



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# Mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate

Bericht zur Umsetzung des Konzepts für die Erfassung und Veröffentlichung von Hinweisen im Regelbetrieb gemäß § 24 QSKH-RL

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Februar 2018

---

# Impressum

**Thema:**

Mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate. Bericht zur Umsetzung des Konzepts für die Erfassung und Veröffentlichung von Hinweisen im Regelbetrieb gemäß § 24 QSKH-RL

**Ansprechpartner:**

Dr. Jens Meier

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum des Auftrags:**

18. Januar 2018

**Datum der Abgabe:**

28. Februar 2018

**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	Hintergrund .....	4
2	Datenquellen .....	6
2.1	Datenvalidierung.....	6
2.2	Qualitätsreport.....	7
2.3	Fachveranstaltungen und Expertenworkshops.....	7
2.4	Initiale Gründe für Unterdokumentation.....	7
3	Erhebung von Hinweisen auf mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate.....	9
3.1	Informationsquellen.....	9
3.2	Erhebung der Hinweise über einen Erfassungsbogen .....	9
4	Aufarbeitung und Bewertung der Hinweise.....	11
4.1	Kriterien zur Bewertung der Hinweise .....	11
4.2	Etablierung einer IQTIG-internen Fachgruppe.....	11
4.3	Durchführung und Ergebnisse der ersten Fachgruppensitzung .....	12
5	Veröffentlichung der Hinweise auf den Webseiten des IQTIG .....	13
6	Zusammenfassung.....	14
	Anhang .....	15
	Organisation des Datenmanagements.....	16
	Fehlerhafte Standortangaben .....	16
	Follow-up für Transplantationsverfahren .....	17
	Erfassung von Teildatensätzen / fehlende Dokumentation von Prozeduren bei Mehrfacheingriffen.....	17
	Organisatorische Probleme bei der QS-Dokumentation von Verbringungsfällen .....	18
	Personelle Ursachen.....	18
	Heterogene IT-Landschaften .....	19
	Prozessfehler durch Umstrukturierung und Softwarewechsel .....	19
	Softwareprobleme.....	20

# 1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fordert in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) ab dem Erfassungsjahr 2018 für alle Leistungsbereiche eine Dokumentationsrate von 100 Prozent. In den Leistungsbereichen der Transplantationsmedizin wird bereits jetzt eine 100-Prozent-Dokumentationsrate gefordert. Dort wird ein Qualitätssicherungsabschlag von 2.500 Euro pro nicht geliefertem QS-Datensatz festgelegt. Bei einer über mindestens zwei Jahre stattfindenden Unterdokumentation erhöht sich der Abschlag auf 5.000 Euro je nicht geliefertem QS-Datensatz. Für alle weiteren Leistungsbereiche galt bis zum Erfassungsjahr 2017 eine Dokumentationsrate von mindestens 95 Prozent. Bei einer Unterschreitung dieser Dokumentationsrate wurde ein Qualitätssicherungsabschlag von 150 Euro pro nicht geliefertem QS-Datensatz festgelegt, der sich bei einer Unterdokumentation in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Jahren auf 300 Euro erhöht.

Die Angleichung der Dokumentationsrate auf 100 Prozent stellt einen wichtigen Schritt in der externen Qualitätssicherung dar, um Verzerrungen der Ergebnisse der Qualitätsmessung durch eine mangelnde Vollzähligkeit zu minimieren und somit einen fairen Leistungserbringervergleich zu fördern. Jedoch birgt diese Angleichung auch Risiken in der praktischen Ausgestaltung im Routinebetrieb. Insbesondere ist die Durchführung des Strukturierten Dialogs zu nennen, da die Anzahl der auffälligen Leistungserbringer voraussichtlich um ein Vielfaches ansteigen wird. Dies hat zur Folge, dass sich auch die Arbeitslast der auf Landesebene beauftragten Stellen zur Durchführung des Strukturierten Dialogs vervielfachen wird. Weiterhin wird sich ein stärkerer Fokus auf die Gründe richten, die zu der Unterdokumentation geführt haben und auf die Fragestellung, ob das Krankenhaus selbst an dieser Unterdokumentation Schuld hat.

