



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Aufwandsschätzung des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 QSKH-RL

Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 24. März 2022

Impressum

Thema:

Aufwandsschätzung des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 QSKH-RL. Abschlussbericht

Ansprechpartnerin:

Anna Maria Steinmann

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

16. Juli 2020

Datum der Abgabe:

24. März 2022

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Kurzfassung	9
1 Einleitung.....	11
1.1 Hintergrund	11
1.2 Auftragsverständnis	12
2 Methodisches Vorgehen	14
2.1 Erfassungsmethoden.....	14
2.1.1 Entwicklung des Fragebogens für die onlinebasierte Befragung	16
2.1.2 Entwicklung des Leitfadens für die qualitativen Einzelinterviews	19
2.2 Auswertungsmethoden.....	22
3 Ergebnisse	25
3.1 Onlinebasierte Befragung	25
3.1.1 Krankenhausstandorte	25
3.1.2 Prüfende Institutionen	40
3.2 Qualitative Einzelinterviews.....	56
3.2.1 Krankenhausstandorte	57
3.2.2 Prüfende Institutionen	68
3.2.3 Zusammenfassung.....	99
4 Diskussion.....	102
4.1 Aufwand	102
4.1.1 Modulspezifika	103
4.1.2 Anzahl der Akten und Beteiligung verschiedener Berufsgruppen	103
4.1.3 Anzahl der zu prüfenden Krankenhausstandorte	105
4.1.4 Arbeitsphasenspezifische Aufgaben	105
4.1.5 Einbezug von Maßnahmen.....	108
4.2 Nutzen	108

4.3	Ansatzpunkte für Optimierungsmöglichkeiten	111
4.3.1	Ziele der Datenvalidierung	111
4.3.2	Standardisierung der Prozessabläufe.....	112
4.3.3	Digitalisierung.....	114
4.3.4	Anpassung Prüfausmaß.....	114
4.3.5	Tooloptimierung.....	117
4.3.6	Schulungen und Workshops.....	118
5	Empfehlungen	120
	Literatur.....	123

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusätzlich zum Zweiterfassungstool eingesetzte Hilfsmittel durch die prüfenden Institutionen.....	52
Tabelle 2: Zusammenfassung der Themen aus den Einzelinterviews mit den Krankenhausstandorten (KH) und Landesgeschäftsstellen (LQS).....	100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rücklauf der onlinebasierten Fragebögen durch die tatsächlich geprüften Krankenhausstandorte pro Modul im Vergleich zu allen Krankenhausstandorten, die hätten geprüft werden sollen	27
Abbildung 2: Verteilung der zeitlichen Aufwände für die Zweiterfassung pro Krankenhausstandort in Stunden	28
Abbildung 3: Zeitlicher Aufwand pro Krankenhausstandort in Stunden aufgeteilt nach der diese Standorte prüfenden Institution (dem Medizinischem Dienst und den Landesgeschäftsstellen)	29
Abbildung 4: Aufwand in Stunden pro Krankenhausstandort mit Unterteilung auf die drei Arbeitsphasen	29
Abbildung 5: Verteilung der zeitlichen Aufwände pro Arbeitsphase (modulübergreifend)	30
Abbildung 6 Verteilung der zeitlichen Aufwände pro Arbeitsphase (modulübergreifend), aufgeteilt nach der diese Standorte prüfenden Institution (dem Medizinischem Dienst und den Landesgeschäftsstellen)	31
Abbildung 7: Zeitaufwand für alle Arbeitsphasen pro Krankenhausstandort in Abhängigkeit von der Anzahl der überprüften Akten im Modul 09/4	33
Abbildung 8: Zeitaufwand für alle Arbeitsphasen pro Krankenhausstandort in Abhängigkeit von der Anzahl der überprüften Akten im Modul 09/6	33
Abbildung 9: Anteilswerte der Berufsgruppenbeteiligung an den Krankenhausstandorten	34
Abbildung 10: Verteilung der zeitlichen Aufwände pro Krankenhausstandort für die beteiligten Berufsgruppen über alle Arbeitsphasen hinweg	35
Abbildung 11: Durchschnittliche Aufwände der Berufsgruppen in Bezug auf die drei Arbeitsphasen pro Krankenhausstandort (n = 16)	35
Abbildung 12: Zeitaufwand pro Akte in Abhängigkeit von der Anzahl der beteiligten Berufsgruppen	36
Abbildung 13: Häufigkeit zu geplanten/durchgeführten Maßnahmen nach der Zweiterfassung	37
Abbildung 14: Auswertung der Frage zur Verbesserung der QS-Dokumentation aufgrund der Zweiterfassung	38
Abbildung 15: Rücklauf der onlinebasierten Fragebögen durch die prüfenden Institutionen (LQS und MD) pro Modul im Vergleich zu allen auf Landesebene beauftragten Stellen, die für das Erfassungsjahr 2020 ein Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL hätten durchführen müssen	41
Abbildung 16: Gesamtaufwand pro prüfende Institution, alle Module	42
Abbildung 17: Verteilung der zeitlichen Aufwände in Stunden seitens der prüfenden Institution pro Krankenhausstandort	43
Abbildung 18: Aufwand pro Krankenhausstandort seitens des Medizinischen Dienstes oder der auf Landesebene beauftragten Stellen	44

Abbildung 19: Verteilung der zeitlichen Aufwände der prüfenden Institutionen pro Krankenhausstandort, modulübergreifend	44
Abbildung 20: Durchschnittlicher Aufwand pro Krankenhausstandort in Abhängigkeit von der Anzahl geprüfter Krankenhausstandorte	45
Abbildung 21: Zeitlicher Aufwand pro Krankenhausstandort mit Unterteilung auf die drei Arbeitsphasen über alle Module und prüfenden Institutionen hinweg	46
Abbildung 22: Aufwand pro überprüfem Krankenhausstandort, unterteilt nach Arbeitsphasen und Modul	47
Abbildung 23: Zeitaufwand für die Vor-Ort-Überprüfung in Abhängigkeit von der Anzahl der Akten im Modul 09/4	49
Abbildung 24: Zeitaufwand für die Vor-Ort-Überprüfung in Abhängigkeit von der Anzahl der Akten im Modul 09/6	49
Abbildung 25: Häufigkeit durchgeführter Maßnahmen an geprüften Standorten nach der Zweiterfassung	50
Abbildung 26: Aufwände in den Arbeitsphasen Vor-Ort-Überprüfung und Nachbereitung in Abhängigkeit von der Tool-Nutzung	53
Abbildung 27: Einschätzung der prüfenden Institutionen zur Sinnhaftigkeit der Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten mit dem Ziel einer Verbesserung der Dokumentation	54
Abbildung 28: Einschätzung der Landesgeschäftsstellen und des Medizinischen Dienstes zur Sinnhaftigkeit der Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten mit dem Ziel einer Verbesserung der Dokumentation	55

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IP	interviewte Personen
KH	Krankenhausstandort
KIS	Krankenhausinformationssystem
LAG	Landesarbeitsgemeinschaften
LQS	Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung
MD	Medizinischer Dienst
pl	prüfende Institutionen (gemeint sind LQS und MD)
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

Kurzfassung

Hintergrund

Aufgrund der Erweiterung der Bestimmungen zum Datenvalidierungsverfahren in § 9 Abs. 1 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein erhöhter Aufwand für die leistungserbringenden und prüfenden Akteure angenommen worden. Aus diesem Grund beauftragte der G-BA das IQTIG mit Beschluss vom 16. Juli 2020 mit einer Aufwandsschätzung des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 QSKH-RL (G-BA 2020b).

Auftragsverständnis

Das IQTIG hat dem G-BA in Form eines Kurzberichts am 26. Februar 2021 limitierende methodische Faktoren für die Umsetzung der Beauftragung sowie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen vorgelegt (IQTIG 2021a). Nach konsentierter Auftragsänderung waren folgende Inhalte Teil der Beauftragung:

- Erfassung der Aufwände für alle am Datenvalidierungsverfahren beteiligten Akteure in Bezug auf das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sowie den gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020
- Ermittlung des subjektiven Nutzens der unterschiedlichen Akteure zur Annäherung an eine Aufwand-Nutzen-Abschätzung
- Ableitung von Empfehlungen für zukünftige Anpassungsbedarfe unter Berücksichtigung der erfassten Aufwände und des ermittelten subjektiven Nutzens

Methodisches Vorgehen

Zielgruppe der zu erhebenden Daten für die Aufwandsschätzung waren die prüfenden Institutionen (Landesgeschäftsstellen sowie der Medizinische Dienst bei Beauftragung) und die zu überprüfenden Krankenhausstandorte des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL zum Erfassungsjahr 2020. Die Erhebung der Daten für die Aufwandsschätzung erfolgte durch eine freiwillige Teilnahme der am Verfahren beteiligten Akteure in zwei Schritten:

- durch eine onlinebasierte Befragung zeitgleich zur tatsächlichen Durchführung des Datenvalidierungsverfahrens zum Erfassungsjahr 2020
- durch Einzelinterviews mit den am Verfahren beteiligten Akteuren

Zentrale Ziele der onlinebasierten Befragung waren die Erhebung des IST-Zustands zum Aufwand, die Ermittlung des subjektiv empfundenen Nutzens für alle am Verfahren beteiligten Akteure sowie die Ermittlung von Optimierungsmöglichkeiten in Bezug auf das Datenvalidierungsverfahren. Zentrales Ziel der qualitativen Einzelinterviews war der Erhalt vertiefter Einblicke in die Erfahrungen der prüfenden Institutionen und Krankenhausstandorte zum Prozess der Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten. Die Ergebnisse der onlinebasierten Befragung wurden im Anschluss quantitativ ausgewertet und deskriptiv dargestellt. Die übermittelten Freitextant-

worten der onlinebasierten Befragung wurden zusätzlich für die Erstellung eines halbstandardisierten Leitfadens für die Einzelinterviews herangezogen. Die Ergebnisse der Einzelinterviews wurden in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote der onlinebasierten Befragung durch die Krankenhausstandorte beträgt 28,1 % bezogen auf die im Erfassungsjahr 2020 tatsächlich überprüften Krankenhausstandorte (n = 16 von 57) und für die prüfende Institutionen 93,3 % (n = 14 von 15). Der investierte zeitliche Aufwand zeigte erhebliche Variationen der an der Befragung teilnehmenden Akteure. Der durchschnittliche Aufwand für die Krankenhausstandorte lag bei 28,7 Stunden pro Krankenhausstandort und für die prüfenden Institutionen bei 17,5 Stunden pro Krankenhausstandort. Dabei verursachte die Vorbereitungsphase für die Krankenhausstandorte die höchsten Aufwände, während diese bei den prüfenden Institutionen in der Vor-Ort-Überprüfung anfielen. Eine Verbesserung der Dokumentation aufgrund der durchgeführten Zweiterfassung wurde mehrheitlich sowohl von den geprüften Krankenhausstandorten als auch den prüfenden Institutionen als hoch bewertet.

Zusätzlich zur onlinebasierten Befragung wurden insgesamt 10 Interviews geführt, davon 2 mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhausstandorte und 8 mit denen der prüfenden Institutionen. Durch die Einzelinterviews konnten zusätzliche Einblicke in die Erfahrungen der am Zweiterfassungsprozess beteiligten Akteure gewonnen und mögliche Ansatzpunkte einer Reduktion des Aufwands ermittelt werden. In den Einzelinterviews wurden folgende Themen besprochen: *Charakteristika der Interviewten, Bisheriger Ablauf der Zweiterfassung, Aufwand, Aufwandsreduktion, Effekt, Nutzen, Maßnahmen, Zukunftsaspekte sowie Weitere Themen*. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Interviewten die Zweiterfassung als nützlich empfinden, der empfundene Aufwand aber hoch sei. Eine Anpassung des Prüfausmaßes, die Möglichkeit einer digitalen Durchführung des Verfahrens, der Vorteil der persönlichen Kommunikation sowie die Anwesenheit von qualifiziertem Personal während der Zweiterfassung wurden vorangestellt. Zudem wurde die Wichtigkeit des Abschlussgesprächs und folgender Schulungsmaßnahmen deutlich.

Diskussion und Empfehlungen

Die korrekte Eingabe der QS-Dokumentationsdaten durch die Leistungserbringer ist der Grundstein für korrekt berechnete Ergebnisse in der Qualitätssicherung, daher sollte die QS-Dokumentation auch geprüft werden. Vor dem Hintergrund der Befragungen der Akteure ergeben sich Anpassungsbedarfe, die geprüft werden sollten. Grundsätzlich empfiehlt das IQTIG die Beibehaltung der Zweiterfassung als Bestandteil des Datenvalidierungsverfahrens, wobei die Methodik maßgeblich angepasst werden sollte. Zusätzlich werden eine Festlegung standardisierter Prozesse zur Erzielung einheitlicher Aufwände und ein Wissenstransfer der Ergebnisse an alle Leistungserbringer empfohlen. Grundlegend geprüft werden sollten die Auswirkungen fehlerhafter Dokumentationen auf die Qualitätsindikatoren.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Mit Beschluss vom 16. Juli 2020 wurde das IQTIG vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit einer Aufwandsschätzung des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)¹ (G-BA 2020b) beauftragt.

Das Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 1 QSKH-RL besteht aus drei Elementen:

1. der Statistischen Basisprüfung
2. dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich
3. dem gezielten Datenabgleich

Im Rahmen der Statistischen Basisprüfung werden die Dokumentationsdaten der Leistungserbringer anhand sogenannter Auffälligkeitskriterien statistisch geprüft. Ergibt diese Prüfung eine Auffälligkeit, wird, analog zu rechnerischen Auffälligkeiten bei den Qualitätsindikatoren, ein Strukturierter Dialog eingeleitet. Damit fallen Aufwände für die Durchführung des Strukturierten Dialogs zu auffälligen Dokumentationsdaten an.

Im Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich wird bei jährlich neu durch den G-BA festgelegten QS-Verfahren für eine Zufallsstichprobe von Leistungserbringern ein Datenabgleich mit der Patientenakte durchgeführt, um die übersandten QS-Dokumentationsdaten (QS-Daten) zu überprüfen. Unstimmigkeiten zwischen der Patientenakte und der QS-Dokumentation werden mit den Leistungserbringern vor Ort besprochen.

Im Rahmen des gezielten Datenabgleichs werden analog zum Stichprobenverfahren mit Datenabgleich Unstimmigkeiten zwischen der Patientenakte und der QS-Dokumentation überprüft. Der Unterschied zum Stichprobenverfahren mit Datenabgleich besteht darin, dass nur Standorte überprüft werden, für die konkrete Anhaltspunkte für Dokumentationsmängel vorliegen. Zur Auslösung des gezielten Datenabgleichs hat das IQTIG im Auftrag des G-BA (G-BA 2020c) Kriterien entwickelt, welche auf Basis der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich im Vorjahr konkrete Anhaltspunkte für eine erneute Überprüfung der entsprechenden Standorte bieten. Diese Anhaltspunkte sind beispielsweise besonders häufige Dokumentationsfehler oder Unterdokumentationen von für das Indikatorergebnis relevanten Ereignissen (IQTIG 2020).

Aufgrund der Erweiterung der Bestimmungen in § 9 Abs. 1 QSKH-RL und eines damit jährlich parallel erfolgenden Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich in bis zu 3 QS-Verfahren einerseits und eines potenziell zu erfolgenden gezielten Datenabgleichs in bis zu 3 QS-Verfahren andererseits ist vom G-BA ein erhöhter Aufwand für die leistungserbringenden und prüfenden Akteure angenommen worden. Aus diesem Grund hat der G-BA das IQTIG mit Beschluss vom

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 15.03.2022). Die Richtlinie ist außer Kraft getreten.

16. Juli 2020 mit einer Aufwandsschätzung des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 QSKH-RL beauftragt (G-BA 2020b).

1.2 Auftragsverständnis

Rückschau zum Verfahrensablauf

Der G-BA beauftragte das IQTIG am 16. Juli 2020 mit einer Aufwandsschätzung zu den Elementen des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 QSKH-RL (unter 1. der Beauftragung). Unter 2a) der Beauftragung werden die Elemente der Datenvalidierung nach § 9 QSKH-RL aufgeführt und beschrieben, welche Aspekte des Aufwands berücksichtigt werden sollen. Zu den Elementen nach § 9 QSKH-RL zählen der gezielte Datenabgleich, das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und die Statistische Basisprüfung. Darüber hinaus beinhaltet 2a) die Berücksichtigung der Aufwände im Zusammenhang mit der Durchführung und Koordination der Datenvalidierung gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)². Die Aufwandsschätzung soll durch eine Befragung der betroffenen Krankenhausstandorte und der beauftragten Stellen (der auf Landesebene beauftragten Stellen (Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, LQS), des IQTIG und des Medizinischen Dienstes (MD)) erfolgen. Des Weiteren soll das IQTIG laut 2b) der Beauftragung anhand des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen eine Abschätzung dazu vornehmen, inwieweit inhaltlicher Anpassungsbedarf an den einzelnen Verfahrenselementen besteht. Unter 3) der Beauftragung sollen zudem Vorschläge gemacht werden, wie die Sensitivität und Spezifität der Datenvalidierung erhöht werden können.

Im Jahr 2020 hat aufgrund der Covid-19-Pandemie für das Erfassungsjahr 2019 kein gezielter Datenabgleich und kein Stichprobenverfahren mit Datenabgleich stattgefunden (G-BA 2020a). Daher hätte eine retrospektive Befragung zum Erfassungsjahr 2018 erfolgen müssen. Ein gezielter Datenabgleich wurde für das Erfassungsjahr 2018 aber erstmalig anhand des Kriteriums besonders häufiger Dokumentationsfehler im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2017 durchgeführt. Aufgrund von Besonderheiten für die Datenvalidierung in Bezug auf das Erfassungsjahr 2017 gemäß § 9 Abs. 10 Satz 3 QSKH-RL waren für das geprüfte Erfassungsjahr 2018 jedoch mehr Standorte, als normalerweise zu erwarten sind, zu prüfen. Überdies hätte eine retrospektive Befragung für die Statistische Basisprüfung zum Erfassungsjahr 2019 aufgrund von Verschiebungen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2020 erfolgen müssen.

Eine zuverlässige Schätzung des Aufwands erschien aufgrund der erhöhten Anfälligkeit unterschiedlicher Bias-Arten (z. B. Recall-Bias) und damit einhergehender Verzerrungen der Ergebnisgrundlage für die unterschiedlichen Elemente der Datenvalidierung gemäß § 9 QSKH-RL sowie unterschiedlich zu betrachtender Richtlinien (zusätzlich plan. QI-RL) und weiterer Gründe nicht zielführend.

² Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 17. Juni 2021, in Kraft getreten am 22. Juli 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am 17.03.2022).

Das IQTIG hat dem G-BA am 26. Februar 2021 daher eine dezidierte Aufstellung limitierender Faktoren sowie Empfehlungen zum weiteren Vorgehen in einem Kurzbericht vorgelegt (IQTIG 2021a). Nach Beratungen der Bänke vom 6. April 2021 erfolgte eine erneute Beratung in der AG DeQS am 22. Juni 2021. Das IQTIG hat in einem Szenarienmodell drei mögliche Varianten für eine Durchführung der Aufwandsschätzung vorgestellt, woraufhin sich die AG DeQS auf das nachfolgend beschriebene Szenario geeinigt hat.

Verständnis der konsentiert geänderten Beauftragung

Das vorgeschlagene Szenario beinhaltet die Berücksichtigung von zwei Elementen der Datenvalidierung gemäß § 9 QSKH-RL: dem gezielten Datenabgleich nach Abs. 3 und dem Stichprobenverfahren mit Datenabgleich nach Abs. 4.

Entsprechend Nr. 2a) der Beauftragung werden die Aufwände im Zusammenhang mit der Durchführung und Koordination der Datenvalidierung gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL sowohl für die überprüften Krankenhausstandorte als auch für die prüfenden Institutionen der auf Landesebene beauftragten Stellen und den Medizinischen Dienst erfasst. Der Aufwand wird hierzu für das Erfassungsjahr 2020 erhoben und damit entsprechend gleichzeitig zum Durchführungszeitraum der Überprüfung.

Alle weiteren zu untersuchenden Gegenstände gemäß Nr. 2a) der Beauftragung, wie die Statistische Basisprüfung und Aufwände im Zusammenhang mit der plan. QI-RL, werden nicht erfasst. Die Ermittlung der Aufwände für das IQTIG in Bezug auf die Durchführung von Prüfungen gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL können aufgrund der Überführung der bundesbezogenen QS-Verfahren in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)³ zum Erfassungsjahr 2020 (IQTIG 2021a) nicht erhoben werden.

In Bezug zu 2b) der Beauftragung wird zudem der subjektive Nutzen der unterschiedlichen Akteure der Datenvalidierung erfasst. Somit kann sich einer zuvor beschriebenen Aufwand-Nutzen-Abschätzung unter Berücksichtigung der durch das IQTIG genannten Limitationen (IQTIG 2021a) angenähert werden. Vorschläge für zukünftige Anpassungsbedarfe werden erfragt und durch das IQTIG gemäß Nr. 3) der Beauftragung synthetisiert. Auf Vorschläge in Bezug auf die unter Nr. 3) der Beauftragung geforderte Möglichkeit der Erhöhung der Sensitivität und Spezifität sowie der Reduzierung der Datenvalidierung auf ein Mindestmaß wird aufgrund der fehlenden Konkretisierung verzichtet.

Hingegen wurde vom IQTIG im konsentierten Szenario zusätzlich zu Nr. 3 i.V.m. Nr. 2a) der Beauftragung die Befragung nicht nur mit einem Fragebogen erhoben, sondern um eine qualitative Befragung anhand von Einzelinterviews erweitert. Diese sollte dazu dienen, zum einen tiefergehende Erkenntnisse zum Aufwand wie auch zum Nutzen des bestehenden Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 3 und 4 QSKH-RL zu erhalten, zum anderen auch Einschätzungen und Ideen zu zukünftigen Änderungsmöglichkeiten zu generieren.

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. September 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 17.03.2022).

2 Methodisches Vorgehen

Auf Basis des Auftragsverständnisses wird für die Aufwandsschätzung der Datenvalidierung gemäß § 9 Abs. 3 und 4 QSKH-RL im Folgenden das Konzept zur Erfassung und Auswertung der zu erhebenden Daten beschrieben. Dies betrifft den Aufwand für den gezielten Datenabgleich und das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.

Als zu prüfende QS-Verfahren für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 hat der G-BA mit Beschluss vom 2. Dezember 2020 folgende Auswahl festgelegt (G-BA 2020d):

- Implantierbare Defibrillatoren, hier die Auswertungsmodule:
 - Implantation [09n4-DEFI-IMPL]
 - Revision/Systemwechsel/Explantation [09n6-DEFI-REV]

Auf Basis des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2019 (G-BA 2018) war folgendes QS-Verfahren potenziell für die Überprüfung im gezielten Datenabgleich vorgesehen:

- Perinatalmedizin, hier im Auswertungsmodul:
 - Neonatologie [NEO]

Sowohl für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich als auch für den gezielten Datenabgleich war aufgrund der Überführung der bundesbezogenen QS-Verfahren in die DeQS-RL (ehemals direkte QS-Verfahren) keine Überprüfung eines direkten QS-Verfahrens bzw. Auswertungsmoduls zum Erfassungsjahr 2020 möglich.

2.1 Erfassungsmethoden

Zielgruppe der zu erhebenden Daten für die Aufwandsschätzung waren sowohl die prüfenden Institutionen der auf Landesebene beauftragten Stellen sowie der Medizinischen Dienst als auch die zu überprüfenden Krankenhausstandorte.

Die Erfassung der zu erhebenden Daten erfolgte in zwei Schritten. Zeitgleich mit Beginn der Durchführung der Datenvalidierung gemäß § 9 Abs. 3 und 4 QSKH-RL erfolgte die Bereitstellung eines onlinebasierten Fragebogens. Nach Abschluss des onlinebasierten Fragebogens erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einem zweiten Schritt die Möglichkeit, zusätzlich ein qualitatives Einzelinterview mit dem IQTIG zu führen.

Ziele der Aufwandsschätzung

Für die zwei genannten Schritte und den damit einhergehenden unterschiedlichen Methoden wurden entsprechende Ziele formuliert.

Für die onlinebasierte Befragung

Zentrale Ziele der onlinebasierten Befragung für die o. g. Zielgruppen sind:

- A. Abbildung des IST-Zustands zum Aufwand und empfundenen Nutzen der auf Landesebene beauftragten Stellen und des Medizinischen Dienstes bzgl. der Zweiterfassung⁴
- B. Abbildung des IST-Zustands zum Aufwand und empfundenen Nutzen der Krankenhausstandorte bzgl. der Zweiterfassung

Den beiden zentralen Zielen der onlinebasierten Befragung wurden weitere gemeinsame Ziele untergeordnet:

1. Definition der Prozessschritte (Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung)
2. Abbildung des Aufwandsumfangs
3. Erfassung von Vorschlägen zur Aufwandsreduktion
4. Definition des Nutzens für:
 - die Geschäftsstelle der jeweiligen Landesgeschäftsstelle
 - die Krankenhausstandorte
 - die Verfahrenspflege am IQTIG
5. Erhebung von Vorschlägen zur Erhöhung des Nutzens der Zweiterfassung
6. Erhebung der Einschätzung zur Adäquatheit der Zweiterfassung für eine Verbesserung der Dokumentation

Ausgeschlossene Ziele

Folgende langfristige Ziele wurden mit dieser Erhebung in beiden Zielgruppen nicht adressiert, da der Grad der Zielerreichung mit zugrunde liegendem Erhebungsdesign nicht messbar war:

- nachhaltige Verbesserung der Dokumentation der geprüften Krankenhausstandorte im geprüften QS-Verfahren nach Zweiterfassung
- nachhaltige Verbesserung der Dokumentation in allen QS-Verfahren des geprüften Krankenhausstandortes (Transfereffekt)
- Verbesserung der Datenfelder und Bögen sowie Plausibilitätsregeln, welche aufgrund der Zweiterfassung zu einer Weiterentwicklung des Verfahrens beigetragen haben
- erhöhte Datenqualität der Qualitätsindikatoren des geprüften Krankenhausstandortes aufgrund der Zweiterfassung

Für die qualitativen Einzelinterviews

Zentrale Ziele der qualitativen Einzelinterviews für die o. g. Zielgruppen sind:

- A. Erhalt vertiefter Einblicke in die Erfahrungen der auf Landesebene beauftragten Stellen und des Medizinischen Dienstes mit der Zweiterfassung
- B. Erhalt vertiefter Einblicke in die Erfahrungen und Bedürfnisse der Krankenhausstandorte im Rahmen ihrer Dokumentation

⁴ Zweiterfassung bezieht sich auf den Datenabgleich zwischen den übersandten QS-Dokumentationsdaten (QS-Daten) und den Daten in der Patientenakte. Der Prozess der Zweiterfassung erfolgt sowohl im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich als auch im gezielten Datenabgleich gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL. Beide Elemente gehören zum Datenvalidierungsverfahren.

Den beiden zentralen Zielen der qualitativen Einzelinterviews wurden weitere gemeinsame Ziele untergeordnet:

1. Präzisierung der individuellen Angaben aus der onlinebasierten Befragung:
 - zum Aufwand
 - zum empfundenen Nutzen
2. Erkenntnisgewinn über weitere Verbesserungsmöglichkeiten der Zweiterfassung
3. Erkenntnisgewinn über mögliche alternative Verfahrensweisen zur Zweiterfassung

2.1.1 Entwicklung des Fragebogens für die onlinebasierte Befragung

Da unterschiedliche Akteure in die Aufwandsschätzung des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 3 und 4 QSKL-RL einbezogen werden sollten, einmal prüfende und einmal zu prüfende Akteure, wurden zwei verschiedene Fragebogenversionen entwickelt.

- Fragebogen A „Krankenhausstandorte“ (Anhang A)
- Fragebogen B „LQS und MD“ (Anhang C)

Hierdurch konnte gewährleistet werden, dass verschiedene Perspektiven auf das Datenvalidierungsverfahren entsprechend erfasst werden.

Für die Fragebogenentwicklung wurden zunächst die Schwerpunkte der Beauftragung extrahiert:

- Aufwand
- Nutzen
- Optimierungsmöglichkeiten

Und es wurde festgelegt, was unter den drei Themen zu verstehen ist.

Voraussetzung für die Operationalisierung des *Aufwands* war zunächst das Verständnis zum Aufwand. Hierfür hat das IQTIG den Prozess der Zweiterfassung in drei Arbeitsphasen unterteilt: die Vorbereitung, die Vor-Ort-Überprüfung und die Nachbereitung. Mögliche Arbeitsschritte wurden beispielhaft definiert und in den Ausfüllhinweisen der beiden Fragebogenversionen vermerkt. Demnach ist der Aufwand zu verstehen als Arbeitsschritte, die pro Arbeitsphase anfallen. Operationalisiert wurde der Aufwand als *Zeit aller Personen in Stunden pro Arbeitsphase*. Die Operationalisierung des Aufwands ist für die Fragebogenversionen A und B gleichermaßen vorgenommen worden. Zur detaillierten Klärung des jeweiligen Verständnisses des Aufwands in den drei Arbeitsphasen der zwei Zielgruppen sollten von diesen jeweils die möglichen Arbeitsschritte angegeben werden.

Für den *Nutzen* erschien es sinnvoll, diesen offen durch die Befragten zu erfassen, indem der Nutzen aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden sollte. Das IQTIG hat daher keine Vorgabe in Form von Ausfüllhinweisen für den Nutzenaspekt vorgegeben. Ebenso erfolgte keine Operationalisierung.

Optimierungsmöglichkeiten wurden dahingehend verstanden, dass diese sich sowohl auf eine mögliche Aufwandsreduktion beziehen könnten als auch auf eine Erhöhung des jeweiligen Nutzens der Zweiterfassung. Es wurde angenommen, dass sich die Thematik inhaltlich im Rahmen der qualitativen Einzelinterviews durch alternative oder ergänzende Ideen zur Zweiterfassung erweitern wird. Daher wurden auch für den Themenaspekt der Optimierung keine Operationalisierungen vorgenommen.

Anhand der genannten drei Themenschwerpunkte und der Annäherung an ein inhaltliches Verständnis dieser wurden weitere mögliche Themen erarbeitet, die das Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKL-RL abbilden würden. Hierfür formulierten mehrere Mitarbeiterinnen des IQTIG unabhängig voneinander Themenblöcke. Diese wurden miteinander diskutiert und nach Festlegung erste Itementwürfe generiert. Der gesamte Prozess der Fragebogenentwicklung wurde vom Fachbereich Befragung begleitet.

In der Itemformulierung ist sich für die Verwendung von sowohl geschlossenen als auch offenen Fragen entschieden worden. Somit konnte einerseits in Bezug auf die quantitativen Fragebogenkomplexe (überwiegend geschlossene Fragen) mit einer hohen Vergleichbarkeit zwischen den Antworten gerechnet werden. Andererseits sollte durch die offenen Fragen die Möglichkeit geschaffen werden, Angaben zu konkretisieren. Die qualitativen Angaben des onlinebasierten Fragebogens sollten auch dazu dienen, weitere Themenkomplexe für die qualitativen Einzelinterviews zu generieren. Die Art der Itemskala (nominal, ordinal oder metrisch) wurde entsprechend jeder einzelnen Frage festgelegt. Die Items in Fragebogen B wurden in der Gruppe *Basis* für den zu befragenden Medizinischen Dienst leicht variiert, da dieser nur Angaben zu Standorten machen sollte, für die er beauftragt wurde. Differierende Auffassungen hinsichtlich der Itementwürfe in Bezug auf sprachliche und inhaltliche Aspekte wurden kritisch diskutiert und anschließend durch den Fachbereich Befragung geprüft. Für beide Fragebogenversionen wurden zu komplexeren Items Ausfüllhinweise entwickelt.

Nach Fertigstellung eines ersten Entwurfs der Fragebögen haben sich drei Mitarbeitende der zu prüfenden Stellen auf Landesebene freiwillig bereit erklärt, in einem zweistündigen Workshop am 22. Juli 2021 die Fragebogenentwürfe zu diskutieren. Auf diese Weise konnten die Fragebögen weiter optimiert werden. Ein Ergebnis des Workshops war beispielsweise, dass zu umfangreicheren Fragen Ausfüllhinweise erstellt werden. Abschließend wurden die Fragebögen nochmals intern durch den Fachbereich Befragung evaluiert.

Aufbau des Fragebogens

Der onlinebasierte Fragebogen setzt sich aus drei Itemgruppen zusammen: *Basis*, *Aufwand* und *Einschätzung*. In der Itemgruppe *Basis* wird nach dem überprüften QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul und der überprüften Aktenanzahl gefragt. Der Fragebogen B für die auf Landesebene beauftragten Stellen enthielt zusätzlich Fragen zur Beauftragung des MD. Für beide prüfenden Institutionen ist im Unterschied zu Fragebogen A (Krankenhausstandorte) eine Angabe des Bundeslandes vorgesehen.

Die Itemgruppen *Aufwand* und *Einschätzung* enthalten jeweils geschlossene und offene Fragen.

In der Itemgruppe *Aufwand* sind neben Fragen zum überprüften QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodul ebenfalls Fragen zu den Arbeitsphasen und dem in diesen jeweilig anfallenden Aufwand enthalten. Die beiden Fragebogenversionen A und B unterschieden sich dahingehend, dass der zeitliche Aufwand der drei Arbeitsphasen bei den Krankenhausstandorten differenziert nach Berufsgruppen abgefragt wird, während bei den beauftragten Stellen auf Landesebene respektive des Medizinischen Dienstes der zeitliche Aufwand differenziert für jeden zu prüfenden Krankenhausstandort anzugeben ist.

Die Itemgruppe *Einschätzung* enthält Fragen, inwiefern beispielsweise der Aufwand am geeignetsten reduziert werden könnte, ohne auf den Abgleich zwischen QS-Dokumentationsdaten und Patientenakten zu verzichten. Darüber hinaus sollten Einschätzungen zur Adäquatheit der Zweiterfassung für eine Dokumentationsverbesserung gegeben werden. Dem Nutzen der Zweiterfassung wurde sich in offenen Fragen genähert, indem in Fragebogen B die auf Landesebene beauftragten Stellen diesen für ihre Geschäftsstelle angeben sollten, aber eben auch den Nutzen aus ihrer Perspektive für die Krankenhausstandorte oder die Verfahrenspflege. In Fragebogen A sollten die Krankenhausstandorte ebenfalls den konkreten Nutzen des Verfahrens beschreiben. Zusätzlich wurden die Krankenhausstandorte gebeten, auch Angaben dazu zu machen, für wie wahrscheinlich diese eine Verbesserung der Dokumentation in den Folgejahren einschätzen. Die Krankenhausstandorte wurden zusätzlich nach angestoßenen Maßnahmen durch die Vor-Ort-Überprüfung gefragt und die auf Landesebene beauftragten Stellen sowie der Medizinische Dienst nach dem Einsatz des Tools zur Zweiterfassung. Beide Fragebogenversionen A und B enthalten zudem Fragen in Bezug auf Optimierungsmöglichkeiten wie zur Reduktion des Aufwands oder Erhöhung des Nutzens.

Fragebogenübermittlung und Zeitrahmen

Den auf Landesebene beauftragten Stellen wurden am 23. Juli 2021 die Fragebögen A und B zur Aufwandsschätzung als PDF vom IQTIG zur Verfügung gestellt und damit zeitlich vor Übermittlung der zu prüfenden Standorte und Fälle mit Beginn der Datenvalidierung gemäß § 9 QSKH-RL am 26. Juli 2021. Die auf Landesebene beauftragten Stellen wurden gebeten, bei entsprechender Beauftragung des Medizinischen Dienstes den Fragebogen B diesem ebenfalls zur Verfügung zu stellen. Die zu prüfenden Krankenhausstandorte erhielten den Fragebogen A aus Datenschutzgründen durch die auf Landesebene beauftragten Stellen im Rahmen der Terminvereinbarung für die Zweiterfassung vor Ort. Falls die Terminvereinbarung durch den Medizinischen Dienst erfolgen würde, wurden die auf Landesebene beauftragten Stellen gebeten, ebenfalls den Fragebogen für die Krankenhausstandorte an den Medizinischen Dienst zur Weiterleitung zu übermitteln. Somit wurde gewährleistet, dass alle Akteure bereits vor Beginn des Datenvalidierungsverfahrens Einsicht in die Fragebogenitems nehmen konnten. Dies war insbesondere wichtig, da auch der Aufwand für die Vorbereitung der Vor-Ort-Überprüfung ermittelt werden sollte.

Im jeweils übermittelten PDF für Fragebogen A und B waren entsprechende Verlinkungen zum onlinebasierten Fragebogen via LimeSurvey enthalten. Fragebogen A und B können dem Anhang A und C entnommen werden. Die Angaben der Landesgeschäftsstellen konnten aufgrund der

Angaben zum jeweiligen Bundesland zugeordnet werden, weshalb individualisierte Links versendet werden konnten. Für die Krankenhausstandorte wurde ein einheitlicher Link übermittelt, um zu gewährleisten, dass die Angaben in anonymisierter Form beim IQTIG eingehen und keinerlei Rückschlüsse möglich sind.

Für die Erfassung und Übermittlung des onlinebasierten Fragebogens wurde sich für das LimeSurvey-Portal entschieden, da es via LimeSurvey möglich ist, alle Antworten auf dem eigenen IQTIG-Server zu speichern.

Unter dem versandten Link wurden die Teilnehmenden der Befragung jeweils noch einmal über den Hintergrund der Befragung aufgeklärt und datenschutzbezogene Hinweise gegeben. Erst nach Bestätigung der freiwilligen Teilnahme konnte der jeweilige onlinebasierte Fragebogen ausgefüllt werden. Als Hilfestellung zur Befüllung der Fragebögen wurden Ausfüllhinweise entwickelt, welche an entsprechender Stelle in einer anderen Farbe unterhalb der Fragen erschienen und mit einem Fragezeichen als Symbol gekennzeichnet waren. Eine Weiterleitung der Angaben der Onlinebefragung an das IQTIG erfolgte erst, wenn am Ende der Befragung auf „senden“ geklickt wurde. So wurde gewährleistet, dass alle Akteure während der gesamten Arbeitsphase die Möglichkeit hatten, die Teilnahme zurückzuziehen.

Zur Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für qualitative Einzelinterviews wurde am Ende der onlinebasierten Befragung die Möglichkeit gegeben, sich mit einem Einzelinterview einverstanden zu erklären. Hierfür wurden die auf Landesebene beauftragten Stellen lediglich mit einer Ja-Nein-Frage nach ihrem Teilnahmewunsch gefragt. Bei Einverständnis wurden diese durch das IQTIG kontaktiert.

Haben Mitarbeitende der Krankenhausstandorte eine Teilnahme bejaht, wurden diese auf eine separate Website weitergeleitet, um ihre Kontaktdaten zu hinterlassen.

Einschränkend muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass keine Informationen darüber vorliegen, ob alle zu prüfenden Standorte des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich und gezielten Datenabgleichs gemäß § 9 Abs. 3 und 4 QSKH-RL die entsprechenden Links zur Teilnahme an der onlinebasierten Befragung erhalten haben.

2.1.2 Entwicklung des Leitfadens für die qualitativen Einzelinterviews

Anhand von online durchgeführten qualitativen Einzelinterviews sollten die in der vorab erfolgten onlinebasierten Befragung angegebenen Antworten, insbesondere hinsichtlich der Freitextfelder, konkreter analysiert werden, um daraus tiefergehende Erkenntnisse bzgl. der Durchführung des Datenvalidierungsprozesses gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL abzuleiten. Außerdem sollten auch Optimierungsvorschläge zur Zweiterfassung sowie ergänzende oder alternative Möglichkeiten generiert werden.

Es wurde sich für die Anwendung eines halbstandardisierten Leitfadeninterviews entschieden. Die Vorteile bestehen darin, dass eine einheitliche Vorgehensweise im Ablauf gewährleistet wird bei gleichzeitiger Offenheit für neue Themen (Gläser und Laudel 2010) Auf diese Weise wurden allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu vorab festgelegten Themenblöcken befragt. Zugleich

konnte durch die Offenheit aber auch auf in der onlinebasierten Befragung geschriebene Freitexte tiefergehend eingegangen sowie bei neu auftretenden Gesichtspunkten nachgefragt werden.

Vor Erstellung der Leitfäden wurden aus den bereits übermittelten Freitextantworten der onlinebasierten Befragung Themenblöcke abgeleitet. Diese wurden für beide Fragebogenversionen A und B abgeleitet. Es ergaben sich insgesamt sieben gleiche Themenblöcke aus beiden Fragebogenversionen: *Einleitung, Aufwand und Aufwandsreduktion, Maßnahmen, Effekt, Nutzen, Zukunftsaspekte* und *Sonstiges*.

Zu einer Teilnahme an einem qualitativen Einzelinterview haben sich insgesamt zwei Vertreterinnen und Vertreter der Krankenhausstandorte bereit erklärt sowie acht Vertreterinnen und Vertreter der auf Landesebene beauftragten Stellen. Von den Vertreterinnen und Vertretern des Medizinischen Dienstes, die an der onlinebasierten Befragung teilgenommen haben, hat sich keine Person zu einem qualitativen Einzelinterview bereit erklärt. Insgesamt wurden damit zehn Interviews durchgeführt. Die Interviewten erhielten keine Aufwandsentschädigung.

Da die Adressaten sowohl aus prüfenden als auch zu prüfenden Institutionen kamen, wurden zwei halbstandardisierte Leitfadeninterviews entwickelt, die im Aufbau gleich, aber von den entwickelten Fragen geringfügig abwichen.

Anhand des für die prüfenden Institutionen entwickelten halbstandardisierten Interviews ist mit einer IQTIG-Mitarbeiterin, die seit Jahren als ärztliche Mitarbeiterin ebenfalls an Zweiterfassungen der bundesbezogenen QS-Verfahren teilnimmt, eine Pretestung durchgeführt worden. Ziel war, die Verständlichkeit der entwickelten Fragen zu prüfen, zu ermitteln, inwiefern weitere Themenaspekte fehlten, sowie die Dauer des Interviews abschätzen zu können. Nach dem Pretest wurden keine weiteren Anpassungen vorgenommen. Das intern geführte Interview belief sich auf 45 Minuten. Die entwickelten Fragen für die Krankenhausstandorte wurden mit keiner Krankenhausvertreterin oder Krankenhausvertreter vorab getestet, da einerseits dem IQTIG nur wenige ehemals geprüfte Krankenhausstandorte (bundesbezogene QS-Verfahren) als Kontakte zur Verfügung gestanden haben und aufgrund der weit zurückliegenden letztmaligen Prüfungen der Zeitaufwand als zu hoch bewertet wurde. Andererseits wurde ein Verzicht auf eine Pretestung des Leitfadeninterviews für die Krankenhausstandorte aufgrund der geringen Abweichung zum Leitfadeninterview für die prüfenden Institutionen als angemessen in Bezug auf Verständlichkeit und Umfang eingeschätzt.

Aufbau des halbstandardisierten Leitfadeninterviews

Einleitung: Es wurde nach der Rolle der Interviewten im Prozess, nach dem Ablauf vor Ort und der Anwesenheit qualifizierten Personals gefragt.

Aufwand und Aufwandsreduktion: In diesem Themenblock wurde auf die einzelnen Arbeitsphasen Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung eingegangen und nach der Einschätzung zum Aufwand gefragt. Die Interviewten der auf Landesebene beauftragten Stellen wurden zusätzlich danach gefragt, an welcher Stelle und welcher Form der Aufwand am geeignetsten reduziert werden könnte. Zusätzlich wurde die Anwendung des vom IQTIG zur Verfügung gestellten Zweiterfassungstools thematisiert.

Maßnahmen: Unter diesem Thema wurde nach Maßnahmen gefragt, die aufgrund der Ergebnisse nach der Zweiterfassung eingeleitet oder durch die Krankenhausstandorte selbstständig eingeleitet wurden. Ebenfalls wurde darüber gesprochen, welche Entscheidungen für die Einleitung von Maßnahmen berücksichtigt werden und inwiefern diese als folgerichtiges Element der Zweiterfassung zu verstehen sind.

Effekt: In diesem Themenblock wurde nach dem Effekt der Zweiterfassung gefragt und damit nach einer Einschätzung zu zukünftig positiven Auswirkungen für die Dokumentation des geprüften QS-Verfahrens bzw. Auswertungsmoduls oder zu möglichen Transfereffekten auf andere QS-Verfahren.

Nutzen: Es wurde auf die jeweiligen Antworten zu den Einschätzungen aus unterschiedlichen Perspektiven eingegangen und danach gefragt, inwiefern der Nutzen am geeignetsten erhöht werden könnte. Es wurde ebenfalls danach gefragt, inwiefern die Relevanz für korrekt dokumentierte QS-Dokumentationsdaten insbesondere durch die Zweiterfassung deutlich geworden ist.

Zukunftsaspekte: In diesem Themenblock wurde nach der Möglichkeit einer geeigneteren Form der Datenvalidierung (in Bezug auf § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL) gefragt. Ebenfalls wurde die Möglichkeit einer rein digital durchgeführten Zweiterfassung thematisiert sowie die Frage nach der fachlichen Beurteilung ohne einen gemeinsamen Austausch zwischen überprüfter und prüfender Institution gestellt.

Sonstiges: An dieser Stelle wurde auf das gegebene Feedback der onlinebasierten Befragung (wenn vorgekommen) eingegangen sowie auf die Frage zum Verhältnis des Aufwands und Nutzens der Zweiterfassung in Bezug auf Gesamtaufwand und Nutzen, der mit der externen Qualitätssicherung entsteht. Ebenso konnten weitere nicht thematisierte Aspekte angebracht werden.

Die Leitfäden für die halbstandardisierten Interviews für die jeweils auf Landesebene beauftragten Stellen und Krankenhausstandorte können dem Anhang E und G entnommen werden. Es sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass Fragen, die sich auf individuelle Angaben in der onlinebasierten Befragung bezogen haben oder im Gesprächsverlauf spontan entstanden sind, nicht abgebildet werden.

Ablauf der qualitativen Interviews und Datenschutz

Die Interessenten wurden telefonisch und schriftlich kontaktiert und Termine für ein Interview vereinbart. Vorab wurden Teilnehmerinformationen und Einwilligungserklärung an die Interviewpartner versandt. Diese mussten vor Durchführung des Interviews mindestens in elektronischer Form am IQTIG eingegangen sein. Die Einverständniserklärung wird bis zu fünf Jahre nach Studienabschluss aufbewahrt und dann datenschutzkonform gelöscht.

Aufgrund dessen, dass die Interviews online mittels der Videokonferenztechnik Zoom durchgeführt werden sollten, wurde nochmals auf die Freiwilligkeit verwiesen und auf die Möglichkeit, jederzeit von dem Interview (auch im Nachgang) zurückzutreten. Die Ton- und Videoaufzeichnungen wurden in einem für die Interviews angelegten zugangsgesichertem Ordner gespeichert.

Die Auswertungen erfolgten lediglich durch befugte Personen des IQTIG. Es wurde darauf verwiesen, dass während des Interviews auch auf die Bildübertragung verzichtet werden kann, wenn gewünscht. Die führende Interviewerin seitens des IQTIG hat während des gesamten Interviews ein Video übertragen. Zu Auswertungszwecken wurden einzig die gespeicherten Audiodateien verwendet. Nach Abschluss des Projekts werden alle Ton- und Videoaufzeichnungen datenschutzkonform gelöscht. Die Interviewpartner wurden darauf hingewiesen, dass sie das Recht zur Löschung ihrer eigenen Daten/Diskussionsanteile bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung haben. Es wurde jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin ein ungefährer Zeitrahmen mitgeteilt, bis wann die Audiodateien transkribiert sein und dann in anonymisierter Form in einen gemeinsamen Datenpool fließen würden. Im Anschluss an die Interviews erfolgte die Transkription. Die Transkription fand nach den Regeln von Kuckartz statt und wurde von vier IQTIG-Mitarbeitenden durchgeführt (Kuckartz 2016). Das gesamte Datenmaterial wurde zur Datenanalyse einbezogen.

Aussagen, die Rückschlüsse auf das Bundesland, den Krankenhausstandort oder Personen zuließen, wurden bereits bei der Transkriptionserstellung anonymisiert.

Die Einzelinterviews wurden durch die Projektleitung für die Aufwandsschätzung durchgeführt. Bis zu zwei weitere Projektmitarbeiterinnen des IQTIG waren für die technische Unterstützung wie auch für ergänzende Hinweise oder Fragen anwesend. Für die Durchführung der Einzelinterviews wurde eine Dauer von ca. 45 bis 60 Minuten angestrebt. Nach den ersten geführten Interviews wurde die Leitung des Fachbereichs Befragung aus Qualitätssicherungsgründen gebeten, dem Projektteam ein Feedback zur Durchführung der Interviews zu geben. Durch die dauerhafte Begleitung des Fachbereichs Befragung sollte ein bestmöglicher Qualitätsstandard erzielt werden.

Keine Interviewpartnerin und kein Interviewpartner hat im Nachgang eine Löschung der Ton- und Videoaufzeichnungen verlangt, sodass alle zehn geführten Interviews für die Auswertung zur Verfügung standen.

