

# Beschluss



## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung der Kriterien und der Prüfmethodik zur Bestimmung von Dokumentationsfehlern in besonderer Häufigkeit gemäß § 9 Abs. 3 Satz 2 QSKH-RL und von Kriterien für das Vorliegen von bezogen auf die Häufigkeit erheblichen Dokumentationsmängeln gemäß § 9 Abs. 7 Satz 2 QSKH-RL**

Vom 6. März 2019

Der Unterausschuss Qualitätssicherung hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 9 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 7 Satz 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) in seiner Sitzung am 6. März 2019 die Festlegung der Kriterien und der Prüfmethodik zu Dokumentationsfehlern von besonderer und erheblicher Häufigkeit (**Anlage** (Kapitel 2.1, 2.2 und 2.3)) beschlossen.

Dieser Beschluss wird ab dem 15. März 2019 auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 6. März 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Qualitätssicherung  
gemäß § 91 SGB V  
Die Vorsitzende

Prof. Dr. Pott



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Kriterien für den gezielten Datenabgleich in der Datenvalidierung nach QSKH-RL**

Addendum zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 5. Februar 2019

---

# Impressum

**Thema:**

Kriterien für den gezielten Datenabgleich in der Datenvalidierung nach QSKH-RL. Addendum zum Abschlussbericht

**Ansprechpartnerin:**

Anna Maria Steinmann

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

17. November 2017

**Datum der Abgabe:**

5. Februar 2019

**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

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
1 Hintergrund .....	5
2 Kriterien und Prüfmethodik für besonders und erheblich häufige Dokumentationsfehler .....	6
2.1 Dokumentationsfehler von besonderer Häufigkeit über alle Datenfelder und Fälle hinweg .....	6
2.2 Dokumentationsfehler von erheblicher Häufigkeit über alle Datenfelder und Fälle hinweg .....	8
2.3 Weitere Aspekte zu Kriterien und Prüfmethodik von Dokumentationsfehler von besonderer und erheblicher Häufigkeit.....	9
3 Weitere Gegenstände der Beauftragung .....	12
3.1 Bewertungskriterien .....	12
3.2 Veröffentlichung der Ergebnisse des Datenabgleichs in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser.....	13
3.3 Prüfung nicht übermittelter Fälle .....	15
3.4 Spezifikation des Bundeseinheitlichen Prüfberichts.....	15
3.5 Entwicklung eines Erfassungstools für die prüfenden Stellen für den Datenabgleich vor Ort.....	16
Literatur.....	17

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fehldokumentationsrate für besonders häufige Dokumentationsfehler .....	8
Tabelle 2: Fehldokumentationsrate für erheblich häufige Dokumentationsfehler .....	9
Tabelle 3: QS-Verfahren und Anzahl der Standorte für den gezielten Datenabgleich 2019 .....	10

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gezielter Datenabgleich nach besonders häufigen Dokumentationsfehlern und sofortige Benennung gegenüber dem Lenkungsgremium bei erheblichen Dokumentationsfehlern.....	11
---	----

# 1 Hintergrund

Mit Beschluss vom 17. November 2017 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG, Kriterien für die Anhaltspunkte zu definieren, wann im Rahmen der Datenvalidierung nach § 9 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) die Dokumentationsqualität eines Krankenhausstandortes durch einen gezielten Datenabgleich der QS-Dokumentation mit der Primärdokumentation überprüft werden soll, und Kriterien zu entwickeln, wie die Qualität der Dokumentation für die Qualitätssicherung bewertet werden soll (G-BA 2017).

Laut § 9 Abs. 3 QSKH-RL erfolgt ein gezielter Datenabgleich zur Überprüfung der Dokumentationsqualität

1. bei einem Krankenhausstandort, wenn im Vorjahr im Datenabgleich Dokumentationsfehler in besonderer Häufigkeit oder Relevanz festgestellt wurden,
2. bei wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten in der Statistischen Basisprüfung oder
3. bei festgestellter Nichtdokumentation eines Sentinel Events im Vorjahr.

Des Weiteren kann der Datenabgleich nach § 9 Abs. 3 Satz 3 QSKH-RL darüber hinaus bei weiteren Auffälligkeiten bezüglich der Dokumentationsqualität erfolgen.

Die Definitionen der Begriffe „besondere Häufigkeit“ oder „Relevanz“ sowie „wiederholte rechnerische Auffälligkeiten“ sind jedoch nicht in der QSKH-RL festgelegt, sondern werden laut § 9 Abs. 3 Satz 2 QSKH-RL dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA vom IQTIG vorgeschlagen.

Am 26. Juli 2018 wurde der Abschlussbericht zu den Kriterien für den gezielten Datenabgleich dem G-BA vorgelegt und im Anschluss in der AG esQS beraten. Beratungsergebnis war eine Überarbeitung des Berichts durch das IQTIG, insbesondere hinsichtlich der Definition der Kriterien und der Methodik. Das IQTIG hat daraufhin eine stufenweise Überarbeitung und Einführung des gezielten Datenabgleichs vorgeschlagen.

