Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Kriterien und Fragestellungen als Instrument zur Unterstützung bei der Themenfindung und Priorisierung im Bereich der Qualitätssicherung des G-BA

Konkretes Thema	**Entlassmanagement**
	a) Kurze Definition des Krankheitsbildes / der Methode Etwa 18 Mio. Krankenhausbehandlungen gibt es derzeit pro Jahr in Deutschland. Innerhalb von 10 Jahren (1991 bis 2010) hat sich die durchschnittliche Verweildauer der Patienten nahezu halbiert (Statistisches Bundesamt (2011), Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Gesundheitswesen: Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden, zitiert nach Wikipedia). Die Entlassung aus einer Klinik birgt das Risiko von Versorgungsbrüchen, die zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten führen können. Für Patienten ist deshalb ein frühzeitiges, systematisches Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen notwendig, um eine bedarfsgerechte poststationäre Versorgung sicherzustellen und den Patienten bei der Bewältigung seiner veränderten Lebenssituation zu unterstützen (Expertenstandard in der Pflege, DNQP). Das Versorgungsstrukturgesetz hat in § 39 Abs. 1 Satz 4 SGB V nochmals ausdrücklich klargestellt, dass zu einer Krankenhausbehandlung auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung zählt. Entsprechende Ausführungen finden sich auch in den Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen. b) Welche konkreten Qualitätsverbesserungsziele werden vorgeschlagen? Erfassung der Ist-Situation des Entlassungsmanagements und Abgleich mit den für eine reibungslose Überleitung der Patienten in eine Anschlussbehandlung notwendigen Inhalten. Konkrete Qualitätsverbesserungen wären: • Abschätzung und Dokumentation des Bedarfs für ein individuelles Entlassmanagement für jeden stationären Patienten mit Identifikation der besonders vulnerablen Patienten und der für sie notwendigen Maßnahmen • Einbindung von betroffenen Patienten und Angehörigen in die Entlassungs- und Versorgungsplanung • Überprüfung der Sicherstellung einer Anschlussbehandlung und pflegerischen Anschlussversorgung nach dem

	Krankenhausaufenthalt • Unterstützung von Patienten und Angehörigen bei der Organisation medizinischer und pflegerischer Anschlussversorgung • Aushändigung eines patientenverständlichen Entlassbriefs, der insbesondere Diagnose, Prognose, zu Hause zu beachtende Verhaltensweisen und Warnzeichen sowie eventuelle Notfallnummern beinhaltet • Erstellung von Arztbriefen bei der Entlassung • Durchführung von Entlassgesprächen • Sicherstellung der Versorgung der Patienten mit Arznei- sowie Hilfs- und ggf. Heilmitteln bis zur Weiterversorgung in der Anschlussbehandlung Diese Maßnahmen sind nicht alle zwingend bei jedem Patienten zu ergreifen, vielmehr hängen einzelne dieser Maßnahmen stark vom jeweiligen Krankheitsbild und allgemeinen Gesundheitszustand sowie den Lebensumständen des Patienten ab. deshalb ist der erste Schritt, die frühzeitige individuelle Einschätzung des Bedarfs, von entscheidender Bedeutung. c) Welche Leistungserbringer sind unmittelbar oder mittelbar an der Leistung beteiligt? Stationäre Einrichtungen, Pflege- und Sozialdienste, ambulante Ärzte
Kriterienblock: Wichtigkeit/Bedeutung	
Krankheitslast	Welche funktionellen Beeinträchtigungen, Folgeerkrankungen und Beeinträchtigungen der Lebensqualität sind im genannten Versorgungskontext für die betroffenen Patienten zu erwarten? Die Folgen eines nicht erfolgten oder nicht sachgerechten Entlassmanagements sind vielfältig, häufig individuell und krankheitsspezifisch. Hier seien nur einige exemplarisch genannt: • Pflegerisch Unterversorgung nach der Entlassung mit der Folge von Komplikationen und Wundinfektionen, Wiederaufnahmen im Krankenhaus, verlängerten Genesungsdauern und erhöhtem Behandlungsbedarf in der Nachsorge