Das IQTIG wurde gemäß § 24 QSKH-RL beauftragt, in einem regelhaften Prozess Hinweise auf mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate zu erheben, zu bewerten und auf den Webseiten zu veröffentlichen.<sup>1</sup> Diese Erhebung und Bewertung der Hinweise stellt unter zwei Gesichtspunkten einen wichtigen Schritt bei der Unterstützung der Leistungserbringer zur Erreichung einer 100-Prozent-Dokumentationsrate dar. Einerseits stellt die Erhebung und Aufarbeitung der Hinweise durch das IQTIG eine entscheidende Grundlage dar, um qualifizierte Aussagen über die Ursachen einer Unterdokumentation treffen zu können. Eine strukturierte Aufarbeitung der Ursachen gibt allen an der externen Qualitätssicherung beteiligten Institutionen die Möglichkeit, die in deren Zuständigkeitsbereich ermittelten Defizite zu erkennen und die notwendigen Schritte für eine Verbesserung einzuleiten. Andererseits geben die durch das IQTIG bewerteten und veröffentlichten Gründe für eine möglicherweise unverschuldete Unterdokumentation den Vertragspartnern bei den Pflegesatzverhandlungen qualifizierte Anhaltspunkte zur Beurteilung einer konkreten Situation. Letztlich dienen die Gründe auch dazu, den Leistungserbringern eine Grundlage zur Sicherstellung der

---

<sup>1</sup> [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3195/2018-01-18\\_IQTIG-Beauftragung-Umsetzung-Dokumentationsrate.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3195/2018-01-18_IQTIG-Beauftragung-Umsetzung-Dokumentationsrate.pdf)

Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement zu geben und somit dauerhaft die Prozesse und die Dokumentationsqualität zu verbessern.

## 2 Datenquellen

Die Ermittlung der Hinweise auf mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate sollte auf bereits in der externen Qualitätssicherung bestehenden Instrumenten aufbauen, sodass der entstehende Mehraufwand für alle Beteiligten so gering wie möglich gehalten wird. Es wurden im Rahmen dieser Beauftragung bestehende Instrumente der Datenvalidierung analysiert und auf Grundlage existierender Datenbestände eine Aufarbeitung bereits bekannter Begründungen für eine Unterdokumentation durchgeführt. Diese Rückmeldungen stuft das IQTIG noch nicht als finale Begründungen ein. Sie werden in den folgenden Abschnitten gemäß dem hier vorgeschlagenen methodischen Vorgehen bewertet und können bereits für das Erfassungsjahr 2018 in den Pflegesatzverhandlungen zur Bewertung konkreter Sachverhalte herangezogen werden. Ausgehend von den ermittelten Begründungen wurden erste Hauptkategorien entwickelt, in die konkrete Sachverhalte eingeordnet werden können.

### 2.1 Datenvalidierung

Die QSKH-RL fordert in § 9 eine Prüfung der Qualitätssicherungsdaten auf Validität. Dies erfolgt im Rahmen eines Datenvalidierungsverfahrens. Krankenhäuser können in einem Auffälligkeitskriterium zur Vollzähligkeit auffällig werden, wenn die Dokumentationsrate in einem Leistungsbereich weniger als 95 % oder mehr als 110 % beträgt. Hierfür erfolgt ein Abgleich der tatsächlich an das IQTIG übermittelten QS-Datensätze mit den Angaben in der Sollstatistik. Diese Vorgaben gelten seit dem Erfassungsjahr 2011 bis einschließlich 2017. Für die Leistungsbereiche der Transplantationsmedizin ist bereits eine Dokumentationsrate von 100 % verpflichtend und das entsprechende Auffälligkeitskriterium ist auf weniger als 100 % oder mehr als 110 % festgelegt. Die Datenvalidierung wird für indirekte Verfahren von der Landesebene durchgeführt und für direkte Verfahren durch das IQTIG.

Wird ein Leistungserbringer im Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation auffällig, wird im Rahmen der Datenvalidierung geprüft, ob tatsächlich eine Unterdokumentation vorlag, also ob der Soll-Ist-Abgleich korrekt war. Der Leistungserbringer wird demnach als qualitativ auffällig oder qualitativ unauffällig bewertet. Das Ergebnis der Prüfung wird mit der Möglichkeit eines zusätzlichen Kommentars als Freitext an das IQTIG übermittelt. Das Kommentarfeld kann detaillierte Informationen zum Sachverhalt enthalten, ist jedoch nicht verpflichtend und wird deshalb nicht immer ausgefüllt. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs sowie der Datenvalidierung werden in einem für beide Instrumente gemeinsamen Berichtsformat, der „Spezifikation des Datenformats zum Bericht über den Strukturierten Dialog“ dokumentiert und bei indirekten Verfahren in diesem Format von der Landesebene an das IQTIG übermittelt.

Die Ergebnisse der Datenvalidierung inklusive der für dieses Erfassungsjahr bekannten Begründungen für eine Unterdokumentation werden im Bericht zur Datenvalidierung zusammengefasst und durch das IQTIG veröffentlicht. Die Abschlussberichte der Erfassungsjahre 2011 bis 2015 wurden als Datengrundlage zur Themenerschließung genutzt.

