung	6
<hr/>	
<b>4. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT</b>	<b>7</b>

## 1. EINFÜHRUNG

Am 20. September 2018 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung von Indikatoren und Instrumenten für ein Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zum Thema Entlassmanagement. Eine Patientenbefragung soll integraler Bestandteil dieses Verfahrens sein. Die zu entwickelnden Instrumente, insbesondere die Befragungsinstrumente, und Indikatoren sollen auf die Förderung der Qualität ausgerichtet sein. Dabei weist die Beauftragung explizit darauf hin, dass Synergien mit anderen, bereits bestehenden QS-Verfahren genutzt werden sollen. Doppelerhebungen sollen vermieden werden. Der nun seitens des IQTIG vorgelegte **Zwischenbericht zur Patientenbefragung** muss sich an dieser Beauftragung des G-BA, an den Vorgaben des Gesetzgebers und den Vorgaben des eigenen Methodenpapiers messen lassen.

## 2. ENTWICKLUNG DES QUALITÄTSMODELLS UND ABLEITUNG DER QUALITÄTSMERKMALE

### 2.1 EXPERTENGREMIUM – MEDIZINISCHE EXPERTISE

**Bei der Besetzung des Expertengremiums durch das IQTIG sind Erfahrungen mit unmittelbarem Patientenkontakt und eine Einbindung in den Ablauf des Entlassvorgangs zu wenig beachtet worden. Nur fünf von 20 Experten waren Ärztinnen oder Ärzte in der Patientenversorgung. Von diesen fünf wiederum waren vier in leitender Tätigkeit mit reduzierten Patientenkontakten und geringer Einbindung in Entlassvorgänge tätig. Im Expertengremium befanden sich keine niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzte, die die ambulante Nachbehandlung oder Nachsorge durchführen. Ein solches Expertengremium erscheint als beratendes Gremium für ein Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement ungeeignet.**

### 2.2 FOKUSGRUPPEN UND EINZELINTERVIEWS

Den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten wird im Rahmen der Entwicklung von Patientenbefragungen ein hoher Stellenwert eingeräumt, um vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Dies ist nachvollziehbar. **Nicht nachvollziehbar ist jedoch, dass den Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten ein deutlich höherer Stellenwert eingeräumt wird, als den Fokusgruppen mit Ärztinnen, Ärzten und Pflege.** So wurden vier Fokusgruppen für die Patientenperspektive durchgeführt, davon zwei mit pflegenden Angehörigen, an denen insgesamt 27 Personen beteiligt waren. Dem steht nur eine ärztliche Fokusgruppe mit 5 Teilnehmern gegenüber. Auch von den 43 geführten Einzelinterviews beleuchten mehr als die Hälfte die Patienten- bzw. Angehörigenperspektive, acht die ärztliche Perspektive und zehn die Perspektive anderer Gesundheitsprofessionen aus der Pflege und dem Sozialdienst.

### 2.3 STUDIENLAGE

Bei der durchgeführten Literaturrecherche fällt auf, dass mehr als die Hälfte der herangezogenen Studien nur einen kleinen Teil der Qualitätsmerkmale und -aspekte abbilden (siehe Anhang A 2.4). **Das Gros der Qualitätsmerkmale und -aspekte ist nicht ausreichend durch Studien begründet.** So untersuchen acht der insgesamt 20 Studien die Verordnung von Medikamenten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung; zusätzlich bilden drei Studien das Wissen von Patientinnen und Patienten zu verordneten Medikamenten ab. Somit bilden über die Hälfte der Studien ausschließlich den Teil der Aspekte und Merkmale zur Medikamentenversorgung ab. Jeweils drei Studien bilden die „Identifizierung und Bewertung von Risiken und Problemen im Entlassprozess“ ab, die alle auf sehr kleine Fallzahlen zurückgreifen und damit methodische Schwächen aufzeigen. Eine Publikation greift auf, wie viele Tage zwischen Entlassung

aus stationärer Behandlung und erstem ambulanten Kontakt vergehen; hier sind jedoch nur Patienten mit psychischen Erkrankungen eingeschlossen und nicht wie im geplanten QS-Verfahren ein Querschnitt aller stationären Behandlungsfälle. Auch weisen viele der Studien sehr kleine Fallzahlen auf.

**In Zusammenschau mit dem ungeeignet besetzten Expertengremium und der nachrangigen Beteiligung von Ärztinnen, Ärzten und medizinischem Fachpersonal in Fokusgruppen und Interviews kann das methodische Fundament der vom IQTIG vorgestellten Entwicklung zu Qualitätsmodell und Patientenbefragung nicht überzeugen.**

#### **2.4 STELLVERTRETENDE BEFRAGUNG VON ZIELPERSONEN ÜBER DRITTE/ PROXY-BEFRAGUNGEN BEI ERWACHSENEN**

Das IQTIG nimmt im vorliegenden Bericht an, dass eine nicht unerheblich große Patientengruppe aufgrund von physischen oder psychischen Einschränkungen nicht in der Lage sein könnte, an einer Patientenbefragung zum Entlassmanagement teilzunehmen. Daher möchte das IQTIG das Ausfüllen der Patientenbefragung entweder durch Dritte oder durch Zuhilfenahme von Dritten (i. d. R. Angehörige oder Pflegepersonal) ermöglichen (Proxy-Befragungen). Dieses Anliegen ist grundsätzlich nachvollziehbar. **Es darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass die Patientenbefragungsergebnisse den Anforderungen der Qualitätssicherung genügen müssen. Dabei weist das IQTIG selbst daraufhin, dass Studien zur Patientenbefragungen große Abweichungen zwischen den Angaben der Patienten und den Angaben Dritter festgestellt haben und auch Tendenzen für eine negative Verzerrung des Antwortverhaltens gefunden wurden.**

Es ist bekannt, dass es vor allem in Hinsicht auf die Darlegung der Patientenerfahrungen zu deutlichen Verzerrungen kommen kann. Lediglich bei konkreten, einfach beurteilbaren Sachverhalten (Mobilität, Symptome, u. ä.) konnte in einzelnen Studien eine bessere Übereinstimmung im Antwortverhalten von Patienten und ihren Stellvertretern erzielt werden. Das IQTIG verwendet in seinen Patientenfragebögen jedoch überwiegend Patient-reported experience measures (PREMs), welche die Patientenerfahrung abbilden sollen. Daher ist es für die KBV nicht nachvollziehbar, wie das IQTIG zu dem Schluss kommt, dass bei dem zu entwickelnden Fragebogen nur ein geringes Verzerrungspotential durch Proxy-Befragungen bestehen würde. Es ist aus Sicht der KBV nicht akzeptabel, dass Items, die auf den Erfahrungen von Patienten beruhen, in eine Auswertung einfließen, wenn sie durch Dritte beantwortet wurden.

**Eine Proxy-Befragung bei erwachsenen Patienten ist daher für die Qualitätssicherung ungeeignet. Die vom IQTIG thematisierte Betrachtung der Verzerrungen im Antwortverhalten reicht für die praktische Umsetzung nicht aus. Da von Verzerrung zum Nachteil der Leistungserbringer ausgegangen werden muss, müssen Fragebögen, die durch Zuhilfenahme einer dritten Person bzw. durch alleiniges Ausfüllen einer dritten Person ausgefüllt wurden, aus der Berechnung von Qualitätsindikatoren ausgeschlossen werden.**

#### **2.5 GRUNDGESAMTHEIT, PROGNOSEMODELL UND DOPPELBEFRAGUNG**

Das Prognosemodell des IQTIG zur Selektion der Teilnehmer für die Patientenbefragung zum Entlassmanagement berücksichtigt, anders als beauftragt, nicht, dass es bereits laufende QS-Verfahren gibt, die ebenfalls Patientenbefragungen beinhalten und bei denen poststationärer Versorgungsbedarf bestehen kann. Als Beispiel wäre hier das QS-Verfahren perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie zu nennen. **Es bleibt unklar, wie Doppelbefragungen durch Patientenbefragungen im Entlassmanagement und in anderen QS-Verfahren vermieden werden sollen. Es ist nicht sinnvoll, dass Patientinnen und Patienten mehreren ähnlichen Befragungen gleichzeitig bzw. in kurzem zeitlichen Abstand unterzogen werden, um gerade schwer kranke Patienten nicht unnötig zu belasten und so die Akzeptanz und die Rücklaufquote zu gefährden.** Darüber hinaus beschreibt das IQTIG, dass Patientinnen und Patienten mit mehreren Entlassfällen in einem Jahr mehrfach in der Grundgesamtheit der zu befragenden Patienten enthalten sein können und auf diese Weise Mehrfachbefragungen mit dem selben Fragebogen zum Entlassmanagement unterzogen werden können. **Die KBV erwartet, dass sich dieser Problematik bis zum Abschlussbericht nochmals vertieft angenommen wird und solche Doppel- und Mehrfachbefragungen ausgeschlossen werden.**

## 2.6 BELEGÄRZTE

Die KBV vermisst eine Auseinandersetzung mit dem Thema der Belegärzte, welche Betten in Krankenhäusern mit Patienten belegen und so in das Entlassmanagement der Krankenhäuser eingebunden sein können. Im Bericht des IQTIG wird auf die Besonderheit dieser Gruppe nicht eingegangen. Bei dieser Gruppe sind jedoch andere Prozesse denkbar, die keinesfalls für schlechte Qualität sprechen. So kann es zum Beispiel sein, dass der behandelnde Belegarzt das Entlassgespräch im Krankenhaus nicht oder nicht selbst führt und hierfür ein Termin in der Arztpraxis vorgesehen ist. Auch ist bei Belegärzten der im Krankenhaus behandelnde Arzt zumeist identisch mit dem ambulant nachbehandelnden Arzt. Solche Besonderheiten sollten mitgedacht werden, damit das Antwortverhalten der Patientinnen und Patienten richtig eingeordnet werden kann und dem Krankenhaus und seinen Belegärzten nicht fälschlicher Weise zum Nachteil gereicht.

## 3. EINGESCHLOSSENE QUALITÄTSASPEKTE UND QUALITÄTSMERKMALE

**Für die weiteren Entwicklungsschritte der Patientenbefragung Entlassmanagement hat das IQTIG zehn Qualitätsaspekte mit 54 Qualitätsmerkmalen eingeschlossen (vgl. Seite 260 ff des Zwischenberichts). Um den Fragebogen kompakt und fokussiert zu halten, muss diese große Anzahl an Qualitätsaspekten und -merkmalen deutlich reduziert werden.**

Dabei sollte darauf geachtet werden, dass Qualitätsaspekte durch die ihnen zugeordneten Qualitätsmerkmale trennscharf bleiben. Eine fehlende Trennschärfe ist z. B. in den Qualitätsmerkmalen und -aspekten zum Entlassgespräch und zur bedarfsgerechten Kommunikation (6.1. -6.4 und 8.3 – 8.10) zu finden.