2.2 Auswertungsmethoden

Für beide Befragungsarten kamen unterschiedliche Auswertungsmethoden zum Tragen. Da es sich bei der onlinebasierten Befragung vornehmlich um die Sammlung numerischer Werte handelt, um die Häufigkeit von unterschiedlichen Aspekten zu erheben, erfolgte die Auswertung zu diesem Teil mittels quantitativer Methoden. Diese beinhalten die deskriptive Darstellung von Häufigkeiten einzelner Variablen oder Kombinationen dieser. Zusätzlich erfolgten stützende Regressionsanalysen zur Darstellung von Zusammenhängen. Qualitative Angaben in Form von Freitextantworten der onlinebasierten Befragung sowie alle erfolgten qualitativen Interviews wurden mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

Auswertung der onlinebasierten Befragung

Die freiwillig übermittelten Fragebögen wurden für die prüfenden Institutionen unter Berücksichtigung der zu prüfenden QS-Verfahren bzw. Auswertungsmodule auf Vollständigkeit der Angaben im Fragebogen geprüft. Im Falle eines beispielsweise für die Befragung nicht angegebenen Aufwands zu einem geprüften Modul bzw. QS-Verfahren erfolgte eine Rückfrage bei der

zuständigen Geschäftsstelle, inwiefern ggf. bewusst oder versehentlich keine Angaben gemacht wurden. Daraufhin erfolgte ggf. eine Korrektur. Ebenso konnten in einem Fall unplausibel erscheinende Angaben in einem nachfolgend qualitativen Interview aufgelöst und korrigiert werden.

Die geschlossenen Fragen werden im Bericht deskriptiv für die Fragebogenversionen A und B, also die Ergebnisse der Krankenausstanoorte und die der auf Landesebene beauftragten Stellen respektive des Medizinischen Dienstes, getrennt ausgewertet und dargestellt. Für beide Zielgruppen wird die Rücklaufquote ausgegeben. Daraufhin werden die Ergebnisse aus den drei Itemgruppen *Basis*, *Aufwand* und *Einschätzung* nach verschiedenen Inhalten präsentiert und miteinander in Beziehung gesetzt. Zur Darstellung von Zusammenhängen wurden vereinzelt lineare Regressionslinien in die Abbildungen integriert.

Die Antworten der Freitextfelder aus den offenen Fragen wurden kategorisiert und getrennt von den geführten qualitativen Interviews ausgewertet. Die Angaben zu den offenen Fragen dienten zum Teil der Konkretisierung quantitativ erfasster Aspekte, weshalb diese in unmittelbaren Zusammenhang dargestellt werden. Die Freitextfelder dienten zusätzlich der Entwicklung der Leitfäden für die halbstandardisierten Interviews.

Auswertung der qualitativen Einzelinterviews

Die transkribierten und vollständig anonymisierten Interviews wurden in die Auswertungssoftware MAXQDA 2020 für eine qualitative Daten- und Textanalyse eingelesen. Hierfür wurden zwei separate Auswertungsdatensätze erzeugt, einmal für die geführten Interviews mit Vertreterinnen oder Vertretern der Krankenhausstandorte und einmal für die geführten Interviews mit den Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern der auf Landesebene beauftragten Stellen.

Das Datenmaterial wurde in Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) kodiert. Während mithilfe der aus den Interviewleitfäden deduktiv entwickelten Hauptkategorien zunächst zentrale Aussagen aus den Einzelinterviews erfasst wurden, konnte mit den anschließenden induktiv anhand des Interviewmaterials entwickelten Unterkategorien das Kategoriensystem präzisiert und das Datenmaterial umfassend interpretiert werden.

Dieser Auswertungsschritt wurde durch zwei weitere Personen unabhängig mit der Auswertungssoftware voneinander geprüft. Unstimmigkeiten in Bezug auf die Zuordnung von Kategorien oder Formulierung der Paraphrasen wurden durch drei Projektmitarbeiterinnen diskutiert. Eine Entscheidung bezüglich der Zuordnung zu einer Haupt- oder Unterkategorie oder der Formulierung einer Paraphrase wurde bei Dissensen immer durch zwei Personen getroffen.

Anschließend wurden ein Kategorienbaum sowie die Paraphrasen mit zugehörigen Haupt- und Unterkategorien in eine Excel-Tabelle ausgeleitet. Diese wurden durch die Leitung des Fachbereichs Befragung nachvollzogen.

In Anlehnung an die zusammenfassende und strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) wurden für die Paraphrasen einer Kategorie zentrale Aussagen synthetisiert. Es wurden solche Textstellen für die Ergebnisdarstellung im Bericht gewählt, die die Erfahrungen der inter-

viewten Personen veranschaulichen und **stellvertretend für ähnliche Gesprächsinhalte** aus anderen Einzelinterviews stehen. Dies bedeutet, dass in der Regel nur ein Zitat als Ankerbeispiel je Sachverhalt berichtet wird.

3 Ergebnisse

3.1 Onlinebasierte Befragung

Die Ergebnisse der onlinebasierten Befragung werden nachfolgend getrennt für die jeweiligen Zielgruppen dargestellt.

3.1.1 Krankenhausstandorte

Rücklaufquote und Repräsentativität

Die Größe der Zufallsstichprobe für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 betrug 70 Krankenhausstandorte. Davon wurden 42 Krankenhausstandorte für das QS-Verfahren *Implantierbare Defibrillatoren* im Auswertungsmodul *Implantation (09/4)* und 28 Krankenhausstandorte zur Prüfung des QS-Verfahrens *Implantierbare Defibrillatoren* im Auswertungsmodul *Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)* zufällig gezogen. 2 Standorte sollten auf Grundlage der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2018 für das QS-Verfahren *Perinatalmedizin* im Auswertungsmodul *Neonatologie* erneut im gezielten Datenabgleich geprüft werden. Damit sollten insgesamt 72 Krankenhausstandorte zum Erfassungsjahr 2020 überprüft werden.

Tatsächlich wurden allerdings nur 57 Krankenhausstandorte überprüft. Zwei Bundesländer haben das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 mit insgesamt 13 zu prüfenden Krankenhausstandorten in den Modulen 09/4 und 09/6 nicht durchgeführt. Ein Krankenhausstandort war im Modul 09/4 aus anderen Gründen, die zu einer Nichteinhaltung der Prüffrist führten, und ein anderer im Modul 09/6 aufgrund technischer Probleme nicht validierbar.

Es haben 16 von 55 (29,1 %) Krankenhausstandorten der zum Erfassungsjahr 2020 überprüften Krankenhausstandorte im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich (Module 09/4 und 09/6) an der onlinebasierten Befragung zur Aufwandsschätzung freiwillig teilgenommen. Im gezielten Datenabgleich wurden 2 Krankenhausstandorte (Modul NEO) zum Erfassungsjahr 2020 überprüft. Allerdings hat keiner der beiden Krankenhausstandorte an der freiwilligen onlinebasierten Befragung teilgenommen, weshalb zum gezielten Datenabgleich keine Angaben zum Aufwand vorliegen.

Damit ergibt sich eine Rücklaufquote der onlinebasierten Fragebögen durch die Krankenhausstandorte von 28,1 % bezogen auf die im Erfassungsjahr 2020 tatsächlich geprüften Krankenhausstandorte (16 von 57) des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL. Inwiefern auch tatsächlich alle 57 Krankenhausstandorte über die onlinebasierte Befragung informiert worden sind und sich gegen eine freiwillige Teilnahme entschieden haben, kann an dieser Stelle nicht nachvollzogen werden. Die 16 Krankenhausstandorte, die an der onlinebasierten Befragung teilgenommen haben, werden im Folgenden als „Umfrage-Sample-KH“ bezeichnet.

Von den 16 Krankenhausstandorten, die Angaben zur Aufwandsschätzung übermittelt haben, ist von 8 Standorten die Überprüfung in Modul 09/4 angegeben worden und von 7 Standorten in Modul 09/6. Ein Standort hat angegeben, in beiden Modulen überprüft worden zu sein. Da allerdings nur ein Standort in der Zufallsstichprobe für die gleichzeitige Überprüfung in beiden Modulen mit anderen Charakteristika als der, der in der Befragung zwei Module angegeben hatte, gezogen wurde, geht das IQTIG von einer fehlerhaften Angabe in der onlinebasierten Befragung aus. Aufgrund der getätigten Angaben kann davon ausgegangen werden, dass es sich am wahrscheinlichsten um einen Standort aus der Überprüfung des Moduls 09/6 handelt. Da die Angaben zur Aufwandsschätzung sich nicht inhaltlich auf die geprüften Module 09/4 und 09/6 beziehen, sondern lediglich in Bezug auf den Aufwand, alle anderen Fragen aber genereller Natur zum Zweiterfassungsprozess sind, wurde sich dafür entschieden, die Umfrageergebnisse dieses Standortes nicht aus der Auswertung auszuschließen. In den folgenden Darstellungen werden die Angaben dieses Krankenhausstandortes daher dem Modul 09/6 zugeordnet.

Somit wurden von den an der onlinebasierten Befragung teilnehmenden Standorten 50 % (n = 8) im Modul 09/4 überprüft und 50 % (n = 8) im Modul 09/6. Von allen im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich für das Erfassungsjahr 2020 geprüften Krankenhausstandorten (n = 55) hingegen wurden 60 % (n = 33) im Modul 09/4 überprüft und 40% (n = 22) im Modul 09/6. In Bezug auf das überprüfte Modul erscheint das Umfrage-Sample-KH repräsentativ.

Die zwei im gezielten Datenabgleich für das Auswertungsmodul NEO geprüften Krankenhausstandorte haben nicht an der onlinebasierten Befragung teilgenommen. Daher können für den gezielten Datenabgleich aus Perspektive der Krankenhausstandorte keine Ergebnisse dargestellt werden. Die nachfolgenden Auswertungen zur Aufwandsschätzung durch Angaben der Krankenhausstandorte beziehen sich daher einzig auf das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich.

Die Krankenhaustandorte, die an der onlinebasierten Befragung teilgenommen haben, sind in Abbildung 1 im Verhältnis zu allen tatsächlich durch eine Zweiterfassung überprüften Standorten (n = 57) sowie im Verhältnis zu allen Standorten, die aufgrund der Stichprobenziehung oder im gezielten Abgleich hätten geprüft werden sollen (n = 72), dargestellt.

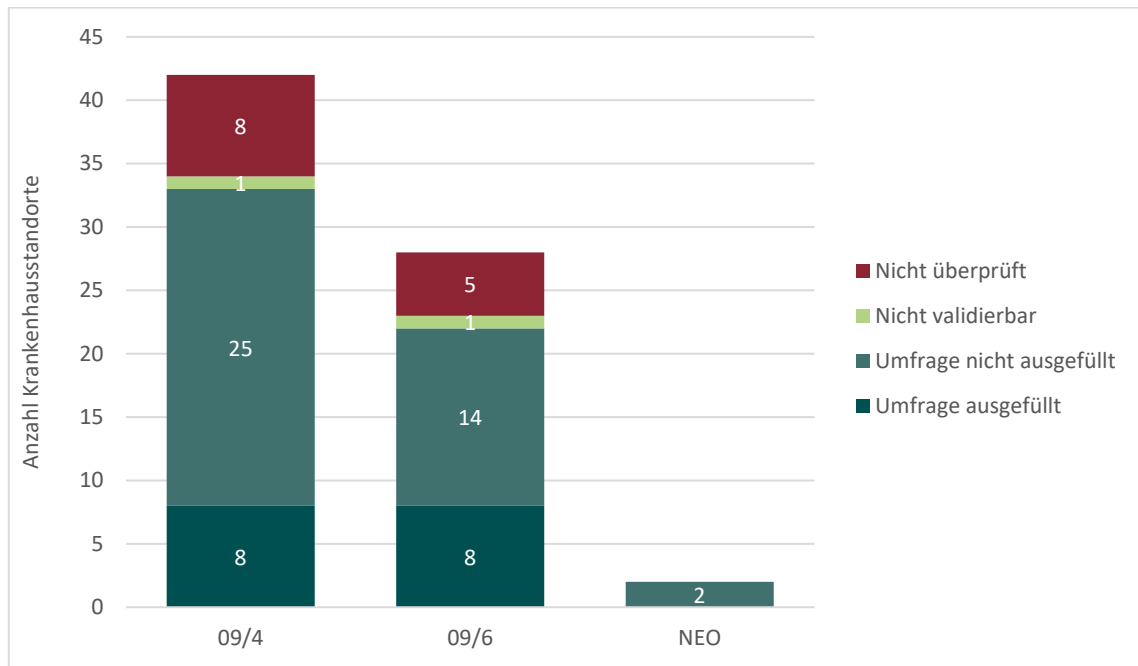


Abbildung 1: Rücklauf der onlinebasierten Fragebögen durch die tatsächlich geprüften Krankenhausstandorte pro Modul im Vergleich zu allen Krankenhausstandorten, die hätten geprüft werden sollen

Von den 57 im Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL überprüften Standorten wurden 14 (24,6 %) durch den Medizinischen Dienst überprüft und die übrigen 43 (75,4 %) durch die Landesgeschäftsstellen. Im Umfrage-Sample-KH wurden 4 Krankenhausstandorte (25 %) durch den Medizinischen Dienst und 12 (75 %) durch die auf Landesebene beauftragten Stellen geprüft. In Bezug auf die prüfende Institution ist der Umfrage-Sample-KH also repräsentativ.

Zum Erfassungsjahr 2020 wurden insgesamt 806 Akten an 55 Krankenhausstandorten geprüft. Im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich wurden 533 Akten an 33 Standorten für das Modul 09/4 und 271 Akten an 22 Standorten für das Modul 09/6 geprüft. Die durchschnittliche Aktenanzahl lag damit im Modul 09/4 bei 16,15 Akten pro Standort und im Modul 09/6 bei 12,32 Akten pro Standort. Im gezielten Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 wurden insgesamt 40 Akten an 2 Standorten für das Modul NEO geprüft. Von den Krankenhausstandorten, die an der onlinebasierten Befragung teilgenommen haben, lag die durchschnittlich geprüfte Aktenanzahl im Modul 09/4 bei 15,75 pro Krankenhausstandort und im Modul 09/6 bei 12,75 pro Krankenhausstandort. Damit erscheint die Aktenanzahl im Umfrage-Sample-KH für beide Module repräsentativ. Keiner der im Modul NEO geprüften Krankenhausstandorte hat an der onlinebasierten Befragung teilgenommen.

Aufwand in Zeiteinheiten

In Abbildung 2 wird die Verteilung des Aufwands für die Zweiterfassung in Stunden pro Krankenhausstandort mittels eines Boxplots für beide Module gemeinsam und anhand von Boxplots pro Modul dargestellt.

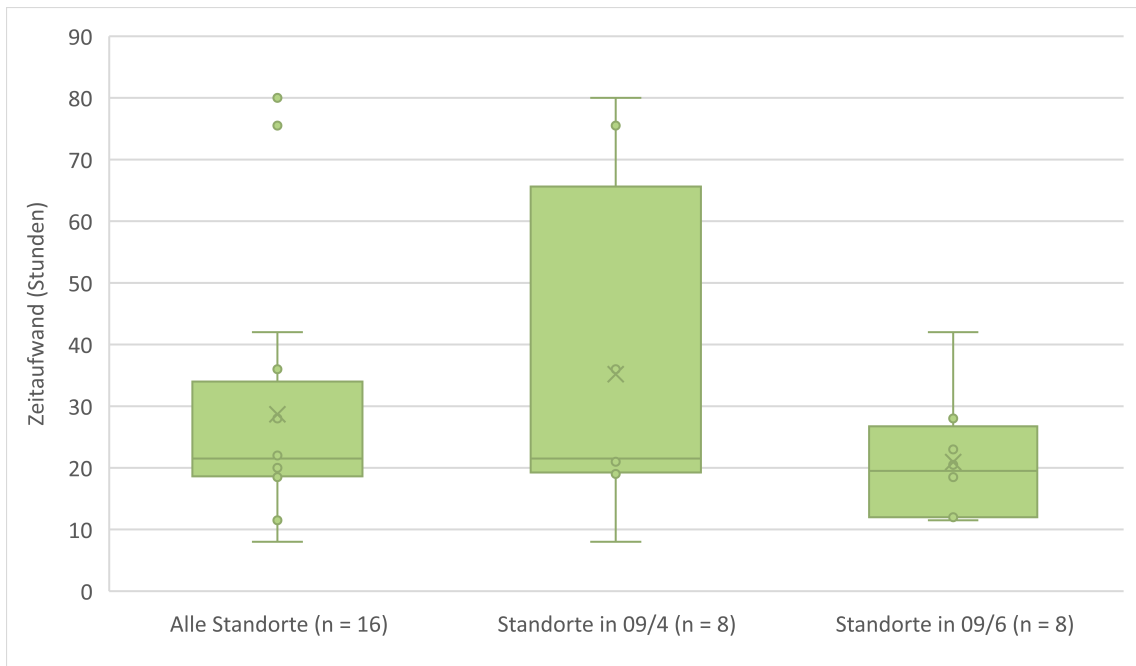


Abbildung 2: Verteilung der zeitlichen Aufwände für die Zweiterfassung pro Krankenhausstandort in Stunden

Die durchschnittlich für die Zweiterfassung aufgebrauchte Zeit liegt über alle Standorte ($n = 16$) hinweg bei 28,7 Stunden pro Krankenhausstandort. Der Median liegt mit 21,5 Stunden etwas niedriger, insbesondere da zwei Standorte mit 75,5 und 80 Stunden statistische Ausreißer darstellen und daher den Mittelwert beeinflussen.

Der Aufwand im Modul 09/4 ist deutlich breiter zwischen den Krankenhausstandorten gestreut als im Modul 09/6. So reichte die Spanne im Modul 09/4 von 8 Stunden bis 80 Stunden, die insgesamt für die Zweiterfassung aufgebracht wurden. Die Spanne im Modul 09/6 hingegen lag zwischen 11,5 Stunden und 42 Stunden. Im Mittel wurde für das Modul 09/4 ein Aufwand von 35,2 Stunden ($n = 8$) angegeben, während der Aufwand für das Modul 09/6 im Mittel bei 20,9 Stunden ($n = 8$) lag. Bei Betrachtung der Medianwerte je Modul kann festgestellt werden, dass diese deutlich näher beieinanderliegen, nämlich für das Modul 09/4 bei 21,5 Stunden mit 50 % der Aufwände zwischen 19,75 und 45,9 Stunden und für das Modul 09/6 bei 19,5 Stunden im Median und für 50 % der Aufwände zwischen 12 und 24 Stunden. Der Minimalwert für 20 überprüfte Akten liegt bei 21 und 20,5 Stunden für die Module 09/4 und 09/6 entsprechend. Im Durchschnitt wurden dabei 15,7 Akten für das Modul 09/4 und 12,8 Akten für das Modul 09/6 pro Krankenhausstandort überprüft.

Bei einer separaten Darstellung der Aufwände abhängig von der prüfenden Institution (auf Landesebene beauftragte Stelle oder Medizinischer Dienst) zeigt sich im Mittel bei den 4 Krankenhausstandorten, die durch den Medizinischen Dienst überprüft worden sind, ein höherer Zeitaufwand pro Krankenhausstandort (\bar{X} : 36,5 Stunden) als bei den 12 Krankenhausstandorten, die durch eine auf Landesebene beauftragte Stelle überprüft worden sind (\bar{X} : 26,1 Stunden); (Abbildung 3) Der Unterschied sollte jedoch bei großen Variationen um die Mitte und einer kleinen Fallzahl vorsichtig interpretiert werden.

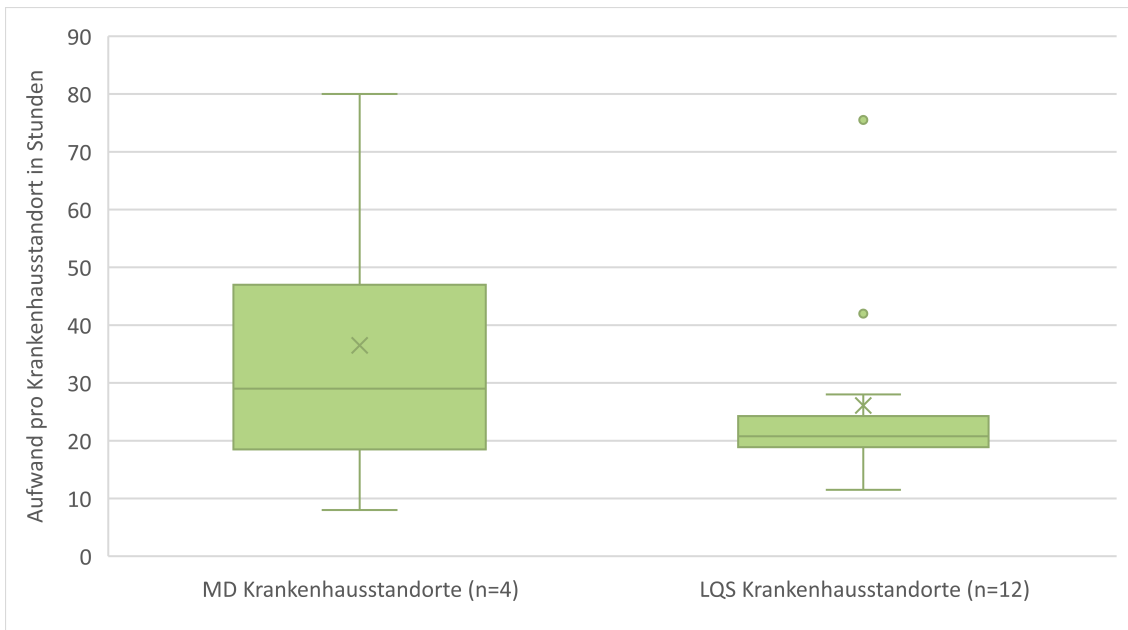


Abbildung 3: Zeitlicher Aufwand pro Krankenhausstandort in Stunden aufgeteilt nach der diese Standorte prüfenden Institution (dem Medizinischem Dienst und den Landesgeschäftsstellen)

Arbeitsphasen

Nachfolgend werden zunächst die zeitlichen Zusammenhänge zu den Arbeitsphasen genauer betrachtet.

In der Abbildung 4 werden die Angaben zum zeitlichen Aufwand für alle teilnehmende Krankenhausstandorte dargestellt, mit der Unterteilung auf die drei Arbeitsphasen: *Vorbereitung*, *Vor-Ort-Überprüfung* und *Nachbereitung*. Die Krankenhausstandorte sind dem jeweils überprüften Modul zugeordnet. Ebenso wird die Anzahl der überprüften Akten genannt.

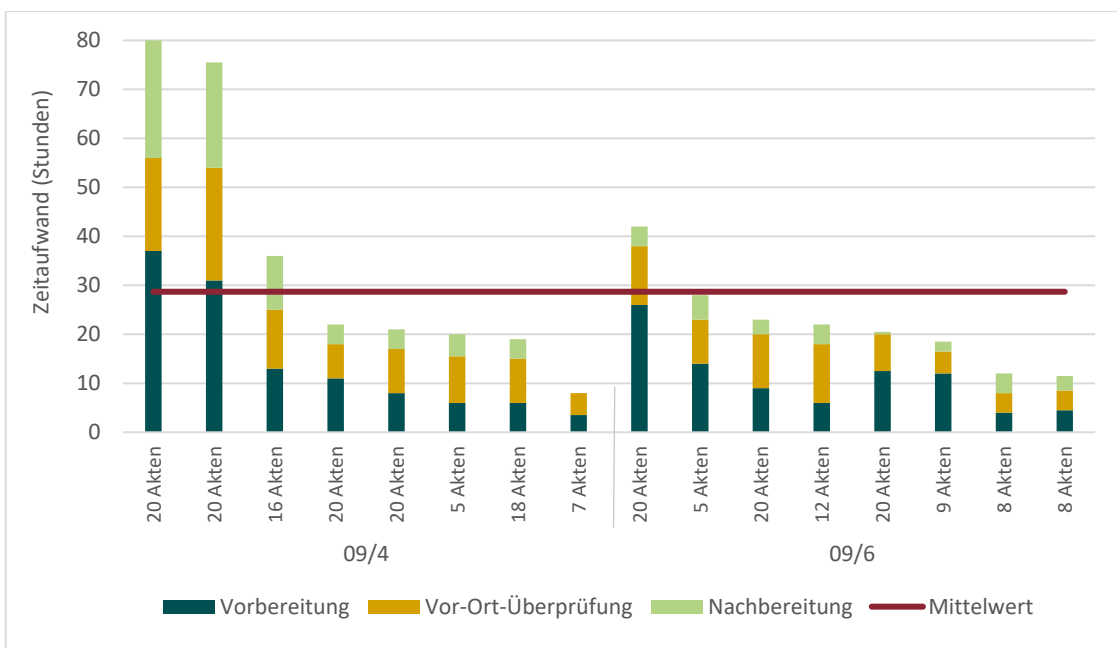


Abbildung 4: Aufwand in Stunden pro Krankenhausstandort mit Unterteilung auf die drei Arbeitsphasen

Abbildung 4 verdeutlicht, dass bei der Hälfte der Krankenhausstandorte die Arbeitsphase *Vorbereitung* die meiste Zeit in Anspruch genommen hat, insbesondere bei den Standorten mit relativ hohen Aufwänden insgesamt.

In Abbildung 5 werden die drei Arbeitsphasen daher anhand von Boxplots noch einmal genauer veranschaulicht. Es ergeben sich für jede Arbeitsphase große Variationen zwischen den Standorten.

In die Arbeitsphase *Vorbereitung* ist mit durchschnittlich 12,7 Stunden Zeitaufwand pro Krankenhausstandort der meiste Zeitaufwand gefallen. Es sind minimal 3,5 und maximal 37 Stunden an Zeit angegeben worden. Insbesondere drei Standorte wichen mit 26, 31 und 37 Stunden deutlich von den anderen Standorten ab. Bei der Betrachtung des Median ist zu erkennen, dass von der Hälfte der Standorte jeweils mehr als 10 Stunden und für die andere Hälfte jeweils weniger als 10 Stunden Zeitaufwand in die Vorbereitung der Zweiterfassung eingegangen sind.

Auf die Teilnahme an der *Vor-Ort-Überprüfung* fielen im Durchschnitt 9,8 Stunden Zeitaufwand pro Krankenhausstandort. Es sind minimal 4 und maximal 23 Stunden an Zeit angegeben worden. Der Median lag bei 9 Stunden.

Am wenigsten Zeitaufwand ist für die *Nachbereitung* mit durchschnittlich 6,2 Stunden Zeitaufwand pro Krankenhausstandort aufgewandt worden. Es sind minimal 0 und maximal 24 Stunden an Zeit angegeben worden. Drei Viertel aller Angaben lagen zwischen 0 und 5 Stunden mit einem Median von 4 Stunden.

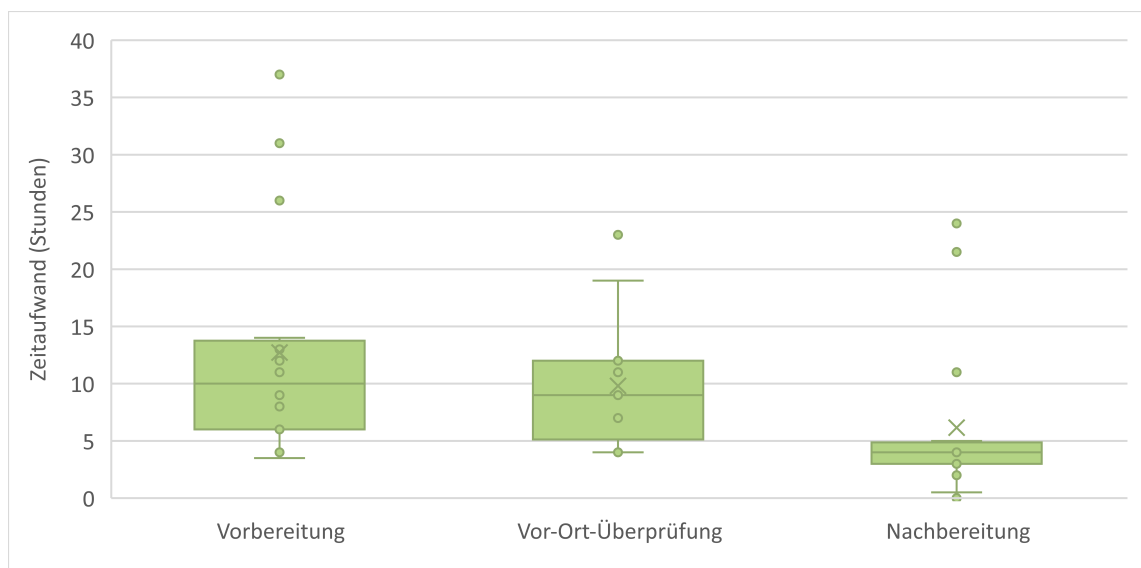


Abbildung 5: Verteilung der zeitlichen Aufwände pro Arbeitsphase (modulübergreifend)

Aufgrund des durchschnittlich höheren Aufwands der Krankenhausstandorte, die durch einen medizinischen Dienst überprüft worden sind (vgl. Abbildung 3), wurden die Arbeitsphasen ebenfalls separat in Abhängigkeit von der prüfenden Institution betrachtet (Abbildung 6).

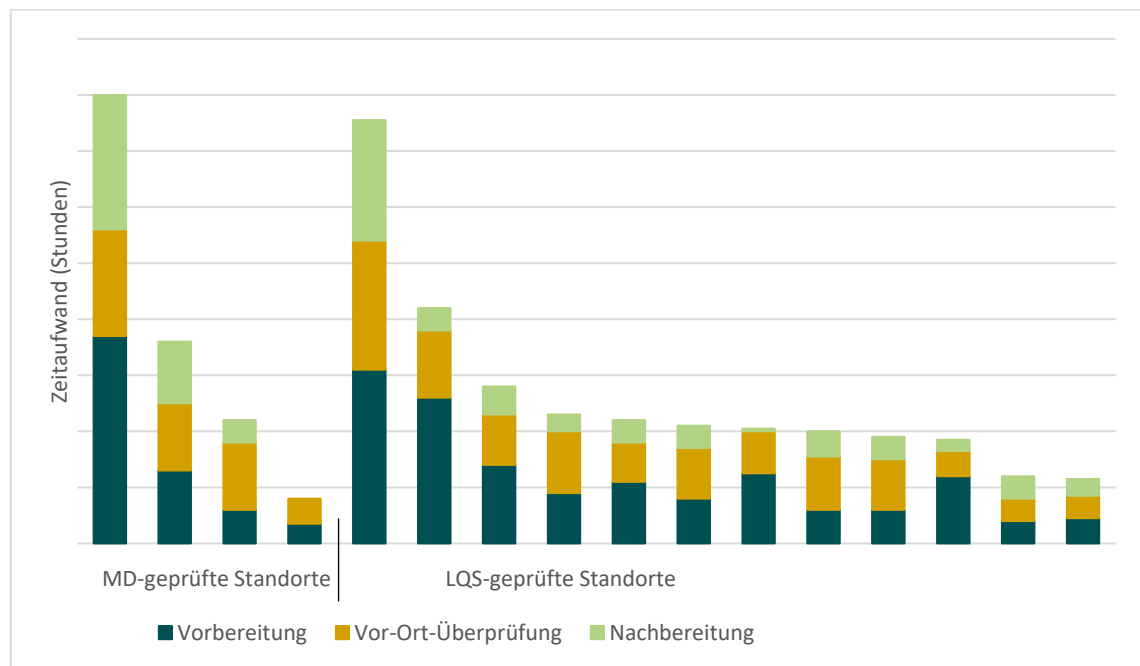


Abbildung 6 Verteilung der zeitlichen Aufwände pro Arbeitsphase (modulübergreifend), aufgeteilt nach der diese Standorte prüfenden Institution (dem Medizinischem Dienst und den Landesgeschäftsstellen)

Grundlegend ist zu erkennen, dass der Aufwand an den Krankenhausstandorten, die durch den Medizinischen Dienst geprüft wurden, genauso variierte wie an den Standorten die durch eine Landesgeschäftsstelle geprüft wurden. Allerdings gibt es Unterschiede im Mittelwert wie auch im Median, welche sich für die Arbeitsphasen unterscheiden. Der Median für die Arbeitsphase *Vorbereitung* unterscheidet sich kaum (MD: 9,5 vs. LQS: 10), aber in der Arbeitsphase *Vor-Ort-Überprüfung* (MD: 12 vs. LQS: 9) und in der Arbeitsphase *Nachbereitung* (MD: 7,5 vs. LQS: 4).

In der onlinebasierten Befragung wurde sich anhand von Beispielen für mögliche Arbeitsschritte dem Verständnis einer jeden Arbeitsphasen genähert, um eine Vergleichbarkeit zwischen den Krankenhausstandorten abbilden zu können. Darüber hinaus sollten die Krankenhausstandorte aber auch für die jeweilige Arbeitsphase ihre Arbeitsschritte nennen, um auf diese Weise sich einerseits dem Verständnis der Arbeitsphase zu nähern und andererseits auch Unterschiede zwischen den Krankenhausstandorten feststellen zu können.

Als Beispiel für die Arbeitsschritte in der *Vorbereitung* auf die Zweiterfassung wurden vom IQTIG folgende in einem Ausfüllhinweis benannt:

Aktenbereitstellung, logistische Planung, interne Durchsicht der Akten auf Vollständigkeit und wichtige Informationen

Von den Krankenhausstandorten wurden diese Arbeitsschritte ebenfalls benannt. Zusätzlich erfolgten die Angaben *Catering und Organisation des Raumes* durch einen Standort sowie die *IT-technische Organisation mit Gastzugängen für das KIS* durch einen weiteren Standort. Drei Standorte nannten auch *Rücksprachen mit QS-verantwortlichem Oberarzt oder der Fachabteilung*.

Als Beispiel für Arbeitsschritte für die *Vor-Ort-Überprüfung* wurden vom IQTIG folgende in einem Ausfüllhinweis benannt:

Vor-Ort-Überprüfung inklusive der abschließenden Ergebnispräsentation durch die LQS/MD

In Bezug auf diese Arbeitsphase wurden keine abweichenden Arbeitsschritte durch die Krankenhausstandorte angegeben.

Als Beispiel für Arbeitsschritte in der *Nachbereitung* wurden vom IQTIG folgende in einem Ausfüllhinweis benannt:

Prozesse, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Vor-Ort-Überprüfung stehen, wie ggf. durch die LQS eingeleitete Maßnahmen (logistischer Aufwand zum Abschluss einer Zielvereinbarung). Nicht gemeint sind umfassendere intern angestoßene Maßnahmen. (...) Veranlassung weiterer interner Maßnahmen oder die aus einer Zielvereinbarung resultierenden längerfristigen Maßnahmen gehören daher nicht dazu.

Zu dieser Arbeitsphase wurden weitere Arbeitsschritte wie die *interne Ergebnismitteilung an alle Beteiligten, Anstoßen von Verbesserungsmaßnahmen, Aktenrückgabe, logistischer Aufwand, Sichtung und Beantwortung Umfrage* sowie *Hinweise und Hilfestellung zu vollständigen Dokumentation* genannt.

Alle Freitextantworten zu den Arbeitsschritten der einzelnen Phasen sind im Anhang B (Tabelle 3) hinterlegt.

Aktenanzahl

Im nächsten Schritt soll der zeitliche Aufwand eines Standorts in Verbindung mit der Anzahl der geprüften Akten betrachtet werden. Anders als bei der Ermittlung dieses Zusammenhangs bei den prüfenden Institutionen (siehe Abschnitt 3.1.2) wurde an dieser Stelle nicht nur die Arbeitsphase *Vor-Ort-Überprüfung*, sondern der zeitliche Aufwand für alle Arbeitsphasen einbezogen, da aus den beschriebenen Arbeitsschritten ein Einfluss der Aktenanzahl auf alle Arbeitsphasen anzunehmen war.

Bei den 16 an der onlinebasierten Befragung teilnehmenden Krankenhausstandorten wurden $n = 228$ Akten überprüft. An 8 Standorten wurden insgesamt 126 Akten für das Modul 09/4 überprüft und an den anderen 8 Standorten waren es 102 Akten für das Modul 09/6. Im Durchschnitt wurden an jedem Krankenhausstandort 14,3 Akten überprüft, im Median 17. Der durchschnittliche Aufwand der Krankenhausstandorte lag pro Akte bei 2,2 Stunden und im Median bei 1,6 Stunden.

Insgesamt besteht eine hohe Variation zwischen den Krankenhausstandorten, was den zeitlichen Aufwand und die geprüfte Anzahl an Akten betrifft. Aus den wenigen vorliegenden Daten ($n = 8$ pro Modul) ist dennoch im Mittel ein steigender Zusammenhang zwischen der Aktenanzahl und dem zeitlichen Aufwand pro Krankenhausstandort in beiden geprüften Modulen zu erkennen (Abbildung 7, Abbildung 8).

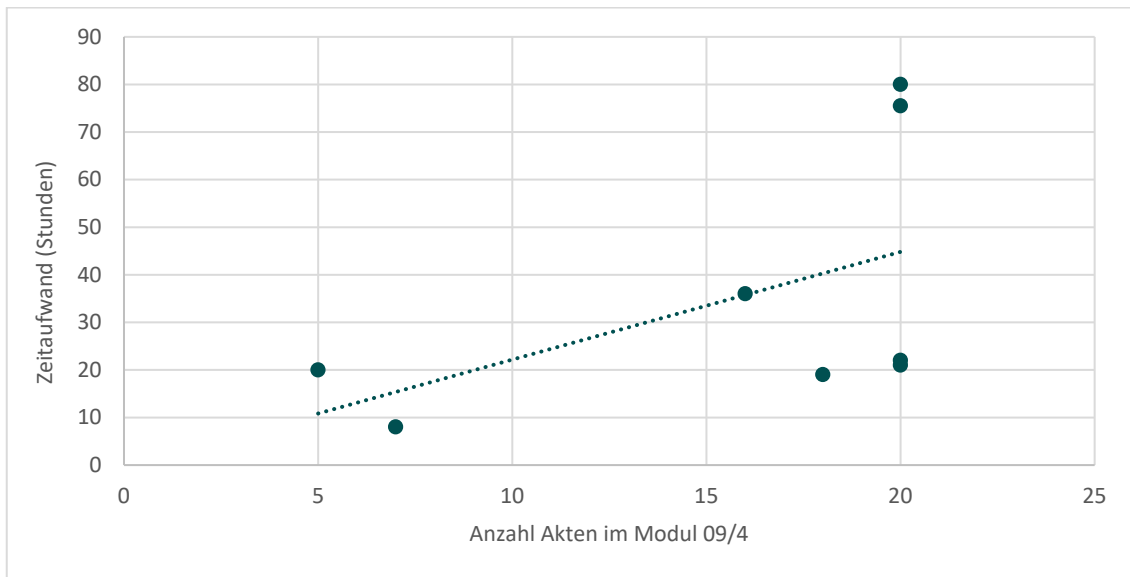


Abbildung 7: Zeitaufwand für alle Arbeitsphasen pro Krankenhausstandort in Abhängigkeit von der Anzahl der überprüften Akten im Modul 09/4

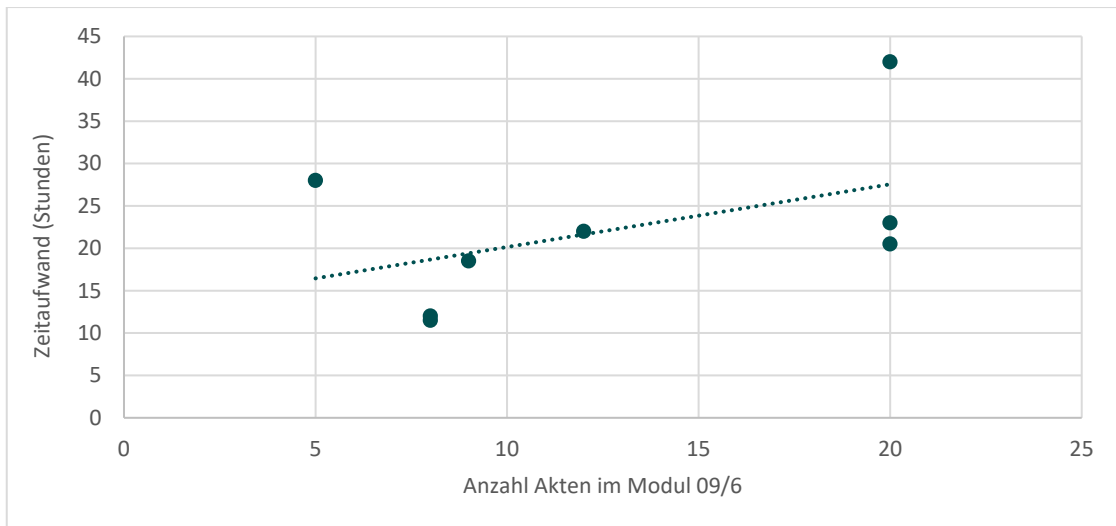


Abbildung 8: Zeitaufwand für alle Arbeitsphasen pro Krankenhausstandort in Abhängigkeit von der Anzahl der überprüften Akten im Modul 09/6

Allerdings kann man in beiden Abbildungen auch erkennen, dass die Krankenhausstandorte bei gleicher Anzahl an geprüften Akten, z. B. $n = 20$, erheblich in der aufgewandten Zeit divergieren. Daher muss angenommen werden, dass es weitere Einflussvariablen gibt neben der Anzahl der Akten.

Berufsgruppen

Insgesamt haben im Durchschnitt 3,2 verschiedene Berufsgruppen an der Zweiterfassung teilgenommen (Median = 3); (Anhang B, Tabelle 9), wobei die Personenanzahl nicht erhoben wurde. Die an der Zweiterfassung am häufigsten beteiligte Berufsgruppe waren die Oberärztinnen/Oberärzte (15 von 16 Standorten), QM-Beauftragte/-Mitarbeitende (11 von 16 Standorten)

und medizinische Controller (9 von 16 Standorten) (Abbildung 9). Neben den vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten der Berufsgruppen konnten weitere unter „Sonstige“ hinzugefügt werden. Als weitere Berufsgruppen, die am Prozess der Zweiterfassung beteiligt waren, wurden durch die Krankenhausstandorte *Archiv-Mitarbeitende*, *Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der elektronischen Datenverarbeitung (EDV)* und *Verwaltungsmitarbeitende* genannt.

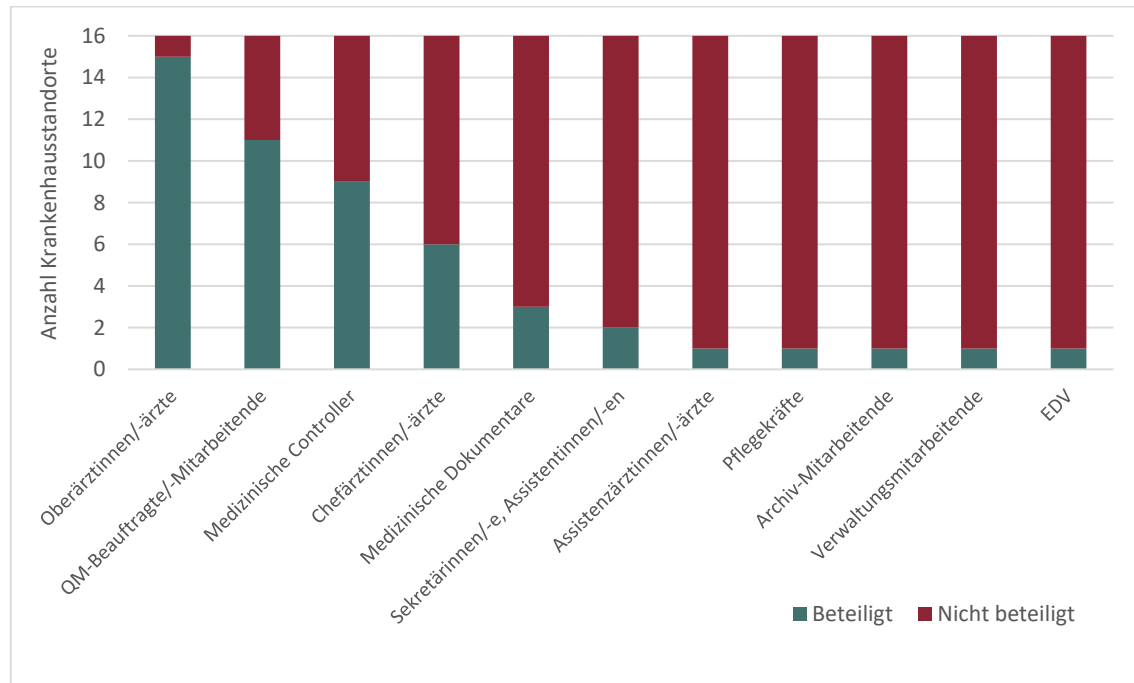


Abbildung 9: Anteilswerte der Berufsgruppenbeteiligung an den Krankenhausstandorten

In Abbildung 10 wird die Verteilung der zeitlichen Aufwände in Stunden pro Berufsgruppe dargestellt, die jeweils von den 16 Krankenhausstandorten angegeben wurde. Wenn für eine bestimmte Berufsgruppe kein Aufwand angegeben worden ist, wird dies in der Abbildung als 0 Stunden dargestellt. Den höchsten durchschnittlichen zeitlichen Aufwand mit der Zweiterfassung hatte mit 8,3 Stunden pro Krankenhausstandort die Berufsgruppe Oberärztinnen/Oberärzte, gefolgt von den QM-Beauftragten/QM-Mitarbeitenden mit 7,4 Stunden. Pro Berufsgruppe wird auch deutlich, dass es erhebliche Variation über die Standorte gab.

Bei Betrachtung der Verteilung des durchschnittlichen Aufwands einer jeden Berufsgruppe auf die drei Arbeitsphasen (Abbildung 11) wird deutlich, dass der meiste Aufwand von fast allen am Prozess beteiligten Berufsgruppen in die *Vorbereitung* investiert wurde. Anders ist es beispielsweise bei den medizinischen Controllern und Chefärztinnen und Chefärzten sowie Verwaltungsmitarbeitenden, welche die meiste Zeit mit der *Vor-Ort-Überprüfung* verbrachten. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass nicht alle Standorte die oben dargestellten Berufsgruppen in die Zweiterfassung einbezogen haben (Abbildung 9).

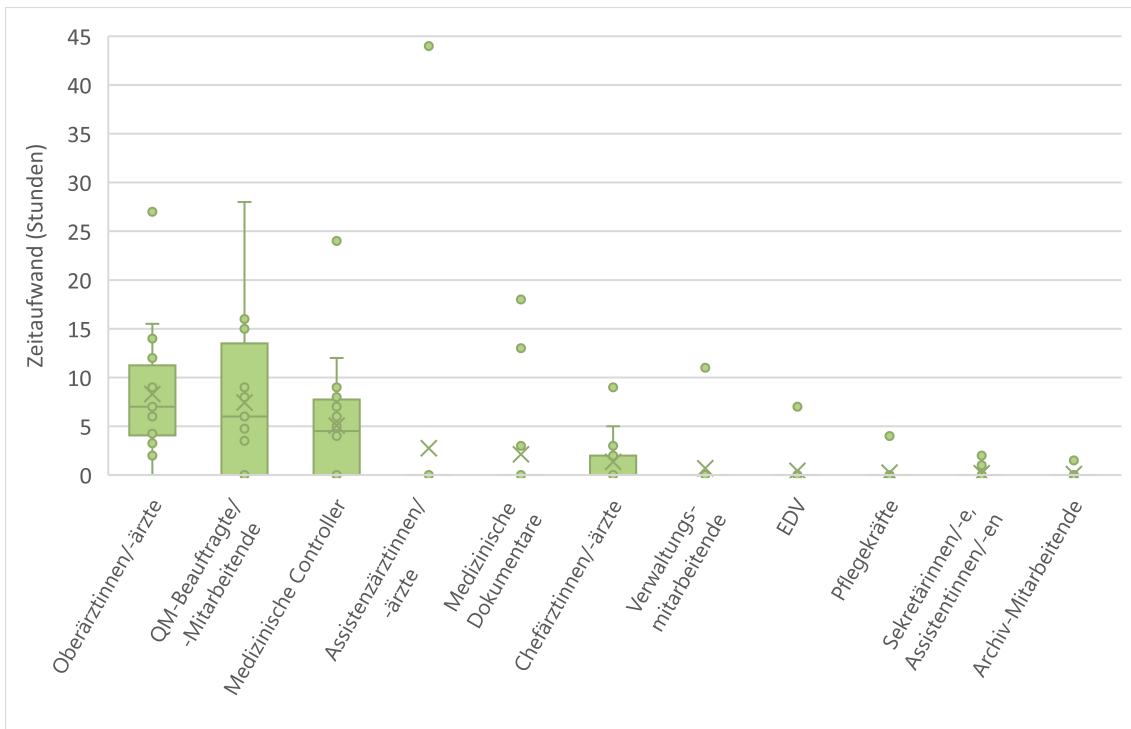


Abbildung 10: Verteilung der zeitlichen Aufwände pro Krankenhausstandort⁵ für die beteiligten Berufsgruppen über alle Arbeitsphasen hinweg

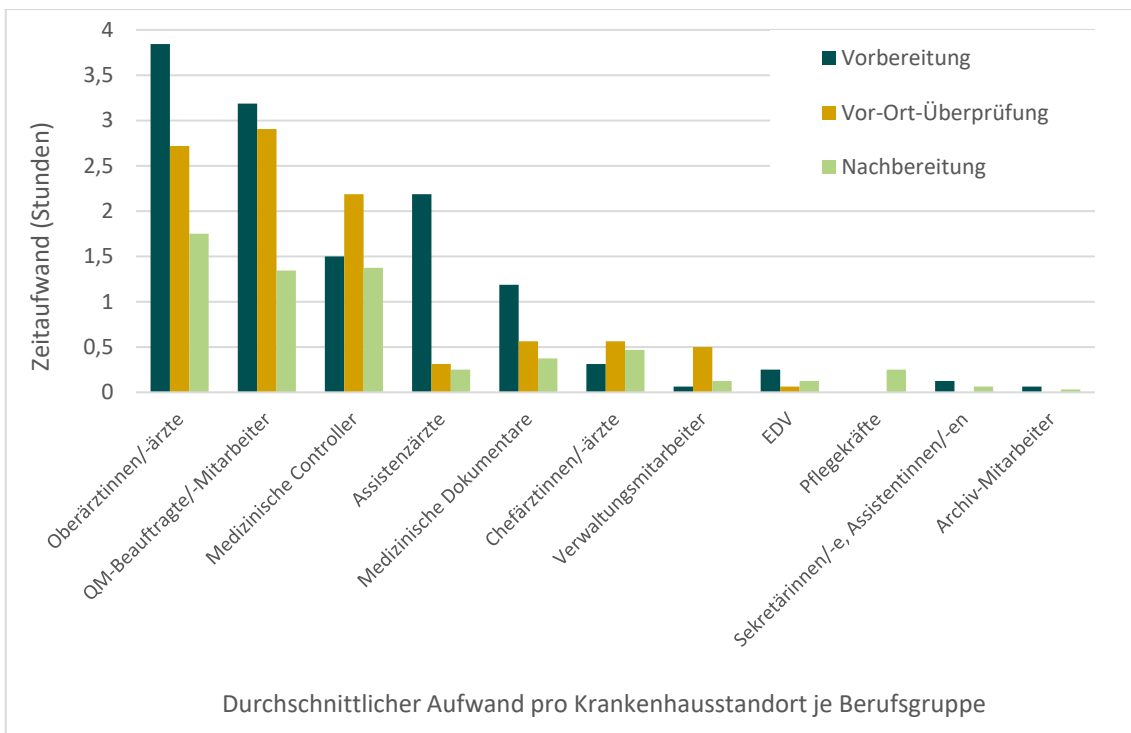


Abbildung 11: Durchschnittliche Aufwände⁶ der Berufsgruppen in Bezug auf die drei Arbeitsphasen pro Krankenhausstandort (n = 16)

⁵ Es sind für jede Berufsgruppe 16 Punkte eingetragen. Wenn die Berufsgruppe bei einem Standort nicht beteiligt war, ist dies als 0 Stunden eingetragen.