	• Unterbrechung von Arzneimitteltherapien bis zur Wiederaufnahme im ambulanten Sektor mit den daraus resultierenden Konsequenzen • Verzögerung von Entlassung und Rehabilitation • Hohe Unsicherheit bei den Patienten über richtiges Verhalten, Prognose und Warnzeichen mit der Folge verstärkter Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und/oder Verschleppung von Komplikationen • Diskontinuitäten in der Behandlung, wenn nachfolgenden Behandlern oder Pflegekräften wichtige Informationen nicht zeitgerecht vorliegen.
1. **Prävalenz / Inzidenz**	a) Wie groß ist die potentiell betroffene Bevölkerungsgruppe (auch in Bezug auf die unter 1. genannten Auswirkungen)? Bei den vorgeschlagenen Maßnahmen handelt es sich teilweise um Inhalte, von denen alle 18 Mio. Krankenhauspatienten (Arztbrief, Entlassbrief) profitieren, teilweise aber auch um Inhalte, die sich an Patienten mit erhöhtem Risiko poststationärer Versorgungsprobleme richten. Eine Abschätzung dieser Bevölkerungsgruppe wäre möglich, indem aus Krankenkassendaten ermittelt wird, wie viele Krankenhauspatienten im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung pflegebedürftig sind oder werden bzw. einer ambulanten Rehabilitation bedürfen. b) Wie setzt sich die von der Erkrankung oder Maßnahme betroffene Bevölkerungsgruppe zusammen? Vgl. Statistisches Bundesamt (2011), Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Gesundheitswesen: Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden, zitiert nach Wikipedia c) Welche Trends sind zu erwarten? Langfristig zeigt sich eine Zunahme der Krankenhausfälle bei gleichzeitiger Reduktion der Verweildauern (s.o.). Im Zuge der Alterung der Bevölkerung dürfte auch der Anteil der Patienten mit umfangreichem Bedarf an (Organisation der) Nachsorge nach einer Krankenhausbehandlung zunehmen.
2. **Potential für Qualitätsverbesserung**	Welche konkreten Hinweise auf systematische Qualitätsprobleme in der Versorgung liegen vor und welche konkreten Maßnahmen sollen diese beheben? Deutliche Hinweise auf Defizite in der Versorgung liefern Patientenberichte und die Rückmeldungen der

	Betroffenenverbände auf eine Anfrage zur Ausgestaltung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, die die Patientenvertretung zum Jahreswechsel 2011/2012 gestellt hat (vgl. Materialien der AG Qualitätsbericht). Durch die Erhebung des Status quo des Entlassmanagements soll aufgezeigt werden, wo hausspezifisch Defizite bestehen, um über ein Benchmarking und eine öffentliche Berichterstattung Anreize zur Verbesserung zu setzen. z. B.: → Welche Hinweise auf regionale und/oder sektorale Versorgungsunterschiede gibt es? Mangels Transparenz zum Status quo können derzeit keine regionalen Unterschiede identifiziert werden. → Welche Hinweise auf organisatorische Versorgungsdefizite bzw. Verbesserungspotentiale gibt es? → Eine wichtige Frage bei der Qualität des Entlassmanagements wird auch sein, welche Personalgruppen zu welchem Anteil die entsprechenden Tätigkeiten übernehmen und ob es hierauf spezialisiertes Personal gibt. Insbesondere ist hier der Trend der Personalreduktion in Krankenhäusern zu nennen, der sich auch auf die mit dem Entlassmanagement betrauten Kräfte (häufig neben Pflegekräften auch Case-Manager oder Sozialarbeiter bzw. –pädagogen) erstrecken dürfte. → Welche Hinweise auf Über-/Unter-/Fehlversorgung gibt es? siehe oben → Welche Maßnahmen werden zur Behebung vorgeschlagen? Datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren mit besonderer Notwendigkeit von Patientenbefragungen sowie der Ergebniserhebung in nachfolgenden Versorgungssektoren (z.B. ambulante Ärzte und Pflege)
3. **Systemkontext Qualitätssicherung**	a) Welche definierten Qualitätsziele bestehen für den vorgeschlagenen Versorgungsbereich bereits? (z. B. Leitlinien, Indikatoren) Vgl. Expertenstandards in der Pflege des DNQP Weitere Recherche erforderlich. b) Welche Vorgaben/Verfahren/Maßnahmen zur Qualitätssicherung für den vorgeschlagenen Versorgungsbereich liegen bereits vor? Für Deutschland sind uns keine entsprechenden Erfahrungen bekannt. International könnte die Recherche im anglo-