### 3.1 SUBJEKTIVITÄT UND ZUSCHREIBBARKEIT VON QUALITÄTSMERKMALEN UND -ASPEKTEN

Während das IQTIG postuliert, einen faktenorientierten Ansatz in der Patientenbefragung zu verfolgen, fallen auch in diesem Zwischenbericht zur Patientenbefragung erneut sehr subjektive Qualitätsmerkmale und -aspekte auf. Hierzu zählen zum Beispiel folgende Qualitätsmerkmale:

- „Individueller und sensibler Umgang der Ärztinnen und Ärzte / des Pflegepersonals / des Sozialdiensts mit den Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses“,
- „Eingehen der Ärztinnen und Ärzte / des Pflegepersonals auf Sorgen und Ängste der Patientinnen und Patienten während des Entlassprozesses“,
- oder auch die „Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten“.

**Die KBV schließt sich der Expertenmeinung an, wonach insbesondere die Entlassbereitschaft stark subjektiv geprägt und damit wenig objektivierbar ist. Solche Merkmale müssen gestrichen werden.**

Das IQTIG hält jedoch eine Zuschreibbarkeit auf den Leistungserbringenden nach adäquater Risikoadjustierung für patientenindividuelle Risikofaktoren und / oder durch Festlegung des Referenzbereichs für möglich. Offen bleibt jedoch, wie eine adäquate Risikoadjustierung auf Basis von anonymen Selbstauskünften von Patienten und eine Vergleichbarkeit vor dem Hintergrund einer bundesweit heterogenen Versorgungsinfrastruktur erfolgen soll. Die Einlassung des IQTIG ist umso erstaunlicher, da das IQTIG selbst das Vorhandensein von ambulanten Hilfen als Einflussfaktor auf die Entlassbereitschaft von Patienten betrachtet. Die KBV erwartet hier Nachbesserung.



### 3.2 VERSORGUNGSSITUATION DER REGION

Das IQTIG weist selbst auf die Problematik der unterschiedlichen regionalen Versorgungssituationen hin: „Am Ergebnis des Entlassmanagements können neben dem im QS-Verfahren adressierten Leistungserbringer selbst auch andere Akteure der Versorgung beteiligt sein. Die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen der ambulanten Nach- und Weiterversorgung hängt bspw. auch davon ab, in welchem Maße die entsprechenden ambulanten Leistungserbringer wie Pflegedienste, stationäre Heimversorgung oder niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte freie Kapazitäten haben bzw. inwiefern die notwendige Infrastruktur zur poststationären Versorgung der Patientinnen und Patienten vorhanden ist.“ (Siehe Seite 50).

Viele vom IQTIG aufgeführten Qualitätsmerkmale können jedoch nicht losgelöst von der Versorgungssituation der Region betrachtet werden, wie z. B. „Information zu weitergehender ambulanten ärztlichen Versorgung“, „Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Planung der Versorgung für die Zeit nach der Versorgung“, „Unterstützung bei der Vereinbarung von Terminen bei weiterbehandelnden Hausärztinnen/Hausärzten und Fachärztinnen/Fachärzten“ oder „therapeutische Nachsorge“.

**An dieser Stelle muss hinterfragt werden, ob es im Kontext der Qualitätssicherung tatsächlich geboten ist, Qualitätsmerkmale zu operationalisieren, die solche versorgungsstrukturellen Probleme thematisieren und nicht von den Leistungserbringern zu beeinflussen sind. Dies würde auch dem Methodenpapier des IQTIG widersprechen, welches die Beeinflussbarkeit eines Qualitätsaspekts oder -merkmals durch den Leistungserbringer fordert.** Leider fehlt in dem Zwischenbericht ein Hinweis darauf, ob und inwieweit vorhandene Kapazitäten und Erreichbarkeiten der nachsorgenden Einrichtungen berücksichtigt werden. Die KBV erwartet im Abschlussbericht einen geeigneten Umgang des IQTIG mit dieser Thematik. Keinesfalls darf durch die Patientenbefragung eine nicht erfüllbare Erwartung bei Patienten geweckt oder dürfen Leistungserbringer in ein ungerechtfertigt negatives Licht gerückt werden. Im Zweifelsfall müssen all diese Merkmale gestrichen werden.

### 3.3 QUALITÄTSMERKMALE ZUR MEDIKAMENTENVERSORGUNG

Die KBV begrüßt, dass Krankenhäuser durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement die Möglichkeit erhalten haben, eine medikamentöse Weiterbehandlung unmittelbar nach der Entlassung eines Patienten für einige Tage sicherzustellen. In diesem Zusammenhang muss jedoch darauf aufmerksam gemacht werden, dass insbesondere bei der Mitgabe von Arzneien geklärt sein muss, ob diese in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind oder eine Medikationsumstellung erfolgen muss. Wenn eine Medikamentenumstellung zu erwarten ist, sollten Patienten und Patientinnen im Rahmen eines guten Entlassmanagements hierüber bereits im Krankenhaus informiert werden.

Gleiches gilt für die Verordnung von medizinischen Therapien (QM 5.3), Hilfsmitteln (QM 5.4) und häuslicher Krankenpflege (QM 5.9).

### 3.4 ENTLASSBRIEFE UND SCHRIFTLICHE UNTERLAGEN ZUR ENTLASSUNG

Mit Blick auf die Papierversion des Entlassbriefs, der den Patientinnen und Patienten bisher qua Rahmenvertrag ausgehändigt werden musste, gibt die KBV zu bedenken, dass dieser Ansatz bereits veraltet sein könnte, wenn die Befragung startet. 2021 müssen die Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte zur Verfügung stellen, die es perspektivisch ermöglichen soll, Arztbriefe, Medikationspläne und andere Informationen digital zu hinterlegen. Zudem haben sich DKG und KBV verständigt, gemeinsam eine digitale Version des Entlassbriefs zu entwickeln, der als medizinisches Informationsobjekt (MIO) umgesetzt werden soll.

Auch fehlt der Aspekt, dass Patientinnen und Patienten, die mehr als drei Medikamente für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen verordnet bekommen haben, einen Anspruch auf einen elektronischen Medikationsplan haben. Davon abgesehen gibt die KBV zu bedenken, dass das Aufzeigen der veranlassenden bzw. geplanten ambulanten Weiterversorgung einschließlich Kontakte, abermals versorgungspolitische Dimensionen adressiert und nicht immer vom Leistungserbringer zu beeinflussen ist.

## 4. ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Eine geregelte Nachbehandlung und -sorge schwerkranker und chronisch erkrankter Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt ist geboten. Generell sollten Kräfte gebündelt werden, um die sektorenübergreifende Versorgung an den Schnittstellen so zu optimieren, dass der Informationsfluss gewahrt ist und Patientinnen und Patienten sowohl stationär als auch ambulant gut versorgt werden können. Diese Prozesse werden unter anderem über die Telematik-Infrastruktur forciert, z. B. durch den digitalen Entlassbrief, die Telekonsultation, die elektronische Patientenakte und die Kommunikation im Medizinwesen (KIM).

Dass sich der Aspekt der Kommunikation mit und der Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern nicht über eine Patientenbefragung abbilden lässt, hat das IQTIG zurecht dargelegt.

Die hohe Anzahl der identifizierten Aspekte und Merkmale ist nicht mit einem kompakten und fokussierten Fragebogen in Einklang zu bringen. Aufgrund von Komplexität, mangelnder Trennschärfe, inhaltlicher Subjektivität und mangelnder Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer empfiehlt die KBV, auf diverse Qualitätsaspekte und -merkmale bei der Weiterentwicklung des Patientenfragebogens zu verzichten.

Darüber hinaus wendet sich die KBV strikt dagegen, über das Instrument der Patientenbefragung strukturelle Versorgungsprobleme zu erfassen, die zu lösen nicht in der Macht einer einzelnen Einrichtung steht und folglich keinen Rückschluss auf die Qualität des Entlassmanagements zulassen. Mit der Qualitätssicherung soll keine Versorgungsforschung betrieben werden. Strukturelle Herausforderungen der Gesundheitsversorgung – wie eine regional unterschiedliche Versorgungsdichte – sind nicht Gegenstand der gesetzlichen Qualitätssicherung, wenngleich Korrelationen möglich sind. Der Fokus liegt hier jedoch auf der einzelnen Einrichtung. Qualitätsmerkmale, die die Versorgungsinfrastruktur direkt oder indirekt adressieren, ohne deren Wirkung als Confounder zu berücksichtigen, sieht die KBV kritisch.

Zudem möchte die KBV darauf aufmerksam machen, dass es bei der Befragung durch Dritte oder durch Zuhilfenahme von Dritten (Proxy-Befragungen) vor allem in Hinsicht auf die subjektiven Patientenerfahrungen zu deutlichen Verzerrungen kommen kann. Daher sind solche Proxy-Befragungen zur Qualitätssicherung ungeeignet.

**Abschließend bittet die KBV darum, dass der Fragebogen vor dem Pretest dem die Entwicklung begleitenden Expertengremium zwecks Beratung zur Verfügung gestellt wird. Das IQTIG sieht dies in seinem Methodenpapier nicht vor. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, dass die ausformulierten Fragen nicht mit dem Expertengremium diskutiert werden sollen. Die bisherigen Erfahrungen mit Fragebogenentwicklungen des IQTIG haben gezeigt, dass die nachträgliche Änderung eines Patientenfragebogens ausgeschlossen wird. Als Begründung verweist das IQTIG auf die Validierung des Fragebogens als Gesamtkonstrukt. Ohne die wissenschaftliche Unabhängigkeit des IQTIG schmälern zu wollen, widerspricht ein solch rigides Vorgehen den Prinzipien eines lernenden Systems, als das die gesetzliche Qualitätssicherung zu betrachten ist. Die fallbezogene QS-Dokumentation macht bereits deutlich, wie notwendig die Experten-Beratungen in allen Entwicklungsstufen sind, um geeignete und fokussierte Erfassungsinstrumente auf den Weg zu bringen. Von diesem Vorgehen sollte in der Entwicklung der Patientenbefragung nicht abgewichen werden. Gleichzeitig sollte das Expertengremium „Patientenbefragung Entlassmanagement“ hierzu mit einer geeigneten Anzahl an behandelnden Ärztinnen und Ärzten aus Krankenhaus und Arztpraxis besetzt werden.**



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

## **Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTIG:**

### **„Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement“**

(Stand: 30. April 2021)

**10.06.2021**

#### **Ansprechpartner/in:**

Constantin Grosch, DBR / Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke

████████████████████

Cordula Mühr MD MPH, DBR / Sozialverband Deutschland e.V. (SOVD)

████████████████████



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

## Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung.....	3
Allgemeine Bemerkung zum Konzept.....	3
Fehlende Perspektive bei Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Erfassung der Patientenperspektive .....	4
Qualitätsaspekte und -merkmale .....	5
Zielkriterien.....	6
Anmerkungen und Anregungen zur Proxy-Befragung .....	7

### Hinweis:

Die im Text aufgeführten Seitenzahlen und wörtliche Zitate beziehen sich, so weit nicht anders gekennzeichnet, auf den vom IQTIG vorgelegten Zwischenbericht (Stand: 30. April 2021).