⁶ Die drei Säulen je Berufsgruppe ergeben den Mittelwert der Berufsgruppe insgesamt. Dieser ist in Abbildung 10 eines jeden Boxplots erkennbar.

Aktenanzahl und Berufsgruppen

Als ein Einflussfaktor auf den Aufwand wurde die Anzahl der zu prüfenden Akten, die in Abbildung 7 und Abbildung 8 dargestellt ist, angenommen. Trotz eines im Mittel steigenden Zusammenhangs wurden weitere Einflussfaktoren vermutet, da der Aufwand bei gleicher Anzahl an zu prüfenden Akten zwischen den Standorten erheblich divergierte. Bei Betrachtung der angegebenen Anzahl an beteiligten Berufsgruppen sowie der Verteilung des zeitlichen Aufwands pro Krankenhausstandort für jede Berufsgruppe fiel ebenfalls eine große Variabilität zwischen den Krankenhausstandorten auf. Daher wurde folgend geprüft, inwiefern die Anzahl der beteiligten Berufsgruppen einen Einfluss auf den Aufwand hatte, der pro Akte aufgebracht wurde (Abbildung 12).

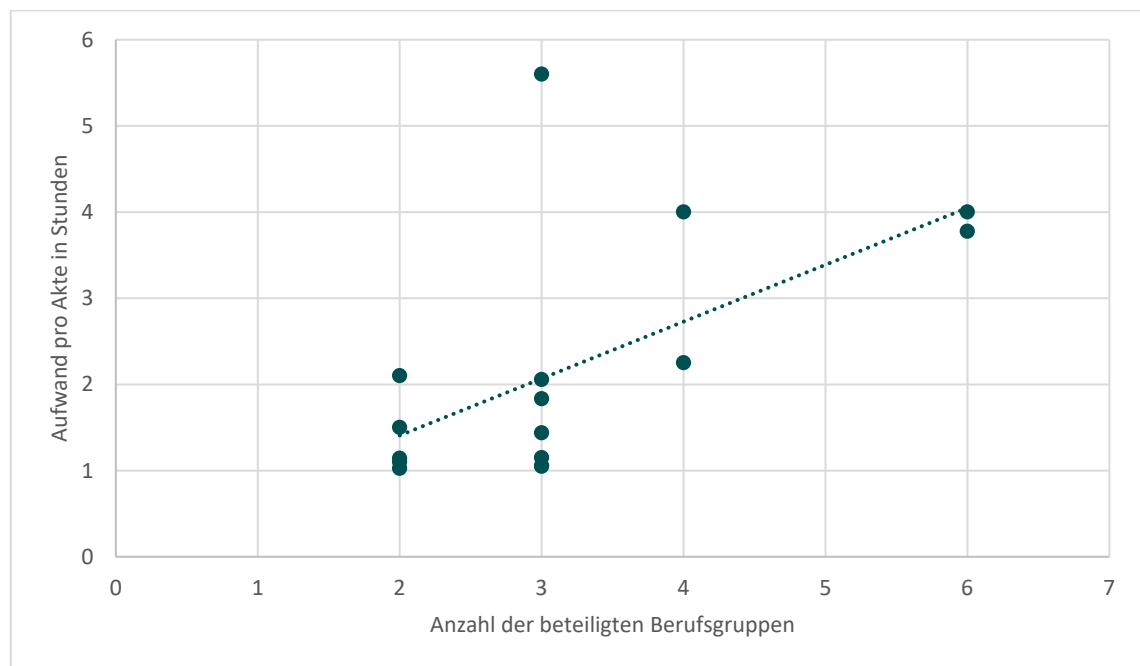


Abbildung 12: Zeitaufwand pro Akte in Abhängigkeit von der Anzahl der beteiligten Berufsgruppen

So ist zu erkennen, dass bei den Standorten mit dem niedrigsten Aufwand pro Akte im Durchschnitt weniger Berufsgruppen beteiligt waren als bei den Standorten mit im Vergleich hohem Aufwand pro Akte.

Maßnahmen

Auf die Frage, ob im Nachgang an die Vor-Ort-Überprüfung Maßnahmen angestoßen wurden oder werden sollen, haben 8 Krankenhausstandorte *Maßnahmen, die durch den eigenen Krankenhausstandort angestoßen wurden/werden sollen* bejaht. Durch 6 Standorte wurde angegeben, dass Maßnahmen *durch die Landesgeschäftsstelle/den MD angestoßen wurden/werden sollen* (Abbildung 13).

Wenn dokumentiert wurde, dass Maßnahmen durch den Krankenhausstandort eigenständig angestoßen wurden (n = 8), erfolgte eine Anschlussfrage zur Präzisierung dieser Angabe. Die Freitextantworten können vollumfänglich im Anhang B, Tabelle 6 eingesehen werden. Die Angaben

wurden mittels qualitativer Analyse folgenden drei inhaltlichen Kategorien zugeordnet: *ASA-Dokumentation*, *Schulungen* und *Optimierung der Dokumentationsstandards*.

Durch zwei Krankenhausstandorte wurden Maßnahmen bezüglich einer korrekten *ASA-Dokumentation* angestoßen und durch drei Krankenhausstandorte *Schulungen* zum korrekten Ausfüllen der QS-Dokumentation durchgeführt.

An vier Standorten wurden die *Dokumentationsstandards* optimiert. In Rahmen dessen wurde auch häufigen Dokumentationsfehlern nachgegangen und Prozesse angepasst, die zu einer verbesserten Dokumentation führen.

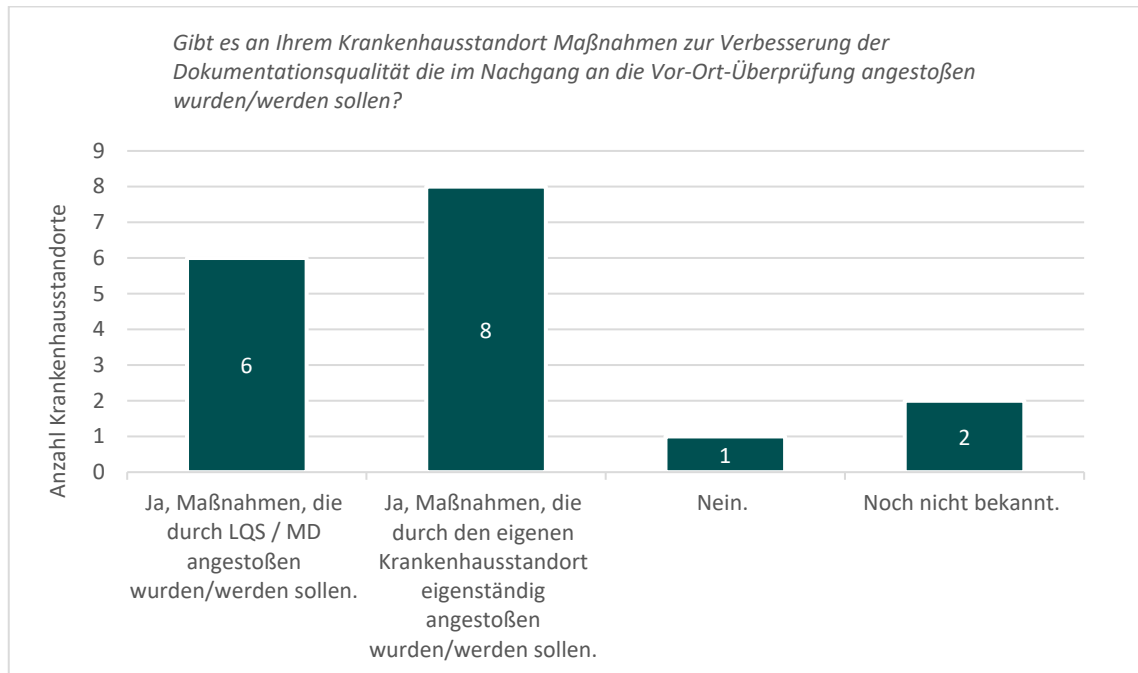


Abbildung 13: Häufigkeit zu geplanten/durchgeführten Maßnahmen nach der Zweiterfassung; Mehrfachantworten waren möglich

Aufwandsreduktion

Die Krankenhausstandorte sind dazu befragt worden, wie der Aufwand, der durch die Zweiterfassung entsteht, am geeignetsten reduziert werden könne, ohne auf einen Abgleich zwischen QS-Dokumentationsdaten und Patientenakte zu verzichten. 10 Standorte haben darauf eine Antwort (Freitextfeld) geschrieben, die im Anhang B, Tabelle 5 vollständig hinterlegt sind. Die Angaben wurden mittels qualitativer Analyse folgenden inhaltlichen Kategorien zugeordnet: *Digitalisierung*, *Anpassung Prüfausmaß*, *bessere Vorbereitungsmöglichkeiten* und *nicht möglich/kein Vorschlag*.

Drei Standorte haben die Möglichkeit einer Aufwandsreduktion in der *Digitalisierung* gesehen. Hier wurde die Einführung der elektronischen Akte oder die reine Verwendung der digitalen Akten im Krankenhausinformationssystem (KIS) genannt. Zusätzlich ist als Möglichkeit für eine Aufwandsreduktion die Verwendung einer entsprechenden Validierungssoftware erwähnt worden.

Zwei Standorte haben zur Aufwandsreduktion die *Anpassung des Prüfausmaßes* genannt: Dieser Kategorie konnten zwei Aspekte zugeordnet werden, zum einen eine Reduktion der Datenfelder, indem vorgeschlagen wurde, dem Prüfer / der Prüferin nur Datenfelder anzuzeigen, die für den konkret zu prüfenden Fall tatsächlich relevant seien. Zum anderen eine Reduktion der zu überprüfenden Akten, indem vorgeschlagen wurde, weniger als 20 Akten pro Modul zu prüfen. Dies könne durch eine Übermittlung der 20 Vorgangsnummern geschehen, von welchen dann nur 10 nach dem Zufallsprinzip vor Ort geprüft werden würde. Ebenso sollen Krankenhausstandorte in höchstens einem Modul pro Jahr geprüft werden.

Von weiteren zwei Krankenhausstandorten wurden *bessere Vorbereitungsmöglichkeiten* genannt, wie eine klare Agenda und Prozessstruktur zur Fallbearbeitung oder die fallweise Ausgabe der QS-Dokumentationsdaten vom IQTIG in Form von Excel-Tabellen mit Feldbezeichnungen und Ausfüllhinweisen.

Effekt

Die Krankenhausstandorte sind danach gefragt worden, wie wahrscheinlich ihrer Einschätzung nach die Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten die Qualität der Dokumentation in den Folgejahren verbessern werde. Die Einschätzung zum Effekt der Zweiterfassung wurde von drei Krankenhausstandorten als „sehr wahrscheinlich“ und von 10 Krankenhausstandorten als „eher wahrscheinlich“ eingeschätzt. Die anderen drei Krankenhausstandorte schätzten den Effekt als „eher unwahrscheinlich“ ein. Keiner der Standorte gab „sehr unwahrscheinlich“ an (vgl. Abbildung 14).

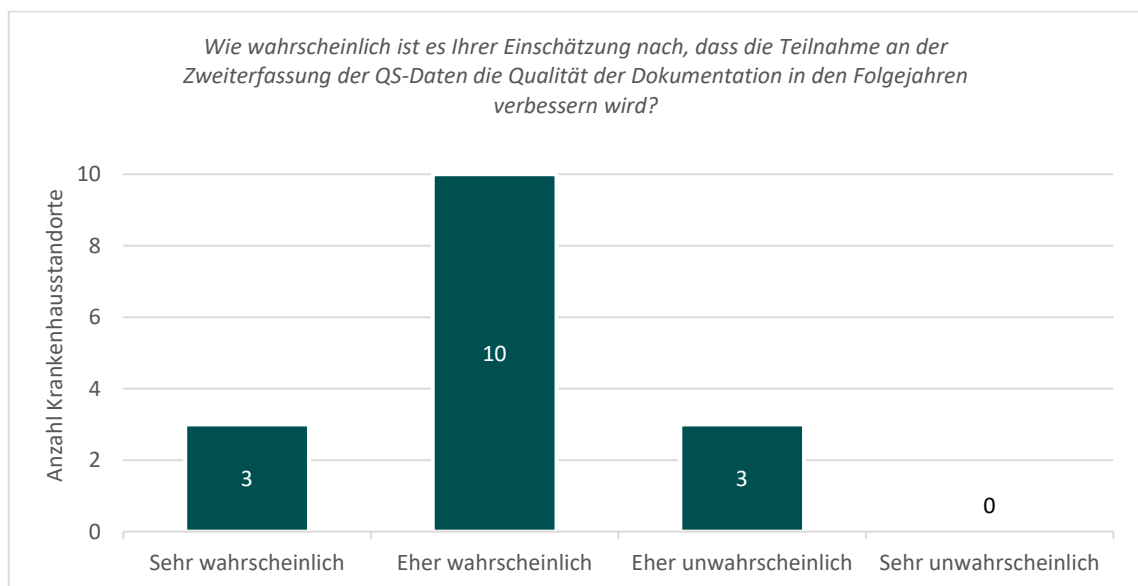


Abbildung 14: Auswertung der Frage zur Verbesserung der QS-Dokumentation aufgrund der Zweiterfassung

Es gab die Möglichkeit, weitere Hinweise und Ideen zu dieser Frage in einem Freitextfeld mitzuteilen. Insgesamt haben 4 Krankenhausstandorte weitere Einschätzungen dazu genannt, die im Anhang im Wortlaut aufgeführt sind (Anhang B, Tabelle 7). Ein Krankenhausstandort hat als Grund für die Einschätzung „eher unwahrscheinlich“ mitgeteilt, dass die Dokumentationsqualität im geprüften QS-Verfahren an diesem Standort ohne große Abweichungen im Ergebnis war.

Drei weitere Krankenhausstandorte hatten in ihrer Einschätzung „eher wahrscheinlich“ gewählt und zusätzliche Aspekte mitgeteilt: Ein Standort argumentiert, dass vermutlich mehr auf Übertragungsfehler geachtet würde, obgleich sich Tipp- und Übertragungsfehler nie ganz ausschließen ließen. Ein weiterer Krankenhausstandort hat angegeben, dass die Motivation zur Dokumentationsverbesserung bei konstruktiv durchgeführter Überprüfung durch die auf Landesebene beauftragte Stelle höher sei. Der dritte Standort begründete seine Einschätzung mit dem Erkennen systematischer Fehler und einer Überprüfung besonders fehlerbehafteter Datenfelder.

Nutzen

Die Krankenhausstandorte wurden darum gebeten zu erläutern, was für ihren Standort der konkrete Nutzen einer Zweiterfassung ist. 13 Standorte haben hierzu eine Rückmeldung (Freitextantwort) geschrieben, die im Anhang eingesehen werden können (Anhang B, Tabelle 8). Die Angaben wurden mittels qualitativer Analyse folgenden inhaltlichen Kategorien zugeordnet: *Überprüfung oder Bestätigung der bisherigen Dokumentationsqualität und Verbesserungsvorschläge bei Abweichung, Kontrolle erhöht Motivation für gewissenhafte QS-Dokumentation, Gelegenheit/Zwang die eigene Dokumentation zu überprüfen, Kontakt mit der auf Landesebene beauftragten Stelle und kein Nutzen.*

Die meisten (n = 8) Antworten fielen in die thematische Kategorie: *Überprüfung oder Bestätigung der bisherigen Dokumentationsqualität und Verbesserungsvorschläge bei Abweichung.* Darunter wurden z. B. auch das Aufdecken systematischer Fehler sowie Schulung in der QS-Dokumentation direkt am Fall genannt. Zwei Krankenhausstandorte sahen keinen Nutzen in der Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten und ein weiterer gab an, dass der Nutzen der Zwang, die eigene QS-Dokumentation zu prüfen, sei. Bei zwei weiteren Krankenhausstandorten war die externe Kontrolle wichtig, um die Relevanz der korrekten QS-Dokumentation zu unterstreichen und um das Personal für gewissenhaftes Ausfüllen zu motivieren. Des Weiteren wurde von einem Krankenhausstandort die Förderung der Kontakte mit der Landesgeschäftsstelle und die Möglichkeit zur Rückmeldung von Verbesserungsvorschlägen bei Ausfüllhinweisen, Feldern oder Qualitätsindikatoren genannt.

Auf die Frage *Wie könnte der Nutzen für Ihren Krankenhausstandort am geeignetsten erhöht werden, ohne auf einen Abgleich zwischen QS-Daten und Patientenakte zu verzichten?* haben 9 Krankenhausstandorte eine Rückmeldung gegeben (Anhang B, Tabelle 9), davon waren drei ohne Optimierungsvorschläge.

Die anderen Rückmeldungen ließen sich in die Kategorien *Dokumentationsaufwand, konkrete Arbeitsanweisungen* sowie *finanzielle Aspekte* einteilen.

Zwei Standorte haben vorgeschlagen, den Dokumentationsaufwand und die Dokumentationsfehler durch bessere Übertragbarkeit zwischen verschiedenen Softwaresystemen im KIS zu reduzieren und dadurch ggf. auch Redundanzen zu vermeiden.

Zwei weitere Krankenhausstandorte wünschten sich *konkretere Arbeitsanweisungen* wie beispielsweise ein direkt im Prüfbericht vermerkter Hinweis zur Inhouse-Kommunikation. Ein anderer Standort nannte, dass die Kommunikation mit der Landesgeschäftsstelle die Daten- und Dokumentationsqualität erhöhe.

Ein Krankenhausstandort sprach *finanzielle Aspekte* an, wie nicht refinanzierte Anforderungen an die Häuser und die Herausnahme der Krankenhausfinanzierung aus dem Wettbewerb. Diese Angabe wurde jedoch nicht näher ausgeführt.

3.1.2 Prüfende Institutionen

Rücklaufquote und Repräsentativität

In der Zufallsstichprobe für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 wurden für alle 16 Bundesländer mit 17 auf Landesebene beauftragten Stellen, Krankenhausstandorte gezogen. Die auf Landesebene beauftragten Stellen aus zwei Bundesländern haben das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zum Erfassungsjahr 2020 mit insgesamt 13 zu prüfenden Krankenhausstandorten in den Modulen 09/4 und 09/6 nicht durchgeführt.

Die auf Landesebene beauftragte Stelle eines Bundeslandes hat die Datenübermittlung erst nach der verlängerten Frist des 31. Dezember 2021 an das IQTIG übermittelt, weshalb deren Angaben für die Aufwandsschätzung nicht mehr berücksichtigt werden konnten.

Somit haben 14 von 17 prüfenden Institutionen (Landesgeschäftsstellen oder der Medizinische Dienst bei Beauftragung durch eine auf Landesebene beauftragte Stelle), die für die Durchführung des Stichprobenverfahren mit Datenabgleich oder dem gezielten Datenabgleich gemäß § 9 Abs. 3 und 4 QSKH-RL zum Erfassungsjahr 2020 zuständig waren, an der onlinebasierten Befragung teilgenommen. Daraus ergibt sich eine Rückmeldung aus 13 von 16 Bundesländern. Die 14 prüfenden Institutionen, die an der onlinebasierten Befragung teilgenommen haben, werden im Folgenden als „Umfrage-Sample-pl“ bezeichnet.

Damit ergibt sich eine Rücklaufquote der onlinebasierten Fragebögen durch die prüfenden Institutionen von 93,3 % bezogen auf die im Erfassungsjahr 2020 tatsächlich prüfenden Stellen auf Landesebene (14 von 15). Die prüfenden Institutionen waren damit in der Aufwandsschätzung fast vollständig vertreten. Einschränkend kann an dieser Stelle angemerkt werden, dass ein großes Bundesland zum Erfassungsjahr 2020 keine Rückmeldung zum Aufwand des Datenvalidierungsverfahrens mitgeteilt hatte. Somit ist die Perspektive von den auf Landesebene beauftragten Stellen größerer Bundesländer durch das Umfrage-Sample-pl für das Erfassungsjahr 2020 leicht unterrepräsentiert.

Von den 14 prüfenden Institutionen wurden insgesamt 13-mal Angaben zur Aufwandsschätzung für das Auswertungsmodul 09/4 übermittelt, 13-mal zum Auswertungsmodul 09/6 und zweimal zum Auswertungsmodul NEO. Daher können für den gezielten Datenabgleich, anders als bei den Krankenhausstandorten, auch Aufwände für diese Verfahren dargestellt werden.

In einer auf Landesebene beauftragten Stelle erfolgte eine falsche Interpretation der Fragen, weshalb die quantitativen Angaben zum Aufwand als nicht valide eingestuft werden mussten

und auch nach Rücksprache nicht geklärt werden konnten. Die entsprechenden Angaben zu diesem Teil der übermittelten Befragung (zum Aufwand in Zeiteinheiten) wurden daher ausgeschlossen. Von einem Ausschluss der weiteren Angaben wurde abgesehen, da diese eher von genereller Natur zum Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL waren.

Insgesamt wurden die onlinebasierten Fragebögen 10-mal durch die auf Landesebene beauftragten Stellen und 4-mal durch den Medizinischen Dienst übermittelt. Die Prüfinstitutionen des Umfrage-Sample-pl bilden damit die prüfenden Institutionen im Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL zum Erfassungsjahr 2020 mit einer Quote der überprüften Standorte von $\frac{3}{4}$ (Landesgeschäftsstellen) und $\frac{1}{4}$ (Medizinischer Dienst) recht gut ab. Die nachfolgenden Auswertungen zur Aufwandsschätzung durch Angaben der auf Landesebene beauftragten Stellen und des Medizinischen Dienstes beziehen sich sowohl auf das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich als auch auf den gezielten Datenabgleich.

Das Umfrage-Sample-pl ist in Abbildung 15 im Verhältnis zur Anzahl der auf Landesebene beauftragten Stellen (oder des Medizinischen Dienstes bei Beauftragung), die tatsächlich eine Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten durchgeführt haben ($n = 14$), sowie im Verhältnis zu denen, die aufgrund der Stichprobenziehung eine Zweiterfassung hätten vornehmen müssen ($n = 17$), dargestellt.

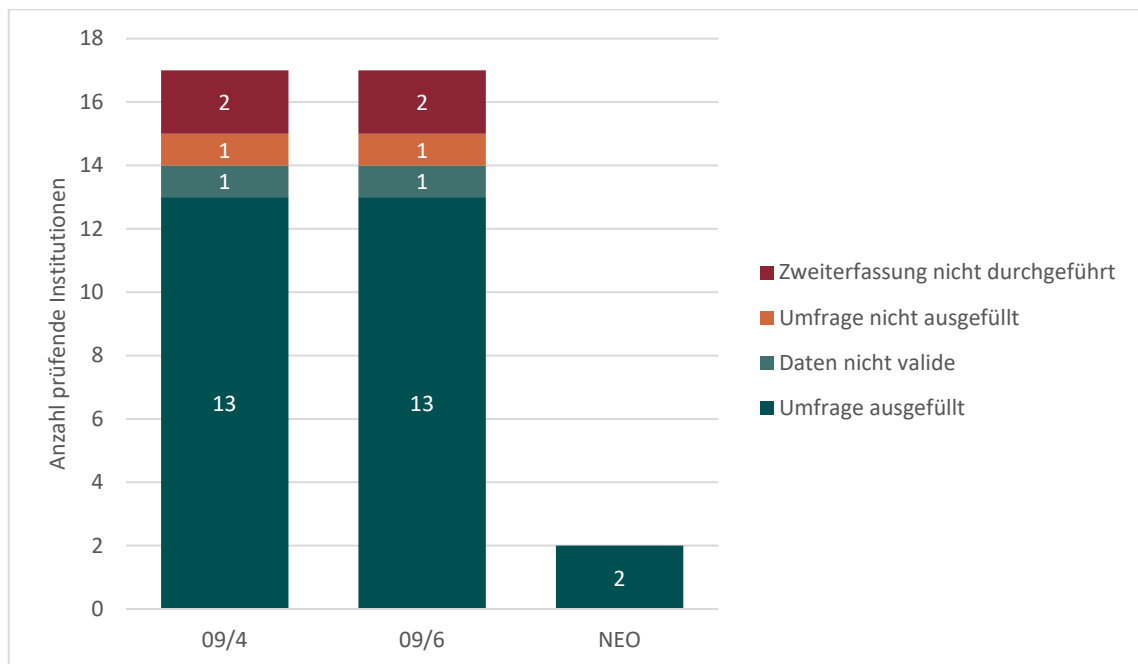


Abbildung 15: Rücklauf der onlinebasierten Fragebögen durch die prüfenden Institutionen (LQS und MD) pro Modul im Vergleich zu allen auf Landesebene beauftragten Stellen, die für das Erfassungsjahr 2020 ein Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL hätten durchführen müssen

Von den 14 prüfenden Institutionen, die an der onlinebasierten Befragung teilgenommen haben, wurden für insgesamt 49 Krankenhausstandorte Angaben zum Aufwand übermittelt. Dies bedeutet, dass für 85,0 % ($n = 49$ von 57) der tatsächlich überprüften Krankenhausstandorte

zum Erfassungsjahr 2020 seitens der prüfenden Institutionen Angaben für die Aufwandsschätzung vorgenommen worden sind.⁷

Aufwand in Zeiteinheiten

Der Zeitaufwand für die Datenvalidierung gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL durch die prüfenden Institutionen, den auf Landesebene beauftragten Stellen oder dem durch diese Stellen beauftragten Medizinischen Dienst, wird nachfolgend zuerst als Gesamtaufwand pro prüfender Institution und anschließend pro Modul und pro Krankenhausstandort abgebildet. In Abbildung 16 ist der Gesamtaufwand pro prüfender Institution für alle Module gemeinsam dargestellt und die jeweilige Anzahl der überprüften Krankenhausstandorte genannt. Es ist zu erkennen, dass nur bei manchen prüfenden Institutionen ein standortübergreifender Aufwand angefallen ist. Ebenfalls wird deutlich, dass es große Unterschiede im Gesamtaufwand zwischen den prüfenden Institutionen gibt bei ungefähr gleicher Anzahl an Standorten, sowohl bei den auf Landesebene beauftragten Stellen als auch dem Medizinischen Dienst.

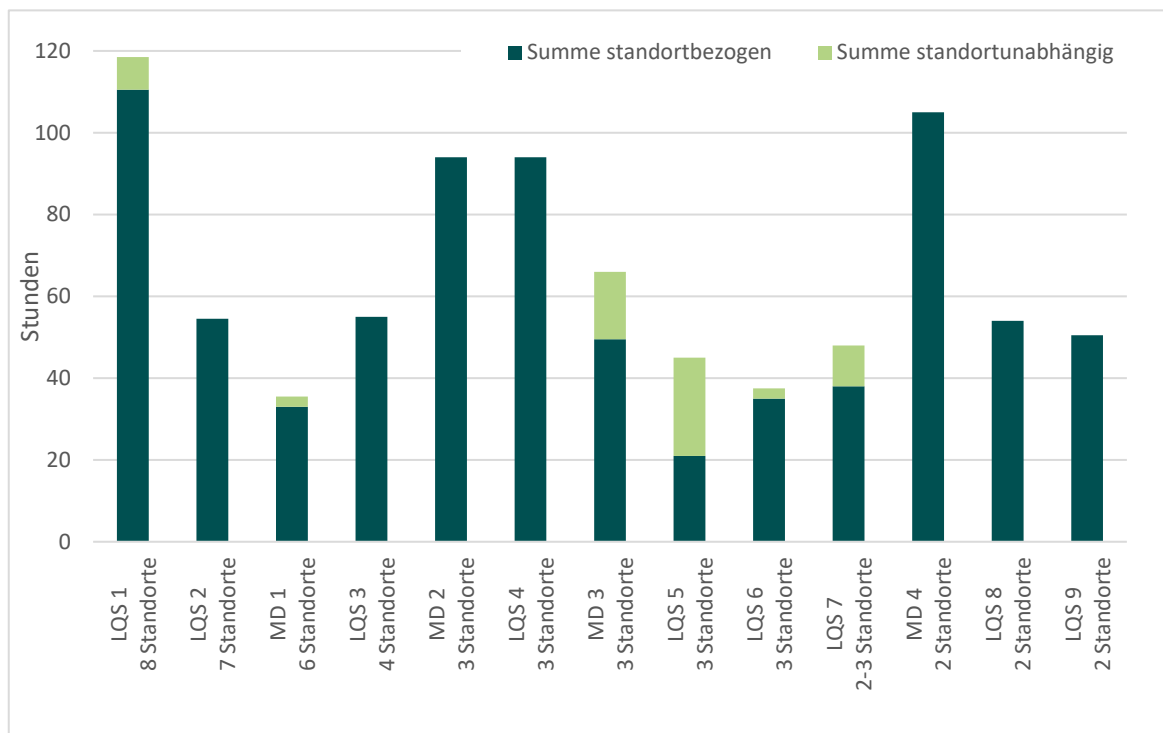


Abbildung 16: Gesamtaufwand pro prüfende Institution, alle Module

Da verschiedene Institutionen unterschiedlich viele Krankenhausstandorte überprüft haben, werden die quantitativen Ergebnisse zum Zeitaufwand nachfolgend pro Krankenhausstandort dargestellt. Es gab für prüfende Institutionen zusätzlich die Möglichkeit, auch standortübergreifende, also von den Standorten unabhängige, Aufwände anzugeben. Um diese ebenfalls mit in die Auswertungen einfließen zu lassen, die eine prüfende Institution insgesamt für die Prüfung

⁷ Für einen der 49 Standorte wurde Aufwand in der Vorbereitung übermittelt. Allerdings ist dieser Standort im Prozess doch nicht validiert worden.

ihrer Standorte benötigte, sind die standortunabhängigen Zeitaufwände mit der Anzahl der jeweils überprüften Krankenhausstandorte geteilt und den einzelnen Krankenhausstandorten gleichmäßig zugeteilt worden.

Die durchschnittlich für die Zweiterfassung aufgebrauchte Zeit der prüfenden Institutionen ($n = 14$) liegt pro überprüften Standort ($n = 49$) modulübergreifend bei 17,5 Stunden pro Krankenhausstandort (Abbildung 17). Der Median liegt mit 14,75 Stunden darunter und 50 % der Aufwände befinden sich zwischen 7,75 und 23,75 Stunden pro Krankenhausstandort. Es gibt mit 64 Stunden im Modul 09/4 einen statistischen Ausreißer in Bezug auf den Aufwand für die Prüfung eines Standortes, welcher den Mittelwert beeinflusst.

Im Vergleich der drei geprüften Auswertungsmodule zeigen sich durchschnittlich etwas niedrigere Zeitaufwände ($\bar{X} = 14,9$ Stunden) pro Krankenhausstandort für das Modul 09/6 im Vergleich der Zweiterfassung für das Modul 09/4 ($\bar{X} = 19,1$). Die im gezielten Datenabgleich überprüften zwei Krankenhausstandorte für das Modul NEO haben im Mittelwert pro Krankenhausstandort 20 Stunden Zeitaufwand seitens der prüfenden Institutionen in Anspruch genommen.

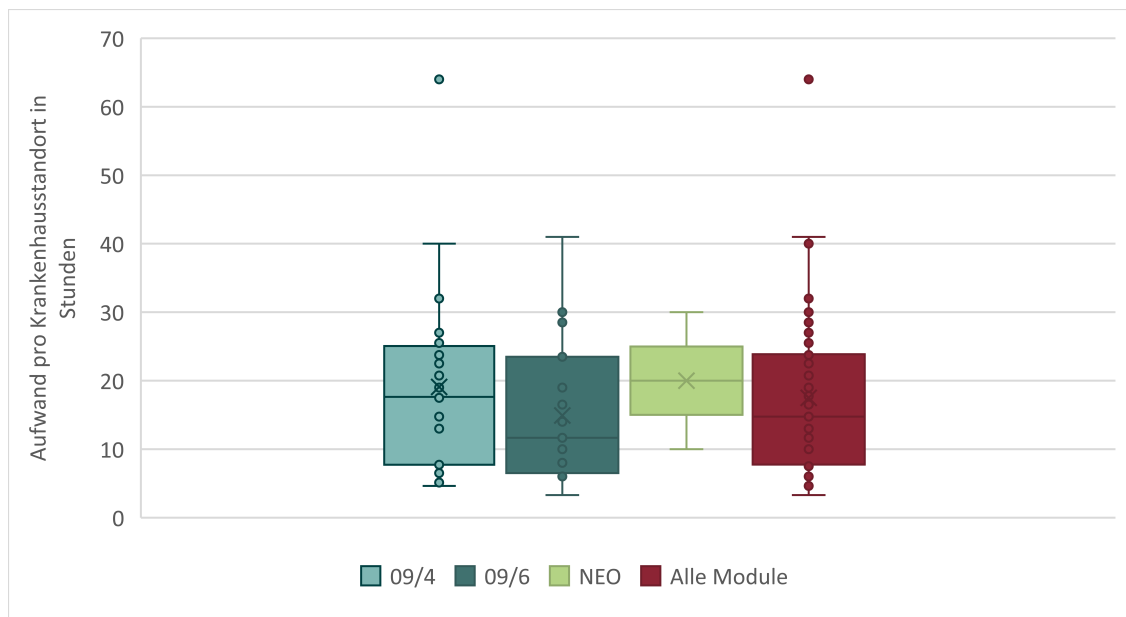


Abbildung 17: Verteilung der zeitlichen Aufwände in Stunden seitens der prüfenden Institution pro Krankenhausstandort

Der Mittelwert für die 14 durch den Medizinischen Dienst überprüften Krankenhausstandorte liegt bei 21,5 Stunden pro Krankenhaus, wobei sich 50 % der Angaben zwischen 7 und 31,5 Stunden pro Krankenhausstandort bewegen. In Abbildung 18 ist erkennbar, dass auf der einen Seite die höchsten Aufwände pro Krankenhausstandort durch den Medizinischen Dienst angegeben wurden, auf der anderen aber auch die niedrigsten. Der Mittelwert für die 35 Krankenhausstandorte, die durch die auf Landesebene beauftragten Stellen überprüften wurden, liegt bei 15,9 Stunden mit 50 % der Angaben zwischen 8 und 22 Stunden pro Krankenhausstandort.

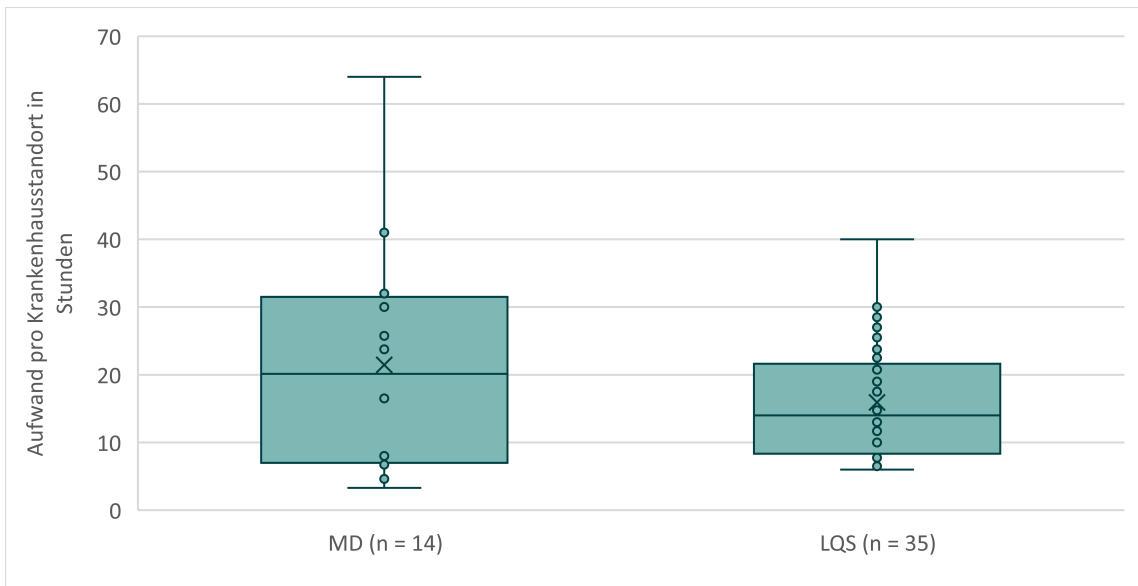


Abbildung 18: Aufwand pro Krankenhausstandort seitens des Medizinischen Dienstes oder der auf Landesebene beauftragten Stellen

Eine Aufstellung der zeitlichen Aufwände pro Krankenhausstandort nach der prüfenden Institution zeigt große Unterschiede zwischen den verschiedenen Institutionen und zeigt ein wesentlich anderes Bild als die Gesamtaufwände pro Institution (Abbildung 19).

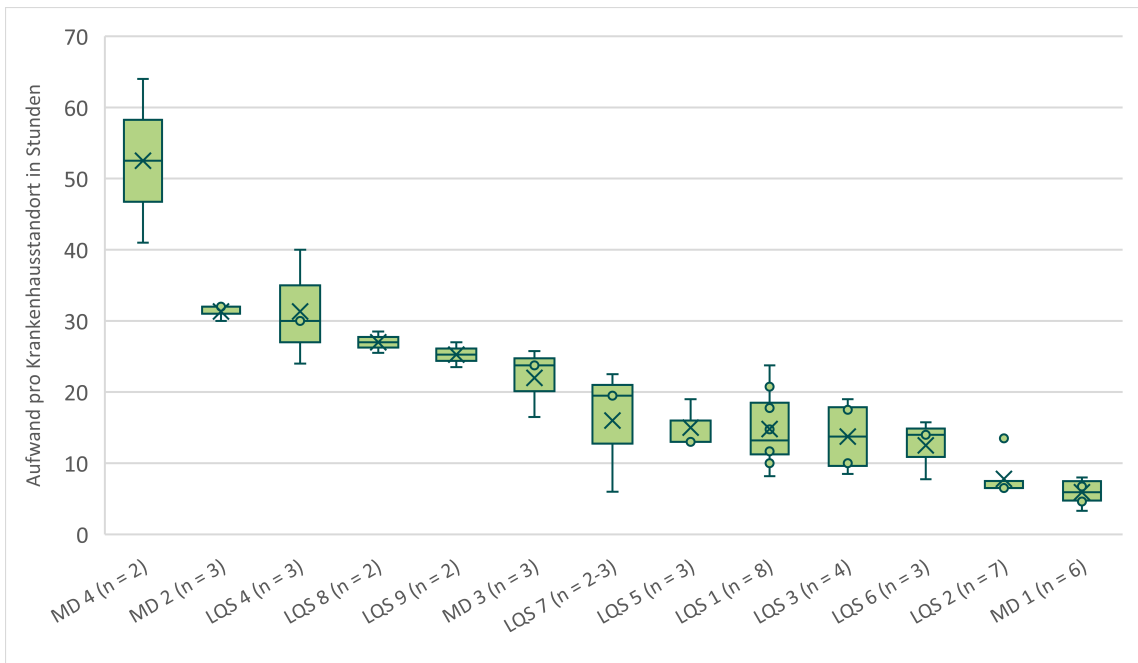


Abbildung 19: Verteilung der zeitlichen Aufwände der prüfenden Institutionen pro Krankenhausstandort, modulübergreifend

Aufgrund der Feststellung einer negativen Korrelation zwischen der Anzahl der überprüften Krankenhausstandorte und dem durchschnittlichen Zeitaufwand der prüfenden Institutionen pro Krankenhausstandort wurde eine lineare Regressionsanalyse vorgenommen, deren Ergebnisse in Abbildung 20 aufgeführt sind.

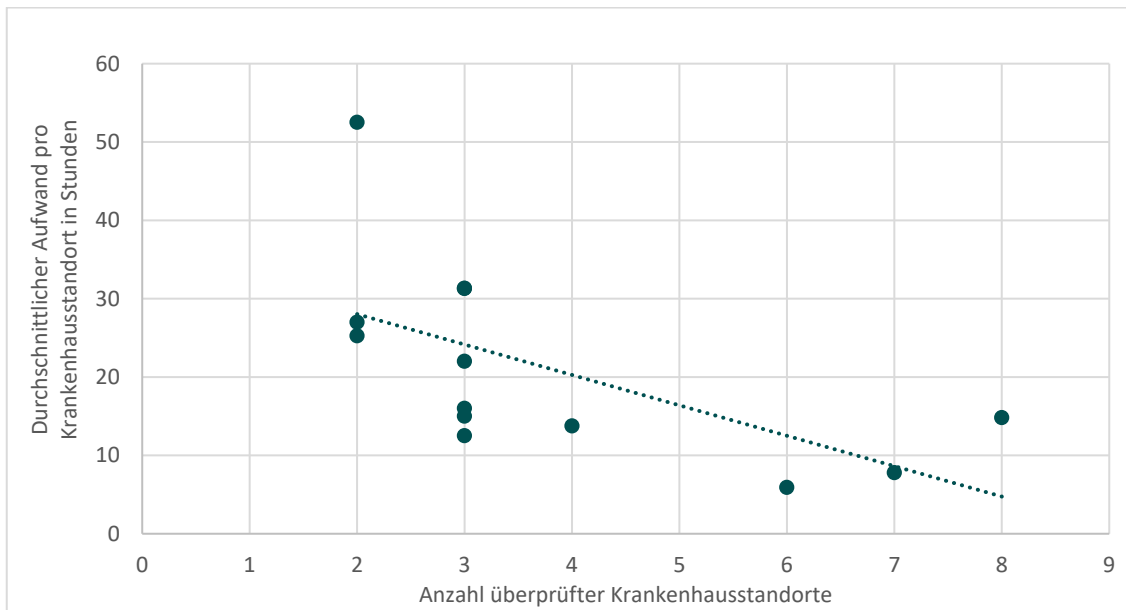


Abbildung 20: Durchschnittlicher Aufwand pro Krankenhausstandort in Abhängigkeit von der Anzahl geprüfter Krankenhausstandorte

Mit steigender Anzahl der überprüften Krankenhausstandorte sinkt der durchschnittliche Zeitaufwand pro Krankenhaus in Stunden. Der negative Steigungskoeffizient beträgt 3,8 Stunden weniger Aufwand pro zusätzlich überprüfem Standort.

Arbeitsphasen

In Abbildung 21 werden die Angaben zum zeitlichen Aufwand, der für die prüfenden Stellen pro Krankenhausstandort entstanden ist, mit einer entsprechenden Unterteilung auf die drei Arbeitsphasen *Vorbereitung*, *Vor-Ort-Überprüfung* und *Nachbereitung* in Boxplots dargestellt.

Die Analyse der zeitlichen Aufwände pro Arbeitsphase zeigt eine breite Verteilung der Angaben pro Krankenhausstandort.

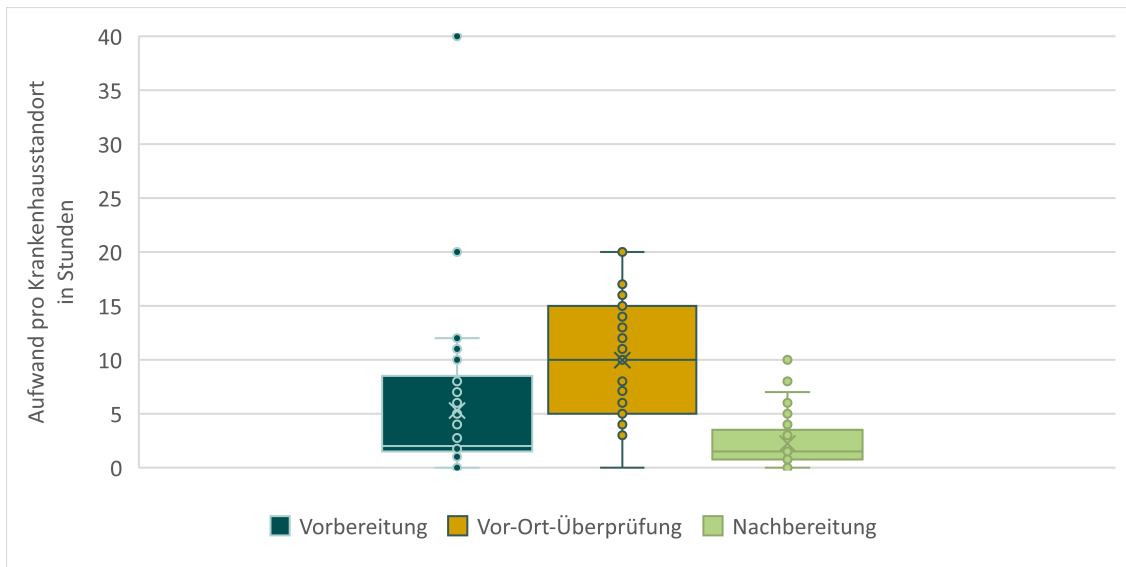


Abbildung 21: Zeitlicher Aufwand pro Krankenhausstandort mit Unterteilung auf die drei Arbeitsphasen über alle Module und prüfenden Institutionen hinweg

Der Mittelwert aller Zeitangaben für die Arbeitsphase *Vorbereitung* über alle prüfenden Stellen liegt bei 5,3 Stunden pro Krankenhausstandort. Die Angaben verteilen sich dabei zwischen 0 und 40 Stunden pro Krankenhausstandort. Der durchschnittliche Wert für die Arbeitsphase *Vor-Ort-Überprüfung* liegt bei 10 Stunden pro Krankenhausstandort mit einer Streuung zwischen 0 und 20 Stunden. Die Angabe von 0 Stunden bei der Vor-Ort-Überprüfung erklärt sich daraus, dass ein Standort nicht validierbar war. Da jedoch zeitlicher Aufwand in der Vorbereitung getätigt wurde, sind die Angaben zu diesem Standort nicht ausgeschlossen worden. Bei der Arbeitsphase *Nachbereitung* lag der durchschnittliche zeitliche Aufwand der prüfenden Institutionen bei 2,2 Stunden pro Krankenhausstandort mit einer Verteilung der Angaben zwischen 0 und 11 Stunden.

In Abbildung 22 wird der zeitliche Aufwand, der für die prüfenden Institution entstanden ist, pro Krankenhausstandort und pro Modul dargestellt. Es ist zu erkennen, dass der zeitliche Aufwand bei gleicher Anzahl zu prüfender Akten für die prüfenden Institutionen sehr unterschiedlich an den Krankenhausstandorten war. So wurde für 20 zu prüfende Akten an manchen Standorten insgesamt sehr viel Zeit benötigt und an anderen Standorten insgesamt deutlich weniger Zeit. Dieses Phänomen ist sowohl für die Module 09/4 und 09/6 als auch für das Modul NEO zu erkennen.