Hierfür wurde in einem ersten Schritt festgelegt, ab welcher Ausprägung von Auffälligkeiten ein gezielter Datenabgleich im Folgejahr für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich des Vorjahres für das Kriterium zu Dokumentationsfehlern von besonderer und erheblicher **Häufigkeit** (Häufigkeitskriterium) erfolgen soll. Ebenso wurden die Bewertungskriterien für die Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs zum Häufigkeitskriterium festgelegt.

Eine Überarbeitung des Abschlussberichts (Stufe 1) wurde dem G-BA am 19. Dezember 2018 vorgelegt. Das hier vorliegende Addendum beinhaltet ergänzend die Kriterien und die Prüfmethodik zur Bestimmung von Häufigkeit von Dokumentationsfehlern nach § 9 Abs. 3 Satz 1 Nummer 1. **Detaillierte Begründungen zum Gegenstand der Beauftragung sowie zur Festlegung der Kriterien sind dem überarbeiteten Abschlussbericht vom 19. Dezember 2018 zu entnehmen.**

## 2 Kriterien und Prüfmethode für besonders und erheblich häufige Dokumentationsfehler

In dem vorliegenden Addendum des überarbeiteten Abschlussberichts vom 19. Dezember 2019 werden in diesem Kapitel die Kriterien für besonders/erheblich häufige Dokumentationsfehler definiert, sowie die statistische Auswertungsmethodik vorgeschlagen. Die Krankenhausstandorte für den gezielten Datenabgleich auf der Grundlage der Kriterien zur besonderen und erheblichen Häufigkeit sollen zum 15.04.2019 erstmals ermittelt werden und für das EJ 2018 vor Ort erneut im Rahmen einer Zweiterfassung datenvalidiert werden. Hierfür schlägt das IQTIG die in Kapitel 2 vorgestellten Kriterien für besondere und erhebliche Häufigkeit als Teilaspekte des Gegenstands der Beauftragung Nr. I.1. und I.4. zum Beschluss vor.

### 2.1 Dokumentationsfehler von besonderer Häufigkeit über alle Datenfelder und Fälle hinweg

#### Teilaspekt des Gegenstands der Beauftragung Nr. I.1

Auf Basis der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich (Zufallsstichprobe) des Vorjahres wird folgendes Kriterium für die Auslösung eines erneuten Datenabgleichs bei einem Krankenhausstandort vorgeschlagen:

Zur Beurteilung, ob im betrachteten Erfassungsjahr bei einem Krankenhausstandort Dokumentationsfehler von besonderer Häufigkeit vorliegen, wird die Übereinstimmungsrate über alle Datenfelder und Fälle hinweg herangezogen. Die Übereinstimmungsrate der Stichprobe im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich berechnet sich als Anteil der Datenfelder unter allen überprüften Datenfeldern, für die im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich QS-Daten und Zweiterfassungsdaten übereinstimmen. Umgekehrt bezeichnet die Fehldokumentationsrate der Stichprobe den Anteil der Datenfelder, für die keine Übereinstimmung festgestellt werden konnte:

$$\frac{\text{Anzahl Fehldokumentationen i. d. Stichprobe}}{\text{Anzahl betrachteter Datenfelder aller Fälle i. d. Stichprobe}}$$

In die Berechnung der Fehldokumentationsrate fließen alle Datenfelder ein, für die ein Datenabgleich stattgefunden hat, wobei die folgenden zusätzlichen Regeln gelten:

#### 1. Filterfelder und von ihnen abhängige Felder:

- a) Ist das Kriterium des Filterfeldes erfüllt (=abhängige Felder sind ausfüllbar) und der Wert des Filterfeldes stimmt mit den QS-Daten überein, dann werden nur die Übereinstimmungen der abhängigen Felder (nicht das Filterfeld) bewertet.
- b) Ist das Kriterium des Filterfeldes nicht erfüllt (=abhängige Felder sind nicht ausfüllbar) oder der Wert des Filterfeldes stimmt nicht mit den QS-Daten überein, dann wird nur die Übereinstimmung des Filterfeldes (nicht die abhängigen Felder) bewertet.

2. Mehrfachfelder: Statt einer dichotomen Einstufung wird hier die zur Bewertung hier der Anteil der übereinstimmenden Werte in der Mehrfachauswahl herangezogen.
3. Datenfelder, bei denen eine „mangelhafte Spezifikation“ vonseiten des IQTIG vorliegt, werden aus der Berechnung ausgeschlossen.