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

## Vorbemerkung

Mit der Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Entlassmanagement bietet sich die Möglichkeit, die für Patientinnen und Patienten hochrelevante Phase am Übergang der Sektoren in den Blick zu nehmen und hier die Qualität der Versorgung zu prüfen. Die Entwicklung des Fragebogens zum Entlassmanagement soll dem Konzept des IQTIG nach „so allgemein sein [...], dass [er] für alle Befragten beantwortbar [ist], aber andererseits so konkret [sein], dass [er] sich auf solche Merkmale der Versorgung bzw. des Entlassmanagements bezieh[t]“ (Seite 15). Es ist nachvollziehbar, dass aus Gründen der Vergleichbarkeit, ausschließlich abstrakte und geschlossene Antwortformate vorzusehen sind (Seite 40). Dennoch sollte aus Sicht der Patientenvertretung zusätzlich ein Feld für offene Antworten vorgesehen werden, um auch qualitative und konkrete Hinweise auf relevante Versorgungsmängel erhalten zu können. Hinter solchen „Einzelfällen“ verbergen sich nicht selten verallgemeinerbare Prozess- und Organisationsmängel, denen nachgegangen werden sollte. Deshalb regt die Patientenvertretung nachdrücklich an, die Möglichkeit zur Identifikation von außergewöhnlich erheblichen Situationen - wie dem Auftreten von Never-Events - nicht zu versäumen. Das IQTIG wird gebeten, hierfür auch qualitative Rückmeldemöglichkeiten in die Patientenbefragung aufzunehmen.

## Allgemeine Bemerkung zum Konzept

Die Reduktion der Grundgesamtheit der in das Verfahren einzubeziehenden entlassenen Patientinnen und Patienten ist nachvollziehbar. Auch die hierfür angewandte Methodik erscheint insgesamt schlüssig. Problematisch scheint dennoch, dass zukünftig effektiv nur noch Entlassfälle dem QS-Verfahren zugeführt werden, die einen „umfassenden Bedarf an Entlassmanagement“ haben oder erwarten lassen, denn dies ist stark davon abhängig, welche Daten beim jeweiligen Patienten vorhanden sind, erhoben werden oder angenommen werden können. Die Fokussierung auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten oder komplexen poststationären Versorgungsbedarf ist vollkommen richtig. Dies darf aber nicht dazu führen, dass Patientinnen und Patienten ohne diesen Bedarf nahezu vollständig aus dem QS-Verfahren herausfallen, wie dies das Ziel der Weiterentwicklung des Prognosemodells vermuten lässt (Seite 71). Leider wurde nicht näher erläutert, aus welchem Grund bei der Prognosemodellerstellung grundsätzlich auf den Einbezug von Daten

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

von Entlassfällen mit weniger als 2 Tagen stationärem Aufenthalts verzichtet wurde. Die Patientenvertretung bittet das IQTIG darum, die Gründe hierfür zu erläutern. Das IQTIG wird außerdem gebeten zu prüfen, ob grundsätzlich auch eine gewisse Anzahl von Patientinnen und Patienten ohne umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement in der Zufallsstichprobe je Einrichtung vorzusehen ist.

An dieser Stelle sei auch noch einmal auf die grundsätzliche Kritik der Patientenvertretung hingewiesen, dass das IQTIG in seinem Konzept aus dem Jahr 2019 grundsätzlich die Befragung von nachsorgenden Leistungserbringern aus rein ökonomischen Aufwand-Nutzen-Gesichtspunkten nicht empfohlen hat. Gerade die ambulante und stationäre Pflege müsste bei Patientinnen und Patienten, die über keine (einbezogenen) Angehörigen verfügen und aufgrund des kognitiven Zustandes ihre Gesamtsituation bzw. die nötigen Abläufe nicht (mehr) verfolgen können, als Datenquelle für eine gut vorbereitete Entlassung herangezogen werden.

## Fehlende Perspektive bei Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Erfassung der Patientenperspektive

Es ist sehr zu bedauern, dass aufgrund der Corona-Pandemie nur eine geringe Anzahl an Einzelinterviews und Fokusgruppenbefragungen stattgefunden haben. Besonders dramatisch stellt sich dies bei der Befragung von Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Unterbringung nach Entlassung dar. So wurde gerade einmal ein Patient aus einem Altenheim und nur ein Patient aus einem Pflegeheim befragt (Anhang B, Seite 17, 21). Leider wurde auch nicht erfasst, welche Patienten bereits mit einer chronischen Vorerkrankung oder Behinderung stationär aufgenommen wurden. Diese Patientinnen und Patienten haben aufgrund wiederkehrender stationärer Aufenthalte oft andere organisatorische Bedarfe und Bedürfnisse an ein Entlassmanagement als Patientinnen und Patienten, bei denen erst im Verlauf des stationären Aufenthalts bzw. durch ihn ein umfassender Bedarf an einem Entlassmanagement entsteht. Gleichfalls nicht nachvollziehbar ist, inwiefern bei den Einzelinterviews und Fokusgruppen die Perspektive von Menschen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch oder anderen Kommunikationsherausforderungen einbezogen wurden. Es ist nicht ersichtlich, dass dieser Aspekt bei der Planung und Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Rolle spielte (Seite 60ff). Dies ist auch nicht mit einem

Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

singulären Hinweis auf nötige Dolmetscherinnen aufzufangen, der bei der Literaturrecherche (Seite 115-116) zwar fällt, aber offensichtlich keine Konsequenzen nach sich gezogen hat.

Als weitere Teilnehmer werden auf Seiten der Gesundheitsprofessionen jene ambulanten Pflegekräfte und Assistenten vermisst, deren Arbeitgeber die Patientinnen und Patienten selbst sind (Arbeitgebermodell), welche ja aufgrund ihres eigenen stationären Aufenthalts ihrer Organisations- und Informationspflicht möglicherweise nicht nachkommen können.

Insgesamt ist aus Sicht der Patientenvertretung die Grundgesamtheit der einzubeziehenden Patientinnen und Patienten mehr als nur auf ein „erforderliches Mindestmaß reduziert“ worden (Seite 62).

## Qualitätsaspekte und -merkmale

Bei den Qualitätsaspekten bzw. -merkmalen fehlt aus Sicht der Patientenvertretung die Dimension der konkreten Informationsweitergabe an Angehörige oder ambulante / stationäre Dienste bei Patienten, die selbst für die Weitergabe grundsätzlich oder in der konkreten Situation nicht sorgen können. Dies ist auch deshalb ein entscheidender Aspekt, weil es sogar Aufgabe des Entlassmanagements ist dafür zu sorgen (AQUA 2015: 44; IQTIG 2021: 30).

An diese Stelle sei grundsätzlich darauf hingewiesen, dass Angehörige und selbstbeschaffte Pflege- und Betreuungskräfte, wie sie z.B. im Rahmen des Arbeitgebermodells des persönlichen Budgets bei der häuslichen Krankenpflege vorkommen, in der Übersicht der beteiligten Akteure im Prozess des Entlassmanagements auf Seite 31 noch fehlen.

Im Flussdiagramm auf Seite 32 sollte der Kontakt zu externen Dienstleistern nicht erst nach der Entlassung aufgeführt werden, da gerade der Kontakt zu den nachsorgenden und weiterbehandelnden Institutionen bereits vor der Entlassung erfolgen sollte. Ganz besonders ist dies bei den Pflegediensten und -einrichtungen, sowie den Sanitätshäusern im Falle einer Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen. Die Patientenvertretung bittet um Überarbeitung und Aufnahme der genannten Aspekte in das Flussdiagramm auf S.32.

Dem Eindruck, dass es fraglich sei, inwiefern Leistungserbringer Einfluss auf die Qualitätsaspekte „*Entlassfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung*“ und „*Ungeplante Wiederaufnahmen und Kontakt*“



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

zur ambulanten Notfallversorgung“ hätten (Seite 49-50), widersprechen wir. Es ist bekannt, dass zu frühe oder unvermittelte Entlassungen zu einer hohen Wiederaufnahme führen können. Es gilt aber auch den umgekehrten Fall zu bedenken, nämlich das Patienten eine zu frühe Entlassung selbst befürworten und forcieren, wenn die Versorgungssituation im Krankenhaus selbst defizitär ist. Dies tritt insbesondere bei Menschen mit Behinderungen und multiplen Vorerkrankungen auf, wenn die Pflege im Krankenhaus deren besondere Bedürfnisse nicht abdecken kann. Dieser Umstand wird auch nicht im Zusammenhang mit der Frage nach der subjektiven Entlassbereitschaft beachtet (Seite 51).

Weiterhin mag es zwar Fälle geben, bei denen für die ambulante Nachsorge- und Weiterbehandlung nicht ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen (Seite 50), dem kann aber durch frühzeitige Planung und Kooperation häufig entgegengetreten werden. Die stationären Einrichtungen sollen - auch durch das QS-Verfahren - in die Pflicht genommen werden frühzeitig alles dafür zu tun, um die Kontinuität der Versorgung am Sektorenübergang sicherzustellen. Gerade das ist Sinn und Ziel eines organisierten Entlassmanagements.

## Zielkriterien

Die Patientenvertretung weist seit Jahren darauf hin, dass die Möglichkeit zur Verordnung von Hilfs- und Heilmitteln, der häuslichen Krankenpflege, sowie die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit von maximal bis zu 7 Tagen viel zu kurz ist. Aus ähnlichen Gründen halten wir auch im vorliegenden Zwischenbericht des IQTIG die Operationalisierung der Zielkriterien für zu eng gefasst. Die Beantragung, Organisation und Genehmigung von Häuslicher Krankenpflege, der Erhöhung eines Pflegegrads, der ambulanten oder stationären Pflegeleistung, der Kurzzeitpflege oder der Haushaltshilfe dauert gerade dann länger als 14 Tage bis zum Leistungsbeginn nach Entlassung, wenn das Entlassmanagement mangelhaft war (Seite 77). Diese zu enge Zeitdauer damit aber zum Auslöser zu machen, wird in der Folge dazu führen, dass gerade die problematischen Fälle durch die QS-Maßnahme nicht erfasst werden. Hier ist eine Erhöhung auf mindestens 21 Tage angebracht. Diese Bedenken der Patientenvertretung werden bestärkt durch die bekanntermaßen derzeit geringe Inanspruchnahme bei Haushaltshilfen und ambulanten Pflegeleistungen (Seite 78). Dem Hinweis auf Seite 79, welcher von Dunkelziffern gerade aufgrund von erhöhten



Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGBV zum Zwischenbericht des IQTIG – Patientenbefragung QS-Verfahren Entlassmanagement

Bedarfen bzgl. eines Entlassmanagement, kombiniert mit einer schlechten Qualität des tatsächlichen Entlassmanagements ausgeht, ist bei der Entscheidung über die Dauer bis zum Leistungsbeginn der Zielkriterien mehr Gewicht beizumessen.