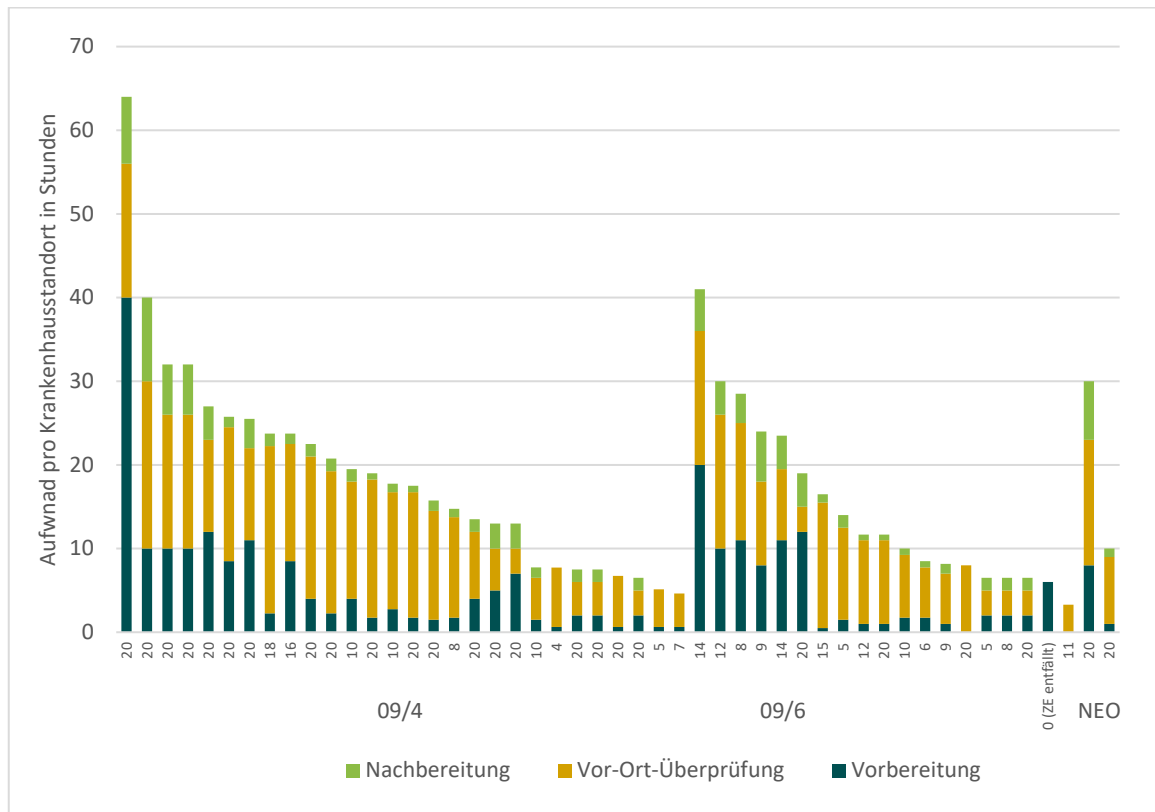


Abbildung 22: Aufwand pro überprüfem Krankenhausstandort, unterteilt nach Arbeitsphasen und Modul

In der onlinebasierten Befragung wurde sich anhand von Beispielen für mögliche Arbeitsschritte dem Verständnis einer jeden Arbeitsphasen genähert, um eine Vergleichbarkeit zwischen den prüfenden Institutionen abbilden zu können. Darüber hinaus sollten diese aber auch für die jeweilige Arbeitsphase ihre Arbeitsschritte nennen, um auf diese Weise sich einerseits dem Verständnis der Arbeitsphase zu nähern und andererseits auch Unterschiede zwischen den prüfenden Institutionen feststellen zu können.

Als Beispiel für Arbeitsschritte in der *Vorbereitung* auf die Zweiterfassung wurden vom IQTIG folgende in einem Ausfüllhinweis benannt:

Termin-Management, Tool-Schulung, Prüfhandbuch lesen, (MD-Beauftragung/Auftragsentgegennahme MD)

Weitere Arbeitsschritte, die für diese Phase mitgeteilt wurden, waren z. B. *Dienstreise-Beantragung, Übermittlung der Unterlagen an Leistungserbringer, Zusammenstellung der Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise und Rechenregeln, Zusammenstellung Prüfteam (für MD) sowie Terminvereinbarung mit teilnehmendem Vertreter der Fachgruppe.*

Als Beispiel für die Arbeitsschritte der Arbeitsphase *Vor-Ort-Überprüfung* wurden vom IQTIG folgende in einem Ausfüllhinweis benannt:

Vor-Ort-Überprüfung inklusive der abschließenden Ergebnispräsentation durch die LQS/MD

In Bezug auf diese Arbeitsphase wurde einzig die *Fahrzeit* als weiterer Arbeitsschritt durch die prüfenden Institutionen benannt.

Als Beispiel für Arbeitsschritte in der *Nachbereitung* wurden vom IQTIG folgende in einem Ausfüllhinweis benannt:

Prozesse die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Vor-Ort-Überprüfung stehen wie Erstellung schriftlicher Rückmeldung für Leistungserbringer + Prüfbericht, ggf. eingeleitete Maßnahmen wie Zielvereinbarung (Abschluss und Überwachung)

Als weitere Arbeitsschritte wurden folgende genannt: *Übermittlung Ergebnisse an IQTIG, Nachkontrolle der Eingaben im Tool und Klärung der Rückfragen der Krankenhausstandorte.*

Alle Angaben (Freitextantwort) zu den Arbeitsschritten der einzelnen Arbeitsphasen sind im Anhang D, Tabelle 12 hinterlegt.

Aktenanzahl

Im nächsten Schritt ist der zeitliche Aufwand der prüfenden Institutionen pro Krankenhausstandort in Verbindung mit der Anzahl der geprüften Akten ermittelt worden. Anders als bei der Ermittlung dieses Zusammenhangs bei den Krankenhausstandorten (siehe Abschnitt 3.1.1) wurde an dieser Stelle nur die Arbeitsphase *Vor-Ort-Überprüfung* einbezogen, da die anderen beiden Phasen nicht unmittelbar von der Aktenanzahl beeinflusst werden.

Für das Modul 09/4 wurden durchschnittlich 16 Akten pro Krankenhausstandort überprüft, für das Modul 09/6 waren es 12,2 Akten und für das Modul NEO 20 Akten. In Abbildung 23 (Modul 09/4) und Abbildung 24 (Modul 09/6) wird jeweils der zeitliche Aufwand der Arbeitsphase *Vor-Ort-Überprüfung* in Abhängigkeit von der geprüften Aktenanzahl dargestellt. Auch für den zeitlichen Aufwand, der bei den prüfenden Institutionen entsteht, konnte ebenfalls – wie bereits bei den Krankenhausstandorten – keine lineare Korrelation zu der Anzahl der überprüften Akten nachgewiesen werden.

Für das Modul 09/4 ist erkennbar (Abbildung 23), dass bei einer geprüften Aktenanzahl von $n = 20$ die aufgewandte Zeit der prüfenden Institutionen zwischen 3 und 20 Stunden variiert. Für das Modul 09/6 ist erkennbar, dass der Aufwand bei 20 Akten beispielsweise auch niedriger sein kann, als wenn nur 8 oder 12 Akten geprüft wurden (Abbildung 24). Hier scheinen andere Einflussfaktoren eine Rolle zu spielen als die reine Anzahl der geprüften Akten, die den Aufwand vor Ort bestimmen.

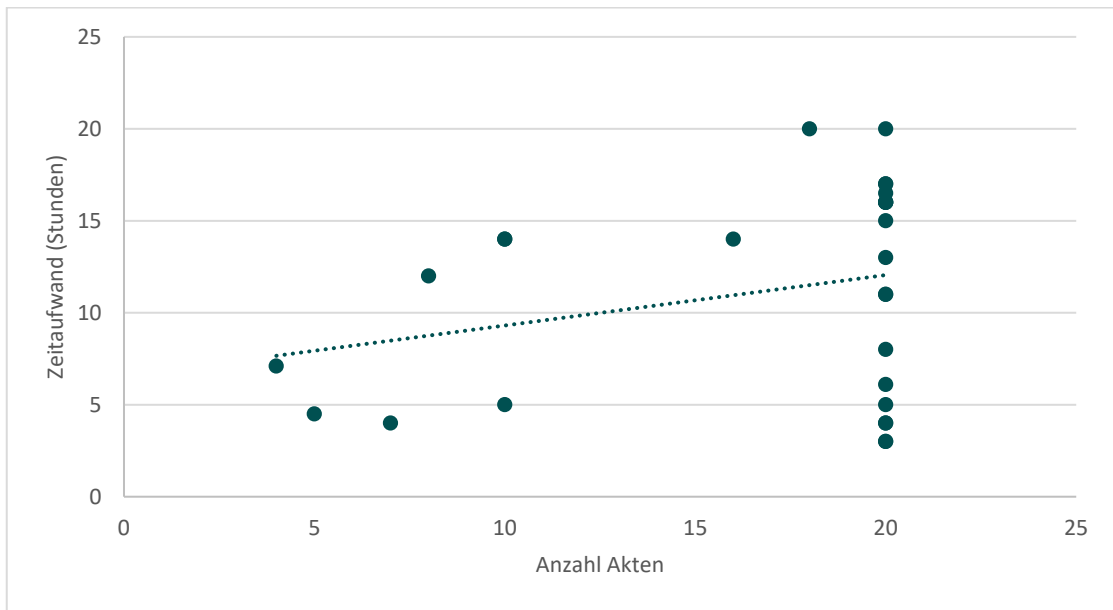


Abbildung 23: Zeitaufwand für die Vor-Ort-Überprüfung in Abhängigkeit von der Anzahl der Akten im Modul 09/4

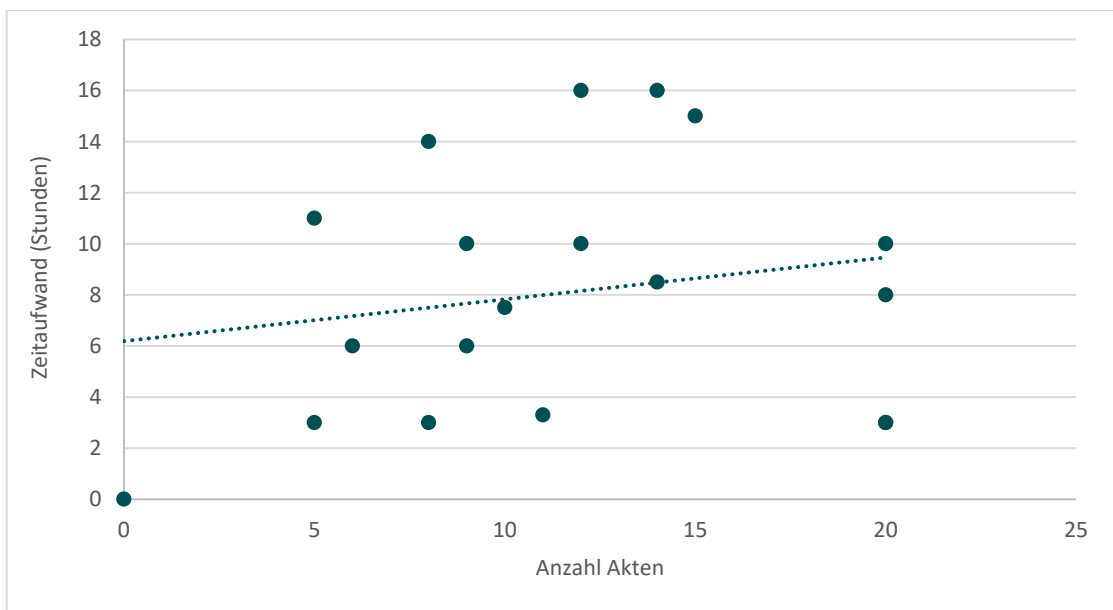


Abbildung 24: Zeitaufwand für die Vor-Ort-Überprüfung in Abhängigkeit von der Anzahl der Akten im Modul 09/6

Maßnahmen

Durch 6 der 14 prüfenden Institutionen sind im Nachgang der Zweiterfassung für 14 von 49 Krankenhausstandorten Maßnahmen angestoßen worden (Abbildung 25). Diese wurden sowohl durch die auf Landesebene beauftragten Stellen (n = 4) als auch durch den Medizinischen Dienst (n = 2) initiiert. Dabei handelte es sich um 5 Besprechungen und 5 Begehungen sowie 4 sonstige nicht näher spezifizierte Maßnahmen.

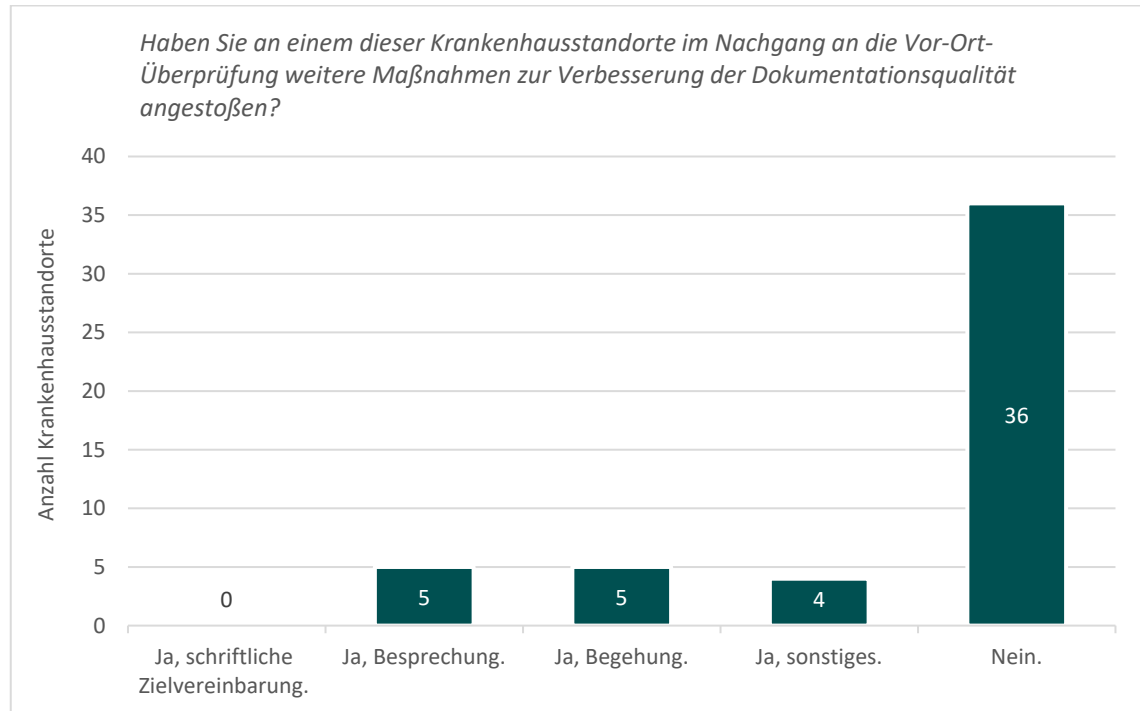


Abbildung 25: Häufigkeit durchgeführter Maßnahmen an geprüften Standorten nach der Zweiterfassung, Mehrfachantworten waren möglich

Aufwandsreduktion

Zur Eruierung möglicher Ansatzpunkte für eine Reduktion des zeitlichen Aufwands wurden die prüfenden Institutionen dazu befragt, wie der Aufwand, der für diese durch die Zweiterfassung entsteht, am geeignetsten reduziert werden könne, ohne auf einen Abgleich zwischen QS-Dokumentationsdaten und Patientenakte zu verzichten. 8 auf Landesebene beauftragte Stellen und ein Medizinischer Dienst haben hierzu nähere Angaben (Freitextfeld) gemacht, die im Anhang hinterlegt sind (Anhang D, Tabelle 13). Die Angaben wurden mittels qualitativer Analyse folgenden inhaltlichen Kategorien zugeordnet: *Anpassung Prüfausmaß, Tooloptimierung, Personal, Verbesserung der QS-Bögen, Digitalisierung, Standardisierung der Prozessabläufe* und *nicht möglich*.

In Bezug auf eine *Anpassung des Prüfausmaßes* wurde vorgeschlagen, dass die Anzahl der Datenfelder und zu überprüfenden Akten reduziert werden könne. Insbesondere bei aufwendigen Modulen wie beispielsweise 09/4 und 09/6 solle über das Mengengerüst nachgedacht werden bzgl. der Anzahl der zu prüfenden Fälle und oder der zu prüfenden Datenfelder. Eine Systematik für Dokumentationsfehler ließe sich meist nach dem Abgleich von vier bis fünf Akten erkennen.

Aus diesem Grund würde die Überprüfung von 10 Akten pro Standort auch ausreichen. Alternativ könne die Prüfung bei Standorten mit Dokumentationsfehlern angepasst werden und damit über 10 Akten hinausgehen (vgl. Anhang D, Tabelle 12).

Genannt wurde auch, dass sich durch die Anwesenheit von qualifiziertem Personal seitens der Krankenhausstandorte, die insbesondere mit der Dokumentation vertraut seien, der Aufwand aufseiten der prüfenden Institutionen reduzieren würde (*Personal*). Ein hoher Personalaufwand seitens der Leistungserbringer würde den zeitlichen Aufwand der prüfenden Institutionen reduzieren. Umgekehrt würde sich der Aufwand der prüfenden Institutionen erhöhen, wenn seitens der Leistungserbringer kein qualifiziertes Personal zur Verfügung stehe (vgl. Anhang D, Tabelle 12).

Der Kategorie *Verbesserung der QS-Bögen* wurde die Angabe zugeordnet, dass sich durch eine Präzisierung der Datenfelder und Ausfüllhinweise eine Datenvalidierung vermeiden lassen könne und Datensatzitems besser auf Prozesse in Krankenhäusern abgestimmt werden müssten. Auch der Aspekt der *Digitalisierung* wurde in Zusammenhang mit einer möglichen Aufwandsreduktion genannt. Die Einführung eines Onlineverfahrens zum Datenabgleich würde entsprechende An- und Abreisezeiten obsolet werden lassen. Der Kategorie *Tooloptimierung* wurden Aussagen in Zusammenhang mit der Anwendung der Zweiterfassungssoftware, die durch das IQTIG zur Verfügung gestellt wird, zugeordnet. Genannt wurde eine bessere Handhabung in Bezug auf abhängige Datenfelder und Plausibilisierungsprüfungen sowie eine Anordnung der Datenfelder im Tool entlang des Aufbaus von Patientenakten. Durch eine prüfende Institution wurde vorgeschlagen, im Vorfeld mit den Standorten festzulegen, in welchen Dokumenten welche Angaben zu finden seien und für die Suchzeit ein Zeitlimit festzulegen (*Standardisierung der Prozessabläufe*). Manche nannten aber auch, dass eine Reduktion des Aufwands *nicht möglich* sei. Insbesondere die Vor- und Nachbereitungszeiten ließen sich hier nicht wesentlich reduzieren, da eine gute Vorbereitung letztlich die Vor-Ort-Überprüfung vereinfache (Anhang D, Tabelle 12).

Verwendung des Zweiterfassungstool

Antworten auf die Frage, ob zusätzlich zum IQTIG-Tool weitere Hilfsmittel eingesetzt wurden, sind in Tabelle 1 dargestellt. Durch drei prüfende Institutionen wird das Tool vor Ort nicht eingesetzt, sondern erst im Nachgang an die Zweiterfassung mit Daten gefüllt. Vier prüfende Institutionen haben sowohl das Tool verwendet als auch zusätzlich eine Papierdokumentation vorgenommen. Eine prüfende Institution hat als „sonstiges“ angegeben, zusätzlich zum Tool die QS-Dokumentationsbögen, Auslösekriterien und OPS-Kodes verwendet zu haben. Damit haben 7 prüfende Institutionen das Tool vor Ort ohne eine doppelte oder im Nachgang erfolgende Dokumentation der Daten verwendet.

Tabelle 1: Zusätzlich zum Zweiterfassungstool eingesetzte Hilfsmittel durch die prüfenden Institutionen

Haben Sie zusätzlich zum IQTIG-Tool weitere Hilfsmittel eingesetzt?	
Antwortmöglichkeit Fragebogen	Anzahl
Nein*	6
Ja, in Papierform mit anschließender Übertragung in das Tool (nach dem Vor-Ort-Termin).	3
Ja, Eintragung in das Tool vor Ort und zusätzliche Dokumentation als Back-up-Lösung in Papierform.	4
Sonstiges	1

*Nein bedeutet, es wurde ausschließlich mit dem Zweiterfassungstool des IQTIG gearbeitet.

Aufgrund der Annahme, dass eine doppelte Dokumentation bei der Vor-Ort-Überprüfung, also durch zusätzliche Dokumentation in Papierform oder ausschließliche Dokumentation in Papierform mit anschließender Übertragung ins Tool zeitaufwendiger ist als der alleinige Einsatz des Zweiterfassungstools vor Ort, wurde eine Analyse der Zeitaufwände für die Arbeitsphasen *Vor-Ort-Überprüfung* und *Nachbereitung* in Abhängigkeit von der Tool-Benutzung vorgenommen. Die Arbeitsphase *Vorbereitung* wurde für diese Analyse nicht berücksichtigt, da der Aufwand zur alternativen Tool-Nutzung nicht in dieser Arbeitsphase anfällt.

Die Antwortkategorien *nein* (also ausschließliche Tool-Nutzung) und *sonstiges* (Tool-Nutzung und z. B. Nutzung von Ausfüllhinweisen) wurden zusammengezählt. Tatsächlich finden sich für Krankenhausstandorte, bei deren Prüfung ausschließlich in Papierform durch die prüfenden Institutionen zweiterfasst wurde und die Übertragung in das Tool erst im Anschluss erfolgte, höhere Aufwände. Der Mittelwert lag bei 21,8 Stunden pro Krankenhausstandort (Abbildung 26). Der Aufwand derer, die erst im Anschluss die Werte in das Tool übertrugen, war höher als in der Gruppe, die ausschließlich mit dem Tool dokumentierten ($\bar{X} = 12,9$ Stunden), sowie höher im Vergleich zu der Gruppe, die zusätzlich Werte in Papierform als Back-up-Lösung dokumentierte ($\bar{X} = 8,8$ Stunden). Es konnte festgestellt werden, dass die prüfenden Institutionen mit der Back-up-Lösung am wenigsten Aufwand hatten.

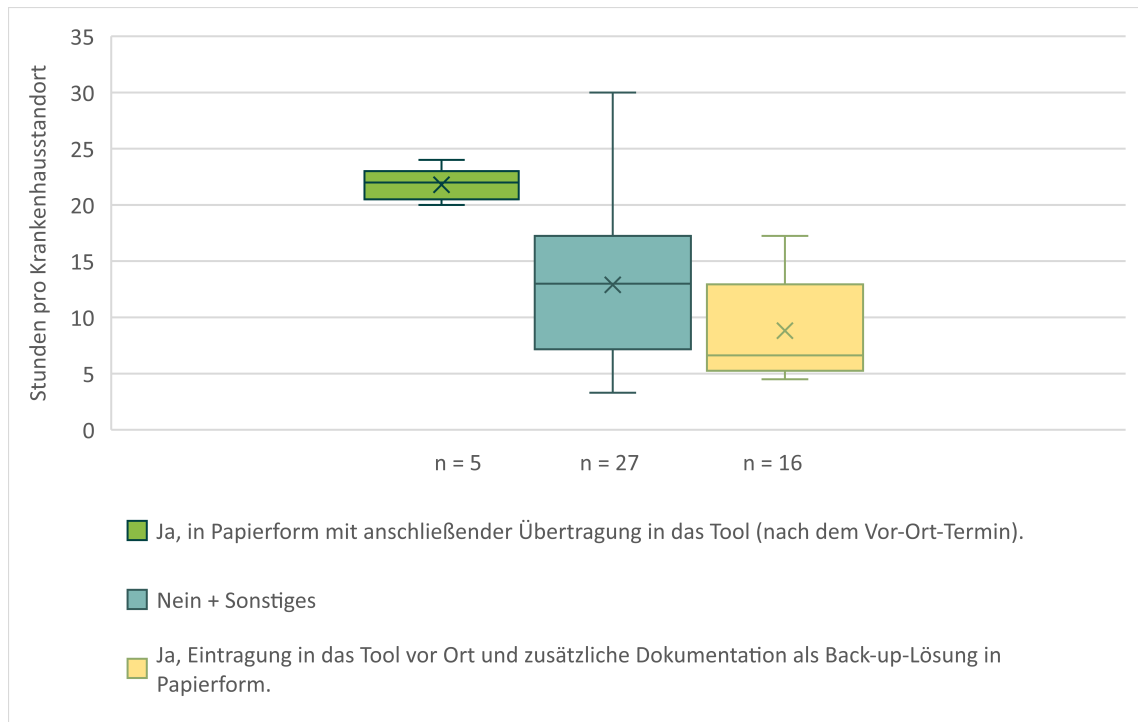


Abbildung 26: Aufwände in den Arbeitsphasen Vor-Ort-Überprüfung und Nachbereitung in Abhängigkeit von der Tool-Nutzung

Effekt

Die prüfenden Institutionen sollten angeben, wie sinnvoll ihrer Einschätzung nach die Zweiterfassung sei, um die Qualität der Dokumentation an den jeweiligen Standorten zu verbessern. Die Einschätzung zum Effekt der Zweiterfassung wurde von 5 prüfenden Institutionen als „sehr sinnvoll“ eingeschätzt und von weiteren 5 als „eher sinnvoll“. Drei prüfende Institutionen empfanden den Effekt als „eher nicht sinnvoll“ und eine Prüfinstitution als „überhaupt nicht sinnvoll“ (Abbildung 27).

Es gab die Möglichkeit, weitere Ausführungen zu dieser Frage in einem Freitextfeld mitzuteilen. Insgesamt 8 auf Landesebene beauftragte Stellen haben weitere Einschätzungen dazu genannt, die im Anhang im Wortlaut aufgeführt sind (Anhang D, Tabelle 14).

Eine prüfende Institution hat als Grund für die Einschätzung „überhaupt nicht sinnvoll“ mitgeteilt, dass die Zweiterfassung zur Validierung der Qualität des Datenpools nur sinnvoll wäre, wenn die Stichprobe statistisch ausreichend groß wäre, um Rückschlüsse auf den Gesamtdatenpool zu ermöglichen. Bei den drei prüfenden Institutionen, die in ihrer Einschätzung „eher nicht sinnvoll“ gewählt haben, wurde beispielsweise genannt, dass der Aufwand und Nutzen nicht ausgewogen seien sowie aufwandsärmere Methoden wie Präzisierungen in den Ausfüllhinweisen und automatisierte Datenfeldübernahmen oder eine niedrigere Aktenanzahl notwendig seien. In einer dieser Freitextantworten wurde darauf hingewiesen, dass das Gespräch über die Qualitätssicherung und die Relevanz valider Daten am wichtigsten sei.

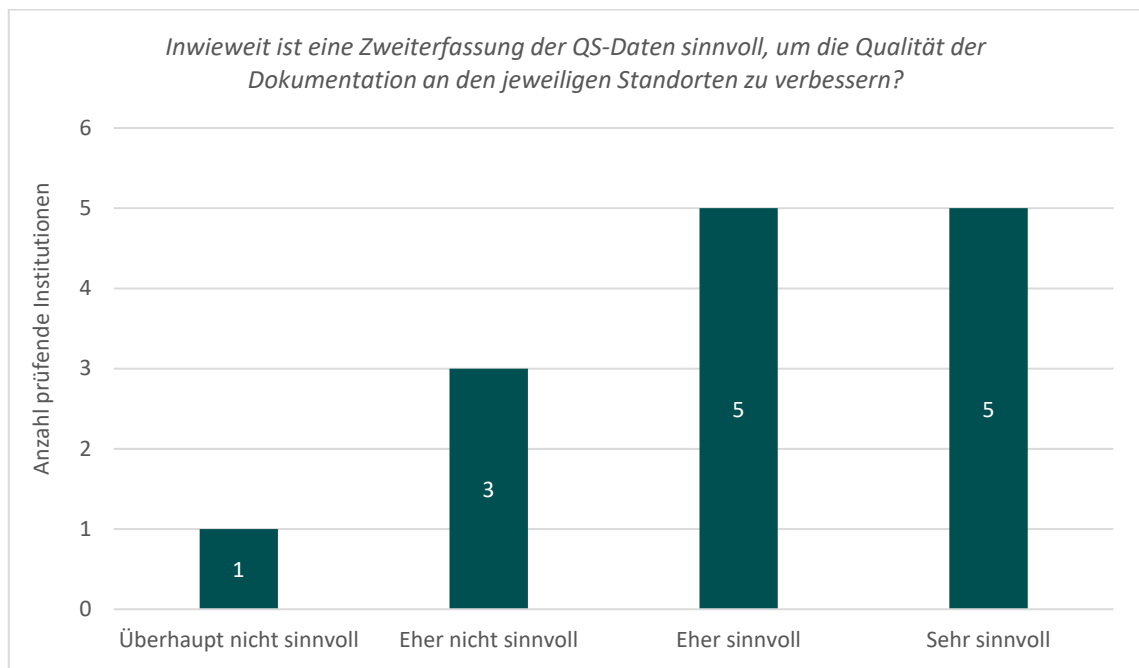


Abbildung 27: Einschätzung der prüfenden Institutionen zur Sinnhaftigkeit der Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten mit dem Ziel einer Verbesserung der Dokumentation

Von den prüfenden Institutionen, die eine Einschätzung als „eher sinnvoll“ gewählt hatten, nannten zwei in ihrer Freitextantwort als mögliche Aspekte einer Verbesserung das Erkennen systematischer Dokumentationsfehler sowie eine Verbesserung der Kontakte zu den Leistungserbringern. Weitere zwei prüfende Institutionen, die Angaben im Freitextfeld machten und die Zweiterfassung als „sehr sinnvoll“ eingeschätzt hatten, führten an, dass die Überprüfung als Schulungsmaßnahme diene und auf diesem Wege die Dokumentation verbessere.

Eine Betrachtung der prüfenden Institutionen nach Aufteilung in die auf Landesebene beauftragten Stellen und den Medizinischen Dienst kann der Abbildung 28 entnommen werden. Es ist zu erkennen, dass die Antworten „Eher nicht sinnvoll“ und „Überhaupt nicht sinnvoll“ ausschließlich von den auf Landesebene beauftragten Stellen ausgewählt wurden (Abbildung 28).

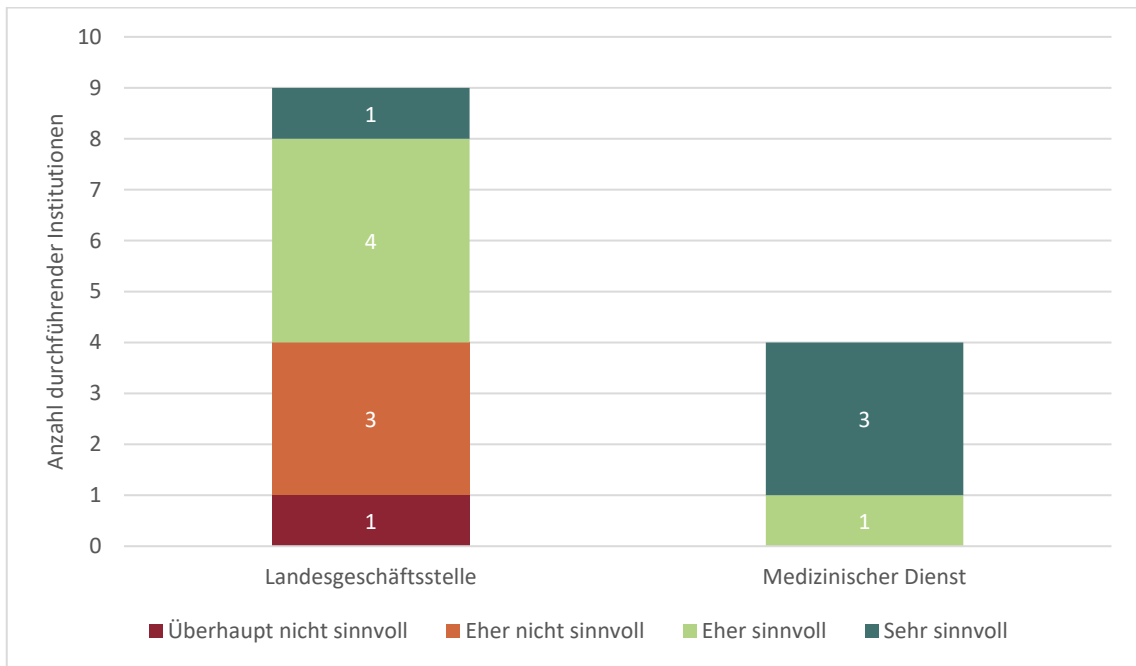


Abbildung 28: Einschätzung der Landesgeschäftsstellen und des Medizinischen Dienstes zur Sinnhaftigkeit der Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten mit dem Ziel einer Verbesserung der Dokumentation

Nutzen

Die auf Landesebene beauftragten Stellen wurden darum gebeten zu erläutern, was aus ihrer Sicht der konkrete Nutzen einer Zweiterfassung ist. Diese Frage wurde nicht an den Medizinischen Dienst adressiert. Die auf Landesebene beauftragten Stellen sollten eine Einschätzung dazu aus ihrer Perspektive für unterschiedliche Adressaten/Aspekte nennen, nämlich den Nutzen

- für die Landesgeschäftsstellen (n = 8 von 10)
- für die Krankenhausstandorte (n = 10 von 10)
- für die Pflege/Weiterentwicklung der QS-Verfahren oder einen (n = 8 von 10)
- sonstiger Nutzen (n = 3 von 10)

Die Angaben wurden mittels qualitativer Analyse inhaltlichen Kategorien zugeordnet. Die Freitextantworten können im Anhang in vollem Umfang eingesehen werden (Anhang D, Tabelle 15).

8 der 10 prüfenden Stellen auf Landesebene haben eine Rückmeldung zu dem „Nutzen ihrer Geschäftsstelle“ (Freitextantwort) vermerkt. Dabei wurde von allen die *Kontaktpflege und Kommunikation* mit den Krankenhausstandorten genannt. Zusätzlich wurde von einzelnen Geschäftsstellen das Kennenlernen der Dokumentationsroutinen und Erkenntnisse zu Fallkonstellationen erwähnt.

In Bezug auf den „Nutzen für die Krankenhausstandorte“ wurden folgende thematische Kategorien angesprochen: *Identifikation von Dokumentationsproblemen, Verbesserung Dokumentationsqualität, Darstellung der Wichtigkeit der erhobenen Daten* und *kein Nutzen*. Am häufigsten

wurde die *Identifikation von Dokumentationsproblemen* (n = 5) und die *Verbesserung der Dokumentationsqualität* (n = 3) genannt. Überdies wurde als weiterer Nutzen für die Krankenhausstandorte auch die *Vermittlung der Wichtigkeit der erhobenen Daten* beschrieben (n = 2).

In Bezug auf den „Nutzen für die Pflege/Weiterentwicklung der QS-Verfahren“ haben die meisten eine *Identifikation von Verständnisproblemen*, wie z. B. das Erkennen problematischer Datenfelder und Ausfüllhinweise, sowie *Vorschläge für die Spezifikationsänderung* z. B. durch Anpassung von Items genannt. Vereinzelt wurde mitgeteilt, dass sich dieser Nutzen ggf. nur bedingt ableiten ließe und ein Austausch der Geschäftsstellen oder Stakeholderanalysen effektiver seien könnten.

Unter „sonstigem Nutzen“ wurden *Erkenntnisgewinne* genannt, wie das Abschätzen der Validität der erhobenen QS-Dokumentationsdaten oder das Aufzeigen der Alltagstauglichkeit der Datenfelder.

Auf die Frage *Wie könnte der Nutzen durch diese Art der Überprüfung am geeignetsten erhöht werden, ohne auf einen Abgleich zwischen QS-Daten und Patientenakte zu verzichten?* haben 7 prüfende Institutionen eine Rückmeldung gegeben (nur Landesgeschäftsstellen), von welchen eine jedoch ohne Optimierungsvorschlag geblieben ist (Anhang D, Tabelle 16).

Als Themen wurden dabei zweimal die *Digitalisierung* angesprochen, im Sinne von einer Online-durchführung der Zweiterfassung, und zweimal die Verbesserung der Spezifikation, die als Ursache für die Dokumentationsfehler gesehen wird. Einzeln wurden auch die *Anpassung des gezielten Abgleichs* genannt, mit der gezielten Überprüfung erst nach 2 Jahren, der *Wegfall von Sanktionen* sowie die Möglichkeit, im Einzelfall auf die Vor-Ort-Überprüfung zu verzichten.

3.2 Qualitative Einzelinterviews

Von November 2021 bis Januar 2022 wurden insgesamt 10 Interviews geführt. Davon wurden 8 mit Vertreterinnen und Vertretern der prüfenden Institutionen, welche ausschließlich aus den auf Landesebene beauftragten Stellen bestanden, geführt und 2 mit Vertreterinnen der Krankenhausstandorte. Alle Interviewten haben entweder die Module 09/4 oder 09/6 überprüft (LQS) oder wurden in diesen geprüft (KH).

In den folgenden Abschnitten 3.2.1 und 3.2.2 werden zunächst generelle Charakteristika der interviewten Personen (IP) berichtet. Danach werden die Themen, die in den Interviews aufgekomen sind und von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als wesentlich für den Aufwand und Nutzen bei der Zweiterfassung erachtet wurden, berichtet. Die Ergebnisse der Interviews werden getrennt für die zwei Akteure, die Landesgeschäftsstellen und Krankenhausstandorte, aufgeführt.

Aus dem Interviewmaterial haben sich mehrere Kategorien ergeben, die vorwiegend deduktiv und ergänzend induktiv gebildet wurden. Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien zusammengefasst. Die Oberkategorien für beide Akteure, die Krankenhausstandorte und die Landesgeschäftsstellen, sind mit Ausnahme der *Aufwandsreduktion*, die sich zusätzlich für die Landesgeschäftsstellen ergab, gleich: *Charakteristika der Befragten*, *bisheriger Ablauf der Zweiterfassung*, *entstandener Aufwand* in den Arbeitsphasen der Zweiterfassung, *Effekt* auf eine

verbesserte Dokumentation und *Nutzen* für verschiedene Akteure sowie getroffene *Maßnahmen*, Verbesserungsvorschläge als *Zukunftsaspekte* und *weitere Themen*.

3.2.1 Krankenhausstandorte

Charakteristika der Interviewten

Die interviewten Personen der Krankenhausstandorte waren beide aus der Berufsgruppe des Medizincontrollings und hatten bereits vorherige Erfahrung mit der Zweiterfassung in anderen QS-Verfahren. Beide Krankenhausstandorte wurden durch eine auf Landesebene beauftragte Stelle überprüft, einmal im Modul 09/4 und einmal im Modul 09/6. Bei einem Standort wurden 20 Akten überprüft und bei dem anderen 5 Akten. Bei einem Krankenhausstandort waren 6 verschiedene Berufsgruppen an der Zweiterfassung beteiligt, bei dem anderen 3.

Bisheriger Ablauf der Zweiterfassung

Informationsübermittlung zur Zweiterfassung

Die interviewten Personen der Krankenhausstandorte wurden gefragt, ob sie im Vorfeld der Überprüfung genug Informationen zum Datenvalidierungsverfahren (wie beispielsweise Hintergrund, Ablauf, Ziel) seitens der Landesgeschäftsstelle erhalten hätten. Beide Krankenhausstandorte gaben an, im Voraus Informationen vonseiten der Landesgeschäftsstellen erhalten zu haben, wie beispielsweise, dass die Prüfung aufgrund einer Zufallsauswahl stattfindet und die Standorte nicht aufgrund einer Auffälligkeit geprüft würden:

Ja, ich wusste worum es geht, weil ich es schon einmal mitgemacht habe. Für mich war dann einfach wichtig zu wissen, ist es jetzt wieder, ist es eine Auffälligkeitsprüfung oder ist es halt lediglich eine Prüfung dessen, ja des Zufalls, oder dass wir auch zufallsausgewählt sind, das war für mich wichtig. (IP2.1, Pos. 8)

Es wurde allerdings auch deutlich, dass nicht alle Prozessschritte klar waren und sich auch Missverständnisse ergeben können, da ein Standort beispielsweise die Übermittlung der zu prüfenden Datenfelder im Vorfeld erwartete:

[...] in einer dieser Mails kam dann ein Hinweis, dass wir ein Infoblatt bekommen, in dem dann die bei der Validierung einbezogenen Datenfelder aufgelistet sind. Und dieses Infoblatt war nicht dabei, da haben wir dann explizit bei der LQS nachgefragt und haben dann aber die Information erhalten: Ja, das, was ich Ihnen geschickt habe, war alles. Und das war im Grunde eigentlich nur dieses Blatt, in dem man dann die einzelnen Fälle mit den anonymen Vorgangsnummern und mit unseren internen Fallnummern dann darstellen musste. (IP2.2, Pos. 17)

Berufsgruppen

Es waren insbesondere Oberärztinnen und Oberärzte und das Medizincontrolling in die Zweiterfassungsprozess involviert. Das Medizincontrolling war unter anderem für die Koordination der Prüfung zuständig, da es grundlegende Aufgaben mit Bezug zur Dokumentation von QS-Daten innehatte:

Meine Aufgabe und die Aufgabe meiner Mitarbeiterinnen, der medizinischen Dokumentaren, das ist im Grunde natürlich die Pflege von unseren ganzen Softwaresystemen, die Übermittlung der Daten, die Durchführung der strukturierten Dialoge, Schulungen, Rücksprachen und so weiter, Datenplausibilisierungen und ähnliches. (IP2.2, Pos. 5)

An einem Krankenhausstandort war zusätzlich ganztätig noch ein Mitarbeiter aus dem Qualitätsmanagement anwesend:

Und das QM ist einfach dabei, dass ich als Medizincontrolling noch mal einen Zeugen habe, weil es möglicherweise auch Differenzen mit den Klinikern geben kann und ich da einfach einen Zeugen haben möchte. (IP2.1, Pos. 4)

Die ärztliche Anwesenheit für die Vor-Ort-Überprüfung wurde als besonders wichtig erachtet, weil es je nach überprüfem Modul sehr medizinisch-fachlich werden kann und die gleiche Qualität der fachlichen Betreuung nicht durch das Medizincontrolling gewährleistet werden kann:

Und natürlich bei uns im Hause ist so und so ist es ja auch vorgeschrieben, dass die Kliniker für den QS-Bogen verantwortlich sind und die Angaben, ich bin ja lediglich beiläufig in Führungsstrichen tätig als Koordinatorin, aber für die medizinisch inhaltliche Verantwortung sind die Chefärzte oder deren QS-Beauftragte aufgefordert und so ist es bei uns auch organisiert. (IP 2.1, Pos. 4)

Die Einbeziehung der Chefärztinnen und Chefärzte soll zusätzlich die Verantwortung für die Dokumentation verdeutlichen:

[...] die Chefs dürfen dazu kommen gerne, sind immer von uns aus eingeladen, weil sie ja letztendlich die Verantwortlichen sind. Und deswegen ist mir, auch war ich da auch froh, dass der Chef in der Abteilung mit dazu kam, er war nicht die ganze Zeit dabei, aber letztendlich muss er den Kopf dafür hinhalten und dann soll er einfach wie auch immer im Boot sein. (IP2.1, Pos. 6)

Aber auch Archiv-Mitarbeitende können in den Prozess eingebunden sein:

Also das Archiv, ich fange an mit dem Kleinsten an, ist unerlässlich, weil die eben die Krankenakten besorgen, soweit sie nicht schon digital sind, ohne die kommen wir also gar nicht weiter. (IP2.1, Pos. 4)

QS-Dokumentationsprozess

In den Interviews wurden auch immer wieder Prozesse, die im Zusammenhang mit der Dokumentation von QS-Daten stehen, deutlich. Diese erschienen wichtig, um auch Einblicke in die unterschiedlich gehandhabten Prozesse zur QS-Dokumentation aufzuzeigen. Teilweise werden

Angaben in den QS-Bogen automatisch übertragen, teilweise müssen sie aus papiergebundenen Dokumenten übertragen werden:

Ja, also, es ist so, dass manche Angaben im QS-Bogen automatisiert erfüllt werden, manche Angaben erheben wir, wir haben Dokumentationsbogen, der jetzt im Bezug auf Schrittmacheroperation, also Schrittmacherimplantation oder Defiimplantation ausgefüllt wird und wo unsere Assistenzärzte schon bestimmte Daten einfach eintragen sollen in den Dokumentationsbogen, der im Moment noch papiergebunden ist, nicht in den QS-Bogen. (IP2.1, Pos. 16)

Der Dokumentationsprozess scheint zudem auch abhängig von den jeweilig zu dokumentierenden Modulen zu sein. Beispielsweise führte das Medizincontrolling eines Standortes aufgrund der hohen Fehleranfälligkeit in den kardiologischen Verfahren selbst Plausibilitätsprüfungen durch. In anderen Modulen hingegen sei dies nicht nötig und Daten könnten auch durch Dokumentationskräfte in den QS-Bogen übertragen werden:

[...], wir machen ja hier in der Abteilung Medizincontrolling schon immer eigentlich Plausi-Checks, überprüfen, also die Indikatoren werden schon überprüft, dadurch insbesondere die auffälligen Fälle und wenn man dann die auffälligen Fälle anguckt, dann merkt man ja schon, wenn irgendwas falsch erfasst wird. Aber jetzt zum Beispiel bei einem Modul wie Pneumonie [...], da kann also jetzt wirklich eine gute Dokumentationskraft würde ich jetzt mal sagen 95 oder 98 Prozent aller Felder selber anhand der Akte nachvollziehen und selber ausfüllen. (IP2.2, Pos. 47-49)

Es wurde von einem Krankenhausstandort darauf verwiesen, dass auch die Dokumentationssoftware hinderlich sein kann, da nicht nachvollzogen werden kann, auf welche Person entsprechend fehlerhafte Einträge zurückgehen. Hierdurch könnte nicht gezielt geschult werden. Erst im Quartalsgespräch mit der Oberärztin könnte eruiert werden, wer am Dokumentationsprozess beteiligt war:

[...], die QS-Bögen als solches lassen sich nicht inhaltlich abfragen, das ist ja auch ein bisschen schade und ja, das ist sehr schwierig, wir haben das zwar auch im Dokumentationstool, wo wir einige Daten schon unterjährig abfragen können oder sehen können, aber die Prozesse kann ich ja nicht sehen. Also ich kann nicht sehen, ob die Oberärztin jetzt Körpergröße/Gewicht selbst eingetragen hat oder ob es jemand, ob es schon automatisiert drin war, das kann ich nicht sehen. Ich kann zwar sehen, wer den letzten Bogen als, wer den Bogen als letzte angepackt hat, aber nicht, wer die Frage ausgefüllt hat und schon gar nicht abfragen. Und das macht das natürlich ein bisschen schwieriger, das zu überwachen [...]. (IP2.1, Pos. 26)

Aufwand

Insgesamt wurde der Aufwand für den Zweiterfassungsprozess als ein zusätzlicher Aufwand eingeschätzt, der aber auch als gerechtfertigt und verhältnismäßig gesehen wird:

Also ich denke im Vergleich zum Gesamtaufwand, den wir bei der externen QS dann halt betreiben, war das eigentlich absolut überschaubar. Also das wäre jetzt, wenn wir nicht durch die vielen anderen Prüfungen gerade so relativ am Limit gewesen wären, hätte man das locker flocker noch irgendwie weggesteckt. (IP2.2, Pos. 97)

Vorbereitung

Der Aufwand für die Vorbereitung der Überprüfung wird hauptsächlich durch das Medizincontrolling gesteuert und insgesamt als die Phase mit dem höchsten anfallenden Aufwand eingeschätzt.