## 2.2 Qualitätsreport

Im Qualitätsreport werden im Kapitel ‚Datenbasis‘ Informationen zur Datengrundlage und im speziellen zu Gründen für eine Unterdokumentation dargestellt. Diese Darstellung wird aus den Rückmeldungen der Verfahrensteilnehmer (z. B. Leistungserbringer, Landesebene, Softwareanbieter) an den Verfahrenssupport des IQTIG gewonnen und ist eine qualitative Einschätzung. Im Rahmen der Themenerschließung wurden der Qualitätsreport des AQUA-Instituts für das Erfassungsjahr 2014 und die Qualitätsreporte des IQTIG für die Erfassungsjahre 2015 und 2016 genutzt.

## 2.3 Fachveranstaltungen und Expertenworkshops

Das IQTIG führt in regelmäßigen Abständen Fachveranstaltungen und Expertenworkshops mit Verfahrensteilnehmern durch. In diesen wurde auf die Thematik „100-Prozent-Dokumentationsrate“ sowie mögliche Gründe für eine Unterdokumentation aufmerksam gemacht. Es wurden mögliche Ursachen durch das IQTIG präsentiert, gemeinsam mit den Teilnehmern beraten und durch Erfahrungen der Teilnehmer ergänzt.

## 2.4 Initiale Gründe für Unterdokumentation

Die Informationen aus den in den vorigen Abschnitten beschriebenen Datenquellen wurden aufgearbeitet und zusammengefasst. Das Ergebnis war eine Liste mit 25 Gründen, die bei den Leistungserbringern zu einer Unterdokumentation geführt haben:

### Gründe für eine Unterdokumentation

- Abteilung wurde geschlossen, Daten konnten nicht erhoben werden
- Aufgabenbezogene Kompetenz der Mitarbeiter im Hinblick auf Technik, Sprache, etc.
- Daten wurden dokumentiert, aber durch den zuständigen Mitarbeitenden nicht exportiert
- Erfassung von Teildatensätzen/fehlende Dokumentation von Prozeduren bei Mehrfacheingriffen
- Fehlende Berücksichtigung von unterjährigen Softwareupdates
- Fehlende Nachbearbeitung von Daten, die von der DAS zurückgewiesen wurden
- Fehlerhafte Sollstatistik wegen eines Software-/KIS-Wechsels
- Fehlerhafte Sollstatistik wegen mangelnder Endkontrolle bei der Unterzeichnung der Konformitätserklärung
- Fehlerhafte Standortangaben
- Follow-Up für Transplantationsverfahren
- Heterogene IT-Landschaften
- Inkorrekte Berücksichtigung der Fristen, innerhalb der Überlieger einbezogen werden müssen, daher ggf. kein Warnsignal der Unterdokumentation durch die Sollstatistik
- Mangelhafte Vertretungsregelungen
- Missachtung von Hinweisen und Fehlern in der Abrechnungs- und QS-Dokumentationssoftware
- Organisatorische Probleme bei der QS-Dokumentation von Verbringungsfällen
- Personalengpässe/Personalwechsel

- Prozessfehler durch Umstrukturierung (z.B. Fusionierung von Standorten oder Kliniken)
- Support durch den Softwarehersteller
- Technische Fehler in der QS-SW, korrekter Fallabschluss ist nicht möglich
- Überschreitung der Datenabgabefrist
- Unklare Verantwortungszuweisung zwischen unterschiedlichen Abteilungen
- Unterjährige Umstellung der Abrechnungs- oder QS-Software (z.B. durch Vertragsende oder Sonderkündigungsrechte)
- Unterjährige Umstellung von Softwareprodukten bedingt durch Fusionierung oder Trägerwechsel von Kliniken
- Unzureichende Berücksichtigung/Anpassungen im klinischen Behandlungsprozess um eine zeitgerechte, vollzählige und vollständige QS-Dokumentation zu ermöglichen
- Unzureichende Schulung/Einarbeitung der Mitarbeiter

## **3 Erhebung von Hinweisen auf mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate**

### **3.1 Informationsquellen**

Hinweise auf mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate sind primär vom Leistungserbringer selbst zu erheben, da dieser die QS-Dokumentation durchführt und somit von jeglichen Problemen, die zur Unterdokumentation führen können, direkt betroffen ist.

Probleme in Bezug auf KIS- oder QS-Software sind teilweise vom Leistungserbringer, teilweise auch vom Softwareanbieter bzw. dem Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) als konkreter Sachverhalt formulierbar. Beispielsweise sind folgende Sachverhalte unterscheidbar: Die IT-Abteilung des Krankenhauses spielt wichtige Updates nicht rechtzeitig ein und QS-Dokumentationsbögen lassen sich nicht abschließen. Dieser Sachverhalt ist durch das Krankenhaus selbst darstellbar. In einem anderen Fall lässt sich wiederum ein QS-Dokumentationsbogen nicht abschließen, jedoch tritt dieses Problem aufgrund von Softwareproblemen bei mehreren Leistungserbringern auf. Der Softwareanbieter kann in diesem Fall den Sachverhalt aus übergeordneter Sicht detaillierter schildern. In einem dritten Beispiel könnten bundesland- und softwareübergreifend Schnittstellenprobleme auftreten. In diesem Szenario wäre der bvitg ein zentraler Ansprechpartner, der dem IQTIG den Sachverhalt anbieterübergreifend aufgearbeitet schildern kann.