Wenn  $n$  die Anzahl der in diesem Sinne für die Berechnung der Fehldokumentationsrate der Stichprobe (FS) betrachteten Datenfelder aller untersuchter Fälle bezeichnet, berechnet sich FS als Anteilswert zwischen 0 und 1 damit wie folgt:

$$FS = 1 - \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$$

Dabei ist  $x_i = 1$  im Falle einer Übereinstimmung für Datenfeld  $i$  und  $x_i = 0$  im Falle einer Abweichung. Der Index  $i$  läuft hier nur über diejenigen Datenfelder, die in die Berechnung der Fehldokumentationsrate der Stichprobe eingehen – insbesondere sind die oben genannten Regeln für Filterfelder und deren abhängige Felder sowie für Datenfelder mit „mangelhafter Spezifikation“ zu beachten. Falls Feld  $i$  ein Mehrfachfeld ist, berechnet sich  $x_i$  als Wert zwischen 0 und 1 aus dem Anteil der übereinstimmenden Werte in der Mehrfachauswahl unter allen unterschiedlichen Werten, die in der QS-Dokumentation oder in der Patientenakte für den betrachteten Fall dokumentiert wurden.

Bei dem vorgeschlagenen statistischen Verfahren wird berücksichtigt, dass im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich in Abhängigkeit von der Zahl der dort behandelten Fälle u.U. nur ein kleiner Teil aller tatsächlich in dem jeweiligen Krankenhausstandort für das jeweilige QS-Verfahren dokumentierten Fälle überprüft wird.

Besonders häufige Dokumentationsfehler liegen vor, wenn für einen Krankenhausstandort auch unter Berücksichtigung der sich hieraus ergebenden Stichprobenunsicherheit davon auszugehen ist, dass bezogen auf alle in dem jeweiligen QS-Verfahren dokumentierten Fälle eine Gesamtfehldokumentationsrate von  $> 10\%$  über alle betrachteten Felder und alle Fälle vorliegt. Zur Entscheidung, ob das Kriterium erfüllt ist, wird die für den betrachteten Standort gezogene Zufallsstichprobe von 20 Fällen gemäß QSKH-RL herangezogen.

Für Krankenhausstandorte mit vier bis 20 Fällen im betrachteten QS-Verfahren entspricht die Stichprobe der Grundgesamtheit aller dokumentierten Fälle. Für diese Standorte ist das Kriterium erfüllt, sobald die Fehldokumentationsrate in der Stichprobe  $> 10\%$  beträgt.

Für Krankenhausstandorte mit mehr als 20 dokumentierten Fällen im betrachteten QS-Verfahren wird ein statistisches Verfahren angewendet, um zu bewerten, ob genügend Evidenz gegen die Hypothese vorliegt, dass die Fehldokumentationsrate des Krankenhausstandortes  $\leq 10\%$  beträgt. Hierzu wird ein einseitiges 95 %-Vertrauensintervall für die Gesamtfehldokumentationsrate berechnet. Liegt die untere Grenze dieses Vertrauensintervalls über  $10\%$ , so liegen besonders häufige Dokumentationsfehler vor.

In der Konsequenz bedeutet dies, dass hier ggf. eine höhere Fehldokumentationsrate als  $10\%$  in der untersuchten Stichprobe vorliegen muss, damit das Kriterium erfüllt ist. Die minimale Fehldokumentationsrate in der Stichprobe, ab der im Sinne der hier vorgeschlagenen Definition



besonders häufige Dokumentationsfehler vorliegen, ist für zwei Beispielsituationen exemplarisch in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Fehldokumentationsrate für besonders häufige Dokumentationsfehler

Anzahl Fälle des KH	„Kleines“ QS-Verfahren (8 Datenfelder pro Fall)	„Großes“ QS-Verfahren (40 Datenfelder pro Fall)
10 (alle Fälle in Stichprobe)	FS > 10,000 %	FS > 10,000 %
20 (alle Fälle in Stichprobe)	FS > 10,000 %	FS > 10,000 %
30 (Stichprobe 20 Fälle)	FS > 11,875 %	FS > 11,000 %
50 (Stichprobe 20 Fälle)	FS > 12,000 %	FS > 11,250 %
100 (Stichprobe 20 Fälle)	FS > 13,125 %	FS > 11,500 %
1000 (Stichprobe 20 Fälle)	FS > 13,750 %	FS > 11,750 %

Tabelle 1 bezieht sich auf die oben dargelegte Formel für FS. Sie stellt für zwei vereinfachte Beispielfälle dar, ab welcher Fehldokumentationsrate in der Stichprobe gemäß dem verwendeten statistischen Verfahren besonders häufige Dokumentationsfehler vorliegen.

## 2.2 Dokumentationsfehler von erheblicher Häufigkeit über alle Datenfelder und Fälle hinweg

### Teilaspekt des Gegenstands der Beauftragung Nr. I.4

Die QSKH-RL sieht seit 2018 vor, dass Krankenhausstandorte, bei denen erhebliche Dokumentationsmängel vorliegen, gegenüber dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA (direkte Verfahren) bzw. dem zuständigen Lenkungsgremium auf Landesebene (indirekte Verfahren) zu benennen sind (§ 13 Abs. 3 Satz 2 QSKH-RL). Weist ein Krankenhausstandort mindestens 15 % Dokumentationsfehler im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich auf, kann davon ausgegangen werden, dass die Defizite im Bereich der Dokumentationsqualität so gravierend sind, dass eine sofortige Benennung an das zuständige Lenkungsgremium auf Landesebene bzw. den Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA nötig ist.