## Anmerkungen und Anregungen zur Proxy-Befragung

Der richtige Hinweis, dass einige Patientinnen und Patienten Fragebögen nicht selbst ausfüllen können und daher eine Proxy-Befragung nötig wird, darf nicht dazu führen, dass bei Patientinnen und Patienten mit rein physischen Einschränkungen quasi präventiv Angehörige oder Assistenzkräfte mit angesprochen werden (Seite 21). Solange ein Mindestmaß an Kommunikation möglich ist und ausschließlich eine physische Beeinträchtigung vorliegt, sind die Patientinnen und Patienten – wie bei allen anderen Geschäften des alltäglichen Lebens auch – in der Lage, mit ihrem Hilfsnetzwerk eigene Unterstützungsbedürfnisse beim Ausfüllen zu kommunizieren und umzusetzen. Ein automatisches Ansprechen von Angehörigen und Assistenzkräften wäre in diesem Fall ableistisch und sollte vom IQTIG nicht umgesetzt werden.

Mit Blick auf die Nachteile von Proxy-Befragungen und den ggfs. damit zu erwartenden geringeren Rücklaufquoten ist aus Sicht der Patientenvertretung die erhöhte prozentuale Verschiebung (Seite 91) unter Nutzung der Entlassfälle mit eBEM unter 40 Jahren und Kinder & Jugendlichen zu akzeptieren, da gerade bei letzteren eine große inhaltliche Relevanz bei der Benötigung eines Entlassmanagements vorliegt.



# **Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement***

Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 31. Oktober 2022

---

# Impressum

**Thema:**

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Entlassmanagement*. Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Veronika Andorfer

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

20. September 2018

**Datum der Abgabe:**

31. Oktober 2022

**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](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen.....	4
Einleitung .....	5
1 Heterogene Zielpopulation des QS-Verfahrens .....	6
2 Prognosemodell und QS-Auslösung .....	10
3 Methodisches Vorgehen: Expertengremium .....	15
4 Methodisches Vorgehen: Fokusgruppen/Einzelinterviews.....	17
5 Ableitung der Qualitätsmerkmale .....	18
6 Befragung über stellvertretende Personen.....	22
7 Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb .....	24
8 Allgemeine Anmerkungen zur Methodik zur Entwicklung von Patientenbefragungen.....	26
Literatur.....	27

## Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

### Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen und Institutionen

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.  
(AWMF)

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten  
(Patientenbeauftragte)

Bundesärztekammer (BÄK)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e. V. (DGH)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi)

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und  
Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)

Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e. V. (DEGRO)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Patientenvertretung: Maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140 SGB V (PatV)

## Einleitung

Am 30. April 2021 wurde für den Zwischenbericht zur Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) *Entlassmanagement* (Teilauftrag C; unveröffentlicht) ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eröffnet. Dazu wurde der Zwischenbericht den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen zur Verfügung gestellt.

Das Stellungnahmeverfahren wurde im Zeitraum vom 30. April bis zum 13. Juni 2021 durchgeführt; die Frist für die stellungnahmeberechtigten Organisationen betrug somit sechs Wochen. Insgesamt haben 15 Organisationen im Sinne von § 137a Abs. 7 SGB V eine Stellungnahme eingereicht. Eine weitere Organisation hat zwei separate Stellungnahmen eingereicht. Das IQTIG bedankt sich bei allen teilnehmenden Organisationen für die umfangreichen Rückmeldungen und die konstruktiven Hinweise.

Alle Stellungnahmen wurden dahingehend geprüft, ob sich daraus Änderungen für die weitere Entwicklung der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* ergeben. Nachfolgend werden die zentralen Aspekte der Stellungnahmen zusammenfassend dargestellt. Im Anschluss daran erfolgt jeweils eine kurze Diskussion, in der darauf eingegangen und begründet wird, inwiefern die Hinweise der stellungnahmeberechtigten Organisationen in der weiteren Entwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* berücksichtigt wurden.

# 1 Heterogene Zielpopulation des QS-Verfahrens

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass aufgrund der Heterogenität der Zielpopulation mit unterschiedlichen Anforderungsprofilen der Patientinnen und Patienten an ein Entlassmanagement das Risiko von Verzerrungen bei den Ergebnissen der Patientenbefragung einhergeht. Anmerkungen bezogen sich sowohl auf die inhaltliche Bestimmung QS-relevanter Fälle mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement über das Prognosemodell als auch auf den Einsatz eines diagnose- und prozedurübergreifenden Befragungsinstrument, das für ganz unterschiedliche Fachabteilungen eines Krankenhauses zum Einsatz kommen soll (BÄK, S. 5 f.; DGK, S. 1 f.; DKG, S. 14; PatV, S. 3). Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde zudem angemerkt, dass trotz allgemeiner Anforderungen an das Entlassmanagement je Fachabteilung spezifische inhaltliche Schwerpunkte beim Entlassmanagement zu erwarten sind, sodass die Ergebnisse der Patientenbefragung möglicherweise verzerrt sind (BÄK, S. 6 f.; DGK, S. 2 und 5).

**IQTIG:** Mit dem Rahmenvertrag Entlassmanagement wurden grundlegende Anforderungen an das Entlassmanagement nach einer stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten festgelegt. Mit der beauftragten Entwicklung des QS-Verfahrens und der inhaltlichen Fokussierung auf Patientinnen und Patienten mit vordringlichem Bedarf für ein Entlassmanagement liegt auch aus Sicht des IQTIG eine heterogene Zielpopulation der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der konkreten Bedarfe für ein Entlassmanagement vor. Die qualitätsrelevanten Anforderungen an ein Entlassmanagement, welche über die Qualitätsindikatoren abgebildet sind, gelten jedoch unabhängig von der entlassenden Fachabteilung für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen.

Gemäß Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird keine zufällige Auswahl der Patientinnen und Patienten für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* getroffen (G-BA 2018), sondern das IQTIG empfiehlt auf Basis des Prognosemodells eine inhaltliche Auswahl QS-relevanter Entlassfälle von Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement. Der Vergleich der Leistungserbringer hinsichtlich der Versorgungsqualität des Entlassmanagements erfolgt dabei innerhalb der Rahmenbedingungen der externen Qualitätssicherung auf Ebene einzelner Krankenhäuser. Im QS-Verfahren *Entlassmanagement* ist dies ein gesamtes Krankenhaus und nicht die einzelne Fachabteilung/Klinik, in der eine Patienten / ein Patient behandelt wurde. Ein möglicherweise heterogenes Versorgungsgeschehen zwischen einzelnen Fachabteilungen oder Kliniken eines Leistungserbringers kann bei der Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren nicht separat adressiert

werden. Die empfohlenen Qualitätsindikatoren decken vielmehr allgemeine, diagnose- und prozedurübergreifende Anforderung an die Entlassung von Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement ab und fokussieren dabei insbesondere auf die Strukturen und Prozesse der Entlassung, welche dem konkreten Versorgungsgeschehen übergeordnet sind.

Bei der Entwicklung der Befragungsinstrumente und der Konzeption der Qualitätsindikatoren hat das IQTIG sichergestellt, dass die Inhalte der Fragebögen und die darin gestellten Qualitätsanforderungen so formuliert sind, dass sie von Patientinnen und Patienten der antizipierten Zielpopulation valide beantwortet werden können. Insbesondere über Filterfragen und die Antwortoption „Brauchte ich nicht“ / „Trifft auf mich nicht zu“ stellt das IQTIG sicher, dass auf Ebene der befragten Patientinnen und Patienten in die Berechnung der Ergebnisse der Patientenbefragung nur inhaltlich angemessene Antworten eingehen. Damit lässt sich das empfohlene Befragungsinstrument trotz der verallgemeinerten Qualitätsanforderungen, die für das Querschnittsthema Entlassmanagement notwendig sind, zielgerichtet für das heterogene Anforderungsprofil einsetzen.

Nicht verallgemeinerbare Anforderungen an die Entlassung von Patientinnen und Patienten mit spezifischen Diagnosen oder stationären Leistungen lassen sich gemäß Empfehlung des IQTIG in den verfahrensspezifischen Patientenbefragungen erfassen und dann auch gezielt für diese Fachabteilungen/Kliniken eines Leistungserbringers darstellen.

Weiterhin wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation die Frage aufgeworfen, ob anhand der Daten, die im Standard-Pretest gewonnen wurden, das heterogene Patientenkollektiv des QS-Verfahrens erfasst werden kann, so dass valide Aussagen über mögliche Einflüsse auf die Ergebnisse der Patientenbefragung getroffen werden können (DKG, S. 6).

**IQTIG:** Die Stichprobe im Standard-Pretest ist aus Sicht des IQTIG ausreichend, um einen Eindruck von der Heterogenität des Patientenkollektivs und der daraus resultierenden Umsetzbarkeit der Qualitätsindikatoren zu erhalten. Bei der Darstellung der Ergebnisse des Standard-Pretests legt das IQTIG im Abschlussbericht dar, mit welchen Einschränkungen der generierte Datensatz belegt ist (u. a. Besuchsbeschränkungen für Angehörige aufgrund der COVID-19-Pandemie; siehe Abschnitte 6.3.7 und 10.4). Trotz dieser Limitationen kann das IQTIG auf Basis der Ergebnisse des kognitiven Pretests und des Standard-Pretests belastbare Qualitätsindikatoren für die Patientenbefragung empfehlen.



Eine stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass Qualitätsindikatoren, welche sich auf vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten beziehen, sich nicht zwangsläufig mit Qualitätsindikatoren für teilstationär behandelte Patientinnen und Patienten gleichsetzen lassen. Die Intensität der Behandlung und die Inanspruchnahme der Infrastruktur eines Krankenhauses weiche deutlich voneinander ab (DPR, S. 2).

**IQTIG:** Nach Einschätzung des IQTIG gehen aus den Wissensbeständen keine Hinweise hervor, dass für Patientinnen und Patienten nach teilstationärer Krankenhausbehandlung patientenrelevante Themen vorliegen, die sich in gesonderten Qualitätsanforderungen an das Entlassmanagement solcher Einrichtungen niederschlagen sollten.

Bei der Entwicklung des Befragungsinstruments wurden im Rahmen des kognitiven Pretests auch Patientinnen und Patienten mit einer Entlassung nach teilstationärer Behandlung berücksichtigt, sodass die Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der Fragebogeninhalte geprüft werden konnte.