In der Vorbereitungsphase wird das Krankenhauspersonal über die anstehende Prüfung aufgeklärt und in den entsprechenden Prozess eingearbeitet:

[...] Also wir haben uns da wirklich, obwohl es nur 5 Fälle waren, sehr aufwendig vorbereitet. [...] wir haben dann vor dem Vororttermin selber versucht die Fälle zu validieren. [...]. (IP2.2, Pos. 21)

Ja, also, der Aufwand ist so hoch, allein schon wenn ich jetzt gucke, die Erklärung des Verfahrens vorher [...] und dann der Aufwand, all diese Dinge zu lesen und nachzuhalten, ist enorm groß [...]. (IP2.1, Pos. 10)

Weiter wurden durch beide Krankenhausstandorte Vorprüfungen der Akten vorgenommen. Eine Abstimmung mit den Oberärztinnen und Oberärzten erschien besonders wichtig. Auf diese Weise sind bereits in der Vorbereitungsphase Fehldokumentationen identifiziert und Dokumentationsschwierigkeiten aufgedeckt worden. Beiden Krankenhausstandorten war es wichtig, nicht unvorbereitet in die Überprüfung zu gehen, sondern ggf. auch schon eigene Ideen für Verbesserungen zu entwickeln:

Und ich habe natürlich auch vor dem eigentlichen Prüfungstermin mit der Oberärztin die Fälle schon besprochen, um auch dann zu sehen, was können wir denn schon ableiten an Verbesserung. Um das auch vorher einfach schon zu thematisieren und da nicht so unvorein- oder unvorbereitet zu sein in dem Gespräch und einfach für uns schon zu gucken, was können wir ableiten. (IP2.1, Pos. 8)

Vor-Ort-Überprüfung

Eine gute Vorbereitung auf die Zweiterfassung seitens der Krankenhausstandorte reduziert den Aufwand bei der Vor-Ort-Überprüfung für die auf Landesebene beauftragten Stellen:

Der fachliche Austausch macht Sinn und ist für die LQS viel effizienter und für uns auch. Wenn wir alle viel sprechen und wirklich intensiv diskutiert haben mit 5 Fällen, waren wir dann in 2 Stunden durch. Hätte ich aber jetzt die LQS wirklich in einen Raum reingesperrt und so: Jetzt fummelt euch mal durch die

Akte. Da wäre die wahrscheinlich 5-6 Stunden beschäftigt gewesen. [...]. So konnten wir sofort alles zeigen. Das war eigentlich auch ein Vorteil der langen Vorbereitung, wenn man sofort weiß, wo man dann in der Akte suchen kann und suchen muss. (IP2.2, Pos. 91)

Das Abschlussgespräch am Ende der Vor-Ort-Überprüfung wurde als sehr wichtig erachtet. Dadurch können direkte Nachfragen gestellt werden. Aus Sicht eines der beiden Krankenhausstandorte muss dieses Gespräch zum Prozess gehören und ist nicht durch ein schriftliches Verfahren zu ersetzen:

[...] das Abschlussgespräch muss unbedingt dabei sein [...] weil man dann ja auch halt wirklich direkt nachfragen kann, das eine oder andere eben gerade rücken kann, direkt Nachfragen und so weiter. Ein rein schriftliches Verfahren halte ich nicht für sehr produktiv in dem Bereich. Es gibt ja ganz viele Missverständnisse von beiden Seiten aus. (IP2.2, Pos. 94)

Nachbereitung

Zum Nachbereitungsprozess zählten die Interviewteilnehmenden die Kommunikation der Prüfergebnisse mit der Pflegeleitung, der Geschäftsführung und den Chefärztinnen und Chefärzten. Dabei werden gleichzeitig Verbesserungsansätze die sich aus dem Zweiterfassungsprozess für eine korrekte Dokumentation ergeben haben, kommuniziert:

Also das Ergebnis, man muss das mal zumindest jetzt kompakt an Geschäftsführung und kaufmännische Direktion, [...], dann mal kommunizieren [...]. Und dann muss das ja dann weiter kommunizieren, wie dann eben Bögen auszufüllen sind, auf was zu achten ist, wie man dann gegebenenfalls die Dokumentation anpasst. (IP2.2, Pos. 32)

Ein Krankenhausstandort bezeichnete den Nachbereitungsprozess bei sich als aufwendig, da die Dokumentationsprozesse in der aktuellen Umstellung auf eine elektronische Erfassung noch nicht routiniert erfolgen:

Die Nachbereitung ansonsten ist eben halt aufwendig, [...], also wir sind gerade im Übergang der Digitalisierung und manchmal sind die Daten da und manchmal sind sie nicht da und ich musste recherchieren, warum sind sie nicht da, wird das nicht zuverlässig ausgefüllt, wieder mit dem Pflegedirektor sprechen, noch mal hier bitten um zuverlässiges Ausfüllen und so weiter, das ist jetzt so eins der Beispiele im Nachprozess, wo natürlich dann auch wieder Stunden verloren gehen. (IP2.1, Pos. 20).

Effekt

Als Effekt der Zweiterfassung wurde eine verbesserte oder sich zukünftig verbessernde Dokumentation angeführt. Beide Krankenhausstandorte sahen einen Effekt der Prüfung oder Auswirkungen der identifizierten Dokumentationsprobleme. Der Effekt kann vornehmlich als Transfer-effekt verstanden werden, da die ableitenden Verbesserungsmaßnahmen des geprüften Moduls Effekte für weitere QS-Module haben:

IP2.1: Ich betrachte jetzt das Modul 9/6 eigentlich als beispielhaft für die anderen 9er-Module und wir konnten dann bei dieser Prüfung dann feststellen, dass wir sehr viele Baustellen an unterschiedlichen Bereichen haben und die sich dann garantiert in ähnlicher Form durch die anderen Module durchziehen.

IQTIG: Genau, das wäre so ein bisschen die Frage, das haben Sie da miteinfließen lassen? [Anmerkung IQTIG: Gemeint ist hier der Aufwand, der für die Nachbereitung angegeben wurde]

IP2.1: Ja. (IP2.1, Pos. 21-22)

Transfereffekte werden beispielsweise dadurch angestrebt, dass Dokumentationsprobleme und Verbesserungsmaßnahmen allen Fachabteilungen vorgestellt werden, um auch eine verfahrensübergreifende gute Dokumentation zu erzielen:

In den Quartalsgesprächen hat jede Fachabteilung ihre halbe Stunde und da gibt es immer einen allgemeinen Teil, den alle hören, und da berichte ich natürlich über die Prüfung, [...] was dabei raus gekommen ist und auch natürlich über die Verbesserungsmaßnahmen und so versuche ich [...] den Kollegen in der Klinik einfach nah zu bringen, dass es positiv sein kann [...]. (IP2.1, Pos. 42)

Nutzen

Die interviewten Personen nannten unterschiedliche Dimensionen des Nutzens. Grundsätzlich wurde seitens der beiden Standorte die Zweiterfassung und eine damit zusammenhängende Rückmeldung befürwortet, zumal für eine interne Prüfung keine Zeit sei und so von der externen Prüfung profitiert würde:

Das ist schon nicht schlecht, wenn man mal aus einer anderen Position auf eigene Daten guckt mit einem anderen Hintergrund, auch wenn es nur intern wäre, aber intern schaffen wir es halt nicht, weil die Zeit nicht da ist, dann muss halt jemand von außen kommen, der sagt: Ihr müsst jetzt gucken, und dann muss man halt gucken. (IP2.1, Pos. 24)

Und da haben wir zumindest jetzt hier bei uns im Haus, da ist niemand in der Lage, das in diese Tiefe zu überblicken, ob wirklich alles korrekt ausgefüllt ist. (IP2.2, Pos. 49)

Aufdecken von Fehldokumentationen

Beide Krankenhausstandorte bekräftigten die Nützlichkeit der Zweiterfassung durch die Identifikation fehlerhafter Dokumentationen, die ohne eine externe Überprüfung nicht aufgefallen wären. Beispielhaft wurde auf Datenfelder verwiesen, die einen gewissen Toleranzbereich in den Qualitätsindikatoren zulassen und deren Fehldokumentationen daher nicht aufgefallen wären:

Das wäre [...] nicht aufgefallen. Das wäre uns höchstens intern aufgefallen, wenn wir dann die Fälle überprüft hätten. Aber solange das alles noch in der Range oder im Intervall über einem Jahr oder unter einem Jahr gewesen wäre, wäre das ja nie im Leben auffällig gewesen. (IP2.2, Pos. 59)

Eine andere Vertreterin der Krankenhausstandorte berichtete aber auch, dass Dokumentationsfehler ggf. auch ohne die Zweiterfassung auffallen würden, wenn mehr zeitliche Ressourcen bestünden:

Ja, vielleicht wäre es aufgefallen, wenn man mehr Zeit hätte, miteinander zu reden. (IP2.1, Pos. 27-28)

Durch die Überprüfung zeigte sich an einem Standort, dass krankenhausintern unterschiedliche Vorstellungen darüber bestehen, wie ein bestimmtes Datenfeld auszufüllen ist. Durch die identifizierten Dokumentationsfehler nur weniger Akten wurde festgestellt, dass in diesem Fall der Dokumentationsprozess vorab bereits dauerhaft falsch erfolgt war und damit systematisch fehlerhaft:

[...] bei dem Gespräch bei der Vor-Ort-Prüfung, [...], wenn der Oberarzt sagt dann: Ach, das hab ich bis jetzt immer anders gesehen, ach so ist das gemeint. Dann weiß ich, dass er es ja immer falsch macht, weil er gar nicht weiß, er weiß ja gar nicht, dass er einen Fehler macht, und kommt deswegen halt gar nicht auf die Idee, da halt nachzugucken. Und das ist halt grundsätzlich, das ist uns sehr aufgefallen bei diesen Modulen, die sind dann doch medizinisch sehr diffizil. (IP2.2, Pos. 44-46)

Erkenntnis zur Relevanz

Die Zweiterfassung führte an einem Krankenhausstandort dazu, dass den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Relevanz korrekt zu dokumentierender QS-Daten noch einmal verdeutlicht wurde:

[...] weil der Prozess der Dokumentation läuft ja in der Klinik, das heißt, die Klinik muss einmal verstehen, worum es dabei geht, das heißt, sie muss auch verstehen, dass so was geprüft wird, und muss auch verstehen, dass sie in der Prüfung, sag ich mal in Anführungsstrichen, den Kopf hinhalten müssen. Nur dieses Wissen führt ja auch zu einer Verlässlichkeit im Dokumentationsprozess und deswegen sehe ich das als so hoch aufzuhängen. (IP2.1, Pos. 6)

Bei manchen Krankenhausmitarbeitenden fehle dieses Wissen. Daher sollte die qualitätsbeauftragte Person dieses Krankenhausstandorts dafür, Hintergründe ebenfalls durch krankenhausinterne Anstrengungen auch außerhalb der Zweiterfassung zu erklären:

Also oft wissen zum Beispiel die Assistenzärzte oder die Pflege wissen gar nicht, warum diese Daten denn eingefordert werden. [...] Und wenn man den dann erklärt, was es für eine Bedeutung hat und was es für Probleme geben kann, wenn wir es nicht machen, dann ist da schon eine gewisse Motivation da. (IP2.1, Pos. 34)

Für den anderen Krankenhausstandort war die Relevanz korrekt zu dokumentierender QS-Daten auch ohne Zweiterfassung deutlich:

Also, ich denke die Relevanz war im Grunde eigentlich schon vorher bekannt, aber letztendlich war es dann doch schockierend. (IP2.2, Pos. 60-61)

Erkenntnis zur Optimierung

Die Zweiterfassung führte an beiden Krankenhausstandorten zu der Einsicht, Dokumentationsprozesse optimieren zu müssen. Diese Erkenntnis ergab sich an beiden Krankenhausstandorten bereits durch die Vorbereitung auf die Vor-Ort-Überprüfung. Ein Krankenhausstandort verwies zudem darauf, dass Dokumentationsverbesserungen nicht nur wegen der Anforderungen zur Qualitätssicherung, sondern auch darüber hinaus von Relevanz sind:

Und dadurch, dass wir natürlich geguckt haben, vorher schon und gesehen haben, es gibt Probleme, war da schon so ein Aha-Erlebnis für die Oberärztin da und wenn dann eben halt die Prüfung auch konstruktiv läuft, ist es einfacher, das anzunehmen. (IP2.1, Pos. 60)

Die haben wir selber validiert und da gibt es dann einfach Punkte [...] wo ich einfach denke, dass wir da unsere Dokumentation verbessern müssen und zwar nicht wegen der QS, sondern wirklich aus Patientensicht und im Sinne der Patientensicherheit. (IP2.2, Pos. 24)

Weiter bestand die Erkenntnis darin, dass einzelne Werte besser und sorgfältiger dokumentiert werden müssen, was insbesondere die kardiologischen Module betraf. So wurde beispielsweise ein Optimierungsbedarf darin gesehen, entsprechende Werte an zentralen Stellen in der Akte zu dokumentieren, damit diese bei der Übertragung in den QS-Bogen schneller gefunden und nachvollzogen werden können:

Aber es geht zum Teil so wild durch die Akten, das muss verbessert werden. An einer zentralen Stelle in der Akte dokumentiert werden, dass man es leicht findet und nachvollziehen kann. (IP2.2, Pos. 37)

Ein Optimierungsvorschlag bestand für einen Krankenhausstandort darin, krankenhausesintern die QS-Bögen nach einem abgeschlossenen Verfahrensjahr zu sichten, um Prozessverbesserungen nach erfolgter Zweiterfassung zu erkennen:

Also der Nutzen war einfach, noch mal nach den abgeschlossenen QS-Bögen, nach dem abgeschlossenem Verfahrensjahr noch mal sowohl von der Klinikseite, von der Oberärztin, als auch dann durch das Einbeziehen von meiner Person, noch mal auf diesen Prozess zu gucken und dort einfach eine Prozessverbesserung zu erkennen und dann zu versuchen, die anzustoßen. (IP2.1, Pos. 50-53)

Maßnahmen

Die *Erkenntnisse zu Optimierungen* mündeten bei den Krankenhausstandorten in konkreten Maßnahmen. Als Maßnahmen wurden meist regelmäßiger Informationsaustausch oder Änderungen von Abläufen in der Dokumentation genannt.

An einem Krankenhausstandort wird das Krankenhauspersonal daher im Rahmen bestehender Termine informiert und es wird geprüft, an welchen Stellen die Dokumentation optimiert werden könnte:

Ich versuche, den Ärzten keine zusätzlichen Termine zu bescheren nach Möglichkeit, sondern gehe dann eben halt in die Frühbesprechung oder in die Nachmittagsbesprechung und stelle dann die Dinge vor, kurz und knackig. (IP2.1, Pos. 34)

Die interviewte Person des anderen Krankenhausstandorts berichtete darüber, dass Fallzusammenführungen künftig immer vonseiten des Medizincontrollings überprüft werden:

Also die Fallzusammenführung überprüfen wir jetzt immer, egal in welchem Modul, weil die einfach fehleranfällig sind. (IP2.2, Pos. 73)

Ebenso erschienen Änderungen von Abläufen in der Dokumentation als eine sinnvolle Maßnahme. Die Vertreterin eines Krankenhausstandortes berichtete davon, dass unmittelbar nach der Zweiterfassung ein Formular zur OP-Dokumentation angepasst werden sollte, was sich bis zum Zeitpunkt des Einzelinterviews allerdings nicht realisieren ließ. An dieser Stelle wird auch deutlich, dass nicht alle Vorhaben immer direkt umgesetzt werden können:

Also, bei diesem Formular, also hier hat sich ein Problem aufgetan, die Umsetzung eines neuen Formulars ist angestoßen, aber aufgrund des Zeitmangels aller Beteiligten noch nicht umgesetzt. (IP2.1, Pos. 34)

Ein Krankenhausstandort betonte zudem, dass die konstruktive Zusammenarbeit mit der Landesgeschäftsstelle die Motivation in Bezug auf mögliche Dokumentationsverbesserungen erhöht, wodurch an dieser Stelle die Bedeutsamkeit der Arbeit der Landesgeschäftsstellen bei der Zweiterfassung noch einmal hervorgehoben wird:

[...] der sehr klinikorientiert war [Anmerkung IQTIG: gemeint sind hier die Prüfer der Landesgeschäftsstelle], mit den Problemen, die wir hier im Alltag sind, vertraut war und insofern einfach auch eine Prüfung auf Augenhöhe und ein konstruktives Gespräch durchgeführt hat. Jetzt im zweiten Gespräch waren zwei Mitarbeiter der QS X⁸ da und da war auch wieder ein sehr konstruktives Gespräch. [...] Das Ziel soll ja sein, dass man gemeinsam auf Probleme guckt und sie verbessert im Rahmen des Zyklus der Verbesserungsmöglichkeiten, und da ist ein konstruktives Verhalten unheimlich wichtig. (IP2.1, Pos. 36)

⁸ Die entsprechende Landesgeschäftsstelle wurde mit einem X anonymisiert.

Zukunftsaspekte

In den Einzelinterviews wurden einige Zukunftsaspekte genannt, die Verbesserungsmöglichkeiten oder auch die Beibehaltung der Bestandteile des jetzigen Verfahrens betreffen und im Folgenden berichtet werden.

Kommunikation

Beibehalten werden sollte nach Meinung einer interviewten Person demnach der gemeinsame Austausch mit den Prüfenden, welcher mit der Landesgeschäftsstelle als sehr wertvoll erachtet wurde. Denn durch die konstruktive Prüfung sei es für den Krankenhausstandort einfacher, Verbesserungen in der Dokumentation zu erkennen und Optimierungsvorschläge anzunehmen.

Ich kenne das natürlich jetzt auch aus, jetzt natürlich zum Beispiel der medizinische Dienst, den ich kenne im Sinne von Einzelfallprüfung, Strukturprüfung und so weiter und da gibt es, das ist personengebunden, wie sich jemand in so einem Gespräch verhält. Es gibt natürlich auch Leute, die meinen, sie wüssten alles besser, und da würden wir vielleicht schlechter abschneiden, was nach meiner Meinung nicht das Ziel ist. (IP2.1, Pos. 36)

Es wurde auch auf die Schwierigkeit des Verständnisses von Richtlinien hingewiesen, deren Aussagen aufwendig aufbereitet und intern kommuniziert werden müssten. Konkrete Verbesserungsvorschläge wurden neben dem Verweis auf den daraus resultierenden Aufwand seitens des Krankenhausstandorts an dieser Stelle aber nicht genannt und betreffen nur indirekt das Datenvalidierungsverfahren:

[...] andere Richtlinien, zum Beispiel die ASV-Richtlinie, mit der wir uns gerade beschäftigen, und die Sprache die dort genutzt wird, die ist derartig unverständlich für die Kliniker, dass es schon klinikintern Moderatoren braucht, die so zu sagen die Kliniker und die Richtlinie zusammenbringen und auch immer wieder bei der Stange halten. [...] Es ist von den Klinikern in der Hektik des Alltags auch nicht zu verlangen diese Sprache zu verstehen, dafür braucht es einfach Moderation. Und das ist letztendlich eine Aufgabe in der Klinik je nach dem wo man es angesiedelt hat, die externe Qualitätssicherung, an den QS-Koordinatoren oder beim QM, aber es braucht diese Moderation. (IP2.1, Pos. 62)

Schulungsmaßnahmen

Regelmäßig jährlich stattfindende übergeordnete Webinare oder Schulungen wurden durch einen Krankenhausstandort als Idee eingebracht. Diese wurden bereits durch die prüfende Landesgeschäftsstelle ausgerichtet und als hilfreich empfunden. Es wurde vorgeschlagen, diese entweder durch das IQTIG oder die Landesgeschäftsstellen zukünftig durchzuführen. So könne anhand von Beispielen aus der Datenvalidierung besser erkannt werden, an welchen Stellen insbesondere auf die Dokumentation geachtet werden müsse oder wie entsprechende Ausfüllhinweise zu verstehen seien:

Oder was ich auch eigentlich immer sehr hilfreich fand, das findet aber nicht regelmäßig jährlich statt, aber so alle 2 oder 3 Jahre. Unsere LQS macht Webinare oder früher eben nur Vor-Ort-Seminare mit Ergebnissen aus der Datenvalidierung und da kann man dann wirklich sagen, bestimmte Themen werden bei vielen Krankenhausstandorten falsch ausgefüllt. Wenn man Ausfüllhinweise falsch versteht oder ähnliches [...] man kriegt dann immer einen ganz, ganz guten Überblick, auf was man achten muss. [...] Und ich würde es wirklich sehr schätzen, wenn entweder die LQS oder IQTIG oder sonst eine Institution, [...] solche Erkenntnisse aus der Datenvalidierung dann wirklich breit streuen würde. Ganz klassische Schulungen mit anonymisierten Beispielen, zum Beispiel wie geantwortet wird im Strukturieren Dialog oder so. Oder aus der Datenvalidierung würde ich wirklich sehr, sehr gut und wertvoll halten. (IP2.2, Pos. 82)

Eine andere Idee ist es, Dokumentationsaspekte beispielsweise in einer Art Peer-Review-Verfahren zwischen den Krankenhausstandorten zu schulen. Der entsprechende Krankenhausstandort hat ein solches Verfahren in einem anderen Zusammenhang als nützlich empfunden. Als vorteilhaft wurde eine anonym und nicht Konsequenzen behaftetes Verfahren gesehen:

Grundsätzlich so Peer-Review-Verfahren [...] Das ist ja dann wirklich sehr wertvoll, weil das hat keinerlei negative Konsequenzen, das war auch anonym und nicht veröffentlicht und so weiter. (IP2.2, Pos. 80)

Digitalisierung

Ein Krankenhausstandort erachtete eine digitale Prüfung ohne persönliches Gespräch oder mit lediglich schriftlichem Bescheid als nicht sinnvoll. Das persönliche Gespräch sei im Qualitätsverbesserungsprozess zentral, um ein Verständnis seitens des Krankenhauses zu erzeugen:

[...] weil einfach an diesem persönlichen Gespräch viel mehr lösbar ist, das ist ja, in einer digitalisierten Form, wird das eigentlich noch mehr entfremdet, [...]. Also jetzt sagen wir mal in einem reinen Schriftverkehr so wie ich es ja auch bei Medizinischem Dienst kenne, dann schicken wir da alle Sachen hin und dann kriegt man entweder ein ja oder nein und man versteht es auch nicht und muss gucken, was man macht, [...]. Und wenn es eben halt ja auch um einen Qualitätsverbesserungsprozess geht, dann ist hier schon persönliches Gespräch gut, [...]. (IP2.1, Pos. 65-66)

Demgegenüber sah der andere Krankenhausstandort keine Probleme in der digitalen Durchführung der Prüfung, schließt aber das persönliche Gespräch auch in dieser Form mit ein. Einschränkend wurde darauf verwiesen, dass nicht alle Krankenhausstandorte digitalisierte Akten hätten. Es wurde betont, dass der Aufwand für den Krankenhausstandort gleich wäre, für die Landesgeschäftsstelle ggf. aber die wegfallenden Fahrzeiten eine Zeitersparnis bedeuten könnten:

Also ich würde sagen, das wäre gleich [Anmerkung IQTIG: Die Frage war, ob eine rein digital durchgeführte Zweiterfassung genauso effektiv sei]. Also [...],

es mag das eine oder andere Krankenhaus geben, das noch keine digitalisierte Akte hat, aber ansonsten müsste man das eigentlich immer machen können. Klar würde ich persönlichen Kontakt immer ganz gut, aber man kann dann den persönlichen Kontakt über Telefon oder ähnliches auch sehr, also vor allem würde halt natürlich zumindest für die LQS sicherlich 3 Stunden Fahrt [wegfallen], [...] Personen kamen von der LQS, die waren Minimum mit Hinweg, Rückweg Minimum 3 Stunden unterwegs [...] das ist schon mal ein ganzer Arbeitstag. (IP2.2, Pos. 85)

Erweiterung von Plausibilisierungen

Als ein weiterer Aspekt für eine zukünftig gute Dokumentation wurde von beiden Krankenhausstandorten eine noch umfassendere Plausibilisierung in den QS-Bögen vorgeschlagen. Es wurden in dem Zusammenhang fehlende Warnmeldungen oder nicht verständliche Ausfüllhinweise angemerkt:

Also ich denke das war ein grundsätzliches Thema, das die Datenvalidierung halt auch betrifft, teilweise bietet es ja auch die entsprechende QS-Softwareindustrie an. Also ich würde es einfach gut finden, wenn es mehr Plausibilisierungen in den Bögen gäbe. [...]. (IP2.2, Pos. 100)

Weitere Themen

Weitere Themen, die in den Einzelinterviews aufgebracht wurden und nur zum Teil in Bezug zur Zweiterfassung stehen, werden an dieser Stelle kurz erwähnt. Diese Themen umfassen *Unklarheiten/Bedenken*, zeitliche und personelle *Ressourcen* und *Vergütung*:

- Gegenüber einer regelmäßigen Zweiterfassung äußerte ein Krankenhausstandort Bedenken dahingehend, ob die identifizierten Dokumentationsfehler irgendwann offengelegt werden und damit negative Konsequenzen für das Krankenhaus bringen könnten oder gar einen schlechten Ruf.
- Weiter wurde geäußert, dass ein besserer Qualitätszyklus im Krankenhaus umgesetzt werden könnte, wenn entsprechendes Personal oder Arbeitszeiten aufgestockt würden.
- Zusätzlich wurde von einem Krankenhausstandort auch eine nicht hinreichende Vergütung genannt.

3.2.2 Prüfende Institutionen

Charakteristika der Interviewten

Alle 8 interviewten Personen waren Vertreterinnen oder Vertreter der Landesgeschäftsstellen. Es haben sich keine Vertreterinnen oder Vertreter des Medizinischen Dienstes zu einem Einzelinterview bereit erklärt. Die interviewten Personen der Landesgeschäftsstellen setzten sich wie folgt zusammen: 3 aus Landesgeschäftsstellen mit einer niedrigeren Anzahl (n = 2) an überprüften Krankenhausstandorten, 3 aus Landesgeschäftsstellen mit einer mittleren Anzahl (n = 3-4) an überprüften Krankenhausstandorten und 2 aus Landesgeschäftsstellen mit einer höheren Anzahl (n = 7-8) an überprüften Krankenhausstandorten. Von den befragten Personen hatten 7 bereits

langjährige Erfahrung im Bereich der Zweiterfassung, für eine weitere Person war die Zweiterfassung zum Erfassungsjahr 2020 die erste.

Bisheriger Ablauf der Zweiterfassung

Einige Landesgeschäftsstellen nahmen im Vorfeld der Zweiterfassung tiefergehenden Kontakt mit den Krankenhausstandorten auf, um die Hintergründe zu erklären oder auch mitzuteilen, wer vom Krankenhauspersonal anwesend sein sollte, wie beispielsweise ein QS-erfahrener Arzt:

[...], ich telefoniere am Anfang halt mit denen und erkläre das erst mal, warum wir kommen und was überhaupt der ganze Hintergrund ist, weil das einfacher ist, als denen den Brief zu schreiben, den kriegen sie dann im Nachgang, das ist immer einfacher. [...]. (IP1, Pos. 9)

Also das wird von unserer Seite bereits bei dem Terminmanagement kommuniziert an den Krankenhausstandort, dass wir in der Regel einen QS-Verantwortlichen Arzt brauchen vor Ort, der sich mit der Dokumentation auskennt und wir machen dann das ist sozusagen dann die eine Voraussetzung, das kann dann wie gesagt Modul Dekubitus natürlich eine Pflegekraft, Fachkraft sein und dazu brauchen wir dann in der Regel zum Abschluss, weil wir dann noch mal eine kleine Auswertung machen dann den entsprechenden Chefarzt der Klinik, den das betrifft, oder dann der Pflegedienstleitung, sodass wir dann auch gleich bestimmte Maßnahmen, wenn erforderlich ist, festlegen könne, die dann im Nachgang verschriftlicht werden. (IP4, Pos. 23)

Manchmal wurden im Vorfeld aber auch durch den Krankenhausstandort krankenhauserne Ansprechpartner für die Qualitätssicherung schriftlich mitgeteilt, andere Krankenhausstandorte haben selbst entschieden, wer vor Ort anwesend sein sollte:

Nein, nein. Jedes Haus hat das so festgelegt. Manche haben einen Chefarzt sozusagen zur Verfügung gestellt, andere haben einen Assistenzarzt, andere haben den Arzt, der sozusagen für die QS hauptverantwortlich ist. Also da die gesamte Bandbreite. (IP2, Pos. 22)

Die Anwesenheit von ärztlichem Personal ist für die meisten Landesgeschäftsstellen wichtig und hängt insbesondere auch von dem geprüften Modul ab:

Also auf jeden Fall, der der dokumentiert am besten eben auch ein ärztlicher Kollege, das hängt so ein bisschen von den Verfahren ab. Jetzt in dem Verfahren, was wir jetzt dieses Jahr hatten 09/4, das ist ein Verfahren, wo es eigentlich ohne Ärzte nicht geht. Weil da werden so spezielle Fragen gestellt, da habe ich auch ein Negativbeispiel: [...], da kam keiner, da war nur aus dem Qualitätsmanagement, aus dem Verwaltungsbereich jemand da und der hat sich extrem schwer getan dann die Dinge zu finden in der Akte. Und wenn er sie gefunden hat, war ihm nicht klar, welchen Wert er denn da jetzt dann nennen soll. Also das war schon schwierig. Also da wäre das schneller und präziser abgelaufen, wenn da der Arzt da vor Ort gewesen wäre. (IP5, Pos.7)

Die Prozessgestaltung der Zweiterfassung seitens des Krankenhausstandorts war durchaus unterschiedlich, insbesondere was die Vorbereitung und Vor-Ort-Überprüfung inklusive der bereits o. g. Besetzung des Personals anging. Dabei reichte das Spektrum von Krankenhausstandorten, die sich große Mühe gaben, bis hin zu Situationen, in denen aufgrund mangelnder Kommunikation die Vor-Ort-Überprüfung abgebrochen und das Lenkungsgremium einbezogen werden musste:

Durch die Klinik hatten wir verschiedene Prozesse, wir haben das Lenkungsgremium miteingebunden, wir haben an der Stelle einen Abbruch der Datenvalidierung vorgenommen, weil keine Kommunikation stattfand. [...] (IP3, Pos. 31)

In einem Haus habe ich praktisch die Konstellation vorgefunden, die hatten das in Papierakte und praktisch in ihrem Klinikinformationssystem plus jemand, der sich da gut auskannte, in einem zweiten Haus ist mir ein Rechner dahingestellt worden, was sehr gut war, denn ich hatte ja nur einen Rechner zur Verfügung und ansonsten CDs, die hatten jeden Fall aus CD gebrannt und anonymisiert, das ist furchtbar mühselig, wenn man sich dann einzeln alleine durch die Dateien durchklicken muss, um die Datei zu finden, wo die Information steht, die man unbedingt sucht. (IP8, Pos. 24)

Der Prozess der Zweiterfassung seitens der Landesgeschäftsstellen war so gestaltet, dass in den meisten Fällen zwei Personen die Validierung vornahmen, von denen eine Person Ärztin oder Arzt ist. Durch die Prüfung auf Augenhöhe soll auch eine Vertrauensbasis geschaffen werden. Bei einem der befragten Landesstellenvertreter wurde die ärztliche Vertretung seitens eines Mitarbeiters des Medizinischen Dienstes wahrgenommen. Diese Zusammenarbeit wurde als gut und effektiv empfunden:

[...], dadurch, dass der MD oder die Mitarbeiter des MDs, die uns da begleiten, die sich ja irgendwie je nach Prüfung unterschiedliche Personen hauptamtlich tätig sind, sind die ja auch verfügbar. Das war mit Ärzten von den Fachkommissionen früher in der Vergangenheit schwieriger, weil die ja freigestellt werden mussten in irgendeiner Form. Die Zusammenarbeit jetzt klappt da wunderbar, die Abstimmung, wer was tut in dem Prozess, ist kommuniziert und ja das klappt eigentlich einigermaßen gut. (IP4, Pos. 11)

Ich denke das wird auch in anderen Landesarbeitsgemeinschaften sein, dass man sich das aufteilt. Die eine Person macht dann, dann ist der Aufwand nicht so hoch, aber wir machen das zu zweit, teilen uns diese Prüfung auf, weil dann ist man auf der sicheren Seite, wenn dann mal jemand krankheitsbedingt ausfällt, dass die Termine trotzdem stattfinden kann. (IP4, Pos. 35)

Auf die Frage, ob die Krankenhausstandorte den Sinn und Zweck der Zweiterfassung verstehen, haben die befragten Personen der Landesgeschäftsstellen dies für die meisten Standorte bestätigt. Obgleich es hilfreich war, am Anfang zu erläutern, dass der Standort per Zufall ausgewählt

wurde und nicht wegen einer Auffälligkeit. Es wurde auch berichtet, dass die Krankenhausstandorte dankbar für Verbesserungspotenziale sind oder die Gelegenheit nutzen, sich über weitere Aspekte auszutauschen:

[...] die wissen, worum es geht mittlerweile, und sind natürlich auch entspannter, wenn es eine Stichprobe ist, als wenn es ein gezielter Datenabgleich ist. Also wenn man eine anlassbezogene Prüfung hat, aber die sind durchaus daran interessiert nicht nur sich zu verbessern. (IP4, Pos. 86)

Es ist eher so, dass die am Anfang gar nicht wissen, wieso wir dorthin fahren. Ich glaube, das liegt aber auch daran, dass die Richtlinie nicht so, wahrscheinlich nicht so bewandert sind. Wenn wir aber erzählen, wieso wir da sind, kann das Haus das sehr gut nachvollziehen und ist da auch sehr offen und auch selber quasi sehr gespannt, was da rauskommen wird. (IP6, Pos. 18)

Allerdings gab es auch auf der anderen Seite des Spektrums Krankenhausstandorte, die der Prüfung eher skeptisch bis ablehnend gegenübertraten. So hat eine Landesgeschäftsstelle die Erfahrung gemacht, dass auch „eine eingeschränkte Bereitwilligkeit, das System zu verstehen“ (IP3, Pos. 5), bestehen kann. Eine weitere Landesgeschäftsstelle äußerte die Schwierigkeit des Verständnisses je nach vorliegendem Prozess, wie beispielsweise bei Vorliegen einer automatisierten Übernahme der Dokumentation:

[...] bei anderen Häusern war da oder manchmal war weniger Einsicht auch, aber das ist dann aber dem Prozess geschuldet, weil manche Eingaben werden gar nicht mehr manuell gemacht, sondern die werden automatisch generiert. [...] Und da stellt sich dann natürlich schon eine Klinik die Frage, warum kommt jetzt hier jemand und validiert sozusagen die Dateneingabe, wenn diese gar nicht mehr manuell vorgenommen worden ist, sondern automatisch generiert. (IP2, Pos. 13)

Aufwand

Der Aufwand wurde in Bezug auf die drei Arbeitsphasen thematisiert und für die prüfenden Institutionen als unterschiedlich in den einzelnen Phasen eingeschätzt. Eine Landesgeschäftsstelle merkt beispielsweise an, dass der Aufwand gefühlt höher liegen könne, da das Verfahren nur einmal im Jahr stattfindet:

Also mit diesen 4 Zweiterfassung, die wir durchgeführt haben, ist es rein zahlenmäßig eigentlich wiederum ein geringer Aufwand. Gefühlt ist es großer Aufwand, weil man macht es halt nur einmal pro Jahr und dann muss so ein ganzes also ein ganzer Apparat irgendwie ins Rollen bringen, aber rein rechnerisch ist es ja gering. Es kommt einem ziemlich viel vor, glaube ich, [...]. (IP7, Pos. 82)

Vorbereitung

Der Aufwand in der Vorbereitungsphase ergab sich durch unterschiedliche Arbeitsschritte. Im Wesentlichen gehörten der Terminfindungsprozess dazu, der sich für das Erfassungsjahr 2020 jedoch aufgrund der pandemischen Lage erschwert gestaltete, sowie das Übersenden von Informationen an die Krankenhausstandorte, die Beantwortung von Fragen, das Einarbeiten in das Zweiterfassungstool sowie die Vorbereitung der benötigten Papierunterlagen:

Ich muss einen Termin machen, ich muss das Tool mir sozusagen entweder sozusagen aneignen oder ich mache diese Schulung mit, die Sie ja auch anbieten und deswegen sage ich komme ich an der Stelle nicht drum hin diesen Aufwand zu betreiben und in der Regel ist es dann so, dass es mehrere machen. (IP4, Pos. 35)

Der Aufwand für die Vorbereitung wird als unabhängig von der Anzahl der zu prüfenden Akten gesehen. Die Vorbereitungsphase wird jedoch als sehr wichtig empfunden, damit man vor Ort optimal vorbereitet ist und bei Fragen adäquat antworten kann. Hierzu zählte auch die Vorbereitung mit dem Handbuch des IQTIG zur Zweiterfassung:

Vielleicht haben Sie an den Zahlen gesehen, dass egal welches Modul wir geprüft haben die Vor- und die Nachbereitung identisch ist, und da spielt jetzt auch keine Rolle, ob Sie jetzt 20 Akten haben oder weniger Akten haben, der Aufwand ist letztlich der gleiche. (IP4, Pos. 35)

Die Vorbereitung ist wichtig, damit man sich mit dem Tool auseinandergesetzt hat, damit man weiß, was man da fragt, was kommen kann. [...] von daher finde ich die Vorbereitungsphase da ganz wichtig, damit man vor Ort, wenn Fragen auftauchen, dann auch entsprechend adäquat antworten kann, was jetzt die Dokumentationsbögen sag ich jetzt mal angeht. (IP5, Pos. 19)

Manche Landesgeschäftsstellen haben anstelle des Einsatzes des Zweiterfassungstools vor Ort die Datenfeldzweiterfassung in Papier vorgenommen. Hierzu wurde das Handbuch ausgedruckt, was als zusätzlicher Aufwand gesehen wird:

Also es ist schon ein großer Aufwand, besonders, wenn man dann ja auch die ganzen Drucke machen muss, für die händische Zweiterfassung. Also wir gehen nicht mit zwei Tools los, sondern einer mit einem digitalen Tool und der andere mit der Akte, also nicht mit der Akte aber mit einem Papier quasi auf dem Ordner. Das ist schon mal viel Zeit auf wie viel Papier das drauf geht. (IP6, Pos. 31)

Eine Landesgeschäftsstelle betonte, dass der Arbeitsaufwand für die Vorbereitung sehr hoch sei in Bezug auf das Ergebnis des Prozesses, aber auch in Bezug auf den einzuhaltenden Datenschutz:

Für das, was letztlich hinten rum rauskommt, ist der Aufwand relativ groß, was jetzt die Masse angeht, [...] also je nachdem wie viele gezogen werden und davor finde ich den Aufwand schon sehr hoch, auch die Vorbereitung,

Nachbereitung, auch die Gespräche im Vorfeld, wenn von der Klinik Nachfragen kommen, wenn auch Skeptiker dabei sind [...] und dann muss man wieder von Datenschutz die Sachen raussuchen, mit wer darf wo rein schauen. Und das ist schon aufwendig, dann dafür, dass es nur ein Standort mit einer Abteilung ist. (IP1, Pos. 17)

Vor-Ort-Überprüfung

Der Großteil des Aufwands für die Vor-Ort-Überprüfung ist aus Sicht einiger Landesgeschäftsstellen aufgrund der angefallenen Fahrzeiten zum Krankenhausstandort entstanden:

Wir müssen ja auch dorthin fahren, dort parken können. Je nachdem wie lange es dann dauert, ist es halt schon eine immense Zeit. (IP6, Pos. 31-34)

Darüber hinaus wird der Aufwand für die Anfahrtszeiten von einer Landesgeschäftsstelle auch als durchaus nicht gerechtfertigt empfunden, wenn die prüfende Anzahl an Akten niedrig ist:

Das ist natürlich sehr aufwendig. [...]. Und wenn man das dann für zwei Personen sieht, die dann getrennt anreisen, auch dann teilweise für 10 Fälle, dann ist es halt schon nicht gerechtfertigt an der Stelle, würde ich sagen. (IP6, Pos. 40)

Der Aufwand vor Ort, welcher gemäß einer Landesgeschäftsstelle den Hauptteil ausmacht, wurde allerdings auch als angemessen beurteilt, insbesondere auch, weil er sich daraus ergibt, dass jeweils 2 Personen vor Ort sind:

Also ich denke mal schon es war angemessen. Also ich meine [...] der Hauptteil, war ja schon der Teil vor Ort und ist dann vor allem so, weil wir immer zu zweit gewesen sind. Das haben wir auch immer so gemacht im Sinne auch des Vier-Augen-Prinzips, [...] vor allem wenn es mal, [...] irgendwie strittig wird, dann ist es gut, wenn wir jetzt mit zwei Menschen da gewesen sind im Sinne des Vier-Augen-Prinzips und das natürlich die Arbeitszeit entsprechend gleich verdoppelt. (IP7, Pos. 22)

Als ein anderer Faktor, der einen Einfluss auf den Aufwand bei dieser Arbeitsphase hatte, wurde die Organisation der Akten und die diesbezügliche Vorbereitung vonseiten des Krankenhausstandorts genannt:

Das unterscheidet sich natürlich auch dadurch, erstens wie viele Fälle man hat und natürlich wie gut das Haus aufgestellt ist, [...] es gibt sogar welche, die haben sich schon drauf vorbereitet, die haben dann so quasi Kleberchen gemacht, für jedes Datenfeld was irgendwo zu finden ist. Sie wussten natürlich nicht welche Datenfelder es sind, die wir am Ende brauchen, aber so was gibt es. Aber dann gibt es auch natürlich Sachen, wo alles an einer anderen Stelle eingeklebt ist und ja das deutlich schwieriger wird und das frisst dann auch natürlich Zeit. (IP6, Pos. 31-34)

Darüber hinaus war der Aufwand auch davon abhängig, wie der Prozess der Vor-Ort-Prüfung organisiert war, also ob die Patientenakten digitalisiert waren und durch die Akten geführt

wurde oder die Werte selbstständig gesucht werden und wie viele Datenfelder geprüft werden mussten:

Also das ist wirklich, hängt zu einem Großteil wirklich an [...] dem Knowhow des Personals, was entsprechend darauf zurückgreifen kann. Also wenn es der Arzt war, der auch die QS befüllt hat, dann weiß der ganz genau, wo er nachgucken muss. Und wenn Sie einen fachfremden oder externen Kollegen dabe haben, dann hat er es natürlich ungemein schwerer. (IP2, Pos. 62-65)

Herausforderungen vor Ort bestehen auch durch unterschiedliche angewandte IT-Systeme, ob der Fall als PDF abliegt und wie die Reihenfolge der Scans aus der ursprünglichen Akte ist:

[...] jedes Haus ein anderes Dokumentationssystem hat [...] da gibt es zig verschiedene Programme, Krankenhausinformationssysteme, die unterschiedlich aufgebaut sind und es gibt eine unterschiedliche Intensität, wie man Dokumente dort archiviert. Die meisten haben da zum Beispiel ihre Akten schon weitestgehend digitalisiert bzw., wenn der Patient entlassen wird, wird nochmal alles komplett als PDF abgelegt in unterschiedlichen Unterdateien und Ordnern [...] Also allein das Öffnen, Schließen, hin und her, [...] die Reihenfolge in welcher Tabelle steht welche Zahlenreihenfolge, das, was die Häuser kriegen, das, was wir dann mitnehmen, um das dann abzuarbeiten, wie ist das abgebildet. Okay und dadurch ergibt sich dann der große Aufwand vor Ort [...]. (IP8, Pos. 24)

Eine andere Landesgeschäftsstelle betonte hingegen, dass sich eine gewisse Prüfroutine entwickelt hat, wodurch sogar auch den Krankenhausstandorten gewisse Hilfestellungen gegeben werden kann, bestimmte Werte zu finden. Wichtig sei auch, dass man sich im Zweiterfassungstool gut auskenne:

[...] wir haben in der Regel Papierakten und aber auch elektronisch die Daten vorliegen. Und da ist es natürlich so, dass man dann irgendwann eine gewisse Routine hat und der Klinik da vielleicht eine Hilfestellung geben kann, wo sie gucken kann, um den entsprechenden Wert auch zu finden. Ja, also so was, also das ist jetzt über die Abfrage hinaus vielleicht noch einfach gewisse Hilfestellung geben. (IP2, Pos. 39)

Wichtig seien auch gute Kenntnisse in der Anwendung des Zweiterfassungstool des IQTIG, was eine gewisse Anwenderoutine voraussetzt:

Wichtig ist es, dass man mit dem Tool sich auskennt. Aber dadurch, dass wir, das ist ja so ein Saisongeschäft wie bei uns auch, einmal im Jahr damit arbeitet, braucht man wieder eine gewisse Einarbeitung, um dann sich an das Tool zu gewöhnen. Bei der vierten Datenvalidierung weiß man es schlechtweg, dann funktioniert es super gut. (IP5, Pos. 42)

Diejenige Landesgeschäftsstelle, die gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst die Prüfung vor Ort durchgeführt hat, schätzte den Aufwand als gleichgeblieben ein im Vergleich zu vorherigen Vor-Ort-Überprüfungen:

Ne, der Aufwand erhöht sich nicht. Der Prozess ist gleichgeblieben. Das ist, wir haben jetzt wie gesagt die Ärzte oder Ärztinnen vom MD, vorher hatten wir aus der Fachkommission, die Aufgabenverteilung sind gleichgeblieben, die Prüfung in die Patientenakten erfolgt durch den Arzt und ich oder die Kollegin tippen das dann ein in das Erfassungstool, das Sie uns zur Verfügung stellen. (IP4, Pos. 16)

Nachbereitung

Die Ergebnisse der Prüfung werden in manchen Bundesländern im Anschluss an die Prüfung besprochen, manchmal erfolgt die Mitteilung ausschließlich schriftlich im Nachgang oder sowohl vor Ort als auch noch einmal schriftlich in Form eines Feedbackberichts. In den Feedbackberichten wird neben allgemeinen Informationen über die erfolgte Prüfung noch mal erwähnt, für welche Datenfelder Handlungsbedarfe festgestellt wurden, worin das Problem lag und welche konkreten Verbesserungen angestoßen werden können:

Es ist sogar so, wir schreiben kurz: Wer hat die Prüfung durchgeführt? Wie viele Akten wurden geprüft? Sind alle Akten vorhanden gewesen, die zu prüfen waren? Was haben wir für eine Übereinstimmungsrate erreicht? Und dann kommen wir im Weiteren dazu zu sagen, sage ich jetzt mal, wenn die Übereinstimmungsrate bei 95 Prozent liegt, könnte man ja theoretisch den Feedbackbogen schließen, das machen wir aber nicht, sondern sagen dann bezogen auf einzelne Datenfelder haben wir halt folgenden Handlungsbedarf festgestellt und dann benennen wir die Datenfelder, schreiben, wo das Problem war, und dann beschreiben wir ganz konkret, was zu verbessern ist. (IP4, Pos. 123)

Aufwandsreduktion

Der Arbeitsaufwand in der Arbeitsphase *Vorbereitung* wird als wesentlich für die Aufwandsreduktion in der Arbeitsphase *Vor-Ort-Überprüfung* gesehen und wird daher als nicht wesentlich reduzierbar erachtet.

Die meisten Potenziale für Aufwandsreduktion werden bei der Arbeitsphase *Vor-Ort-Überprüfung* an folgenden Stellen gesehen: Anfahrtszeiten, Prüfausmaß und Tool-Optimierung.

Insbesondere Flächenländer wünschen sich die Möglichkeit eines videobasierten Verfahrens, weil für sie ein großer Teil des Aufwands auf Fahrzeiten fällt. Allerdings wurden auch Herausforderungen einer möglichen digitalen Durchführung des Verfahrens genannt, wie Datenschutzaspekte oder die digitale Prüfung von rein Papier geführten Akten:

Ja, also X⁹ ist ja ein relativ großes Land und ein großer Anteil des Aufwands ist Fahrstrecke. [...] diese vier Stunden würden dann einfach wegfallen, wenn man das videobasiert machen kann. Das hat aber auch gewisse technische Probleme, wenn es nur eine Papierakte gibt, wie will ich die dann videomäßig kontrollieren, [...]. Da muss man aber gucken, sind die Datenleitungen sicher, das ist natürlich alles was man da so gucken muss Datenschutz, aber das sind so vier Stunden, die einem echt Aufwand bringen, die gar kein Nutzen haben. (IP5, Pos. 84)

Zum Prüfausmaß gab es entweder Vorschläge, die die Aktenanzahl betrafen oder die mit der Anzahl und Auswahl der Datenfelder zu tun hatten. Es wurde eine Reduktion der Aktenanzahl angedacht:

[...] aber summarisch denke ich, wenn man die Aktenzahl reduziert, wäre manch - ja Länglichkeit - die dann auch bei den Abgleichen entsteht weg. Also ab Akte 15 zieht es sich dann unheimlich für alle Beteiligten, weil klar es kommt dann nichts Neues groß mehr raus, die wissen, was sie falsch gemacht haben, oder es ist doch alles richtig. (IP1, Pos. 20)

Andere Landesgeschäftsstellen hingegen waren der Ansicht, dass die aktuelle Aktenanzahl zu bewältigt ist, und sahen hier keinen Ansatzpunkt für eine Aufwandsreduktion:

Also, bei diesem, in dem einen Haus hatten wir vielleicht nur 10 Akten oder noch weniger sogar gehabt, das waren dann schon sehr sehr wenig, wo ich mich gefragt habe, macht das überhaupt noch Sinn, so eine kleine Stichprobe überhaupt zu überprüfen, aber gut, mehr geht auf keinen Fall als 20. Ich glaube, es ist eine vernünftige Obergrenze auch bei so umfänglicheren Sachgebiet wie den Defis. Ja ob man jetzt von 20 auf 15 reduziert, ja rein rechnerisch ist weniger Aufwand, aber wenn man 15 geschafft hat, kann man auch 20 Akten schaffen. Wobei manchmal die letzten 5 dann sportlich waren. (IP7, Pos. 80)

Zu den Datenfeldern wurde berichtet, dass der Aufwand für die Anzahl der zu überprüfenden Datenfelder gerechtfertigt sei, da Datenfelder geprüft werden, die relevant für die Indikatorberechnung sind. Eine Reduzierung hätte zur Folge, dass man entscheiden müsste, welche Qualitätsindikatoren wichtiger sind. Andere haben die Abfrage von administrativen Daten als inhaltsleer und zusätzlichen Aufwand gesehen. Es wurde zudem häufig angemerkt, dass die Anzahl und Konstellation der Datenfelder von QS-Verfahren zu QS-Verfahren stark variieren kann und dass die geprüften Module 09/4 und 09/6 viele Datenfelder enthalten haben:

Ja also, es ist ja schon mal sinnvoll, dass praktisch nur relevante Felder aufgehen auch, dass die Abfragelogik ja auch hinterlegt ist, [...]. Und wenn man es einschränken wollte, müsste man sagen, man schränkt es auf nur bestimmte Qualitätsindikatoren ein, deren Felder zu überprüfen sind, dann

⁹ Das entsprechende Bundesland wurde mit einem X anonymisiert.

müsste sich entscheiden, welche Qualitätsindikatoren wichtiger als andere sind, und wer mag das jetzt entscheiden? (IP7, Pos. 75-77)

Die Toolanpassungen der letzten Jahre haben den Aufwand reduziert, wie z. B. durch die bereits hinterlegten Daten, die nicht nochmal separat eingepflegt werden müssen.