Die Landesebene (LQS/LKG) hält intensiven Kontakt zu den Leistungserbringern und ist über viele Probleme über das Erfassungsjahr hinweg informiert und hat im Rahmen der Durchführung des Strukturierten Dialogs sowie der Datenvalidierung zusätzlich die Aufgabe, Informationen hierzu zu erheben. Aufgrund dessen ist es der Landesebene möglich, in allen Hinweiskategorien wichtige Sachverhalte darzustellen und an das IQTIG zu übermitteln.

Weitere Sachverhalte, die Hinweise auf mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate sein könnten, können durch alle weiteren an der externen Qualitätssicherung beteiligten Institutionen bereitgestellt werden. Hierzu zählen unter anderem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) oder die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

### **3.2 Erhebung der Hinweise über einen Erfassungsbogen**

Das IQTIG wird einen Erfassungsbogen bereitstellen, in dem jede an der externen Qualitätssicherung beteiligte Institution Hinweise auf mögliche Ursachen einer Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate strukturiert erfassen und an das IQTIG übermitteln kann. Auf dem Erfassungsbogen werden folgende Informationen erfasst:

- Melder des Sachverhaltes (LE, LQS/LKG, G-BA, SWA, VST, ...)

- Beschreibung des konkreten Sachverhalts, der zu einer Unterdokumentation führte
- Ersteinschätzung, ob es sich hierbei um verschuldete oder unverschuldete Unterdokumentation handeln könnte
- Konkrete Begründung der Ersteinschätzung des Verschuldens
- Ersteinschätzung der Zuordnung zu bestehenden Hinweiskategorien, sofern möglich

Der Erfassungsbogen wird auf den Webseiten des IQTIG zur Verfügung gestellt. Dieser kann nachdem er ausgefüllt wurde an das IQTIG übermittelt und anschließend der Bewertung zugeführt werden. Die Art und Weise der Übermittlung des Erfassungsbogens an das IQTIG wird rechtzeitig bekannt gegeben.

## 4 Aufarbeitung und Bewertung der Hinweise

### 4.1 Kriterien zur Bewertung der Hinweise

Die Hinweise, die durch das IQTIG mithilfe der Datenquellen (siehe Kapitel 2) ermittelt wurden sowie die Hinweise, die regelhaft an das IQTIG gemeldet werden (siehe Kapitel 3), müssen einer einheitlichen und transparenten Bewertung unterzogen werden. Durch diese Bewertungskriterien soll nachvollziehbar die Einschätzung des IQTIG, ob es sich bei dem jeweiligen Hinweis um eine verschuldete oder unverschuldete Unterdokumentation handelt, dargelegt werden. Ein Verschulden ist anzunehmen, wenn dem Krankenhaus subjektiv vorgeworfen werden kann, dass es durch sein Handeln oder Unterlassen vorsätzlich oder fahrlässig die Unterdokumentation herbeigeführt hat.

Die beiden zentralen Fragen, die das IQTIG bei der Bewertung der Hinweise heranzieht, sind:

1. Ist das Krankenhaus seiner Sorgfaltspflicht bei der Erstellung der QS-Dokumentation nachgekommen?
2. Hätte das Krankenhaus die Unterdokumentation mit einem angemessenen Aufwand verhindern können?

Die Sorgfaltspflicht umfasst unter anderem:

- Eine zeitnah nach der QS-Auslösung stattfindende Durchführung der QS-Dokumentation
- Einen regelmäßigen, jedoch zumindest quartalsweise durchgeführten Datenexport der bisher dokumentierten QS-Datensätze an die zuständige Datenannahmestelle
- Bereitstellung einer aktuellen IT-Systemlandschaft (z. B. Einspielen der Updates der QS-Software)
- Treffen von angemessenen technischen Vorkehrungen gegen Ausfälle und Angriffe auf die IT-Systeme
- Etablierung eines Projekt- und Zeitmanagements in Bezug auf die Durchführung der externen Qualitätssicherung
- Etablierung eines Qualitätsmanagements zur Sicherstellung der Datenvollständigkeit und -vollständigkeit
- Durchführung von Schulungen und Weiterbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter, die an dem Prozess der QS-Dokumentation beteiligt sind

Hinweise werden dahingehend bewertet, ob die Sorgfaltspflicht des Krankenhauses eingehalten wurde und ob eine Vermeidung der Unterdokumentation in dem speziellen Sachverhalt mit einem angemessenen Aufwand hätte verhindert werden können. Eine quantitative Einschätzung, ob ein entsprechender Aufwand angemessen wäre, kann nur bei Betrachtung des entsprechenden Sachverhaltes gegeben werden. Pauschale Abschätzungen sind hierbei nicht möglich.