	amerikanischen Raum im Zusammenhang mit managed-care-Ansätzen weitere Informationen erbringen.
4. **Öffentliches Interesse / Relevanz**	Welche besondere Bedeutung hat das vorgeschlagene Thema außer den unter 1 – 4 genannten Gründen? Krankenhausbehandlungen machen mit 58 Mrd. Euro etwa 35 % der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus (Quelle: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/Kennzahlen_und_Faustformeln_GKV_2000-2010_111129.pdf). Gerade beim Entlassmanagement besteht unter dem Kostendruck der vergangenen Jahre und der hohen Intransparenz über die Leistungsqualität der Häuser das Risiko, dass zu Lasten der Patientinnen und Patienten gespart wird – mit hohen Volkswirtschaftlichen Kosten.
5. **Regelbarkeit durch G-BA**	a) Welche Ziele sollen mit Hilfe des Verfahrens erreicht werden? Umsetzung und Überprüfbarkeit der gesetzlichen Vorgaben des § 39 (1) SGB V, Vermeidung von Negativwirkungen unterbleibenden oder lückenhaften Fehlermanagements b) Durch welche Regelungen kann der G-BA diese Ziele erreichen? Datengestütztes Verfahren nach Qesü oder ESQS plus Patientenbefragung, ggf. Hinzuziehung von Routinedaten der Krankenkassen
Kriterienblock „Wissenschaftliche Fundierung“	
Evidenzbasierung	a) Welche Hinweise liegen für die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Qualitätssicherungsmaßnahmen vor? Für die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Qualitätssicherungsmaßnahmen gilt die allgemeine Evidenzlage in diesem Bereich. b) Welche Erfahrung bzw. Evidenz spricht für die Anwendung der Qualitätssicherungsmaßnahmen? Hier ist ggf. ein Rückgriff auf internationale Erfahrungen möglich. Weitere Recherchen sind erforderlich. c) Auf welcher anderen Grundlage kann eine Qualitätssicherung entwickelt werden, insbesondere wenn keine Erkenntnisse nach a) oder b) vorliegen?