Ne, es ist also ich muss sagen mal analog an Sie beziehungsweise an die Kollegen im IQTIG, das Tool ist mit den Jahren besser geworden, deutlich besser geworden und insofern nimmt uns das eine Menge ab. (IP4, Pos. 35)

Einige Landesgeschäftsstellen nutzen zusätzlich oder anstelle des Tools bei der Vor-Ort Prüfung eine gedruckte Papierversion, weil die Ansicht des Tools auf einem Laptop unpraktisch sei:

Weil man erstens nie weiß, ob das Tool, also mit dem Computer kann ja immer was passieren. Man kann ja hinfahren, der startet nicht, der macht gar nichts. Wir wollten aber auch nicht, dass da zwei Leute sitzen, weil das hatte ich ja auch schon mal bei den Feedbacks zum Tool gesagt, dass zum Beispiel oben und unten die Balken sehr groß sind, sodass selber von den Feldern nicht sehr viel Ansicht bleibt, auf so einem kleinen Laptop. Also man sieht dann vielleicht drei vier Felder und dann muss man sich durch die Gegend scrollen, weil die Reihenfolge, die wir ja abfragen oder die vorgegeben ist, ist ja nicht die, die dann auch uns gesagt wird. (IP6, Pos. 43-46)

In Bezug auf die Aufwandsreduktion für die Arbeitsphase der Vor-Ort-Überprüfung war von einer Landesgeschäftsstelle bereits in der onlinebasierten Befragung genannt worden, dass es sinnvoll sei, den Krankenhausstandorten im Vorfeld mitzuteilen, welche Datenfelder überprüft werden und welche Referenzdokumente dafür verwendet werden, um auf diese Weise den Zeitaufwand des Suchens in den Akten nach entsprechenden Werten zu reduzieren:

IP6: [...] Und so verhält sich das teilweise mit Angaben und dann wird natürlich länger gesucht oder dann vielleicht zwei Angaben gefunden, wo man sich dann entscheiden muss, welches nehmen wir denn jetzt. Dann fragen wir auch das Haus „Welchen Wert wollen Sie nehmen?“, weil das entscheiden wir an der Stelle nicht. Das frisst natürlich teilweise auch viel Zeit [...]. Aber es ist leider nicht so, dass immer an derselben Stelle quasi dieser Wert steht und dann geht das große Gesuche los oft. [...].

IQTIG: Das heißt jetzt noch mal, mit Spielregeln [Anmerkung IQTIG: Der Vorschlag „Spielregeln“ stammt aus der onlinebasierten Befragung] meinen Sie, im Vorfeld schon mitgeteilt, zu welchem Datenfeld welches Referenzdokument verwendet werden soll, oder wie kann ich es genau verstehen?

IP6: Ja genau, vielleicht dass man sich in den ersten paar Akten quasi anschaut, so ist es wahrscheinlich, und dann sagt man okay: wenn wir diese Angabe hier nicht finden sollten, dann könnten sie noch in Papier X gucken, aber wenn sie es dann nicht finden, dann sagen wir, der ist halt nicht da. Damit das einfach nicht so viel Zeit in Anspruch nimmt. Weil dann schaut man

auch irgendwo anders rein, wahrscheinlich findet man es auch per Zufall aber manchmal halt auch nicht und dann hat man auch viel Zeit quasi dafür investiert. (IP6, Pos. 58-63)

Eine Reduktion des Aufwands in der Arbeitsphase *Nachbereitung* wird als nicht möglich oder vor allem als nicht sinnvoll empfunden:

[...] wir schreiben tatsächlich 3 bis 4 Seiten Protokoll, wo dann, wenn dann auch wirklich systematische Fehler waren, auch Dinge dann für den Strukturieren Dialog, [...] dass die Fachausschüsse auch wissen, okay wo müssen wir ansetzen, wo müssen wir gegebenenfalls Sachen nachhaken, wo müssen sie uns noch was schicken? Und dadurch wird der Nachbereitungsaufwand auch ganz groß, aber das finde ich auch wichtig, weil sonst ist die Effektivität ja gleich null. (IP1, Pos. 34)

Effekt

Gemäß den Landesgeschäftsstellen besteht vonseiten der überprüften Krankenhausstandorte eine Offenheit in Bezug auf die Prüfung. Insbesondere auch die Bereitschaft, die Dokumentation, wenn erforderlich, zu verbessern, da die Krankenhausstandorte nicht erneut geprüft werden möchten:

[...] ich habe da eigentlich keine Gespräche, wo sich da jemand verweigert, bis jetzt gehabt, sondern, dass dankbar angenommen wird [...] weil die einfach auch interessiert daran sind, dass sie nicht im nächsten Jahr geprüft werden, sondern generell eigentlich nicht geprüft werden, weil das ganz klar erkannt wird, dass das Mehraufwand für die Kliniken bedeutet. (IP4, Pos. 67)

Also bis jetzt war es immer so, dass ich das immer ein positives Feedback bekommen habe. [...]. Und wenn sie mit ihrem Problem wahrgenommen werden, hat so ein Verfahren etwas mehr Effektivität. (IP5, Pos. 57)

Eine tatsächliche Verbesserung der Dokumentation sei jedoch auch von anderen Faktoren abhängig wie Personalwechsel und Änderung von Strukturen in den Abteilungen:

[...]. Wir dürfen ja nicht vergessen, dass die Effektivität nicht so ist, wie wir uns das wünschen, das dann da eine Person sitzt, die das dann richtigmacht und dann läuft's. Sondern das ist ja dann ein tagtägliches neu dran erinnern und Personalwechsel und Strukturen ändern sich und Abteilungen schließen oder werden zusammengelegt. (IP1, Pos. 83)

Einige Landesgeschäftsstellen bestätigten, dass verbesserte Dokumentationseffekte vor allem in den jeweils überprüften Modulen am deutlichsten sind, da teilnehmende QS-beauftragte Kliniker und Klinikerinnen entsprechend für ihr eigenes QS-Verfahren zuständig sind:

[...] für die einzelne Verfahren sicherlich am deutlichsten. Vor allem, wenn man dann eben die qualitätssicherungsbeauftragten Kliniker im Gespräch hat, die sind ja jeweils auch für ihr eigenes Modul nur zuständig. (IP7, Pos. 42)

Transfereffekte auf andere QS-Verfahren wurden von einigen Landesgeschäftsstellen nicht ausgeschlossen. Dieser sei allerdings auch vom Verfahren abhängig. Bei softwaretechnischen Veränderungen würde aber darauf geachtet, dass diese auch für alle QS-relevanten Module umgesetzt wird:

[...] da ist es dann nicht so, dass er sich nur Dinge anguckt, die nur das Modul 09/6 angeht oder 09/4, und da gucken wir natürlich schon, dass wir dann die Dinge, die sind in der Regel softwaretechnisch so eingerichtet, dass sie dann auch für beide Module oder alle fünf, sechs, die wir da eben haben, verändert werden müssten. (IP4, Pos. 78-79)

Einige Landesgeschäftsstellen betonten hinsichtlich eines verfahrensübergreifenden Transfereffekts, es sei wichtig, dass teilnehmendes Personal hausübergreifend verantwortlich ist und damit Synergieeffekte für andere Bereiche erkennt:

Also deswegen ist es wichtig, dass nicht nur die Abteilung das tut, also der Arzt, sondern dass da einer, bei uns ist es der Gesamtverantwortliche mit sitzt. Er hat ja einen Gesamtblick auf die Klinik. Und der kann dann schon, der sieht dann schon, man kann bestimmte Dinge von dem Leistungsbereich auf einen anderen Leistungsbereich übertragen. Sei es ein zentraler Dokumentationsbogen oder einen Teil in der elektronischen Erfassung, also das ist auf jeden Fall da. (IP5, Pos. 81)

Eine interviewte Person einer Landesgeschäftsstelle bestätigte aus ihren Erfahrungen heraus, dass die Überprüfung eines Verfahrens auch positive Auswirkungen auf die Dokumentation in anderen Verfahren hatte, was durch die zuständigen QS-Verantwortlichen gewährleistet wurde:

Ganz sicher, weil, wie ich Ihnen ja gesagt habe, die QS-Verantwortlichen auch am Tisch sitzen. Die wissen ja auch, wenn es in diesem Jahr ist, kann es im nächsten Jahr ein anderes Verfahren sein mit der gleichen Intensität und entsprechend seriös und adäquat setzt man es da natürlich auch um. [Frage IQTIG: [...] meinen Sie, es könnte Transfereffekte geben?] Ja, diesen Fall haben wir schon öfter gehabt, da ging es meistens um die Anästhesie. (IP2, Pos. 88-91)

Durch die Identifizierung von Dokumentationsfehlern erkennen die Standorte längerfristig, dass eine Verbesserung der Dokumentation auch zur Verbesserung des Gesamtprozesses der Qualitätssicherung führt:

[...], aber eben hinten Dinge rauskommen, die mehr mit ja bessere Zusammenarbeit, besseres Verständnis für das ganze Verfahren, Nachvollziehbarkeit von Anliegen auch von uns als Stelle, die dann hinterher das Stellungnahmeverfahren durchführt, dass letztlich mit einer guten Dokumentation die Schleife nach hinten einfach geringer ist, also wenn ich ordentlich dokumentiere, habe ich hinterher weniger Auffälligkeiten, habe weniger Anfragen im Stellungnahmeverfahren, habe nach hinten raus weniger Arbeit, wenn ich

von vornerein mehr Arbeit investiere in eine ordentliche Dokumentation. Dieses Verständnis zu erwecken, das kriege ich nur hin, indem ich die Akten kontrolliere und dann zeige, hier ist systematisch was falsch, ihr macht es richtig, aber schreibt es falsch auf und solche Dinge. (IP1, Pos. 49)

Manche Landesgeschäftsstellen tragen aktiv zu standortübergreifenden Transfereffekten bei, indem sie Informationsschreiben an alle Krankenhausstandorte versenden oder Ergebniskonferenzen mit Erkenntnissen der Zweiterfassung halten:

[...] wir nutzen ja auch unsere Ergebniskonferenzen, um auf solche Dinge nochmal einzugehen oder im Stellungnahmeverfahren, im kollegialen Gespräch, wenn das also sehr häufig auftritt und wiederholt dort Probleme geboten haben, dann wird das sehr deutlich thematisiert [...] (IP8, Pos. 55)

Nutzen

Beim Thema *Nutzen* wurde versucht, Aspekte aus der onlinebasierten Befragung zu vertiefen und zu ergänzen. Dabei wurde noch einmal auf die verschiedenen abgefragten Perspektiven eingegangen, nämlich der Nutzen für die auf Landesebene beauftragten Stellen, der Nutzen für die Krankenhausstandorte, der Nutzen für die Verfahrenspflege und das Aufwand-Nutzen-Verhältnis insgesamt.

Nutzen für die auf Landesebene beauftragte Stellen

Für die meisten auf Landesebene beauftragten Stellen erwies sich die Kontaktpflege als ein Nutzen. Durch das Kennenlernen der Gegebenheiten vor Ort sei es möglich, tiefere Einblicke in die Strukturen zu erhalten und den persönlichen Kontakt zu stärken:

[...] letztendlich komme ich bei der Datenvalidierung ja an Strukturen, [...] die ich so im Alltag natürlich wenig an Telefon kriege, [...] also man kriegt Ansprechpartner, die man vielleicht anders nicht so schnell erreicht, weil die sonst einfach so im Klinikalltag integriert sind, dass sie mit uns wenig zu tun haben. (IP1, Pos. 58)

Durch den Einblick in organisatorische Prozesse vor Ort können Fehlerquellen nachvollzogen und Verbesserungen eher angestoßen werden:

Die Zweiterfassung ist dahingehend natürlich eine gute Möglichkeit, dadurch, dass wir natürlich die organisatorischen Prozesse dort hautnah quasi erleben. Man kann ja dann gut nachvollziehen, wo eine Fehlerquelle ist, und dann auch quasi darauf stoßen, dass da was auf jeden Fall was verbessert werden sollte. (IP6, Pos. 104)

Eine Prüfung ohne Austausch mit dem Krankenhauspersonal wurde vereinzelt als Verlust erachtet. Denn gerade der Austausch vor Ort bringt neben der Kontaktpflege auch den Nutzen, dass zum Beispiel eine rein schriftliche Kommunikation erspart würde. Zusätzlich wurde der Vorteil darin gesehen, dass während des Gesprächs auch spontan der Oberarzt oder Chefarzt an der Besprechung teilnehmen können:

Naja also die Gespräche vor Ort, ob ich die nun digital führe oder vor Ort führe, das Gespräch bleibt ja das gleiche. Was immer wieder ganz gut ist, dass man eben, wenn man in der Klinik ist, also das hat ein Für und Wider, dann kommen auch immer mal wieder, kommt ein anderer Oberarzt rein, da kommt der Chefarzt rein, nur um sich das mal anzugucken. Dann hat man schon auf einmal die ganze Abteilung gesehen und mit denen auch mal ein kurzes Wort gesprochen. Das wird unter Umständen bei so einer digitalen Veranstaltung natürlich nicht sein. [...]. Da muss man abwägen, was ist jetzt wichtiger, der Zeitgewinn oder der Verlust der Kontakte. (IP5, Pos. 89)

Es wurde hingegen von einer Landesgeschäftsstelle aber auch betont, dass eine Kontaktpflege mit den Krankenhäusern auch durch andere Prozesse gewährleistet würde und nicht an dieses Verfahren gebunden sei:

Also Kontaktpflege ist ja vielschichtig und das ist jetzt praktisch ein Aspekt. Wir [...] machen ja regelmäßig zu Beginn des Jahres unsere Informationsveranstaltungen, [...] Also eigentlich jeder Anlass, wo man die Menschen mal von Angesicht zu Angesicht sieht, ist da fruchtbar für beide Seiten und da ist die Zweiterfassung ein Puzzlestein dafür. (IP7, Pos. 47)

Nutzen für die Krankenhausstandorte

Aus Sicht der Landesgeschäftsstellen besteht der Nutzen der Zweiterfassung für die Krankenhausstandorte im Aufdecken von (systematischen) Dokumentationsfehlern und einer Verbesserung der Dokumentation, aber auch darin, dass sie sehen, wo sie gut dokumentieren:

[...] es gibt welche, die systematisch fehldokumentieren, weil sie etwas einfach nicht verstanden haben, [...] insofern würde ich den Aufwand als sinnvoll halten, dass sie doch immer für sich was rausziehen, was dann sinnvoll ist. (IP1, Pos. 17)

Ja, das ist natürlich für die Häuser auch sehr sehr unangenehm, wenn wir da andauernd Fehler finden, die sich dann teilweise sogar, im Zweifel sogar durch den ganzen Datenpool ziehen und da ist es halt schon so, dass man, dass die da, glaube ich, einen sehr großen Nutzen rausziehen. (IP6, Pos. 106)

Einen weiteren Nutzen sahen die Landesgeschäftsstellen in der gemeinsamen Zusammenarbeit, die es ermöglicht, gemeinsam kritisch zu beurteilen, wie die Dokumentation im Verfahren verbessert werden kann. Ebenso wurden Nachhaltigkeit und Auswirkungen auf Strukturen und Kommunikationswege genannt sowie ein Verständnis für die QS-Dokumentation. Die Krankenhausstandorte würden den Prozess auch nutzen, selbst identifizierte Probleme anzusprechen, um dann Prozesse besser aufeinander abzustimmen:

Oder aber dass die Kliniken selber auch mitgeteilt haben „wir haben hier jetzt ein großes Problem gehabt, da haben wir Daten nicht übertragen oder oder...“ [...] das war nochmal wichtig, um hier nach zu schulen und [...] die Instrumente besser aufeinander abzustimmen. Jetzt, also das nutzen sie dann

auch, da haben sie auf jeden Fall was von, das sehen sie auch so. (IP3, Pos. 131)

[...] was das Verständnis für die QS-Dokumentation, für die Verfahren, für die einzelnen Datenfelder anbelangt, bis hin zur einer verbesserten Dokumentation, die in der Folge dann eintritt. (IP4, Pos. 115)

Derart tiefe Erkenntnisse über manche Probleme wären auf anderem Wege, ohne die Zweiterfassung, nicht aufgefallen:

[...] So etwas zum Beispiel können Sie auch nur in einem Datenvalidierungsprozess überhaupt erst eruieren. Also sonst stößt da auch niemand drauf weder aus der Klinik und geschweige jetzt aus den einzelnen Fachabteilungen, weil die gar nicht den Bedarf sehen sonst. (IP2, Pos. 91)

Für Krankenhäuser sei der Prozess daher lehrreich. Sie profitieren davon, weil sie Erkenntnisse gewinnen, worauf zu achten ist, um die Datenqualität langfristig zu verbessern. Die Zweiterfassung kann daher auch als Schulungsmaßnahme vor Ort betrachtet werden:

[...] am Ende einer solchen Sitzung, die ja über mehrere Stunden geht, also auch für die Kliniken lehrreich ist, also ich habe es eigentlich, wenn es gut gelaufen ist, jedes Mal so erlebt, dass am Ende gerade die Kliniker danke sagten, weil sie einfach dann gelernt haben und das Gefühl hatten, die haben für das nächste Erfassungsjahr was mitgenommen, worauf sie achten müssen, um von sich aus die Datenqualität zu verbessern. Das war jetzt nicht nur eine Kontrolle und ein Abgleich, sondern durchaus auch immer im Grunde eine Schulungsmaßnahme letztendlich vor Ort. Ich denke schon, dass die meisten Häuser davon profitiert haben. (IP7, Pos. 11)

Es wurde auch darauf verwiesen, dass sich Fehldokumentationen sowohl zum Vorteil und als auch zum Nachteil eines Krankenhausstandorts auswirken können. Der Nutzen für den Standort bestehe darin zu wissen, dass eine gute Dokumentation auch zu guten Ergebnissen führe:

Und dann haben wir tatsächlich natürlich auch, das, was ich gerne auch, wo ich gerne darauf hinweise, ist das eine fehlerhafte Dokumentation sowohl natürlich zum Nachteil als auch zum Vorteil gereichen kann, wenn es um die Ergebnisse geht. Und da sollte man auch nochmal draufgucken, gerade, wenn es zum Nachteil gereicht, dass man einfach eine korrekte Dokumentation hat, hat man in der Regel auch gute Ergebnisse. Und diese Erkenntnis nehmen viele vor Ort dann nochmal mit. (IP4, Pos. 83)

Für eine andere Landesgeschäftsstelle hingegen besteht in der Zweiterfassung keinerlei unmittelbarer Nutzen für den Krankenhausstandort, weil keine Neuberechnung erfolge und insgesamt zu viel Zeit vergehe, bis Erkenntnisse gewonnen würden:

Da frage ich mich: „Welche Bedeutung hat das jetzt für das Haus zunächst erstmal unmittelbar?“ Keine, weil es wird nicht neu berechnet, wenn die Fehler gemacht haben, erfolgt keine Neuberechnung, das bleibt so, wie es ist. [...]. (IP8, Pos. 69)

Nutzen für die Verfahrenspflege

Der Prozess der Zweiterfassung wurde durch eine Landesgeschäftsstelle als „schöner PDCA-Zyklus“ (Plan, Do, Check, Act) beschrieben, der dazu führt, dass die Dokumentation geprüft wird und Rückmeldungen zu Problemen kommuniziert werden:

Also das hatte ich ja schon gesagt, die Datenqualität zu prüfen, eine Rückmeldung zu bekommen zu solchen Problemen beispielsweise, wie sie, die Leistungserbringerperspektive und die Probleme, die sie vereinzelt haben mit Items, um sie dann wieder an Sie zurückzugeben, das ist für mich, das ist ein schöner PDCA-Zyklus. (IP3, Pos. 120)

Als einen weiteren Aspekt zum Nutzen für die Verfahrenspflege beschrieben einige Landesgeschäftsstellen, dass die Krankenhäuser selbst noch mal Optimierungsvorschläge und Hinweise zu Datenfeldern geben, sodass die auf Landesebene beauftragten Stellen diese an das IQTIG weiterleiten kann. Das werde auch sehr stark genutzt. Zudem nutzen auch die Krankenhäuser das Gespräch vor Ort, um Erkenntnisse zum QS-Bogen anzumerken, weil sie wissen, dass diese von der auf Landesebene beauftragten Stelle aufgenommen und weitergeleitet werden, wohingegen ohne das Gespräch diese Punkte nicht kommuniziert würden:

Krankenhäuser geben uns auch nochmal Dinge mit, wo sie sagen die Dokumentation, wie sie aufgebaut ist, oder wo Datenfelder nicht eindeutig definiert sind, also, dass wir tatsächlich auch was mitnehmen können und das wir quasi an Sie weiterleiten können. Das wird auch sehr stark genutzt mittlerweile, das war in der Vergangenheit nicht so, aber da sind die teilweise auch gut vorbereitet. (IP4, Pos. 86)

Beobachtungen von immensen Abweichungen bei bestimmten Datenfeldern könnten dazu führen, dass Datenfelder als nicht zuverlässig erklärt und ausgesetzt werden müssten oder nicht für die Berechnung herangezogen werden sollten:

[...] sie müssten ja auch aus den anderen Bundesländern, aus diesen Datenpool ja dann draus irgendwie die Konsequenz draus ziehen auf Bundesebene auch, wir unterstellen dann quasi den anderen, dass sie es auch so schlecht haben. Dann ist dieses Datenfeld einfach nicht zuverlässig. Und dann müsste man das entweder aussetzen und nicht mehr für die Berechnung benutzen oder halt mit einem besonderen Handlungsbedarf vielleicht doch schneller ändern als innerhalb von x Jahren. (IP6, Pos. 121-124)

Es wurde jedoch auch darauf verwiesen, dass die Nutzung der Ergebnisse aus der Zweiterfassung für die Verfahrenspflege aufgrund der langen Zyklen der Verfahrensprüfung von 10 Jahren nicht geeignet sei. Dies würde durch eine Art Feedbacksystem durch das KIS schneller erreicht werden:

Wenn die Datenvalidierung quasi wirklich dazu genutzt werden soll, die QS-Bögen, die Spezifikation zu verbessern, dann würde ich das eher mit diesen Feedbacksystemen machen, mit dem direkten Feedbacksystem, über KIS-Hersteller, weil man da natürlich dann diese Datenvalidierung, die dann einmal in 10 Jahren stattfindet zum Beispiel im Bereich NEO, dann weiß man ja dann erst deutlich später, was da vielleicht in Argen ist, als wenn man das dann mit anderen Kontrollschleife für sich macht, die zeitnah ist. (IP6, Pos. 111)

Aufwand-Nutzen-Verhältnis

Die Zweiterfassung wird mehrheitlich als sinnvoll angesehen, da eine korrekte Dokumentation die Basis für die Qualitätssicherung darstellt. Es gab jedoch unterschiedliche Meinungen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis. Manche Vertreterinnen und Vertreter sahen den Aufwand und Nutzen der Zweiterfassung als ausgeglichen bzw. den entstehenden Aufwand als gerechtfertigt für den Nutzen. Auch wenn die Zweiterfassung am Ende nützlich sei, wäre es wichtig, dass es ein Bewusstsein bei den Entscheidern über den Aufwand gäbe:

Also ich würde das Verfahren der Zweiterfassung als ungefähr 50/50 bezeichnen, also insbesondere dann, wenn es Häuser gibt, die Probleme haben. Wenn jemand sehr gut organisiert ist und sie müssen das machen, dann funktioniert auch die Datenvalidierung fix, die Besprechung ist kurz und sie kriegen das Ergebnis mitgeteilt, das sie sich erwarten haben. Also insofern wäre es im Grunde genommen nochmal eine Bestätigung der guten Qualität und im anderen Fall ein Hinweis auf nicht so gute (Dokumentations-)Qualität mit dem Verweis, es etwas besser zu machen. Insofern würde ich sagen, Aufwand und Nutzen, glaube ich, sehen sich in etwa in der Waage. (IP3, Pos. 182)

[...] ich finde es nicht sinnvoll vor dem Hintergrund, was wir alles an Arbeit haben, aber das Verfahren an sich, aber ich finde den Aufwand so immens, aber ich weiß nicht, an welcher Stellschraube man drehen könnte. Es wäre schön, wenn man eine Möglichkeit finden würde, wie man den Aufwand reduzieren könnte, aber den Nutzen würden sie sagen ist schon da, auch wenn man in nicht immer in Zahlen messen kann. (IP1, Pos. 60-63)

Allerdings wurde auch erwähnt, dass man nicht den Nutzen ohne Aufwand haben könne und sich daher auch auf einen gewissen Aufwand verständigen müsse:

Man kann jetzt sagen, man verzichtet darauf, auf die ganzen Maßnahmen und dann verzichtet man aber auch auf den Nutzen entsprechend. Oder man lässt es, man möchte diesen Nutzen auch weiterhin haben, dann wüsste ich jetzt nicht, wie man es wirklich anders gestalten könnte. Also es ist so: Man comittet sich dazu und sagt, wir wollen das haben, dann machen wir es und weil wir davon überzeugt sind, es macht Sinn. Oder man stellt fest, es macht alles irgendwie gar kein Sinn, und dann lässt das bleiben. Aber ich finde jetzt vom Aufwand her, es lässt sich ja machen in der, also bislang zu mindestens. (IP7, Pos. 59)

Eine andere Landesgeschäftsstelle sah den Nutzen der Zweiterfassung höher als in der statistischen Basisprüfung und eine andere wiederum sogar höher als das Stellungnahmeverfahren:

[...] aber summarisch kann ich sagen, ich finde dieses Verfahren sehr viel sinnvoller als jetzt zum Beispiel diese statische Basisprüfung, also ich glaube, das am Ende hier oft rauskommt „ach, ja stimmt“ und wenn es nur 2,3 Kleinigkeiten sind [...]. (IP1, Pos. 17)

Ist der Aufwand vielleicht einzeln betrachtet hoch, hat aber einen viel höheren Nutzen aus meiner Sicht als das Stellungnahmeverfahren, wo alles auf dem Schriftwege abgewickelt wird und ich nicht genau weiß, wie das aufgenommen wird im Krankenhaus, was ich hier aber genau sehe, da ich wie ich schon geschrieben ein Feedbackbericht erstelle mit vereinbarten Maßnahmen, da ist dann für mich greifbarer, das sehe ich. (IP4, Pos. 115)

Maßnahmen

Im Abschnitt „Bisheriger Ablauf der Zweiterfassung“ wurde bereits auf die Feedbackberichte der Landesgeschäftsstellen verwiesen, die im Nachgang an die Vor-Ort-Überprüfung übermittelt werden. Manche Geschäftsstellen übermitteln in dem Zusammenhang auch eine Übersicht zu bereits vereinbarten Maßnahmen:

[...] zudem eben noch mal einen Feedbackbericht, wo wir dann nochmal verschriftlichen, wo die Probleme lagen, bei welchen Datenfeldern, warum, weshalb, weswegen dort es zu einer Abweichung gekommen ist. Nicht bei jedem einzelnen, sondern schwerpunktmäßig. Wir setzen dann einen Schwerpunkt und dann gibt es eben noch einmal, wo wir sagen Vereinbarung folgender Maßnahmen und das teilen wir dem Haus ebenso mit und damit fahren wir eigentlich ganz gut. (IP4, Pos. 64)

Zielvereinbarungen

Manche auf Landesebene beauftragten Stellen schließen mit den Standorten im Anschluss an die Vor-Ort-Überprüfung insbesondere bei großen Dokumentationsproblemen schriftliche Zielvereinbarung:

[...] wenn wir merken, dass es eben halt in einem bestimmten Feld wirklich so ein Dokumentationsproblem gibt, dann empfehlen wir, dann machen wir eine Zielvereinbarung bezüglich Schulung zur Dokumentation. (IP5, Pos. 46-49)

Einige Landesgeschäftsstellen überprüften auch die Einhaltung der getroffenen Zielvereinbarungen. Die Standorte wurden z. B. aufgefordert, quartalsweise ihre Ergebnisse zu übermitteln und zu berichten, was angestoßen wurde und wie sich die Qualität verbessert hat, oder auch Schulungsnachweise wie Präsentationsinhalte oder Handlungspfade den auf Landesebene beauftragten Stellen zuzuschicken. Im folgenden Strukturierten Dialog wurde dann geprüft, ob sich das Ergebnis verbessert hat:

Also letztlich dass die uns versichern, dass sie die Daten noch mal durchgucken, also jetzt von Jahr 2021, wenn das systematische Dinge sind, dass wir

einfordern, dass sie uns quartalweise Ergebnisse liefern, was sie da gemacht haben und wie sich die Qualität verbessert hat, Nachweis über Schulungen, [...] oder Aufstellen von ja wie so Handlungspfaden [...]. (IP1, Pos. 38)

Wenn viele Fehler identifiziert werden, werden von manchen Landesgeschäftsstellen Vorschläge gemacht, die dann im Fachausschuss diskutiert werden:

Also letztlich, wenn wir vor Ort merken, dass da viel falsch läuft, mache ich Vorschläge und die werden dann immer im Fachausschuss diskutiert und letztlich dann dem Standort oder dem Haus zurückgespielt. (IP1, Pos. 40)

Besprechungen

Ein Interviewpartner der auf Landesebene beauftragten Stellen würde eher von Besprechungen als von Maßnahmen reden. Nach der Übermittlung der Auswertungsergebnisse erfolge lediglich eine Besprechung der Ergebnisse, was zum Routineverfahren gehöre:

Also diese Besprechung, dieses Wort Maßnahme ist wirklich zu hoch gegriffen. Es ist einfach nur eine Besprechung der Ergebnisse. Also, dass man den Kliniken da Auswertung zukommen lässt und dass es da dann entsprechend noch Fragen gibt und das ist die Besprechungsform. [...] eher Routineverfahren [...] bei Bedarf, wenn die Kliniken das wünschen, dann rufen sie nochmal an und lassen sich einzelne Werte erklären, also so. (IP2, Pos. 80-82)

Im Gespräch werden Hinweise gegeben, an welcher Stelle die korrekte Dokumentation geschult werden sollte, oder Vorschläge zu Optimierungen gemacht. Das Gespräch vor Ort sollte grundsätzlich zur Zweiterfassung dazugehören und dazu genutzt werden, die Dokumentation zu verbessern und zu fördern:

[...] das ist jetzt die Frage Bewertung und Qualitätsförderung und wenn wir schon vor Ort sind, sollten wir die beiden Dinge zusammenbringen und nicht nur sagen „Ihre Übereinstimmungsrate ist gruselig“, sondern sollten dann auch das Gespräch vor Ort nutzen, um im Prinzip das Ganze zu befördern und eine verbesserte Dokumentation zu erzeugen. (IP4, Pos. 71)

Denn schon beim gemeinsamen Durchgehen der Akten werden bei Fehlern auch direkt Lösungsansätze aufgezeigt, wie das Heranziehen von Ausfüllhinweisen oder das nochmalige Zeigen des Tools, da die Krankenhäuser auch wissen möchten, was künftig besser gemacht werden kann:

Ja, also im Nachgang habe ich es nicht gemacht, aber tatsächlich währenddessen, ich meine dass so wirklich dann gemeinsam mal dann einfach mal die Ausfüllhinweise vielleicht mal aufgemacht habe und gezeigt habe, „Schauen Sie, da steht so und so drin“ oder dass einfach auch die Tools praktisch noch mal [...] in die Hand gegeben werden konnten, dass sie wussten, wo sie nachgucken können [...] Das, also solche, wirklich durch das gemeinsame Durchgehen der Akten und dann auch dem Nachschauen, woran lagt den jetzt der Fehler, [...] Und daraus ist ja immer dann gleichzeitig ja der Lösungsansatz zu sehen. (IP7, Pos. 34)

Lenkungsgremium

Insgesamt wurde das Lenkungsgremium von den Landesgeschäftsstellen selten einbezogen und eher, wenn wirklich eine Notwendigkeit bestand:

[...] und wenn man eben merkt, man kommt über diesen kollegialen Charakter, den ich sehe in dem Datenabgleich auch, nicht weiter, dann ist das absolut hilfreich, wenn das Lenkungsgremium einschreitet und das dann auch auf Geschäftsführerebene zu besprechen ist. (IP4, Pos. 101)

Ein stufenweises Vorgehen sei daher folgerichtig:

Also, wenn wir das in Stufen machen, dass man eben sagt, es gibt den gezielten Datenabgleich und man macht das in der Stufe zwei, dann finde ich das an der Stelle richtig, weil wir müssen einfach an der Stelle den Gesamtprozess betrachten. (IP4, Pos. 100-101)

Eine Landesgeschäftsstelle merkte allerdings in diesem Zusammenhang an, dass standardisierte Maßnahmen eher nicht befürwortet werden, weil die Dokumentationsfehler an den Krankenhausstandorten unterschiedlich seien in ihrer Bedeutung und Relevanz:

Die Frage ist, will man das so festschreiben, in dem Sinne von „Wenn ihr 10 Auffälligkeiten gefunden habt, dann müsst ihr das so und so machen“, dann würde ich sagen, nein, aber dass wir die Freiheit haben weitere Maßnahmen einzuleiten, [...] halte ich [...] für sinnvoll, [...] Aber halt nicht instrumentalisiert, also [...] das halt ich für nicht so sinnvoll, weil es manchmal auch gerade Kleinigkeiten sind, das sind ja keine Dinge, die jetzt gravierend oder selten gravierende Folgen haben. (IP1, Pos. 43)

Zukunftsaspekte

In den Einzelinterviews wurden einige Themen genannt, bei denen zukünftige Änderungen der Zweiterfassung im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich oder der Zweiterfassung im gezielten Datenabgleich ansetzen könnten.

Standardisierter Ablauf

Da sich der Prozess der Zweiterfassung bei den Landesgeschäftsstellen je nach geprüftem Krankenhausstandort unterschiedlich gestaltete, wurden diese dazu befragt, ob sie sich zukünftig einen standardisierten Ablauf wünschten. Eine Standardisierung wurde meist als hilfreich erachtet, sollte aber eher landesgeschäftsstellenindividuell sein, insbesondere auch, weil die Krankenhausstandorte unterschiedlich organisiert seien und die Prozesse zudem vom Leistungsbereich abhängig sind:

[...] wie kann so eine Vorgabe aussehen, also, wenn dann muss es in die Richtlinie gepackt werden, das wäre dann, glaube ich, doch zu hoch aufgehängt. Ich denke mal, dass mit erfahrenen QMlern in den jeweiligen Häusern und entsprechend in den Landesgeschäftsstellen, wenn die miteinander eine gewisse Arbeitsebene sich über die Jahre praktisch erarbeitet haben, dann klappt das auch, dann kann man da so auch umgehen. (IP7, Pos. 19)

[...], ich halte nichts davon, weil es sehr, Sie können nicht Universitätskliniken mit einer kleinen 200-Betten-Klinik vergleichen, wo alles viel organisiert ist und in dem kleinen machen viele alles, und ich denke, dass muss die LQS entscheiden beziehungsweise die LAG und da haben die meisten ja auch eine ganze Erfahrung, dass sie wissen, wen benötige ich zur Prüfung [...]. (IP3, Pos. 22-28)

Vorgeschlagen wurde von einer Landesgeschäftsstelle, den Zeitaufwand für die Suche der Datfelder in der Akte zu limitieren:

[...] kann ja sein, dass man es in beiden Dokumenten nicht findet und dann das Haus immer noch sagt „ich möchte weiter suchen“. Dann kann man auch sagen „okay komm, das waren jetzt, Sie haben jetzt 30 Sekunden reingeschaut, dann suchen Sie noch zwei Minuten“. Das man vielleicht drei Minuten pro Feld sagt. Aber nur damit sich das halt nicht in die Länge zieht. (IP6, Pos. 58-63)

Stichprobenverfahren

Im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich gemäß § 9 Abs. 4 QSKH-RL wurden in der Regel bis zu drei Leistungsbereiche geprüft. Dabei sollten innerhalb eines Zeitraums von 10 Jahren alle Leistungsbereiche einmal geprüft worden sein. In den indirekten Verfahren wurden pro Bundesland und pro Leistungsbereich jeweils 5 % der Krankenhausstandorte gezogen, mit jeweils 20 zu prüfenden Akten je Krankenhausstandort. Die Interviewten sind danach gefragt worden, inwiefern das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geändert werden könnte oder ob es andere Auslösekriterien geben sollte. Ein vollumfassender Vorschlag für eine Erneuerung der Methode ist durch keinen Interviewpartner gemacht worden. Manche Landesgeschäftsstellen waren mit der bisherigen Methode zufrieden:

Ich bin da recht leidenschaftslos, weil ich denke, es ist eine Krücke, damit man irgendwas hat, dann sag man, gut, dann machen wir das alle 5 oder 10 Jahre. Es ist ja jetzt auch mitgetextet in der Richtlinie, dass es diese anlassbezogenen Stichproben gibt, das heißt, diejenigen, die ohnehin problematisch waren, werden sowieso noch mal nachkontrolliert. Ne, ich denke auch es ist richtig, dass alle irgendwann mal drin sind, um geprüft zu werden. Ne, ich habe keinen besseren Vorschlag, ist okay. (IP3, Pos. 160)

Durch andere wurden einzelne Aspekte in Bezug auf den Prüfrhythmus oder die Anzahl der zu prüfenden QS-Verfahren genannt. Die Anzahl der zu prüfenden QS-Verfahren wurde beispielsweise von einer Landesgeschäftsstelle als angemessen erachtet, weil dadurch Vergleichsmöglichkeiten geschaffen seien. Weder eine Erhöhung noch Reduktion der QS-Verfahren pro Jahr sollte vorgenommen werden:

Zwei ist gut, damit kommen wir klar, aber ich würde es nicht ausweiten, aber ich würde auch nicht weniger nehmen, weil bei uns wäre es so, wenn wir nur noch einen Leistungsbereich nehmen, habe ich noch ein Haus, dann habe ich

gar keinen Vergleich mehr, so habe ich, ich sage jetzt mal, ich habe den Aufwand für zwei, aber dann habe ich wenigstens ein bisschen Vergleich. Das ist noch mal wichtig, weil wir hatten ja im Vorjahr nur Neonatologie, nur einen. Ja, da hatte ich null Vergleich, da hatte ich einen Standort, oder vielleicht auch zwei, aber der eine hatte geschlossen. [...] Also zwei Leistungsbereiche würde ich schon beibehalten. (IP1, Pos. 86-94)

In Bezug auf den Prüfrhythmus erfolgte beispielsweise der Hinweis, dass der 10-Jahres-Abstand zu lang und damit ineffektiv sei. Das Stichprobenverfahren müsse eher für jedes Verfahren jedes Jahr erfolgen, was zugleich als nicht leistbar gesehen wurde:

Man müsste eigentlich mehr Verfahren pro Jahr machen, aber das ist wieder Aufwand und natürlich 10 Jahre lang. Und da hat sich sehr viel getan, in der Medizin getan, hat sich der Bogen unter Umständen verändert, haben sich viele andere Parameter verändert, dass man auch keine Vergleichsmöglichkeit eigentlich hat, zwischen mal einer Validierung vor 10 Jahren. Also fünf Jahre wäre schon schön. (IP5, Pos. 100)

Ja gut, das ist natürlich so gesehen nicht wirklich effektiv, also es müsste jetzt, um es konsequent zu Ende zu denken, müsste es eigentlich für alle Verfahren etablieren, aber ich glaube das wird, dann wird es nicht mehr leistbar, also wahrscheinlich ist es auch ein Kompromiss. Also konsequent zu Ende gedacht müsste man sagen, man müsste jedes Verfahren, in jedem Verfahren jedes Jahr eine Datenvalidierung im Stichprobenverfahren durchführen. (IP7, Pos. 63)

Alternativ wurde vorgeschlagen, die Fristabstände für QS-Verfahren mit geringen Auffälligkeiten in den Qualitätsindikatoren zu verlängern und für QS-Verfahren mit vorhandenen Auffälligkeiten zu erhöhen:

IP5: Oder man könnte sagen, Verfahren, die stabil laufen, die kann man länger erst mal nicht kontrollieren und Verfahren, wo man merkt, da ist Unruhe drin und da laufen die Dinge immer noch nicht so rund, da eine häufigere Frequenz, also dass man das davon abhängig macht.

IQTIG: Stabil laufen beziehen Sie dann auf was?

IP5: Auf relativ wenig Auffälligkeiten.

IQTIG: In Bezug auf QI oder AK?

IP5: Auf QI.

IQTIG: Also wenn dort, jetzt muss ich noch mal nachfragen. In Bezug auf QIs, für die angegeben worden sind, dass Dokumentationsfehler vorlagen?

IP5: Also ich habe eigentlich ein ganz gutes Beispiel, und zwar nehme ich immer die ambulant erworbene Pneumonie. Die hat mal ganz schlecht begonnen und ist jetzt eigentlich auf einem sehr hohen guten Niveau. Da würde ich

sagen, da kann man länger Fristenabstände machen. Aber jetzt in einem Bereich der jetzt gerade neu ist, zum Beispiel NET oder auch jetzt DEFI, weil sich da auch immer wieder was tut, neue Verfahren, dazu kommt, dass man da einen kürzeren Abstand nimmt. Und wenn man merkt, dass jetzt zum Beispiel in der ambulant erworbenen Pneumonie die Werte wieder schlechter werden, dass die Kliniken, ich sag jetzt mal schludern, dann müsste man da wieder die Zügel anziehen. (IP5, Pos. 103-110)

Alternativ zum jetzigen Auslösekriterium des Zufalls wurde vorgeschlagen, einen Teil von Krankenhausstandorten entlang bestimmter Kriterien auszuwählen, z. B. anhand von bereits im Stellungnahmeverfahren festgestellten Dokumentationsfehlern oder Standorten mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten in der Statistischen Basisprüfung. Neben der kriteriengebundenen Auswahl könne beispielsweise auch ein kleiner Anteil per Zufallsstichprobe ermittelt werden. Gegebenenfalls sollten auch nicht diejenigen außer Acht gelassen werden, die „unauffällig“ sind:

[...]. Die unauffälligen könnten ja unter Umständen unauffällig sein, weil sie gut dokumentiert haben, sag ich jetzt mal so in Anführungsstrichen. Und deswegen sollte man die nie außer Acht lassen. Aber man sollte dann auch gerade die sich angucken, die vermehrt Probleme haben. Vor allem wenn man auch weiß, sie haben oft Dokumentationsprobleme angegeben, dass man dann da vielleicht vermehrt auch hingehet. [...] würde ich sagen, man nimmt einen kleinen Teil Zufallsstichprobe und einen größeren Teil kriterienbezogen. (IP5, Pos. 94 und 97)

[...]. Aber es gibt tatsächlich zwei Anlässe, die ich gerne mal in die Diskussion einbringen würde. Der eine Ansatz ist eine gewisse, dadurch, dass wir eine hohe Verstetigung bei der statistischen Basisprüfung haben, könnte man auch hier Anlässe errechnen, die dann die Basis bilden für einen gezielten Datenabgleich, also wenn ein Auffälligkeitskriterium zwei Jahre hintereinander auffällig ist oder drei Jahre zum Beispiel [...], dann könnte das auch ein Anlass sein für einen Datenabgleich. Das ist die eine Basis, die wir nutzen können. Die andere Basis ist, dass wir auch bei den Stellungnahmeverfahren bei den Qualitätsindikatoren ja häufig Dokumentationsfehler feststellen und auch hier sich aus meiner Sicht anbietet, gerade Wiederholungstäter in den gezielten Datenabgleich mit einzubeziehen. Das wären die beiden Basen, die wir noch nutzen könnten, [...]. (IP4, Pos. 107)

Andere Interviewpartner fanden die Zufallsstichprobe in Ordnung, schlugen jedoch eine Überarbeitung der daraus folgenden Konsequenzen vor:

Also Zufallsstichprobe ist in Ordnung. Nur halt die Konsequenzen, die aus dieser Datenvalidierung gezogen werden, müssten irgendwie noch ein bisschen überarbeitet werden. Entweder dieses, dass der Gesamtdatenpool dann irgendwie infrage gestellt wird, oder dann auch der gezielte Datenabgleich.

Kann man machen, sollte aber dann verspätet sein, dann hat das Haus wenigstens da irgendwie einen großen Benefit mitgenommen. [...]. (IP6, Pos. 127)

Gezielter Datenabgleich

Als Änderungsvorschlag zum gezielten Datenabgleich wurde am häufigsten genannt, den Prüf- abstand des gezielten Datenabgleichs zu vergrößern, damit die Krankenhausstandorte eine Chance haben, Prozesse zur Verbesserung der QS-Dokumentation umzusetzen, sodass die dar- aus folgende Verbesserung im gezielten Datenabgleich ersichtlich wird. Eine Landesgeschäfts- stelle gab auch zu bedenken, dass nach der zweiten Prüfung und bei keiner Verbesserung ggf. auch über andere Konsequenzen nachgedacht werden könne:

Das ist für uns halt nicht zielführend, dann erheben wir ja fast den gleichen Stand wie bei der ursächlichen Datenvalidierung. Und da muss es dann halt so sein, dass natürlich auch das Haus eine Chance hat darauf zu reagieren, dass man dann quasi dieses eine Jahr aussetzt und dann schaut. Dann hat man ja auch genug Zeit gehabt irgendwas zu bewegen. Dann erkennt man ja auch die Entwicklung. Aber so ist das überhaupt nicht zielführend der gezielte Datenabgleich. Eine gute Idee, aber zu früh. (IP6, Pos. 86)

[...]. Deswegen müsste ich eigentlich im zweiten Jahr gucken, weil dann sich da was getan haben muss. Und wenn sich dann nichts getan hat, dann sollte man dann vielleicht auch ein bisschen strikter werden sogar. [...]. Ja, dass man ihnen dann auch sagt, wenn ihr jetzt, vielleicht so ein gestuftes Verfahren bis hin dann auch wirklich zu Abschlügen. Ihnen dann sagt „also, wenn ihr das nicht hinkriegt richtig zu dokumentieren beziehungsweise eure Daten richtig rüber zu bringen, hat das Konsequenzen“. Deanonymisierung vor dem Len- kungsgremium, dann Androhung von Abschlügen bei, also das find ich schon. Weil ohne richtige Dokumentation steht und fällt unser Verfahren. (IP5, Pos. 116-118)

Allerdings wurde durch eine andere Landesgeschäftsstelle vorgeschlagen, den Zeitraum eher zu verkürzen, um den Krankenhausstandorten schneller eine Rückmeldung zu Verbesserungen zu geben. Grundsätzlich wird ein Zusatznutzen in einer erneuten Überprüfung gesehen, welche aber zeitnaher erfolgen müsse:

[...], die Datenvalidierung war im Sommer [...] und wir haben dann mit Daten des gleichen Jahres, in dem wir die Prüfung durchgeführt haben, [...] eine Stichprobe gezogen und haben dann daran noch mal eine Prüfung durchge- führt, nach all den Kriterien, die wir vorher ja auch hatten. Wichtig war uns möglichst frühzeitig den Kliniken noch mal, oder andersrum den Kliniken wurde ja gesagt also: „Jetzt macht Hausaufgaben, sieht zu, dass ihr eure Do- kumentation auf die Reihe bekommt, in einem Vierteljahre- halben Jahr kom- men wir nochmal und schauen uns das an.“ Dann muss man natürlich einen gewissen Puffer einrechnen, dass die überhaupt ihre Schulungen oder Struk-

turen verändern können, den haben wir immer dann dadurch Rechnung getragen, dass wir die Daten aus so Richtung Oktober/Ende November/Dezember gezogen haben und dann irgendwie im Januar angeschaut haben [...], um zu gucken, greifen die Maßnahmen, die eingesetzt wurden oder die entwickelt wurden? [...], ich finde es für die Akzeptanz besser, und für alle Beteiligten, alle wollen, dass die Daten richtig sind, dass sie richtig dokumentiert sind, also sollte man sich Prozesse überlegen, um das zu überprüfen, die schneller funktionieren. [...]. (IP3, Pos. 164)

Eine weitere Landesgeschäftsstelle sah überhaupt keine Notwendigkeit für einen gezielten Datenabgleich, da die Krankenhäuser mit Sicherheit Veränderungen für eine verbesserte Dokumentation anstoßen:

Also wenn da jetzt ein Haus kommt, Sie haben nur eine 70-Prozent-Übereinstimmung und das geht auch der Geschäftsführung zu, da kann ich für unsere Häuser mit ziemlicher Sicherheit sagen, wird es zu Veränderungen kommen, dass es dann im Folgejahr besser wird. Also da gibt es kein Haus, was dann sagt, der Status quo kann bleiben. (IP2, Pos. 149)

Statt eines gezielten Datenabgleichs wurde auch vorgeschlagen, bei festgestellten Dokumentationsfehlern durch das Stichprobeverfahren mit Datenabgleich mit dem Krankenhausstandort in Kontakt zu bleiben und die abgesprochenen Maßnahmen zu überprüfen. Auf diese Weise sei ein gezielter Datenabgleich nicht notwendig und generell zu aufwendig:

[...]. Ich glaube eher, dass man den Kontakt hält, dass man mit denen nochmal redet, aber ich glaube, dass die, das nochmalige Hingehen bei allen nicht viel Freude erweckt. Und ich glaube, dass der Aufwand da zu groß ist, um im nächsten Jahr nochmal dahinzugehen. [...], dass ich es dann sinnvoller finde, dass dann Maßnahmen eingeleitet werden, die dann pro Standort entscheidend sind, aber die jetzt nicht länderübergreifend oder standortübergreifend definiert werden können. [...], ich fürchte, dass die das, was man dann angesprochen hat, sowieso ändern, und dann gehe ich dahin und habe hinterher zwanzig Akten, wo alles übereinstimmt, und das ist so viel Aufwand drum herum, also ich glaube, man kriegt das im Kontakt eher hin. (IP1, Pos. 74-80)

Datenfelder

Einige Aspekte zu den zu überprüfenden Datenfeldern wurden bereits in der Kategorie *Aufwandsreduktion* thematisiert, da die Anzahl der Datenfelder auch mit einem hohen Aufwand verbunden wurde. An dieser Stelle werden Zukunftsaspekte in Bezug auf eine mögliche Reduzierung der Anzahl der Datenfelder genannt sowie weitere Hinweise in Bezug auf die zukünftige Gestaltung der Datenfelder berichtet.