### 4.2 Etablierung einer IQTIG-internen Fachgruppe

Die Aufarbeitung und Bewertung der Hinweise auf mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate wird im Rahmen einer IQTIG-internen

Fachgruppe durchgeführt. Die Fachgruppe setzt sich aus Vertretern der Abteilungen zusammen, die maßgeblich Erfahrungen und wissenschaftliche Expertise mit dem Regelbetrieb der QS-Verfahren aufweisen. Hierzu gehören vorrangig die Abteilungen Verfahrensmanagement und Informationstechnologie, jedoch werden themenbezogen auch Mitarbeiter anderer Abteilungen zu den Beratungen hinzugezogen. Die Fachgruppe wird aus mindestens fünf Mitarbeitern des IQTIG bestehen, wovon mindestens eine Person der Abteilungs- oder Institutsleitung angehören sollte.

Die Anzahl der vermutlich an das IQTIG zurückgemeldeten Erfassungsbögen ist momentan sehr schwer abschätzbar. Aus diesem Grund wird aktuell angedacht, dass die Fachgruppe mindestens 2-mal, maximal 4-mal pro Jahr tagen wird um die Hinweise zu bewerten und für eine Veröffentlichung auf den Webseiten des IQTIG vorzubereiten. Das IQTIG wird die Häufigkeit der Sitzungen im Regelbetrieb nach Bedarf planen.

Die Ergebnisse der Fachgruppe werden auf den Webseiten des IQTIG veröffentlicht (siehe Kapitel 5). Abweichend hiervon werden die Ergebnisse der ersten Fachgruppe im Anhang dieses Berichts bereitgestellt. Eine Veröffentlichung auf den Webseiten des IQTIG erfolgt nach Berichtsabgabe und Beratung im G-BA.

### **4.3 Durchführung und Ergebnisse der ersten Fachgruppensitzung**

Die erste Sitzung der Fachgruppe fand am 9. Februar 2018 statt. Es waren acht Mitarbeiter des IQTIG anwesend, hiervon 1 Mitarbeiter aus der Geschäftsleitung, 4 Mitarbeiter aus der Abteilung Verfahrensmanagement und 3 Mitarbeiter aus der Abteilung Informationstechnologie.

Zu Beginn wurden den Teilnehmern der Fachgruppe die Aufgaben und Ziele erläutert. Anschließend wurde über die Methodik zur Bewertung der Hinweise auf „verschuldet“ oder „unverschuldet“ beraten. Im Hauptteil der Veranstaltung berieten die Teilnehmer über die in 2.4 skizzierten Gründe bzw. Hinweise. Während der Beratungen wurden zusätzliche Hinweiskategorien entwickelt, die eine Gruppierung der Hinweise ermöglichen:

#### **Hinweiskategorien**

- Dokumentation
- Controlling
- Datentransfer
- Personal
- Software

Die Ergebnisse der Bewertungen der Hinweise aus Abschnitt 2.4 sind detailliert im Anhang aufgeführt.

## 5 Veröffentlichung der Hinweise auf den Webseiten des IQTIG

Die gemäß Kapitel 3 erhobenen und gemäß Kapitel 4 aufgearbeiteten und bewerteten Auffälligkeiten sollen als mögliche Gründe für eine unverschuldete Unterdokumentation auf den Webseiten des IQTIG veröffentlicht werden.

Geplant ist, die Veröffentlichung nach den Kategorien gemäß der Liste in Abschnitt 4.3 zu gruppieren. Unterhalb jeder Kategorie sollen die jeweiligen Gründe dargestellt werden. Ein Grund kann auch mehreren Kategorien zugeordnet sein. Die Gründe sollen auch als Druckversion sowie als PDF zum Download angeboten werden.

Aufgrund neuer Erkenntnisse besteht die Möglichkeit, dass bereits veröffentlichte Gründe überarbeitet werden müssen. Das IQTIG plant, zur Gewährleistung der Transparenz immer die gesamte Historie auf der Webseite vorzuhalten, sodass jederzeit Veränderungen nachvollzogen werden können.

Die ersten Gründe für eine möglicherweise unverschuldete Unterdokumentation sollen nach der Veröffentlichung des Berichts zur Datenvalidierung für das Erfassungsjahr 2017 im Jahr 2019 veröffentlicht werden.