Krankenhausstandorte, bei denen auch unter Berücksichtigung der sich aus der Stichprobenziehung ergebenden statistischen Unsicherheit davon auszugehen ist, dass sie bezogen auf alle in dem jeweiligen QS-Verfahren dokumentierten Fälle eine Fehldokumentationsrate von > 15 % aufweisen, werden somit gegenüber dem Lenkungsgremium auf Landesebene / dem Unterausschuss Qualitätssicherung benannt.

Die Berechnung dieses Kriteriums erfolgt analog zu der Darstellung zum Kriterium für besonders häufige Dokumentationsfehler (mit entsprechend höherem Grenzwert von > 15 %); vgl. Tabelle 2 für die zwei Beispielsituationen.

Tabelle 2: Fehldokumentationsrate für erheblich häufige Dokumentationsfehler

Anzahl Fälle des KH	„Kleines“ QS-Verfahren (8 Datenfelder pro Fall)	„Großes“ QS-Verfahren (40 Datenfelder pro Fall)
10 (alle Fälle in Stichprobe)	FS > 15,000 %	FS > 15,000 %
20 (alle Fälle in Stichprobe)	FS > 15,000 %	FS > 15,000 %
30 (Stichprobe 20 Fälle)	FS > 17,500 %	FS > 16,125 %
50 (Stichprobe 20 Fälle)	FS > 18,125 %	FS > 16,500 %
100 (Stichprobe 20 Fälle)	FS > 18,750 %	FS > 16,750 %
1000 (Stichprobe 20 Fälle)	FS > 19,375 %	FS > 17,000 %

Tabelle 2 bezieht sich auf die oben dargelegte Formel für FS. Sie stellt für zwei vereinfachte Beispielfälle dar, ab welcher Fehldokumentationsrate in der Stichprobe gemäß dem verwendeten statistischen Verfahren erheblich häufige Dokumentationsfehler vorliegen.

### 2.3 Weitere Aspekte zu Kriterien und Prüfmethodik von Dokumentationsfehler von besonderer und erheblicher Häufigkeit

#### Ausschluss von Datenfeldern mit Spezifikationsmängeln

Als Grundlage für die Anwendung der Kriterien sollen nur Dokumentationsfehler dienen, die einen Hinweis auf Dokumentationsdefizite eines Krankenhausstandortes darstellen und von diesem auch behoben werden können. Sind Dokumentationsfehler auf Mängel in der Spezifikation (etwa unzureichend beschriebene oder fehlende Datenfelder, unzureichende Ausfüllhinweise oder Plausibilitätsregeln) zurückzuführen, so müssen diese Probleme vom IQTIG für künftige Erfassungsjahre gelöst werden. Der Hinweis, bzw. die Feststellung einer unzureichenden Spezifikation eines Datenfeldes ergibt sich erst aufgrund der Auswertung der Ergebnisse des Datenabgleichs vor Ort und somit retrospektiv. Folglich werden diese Datenfelder aus der Berechnung der Ergebnisse ausgeschlossen. Um Datenfelder zu identifizieren, bei denen die Dokumentationsfehler in der Verantwortung des IQTIG liegen könnten, wird Folgendes definiert: Datenfelder, bei denen **über alle überprüften Krankenhausstandorte** hinweg im Vorjahr > 15 % Dokumentationsfehler auftreten, werden in Hinblick auf mögliche Spezifikationsmängel begutachtet. Diese Begutachtung erfolgt durch das IQTIG in Absprache mit Expertinnen und Experten. Auf Grundlage dieser Begutachtung wird entschieden, ob ein Datenfeld mangelhaft spezifiziert ist und aus der Berechnung der Kriterien ausgeschlossen wird.

#### Standorte für den gezielten Datenabgleich 2019

Für den gezielten Datenabgleich im Jahr 2019 kommen die drei Verfahren, welche im Jahr 2018 im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich waren, potentiell in Betracht:

- 17/1: Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
- 09/2: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
- HCH-KCH: Koronarchirurgie, isoliert

Für das direkte Verfahren HCH-KCH liegen die Ergebnisse bereits vor. Kein überprüfter Standort erfüllt das Kriterium der besonderen Häufigkeit, weshalb für dieses QS-Verfahren kein gezielter Datenabgleich aufgrund des festgelegten Häufigkeitskriteriums vorgenommen werden muss. Für die zwei indirekten Verfahren können zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Aussagen getroffen werden.