Durch eine Reduktion der Datenfelder böte sich beispielsweise die Möglichkeit, mehr Fälle oder Krankenhausstandorte zu prüfen. Eine Landesgeschäftsstelle schlug vor, z. B. die zu überprüfenden Datenfelder auf Qualitätsindikatoren mit besonders schlechten Ergebnissen zu reduzieren

oder eher auf Felder zu fokussieren, bei denen die Daten nicht plausibel seien. Ein anderer Vorschlag belief sich darauf, bei aufwendigeren Modulen nicht alle indikatorrelevanten Datenfelder zu überprüfen, sondern hier eine Konzentration auf Datenfelder vorzunehmen, die im Strukturierten Dialog aufgefallen sind oder rechnerisch auffällig waren:

[...]. Und dann ist glaube ich noch ein wichtiger Aspekt die Auswahl der Menge, also der Felder, die wir überprüfen, auf relevante Felder zu schauen. Dann kann durchaus, wenn wir da weniger Felder haben, können auch durchaus mehr Kliniken besucht werden oder eben mehr Fälle geguckt werden, je nachdem. [...]. (IP5, Pos. 125)

Ja, ich denke mal bei den Datenfeldern würde sich das reduzieren lassen, gerade ja auch die Prüfung vor Ort. Und da müssen wir vielleicht überlegen, das müsste man vielleicht prüfen, dass man sagt, man nimmt vielleicht, ich sage jetzt mal als Beispiel nur die Qualitätsindikatoren, die besonders schlechte Ergebnisse aufweisen oder Stichwort besonderer Handlungsbedarf, oder man nimmt eben dort ein Gradmesser. Indem man sagt, die Ergebnisse müssen im Schnitt soundso viel erreicht haben und wenn soundso viel Krankenhäuser darunterbleiben, dann sind das, sollte man das prüfen, [...]. (IP4, Pos. 111)

Ebenso wurde eine Optimierung der Datenfelder und Ausfüllhinweise im Fragebogen angeregt:

Genau, Ausfüllhinweise liegen manchmal vor und manchmal liegen sie nicht vor. Und manch sind gut und helfen weiter und es gibt aber auch welche, da habe ich den Eindruck, die stehen da drin, damit das Feld gefüllt ist, [...], oder sie sind ganz schwer verständlich. [...]. Also die Datenvalidierung fängt bei mir bei dem Gestalten der Fragebögen an. (IP3, Pos. 148-155)

Ein ähnlicher Vorschlag wurde von einer anderen Landesgeschäftsstelle eingebracht, nämlich die Datenfelder, die im Vorfeld in Berichten aufgrund von Dokumentationsfehlern aufgefallen sind, zu überarbeiten:

[...], kann man nicht dann aus QSEB oder früher war das QSKH mit den Berichten, die dazu übermittelt werden, die Ergebnisse, die zum, Strukturierter Dialog Ihnen vorliegen, kann man dort nicht gewisse Analyse schon vornehmen und sagen, okay hier sind Dokumentationsfehler häufig aufgetreten, hier müssen wir uns noch mal die Ausfüllhinweise die Bezeichnung des Datenfeldes genau angucken, bevor wir dann nochmal eine Zweiterfassung machen. Also praktisch in diesem Umfang und kommen dann auch zu einem ähnlichen Ergebnis? (IP8, Pos. 64)

Digitalisierung

Wie schon unter der Kategorie Aufwandsreduktion erwähnt, befürworteten vor allem Landesgeschäftsstellen aus Flächenländern mit hohen Anfahrtszeiten eine Digitalisierung des Zweiterfassungsverfahrens. Manch andere Landesgeschäftsstellen lehnten diese jedoch ab, da der persönliche Kontakt als wichtig eingeschätzt wird. Daher sollte die Entscheidung bei den Landesgeschäftsstellen liegen, ob diese die Prüfung auch für wenige Fälle lieber vor Ort oder

über eine Videokonferenz durchführen möchten. Eine rein portalgestützte Prüfung ohne Kommunikation wird ebenfalls nicht gewünscht:

[...]. Ne, das würde ich ablehnen oder zumindest nicht unbedingt begrüßen. Ich könnte es verstehen, man könnte es vielleicht so machen, dass es möglich ist, aber uns die Freiheit gelassen wird, wie wir damit umgehen, wenn die technischen Möglichkeiten bestehen ja, ich weiß allerdings nicht, wie der Abgleich stattfinden soll, wenn er denn digital ist. Sie müssten das ja dann mir dann auf den Bildschirm spielen, was sie dann da ablesen. (IP1, Pos. 31-32)

Also ich glaube, es ist sowohl als auch. [...], drei Fälle, fünf Fälle Herzschrittmacher, Aggregatwechsel muss man jetzt nicht quer durch die Republik reisen, da sollte man es den auch Landesgeschäftsstellen oder den LAGen überlassen, wie sie es durchführen möchten. Ansonsten bei einer reinen, ich sage mal portalgestützten Überprüfung wäre es aus meiner Sicht schwierig wegen des fehlenden Kontaktes vor allen Dingen aber auch wegen der Fachlichkeit. [...], ich finde es wichtig den Kontakt zu haben und genau solche Sachen, die man dann in der Prüfung mitbekommt [...] es ist ja auch ein Erkenntnisgewinn für Sie [Anmerkung IQTIG: Gemeint ist das IQTIG] an welcher Stelle Verbesserungspotenzial ist oder an welchen Stellen irgendwas besonders gut läuft oder so. [...]. (IP3, Pos. 180)

In Bezug auf die Beziehungspflege wurde allerdings auch angemerkt, dass dies nicht das vornehmliche Ziel sei, weshalb eine digitale Durchführung der Zweiterfassung durchaus als sinnvoll erachtet werden könne:

Also natürlich sagt man, persönlicher Kontakt ist schöner und natürlich das ist das Zwischenmenschliche. Aber wir wollen ja hier nicht das Zwischenmenschliche, sondern wir wollen eigentlich sehen, wie effizient können wir diese Sache umsetzen. Und dann würde ich sagen, ist eine Videokonferenz glaube ich das Sinnhafteste. (IP6, Pos. 55)

Auch wenn manche Landesgeschäftsstellen eine digitale Lösung als effizienter einschätzen, da man ggf. auch mehr Standorte validieren könnte, bezweifeln andere eine Einsparung von Zeit und Aufwand. Ein virtuelles Vorgehen könne länger oder genauso viel Zeit in Anspruch nehmen, sodass ein Zeitgewinn durch Wegfall von Fahrzeiten nicht mehr gegeben wäre:

[...]. Aber ich könnte mir vorstellen, dass kann ich jetzt nicht belegen, dass das dann mehr Zeit kostet, weil natürlich vor Ort zu sitzen und also gemeinsam auf einen Bildschirm zu gucken ist was anderes, als sich ein Bildschirm zu teilen. Das ist ja immer, da ist immer ein bisschen eine Krücke, die virtuellen Meetings, das erleben wir ja auch so, dass immer ein bisschen was verloren geht dabei. Und ich könnte mir vorstellen, dass das den Zeitgewinn durch Wegfall der Fahrzeiten möglicherweise wieder wettmacht. [...]. (IP7, Pos. 26)

Die reine Bildschirmprüfung über mehrere Stunden wird auch als intensiv eingeschätzt, was vor allem bei Krankenstandorten mit einem hohen Prüfumfang nachteilig gesehen wird:

[...]. Also klar, Sie können jetzt sicher mit einer Kamera auch die Akten durch KI oder was abgleichen, aber es kommt die Stelle, wo ein Mensch auch sozusagen eine Bewertung vornehmen muss. [...], also wenn hinter beiden Rechnern ein Mensch sitzt bei 6, 7 Stunden wird das glaube ich schwer [...]. Also ich kann es mir gerade in den Häusern, wo wir einen hohen Prüfumfang haben, schwer vorstellen. Bei kleineren Fallzahlen ist es sicher machbar, aber bei den größeren ist es schwierig. (IP2, Pos. 154-157)

Zusätzlich wurden Datenschutzaspekte als hinderliche Faktoren für eine digital durchzuführende Zweiterfassung gesehen. Manch andere Landesgeschäftsstellen sahen aber auch, dass es da eine sichere Lösung geben könnte:

Ja, aber die Frage ist, doch wirklich ein Thema Datenschutz, [...] und wir sehen das auch immer noch in den Stellungnahmeverfahren, da rutscht noch mal ein Name durch und dann sind die Dokumente außer Haus und das ist glaube ich vom Krankenhaus auch nicht so gewünscht. (IP8, Pos. 34)

[...]. Ich glaube, man könnte schon, klar kommt man mit dem Datenschutzaspekt dann, der wird ja dann oft aufgebracht, aber wenn wir Ende-zu-Ende-Nachrichten schicken können, dann sollte ja eigentlich auch eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung möglich sein, um dort eine Videokonferenz durchführen zu können, die quasi von außen nicht angreifbar ist und auf Deutsch und über deutsche Server läuft oder europäische. [...]. (IP6, Pos. 48)

Durch eine Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst könnten allerdings digitale Akten geprüft werden, da dieser regelmäßig digitale Akten in anderen Verfahren zur Verfügung gestellt bekäme, sodass eine Prüfung durch eine Webkonferenz erfolgen könnte:

[...], da wir an der Stelle mit dem MD zusammenarbeiten, die regelmäßig Akten sozusagen in digitaler Form bereitgestellt bekommen aus den Krankenhäusern, dass wir in dieser Form das vielleicht auch nutzen könnten. Und dass man dann über, die Prüfung sollte nicht über den MD alleine passieren, aber dass man dann gemeinsam in einer Webkonferenz, das ist jetzt meine Vorstellung, die Akte ganz einfach durchspricht mit dem Verantwortlichen aus der Klinik, das wäre auch eine Art von Prüfung. Das Dokument, was übermittelt wurde, ist an der Stelle, ja genauso rechtskräftig, weil es in der Regel für die Abrechnungsprüfung herangezogen wird [...]. (IP4, Pos. 51)

Eine digitale Prüfung ohne Beteiligung des Fachpersonals sollte jedoch nicht durchgeführt werden, da dies zuungunsten der Leistungserbringer ausfallen könne, insbesondere da jedes Krankenhaus seine Akten unterschiedlich führe und Informationen an Stellen der Akte verortet sein können, die von Externen nicht zu finden seien, sowie Fragen zum Prozess aufkommen können, die dann vor Ort mit dem Krankenhauspersonal geklärt werden:

Also es wäre, mein erster Gedanke wäre, es wäre sehr zuungunsten der Leistungserbringer. [...]. Und wenn ich jetzt von extern da reinschaue ohne jegliche Unterstützung, dann würde es einfach häufiger vorkommen, dass man

rein schreibt „nicht“ [...] wo wir da die Inhalte nicht gefunden haben praktisch. Das wäre wahrscheinlich häufiger möglich, also notwendig gewesen so was einzutragen, wo in Wahrheit vielleicht mit ein paar Seiten blättern jemand sagt: Mensch da steht es doch. Dann würde ich sagen: „Ja stimmt ja.“ Das wäre zuungunsten der Leistungserbringer und auch nicht gerechtfertigt, denke ich. (IP7, Pos. 29)

Eine Landesgeschäftsstelle brachte als Gegenargument für eine zukünftige Digitalisierung des Prozesses der Zweiterfassung ein, dass durch eine zunehmende Digitalisierung an den Krankenhausstandorten eine Zweiterfassung der Daten obsolet würde:

[...]. Aber ich kann mir vorstellen, dass auch irgendwann jeder mit einem Tablet durch die Gegend läuft und da einfach die Sachen eintippt und nur noch Auswahlkästchen hat, um das alles effizienter zu gestalten. Und dann haben sie quasi digitale Akte ist dann gleich QS-Dokumentation. Warum sollte sich dann noch jemand die Mühe machen, um das nochmal zu übertragen. [...]. (IP6, Pos. 132)

Zusätzliche Möglichkeiten

Es wurde zu den verschiedenen Aspekten des Nutzens der Zweiterfassung die Frage gestellt, ob dieser Nutzen auch ohne einer Zweiterfassung erreicht werden könnte. In Bezug auf die unterschiedlichen Arten des Nutzens der Akteure sind auch Vorschläge erfolgt, inwiefern es zusätzliche Möglichkeiten gibt, Dokumentationen zu prüfen oder die Dokumentationsqualität zu verbessern. Der *Nutzen für die Verfahrenspflege* könne beispielsweise durch eine Befragung oder Workshops mit Anwendern ersetzt werden. Es wurden Workshops vorgeschlagen, in welchen Datenfelder fachlich-inhaltlich optimiert werden könnten, nicht nur mit den Expertengremien, sondern darüber hinaus mit den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) und den Fachkommissionen. Durch die Datenvalidierung alleine würde eine Verbesserung nicht erreicht:

Den Weiterentwicklungsbedarf sollte man dann eher in Workshops diskutieren. Um das besser zusammenfassen zu können [...] dort ist es aber [...] dass diese Experten, die dort sind teilweise noch nie einen Bogen in der Hand gehabt haben und wissen, wo dort diese Probleme sind. Wer sehr intensiv damit arbeitet, sind die Fachkommissionen, das sind natürlich die Vertreter der LAG-Geschäftsstelle anwesend und dann bekommt man dort nochmal einen anderen Input mit dazu [...]. Und so was bekommt man doch viel komprimierter in einem Workshop raus, wo alle ihre Gedanken [...] zusammenfassen können und dann diskutieren kann, also ich finde mit einer Zweiterfassung kriegt man das nicht (IP8, Pos. 81)

Eine weitere Möglichkeit für die Verfahrenspflege wäre ein Feedbacksystem durch die KIS-Hersteller, mit dem Krankenhausstandorte Probleme übermitteln könnten, die weiter ans IQTIG kommuniziert würden, wodurch entsprechende Anpassungen schneller erfolgen könnten. Ein Feedbacksystem wäre im Vergleich zum 10-Jahres-Intervall der Stichprobenziehung eine schnellere Lösung, um die QS-Dokumentation zu verbessern:

[...] Und dann ist es für mein Verständnis schneller, wenn ich den KIS-Hersteller oder darüber eine direkte Meldung an Sie hätte. Damit sie quasi Rückmeldungen sammeln können, als wenn ich dann über stille Post dann noch die LAG anschreibe, die LAG schreibt an Sie und so weiter und so fort. Ich denke, dass [...] weil man diesen QS-Bogen hat im KIS, wo man dann diese Felder drin hat. Das man dann irgendwie von mir aus auch so ein Fragezeichen hat, da stehen wahrscheinlich Ausfüllhinweise drin. Oder dass man vielleicht so ein Ausrufezeichen hat, wo man sagen kann: An diesem Feld gefällt mir was nicht. Man trägt das ein und der KIS-Hersteller, ich weiß nicht, wie dann die Schnittstelle zu Ihnen ist. Aber so könnten Sie quasi von allen Leistungserbringern oder allen Standorten dieses Feedback sammeln und dann auch vielleicht statistisch auswerten und sehen „oh hier sind die Probleme“. [...]. Und das wäre halt, ja für dieses Bestreben, die QS-Dokumentation zu verbessern und auch zeitgemäß zu haben, vielleicht eine schnellere Lösung. (IP6, Pos. 116-119)

Der Nutzen für die Landesgeschäftsstellen und Krankenhausstandorte könne beispielsweise mit einem individuell-persönlichen Verfahren erhöht werden:

Der könnte auch anders erfolgen, indem die Qualitätssicherung vielleicht bisschen ganz anders organisiert, dass man in mehr Richtung Gespräch Peer-Review oder sonst wie kommt. Weg von dem ganzen Schriftverfahren, mehr hin zum persönlichen Verfahren. [...]. Weil der Austausch zwischen den Leistungserbringern und der Geschäftsstelle oder eben halt der Fachkommission, das bringt viel mehr als jetzt nur ein reines Stellungnahmeverfahren. Das hat sich über die Jahre immer wieder gezeigt, Kliniken, mit denen wir Klinikgespräche geführt haben, haben da durchaus einen Benefit. Es gibt auch da Ausreißer [...] aber das ist die Ausnahme. In aller Regel sind die Klinikleiter nach so einem Gespräch erst mal überrascht, welche Dinge alles noch möglich sind, was sich aus dem Gespräch ergeben hat. Das hängt immer so ein bisschen von der Gesprächsatmosphäre ab. [...]. (IP5, Pos. 79)

Um insgesamt die Dokumentationsqualität der externen Qualitätssicherung zu verbessern, wurde vorgeschlagen, flächendeckend alle Krankenhausstandorte grundsätzlich in der QS-Dokumentation zu schulen und damit nicht erst, wenn diese zufällig in der Stichprobe gezogen würden. Da dies durch die auf Landesebene beauftragte Stellen in der Form nicht leistbar sei, könne dies auch durch externe Dienstleister erfolgen. Vorgeschlagen wurde, regelmäßig das Personal der Krankenhausstandorte zu schulen (alle 2 bis 3 Jahre), um genau zu wissen, wie in den einzelnen QS-Verfahren die QS-Bögen zu dokumentieren seien:

Also wenn man überlegt, wie viel, wie viel Anbieter es gibt, um Kliniken darin zu schulen, wie sie ihre Abrechnungsdaten richtig gut machen und zwar im sämtlichen Fachbereich, da gibt es ja Spezialisten für alle möglichen DRG-Gruppen. Und das, wenn man sich das vorstellt, gäbe es für die QS auch, dann hätten wir wahrscheinlich einen ähnlichen Effekt. (IP7, Pos. 37)

Eine andere Methode zur flächendeckenden Datenvalidierung wäre z. B. eine interne Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten in den Krankenhäusern. Dies sei ein sinnvoller interner Kontrollmechanismus, der regelmäßiger erfolgen könnte als eine externe Überprüfung und zudem den Aufwand seitens der Landesgeschäftsstellen reduzieren würde:

Ich persönlich würde es [...] so machen, dass man halt selber in seinem Haus regelmäßig eigene Datenvalidierung durchführt. Das kann ja jeder machen. Jeder hat die QS-Daten, jeder hat die Akten und kann dann auch sich selber so Stichproben ziehen, dass das quasi ein interner Kontrollmechanismus und nicht, dass wir quasi durch eine Zufallsstichprobe in einem zufälligen, das ist zwar nicht zufällig aber in dem Leistungsbereich quasi kommt, innerhalb von 10 Jahren waren das glaube ich. Das ist natürlich dann auch nicht so zielführend. Dann müssten die Häuser quasi selber dort was machen, aber das ist halt bei jedem anders. Manche machen es, dann kommen wir auch mit super Ergebnissen raus. (IP6, Pos. 106-109)

Ziele und Folgen der Datenvalidierung

Es wurde auch berichtet, dass die Zielsetzung der Datenvalidierung nicht hinreichend definiert sei, weil bisher unklar bliebe, welches Ergebnis damit angestrebt würde. Es solle daher entsprechende bundeseinheitliche Kriterien in Bezug auf das Ergebnis der Datenvalidierung geben sowie Regelungen in Bezug auf den Ablauf (welche Auflagen erfolgen, wenn ein bestimmtes Ergebnis nicht eingehalten werden kann):

Mir ist nicht klar, was von der Bundesebene mit der Datenvalidierung bezweckt wird. Also ich kenne keine Zielformulierung, was man wirklich im Ergebnis haben möchte und was es dann auch für Konsequenzen hat. Wir können ja die Hypothese aufstellen, ein Datensatz ist für uns nur valide, wenn mindestens, weiß ich nicht, 95 Prozent der Daten, die in der QS drin sind auch dementsprechend, was wir vor Ort vorfinden, so, das wäre jetzt eine Aussage. (IP2, Pos. 171)

Als eine mögliche Folge wurde vorgeschlagen, dass das Ergebnis der Zweiterfassung eine Auswirkung auf die Veröffentlichung im Qualitätsbericht haben könne. Das gleiche solle für die Statistische Basisprüfung gelten, wenn Indikatoren aufgrund von Dokumentationsfehlern nicht bewertet werden könnten. Bis jetzt hätten die Elemente der Datenvalidierung keinen unmittelbaren Effekt für alle Beteiligten:

[...]. Für Ihre Auswertung hat es auch keine Bedeutung, Sie werden nach der Datenvalidierung auch die Ergebnisse nicht mit den neuen Werten neu berechnen, die Bundesauswertung, die Gesamtauswertung, das bleibt doch alles, wie es ist. (IP8, Pos. 69)

Seitens einer Landesgeschäftsstelle wurde darauf verwiesen, dass es wichtig sei, dass das, was überprüft würde, auch repräsentativ sei. Dies sei ein Problem kleiner Fallzahlen in einem geprüften QS-Verfahren beispielweise, weshalb die überprüften Fälle weder repräsentativ für den Krankenhausstandort noch für das QS-Verfahren seien:

IP2: Indem man sich anschaut, gerade die kleinen Häuser mit wenig Fällen, dass man da eben schaut, dass da irgendwie eine Mindestmenge erreicht wird, wo dann eben jetzt nicht, wenn die 3 Fälle haben, diese 3 Fälle angeguckt werden, sondern weiß ich nicht, irgendwie die plus was auch immer. Dass man sich auch wirklich ein vollumfängliches Bild machen kann, so wie das jetzt beim Haus ist mit ich sag mal 600 Fällen in der Grundgesamtheit, wo wir uns dann 20 angucken.

IQTIG: Ich frag noch mal nach, wenn Sie jetzt sagen, das Haus hat nur 3 Fälle, dann kann man sich nicht mehr anschauen. Meinen Sie, dass man sich dann noch welche aus dem Vorjahre anschaut, dazu nimmt dann?

IP2: Ja oder aus anderen Leistungsbereichen, das können Sie ja ergänzen, wie Sie möchten. Alles, was denkbar, ist sozusagen. Aber, dass man da wie gesagt auf eine Mindestzahl kommt, wo man dann auch wirklich ein repräsentatives Ergebnis dann hat. (IP2, Pos. 119-123)

Weitere Themen

Weitere Themen, die in den Einzelinterviews aufgebracht wurden, aber keiner Kategorie direkt zuzuordnen sind, jedoch nicht unerwähnt bleiben sollen, umfassen die Themen *Zeitpunkt der Zweiterfassung*, *Optimierungsbedarf am Zweiterfassungstool*, *Aspekte zur statistischen Basisprüfung*:

- Es wurde von den Landesgeschäftsstellen auf die Zeitschiene und ihre übrigen Aufgaben im QS-Jahreszyklus verwiesen, wie z. B. das Stellungnahmeverfahren oder das Erstellen von Berichten. Diese Prozesse sollten bei Planung der Zeitschiene der Zweiterfassung berücksichtigt werden, insbesondere auch, wenn zukünftig angedacht werden sollte, die Ergebnisse in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen. Wichtig sei eine zeitliche Trennung zwischen der Datenvalidierung und dem Stellungnahmeverfahren. Die Zweiterfassung könnte zudem auch wichtige Hinweise für das Stellungnahmeverfahren liefern.
- Für das Zweiterfassungstool wurde zusätzlich Optimierungsbedarf gesehen. So könnten beispielsweise Hilfetexte mit Zusatzinformationen zu den Datenfeldern implementiert werden, damit nicht die Ausfüllhinweise zusätzlich herangezogen werden müssten. Eine Landesgeschäftsstelle erwähnte, dass es wünschenswert wäre, die Diagnosen im Drop-Down-Menü nach Relevanz zu sortieren.
- Auch erwähnt wurde, dass der Aufwand für die Evaluation der Auffälligkeitskriterien aus der Statistischen Basisprüfung durch die von den Landesgeschäftsstellen auszufüllende Umfrage des IQTIG zu diesen reduziert werden könnte anstelle einer Aufwandsreduktion in der Zweiterfassung. Eine andere Geschäftsstelle sieht allerdings die Statistische Basisprüfung und die Zweiterfassung als sich ergänzende Elemente.

3.2.3 Zusammenfassung

Die beschriebenen Erkenntnisse aus den Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhausstandorte als auch der Landesgeschäftsstellen geben Einblicke in den Prozess der

Datenvalidierung gemäß § 9 Abs. 3 und 4 QSKH-RL. Aus dem Interviewmaterial wurde deutlich, welche Themen den unmittelbar an der Zweiterfassung beteiligten Akteuren von besonderer Bedeutung sind. In Tabelle 2 werden diese Themen für beide Interviewgruppen zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 2: Zusammenfassung der Themen aus den Einzelinterviews mit den Krankenhausstandorten (KH) und Landesgeschäftsstellen (LQS)

Themen	Themeninhalte
Charakteristika der Interviewten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die befragten Personen der Krankenhausstandorte waren aus dem Medizincontrolling mit Erfahrung in der Zweiterfassung (KH). ▪ 7 Personen hatten langjährige Erfahrung in der Zweiterfassung, für eine Person war es die erste Zweiterfassung (LQS).
Bisheriger Ablauf der Zweiterfassung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informationsübermittlung zur Zweiterfassung durch die LQS an den Krankenhausstandort (KH) ▪ Teilnahme unterschiedlicher Berufsgruppen an dem Zweiterfassungsprozess (KH) ▪ QS-Dokumentationsprozesse am Krankenhausstandort werden unterschiedlich gehandhabt (KH) ▪ Darstellung der bisherigen Durchführung der Zweiterfassung durch die prüfenden Institutionen (LQS)
Aufwand	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufwände in der <i>Vorbereitung</i>: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Aufklärung des Klinikpersonals (KH) ▫ Terminfindungsprozess, Handbuch zum Zweiterfassungstool, Datenschutz (LQS) ▪ Aufwände der <i>Vor-Ort-Überprüfung</i>: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Fahrzeiten, Vorbereitung des Krankenhauses, unterschiedliche IT-Systeme (LQS) ▪ Aufwände in der <i>Nachbereitung</i>: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Kommunikation der Ergebnisse (KH/LQS)
Aufwandsreduktion (LQS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mögliche Ansatzpunkte einer Reduktion des Aufwands werden genannt für: Anfahrtszeiten, Prüfausmaß und Tool-Optimierung, Referenzdokumente vorgeben
Effekt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumentationsverbesserung am Krankenhausstandort ▪ Transfereffekt auf andere QS-Verfahren
Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufdecken von Fehldokumentation (KH) ▪ Erkenntnis der Relevanz einer korrekten Dokumentation (KH)

Themen	Themeninhalte
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erkenntnisse bzgl. der Optimierung von Prozessen für eine korrekte Dokumentation (KH) ▪ Nutzen aus Sicht der LQS in Bezug auf: <ul style="list-style-type: none"> ▫ die eigene Geschäftsstelle: Kontaktpflege, Einblicke in Prozesse vor Ort ▫ die geprüften Standorte: Aufdecken von systematischen Fehlern, gemeinsame Zusammenarbeit, Erkenntnisgewinn ▫ die Verfahrenspflege des IQTIG: Hinweise zur Optimierung von Datenfeldern und Prozesselementen ▪ Aussagen zum Aufwand-Nutzen-Verhältnis (LQS)
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ krankenhauserinterne Maßnahmen in Anschluss an die Zweiterfassung (KH): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Anpassung der Prozesse und Kommunikation über Verbesserungsansätze ▪ Maßnahmen durch die LQS im Anschluss an die Zweiterfassung (LQS): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Zielvereinbarungen, Besprechungen, Einbezug des Lenkungsgremiums
Zukunftsaspekte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation mit der prüfenden Institution (KH) ▪ Schulungsmaßnahmen zur Dokumentation (KH) ▪ Aspekte einer Digitalisierung des Verfahrensprozesses ▪ Erweiterung von Plausibilisierungen der QS-Bögen (KH) ▪ standardisierter Ablauf vor Ort (LQS) ▪ Änderungsmöglichkeiten im (LQS): <ul style="list-style-type: none"> ▫ Stichprobenverfahren ▫ gezieltem Datenabgleich ▪ Auswahl der zu prüfenden Datenfelder (LQS) ▪ zusätzliche Möglichkeiten der Dokumentationsprüfung/-verbesserung (LQS) ▪ Definition der Ziele und Folgen der Datenvalidierung (LQS)
Weitere Themen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unklarheiten/Bedenken (KH) ▪ Ressourcen und Vergütung (KH) ▪ Zeitpunkt der Zweiterfassung im Jahr (LQS) ▪ Optimierungsmöglichkeiten am Zweiterfassungstool (LQS) ▪ Aspekte zur Statistischen Basisprüfung (LQS)

4 Diskussion

Im vorliegenden Bericht wurde eine Aufwandsschätzung für das Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL vorgenommen. Übergeordnetes Ziel der Aufwandsschätzung war gemäß Beauftragung durch den G-BA die Darstellung des Aufwands für alle am Datenvalidierungsverfahren beteiligten Akteure. Zusätzlich wurde für diese der subjektiv empfundene Nutzen des Verfahrens ermittelt. Hierdurch wurde sich einer Aufwand-Nutzen-Abschätzung unter Berücksichtigung der durch das IQTIG genannten Limitationen (IQTIG 2021a) angenähert. Im Rahmen einer onlinebasierten Befragung wurden die zeitlichen Aufwände und der subjektiv empfundene Nutzen durch die beteiligten Akteure für das Datenvalidierungsverfahren gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL erfasst und mittels der darauffolgenden Einzelinterviews mit Expertinnen und Experten konkretisiert. Auf diese Weise erfolgte eine Erarbeitung von Empfehlungen zu möglichen Anpassungsbedarfen des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 3 und Abs.4 QSKH-RL.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die durch das „Umfrage-Sample-pl“ und „Umfrage-Sample-KH“ erhaltenen Ergebnisse zu den zeitlichen Aufwänden der Zweiterfassung lediglich die Aufwände für einen Teil der überprüften Krankenhausstandorte der Module 09/4, 09/6 und NEO zum Erfassungsjahr 2020 abbilden. Dies bedeutet, dass die Aufwände der Zweiterfassung einerseits nur einen Ausschnitt wiedergeben, da die Teilnahme an der Aufwandsschätzung freiwillig war und sich andererseits auf ausgewählte Module zu einem Erfassungsjahr beziehen. Es kann daher keine Aussage dazu getroffen werden, inwiefern dieselben zeitlichen Aufwände auch in anderen Jahren bei der Prüfung anderer Module oder anderer Krankenhausstandorte bei sowohl den prüfenden Institutionen als auch den geprüften Krankenhausstandorten entstehen würden. Damit können die Ergebnisse der hier vorliegenden Aufwandsschätzung lediglich als Anhaltspunkt für einen möglichen generellen Aufwand des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 Abs. 3 und Abs.4 betrachtet werden, aber nicht als Aufwand, der dieses Verfahren jederzeit vollständig abbildet.

4.1 Aufwand

Zwischen den prüfenden Institutionen wie auch zwischen den Krankenhausstandorten und für beide ebenfalls in Bezug auf das jeweils geprüfte Modul wurden **große Variationen in den zeitlichen Aufwänden** der durchgeführten Zweiterfassung ermittelt (vgl. Abbildung 2, Abbildung 17, Abbildung 19). Insgesamt betrachtet lag der durchschnittliche Aufwand in den Modulen 09/4 und 09/6 bei den prüfenden Institutionen pro Krankenhausstandort deutlich unter der Zeit, die von den Krankenhausstandorten aufgebracht wurde. Die Unterschiede werden insbesondere in Bezug auf die verschiedenen Arbeitsphasen deutlich.

Bei den Krankenhausstandorten betrug der durchschnittliche Aufwand pro Krankenhausstandort 35,2 Stunden im Modul 09/4 bei im Durchschnitt 15,8 validierten Akten und 22,2 Stunden im Modul 09/6 bei durchschnittlich 12,8 validierten Akten. Der höhere Aufwand im Modul 09/4 lässt sich teilweise durch die höhere Anzahl an zu prüfenden Akten in diesem Modul erklären.

Bei den prüfenden Institutionen lag der durchschnittliche Aufwand pro Krankenhausstandort bei 17,5 Stunden. Im Vergleich der beiden geprüften Module zeigten sich wie auch schon bei den Krankenhausstandorten durchschnittlich etwas niedrigere Aufwände pro Krankenhausstandort im Modul 09/6 (Mittelwert = 14,9 Stunden) als im Modul 09/4 (Mittelwert = 19,1).

Angesichts der großen zeitlichen Variationen zwischen den Krankenhausstandorten als auch zwischen den prüfenden Institutionen scheinen mehrere Einflussfaktoren zu bestehen, welche diese Unterschiede verursachen können:

- Modulspezifika
- Anzahl der Akten und Beteiligung verschiedener Berufsgruppen
- Anzahl der zu prüfenden Krankenhausstandorte
- arbeitsphasenspezifische Aufgaben
- Einbezug von Maßnahmen

4.1.1 Modulspezifika

Eine mögliche Erklärung für die unterschiedlichen zeitlichen Aufwände in den geprüften Modulen könnte in deren Aufbau liegen. So hat im Modul 09/4 eine höhere Anzahl der zu validierenden „Muss-Datenfelder“ (28 Muss-Felder und 31 Kann-Felder) im Vergleich zum Modul 09/6 (12 Muss-Felder und 54 Kann-Felder) vorgelegen. Allerdings ist die Anzahl der zu validierenden Kann-Felder von Fall zu Fall unterschiedlich. Angaben hierzu wurden in der onlinebasierten Befragung nicht erhoben und können damit auch nicht in Bezug zum tatsächlichen Verhältnis des Vorkommens der Muss- und Kann-Felder bei den überprüften Fällen im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich gesetzt werden. Daher ist der modulspezifische Aufwand respektive der Unterschied zwischen 09/4 und 09/6 nicht eindeutig erklärbar.

4.1.2 Anzahl der Akten und Beteiligung verschiedener Berufsgruppen

Der höhere Aufwand der Krankenhausstandorte in Modul 09/4 könnte sich teilweise auch durch die höhere Anzahl an Akten erklären, wie Abbildung 7 und Abbildung 8 verdeutlichen. In der erfolgten Analyse wurde aber auch deutlich, dass die Beteiligung der Berufsgruppen ebenfalls einen relevanten Einfluss auf den zeitlichen Aufwand für die Krankenhausstandorte hat. Die an der Zweiterfassung **am häufigsten beteiligte Berufsgruppe** des Umfrage-Samples-KH waren die **Oberärztinnen und Oberärzte** (15 von 16 Krankenhausstandorten), die im Durchschnitt auch die höchsten Aufwände aufwiesen (8,3 Stunden pro Krankenhausstandort), gefolgt von QM-Beauftragten und medizinischen Controllern. Aus den geführten Interviews wurde deutlich, dass die Teilnahme von entsprechenden Berufsgruppen für den zeitlichen Aufwand der Zweiterfassung eine Rolle spielt. So wird die ärztliche Anwesenheit bei der Vor-Ort-Überprüfung als besonders wichtig erachtet, weil in Abhängigkeit des überprüften Moduls fachspezifische Fragen ausschließlich durch diese Berufsgruppe ausreichend beantwortet werden können und die gleiche Qualität der fachlichen Betreuung nicht durch das Medizincontrolling gewährleistet würde. Aber auch Mitarbeitende aus dem Qualitätsmanagement und Archiv werden als unerlässlich für eine umfassende und reibungslose Zweiterfassung gesehen. Chefärztinnen und Chefärzte haben zusätzlich häufig an der Zweiterfassung in allen drei Phasen teilgenommen (7 von 16 Standorten),

jedoch in einem deutlich kleineren zeitlichen Umfang als beispielsweise die Oberärztinnen und Oberärzte (1,6 Stunden pro Krankenhausstandort, n = 16). Dies lässt auf die Wichtigkeit der Zweiterfassung für den Krankenhausstandort schließen, nicht aber auf die Wichtigkeit der Anwesenheit einer Chefärztin / eines Chefarztes während der Vor-Ort-Überprüfung. Diese Ansicht wird auch in den Einzelinterviews vertreten. Die Einbeziehung von Chefärztinnen und Chefarzten wurde in einem Krankenhausstandort dazu genutzt, um zusätzlich die Verantwortung für die Dokumentation zu verdeutlichen. Seitens der Landesgeschäftsstellen ist die Anwesenheit einer Chefärztin / eines Chefarztes bei der Überprüfung nicht entscheidend. Aus deren Sicht sollte die Zweiterfassung am besten durch zwei verschiedene Standortvertreterinnen/Standortvertreter erfolgen, nämlich eine Person, die sich gut mit der Dokumentation von medizinischen Akten auskenne, z. B. wo was zu finden sei, und durch eine klinisch tätige Ärztin / einen klinisch tätigen Arzt, die/der für die QS-Dokumentation verantwortlich ist und sich mit der Thematik fachlich auskennt. Manche Landesgeschäftsstellen haben die Krankenhausstandorte daher im Vorfeld der Zweiterfassung um die Anwesenheit von entsprechend qualifiziertem Personal gebeten. Bezüglich der Aktenanzahl wird in einem Interview deutlich, dass die Akten in der Vorbereitungsphase vom Krankenhausstandort vom Medizincontrolling und von der Oberärztin bzw. dem Oberarzt aufbereitet und durchgesprochen wurden, sodass daraus abzuleiten ist, dass eine höhere Aktenanzahl auch einen zeitlich höheren Aufwand in der Vorbereitungsphase mit sich bringen würde.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Anzahl der überprüften Akten sowie die Anzahl der beteiligten Berufsgruppen wesentliche Einflussfaktoren für den zeitlichen Aufwand der Krankenhausstandorte sind (vgl. Abbildung 12).

Für die prüfenden Institutionen hingegen hatte die Anzahl der überprüften Akten des vorliegenden Umfrage-Samples **fast keinen Einfluss auf den Aufwand**. Dies ist zunächst überraschend, da ein Zusammenhang zwischen dem Aufwand und der zu prüfenden Anzahl an Akten angenommen werden könnte. Auch in den Einzelinterviews wurde der Einfluss der zu prüfenden Akten heterogen bewertet. Lediglich von einer Landesgeschäftsstelle wurde erwähnt, dass eine Reduzierung der Aktenanzahl die Länglichkeit der Vor-Ort-Überprüfung reduzieren könnte, da zumeist nach 15 geprüften Akten das Ergebnis ersichtlich wäre. Der Aufwand für die Zweiterfassung stünde vielmehr im Zusammenhang mit einer guten Vorbereitung seitens der Krankenhausstandorte und dem Knowhow des krankenhausinternen Personals.

Ein nicht ermittelter Zusammenhang an dieser Stelle sollte nicht grundsätzlich als ein nicht vorhandener Zusammenhang interpretiert werden. Es könnte sein, dass dieser bei einer zu prüfenden Anzahl von 20 Krankenhausakten noch nicht maßgeblich gewesen ist. Auch wenn der Einfluss an dieser Stelle nicht messbar war, kann wahrscheinlich ein Einfluss angenommen werden, wenn die Anzahl der Akten bei gleicher zu prüfender Anzahl an Datenfeldern weiter steigen würde. Inwiefern sich beispielsweise die Prüfdauer pro Akte im Prozess der Zweiterfassung ändert, ist nicht ermittelt worden. Aus den Einzelinterviews geht jedoch hervor, dass die ersten zu prüfenden Akten ggf. länger dauern könnten, da sich zusätzlich auch an das Zweiterfassungstool gewöhnt werde. Daher könnte es zusätzlich sein, dass die prüfenden Institutionen, die mehr Akten geprüft haben, einen zeitlichen Vorteil bei der Prüfung weiterer Akten hatten, sodass

diese nicht allzu erheblich den zeitlichen Aufwand beeinflusst haben. Es wird aber auch deutlich, dass es weitere Einflussfaktoren geben muss, die relevanter für den zeitlichen Aufwand der Zweiterfassung seitens der prüfenden Institutionen sind.

4.1.3 Anzahl der zu prüfenden Krankenhausstandorte

Ein weiteres bemerkenswertes Ergebnis ist der Einfluss der Anzahl der geprüften Standorte auf den Aufwand der prüfenden Institutionen. **So waren niedrigere Aufwände pro Krankenhausstandort durch die prüfenden Institutionen zu verzeichnen, die viele Krankenhausstandorte zu überprüfen hatten** (Abbildung 20). Eine Einordnung dieses Ergebnisses ist schwierig und eher hypothesengenerierend denn -bestätigend. Folgende Möglichkeiten könnten eine Rolle gespielt haben:

- Lerneffekte
- standortunabhängiger Aufwand
- Anzahl der prüfenden Personen

Gegebenenfalls könnten *Lerneffekte* einen Einfluss haben. Eine größere Anzahl an Krankenhausstandorten sind bei prozentualer Ziehung der Stichprobe eher in größeren Bundesländern zu prüfen. Landesgeschäftsstellen, die damit jedes Jahr mehr Krankenhausstandorte prüfen als diejenigen aus kleineren Bundesländern, könnten möglicherweise routinierter vorgehen. Darüber hinaus kann es sein, dass durch die höhere Anzahl an zu überprüfenden Krankenhausstandorten typische Fehlerquellen schneller erkannt und in der Prüfroutine und Kontrolle anderer Standorte berücksichtigt werden können, sodass der Prozess schneller vonstattengeht. Dazu kommt, dass der *standortunabhängige Aufwand* sich ggf. nicht so stark auf den Gesamtaufwand pro Standort auswirkt, wenn dieser auf mehrere Standorte umgelegt werden kann, als wenn beispielsweise nur wenige Standorte geprüft werden. Ebenfalls könnte die *Anzahl der prüfenden Personen* einen Einfluss haben. Aus den Einzelinterviews ging hervor, dass die meisten Landesgeschäftsstellen die Zweiterfassung mit zwei Personen durchführen. Andere berichteten aber auch von einer Prüfung durch nur eine Person vor Ort.

4.1.4 Arbeitsphasenspezifische Aufgaben

Die zeitlichen Unterschiede werden insbesondere in Bezug auf die verschiedenen Arbeitsphasen deutlich, die für beide Akteure mit ihren jeweiligen Aufgaben einhergehen. Aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben der beteiligten Akteure können diese nicht miteinander verglichen werden, weshalb sie folgend für die Krankenhausstandorte und die prüfenden Institutionen getrennt diskutiert werden.

Krankenhausstandorte

Der Aufwand in den Arbeitsphasen (vgl. Abschnitt 3.1.1) zeigte, dass die *Vorbereitung* bei der Hälfte aller Standorte die höchsten Aufwände generierte, insbesondere bei den Standorten mit relativ hohen Aufwänden insgesamt. Im Durchschnitt wurden 12,7 Stunden pro Krankenhausstandort für die *Vorbereitung* aufgewandt. Die Arbeitsphase *Vor-Ort-Überprüfung* dauerte im

Durchschnitt 9,8 Stunden und die *Nachbereitung* 6,2 Stunden pro Krankenhausstandort (vgl. Abbildung 5).

Diese Arbeitsphase variierte allerdings über alle Standorte hinweg zwischen 3,5 und 37 Stunden stark bei unterschiedlicher Aktenanzahl. Dass der zeitliche **Aufwand für die Vorbereitung seitens der Krankenhausstandorte am größten** war, scheint zum einen auf den von diesen angegebenen Arbeitsschritt „interne Durchsicht der Akten auf Vollständigkeit und wichtige Informationen“ zurückzuführen zu sein (vgl. Abschnitt 3.1.1). In beiden mit den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhausstandorte geführten Einzelinterviews wurde beispielsweise berichtet, dass in Vorbereitung auf die Überprüfung zuvor selbstständig ein Datenabgleich vorgenommen wurde sowie das Krankenhauspersonal über die anstehende Prüfung aufgeklärt und eingearbeitet wurde. Beides waren Standorte mit relativ hohen Aufwänden in der Vorbereitung von 31 und 14 Stunden (für 20 und 5 Akten).

Es war tendenziell zu erkennen, dass der Aufwand an den Krankenhausstandorten, die durch den Medizinischen Dienst geprüft wurden, etwas höher war, wenngleich dies erheblich zwischen den betroffenen Standorten variierte. Somit könnte die Prüfinstitution einen Ausschlag gegeben haben, dass bei Ankündigung der Prüfung durch den Medizinischen Dienst mehr Zeit in die Vorbereitung (respektive Nachbereitung) seitens der Krankenhausstandorte investiert wurde (vgl. Abbildung 6). Allerdings erfolgte eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst nur an 4 der 16 teilnehmenden Krankenhausstandorte, sodass der Unterschied auch rein zufällig entstanden sein könnte.

Außerdem ist die Anzahl der beteiligten Berufsgruppen ein Einflussfaktor für den Aufwand, insbesondere der Vorbereitungsphase. Der meiste Aufwand von fast allen am Prozess beteiligten Berufsgruppen wurde in die Vorbereitung investiert (vgl. Abbildung 11). Hier scheinen an den Krankenhausstandorten unterschiedliche viele Personen einer Berufsgruppe in unterschiedlicher Zeit beteiligt worden zu sein. Die beteiligte Anzahl der Personen einer Berufsgruppe wurde allerdings nicht erhoben.

Die Angaben zur Arbeitsphase *Vor-Ort-Überprüfung* variierten zwischen 4 und 23 Stunden pro Krankenhausstandort bei unterschiedlicher Aktenanzahlen. Bei gleicher Aktenanzahl von beispielsweise 20 Akten variierten die Angaben hingegen genauso stark (zwischen 7 und 23 Stunden). Für diese Arbeitsphase wurden keine vom IQTIG abweichenden Arbeitsschritte genannt, sodass die Variation zwischen den Krankenhausstandorten nicht auf unterschiedliche Arbeitsschritte zurückgeführt werden kann. Ebenso wie in der Phase *Vorbereitung* wurde bei der *Vor-Ort-Überprüfung* ein unterschiedlicher Zeitaufwand der beteiligten Berufsgruppen angegeben, welcher einen Großteil der Variation erklären könnte. So wurde beispielsweise in einem Einzelinterview berichtet, dass eine zusätzliche Person ganztägig bei der Überprüfung als Zeuge anwesend war oder weitere Personen zu den Abschlussgesprächen hinzukamen.

Die Aufwände in der Phase *Nachbereitung* variierten zwischen keinem Aufwand bis hin zu 24 aufgewandten Stunden. Einige Krankenhausstandorte gaben mit 21,5 Stunden und 24 Stunden einen sehr hohen Aufwand im Vergleich zu den anderen Krankenhausstandorten an. Die Beschreibung der Inhalte für diese Arbeitsphase durch die Krankenhausstandorte in der online-

basierten Befragung lassen jedoch auf keinerlei umfassenden Aufwand schließen, der die zeitlichen Aufwände erklären würde (vgl. Anhang B, Tabelle 3). Aus dem Einzelinterview mit einem Krankenhausvertreter, der sehr hohe Angaben zu dieser Phase machte, ging jedoch hervor, dass hier auch intern angestoßene Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentationsqualität mitgezählt wurden. Dies lässt darauf schließen, dass nachgelagerte interne Maßnahmen ggf. trotz des expliziten Ausschlusses in Form eines Hinweises in der onlinebasierten Befragung bei der Angabe von Aufwänden mitberücksichtigt wurden und es dadurch zu einer Verzerrung des Aufwands in dieser Arbeitsphase kam. Allerdings ist der Aufwand insgesamt in der Nachbereitungsphase durchschnittlich pro Krankenhausstandort eher gering.

Prüfende Institutionen

Im Gegensatz zu den Aufwänden der Krankenhausstandorte kann für die prüfenden Institutionen festgehalten werden, dass die Arbeitsphase der *Vor-Ort-Überprüfung* die höchsten Aufwände verursachte, welche im Durchschnitt bei 10,0 Stunden pro Krankenhausstandort lagen (Abbildung 21). Die *Vorbereitung* betrug über alle Module und Institutionen hinweg durchschnittlich 5,3 Stunden und die *Nachbereitung* 2,2 Stunden pro Krankenhausstandort.