## **6 Zusammenfassung**

Das IQTIG hat ein Konzept zur Erfassung und Veröffentlichung von Hinweisen auf mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterschreitung der 100-Prozent-Dokumentationsrate nach § 24 QSKH-RL gemäß der Beauftragung des G-BA erarbeitet. Es wurden alle bereits existierenden Informationsquellen zu diesem Thema identifiziert und eine initiale Liste von Gründen, die für eine Unterdokumentation bei den Leistungserbringern ursächlich sein könnten, erarbeitet. Die Gründe dieser Liste wurden durch eine interne Fachgruppe auf Verschuldetheit oder Unverschuldetheit bewertet und die jeweilige Begründung, die zu dieser Entscheidung führte, dokumentiert. Die Gründe können nach Beratung dieses Konzepts auf den Webseiten des IQTIG veröffentlicht werden. Zur regelhaften Erhebung der Gründe ab Erfassungsjahr 2018 wurde ein Erhebungsbogen inhaltlich definiert, mit dem entsprechende Hinweise an das IQTIG übermittelt werden können. Abschließend wurden die Eckpunkte definiert, mit denen eine Veröffentlichung der durch das IQTIG bewerteten Gründe auf den Webseiten des IQTIG erfolgen kann.

# Anhang

Das IQTIG hat aus unterschiedlichen Datenquellen Hinweise auf mögliche Ursachen einer unverschuldeten Unterdokumentation ermittelt und aufgearbeitet. Das Ergebnis dieser Aufarbeitung sind 25 initiale Gründe für eine Unterdokumentation (siehe Kapitel 2). Diese Gründe wurden anschließend in einer IQTIG-internen Fachgruppensitzung anhand vorher festgelegter Kriterien dahingehend beurteilt, ob die Unterdokumentation aus Sicht des IQTIG verschuldet oder unverschuldet ist.

Gemäß Auftrag sind verschuldete und unverschuldete Gründe im Anhang dargestellt und werden dem G-BA hiermit zur Kenntnis gegeben. Es erfolgt jedoch gemäß § 24 Abs. 1 Sätze 7 und 8 QSKH-RL lediglich eine Veröffentlichung der Gründe, die als Ursachen für eine unverschuldete Unterdokumentation bewertet wurden.

## Organisation des Datenmanagements

### Sachverhalt

- Fehlerhafte Sollstatistik wegen mangelnder Endkontrolle vor Unterzeichnung der Konformitätserklärung
- Inkorrekte Berücksichtigung der Fristen, innerhalb der Überlieger einbezogen werden müssen, daher ggf. kein Warnsignal der Unterdokumentation durch die Sollstatistik
- Überschreitung der Datenabgabefrist
- Daten wurden dokumentiert, aber durch den zuständigen Mitarbeitenden nicht exportiert
- Fehlende Nachbearbeitung von Daten, die von der DAS zurückgewiesen wurden
- Unklare Verantwortungszuweisung zwischen unterschiedlichen Abteilungen
- Unzureichende Berücksichtigung / Anpassungen im klinischen Behandlungsprozess, um eine zeitgerechte, vollzählige und vollständige QS-Dokumentation zu ermöglichen

### Konkretisierung und Kategorisierung

Kategorie: Controlling, Datentransfer

### Bewertung

Das Krankenhaus ist seiner Sorgfaltspflicht bei der Erstellung und dem Export der QS-Datensätze nicht nachgekommen.

Bewertung: Verschuldet

## Fehlerhafte Standortangaben

### Sachverhalt

Unterdokumentation entsteht durch die Zuordnung von Leistungen zu falschen Standorten, falls sich der entlassende Standort vom leistungserbringenden Standort unterscheidet. Häufig werden die Leistungen in der QS-Dokumentation fehlerhaft der Sollstatistik des leistungserbringenden, statt des entlassenden Standortes angerechnet. Der entlassende Standort weist somit eine Unterdokumentation und der leistungserbringende Standort eine Überdokumentation auf.

Weiterhin treten Fehler bei der Dokumentation der Standortangabe auf (00, 01, 02, etc.), sodass z. B. bei Krankenhäusern mit nur einem Krankenhaus der Standort 01 und nicht 00 kodiert wird.

### Konkretisierung und Kategorisierung

Kategorie: Dokumentation

### Bewertung

Das Krankenhaus kann anhand der Soll- und Ist-Zahlen standortbezogene Differenzen identifizieren und korrigieren. Fehlerhafte Standortangaben bei der Dokumentation sind vermeidbar.

Bewertung: Verschuldet

## Follow-up für Transplantationsverfahren

### Sachverhalt

Das Krankenhaus gibt an, dass ein Follow-up nicht erfolgen konnte, da der Patient über die gesetzlich vorgegebenen Wege bzw. trotz aller Bemühungen nicht erreichbar gewesen sei. Hier hätte aber mindestens der unbekannte Status des Patienten angegeben werden können.