Tabelle 3: QS-Verfahren und Anzahl der Standorte für den gezielten Datenabgleich 2019

QS-Verfahren	Standorte		Fälle die max. gezogen werden	Anzahl des max. Datenfeldabgleichs
	Besondere Häufigkeit > 10%	Erhebliche Häufigkeit > 15%		
17/1	n.a	n.a	n=20	n=34
09/2	n.a	n.a	n=20	n=17
HCH-KCH	0	0	n=20	n=40

### Hinweise des IQTIG zum Umgang mit Dokumentationsfehlern von besonderer oder erheblicher Häufigkeit

Die Dokumentationsqualität von Krankenhausstandorten mit besonders häufigen Dokumentationsfehlern wird in einer erneuten Überprüfung gezielt in Augenschein genommen, um Verbesserungen in der Dokumentationsqualität zu erreichen. Das verantwortliche Gremium nach § 14 QSKH-RL soll im Nachhinein unabhängig von den Auswertungsergebnissen über diese informiert werden. Da eine Veröffentlichung der Ergebnisse in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V vorgesehen ist, geschieht die Informationsweitergabe unabhängig davon, ob in der erneuten Überprüfung besonders häufige, relevante oder erheblich häufige oder relevante Dokumentationsfehler vorlagen. Die Einordnung der Ergebnisse des gezielten Datenabgleichs obliegt damit dem Gremium nach §14 QSKH-RL.

Eine sofortige Entanonymisierung gegenüber dem Lenkungsgremium auf Landesebene bzw. dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA erfolgt, wenn die im Rahmen der Stichprobenprüfung durch das IQTIG bzw. der zuständigen Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung festgestellten Dokumentationsmängel so erheblich sind, dass sofort Maßnahmen angeraten sind und eine erneute Überprüfung als nicht ausreichend erscheint. Der Unterausschuss Qualitätssicherung bzw. das zuständige Lenkungsgremium auf Landesebene können sich bei der Einordnung der Ergebnisse an den vom IQTIG vorgeschlagenen Kriterien zu besonders häufigen oder relevanten Dokumentationsfehlern orientieren.

Grundsätzlich ist jedoch zu beachten, dass aufgrund der geringen Stichprobengröße von 20 Fällen ein Vergleich der Ergebnisse mit den Ergebnissen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im Vorjahr im Sinne einer **Trendaussage nur eingeschränkt möglich** ist. Daher empfiehlt das IQTIG dem jeweils zuständigen Gremium nach §14 QSKH-RL, die zeitliche Entwicklung der

Fehldokumentationsraten in den beiden Stichproben nicht in die Bewertung der Dokumentationsfehler einzubeziehen.

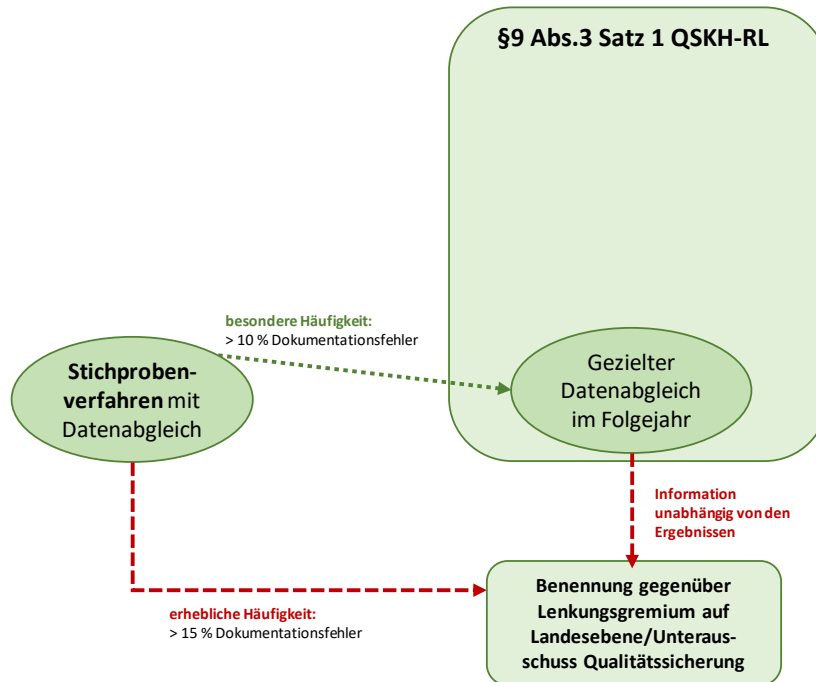


Abbildung 1: Gezielter Datenabgleich nach besonders häufigen Dokumentationsfehlern und sofortige Benennung gegenüber dem Lenkungsgremium bei erheblichen Dokumentationsfehlern

## 3 Weitere Gegenstände der Beauftragung

In der vorliegenden Synopse des überarbeiteten Abschlussberichts vom 19. Dezember 2019 werden in diesem Kapitel weitere Punkte der Beauftragung dargelegt. Detaillierte Begründungen zu den jeweiligen Punkten der Beauftragung sind dem überarbeiteten Abschlussbericht vom 19. Dezember 2018 zu entnehmen. Das IQTIG schlägt die in Kapitel 3 vorgestellten Kriterien und Ausarbeitungen für den Gegenstand der Beauftragung Nr.1.3, Teilaspekt zu Nr. 1.5, Nr. 1.6., Nr. 1.7, und Nr. 1.8 zum Beschluss vor.

