

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

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“¹ oder in der S3-Leitlinie zur vaginalen Geburt am Termin² 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.³
- Die Fallpauschale „gesundes Neugeborenes, Aufnahmegewicht über 2499g“ ist in 2018 mit 641.214 Fällen die am häufigsten abgerechnete DRG (P67E)⁴
- Im Jahr 2018 gab es insgesamt über eine Million (1.045.825) Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (ICD O00-O99)⁵
- 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.⁶

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.⁷ 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.⁸

Schwangere Frauen sind jedoch keine Patientinnen im eigentlichen Sinne, sondern gesunde Nutzerinnen, die stationäre gesundheitliche Leistungen im Krankenhaus („Geburtshilfe“) in Anspruch nehmen.⁹ 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.¹⁰ Sie basieren auf einer Empfehlung der internationalen Initiative der WHO und Unicef von 2003.¹¹ Wissenschaftliche Studien zeigen, dass durch Unterstützung beim Stillen eine höhere Stillquote erreicht werden kann.¹² 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.¹³

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)¹⁴ 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)¹⁵ 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.¹⁶

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.¹⁷

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.^{18,19} 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*⁷ 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-Guideline⁷ 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*⁷ 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.²⁰

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.^{21,22,23} 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.^{24,25,26} 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.²⁷ 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.^{28,29} 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.³⁰

Literatur

- ¹ 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
- ² 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
- ³ 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
- ⁴ 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
- ⁵ 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>
- ⁶ 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>
- ⁷ NICE. (2021). Postnatal Care (NICE Guideline NG 194). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- ⁸ 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
- ⁹ 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
- ¹⁰ Babyfreundlich e.v. (BFHI). Available from: <https://www.babyfreundlich.org/nc/fachkraefte/initiative-babyfreundlich/ueber-die-initiative.html>
- ¹¹ WHO (2021): Promoting baby-friendly hospitals. Abgerufen am : 29.05.2021. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals>
- ¹² 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)
- ¹³ Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Available from: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/netzwerke-fruehe-hilfen/>
- ¹⁴ 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
- ¹⁵ Iqtiq (2021): Datensatz Geburtshilfe. Abgerufen am : 30.05.2021. Available from: <https://iqtig.org/downloads/erfassung/2021/v06/161/16-1.pdf>
- ¹⁶ Coulter, A. (2017). Measuring what matters to patients. BMJ (Clinical Research Ed.), 356, j816. <https://doi.org/10.1136/bmj.j816>
- ¹⁷ 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>
- ¹⁸ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG): Postnatal care (NICE guideline ng194). 20.04.2021; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- ¹⁹ 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
- ²⁰ 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
- ²¹ 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>

-
- ²² 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>.
- ²³ 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>
- ²⁴ 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>.
- ²⁵ 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>
- ²⁶ 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>.
- ²⁷ 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>
- ²⁸ 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>.
- ²⁹ 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>.
- ³⁰ 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>