Weiterhin merkte eine stellungnahmeberechtigte Organisation an, dass Gebärende und Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen sowie deren Versorgung durch Hebammen und Geburtspfleger im Zwischenbericht nicht ausreichend sprachlich und inhaltlich berücksichtigt wurden (DGHWi, S. 3). Auch bei der Vorstellung der Zielpopulation des QS-Verfahrens und der Patientenbefragung werden diese nicht explizit adressiert (DGHWi, S. 8). Die Qualitätsaspekte ermöglichen aus Sicht der stellungnahmeberechtigten Organisation, die Gruppe der Neugeborenen und Mütter sowie deren spezifische Versorgungsbedürfnisse einzubinden (DGHWi, S. 3), jedoch wurde für die Ableitung der Qualitätsmerkmale keine explizit geburtshilfliche Literatur berücksichtigt (DGHWi, S. 5 f.).

**IQTIG:** Schwangere, Gebärende und Neugeborene werden im QS-Verfahren *Entlassmanagement* grundsätzlich als erwachsene bzw. minderjährige Patientinnen und Patienten betrachtet, die durch die QS-Auslösung auf Basis des Prognosemodells mit einem empfohlenen Schwellenwert von 0,5 berücksichtigt werden. Schwangere und Gebärende sind dabei inkludiert, sofern für sie als Patientinnen ein erhöhter Bedarf für ein Entlassmanagement vorhergesagt wurde; dies kann bspw. aufgrund von Begleitdiagnosen der Fall sein. Neugeborene können adressiert werden, wenn sie nach der Geburt noch stationär weiterbehandelt werden müssen (bspw. aufgrund von Komplikationen bei der Geburt).

Nach Einschätzung des IQTIG sind die allgemeinen Versorgungsbedürfnisse an eine Entlassung bei Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen auf Basis der einbezogenen Wissensbestände über die abgeleiteten Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung abgedeckt. Die spezifischen Anforderungen an die Entlassung von Kindern und ihren Müttern im Kontext der Geburtshilfe können

im Rahmen des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* nicht adressiert werden, sondern müssten im Rahmen einer verfahrensspezifischen Patientenbefragung erfasst werden.

## 2 Prognosemodell und QS-Auslösung

Die Weiterentwicklung des Prognosemodells und die Darstellung zur QS-Auslösung auf Basis des Prognosemodells wurde von vier stellungnahmeberechtigten Organisationen positiv hervorgehoben (Patientenbeauftragte, S. 2; DNVF, S. 1; DKG, S. 6; GKV-SV, S. 14).

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen äußerten Nachfragen, Hinweise und Anregungen hinsichtlich der Kriterien, die zur Operationalisierung eines erhöhten Bedarfs für ein Entlassmanagement vom IQTIG für das Prognosemodell herangezogen wurden. Insbesondere die Operationalisierung von „erhöhtem Entlassbedarf“ für Patientinnen und Patienten, für die nur eines der 16 Zielkriterien zutreffe, sei für die Vorselektion zu ungenau (DKG, S. 6) bzw. fasse das Konstrukt eines „umfassenden Bedarfs“ für ein Entlassmanagement zu weit (GKV-SV, S. 12). Unter Umständen könnten über diese Art der Operationalisierung Fehlanreize für die Krankenhäuser gesetzt werden, da ggf. poststationäre Versorgungsmaßnahmen seltener dokumentiert oder verordnet würden (DNVF, S. 1).

**IQTIG:** Die Definition des „umfassenden Bedarfs für Entlassmanagement“ dient der Vorselektion von QS-relevanten Entlassfällen. Die Operationalisierung mittels sämtlicher Versorgungsmaßnahmen, die über den Entlassbrief hinausgehen, ist weit gefasst, bietet jedoch aus methodischer Sicht den Vorteil, dass zur Indikation von „umfassendem Bedarf“ keine weiteren Setzungen hinsichtlich einer absoluten Anzahl notwendiger Weiterversorgungsmaßnahmen bzw. einer Gewichtung der einzelnen konkreten Maßnahmen notwendig sind. Das IQTIG empfiehlt daher, diese Definition als Grundlage für die Prognosemodellentwicklung zu verwenden und eine weitere ggf. notwendige Fallzahlreduktion durch nachgelagerte Stichprobenverfahren zu erreichen.

Einen Fehlanreiz infolge der Verwendung dieser Operationalisierung sieht das IQTIG nicht, da für die letztliche QS-Auslösung nicht das tatsächliche Versorgungsgeschehen eines Entlassfalls entscheidend ist, sondern der prognostizierte „erhöhte Bedarf für Entlassmanagement“ gemäß dem Prognosemodell auf Basis der Daten im Krankenhausinformationssystem (KIS). Eine QS-Auslösung lässt sich daher nicht durch Unterlassung von Weiterversorgungsmaßnahmen verhindern.

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass die vom IQTIG verwendeten 16 poststationären Versorgungsmaßnahmen nicht als gleichwertige Zielkriterien für den umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement anzusehen seien. Eine Begründung insbesondere für Zielkriterien wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder Krankentransport erscheine notwendig, da diese Zielkriterien

nicht unbedingt einen umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement nahelegen. Insgesamt sei mit Blick auf die Zielkriterien eine genauere Prüfung und Begründung der Zielkriterien notwendig, um über das Prognosemodell eine spezifischere Auswahl treffen zu können (DKG, S. 6; GKV-SV, S. 12).

**IQTIG:** Im Abschlussbericht legt das IQTIG in Kapitel 8 zum Prognosemodell dar, warum es aus methodischer Sicht notwendig ist, dass für einen konkreten stationären Entlassfall eindeutig festgelegt werden kann, ob dieser in die Zielpopulation fällt oder nicht. Ein Entlassfall ist dann Teil der Zielpopulation, wenn mindestens ein Zielkriterium vorliegt. Eine inhaltliche Gewichtung der 16 Zielkriterien ist nach Einschätzung des IQTIG nicht zielführend, da sich für die Zielkriterien keine valide Priorisierungsstrategie methodisch angemessen umsetzen lässt.

Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation legte dar, dass unklar bleibe, in welchem Maße Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen und erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement über das Prognosemodell identifiziert werden können. Im Falle einer Unterrepräsentation dieser Patientengruppe seien nachgelagerte Stichprobenverfahren notwendig. Dies sei insbesondere mit Blick auf die Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wichtig (BPtK, S. 4).

**IQTIG:** Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen werden im QS-Verfahren *Entlassmanagement* insofern gleichberechtigt zu allen anderen Patientengruppen behandelt, als solche Entlassfälle durch das Prognosemodell ausgelöst werden, falls eine ausreichend hohe Wahrscheinlichkeit für erhöhten Bedarf für Entlassmanagement gegeben ist. Da die Zielkriterien, die dem erhöhten Bedarf für Entlassmanagement zugrunde liegen, auch Versorgungsleistungen umfassen, die bei psychischen Erkrankungen ggf. angezeigt sind (bspw. Polymedikation, Soziotherapie), ist davon auszugehen, dass diese Patientinnen und Patienten entsprechend durch das Prognosemodell erfasst werden.

Mehrere Stellungnahmen enthielten Nachfragen und Hinweise hinsichtlich der Festlegung des Schwellenwerts für das Prognosemodell und des damit einhergehenden Anteils von Patientinnen und Patienten ohne erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement. Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen wiesen darauf hin, dass eine ausführlichere Abwägung der Vor- und Nachteile verschiedener Schwellenwerte insbesondere mit Blick auf den Anteil von Patientinnen und Patienten ohne erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement, der bei einem Schwellenwert von 0,5 ausgelöst würde, notwendig sei (GKV-SV, S. 13 f.; DKG, S. 6). Zudem sollte nach Einschätzung einer stellungnahmeberechtigten Organisation das

Argument, mit einem altersunabhängigen Schwellenwert einen besseren Vergleich von Leistungserbringern durchführen zu können, vom IQTIG ausführlicher dargestellt werden (GKV-SV, S. 11).

**IQTIG:** Vor- und Nachteile verschiedener Schwellenwerte werden vom IQTIG im Abschlussbericht in Abschnitt 8.2.6 dargelegt.

Weiterhin wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation angemerkt, dass trotz einer Fokussierung auf Patientinnen und Patienten mit erhöhtem oder komplexen poststationärem Versorgungsbedarf auch Patientinnen und Patienten ohne umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement berücksichtigt werden sollten (PatV, S. 3 f.). Demgegenüber wurde in einer anderen Stellungnahme darauf hingewiesen, dass unklar bleibe, wie trotz Fokussierung des QS-Verfahrens auf Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Bedarf für ein Entlassmanagement mit Patientinnen und Patienten umgegangen werde, die aufgrund des gewählten Schwellenwerts von 0,5 auch ohne erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement Teil des QS-Verfahrens seien. Eine Hochrechnung zum Anteil an Patientinnen und Patienten, die über die Patientenbefragung dann fehladressiert würden, fehle in der Darstellung des IQTIG (DKG, S. 6).

**IQTIG:** Die Definition des „erhöhten Bedarfs für Entlassmanagement“ dient vor allem der Konstruktion einer Zielvariablen für das Prognosemodell. Grundsätzlich haben auch Patientinnen und Patienten ohne erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement Anrecht auf ein Entlassmanagement, sodass nach Einschätzung des IQTIG keine grundlegende Fehladressierung von Patientinnen und Patienten ohne erhöhten Entlassbedarf vorliegt. Es ist daher nicht impliziert, dass Patientinnen und Patienten ohne erhöhten Bedarf irrelevant für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* wären, da es Qualitätsanforderungen gibt, zu deren Ergebnis auch Entlassfälle ohne notwendige weiterführende Versorgungsmaßnahmen beitragen (bspw. Information zum Entlasstermin).

Infolge einer Setzung des Schwellenwerts bei 0,5 würden ca. 20 % der durch das Prognosemodell ausgelösten Patientinnen und Patienten keinen „erhöhten Bedarf für Entlassmanagement“ aufweisen. Da die nachgelagerten Stichprobenziehungen im QS-Filter und durch die Versendestelle Patientenbefragung rein zufällig geschehen, würde dieser Anteil sich entsprechend auf das Patientenkollektiv für die Patientenbefragung übertragen.

Hinsichtlich der Größe von Leistungserbringern und der Fallzahlberechnung für die Patientenbefragung wurden von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen Anmerkungen gemacht. In einer Stellungnahme wurde mit Blick auf die vom IQTIG empfohlene Anzahl von 200 Fällen für die Patientenbefragung nachgefragt, inwiefern sehr große Leistungserbringer mit mehr als 5000 Fällen pro Jahr als homogene Einheiten zu betrachten sind (DNVF, S. 1). In einer weiteren

Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass für die Fallzahlberechnung der Patientenbefragung die Anzahl an Fachabteilungen zu berücksichtigen sei, da bei Krankenhäusern mit einer größeren Anzahl an Fachabteilungen eine höhere Fallzahl benötigt werde, um das Spektrum an Fachabteilungen abbilden zu können (BÄK, S. 6). Demgegenüber wurde in einer weiteren Stellungnahme nachgefragt, wie mit Leistungserbringern umgegangen werde, für die weniger als 200 Fälle für die Patientenbefragung zur Verfügung stehen (GKV-SV, S. 14).