### 3.1 Bewertungskriterien

#### Teilaspekt des Gegenstands der Beauftragung Nr. 1.5

Mit Beschluss vom 17. November 2017 wurde das IQTIG außerdem vom G-BA beauftragt, Bewertungskriterien für die Ergebnisse des Dokumentationsqualitätsabgleichs für den Bericht zur Datenvalidierung zu entwickeln und die bisher verwendeten Kategorien „verbesserungswürdig“, „gut“ und „hervorragend“ zu überarbeiten.

Konkordant zur Argumentationslogik für den Vorschlag des Kriteriums zur besonderen Häufigkeit (Gesamtübereinstimmungsrate der Dokumentationsfehler über alle Datenfelder und Fälle hinweg wird vorgeschlagen, die Bewertung der Dokumentationsqualität pro Standort (Gesamtübereinstimmungsrate pro Krankenhausstandort in einem QS-Verfahren) und standortübergreifend (Gesamtübereinstimmungsrate für alle Krankenhausstandorte in einem QS-Verfahren) zu bewerten. Die Bewertung der Dokumentationsqualität auf der QS-Verfahrenebene sollte daher auf die gleiche Weise wie die Bewertung der Qualität durch die Qualitätsindikatoren erfolgen. Es wird vorgeschlagen, die bisherigen Bewertungskriterien („hervorragend“, „gut“ und „verbesserungsbedürftig“) durch ein binäres Bewertungsschema abzulösen.

Auf Grundlage der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleichs soll die Dokumentationsqualität als **defizitär** bewertet werden, falls das definierte Kriterium für besondere Häufigkeit von Dokumentationsfehlern für den Grenzwert von 5 % Gesamtfehldokumentationsrate verletzt wird oder auf Grundlage des im Verlauf des Jahres 2019 zu entwickelnden Relevanzkriteriums<sup>1</sup> die Dokumentationsqualität als entsprechend **defizitäre Dokumentationsqualität** kategorisiert wird.

Ansonsten werden die Ergebnisse des Datenabgleichs als **gute Dokumentationsqualität** kategorisiert.

Bei der Beurteilung der Dokumentationsqualität eines Datenfeldes über alle überprüften Krankenhausstandorte hinweg wird auf die erarbeitete Definition zurückgegriffen, nach der Datenfelder mit  $\geq 15$  % Dokumentationsfehler über alle überprüften Krankenhausstandorte hinweg auf

---

<sup>1</sup> Besondere und erhebliche Relevanz werden in einer weiteren Bearbeitung noch definiert. Teilaspekt des Gegenstands der Beauftragung Nr. 1.1 und Nr. 1.3

mögliche Spezifikationsmängel begutachtet werden. Bei diesen Datenfeldern wird bei korrekter Spezifikation auch eine defizitäre Dokumentationsqualität angenommen.

Eine Bewertung der Fehldokumentationen auf Datenfeldebene, allein auf Basis des Häufigkeitskriteriums wird zum aktuellen Zeitpunkt als ungeeignet eingestuft. Bei Anwendung desselben Grenzwertes würde bereits eine Fehldokumentation pro Datenfeld (auf Standortebezug) ausreichen um die Dokumentationsqualität dieses Datenfeldes als defizitär zu bewerten. Daher soll eine abermalige Überprüfung der Bewertungslogik für die Datenfeldebene bei Entwicklung des Kriteriums zur besonderen und erheblichen Relevanz erfolgen. Die Dokumentationsqualität auf Datenfeldebene wird allerdings weiterhin im Bericht zur Datenvalidierung nach §15 Abs. 2 QSKH-RL berichtet.

### **3.2 Veröffentlichung der Ergebnisse des Datenabgleichs in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser**

#### **Gegenstands der Beauftragung Nr. I.7**

Die Krankenhäuser sind nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte auf ihrer eigenen Webseite zu veröffentlichen. Nach § 136b Abs. 6 und 7 sind zudem der G-BA sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, die Ergebnisse im Internet zu veröffentlichen. Für die Veröffentlichung der Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens in den Qualitätsberichten nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V werden die im Folgenden genannten Formulierungen vorgeschlagen.