### Konkretisierung und Kategorisierung

Kategorie: Dokumentation

### Bewertung

Das Krankenhaus ist trotz fehlender Information des Patientenstatus zur Abgabe eines Follow-up-Datensatzes mit dem Status „unbekannt“ verpflichtet.

Bewertung: Verschuldet

## Erfassung von Teildatensätzen / fehlende Dokumentation von Prozeduren bei Mehrfacheingriffen

### Sachverhalt

Die Einführung der Zählleistungsbereiche führte zu Fehl- und Unterdokumentationen bei den zu dokumentierenden Teildatensätzen. Die Gründe für eine falsche Dokumentation sind vielfältig und können unter anderem personell bedingt sein oder durch Softwareprobleme hervorgerufen werden. Folgendes Beispiel soll die aktuelle Situation verdeutlichen: Wird ein dokumentationspflichtiger Eingriff (z. B. HEP) durchgeführt, dann wird automatisch der Basisbogen ausgelöst. Alle benötigten Prozedurbögen sind vom dokumentierenden Arzt anzulegen und werden seit dem Erfassungsjahr 2018 plausibilisiert. Die Prozedurbögen sind korrekt in Bezug auf die Art des Eingriffs anzulegen (z. B. Implantation, Explantation, Wechsel). Eine fehlende Anlage von Prozedurbögen führt zu einer Unterdokumentation. Die Anlage eines Prozedurbogens mit falscher Eingriffsart führt zu einer Überdokumentation in der gewählten Eingriffsart sowie zu einer Unterdokumentation bei der korrekten Eingriffsart.

### Konkretisierung und Kategorisierung

Kategorie: Dokumentation, Controlling

**Bewertung**

Das Krankenhaus ist zur korrekten Erfassung der Eingriffe verpflichtet. Anhand der Sollstatistik ist die Erstellung einer korrekten QS-Dokumentation möglich. Im Rahmen einer sorgfältigen Dokumentation und Endkontrolle kann eine Unterdokumentation ausgeschlossen werden. Seit dem Erfassungsjahr können alle Prozedurbögen automatisch plausibilisiert werden, sodass eine Fehldokumentation bereits an dieser Stelle durch die Software ausgeschlossen werden kann.

Bewertung: Verschuldet

## Organisatorische Probleme bei der QS-Dokumentation von Verbringungsfällen

**Sachverhalt**

Wird ein Patient zur Erbringung einer Leistung an ein anderes Krankenhaus verbracht, kann es dazu kommen, dass das leistungserbringende Krankenhaus eine QS-Dokumentation erstellt und nicht das verbringende Krankenhaus. Dies führt im verbringenden Krankenhaus zu einer Unterdokumentation und im leistungserbringenden Krankenhaus zu einer Überdokumentation.

**Konkretisierung und Kategorisierung**

Kategorie: Dokumentation, Controlling

**Bewertung**

Wird ein Patient von einem Krankenhaus zur Erbringung einer Leistung in ein anderes Krankenhaus verbracht, ist das verbringende Krankenhaus für die erbrachte Leistung sowie die Erstellung der entsprechenden QS-Dokumentation verantwortlich.

Bewertung: Verschuldet

## Personelle Ursachen

**Sachverhalt**

- Unzureichende Einarbeitung/Schulung von Mitarbeitern
- Personalengpässe/Personalwechsel
- Mangelhafte Vertretungsregelung
- Aufgabenbezogene Kompetenz der Mitarbeiter im Hinblick auf Technik, Sprache, etc.
- Missachtung von Hinweisen und Fehlern in der Abrechnungs- und QS-Dokumentationssoftware

**Konkretisierung und Kategorisierung**

Kategorie: Personal

**Bewertung**

Das Krankenhaus ist für die Schulung der Mitarbeiter sowie die Personalplanung verantwortlich.

Bewertung: Verschuldet

## Heterogene IT-Landschaften

### Sachverhalt

Dokumentationsprobleme entstehen aufgrund einer heterogenen IT-Landschaft innerhalb der Krankenhäuser. Häufig kommen in einem Krankenhaus zur Abrechnung für die QS-Dokumentation oder als Krankenhausinformationssystem (KIS) unterschiedliche Softwaresysteme zum Einsatz. Diese Systeme sind untereinander nur unzureichend integriert, sodass ein erheblicher Aufwand entsteht, Informationen zwischen den einzelnen Systemen auf dem aktuellen Stand zu halten. Dies kann sowohl zu einer Über- als auch zu einer Unterdokumentation führen.