**IQTIG:** Die Auswertung auf Ebene der Standorte ist eine gängige Rahmenbedingung der externen medizinischen Qualitätssicherung. Ein Standort ist somit als Kollektiv der einzelnen Fachabteilungen zu betrachten, und die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sind entsprechend zu bewerten. Aus diesem Grund ist auch eine Anpassung der Fallzahl an befragten Patientinnen und Patienten in Abhängigkeit von der Zahl an Fachabteilungen nicht erforderlich, da auf Auswertungsebene der Standorte die empfohlene Deckelung bei einer Fallzahl von 200 eine ausreichende statistische Aussagekraft bietet.

In Abschnitt 12.3 im Abschlussbericht legt das IQTIG Empfehlungen zur Stichprobenziehung und Fallzahlberechnung der Patientenbefragung im Regelbetrieb dar und geht auf Kriterien zur Stichprobenziehung und Vollerhebungen sowie auf die Stichprobenziehung in der Versandestelle Patientenbefragung ein.

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen gaben Hinweise zur Empfehlung des IQTIG, das Prognosemodell im Zeitverlauf zu aktualisieren. Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen regten an, das Prognosemodell im Regelbetrieb zu evaluieren, um sicherzustellen, dass Änderungen an den gesetzlichen Rahmenbedingungen oder aufgrund des demographischen Wandels für das Prognosemodell berücksichtigt werden können (Patientenbeauftragte, S. 3; DPR, S. 7). In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass das IQTIG konkrete Empfehlungen zur Evaluation und zur Überarbeitung des Prognosemodells geben solle, sodass die vom IQTIG verwendeten 16 Zielkriterien über zusätzlich erhobene Informationen für eine Prüfung der Validität des Prognosemodells verwendet werden können (DKG, S. 6). Weiterhin wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation empfohlen, die Ergebnisse der Fallauslösung im ersten Jahr des Regelbetriebs zu veröffentlichen und Kommentierungen hierzu zu ermöglichen (AWMF, S. 3). Schließlich fragte eine stellungnahmeberechtigte Organisation nach dem geschätzten jährlichen Aufwand und den notwendigen Datenflüssen vonseiten der Krankenkassen für die vom IQTIG empfohlene Aktualisierung des Prognosemodells im Regelbetrieb (GKV-SV, S. 12 f.)

**IQTIG:** Eine erste Evaluation des Prognosemodells erfolgte bereits im Zwischenbericht mit der Berechnung und dem Vergleich von Prognosewerten basierend auf separaten Modellen kalibriert anhand von Entlassfällen aus den Jahren 2016 und 2017. Diese beschränkten sich jedoch auf die Daten derselben Krankenkasse.

Um die inhaltliche Fokussierung auf die Zielpopulation des Verfahrens fortlaufend zu gewährleisten, ist eine regelmäßige Aktualisierung dieses Modells und damit einhergehend dem QS-Filter notwendig. Zu diesem Zweck soll eine gesonderte Sozialdatenübermittlung implementiert werden, auf deren Grundlage die erforderlichen Daten für eine aktualisierte Modellschätzung erhoben werden können (siehe Abschnitt 7.3.6 im Bericht zu Teilauftrag B).

Die Veröffentlichung des letztlichen Modells, inklusive aller Koeffizienten für den Prognosewert, geschieht anhand des zu veröffentlichenden QS-Filters, in den das Modell einfließt. Eine Beurteilung der letztlich ausgelösten Fallzahl ist auf Basis der Angaben aus der zugehörigen Bundesauswertung möglich.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation wies mit Blick auf den Zeitpunkt der QS-Auslösung darauf hin, dass ggf. Patientinnen und Patienten im Entlassmanagement ungleich behandelt werden, je nachdem, wann ein Fall als QS-pflichtig ausgelöst wird (GKV-SV, S. 13). Zudem wurde in der Stellungnahme um eine detailliertere Erläuterung hinsichtlich des Zeitpunkts der QS-Auslösung und der Dokumentation unter Berücksichtigung der aus dem KIS benötigten Daten als Voraussetzung für einen rechtzeitigen Versand der Daten für die Patientenbefragung gebeten (GKV-SV, S. 13).

**IQTIG:** Das IQTIG empfiehlt, die QS-Auslösung ab dem Zeitpunkt der Entlassung der Patientinnen und Patienten durchzuführen. Es erfolgt demnach keine prozessbegleitende QS-Auslösung (siehe Abschnitt 12.1.2 im Abschlussbericht).

### 3 Methodisches Vorgehen: Expertengremium

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass die Zusammensetzung des Expertengremiums hinsichtlich der Erfahrungen der Expertinnen und Experten mit Themen der Qualitätssicherung oder der Fachzuordnung der Ärztinnen und Ärzte nicht ersichtlich werde (GKV-SV, S. 7; AWMF, S. 3). Weiterhin wurde angeregt, Vertreterinnen und Vertreter aus wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, welche über die eigene Fachexpertise hinaus ihre Fachgesellschaft vertreten könnten, aufzunehmen (AWMF, S. 3).

**IQTIG:** Das Expertengremium wurde gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.4) besetzt mit Vertreterinnen und Vertretern, die an der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten beteiligt sind (Gesundheitsprofessionen), Vertreterinnen und Vertreter der Patientinnen und Patienten sowie Vertreterinnen und Vertreter übergeordneter Fachdisziplinen (Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler).

Anforderungen an die notwendigen Erfahrungen der Vertreterinnen und Vertreter des Expertengremiums werden mit dem Aufruf zur Registrierung für das Expertengremium dargelegt. Dort wird u. a. auch Expertise im Bereich der Qualitätssicherung durch Fachgesellschaften oder Mitwirkung bei der Erstellung von Leitlinien angeführt. Eine detaillierte Darstellung der Erfahrungen der einzelnen Expertinnen und Experten oder deren Fachzuordnung erfolgt nicht, da keine Abstimmung einzelner Personen oder Interessensvertreterinnen und -vertreter vorgenommen wird. Vielmehr soll das Expertengremium als Gruppe Empfehlungen zu den vom IQTIG präsentierten Vorschlägen der Qualitätsmerkmale abgeben.

Zwei stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass nicht alle relevanten Perspektiven der Gesundheitsprofessionen im Expertengremium vertreten waren. In einer Stellungnahme wurde diesbezüglich darauf hingewiesen, dass bei der Zusammensetzung des Expertengremiums Erfahrungen mit unmittelbarem Patientenkontakt und die Einbindung in Prozesse der Entlassung zu wenig beachtet worden seien. Der Anteil der ärztlichen Expertinnen und Experten sei insgesamt zu gering. Zudem seien niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, welche die ambulante Anschlussbehandlung/Nachsorge durchführten, nicht berücksichtigt worden (KBV, S. 3). In einer weiteren Stellungnahme wurde angemerkt, dass die Perspektive der Hebammen nicht berücksichtigt wurde (DGHWi, S. 6).

Aufgrund der multiprofessionellen Ausrichtung des Entlassmanagements wurde bei der Besetzung des Expertengremiums im Hinblick auf die Gesundheitsprofessionen neben der medizinisch-ärztlichen Expertise in der stationären Versorgung und bei Entlassprozessen von Patientinnen und Patienten auch



die Expertise von Pflegekräften und Case-Managerinnen und Case-Managern bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Entlassmanagements und des Sozialdienstes einbezogen. Dabei stand der diagnose- und prozedurübergreifende Ansatz zur Entwicklung der Patientenbefragung im Vordergrund, sodass Fachpersonal für die Versorgung spezifischer Teilpopulationen wie bspw. Hebammen/Entbindungspfleger oder Therapeutinnen/Therapeuten nicht gesondert berücksichtigt wurde.

In der Konzeptstudie des IQTIG wurde bzgl. der Umsetzbarkeit des QS-Verfahrens die Datenerfassung bei nachsorgenden Leistungserbringern nicht empfohlen (IQTIG 2019: 211). Zudem legt das IQTIG im Abschlussbericht der Patientenbefragung dar, dass auf Basis der berücksichtigten Wissensbestände für den Qualitätsaspekt „Kommunikation mit und Einbezug von nach- und weiterversorgenden Leistungserbringern“ keine Qualitätsmerkmale abgeleitet werden (siehe Abschnitt 9.1.11 im Abschlussbericht). Der Fokus in der Entwicklung der Patientenbefragung lag demnach auf den Prozessen der Entlassung vor Ort in den Krankenhäusern. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wurden aufgrund der begrenzten Anzahl an Plätzen nicht als separate Gruppe für das Expertengremium der Patientenbefragung berücksichtigt. Die Erfahrungen der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte mit der Weiterversorgung und Nachsorge der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden im Rahmen der Wissensbestände jedoch in den Fokusgruppen und Einzelinterviews für die Ableitung der Qualitätsmerkmale berücksichtigt.

In einer weiteren Stellungnahme wurde zudem angemerkt, dass beim Vorgehen zur Einschätzung der Qualitätsmerkmale nicht klar werde, wie eine Gesamteinschätzung des Expertengremiums erfolgte (GKV-SV, S. 7).

**IQTIG:** Wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.4), bezieht das IQTIG zur Bewertung der Eignungskriterien ein Expertengremium ein. Hierbei stehen Diskussion und Argumente im Vordergrund der Beratung durch das Gremium. Diese stellen eine wertvolle Wissensgrundlage dar, die in der Zusammenschau der Erkenntnisse aus den anderen Wissensbeständen, wie Literaturrecherche und Fokusgruppen bzw. Interviews, reflektiert werden. Am Ende einer jeden Diskussion zu einem Qualitätsmerkmal wird das Gremium um eine Gesamteinschätzung gebeten. Dabei steht der Gruppenkonsens im Vordergrund. Die Einschätzungen, die über die Pfeile in der Dokumentation des Expertengremiums festgehalten werden, werden von der Gruppe als Einheit getroffen und beziehen sich auf die Empfehlungen zum weiteren Umgang mit dem jeweiligen Qualitätsmerkmal. Sie sind kein Ausdruck der Einigkeit der Gruppe.

## 4 Methodisches Vorgehen: Fokusgruppen/ Einzelinterviews

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen mit ihren Charakteristika nicht die gesamte, heterogene Zielgruppe des QS-Verfahrens abdecken bzw. „repräsentieren“ (DKG, S. 4) oder einzelne Patienten- oder Berufsgruppen nicht (oder nicht in ausreichendem Maße) in den Fokusgruppen/Einzelinterviews berücksichtigt wurden (DGHWi, S. 6; KBV, S. 3; PatV, S. 4 f.).