#### **Berichterstattung nach Stichprobenverfahren mit Datenabgleich**

Wenn die Dokumentationsqualität eines Krankenhausstandortes im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich überprüft wurde:

*Der Krankenhausstandort wurde zufällig für eine Überprüfung der Dokumentationsqualität im QS-Verfahren [jeweiliges QS-Verfahren der Zufallsstichprobe] im Erfassungsjahr [jeweiliges Erfassungsjahr] ausgewählt.*

Falls der Krankenhausstandort keine Auffälligkeiten bei den Dokumentationsfehlern bei besonderer (und erheblicher) Häufigkeit und bei besonderer (und erheblicher) Relevanz zeigt und die Fehldokumentationsrate für das ausgewählte QS-Verfahren  $\leq 5\%$  beträgt, wird folgende Formulierung in die Qualitätsberichte aufgenommen:

*Es gab keine Hinweise auf Defizite in der Dokumentationsqualität.*

Falls die Fehldokumentationsrate für das ausgewählte QS-Verfahren  $> 5\%$  und  $\leq 10\%$  liegt wird folgende Formulierung verwendet:

*Es wurden Dokumentationsfehler festgestellt. Es liegt im Ermessen der jeweils zuständigen Entscheidungsebene nach § 9 Abs. 3 Satz 3 QSKH-RL, einen weiteren Datenabgleich vorzunehmen.*

Bei Auffälligkeiten aufgrund von Dokumentationsfehlern von besonderer Häufigkeit oder Relevanz<sup>2</sup> wird folgende Formulierung verwendet:

*Es wurden Dokumentationsfehler in besonderer Häufigkeit/Relevanz festgestellt. Die Dokumentationsqualität wird im nächsten Jahr erneut überprüft.*

Falls der Krankenhausstandort bei Dokumentationsmängeln von erheblicher Häufigkeit (> 15%) oder erheblicher Relevanz<sup>3</sup> auffällig wurde, wird folgendes berichtet:

*Es wurden Dokumentationsmängel in erheblicher Häufigkeit/Relevanz festgestellt. Das verantwortliche Gremium auf Landes- oder Bundesebene (§ 13 Abs. 3 Satz 2 QSKH-RL) wurde über diese Dokumentationsmängel informiert und entscheidet über weitere Maßnahmen.*

### **Berichterstattung nach gezieltem Datenabgleich**

Wird die Dokumentationsqualität eines Krankenhausstandortes aufgrund von Dokumentationsfehlern von besonderer Häufigkeit oder Relevanz im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich oder aufgrund von Auffälligkeiten in der Statistischen Basisprüfung<sup>4</sup> im Vorjahr und Auffälligkeiten von besonderer Häufigkeit oder Relevanz in einem gezielten Datenabgleich wiederholt überprüft, wird folgende Formulierung verwendet:

*Bei diesem Krankenhausstandort gab es im vorherigen Jahr Dokumentationsfehler. Daher wurde dieser Krankenhausstandort erneut für eine Überprüfung der Dokumentationsqualität im QS-Verfahren [jeweiliges QS-Verfahren der Zufallsstichprobe] ausgewählt. Es wurden die Daten des Erfassungsjahres [Erfassungsjahr der Zufallsstichprobe +1] überprüft.*

Falls es nach Überprüfung der Dokumentationsqualität keine Hinweise auf eine defizitäre Dokumentationsqualität gab, wird folgende Formulierung in den Qualitätsbericht ergänzend aufgenommen werden:

*Es gab keine Hinweise auf Defizite in der Dokumentationsqualität. Das Ergebnis der erneuten Überprüfung wurde dem nach §14 QSKH-RL verantwortlichen Gremium mitgeteilt “*

Falls sich bei dem Krankenhausstandort nach gezieltem Datenabgleich Dokumentationsfehler zeigten, wird Folgendes berichtet:

*Es wurden wiederholt Dokumentationsfehler festgestellt. Das verantwortliche Gremium auf Landes- oder Bundesebene (§ 14 QSKH-RL) entscheidet über weitere Maßnahmen.*

---

<sup>2</sup> Besondere Relevanz wird in einer weiteren Bearbeitung noch definiert. Teilaspekt des Gegenstands der Beauftragung Nr. I.1

<sup>3</sup> Erhebliche Relevanz wird in einer weiteren Bearbeitung noch definiert. Teilaspekt des Gegenstands der Beauftragung Nr. I.3

<sup>4</sup> Wiederholte Auffälligkeiten in der statistischen Basisprüfung werden in der weiteren Bearbeitung noch definiert. **Gegenstand der Beauftragung Nr. I.2**

### 3.3 Prüfung nicht übermittelter Fälle

#### Gegenstands der Beauftragung Nr. I.3

Die Krankenhausstandorte sind nach § 23 QSKH-RL verpflichtet, die QS-Dokumentation zu allen Fällen, die durch den QS-Filter des jeweiligen QS-Verfahrens ausgelöst wurden, an die auf der Landesebene beauftragten Stellen zu übermitteln (Ist-Fälle) und zugleich eine Konformitätserklärung über die Richtigkeit dieser übermittelten Daten abzugeben. Wenn Krankenhausstandorte nicht alle zu dokumentierenden Fälle an die auf der Landesebene beauftragten Stellen übermitteln, verletzen sie das Vollzähligkeitskriterium. Um die Dokumentationsqualität eines Falles zu überprüfen, wird ein Abgleich zwischen der QS-Daten und der Patientenakte vorgenommen. Da bei den nicht übermittelten Fällen keine QS-Daten übermittelt wurden, kann kein Abgleich der QS-Daten mit der Patientenakte erfolgen. Somit ist auch eine zufällige Identifizierung eines nicht übermittelten Falls im Rahmen eines Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich ausgeschlossen.