	Eine methodische Grundlage ergibt sich aus dem Expertenstandard Entlassmanagement des DNQP.
Kriterienblock „Machbarkeit“	
Prototypen / Modellprojekte / Routineanwendungen	a) Welche Erfahrungen liegen aus der Routineanwendung bzw. Modellprojekten/Prototypen zu den vorgeschlagenen Qualitätssicherungsmaßnahmen vor? Da zu diesem Punkt noch keine gesetzliche Qualitätssicherung in Deutschland eingeführt wurde, liegen auch keine entsprechenden Ergebnisse vor. Es sollten die Krankenkassen zu entsprechenden Modellprojekten im Bereich der Selektivverträge befragt werden, da insbesondere die Integrierte Versorgung explizit zum Ziel hatte, die Überwindung der Sektorengrenzen zu gewährleisten. Leider gibt es keine Übersichtsarbeiten zu den Methoden und Ergebnissen der seit 2004 geschlossenen Verträge. Auch internationale Erfahrungen müssen weiter recherchiert werden. b) Wie übertragbar sind diese Erfahrungen auf den deutschen Versorgungskontext? Prinzipiell sind internationale Erfahrungen übertragbar, so weit sie sich nicht auf typisch deutsche Versorgungsstrukturen, insbesondere die scharfe sektorale Trennung, beziehen. Diese Trennung ist allerdings Hintergrund für einen Teil der benannten Anliegen zur Qualitätsverbesserung. Die Erkenntnisse aus Selektivverträgen könnten wertvolle Hinweise zur Ausgestaltung eines Qualitätssicherungsverfahrens geben, da sie sich explizit den deutschen Problematiken widmen. Allerdings ist hier im Einzelfall zu überprüfen, wie die bei diesem Thema erforderliche Patientenperspektive abgebildet wird bzw. ergänzt werden kann.
Akzeptanz	a) Wie wird die Akzeptanz bezüglich der Einführung einer QS Maßnahme eingeschätzt? Akzeptanz und Bedarf bei den Patienten wird außerordentlich hoch eingeschätzt. Für die angrenzenden Versorgungssektoren darf ebenfalls mit einer hohen Akzeptanz gerechnet werden, da sie direkt von Lücken im bestehenden Entlassmanagement betroffen sind. Widerstand ist von jenen Krankenhäusern zu erwarten, die ihrem Entlassmanagement in der Vergangenheit wenig Aufmerksamkeit und/oder Ressourcen haben zukommen lassen. b) Wer ist in die Beratungen einzubeziehen? DNQP/DPR, Leistungserbringer aller Sektoren, ggfls. Kammern, Vertreter der ärztlichen Ausbildung, Experten für Patientenbefragungen, Vertreter von Fachgesellschaften, Vertreter von Selbsthilfeverbänden. Neben Ärzten ist es

	empfehlenswert auch andere Gesundheitsberufe einzubeziehen.
Aufwand-Nutzen-Verhältnis	a) Welcher Aufwand (z. B. Entwicklung, Umsetzung) ist zu erwarten? Prinzipiell besteht der gleiche **Entwicklungsaufwand** wie bei allen datengestützten Verfahren. Besondere Herausforderungen im Zusammenhang mit dem **Erhebungsaufwand** werden sich dabei an die Ausgestaltung einer zuverlässigen, gleichzeitig aber datensparsamen Dokumentation ergeben. Mindestens die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs (Assessment-Ergebnisse) müssten von den Häusern für jeden Patienten dokumentiert werden. Es hängt von der intelligenten Gestaltung der Dokumentationsanforderungen in Kombination z.B. mit Patientenbefragungen und anderen Methoden ab, welcher konkrete Aufwand mit der Erhebung verbunden ist. Ein zusätzlicher **Aufwand mit der Umsetzung** des Entlassmanagements selbst ist nur bei solchen Häusern zu erwarten, die bislang ihren gesetzlichen Vorgaben nicht ausreichend nachkommen, und wäre nicht der Qualitätssicherungsmaßnahme zuzuschreiben. b) Welcher Nutzen (u. a. Lebensqualität, Wirtschaftlichkeit) ist zu erwarten? Die Vermeidung von Komplikationen im Zusammenhang mit dem Übergang über die Sektorengrenzen wurde oben beschrieben und kann bis zu Rettung von Menschenleben reichen. c) In welchem Verhältnis stehen Aufwand und Nutzen? Kann erst abgeschätzt werden, wenn die konkreten Erhebungsmethoden festgelegt wurden. Angesichts der Schwere der Konsequenzen aus lückenhaftem Entlassmanagement kann aber von einem positiven Gesamtergebnis ausgegangen werden. d) Welche nachteiligen Wirkungen / Risiken der Maßnahme sind zu erwarten? Erhöhter Personal- und damit Finanzierungsbedarf in den Krankenhäusern.

Weitere Anmerkungen