### Konkretisierung und Kategorisierung

Kategorie: Controlling

### Bewertung

Das Krankenhaus ist selbst für die Beschaffung und den Einsatz der entsprechenden Software verantwortlich. Probleme beim Zusammenspiel der eingesetzten Softwarekomponenten sind dem Krankenhaus von Beginn an bekannt, sodass Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können. Ein entsprechendes Controlling in der für die Qualitätssicherung zuständigen Abteilung muss sicherstellen, dass die QS-Dokumentation korrekt durchgeführt wird.

Bewertung: Verschuldet

## Prozessfehler durch Umstrukturierung und Softwarewechsel

### Sachverhalt

- Abteilung wurde geschlossen, Daten konnten nicht erhoben werden
- Prozessfehler durch Umstrukturierung (z. B. Fusionierung von Standorten oder Kliniken)
- Unterjährige Umstellung der Abrechnungs- oder QS-Software (z. B. durch Vertragsende oder Sonderkündigungsrechte)
- Unterjährige Umstellung von Softwareprodukten bedingt durch Fusionierung oder Trägerwechsel von Kliniken
- Fehlerhafte Sollstatistik wegen eines Software-/KIS-Wechsels

### Konkretisierung und Kategorisierung

Kategorie: Controlling, Software, Datentransfer

### Bewertung

Das Krankenhaus hat dafür Sorge zu tragen, dass bei einer Umstrukturierung die Prozess- und Softwareumstellungen reibungsfrei organisiert werden.

Bewertung: Verschuldet

## Softwareprobleme

### Sachverhalt

Durch technische Fehler in der QS-Software oder einen mangelnden Support durch den Hersteller (z. B. zeitnahe Behebung von Fehlern) können Dokumentationsbögen nicht abgeschlossen werden oder ein Datenexport ist fehlerhaft oder nicht möglich. Der Softwareanbieter stellt unterjährige Softwareupdates bereit, die jedoch beim Leistungserbringer ggf. nicht eingespielt werden. Die Softwareupdates könnten z. B. Fehler beim Abschließen bestimmter Fallkonstellationen beheben oder Probleme beim Datenexport.

### Konkretisierung und Kategorisierung

Man muss in diesem Szenario fünf verschiedene Fälle betrachten.

#### ▪ Fall 1

Das Krankenhaus exportiert regelmäßig die QS-Daten und stellt einen Fehler fest. Der Hersteller wird kontaktiert. Ein verfügbares SW-Update wird eingespielt und der Fehler kann behoben werden. Das Krankenhaus exportiert alle Daten fristgerecht.

#### ▪ Fall 2

Das Krankenhaus nimmt keinen oder verspäteten Kontakt zum Hersteller auf bzw. spielt ein verfügbares Softwareupdate nicht ein. Es exportiert kurz vor Datenannahmeschluss erstmalig die Daten und stellt fest, dass es zu einem Fehler kommt. Der Hersteller ist nicht mehr in der Lage das Problem rechtzeitig zu beheben bzw. das Einspielen des Updates ist nicht mehr rechtzeitig möglich. Die Daten können nicht fristgerecht exportiert werden.

#### ▪ Fall 3

Das Krankenhaus exportiert regelmäßig die QS-Daten. Kurz vor Datenannahmeschluss ist ein SW-Update verfügbar und wird im Krankenhaus eingespielt. Das Update führt zu einem Fehler im System und verhindert einen finalen Datenexport bis zum Datenannahmeschluss.

#### ▪ Fall 4

Fehlermeldungen sind für den Anwender durch die Software nicht sichtbar. Das Krankenhaus erhält die Rückmeldung, dass die Datensätze korrekt exportiert und angenommen wurden. Erst durch die Vollzähligkeitsprüfung nach Datenannahmeschluss fällt das Problem auf.

#### ▪ Fall 5

Das Krankenhaus exportiert regelmäßig die QS-Daten. Kurz vor Datenannahmeschluss tritt eine systemübergreifende Havarie der IT-Systeme auf.

Kategorie: Software, Datentransfer

## **Bewertung**

- Fall 1

Keine Bewertung notwendig, da keine Unterdokumentation.

- Fall 2

Schuldhaft, da das Krankenhaus seiner Sorgfaltspflicht nicht nachgekommen ist und nicht wie in der QSKH-RL gefordert regelmäßig und zeitnah seine QS-Dokumentation durchgeführt und an das IQTIG exportiert hat. Der Fehler wäre ansonsten rechtzeitig aufgefallen und hätte behoben werden können.

Bewertung: Verschuldet

- Fälle 3 bis 5

Das Krankenhaus hat eine unverschuldete Unterdokumentation, da es seiner Dokumentations- und Sorgfaltspflicht nachgekommen ist. Es ist ein entsprechender Nachweis des Softwareanbieters notwendig.

Bewertung: Unverschuldet