Sowohl durch das Verfahren nach § 23 QSKH-RL, als auch durch die Auffälligkeitskriterien zur Unterdokumentation der statistischen Basisprüfung kann auf Krankenhaus- (und Standort)ebene die Anzahl nicht übermittelter Fälle festgestellt werden. Eine Sanktionierung durch Qualitätssicherungsabschläge auf Krankenhausebene erfolgt durch § 24 QSKH-RL. Gründen für eine rechnerisch auffällige Unterdokumentation kann auf Standortebene durch einen strukturierten Dialog nach § 11-14 QSKH-RL nachgegangen werden. Nach § 9 Abs.9 QSKH-RL ist beabsichtigt die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens (inkl. der Berichterstattung des gezielten Datenabgleichs in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen. Dadurch bestünde zukünftig die Möglichkeit, die Anzahl nicht übermittelter Fälle auf AK-Ebene (und somit inkl. Referenzbereich) zu veröffentlichen.

### 3.4 Spezifikation des Bundeseinheitlichen Prüfberichts

#### Gegenstands der Beauftragung Nr. I.6

Der bundeseinheitliche Prüfbericht enthält je Krankenhausstandort die Ergebnisse des Abgleichs für alle zweiterfassten Datenfelder sowie die Informationen, welche Informationen je Datenfeld für die externe stationäre Qualitätssicherung dokumentiert wurden und welche Informationen je Datenfeld aus der Patientenakte im Krankenhaus entnommen wurden. Zudem wird eine Zusammenfassung pro Datenfeld auf Krankenhausebene ausgegeben. So können die Krankenhäuser unmittelbar im Anschluss an die Dokumentationsüberprüfung sehen, bei welchen Datenfeldern mögliche Defizite in der Dokumentationsqualität vorliegen bzw. wo es Verbesserungspotenzial gibt. Das unter Gegenstand der Beauftragung I.8 entwickelte Erfassungstool wird künftig den bundeseinheitlichen Prüfbericht automatisch erstellen.



### 3.5 Entwicklung eines Erfassungstools für die prüfenden Stellen für den Datenabgleich vor Ort.

#### Gegenstands der Beauftragung Nr. I.8

Um einer einheitlichen Datenvalidierung zu entsprechen, hat das IQTIG beschlossen, ein Erfassungstool zu entwickeln, das nicht nur ausschließlich für die Datenvalidierung nach § 9 QSKH-RL genutzt werden kann, sondern eine Software umzusetzen, die allen Bedürfnissen und Aufgabenstellungen der Datenvalidierung nach QSKH-RL, der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) und der DeQS-RL entspricht.

Das neue Erfassungstool für die Zweiterfassung mit Datenabgleich erfüllt folgende Kriterien:

- Schnelle Bereitstellung für ein Erfassungsjahr
- Flexible Auswahl von Erfassungsfeldern
- Wartbarkeit
- Leichte Testbarkeit
- Stabilität

Eine schnelle Bereitstellung des Erfassungstools wird dadurch erreicht, dass die Datenfelder der QS-Verfahren automatisch **aus der Spezifikation des zugrundeliegenden Erfassungsjahres** gelesen werden.

Trotz gleicher Menüpunkte wurde die Stabilität des neuen Zweiterfassungstools deutlich erhöht werden, indem bekannte potentielle Fehlerquellen durch entsprechende Prüffunktionen oder Absicherungen ausgeschlossen wurden. Zudem kommen Komponenten zum Einsatz, mit denen die Anforderungen besser erfüllt werden, als es mit MS Access möglich war.

Das neue Tool wurde auf Basis der Programmiersprache Java erstellt, da der Verbreitungsgrad und die Plattformunabhängigkeit von Java wichtige Vorteile dieser Programmiersprache darstellen. Die Plattformunabhängigkeit stellt sicher, dass das Erfassungstool für die Anwenderinnen und Anwender in verschiedensten Umgebungen eingesetzt werden kann.

**Detaillierte Beschreibungen und Begründungen zum Gegenstand der Beauftragung Nr. I.8. sind dem Abschlussbericht „Erfassungstool für die Zweiterfassung mit Datenabgleich“ vom 31. Oktober 2018 zu entnehmen.**

## Literatur

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Entwicklung von Kriterien zu Anhaltspunkten für den gezielten Datenabgleich der Datenvalidierung nach § 9 QSKH-RL (n. F.) und zur Bewertung der Datenvalidität - einschließlich Erfassungstool und einheitlichem Berichtsformat. [Stand:] 17.11.2017. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3135/2017-11-17\\_IQTIG-Beauftragung-Datenvalidierung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3135/2017-11-17_IQTIG-Beauftragung-Datenvalidierung.pdf) (abgerufen am: 17.07.2018).