**IQTIG:** Die Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews dienen dem Aufdecken von qualitätsrelevanten Themen, welche – im Abgleich mit den synthetisierten qualitätsrelevanten Themen aus der Literaturrecherche – als Qualitätsmerkmale abgeleitet werden können. Dabei steht insbesondere die Rekonstruktion der Sicht der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Bei der Rekrutierung der Patientinnen und Patienten und Angehörigen wurde versucht, unter den gegebenen Rahmenbedingungen ein breites Spektrum an Erfahrungen hinsichtlich der Versorgung bei somatischen, psychischen, akuten und chronischen Erkrankungen zu erreichen. Für die Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Gesundheitsprofessionen wurden neben stationär und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes/Entlassmanagements und der stationären und ambulanten Pflege rekrutiert.

Das Ziel der Fokusgruppen und Einzelinterviews ist das Erreichen einer inhaltlichen „Repräsentativität“ der Zielgruppe, wodurch eine Breite an relevanten Themen gewonnen werden kann. Es waren dabei vor allem solche Themen relevant, die von den befragten Patientinnen und Patienten sowie von den Gesundheitsprofessionen ähnlich beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinung darstellten. Die Komposition der Fokusgruppe grenzt sich folglich von dem ab, was im Allgemeinen unter einer statistischen „Repräsentativität“ verstanden wird.

## 5 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Die angewendete Methodik zur Ableitung der Qualitätsmerkmale und die Darstellung der Qualitätsmerkmale wurden von vier stellungnahmeberechtigten Organisationen positiv hervorgehoben (AWMF, S. 4; Patientenbeauftragte, S. 1; DNVF, S. 2; GKV-SV, S. 6).

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen merkten an, dass die im Zwischenbericht dargestellten Qualitätsmerkmale im weiteren Entwicklungsprozess auf inhaltliche Überschneidungen bzw. Trennschärfe, Redundanzen und Relevanz geprüft werden sollten, sodass auf Basis eines schlankeren Sets an Qualitätsmerkmalen ein kompakter und gut zu beantwortender Fragebogen entwickelt werden kann (BÄK, S. 5 f.; BPTK, S. 3; DKG, S. 9; DEGRO (Würschmidt), S. 2; DGHWi, S. 7; DPR, S. 1; GKV-SV, S. 6; DGHNO-KHC, S. 2; KBV, S. 5 und 7).

**IQTIG:** Die Hinweise und Anregungen zur Reduktion und Präzisierung der Qualitätsmerkmale wurden in den weiteren Entwicklungsschritten der Patientenbefragung, insbesondere bei der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale und der Überarbeitung der Fragebögen auf Basis der Erkenntnisse des kognitiven Pretests berücksichtigt. Von den 54 Qualitätsmerkmalen, welche nach dem Zwischenbericht den Ausgangspunkt für die Entwicklung der Items darstellten, wurden bei der ersten Operationalisierung 10 Qualitätsmerkmale ausgeschlossen, und bei der Überarbeitung der Fragebögen nach dem kognitiven Pretest wurde die Anzahl um weitere 10 Qualitätsmerkmale reduziert. Mit der finalen Optimierung der Fragebögen nach dem Standard-Pretest wurden weitere 3 Qualitätsmerkmale ausgeschlossen. Damit gingen 31 Qualitätsmerkmale in die Konzeption und Berechnung der Qualitätsindikatoren ein.

Einige stellungnahmeberechtigten Organisationen gaben konkrete Hinweise, wie Qualitätsmerkmale zusammengefasst und/oder anhand von Items operationalisiert werden können (BÄK, S. 5 f.; Patientenbeauftragte, S. 3–5; BPTK, S. 2 f.; DEGRO (Klautke), S. 1; DKG, S. 7–12; DGK, S. 7–12; DGHWi, S. 6 f.; DPR, S. 2–6; GKV-SV, S. 8–10; KBV, S.5 f.; PatV, S. 5 f.).

**IQTIG:** Die Hinweise wurden im Entwicklungsprozess geprüft, und die daraus resultierenden Erkenntnisse sind in die Konzeption der Qualitätsmerkmale und die Fragebogenentwicklung eingeflossen. Eine Darstellung der vorgenommenen Anpassungen der Qualitätsmerkmale u. a. auf Basis der eingegangenen Stellungnahmen kann Abschnitt 9.2 sowie Anhang D.2 des Abschlussberichts entnommen werden.

Weiterhin wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass bei den abgeleiteten Qualitätsmerkmalen auf die Beeinflussbarkeit

durch den Leistungserbringer zu achten sei. Insbesondere bei einem komplexen poststationären Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten können die stationären Leistungserbringer eine Vielzahl von Faktoren nicht alleine beeinflussen, wie bspw. das Vorhandensein und die Auslastung ambulanter Versorgungsstrukturen zur Nach- und Weiterversorgung oder die Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung (DKG, S. 5 und 14; KBV, S. 6).

**IQTIG:** Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022: Abschnitt 13.2) stellt die „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ eines der Eignungskriterien für Qualitätsmerkmale und Qualitätsindikatoren dar. Auch im Entwicklungsprozess der Patientenbefragung wird dieses Kriterium berücksichtigt. Bei der Operationalisierung der Qualitätsmerkmale und der Validierung im Rahmen des kognitiven Pretests und des Standard-Pretests wurde darauf geachtet, dass die Beeinflussbarkeit durch stationäre Leistungserbringer gegeben ist. Eine Darstellung aller Eignungskriterien für die final eingeschlossenen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung kann Anhang D.3 entnommen werden.

Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals zur Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten gaben mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen zu bedenken, dass die Ergebnisse Verzerrungen unterliegen können (DKG, S. 11.; DPR, S. 7; KBV, S. 5; PatV, S. 6). Bei der Operationalisierung sei insbesondere auf eine klare Abgrenzung zu anderen Qualitätsmerkmalen zur Information und Aufklärung sowie Unterstützung bei Maßnahmen der Weiterversorgung zu achten (GKV-SV, S. 10).

**IQTIG:** Die Erfassung der Entlassbereitschaft aus Sicht der Patientinnen und Patienten erlaubt nach Einschätzung des IQTIG eine patientenzentrierte Abbildung von Ergebnisqualität des Entlassmanagements, welche sich klar von Qualitätsanforderungen an den Prozess des Entlassmanagements (bspw. Information und Aufklärung, Unterstützung von Maßnahmen) abgrenzen lässt.

Bei der Operationalisierung hat das IQTIG für die beiden Fragebögen zielgruppenspezifische Anpassungen bei der Erfassung der körperlichen, psychischen und sozialen Entlassbereitschaft insbesondere über die separate Erfassung für Kinder und Eltern/Sorgeberechtigte vorgenommen. Zudem können über die Antwortmöglichkeiten „Trifft auf mich [mein Kind] nicht zu“ sowie „Weiß nicht“ nicht qualitätsrelevante Bewertungen eindeutig erfasst werden. Die Validierung der Fragebögen im kognitiven Pretest und im Standard-Pretest zeigte, dass die operationalisierte Entlassbereitschaft als multifaktorielles Konstrukt angemessen erfasst wird. Zudem empfiehlt das IQTIG Variablen zur Risikoadjustierung.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation wies mit Blick auf die Qualitätsmerkmale zu den Entlassdokumenten darauf hin, dass für Patientinnen und Patienten verständliche Entlassbriefe sinnvoll und hilfreich seien und Informationsdefiziten aufseiten der Patientinnen und Patienten entgegenwirken können. Gleichwohl dies aus den Wissensbeständen des IQTIG hervorginge, adressierten die Qualitätsmerkmale diese Thematik nicht umfassend (Patientenbeauftragte, S. 4 f.).

**IQTIG:** Patientenverständliche Entlassbriefe stellen nach Einschätzung des IQTIG ein zentrales Element für eine patientenorientierte Versorgung im Rahmen des Entlassmanagements dar. Deren Bedeutung wurde im Kontext der Entwicklungsarbeiten intensiv reflektiert. Da jedoch patientenverständliche Entlassbriefe bislang noch nicht in der Regelversorgung etabliert sind, ist die valide Erfassung einer solchen Qualitätsanforderung im Rahmen der Patientenbefragung nicht möglich. Im Januar 2022 wurden vom Innovationsausschuss beim G-BA auf Basis der Ergebnisse des Projekts „PASTA – Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten“ Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen (G-BA 2022, Post et al. [kein Datum], Riemen-schneider et al. [kein Datum]). Im weiteren Verlauf ist zu prüfen, inwiefern die Empfehlungen des G-BA Anknüpfungspunkte für eine Patientenbefragung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* bieten.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation wies darauf hin, dass die abgeleiteten Qualitätsmerkmale nicht geeignet seien, die heterogene Zielpopulation des QS-Verfahrens so abzubilden, dass Qualitätsmerkmale für die unterschiedlichen Anforderungsprofile der Patientinnen und Patienten an ein Entlassmanagement gleichermaßen relevant seien (DPR, S. 1 f.). Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass trotz Fokussierung auf Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Bedarf für ein Entlassmanagement aufgrund der Identifikation von QS-relevanten Fällen über das Prognosemodell auch Personen mit einem geringen Bedarf für ein Entlassmanagement einen Fragebogen erhalten können. Der Umgang mit solchen Befragten bleibe im Zwischenbericht unklar (DKG, S. 6).

**IQTIG:** Mit der inhaltlichen Fokussierung auf Patientinnen und Patienten mit vordringlichem bzw. umfassenden Bedarf für ein Entlassmanagement liegt aus Sicht des IQTIG zwar eine heterogene Zielpopulation der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der konkreten Bedarfe für ein Entlassmanagement vor, jedoch gelten die qualitätsrelevanten Anforderungen an ein Entlassmanagement, welche über die Qualitätsindikatoren abgebildet sind, unabhängig von der entlassenden Fachabteilung für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen.

Nach Prüfung der Qualitätsmerkmale auf Redundanzen, Trennschärfe und Relevanz wurde im Zuge der Itemformulierung bzw. Fragebogenentwicklung

durch die gezielte Verwendung von Filtern und Antwortoptionen wie „Brauchte ich nicht“ / „Trifft auf mich nicht zu“ sichergestellt, dass die erfragten Inhalte auch bei einem heterogenen Anforderungsprofil der Patientinnen und Patienten angemessen erfasst werden. Weiterhin wurde für die Berechnung der Qualitätsindikatoren auf Basis der Qualitätsmerkmale mit zugehörigen Items darauf geachtet, dass neutrale Antworten („Weiß nicht“ / „Brauchte ich nicht“ / „Trifft auf mich nicht zu“) nicht in die Berechnung der Qualitätsindikatoren einfließen.

Bei der Validierung des Befragungsinstruments im Rahmen des kognitiven Pretests und des Standard-Pretests wurden auch Patientinnen und Patienten mit einem geringen Bedarf für ein Entlassmanagement rekrutiert, sodass die Verständlichkeit der Fragebogeninhalte auch für diese Patientengruppe untersucht werden konnte.

## 6 Befragung über stellvertretende Personen

Vier stellungnahmeberechtigte Organisationen befürworteten die Möglichkeit, dass erwachsene Patientinnen und Patienten mit schweren kognitiven, körperlichen oder psychischen Einschränkungen von Angehörigen oder Vertrauenspersonen bei der Beantwortung des Fragebogens unterstützt werden können, um diese vulnerable Zielgruppe im QS-Verfahren berücksichtigen zu können (BPTK, S. 2; DKG, S. 5; DPR, S.6 f.; DNVF, S. 1).

Jedoch wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen angemerkt, dass die Beantwortung des Fragebogens durch stellvertretende Personen zu systematischen Unterschieden bei der Bewertung der Qualität des Entlassmanagements führen kann und dies bei der Auswertung der Ergebnisse und für den Vergleich von Leistungserbringern zu berücksichtigen sei, bspw. über gesonderte Auswertungen, die Darstellung des Anteils von Proxy-Antworten bei einem Leistungserbringer oder auch den gänzlichen Ausschluss von Fragebögen, welche von einer stellvertretenden Person ausgefüllt wurden (BÄK, S. 6; DNVF, S. 2; DKG, S. 5; DGK, S. 2; KBV, S. 4 und 7).

**IQTIG:** Um sicherzustellen, dass auch vulnerable Patientengruppen nicht aus der Patientenbefragung ausgeschlossen werden, empfiehlt das IQTIG, Fragebögen, welche stellvertretend für die Patientinnen und Patienten beantwortet wurden, bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren gleichwertig zu berücksichtigen. In Rahmen der Validierung des Fragebogens für erwachsene Patientinnen und Patienten konnte das IQTIG zeigen, dass der Fragebogen auch für Angehörige, welche den Fragebogen stellvertretend für die Patientinnen und Patienten ausfüllen, gut zu beantworten war. Die Antwortoption „Weiß nicht“ ermöglicht es den Angehörigen anzugeben, dass sie einen erfragten Sachverhalt nicht einschätzen können. Diese neutralen Antworten fließen nicht in die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein.

Das IQTIG empfiehlt, anhand der Daten aus dem ersten Jahr des Regelbetriebs zu prüfen, mit welchem Anteil an Proxy-Antworten im QS-Verfahren zu rechnen ist. Im Abschlussbericht skizziert das IQTIG Möglichkeiten zum Umgang mit Antworten von Proxy-Personen für die Berechnung der Qualitätsindikatoren im Regelbetrieb (Abschnitt 12.4.2).

Drei stellungnahmeberechtigte Organisationen schätzten das Vorgehen des IQTIG zur Berücksichtigung von minderjährigen Patientinnen und Patienten über eine Fragebogenversion für Eltern/Sorgeberechtigte als angemessene und pragmatische Alternative zu altersgerechten Fragebogenversionen für Kinder/Jugendliche ein (Patientenbeauftragte, S. 1; DNVF, S. 1; DKG, S. 5).

Dabei wurde von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen zudem hervorgehoben, dass Kinder/Jugendliche ab 14 Jahren an der Befragung beteiligt werden sollen (Patientenbeauftragte, S. 2; AWMF, S. 4).

**IQTIG:** Über einen separaten Fragebogen adressiert das IQTIG die Eltern/Sorgeberechtigten von minderjährigen Patientinnen und Patienten als Adressaten des Entlassprozesses. Bei der Validierung der Fragebögen im Rahmen des Standard-Pretests wies das IQTIG in den Anschreiben für den Versand der Fragebögen darauf hin, dass einige Fragen sich direkt an die Eltern/Sorgeberechtigten richten und einige Fragen an die Eltern/Sorgeberechtigten gemeinsam mit ihrem Kind. Der Fragebogen soll gemeinsam mit dem Kind ausgefüllt werden, wenn dieses schon alt genug ist. Zudem wird am Ende des Fragebogens erfasst, welche Person/Personen den Fragebogen ausgefüllt hat/haben:

- „Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r des Kindes“
- „Eltern(teil)/Sorgeberechtigte/r und Kind/Jugendliche/r zusammen“.

Ein solches Vorgehen empfiehlt das IQTIG auch für die Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb.



## 7 Umsetzung der Patientenbefragung im Regelbetrieb

Mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen fragten nach dem Umgang mit möglichen Mehrfachbefragungen der Patientinnen und Patienten. Die Nachfragen bzw. Hinweise in den Stellungnahmen bezogen sich insbesondere auf die Identifikation QS-relevanter Fälle über die QS-Auslösung und den Versand von Fragebögen für die indikationsspezifischen Patientenbefragungen der externen medizinischen Qualitätssicherung (bspw. Patientenbefragungen in den QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI)* und *Koronarangiographie (QS PCI)*, *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)*, *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (QS Schizophrenie)*) und die Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* (BPtK, S. 4; DKG, S. 13; DNVF, S. 2; KBV, S. 4). Aufgrund der heterogenen Zielpopulation des QS-Verfahrens sei auch mit Überschneidungen zu zukünftigen Patientenbefragungen zu rechnen (DKG, S. 12). Doppelbefragungen der Patientinnen und Patienten seien aus Sicht der stellungnahmeberechtigten Organisationen zu vermeiden (BPtK, S. 4; DKG, S. 13; DNVF, S. 2; KBV, S. 4).

Eine weitere stellungnahmeberechtigte Organisation merkte an, dass auch Mehrfachbefragungen der Patientinnen und Patienten innerhalb eines Erfassungsjahres im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* ausgeschlossen werden sollen (KBV, S. 4).

**IQTIG:** Das IQTIG legt im Abschlussbericht dar, dass die Wahrscheinlichkeit von Mehrfachbefragungen aufgrund von Überschneidungen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* mit anderen Patientenbefragungen und innerhalb der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* im Regelbetrieb aufgrund der empfohlenen gestuften Stichprobenziehung im QS-Verfahren *Entlassmanagement* insgesamt als gering eingeschätzt wird (Abschnitt 12.3.5). Zudem gilt es zu beachten, dass jeder Krankenhausaufenthalt einer Patientin / eines Patienten erneut Anforderungen im Sinne des Entlassmanagements generiert und damit diese Art der Mehrfachbefragung innerhalb des QS-Verfahrens vom IQTIG als angemessen eingeschätzt wird.

Die Möglichkeit, Überschneidungen gezielt zu verhindern, erscheint nach Einschätzung des IQTIG lediglich bei der Stichprobenziehung durch die Versendestelle unter Berücksichtigung der gesetzlichen Speicherfrist der Patientendaten und einer datenschutzrechtlichen Prüfung zur Verwendung von Patien-

tendaten für diesen Zweck möglich. Das IQTIG schätzt den Aufwand zur Vermeidung von Mehrfachbefragungen als recht hoch ein. Es wird deshalb empfohlen, mit Blick auf eine angemessene Aufwand-Nutzen-Relation eventuelle Prozessregelungen von der Einführung weiterer Patientenbefragungen und der daraus resultierenden Wahrscheinlichkeit von Mehrfachbefragungen abhängig zu machen.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation fragte nach den Inhalten und dem Umgang mit den Ergebnissen aus der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Entlassmanagement* im Rahmen von Stellungnahmeverfahren in den Krankenhäusern. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass aufgrund des fehlenden Fallbezugs bei Patientenbefragungen keine Analyse von Einzelfällen bei auffälligen Ergebnissen aus der Patientenbefragung möglich sei (BÄK, S. 6).

**IQTIG:** Das IQTIG gibt im Abschlussbericht Empfehlungen hinsichtlich der Auswertungsebene der Patientenbefragung und der Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 17 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>1</sup>, sodass bei auffälligen Ergebnissen der Patientenbefragung gezielt Gründe für anzunehmende strukturelle oder prozessuale Schwierigkeiten bei einem Leistungserbringer eruiert werden können (Abschnitt 12.4.3).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation regte an, im Rahmen einer Evaluation zu klären, inwieweit das QS-Verfahren allgemeine Aussagen zur Qualität des Entlassmanagements eines Krankenhauses machen kann (BÄK, S. 5). Auch zwei weitere stellungnahmeberechtigte Organisationen empfahlen eine Evaluation der Patientenbefragung im Regelbetrieb (AWMF, S. 4; DNVF, S. 2).

**IQTIG:** Eine Evaluation der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* kann im Rahmen der Evaluation in der DeQS-RL durch den G-BA vorgesehen werden. Für die Patientenbefragung des Verfahrens *QS PCI* wurde dies entsprechend in den themenspezifischen Bestimmungen der DeQS-RL festgelegt (§ 2 Abs. 6 und § 19 Abs. 8 Teil 2, Verfahren 1 (QS PCI) DeQS-RL).

---

<sup>1</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 12.10.2022).

## 8 Allgemeine Anmerkungen zur Methodik zur Entwicklung von Patientenbefragungen

Einige Anmerkungen in einzelnen Stellungnahmen bezogen sich nicht spezifisch auf das vorliegende Entwicklungsprojekt, sondern zielten auf die grundsätzliche Methodik bei der Entwicklung von Patientenbefragungen bzw. auf Fragen der Umsetzung von Patientenbefragungen als Instrumente der externen Qualitätssicherung im Allgemeinen ab.

**IQTIG:** Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kontinuierlich weiterentwickelt werden, wobei vor der Veröffentlichung aktualisierter Versionen jeweils separate Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden. Die „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022) stellen die wissenschaftlichen Arbeitsgrundlagen des IQTIG als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut nach § 137a SGB V dar. Sie umfassen die Methoden der Entwicklung, Weiterentwicklung und Durchführung von QS-Verfahren im Auftrag des G-BA. Auch die Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Entlassmanagement* wurde auftragsgemäß in Übereinstimmung mit den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG entwickelt.

## Literatur

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines sektorenübergreifenden, datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassmanagement. [Stand:] 20.09.2018. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3484/2018-09-20\\_IQTIG-Beauftragung\\_Entwicklung-Entlassmanagement.pdf](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] (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](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/130/2022-01-21_PASTA.pdf) (abgerufen am: 14.09.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Entlassmanagement. Zwischenbericht zur Überarbeitung der AQUA-Konzeptskizze. Stand: 18.10.2019. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG\\_Entlassmanagement\\_Zwischenbericht\\_Ueberarbeitung\\_2019-10-18.pdf](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] (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](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27.pdf) (abgerufen am: 27.04.2022).
- Post, R; Jonietz, A; Brülke, B ([kein Datum]): PASTA: Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten. Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF). Dresden: Patientenbrief. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/131/2022-01-21\\_PASTA\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/131/2022-01-21_PASTA_Ergebnisbericht.pdf) (abgerufen am: 25.01.2022).
- Riemenschneider, H; Hoffmann, H; Zenker, R; Voigt, K; Bergmann, A ([kein Datum]): PASTA: Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten. Anlage 1: Evaluationsbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF). Dresden: Patientenbrief. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/132/2022-01-21\\_PASTA\\_Evaluationsbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/132/2022-01-21_PASTA_Evaluationsbericht.pdf) (abgerufen am: 25.01.2022).