Insgesamt war der Aufwand für die *Vorbereitung* der prüfenden Institutionen pro Krankenhausstandort mehr als doppelt so niedrig im Vergleich zur aufgewandten Zeit der Krankenhausstandorte für diese Phase. Hohe Vorbereitungszeiten entstanden insbesondere bei 2 Medizinischen Diensten. Ob es sich dabei um eine möglicherweise erstmalig erfolgte Zweiterfassung der Medizinischen Dienste handelte, wurde nicht erhoben. Allerdings hatte ein Medizinischer Dienst auch die allgemein niedrigsten Aufwände, sodass von einer **sehr heterogenen Vorbereitung auf die Zweiterfassung durch die prüfenden Institutionen** ausgegangen werden muss.

Die Variation der Aufwände insbesondere in Bezug auf die Arbeitsphase der *Vor-Ort-Überprüfung* (Abbildung 21) könnte teilweise auf die verschiedenen Größen der Prüfteams zurückzuführen sein. Aus den geführten Einzelinterviews wurde deutlich, dass manchmal nur eine Person alleine die Zweiterfassung durchführte, manchmal aber auch zwei Mitarbeitende vor Ort waren. Die Personenzahl wurde in der onlinebasierten Befragung jedoch nicht erhoben.

Ein möglicher weiterer Einflussfaktor ist die **Anfahrtszeit**, welche von immerhin 9 prüfenden Institutionen bei der Definition dieser Phase in der onlinebasierten Befragung angegeben wurde. Auch aus den Einzelinterviews ging hervor, dass ein großer Aufwand durch die Fahrzeiten entstanden wäre. So kann davon ausgegangen werden, dass größere Bundesländer mehr Stunden für die Fahrt hin zum und zurück vom Krankenhaus aufwenden mussten als kleinere Bundesländer, was einen Teil der Variation der Aufwände erklären kann.

Weitere Variationen können sich durch die Anwendung oder Nichtanwendung des Zweiterfassungstools ergeben haben, da ein höherer Aufwand für diejenigen verzeichnet wurde, die vor Ort ausschließlich in Papierform dokumentiert haben.

Eine Reduktion des Aufwands in der Arbeitsphase *Nachbereitung* wird als nicht möglich oder vor allem als nicht sinnvoll empfunden.

4.1.5 Einbezug von Maßnahmen

Bei fast allen Krankenhausstandorten (13 von 16) des Umfrage-Sample-KH wurden nach der Zweiterfassung Maßnahmen entweder durch die prüfende Institution oder eigenständig angestoßen (Abbildung 13). Diese Maßnahmen gestalteten sich in Form von Schulungen oder Optimierungen der Dokumentationsstandards, die dem Krankenhausstandort bereits im Gespräch vor Ort durch die prüfenden Institutionen vorgeschlagen wurden. Seitens der prüfenden Institutionen haben 6 unterschiedliche Institutionen für 14 Krankenhausstandorte Maßnahmen angestoßen (Abbildung 25) und damit für ca. 29 % der durch das Umfrage-Sample-pl geprüften Krankenhausstandorte. Hierdurch wird deutlich, dass **Maßnahmen ein wesentlicher Bestandteil des Datenvalidierungsverfahrens** gemäß § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL zu sein scheinen, welche im Anschluss an eine Zweiterfassung vor Ort angewendet werden. Entsprechend des Verweises auf die Anwendung der Regelungen zum Strukturierten Dialog gemäß § 11 bis § 14 QSKH-RL sind die Elemente „Besprechung“, „Begehung“ und „Zielvereinbarung“ und darüber hinaus auch „Sonstiges“ in der onlinebasierten Befragung erfasst worden. Da diese Maßnahmen gemäß § 9 Abs. 7 Satz 1 QSKH-RL jedoch erst bei standortbezogenen Auffälligkeiten anzuwenden sind, muss davon ausgegangen werden, dass diese auch entsprechend vorlagen. Inwiefern die in 29 % der Standorte eingeleiteten Maßnahmen der geprüften Standorte des Umfrage-Samples-pl auch auf die weiteren im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich geprüften Standorte übertragbar sind oder gar auch in der Höhe in den Vorjahren erfolgten, kann nicht beantwortet werden. Zumindest zeigt der Anteil an Maßnahmen auch eine gewisse **Relevanz, im Nachgang an die Vor-Ort-Überprüfung tätig zu werden** und das Verfahren eben nicht mit der Übermittlung der Ergebnisse der Zweiterfassung zu beenden. Ein Großteil der Maßnahmen besteht aus dem Gespräch zwischen den beiden Akteuren, aber zum Teil auch aus nachgelagerten Maßnahmen wie dem Zusenden von Nachweisen aus Schulungen. Maßnahmen dieser Art sollten daher bei Bedarf zwingend zum Zweiterfassungsprozess dazugehören. Zusätzlich wurde angemerkt, dass die aufgezählten Maßnahmen, die in der onlinebasierten Befragung vorgegeben wurden, nicht immer gemäß den Maßnahmen der Regelungen zum Strukturierten Dialog verstanden wurden. So fanden manche Landesgeschäftsstellenvertretende den Begriff Maßnahmen zu hoch gegriffen. Der unterschiedliche Einsatz von Maßnahmen sowie deren Ausgestaltung könnten daher eine relevante Einflussgröße auf den zeitlichen Aufwand beider Akteure darstellen.

4.2 Nutzen

Die Krankenhausstandorte sind danach gefragt worden, wie wahrscheinlich ihrer Einschätzung nach die Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten die Qualität der Dokumentation in den Folgejahren verbessern werde. Insgesamt schätzen 13 der 16 Krankenhausstandorte diesen Effekt als „eher wahrscheinlich“ bis „sehr wahrscheinlich“ ein (vgl. Abbildung 14). Die Einschätzung „eher unwahrscheinlich“ kam z. B. aufgrund einer schon bestehenden guten Dokumentationsqualität zustande.

Die prüfenden Institutionen sind danach gefragt worden, inwieweit die Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten aus ihrer Sicht sinnvoll ist, die Qualität der Dokumentation an den jeweiligen geprüften Krankenhausstandorten zu verbessern. Auch bei den prüfenden Institutionen

wurde die Zweiterfassung von der Mehrheit als „eher sinnvoll“ oder „sehr sinnvoll“ eingeschätzt, um eine Verbesserung der QS-Dokumentation des jeweiligen Standorts zu erzielen (10 von 14); (Abbildung 27). In den Einzelinterviews berichteten sowohl die Krankenhausstandorte als auch die prüfenden Institutionen über eine sichtbare Verbesserung der Dokumentationsqualität durch die Zweiterfassung. Dies bedeutet, dass neben dem Aufwand, der entsteht, auch eingeschätzt wurde, dass die Zweiterfassung einen positiven Effekt auf die Dokumentationsqualität hat. Dies wurde zum Teil nicht nur für das geprüfte QS-Verfahren so bewertet, sondern insgesamt für den Krankenhausstandort abgeleitet. So werden in einem Krankenhausstandort auch **Transfereffekte** durch fachabteilungsübergreifende Verbesserungsmaßnahmen angestrebt.

Da davon ausgegangen wird, mit diesem Verfahren die Dokumentationsqualität auch verbessern zu können, wird zugleich deutlich, dass es den prüfenden Institutionen **nicht nur um einen reinen Datenabgleich mit Prüfergebnis geht, sondern zusätzlich um die nachhaltige Verbesserung der QS-Dokumentation am Krankenhausstandort.**

Den konkreten Nutzen einer Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten haben die meisten Krankenhausstandorte in der *Überprüfung oder Bestätigung der bisherigen Dokumentationsqualität mit Verbesserungsvorschlägen bei Abweichung* gesehen. Aus Sicht der Landesgeschäftsstellen ergibt sich aus der Zweiterfassung ein Nutzen für die Krankenhausstandorte aus der *Identifikation von Fehldokumentationen*, die sonst nicht auffallen würden, und daraus folgend aus einer Verbesserung der Dokumentationsqualität. Insbesondere die unmittelbare Erörterung von Dokumentationsproblemen der Fälle, die vor Ort behandelt wurden, sei wichtig, was auch von den Krankenhausstandorten so gesehen wurde. Als ein weiterer Nutzen für die Krankenhausstandorte wurde aus Sicht der Landesgeschäftsstellen auch die Darstellung der Wichtigkeit der erhobenen Daten und die Sensibilisierung für die Datenvalidität in der Qualitätssicherung als Ganzes beschrieben. Diese Erkenntnis der Relevanz wurde gemäß den Einzelinterviews mit den Krankenhausstandorten besonders durch die Zweiterfassung noch einmal gefördert.

Ein durchaus interessantes Argument für das bisher bestehende Datenvalidierungsverfahren wurde durch einen Krankenhausstandort sowohl in der onlinebasierten Befragung im Textfeld als auch im qualitativen Einzelinterview genannt, nämlich die Motivation. Diese sei bei einer externen Kontrolle im Rahmen einer konstruktiven Prüfung deutlich höher in Bezug auf eine Dokumentationsverbesserung. Eine externe Kontrolle würde zudem die Relevanz der korrekten QS-Dokumentation unterstreichen. Durch diese Argumente wird auch deutlich, dass **eine offiziell in einer Richtlinie verortete und damit obligatorische Prüfung förderlich** sein und zu höheren Dokumentationserfolgen beitragen kann. Gegebenenfalls wären die oben angesprochenen Möglichkeiten der Dokumentationsschulungen anhand von Fallbeispielen an diesem Krankenhausstandort weniger nützlich gewesen, als es die tatsächliche Vor-Ort-Überprüfung war. Zusätzlich könnte sich auf die Motivation auch ausgewirkt haben, dass die Landesgeschäftsstelle die Zweiterfassung als sinnvoll bewertete und daher der Förderungscharakter für eine gute Dokumentation stärker im Vordergrund stand.

Gemäß den Landesgeschäftsstellen diene die Zweiterfassung ebenso als Schulungsmaßnahme, um die Dokumentation zu verbessern, und enthält neben dem Prüfungscharakter

eben auch den der Förderung. Diese Perspektive könnte den Unterschied im Aufwand derjenigen Landesgeschäftsstellen begründen, welche die Zweiterfassung als „eher nicht sinnvoll“ oder „überhaupt nicht sinnvoll“ ansahen. Der zeitliche Aufwand der prüfenden Institutionen war größer, je eher sie die Zweiterfassung als sehr sinnvoll betrachteten.

Argumente aus den Einzelinterviews mit denjenigen Landesgeschäftsstellen, die die Zweiterfassung als weniger sinnvoll erachten, waren, dass die statistische Repräsentativität nicht ausreichend sei für Schlussfolgerungen oder schlecht konzipierte Datenfelder/Ausfüllhinweise ursächlich für niedrige Übereinstimmungsraten sein. Es wurde weniger der Förderungscharakter für eine gute Dokumentation bestehender Datenfelder in der Zweiterfassung gesehen, sondern vielmehr eine grundsätzliche methodische Neuausrichtung oder Abschaffung des Verfahrens durch automatisierte Übernahmen der QS-Dokumentation angemerkt.

In Bezug auf eine Erhöhung des Nutzens des Zweiterfassungsverfahrens sind für die Krankenhausstandorte konkrete Hinweise bezüglich der QS-Dokumentation im Anschluss an die Überprüfung besonders wichtig, weshalb ein **Abschlussgespräch** wie bereits o. g. **fester Bestandteil des Prozesses der Zweiterfassung** sein sollte. Inwiefern die als wichtig erachtete Art der o. g. Fallbesprechung auf abstrakter Ebene anhand von Beispielen in **generellen Dokumentations-schulungen für Krankenhausstandorte** denselben (subjektiv empfundenen) Nutzen bringen, kann an dieser Stelle nicht abgeschätzt werden. Allerdings könnte diese Art der **Wissensvermittlung** ein Weg sein, eine gute Dokumentationsqualität an mehr Krankenhausstandorten als den überprüften zu erzielen.

Eine zusätzliche Erhöhung des Nutzens wird in einer verbesserten Spezifikation mancher Datenfelder oder optimierten Ausfüllhinweisen gesehen. In einem Einzelinterview wurde der Vorschlag gemacht, ein Feedback zu den Datenfeldern direkt über das KIS-System zu ermöglichen. Eine Einschätzung des IQTIG hierzu kann nicht vorgenommen werden. **Vielmehr sollten aber die Erkenntnisse aus der Zweiterfassung standardisiert und gebündelt an das IQTIG übermittelt werden.** Hierzu könnten die Gründe von Dokumentationsfehlern entweder in Form von Berichten durch die prüfenden Institutionen an das IQTIG kommuniziert werden oder durch eine um diese Funktion erweiterte Version des Zweiterfassungstools (siehe Abschnitt 4.3.5). Durch eine gebündelte und schnelle Rückmeldung an das IQTIG würde sich ein unmittelbarer Nutzen für die QS-Verfahrenspflege ergeben.

Aufwand und Nutzen

Eine abschließende Aufwand-Nutzen-Abschätzung kann nicht vorgenommen werden, da der Nutzen nicht operationalisiert und damit nicht objektiv gemessen wurde, sondern lediglich als subjektiv empfundener Nutzen durch die beteiligten Akteure aus ihrer Sicht beschrieben und bewertet wurde. Der Aufwand wurde zwar in Zeiteinheiten erfasst, **eine abschließende Bewertung seitens des IQTIG, ob die angegebenen Aufwände für die Krankenhausstandorte oder prüfenden Institutionen nun zu hoch, angemessen oder gar zu niedrig sind, ist nicht machbar.** Hierzu fehlt eine Bezugsgröße, welche den anfallenden Aufwand in ein Verhältnis rückt. Daher kann sich einer Aufwand-Nutzen-Abschätzung nur angenähert werden. Insbesondere die Einzelinterviews zeigen, dass diese differenzierte Einordnung an der Stelle schwierig erschien. So

wurden beide Akteure gefragt, inwiefern sie den Aufwand der Zweiterfassung vor dem Hintergrund des Aufwands, der für die gesamte Qualitätssicherung betrieben wird, einschätzen. Sowohl aus den Ergebnissen der onlinebasierten Befragung als auch aus den geführten Einzelinterviews werden zwei Aspekte deutlich: Subjektiv wurde der Aufwand meist als hoch eingeschätzt oder bei den Krankenhausstandorten als zusätzlich, mehrheitlich wurde eben aber auch ein subjektiver Nutzen im Gesamtprozess gesehen.

4.3 Ansatzpunkte für Optimierungsmöglichkeiten

Zur Eruierung möglicher Ansatzpunkte für eine Reduktion des zeitlichen Aufwands wurden die prüfenden Institutionen und Krankenhausstandorte dazu befragt, wie der Aufwand, der für diese durch die Zweiterfassung entsteht, am geeignetsten reduziert werden könne, ohne auf einen Abgleich zwischen QS-Dokumentationsdaten und Patientenakte zu verzichten. Folgende Themen konnten anhand der onlinebasierten Befragung ausgemacht werden:

- Krankenhausstandorte: *Digitalisierung, Anpassung Prüfausmaß und bessere Vorbereitungs-möglichkeiten* (Anhang B, Tabelle 4).
- Prüfende Institutionen: *Anpassung Prüfausmaß, Tooloptimierung, Personal, Verbesserung der QS-Bögen, Digitalisierung und Standardisierung der Prozessabläufe* (Anhang D, Tabelle 12).

Aus den Einzelinterviews gingen zusätzliche Themen hervor:

- Krankenhausstandorte: *Kommunikation, Schulungsmaßnahmen, Erweiterung der Plausibilisierung* und erneut *Digitalisierung* (Anhang F, Abbildung 1).
- Prüfende Institutionen: Aspekte zum *Stichprobenverfahren mit Datenabgleich*, zum *gezielten Datenabgleich*, zu den *Datenfeldern* oder *zusätzlichen Möglichkeiten* neben der Zweiterfassung als auch *Ziele* der Datenvalidierung (Anhang H, Abbildung 2).

Die genannten Inhalte beider Akteure, die sich aus den zwei Erhebungen ergeben haben, werden in den folgenden sechs Abschnitten zu möglichen Ansatzpunkten für eine Optimierung oder Neuaufstellung der Zweiterfassung zusammengefasst.

4.3.1 Ziele der Datenvalidierung

Die Zielsetzung der Datenvalidierung sei nicht hinreichend definiert und der Zweck der Zweiterfassung bliebe unklar, wurde in einem Einzelinterview berichtet. Da die Zielsetzung von unmittelbarer Wichtigkeit ist, soll hierzu zuerst Stellung genommen werden. Eine genaue Zielsetzung geht aus § 9 der QSKH-RL nicht hervor, aber in den tragenden Gründen zu § 9 wird auf die zentrale Bedeutung der Sicherstellung einer hohen Dokumentationsqualität verwiesen. Zusätzlich wird die Förderung der Dokumentationsqualität genannt, indem beschrieben wird, dass Krankenhäuser mit gehäuften Dokumentationsfehlern besser unterstützt werden und durch die Krankenhausstandorte optimierte Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentation vorgenommen werden sollen (G-BA 2017). Daher gab es im bisher durchgeführten Datenvalidierungsverfahren zwei zentrale Ziele: die Sicherstellung und die Förderung einer hohen Dokumentationsqualität. Für zukünftige Überlegungen zu einem möglichen Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sowie einem gezielten Datenabgleich könnte darüber hinaus angedacht werden,

die **Ziele je Verfahrenselement der Datenvalidierung weiter zu konkretisieren**. Wenn das Hauptziel die Verbesserung der QS-Dokumentation ist, reicht eine stichprobenartige Überprüfung in Rahmen des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich allerdings nicht aus. Daher wären konkrete Zielstellungen für beide Verfahrenselemente wichtig. Hierdurch könnte eine höhere Akzeptanz sowie Klarheit seitens der Prüfenden wie auch der überprüften Leistungserbringer generiert werden. Durch die Festschreibung von Zielen besteht zusätzlich die Möglichkeit, den Grad der Erreichung dieser auch zu messen. Ebenso dazugehören sollten Überlegungen zu möglichen Folgen der Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens.

4.3.2 Standardisierung der Prozessabläufe

Die festgestellten variierenden Aufwände zwischen den prüfenden Institutionen wie auch zwischen den Krankenhausstandorten für die Zweiterfassung zeigten, dass unterschiedliche Einflussfaktoren eine Rolle spielen können. Ein Einflussfaktor war beispielsweise die Anwesenheit unterschiedlicher Berufsgruppen in anzunehmender differierender Anzahl. Aber auch Variationen der Aufwände in jeder einzelnen Arbeitsphase sowie der Einbezug eines Abschlussgesprächs oder angestoßene Maßnahmen tragen zu Unterschieden in den Aufwänden bei (s. o.). Vor dem Hintergrund des sehr heterogenen Zeitaufwands, der durch die Datenvalidierung insgesamt (nicht nur vor Ort) sowohl bei den prüfenden Institutionen als auch bei Krankenhausstandorten aufgekomen ist, könnten deutlichere **Vorgaben in Bezug auf einen standardisierten Prozessablauf** angedacht werden.

Eine strukturierte Vorbereitung und Absprachen zwischen Landesgeschäftsstelle und Krankenhausstandort wurden beispielsweise auch durch die Krankenhausstandorte unter dem Aspekt *bessere Vorbereitungsmöglichkeiten* genannt. Gewünscht wurde eine klare Agenda und Prozessstruktur zur Fallbearbeitung. Die Mitteilung weiterer Vorbereitungsdetails wurde auch durch eine Krankenhausvertreterin in einem Einzelinterview noch einmal bekräftigt.

Angesichts des bei der Zweiterfassung durch den Krankenhausstandort unterschiedlich eingesetzten *Personals* und der durchaus einheitlich genannten Bedarfen der prüfenden Institutionen in Bezug auf den Wunsch der Anwesenheit von qualifiziertem Personal seitens der Krankenhausstandorte sollten zudem Überlegungen für eine mögliche Vorgabe zu diesen angestellt werden. Qualifiziertes Personal seitens der Krankenhausstandorte könne gemäß den Landesgeschäftsstellen den Aufwand aufseiten der prüfenden Institutionen reduzieren. Insbesondere bei digital archivierten Akten und unterschiedlichen Krankenhausinformationssystemen könne das Auffinden der relevanten Daten schneller erfolgen. Seitens der Landesgeschäftsstellen wird hinsichtlich der Personalbeteiligung am Krankenhausstandort meistens eine Person, die sich mit den Akten auskennt, sowie eine QS-erfahrene Ärztin bzw. ein QS-erfahrener Arzt gewünscht. Aus den Einzelinterviews mit den Landesgeschäftsstellen ist jedoch auch hervorgegangen, dass eine Standardisierung zwar hilfreich sein könne, aufgrund der Besonderheiten vor Ort die Ausgestaltung jedoch im Ermessen der Landesgeschäftsstellen bleiben sollte. Ein standardisierter Ablauf bzw. Vorgaben zur Anwesenheit des Personals seitens der Krankenhausstandorte sowie Festlegungen oder einheitliche Hinweise zum Prozess für die Krankenhausstandorte könnten nach Einschätzung des IQTIG beispielsweise zur Vermeidung langer Vorbereitungszeiten der Krankenhausstandorte und damit ggf. entscheidend zur Aufwandsreduktion beitragen. Seitens der

prüfenden Institutionen haben in den meisten Fällen zwei Personen die Zweiterfassung vorgenommen, von denen eine Person Ärztin oder Arzt war. Durch die Prüfung auf Augenhöhe sollte eine Vertrauensbasis geschaffen werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der genannten Nutzenaspekte erscheint eine qualifizierte Besetzung der Prüfenden wichtig. Eine mit dem Medizinischen Dienst zusammen durchgeführte Zweiterfassung wurde als effektiv bewertet, weshalb diese Form der Zweiterfassung weiterhin möglich bleiben sollte. **Daher sollte im Rahmen möglicher Überlegungen zu einem standardisierten Ablauf auch über Personalvorgaben nachgedacht werden.**

In die Überlegungen zur Erstellung eines Prozessstandards sollten das bereits durch das IQTIG erstellte **Handbuch zur Datenvalidierung** sowie die durch das IQTIG angebotenen Schulungen zur Zweiterfassung einbezogen werden. Das IQTIG gibt in einer „Anleitung zur Datenfeldzweiterfassung“ (eigenes Kapitel) des jährlich aktualisierten Handbuchs zur Datenvalidierung Hinweise zu den zu erfassenden Datenfeldern und nennt auch Referenzdokumente, in denen die Datenfelder abgebildet sein sollten. Im Handbuch stehen zusätzliche Vorgaben zum Umgang mit nicht ersichtlichen oder unklaren Werten. Hierdurch soll eine möglichst einheitliche Erfassung der Datenfelder gewährleistet werden. Zusätzlich erfolgen vor dem Beginn der Zweiterfassung jedes Jahr Schulungen durch das IQTIG, in welchen Besonderheiten der Datenfeldzweiterfassung besprochen werden und das Zweiterfassungstool mit Beispieldatensätzen erprobt werden kann. Aus den während des Prozesses gestellten Anfragen an das IQTIG wird zum Teil deutlich, dass das Handbuch nicht immer für die Zweiterfassung vor Ort herangezogen wurde. Auch hieraus könnte sich ein Einfluss auf den unterschiedlichen Aufwand der prüfenden Institutionen ergeben haben. **Einschränkend zu erwähnen ist, dass das Handbuch keinen Prozessstandard abbildet. Zu hinterfragen ist an dieser Stelle auch, ob die optionalen Schulungen seitens des IQTIG ihren Effekt erzielt haben. Daher könnte ein Prozessstandard ggf. deutlich zu einer Aufwandsreduktion beitragen.**

Auch durch die prüfenden Institutionen wurden in der onlinebasierten Befragung und den Einzelinterviews Hinweise gegeben, welche Komponenten geändert werden könnten. So wurde durch eine Landesgeschäftsstelle vorgeschlagen, im Vorfeld mit den Standorten festzulegen, in welchen Dokumenten welche Angaben zu finden seien, und für die Suchzeit ein Zeitlimit festzulegen. Dieser Vorschlag könnte aus Sicht des IQTIG zu einer Benachteiligung von Krankenhausstandorten führen, deren Patientenakten einen anderen Aufbau haben. Eine Festlegung von Suchzeiten würde eine einheitliche Aktenführung aller Standorte voraussetzen. Auch wenn der grundlegende Aufbau ähnlich ist, ist die Dokumentenführung der Krankenhausstandorte in eben derer Verantwortung. Daher wird dieser Ansatz für nicht praktikabel gehalten. Eine auch von den Krankenhausstandorten gewünschte Übermittlung der QS-Dokumentationsdaten eines jeden zu prüfenden Falles im Vorfeld wird durch das IQTIG ebenfalls nicht befürwortet. Die Krankenhausstandorte kennen die von ihnen übermittelten QS-Dokumentationsdaten und daher stellt sich die Frage, inwiefern durch dieses Vorgehen eine Aufwandsreduktion an den Krankenhausstandorten erzeugt werden kann. Es könnte im Gegenteil davon ausgegangen werden, dass eigene Validierungen vorab erfolgen würden, die den zeitlichen Aufwand in der Vorbereitung auf eine Zweiterfassung noch erhöhen.

Insgesamt bleibt damit festzuhalten, dass die Optimierung von Einzelkomponenten an dieser Stelle eher Stückwerk wäre und daher seitens des G-BA über einen zukünftig gültigen Prozessstandard unter Berücksichtigung von **Best-Practice-Beispielen** der prüfenden Institutionen (wenig Aufwand, viele Standorte) nachgedacht werden könnte. Für die Erstellung eines Prozessstandards sollte die **Einbindung der Landesgeschäftsstellen sowie der Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer** erfolgen.

4.3.3 Digitalisierung

Zu diesem Thema wurden von den Krankenhausstandorten die Einführung der elektronischen Akte oder die reine Verwendung digitaler Akten im Krankenhausinformationssystem genannt. Beides sind an dieser Stelle Aspekte, die mit der Digitalisierung des Gesundheitssystems insgesamt zusammenhängen und die bei einer Weiterentwicklung des Datenvalidierungsverfahrens berücksichtigt werden sollten. Einschränkend wird von einem Krankenhausstandort im Einzelinterview selbst darauf verwiesen, dass aktuell noch nicht alle Krankenhausstandorte digitalisierte Akten hätten, was eine digitale Durchführung der Zweiterfassung erschweren könne. Die prüfenden Institutionen würden die Einführung eines onlinebasierten Verfahrens für den Datenabgleich begrüßen, was eine flexiblere Terminfindung und den Wegfall von Anfahrtszeiten der prüfenden Institutionen insbesondere in Flächenländern ermöglichen würde. Der Aspekt wurde sowohl in der onlinebasierten Befragung als auch in den Einzelinterviews genannt. Allerdings wurde an dieser Stelle auch darauf verwiesen, dass eine digitale Lösung nicht immer effizienter sein muss, weshalb der Wunsch auch darin bestand, den Landesgeschäftsstellen diese Möglichkeit zwar zu eröffnen, die Entscheidung des Einsatzes darüber aber bei den prüfenden Institutionen zu belassen. Beide Akteure verwiesen beim Thema Digitalisierung darauf, dass das persönliche Gespräch auch bei einer digitalen Vorgehensweise erhalten bleiben solle und der Abgleich nicht durch eine Portallösung oder schriftliche Bescheide ersetzt werden soll. Eine entsprechende datenschutzrechtlich gesicherte Technik wird vorausgesetzt. **Das IQTIG empfiehlt daher eine Prüfung der Möglichkeit für die Durchführung einer digitalen Zweiterfassung in Form einer Webkonferenz für einen fakultativen Einsatz seitens der prüfenden Institutionen.**

4.3.4 Anpassung Prüfausmaß

In Bezug auf das Prüfausmaß sollten sowohl für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich als auch den gezielten Datenabgleich bei Übernahme in die DeQS-RL Festlegungen getroffen werden.

Beide Verfahrenselemente beinhalten eine Zweiterfassung der QS-Dokumentationsdaten an den Krankenhausstandorten und damit den gleichen Prüfprozess. Die Auslösung beider Elemente ist aber eine grundlegend andere. Im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich werden jährlich bis zu drei QS-Verfahren oder Module überprüft. Dabei werden 2 QS-Verfahren oder Module durch die auf Landesebene beauftragten Stellen und ein QS-Verfahren oder Modul durch das IQTIG (direktes/bundesbezogene QS-Verfahren) geprüft. Es ist vorgesehen, dass jedes QS-Verfahren innerhalb von 10 Jahren überprüft werden soll. Die Auswahl der Krankenhausstandorte erfolgt zufällig nach einem festgelegtem Verfahren. So werden für die indirekten/länderbezogenen QS-Verfahren oder Module pro Bundesland und pro Verfahren jeweils 5 % der

Krankenhausstandorte gezogen. Krankenhausstandorte mit weniger als 4 Fällen sind ausgenommen. Bei den bundesbezogenen QS-Verfahren oder Modulen werden pro Verfahren 5 % der Krankenhausstandorte zufällig gezogen. Einzubeziehen sind mindestens aber 4 Krankenhausstandorte und mindestens 40 Fälle (vgl. § 9 Abs. 4 QSKH-RL). Die Auswahl der Akten an den Krankenhausstandorten erfolgt ebenfalls zufällig mit einer Maximalanzahl von 20 zu prüfenden Fällen.

Der gezielte Datenabgleich wird auf Grundlage der Ergebnisse des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich ausgelöst. Sowohl besonders häufige als auch relevante Dokumentationsfehler, die an einem Krankenhausstandort festgestellt wurden, führen zu einer erneuten Überprüfung desselben Krankenhausstandortes im Folgejahr mit erneut 20 zufällig gezogenen zu prüfenden Akten. Durch die Erweiterung des Datenvalidierungsverfahrens um das Element des gezielten Datenabgleichs gemäß § 9 Abs. 3 QSKH-RL ergibt sich eine maximale Überprüfung von 6 QS-Verfahren oder Modulen in einem Jahr. Dabei können 4 QS-Verfahren oder Module durch die auf Landesebene beauftragten Stellen und 2 QS-Verfahren oder Module durch das IQTIG zu überprüfen sein. Die Standortanzahl variiert dabei stark, da einerseits nicht abzuschätzen ist, inwiefern Fehldokumentationen der im Stichprobenverfahren überprüften Krankenhausstandorte vorliegen werden und die Krankenhausstandorte daher erneut im Folgejahr geprüft werden müssen. Andererseits hängt das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich in Bezug auf die Anzahl der zu prüfenden Krankenhausstandorte wiederum von der Anzahl der leistungserbringenden Krankenhausstandorte des überprüften QS-Verfahrens oder Moduls ab. Hierdurch ergeben sich **Unsicherheiten in Bezug auf die jährliche Anzahl der zu überprüfenden Krankenhausstandorte** bei den prüfenden Institutionen, also den auf Landesebene beauftragten Stellen, dem Medizinischen Dienst bei Beauftragung und dem IQTIG.

Wie bereits zum Thema Aufwand beschrieben, ergeben sich Einflussfaktoren für den Aufwand aufgrund des ausgewählten zu prüfenden QS-Verfahrens bzw. Moduls, für welches entsprechend § 9 Abs. 4 Satz 4 QSKH-RL mindestens diejenigen Datenfelder, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren verwendet werden, einbezogen werden und erneut zu erfassen sind, sowie aufgrund der Anzahl der zu überprüfender Akten. Auch wenn die Einflüsse beider Faktoren auf den Aufwand unterschiedlich für die Krankenhausstandorte und die prüfenden Institutionen waren, waren dies doch die am häufigsten genannten Ansatzpunkte beider Befragungsgruppen für eine Reduktion des Aufwands.

Seitens der Krankenhausstandorte wurde vorgeschlagen, nur relevante Datenfelder zu prüfen. Es wurde allerdings nicht näher ausgeführt, was unter „relevanten Datenfeldern“ zu verstehen ist. Zur Reduktion der Akten wurde beispielsweise der Vorschlag gemacht, dem Krankenhausstandort zwar weiterhin 20 Fälle zu nennen, vor Ort dann aber zufällig nur 10 davon zu überprüfen. In den Einzelinterviews wurde erwähnt, dass der Aufwand bei 5 überprüften Akten überschaubar war, dies jedoch bei 25 Akten deutlich anders gewesen wäre. Eine Reduktion der Anzahl der Akten würde daher ggf. den Aufwand vor Ort reduzieren sowie auch den Aufwand bei der Vorbereitung insbesondere solcher Krankenhausstandorte, die vor der Überprüfung eine interne Validierung durchführten. Seitens der prüfenden Institutionen ergab sich ein heteroge-

nes Bild in Bezug auf die Reduktion der Aktenanzahl oder Datenfelder. So ging aus den Einzelinterviews zum Teil hervor, dass die Aktenanzahl reduziert werden solle, zum Teil wurde genau diese Reduktion für nicht sinnvoll erachtet, da weniger Akten auch weniger Aussagekraft für die Dokumentation an dem Krankenhausstandort hätten. In Bezug auf die Datenfelder wurde erwähnt, dass der Aufwand für die Anzahl der zu überprüfenden Datenfelder gerechtfertigt sei, da Datenfelder geprüft würden, die relevant für die Indikatorberechnung seien. Eine Reduzierung hätte zur Folge, dass entschieden werden müsse, welche Qualitätsindikatoren wichtiger seien. Es wurde zudem häufig angemerkt, dass die Anzahl der Datenfelder von QS-Verfahren zu QS-Verfahren sehr variieren könne und dass die geprüften Module 09/4 und 09/6 viele Datenfelder enthielten. **Dies bedeutet für die festgestellten Aufwände der Aufwandsschätzung auch, dass diese möglicherweise höher sind, als sie es bei der Prüfung anderer QS-Verfahren oder Module gewesen wären.** In Bezug auf die Datenfelder erfolgte allerdings keine quantitative Abfrage, so dass nicht ermittelt werden kann, inwiefern die Anzahl von Datenfeldern den Aufwand beeinflusst haben könnte. Ein Indikator könnte das Modul sein, welches bei hoher Datenfeldanzahl (Muss-Felder) auch einen höheren Aufwand generierte, wie beispielsweise 09/4 und NEO. Hierzu wurde bereits oben auf den möglichen Einfluss von Kann- und Muss-Feldern hingewiesen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass über verschiedene Aspekte nachgedacht werden sollte:

- Prüfrhythmus der QS-Verfahren und Module
- Anzahl der zu überprüfenden Akten
- Anzahl der zu überprüfenden Datenfelder

Alle 3 Aspekte betreffen unmittelbar die beiden Datenvalidierungselemente: das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich und den gezielten Datenabgleich. Aufgrund der kürzlich erst entwickelten Auslösekriterien für den gezielten Datenabgleich anhand von besonders häufigen oder relevanten Fehldokumentationen (vgl. IQTIG 2020), für welche auch die Gesamtfallzahl des Krankenhausstandorts berücksichtigt wird, empfiehlt das IQTIG, die Auslösekriterien bei Feststellung genau dieser Dokumentationsfehler nicht anzupassen.

Angepasst werden könnte allerdings der Auslösemechanismus des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich. Hier wäre zu überlegen, a) inwiefern die prozentuale Festlegung je QS-Verfahren oder Modul und die festgelegten 20 Prüffälle aussagekräftig und b) leistbar sind. Weiter könnte überlegt werden, inwiefern eine Zufallsauswahl für eine erstmalige Überprüfung erfolgen sollte. Ebenso sollte überdacht werden, ob der 10-Jahres-Rhythmus zur QS-Verfahrens- oder Modulüberprüfung noch sinnvoll ist oder ob nicht andere Faktoren ausschlaggebend für die Überprüfung eines QS-Verfahrens oder Moduls sein sollten. Neben dem Prüfrhythmus für die QS-Verfahrensauswahl sollte auch der Zeitpunkt für eine Zweiterfassung im QS-Jahreszyklus unter Berücksichtigung der weiteren Aufgaben der prüfenden Institutionen gut gewählt werden.

Nach Anpassungen des Auslösekriteriums für die Erstüberprüfung könnte in der Tat überlegt werden, inwiefern die Anzahl der Datenfelder reduziert bzw. die Anzahl der zu prüfenden Akten aussagekräftiger für den Krankenhausstandort gestaltet werden könnte. Diese beiden Faktoren

würden sich auch unmittelbar auf den Prozess des gezielten Datenabgleichs auswirken, für den bisher dasselbe zu prüfende Mengengerüst (Datenfelder und Aktenanzahl) an einem vorab auffälligen Krankenhausstandort vorgesehen war.

Weitere Änderungen bzgl. des gezielten Datenabgleichs werden ansonsten ausschließlich im Rhythmus der Prüfung gesehen. An dieser Stelle sollte überlegt werden, den Rhythmus einer erneuten Prüfung zu ändern, um sicherstellen zu können, dass Krankenhausstandorte auch Verbesserungsmaßnahmen umsetzen konnten. In den Einzelinterviews mit einigen Landesgeschäftsstellen wurde ebenfalls dafür plädiert, den gezielten Datenabgleich erst im zweiten Jahr nach der Erstüberprüfung durchzuführen. Dadurch würde ermöglicht, dass die Zufallsauswahl der Fälle an den erneut zu überprüfenden Krankenhausstandorten nicht aus den Quartalen vor oder während des Stichprobenverfahrens mit Datenabgleich stammen. Auch wenn in der Aufwandsschätzung nur wenige Angaben zum gezielten Datenabgleich vorliegen, erscheinen die Auslösekriterien nicht einen erheblichen Prüfumfang zu erzeugen. Von insgesamt 27 im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zu prüfenden Krankenhausstandorten im QS-Verfahren NEO zum Erfassungsjahr 2018 mussten lediglich 2 Krankenhausstandorte aufgrund von relevanten Dokumentationsfehlern erneut überprüft werden. Daher erscheint das bisherige **Zwei-Stufen-Modell als eine gute Möglichkeit**, die Dokumentationsqualität an den Krankenhausstandorten langfristig zu verbessern.

Durch die Überführung sämtlicher QS-Verfahren in die DeQS-RL und somit durch die Miteinbeziehung von auch sektorenübergreifenden QS-Verfahren ist bei einer Neuausrichtung des Datenvalidierungsverfahrens in Bezug auf eine Zweiterfassung allerdings zusätzlich der ambulante Versorgungssektor zu berücksichtigen, wodurch es zu einer weiteren Ausdehnung des Aufwands bei den prüfenden Institutionen kommen wird. Daher müsste sich über die Methodik aller o. g. Aspekte grundlegend Gedanken gemacht werden, um ein gutes Gesamtkonzept für alle Sektoren zu entwickeln. Die Änderung an einzelnen Stellschrauben würde aufgrund der vielen unterschiedlichen Einflussfaktoren ggf. mit keinen merklichen Aufwandsänderungen einhergehen.

4.3.5 Tooloptimierung

Durch die auf Landesebene beauftragte Stellen wurde zur Aufwandsreduktion zusätzlich eine *Tooloptimierung* angesprochen. Genannt wurden eine bessere Handhabung in Bezug auf abhängige Datenfelder und Plausibilisierungsprüfungen sowie eine Anordnung der Datenfelder im Tool entlang des Aufbaus von Patientenakten. An dieser Stelle sei genannt, dass das Zweiterfassungstool auf die Spezifikation zurückgreift und die Datenfelder entsprechend des QS-Bogens abgebildet werden. Eine grundlegende Umsortierung ist auch aufgrund des individuellen Aufbaus der Patientenakten eines jeden Krankenhausstandortes nicht zielführend. Ebenso sind alle Plausibilisierungsregeln in der Software enthalten und geben einen entsprechenden Hinweis bei nicht korrekt eingetragenen Werten. Allerdings erscheinen diese erst bei Abschluss des Falls, weshalb an dieser Stelle durchaus Optimierungspotenzial bestünde. In den qualitativen Einzelinterviews wurde überdies mitgeteilt, dass die Toolanpassungen der letzten Jahre den Aufwand reduziert hätten. Einige Landesgeschäftsstellen nutzen zusätzlich oder anstelle des Tools bei der Vor-Ort-Überprüfung eine gedruckte Papierversion u. a. zur Absicherung bei etwaigen technischen Problemen.

Die Analysen des Datenmaterials der onlinebasierten Befragung zeigen, dass durch eine Doppelintragung (Tool und Papier vor Ort gleichzeitig) kein erhöhter Aufwand entstanden ist. Hier wäre zu fragen, ob die doppelte Dokumentation durch zwei gleichzeitig vor Ort anwesende Prüfende vorgenommen wurde, weshalb sich möglicherweise kein erhöhter Aufwand abgezeichnet hat. Ein höherer Aufwand wurde nämlich durch die Institutionen verzeichnet, die vor Ort ausschließlich in Papierform dokumentierten und erst im Anschluss an die Vor-Ort-Überprüfung eine Übertragung in das Tool vorgenommen haben (Abbildung 26). Daher wäre im Rahmen einer Prozessstandardisierung zu überlegen, eine Zweiterfassung auf Papier mit anschließender Übertragung aufgrund der doppelten Arbeitsschritte zukünftig auszuschließen.

Eine Tooloptimierung wäre durchaus sinnvoll, allerdings in einem weiteren als dem durch die Landesgeschäftsstellen aufgebrachten Umfang, es könnte sich vielmehr um eine Erweiterung handeln. Angedacht werden könnte, die Möglichkeit der **Rückmeldungen von Gründen der Dokumentationsfehler sowie Hinweisen zu Datenfeldern durch die prüfenden Institutionen in standardisierter Form über das Zweiterfassungstool** zu realisieren. Dadurch könnten die in der Zweiterfassung aufgetretenen Herausforderungen auf direktem Weg an das IQTIG kommuniziert werden ohne eine separate Berichterstellung seitens der Landesgeschäftsstellen. Auf diese Weise würden das IQTIG Informationen schneller und gebündelter erreichen.

4.3.6 Schulungen und Workshops

Bereits unter dem Thema Aufwand und auch Nutzen diskutierte Schulungsaspekte verdeutlichen einen möglichen Einfluss auf den Aufwand durch individuelle Förderung im Prozess der Zweiterfassung, demgegenüber ein relevanter Nutzen steht, der durch beide Akteure aufgebracht wurde. Es erfolgten mehrere Vorschläge, die Dokumentationsqualität durch Schulungsmaßnahmen zu fördern. So wurden seitens der Krankenhausstandorte jährlich stattfindende übergeordnete Webinare oder Schulungen, die durch die Landesgeschäftsstellen oder das IQTIG durchgeführt werden sollten, wie auch Peer-Review-Verfahren unter den Krankenhausstandorten als mögliche Ideen eingebracht.

Auch die Landesgeschäftsstellen brachten die Idee ein, flächendeckende QS-Dokumentationsschulungen für die Krankenhausstandorte durchzuführen. Alternativ wurde durch diese auch aufgebracht, dass die Krankenhausstandorte interne Zweiterfassungen durchführen sollten und Datenfelder oder Ausfüllhinweise in Workshops außerhalb der Zweiterfassung diskutiert werden könnten. In Bezug auf die alternativen Möglichkeiten sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Möglichkeit einer internen Zweiterfassung bereits jetzt jedem Krankenhausstandort gegeben ist. In den Einzelinterviews mit den Krankenhausstandorten wurde auf die fehlende Zeit und den Ressourcenmangel hingewiesen und auf den Vorteil einer externen Überprüfung. Zusätzlich wurde genannt, dass im klinischen Alltag die Relevanz der QS-Dokumentation nicht immer präsent ist. Um valide Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu erzielen, erscheint es daher hilfreich, die Krankenhausstandorte in einer guten QS-Dokumentation zu unterstützen.

Die durch die Landesgeschäftsstellen genannte Möglichkeit, Datenfelder und Ausfüllhinweise in Workshops zu besprechen, sollte eher auf Grundlage der Zweiterfassung erfolgen und nicht alternativ, da scheinbar die konkrete Betrachtung der Fälle vor Ort die entscheidenden Hinweise

generieren. Daher wäre eine **Bündelung der Gründe** aufgekommener Dokumentationsprobleme im Zweiterfassungsprozess seitens der prüfenden Institutionen in einer standardisierten Form an das IQTIG eine geeignetere Möglichkeit, einen Nutzen für die QS-Verfahrenspflege zu erreichen, aber auch einen Wissenstransfer für die Krankenhausstandorte zu generieren.

Zusammengefasst könnten daher zwei Varianten zusätzlich zur individuellen Dokumentationsförderung in der Zweiterfassung als darüberhinausgehende Möglichkeiten geprüft werden:

1. Übergeordnete Grundlagenschulungen zur QS-Dokumentation für die Krankenhausstandorte unabhängig von der Zweiterfassung
2. Wissenstransfer der Ergebnisse der Zweiterfassung der jeweils geprüften QS-Verfahren bzw. Module an alle Krankenhausstandorte

Durch wen eine übergeordnete Grundlagenschulung zur QS-Dokumentation in welcher Form und in welchem Abstand für die Krankenhausstandorte durchgeführt werden sollte, müsste konzeptionell an anderer Stelle überlegt werden.

In Bezug auf einen Wissenstransfer der Ergebnisse der Zweiterfassung wäre die Möglichkeit denkbar, dass das IQTIG auf Grundlage der gebündelt an das Institut übermittelten Hintergründe von Dokumentationsfehlern und Hinweisen, die sich aus der Zweiterfassung ergeben haben, eine kurze Zusammenfassung zum jeweils geprüften QS-Verfahren bzw. Modul erstellt. Diese Zusammenfassung könnte dann sowohl an die prüfenden Institutionen als auch an die Krankenhausstandorte zurückgespiegelt werden, um den aktuellen Dokumentationsprozess des jeweils geprüften QS-Verfahrens bzw. Moduls unmittelbar zu verbessern. Darüber hinaus könnten die gebündelten Informationen zu Schulungszwecken mit den Krankenhausstandorten seitens der Landesgeschäftsstellen genutzt werden.

5 Empfehlungen

Die QS-Dokumentationsdaten durch die Leistungserbringer, auf welchen die anschließende Datenbearbeitung sowie Auswertungen und Interpretationen beruhen, sind der Grundstein der externen Qualitätssicherung. Eine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität kann aufgrund von Fehldokumentationen nur eingeschränkt möglich sein, daher ist eine korrekte Dokumentation von besonderer Wichtigkeit. Wie das IQTIG auch in seinen „Methodischen Grundlagen“ beschreibt, ist ein Ansatz zur Sicherstellung einer konstant hohen Datenqualität die Prüfung der dokumentierten Daten unter anderem anhand einer externen Referenzquelle (IQTIG 2021b). Dies wird auch von einer Fachgesellschaft als bedeutend erachtet. So merkt das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung in seiner Stellungnahme zum Entwurf zur Version 2.0 der „Methodischen Grundlagen“ Folgendes an:

Gerade in Anbetracht der potenziell immensen Folgen von Qualitätsdefiziten für die Leistungserbringer muss davon ausgegangen werden, dass Anreize zur fehlerhaften Dokumentation vorliegen. [...]. Um die Glaubwürdigkeit des gesamten Verfahrens zu erhöhen, wird es unseres Erachtens daher notwendig sein, die Konkordanz der berichteten Daten mit den Originaldaten stärker in den Fokus zu nehmen, auch wenn dafür ein erhöhter Aufwand betrieben werden muss.

Dies zeigt auf, dass die bisher durchgeführte Zweiterfassung zur Prüfung der Konkordanz der QS-Dokumentationsdaten mit der Patientenakte relevant ist. Der dazu bisher betriebene Aufwand könnte daher als gerechtfertigt gewertet werden, um mit einer korrekten Dokumentation die Aussagekraft des geprüften QS-Verfahrens zu erhöhen. Allerdings fehlt genau an dieser Stelle die Verbindung zwischen einer festgestellten fehlerhaften Dokumentation von Datenfeldern und deren Auswirkungen auf die Qualitätsindikatoren. Dies betrifft sowohl die Standortebene, also die konkrete Auswirkung beim Leistungserbringer, als auch die standortübergreifende Ebene, also die konkreten Auswirkungen der Ergebnisse der Datenfelder über alle Standorte hinweg.

Das IQTIG empfiehlt, insbesondere vor dem Hintergrund der durchgeführten Aufwandsschätzung zu § 9 Abs. 3 und Abs. 4 QSKH-RL daher die nachfolgenden Aspekte zu prüfen:

▪ **Empfehlung zur Beibehaltung der Zweiterfassung als Bestandteil des Datenvalidierungsverfahrens**

Für eine Beibehaltung der Zweiterfassung sprechen folgende Gründe:

- Eine korrekte Dokumentation ist für die Qualitätssicherung unerlässlich, weshalb diese auch geprüft werden sollte.
- Die an der Zweiterfassung beteiligten Akteure beschreiben einen Effekt und Nutzen, der sich aus der Zweiterfassung ergibt.
- Es kann ein möglicher Transfereffekt auf andere QS-Verfahren beim Krankenhausstandort angenommen werden.

- Die Erkenntnisse dienen zusätzlich der Verfahrenspflege. Daher ist eine Synthese der Dokumentationsprobleme seitens der prüfenden Institutionen an das IQTIG besonders wichtig.
 - Es kann nicht bewertet werden, ob der angegebene Aufwand zu hoch, angemessen oder zu niedrig ist, da die Bezugsgröße fehlt. Dennoch können mögliche methodische Anpassungen oder Anpassungen im Prozessablauf den zeitlichen Aufwand möglicherweise reduzieren.
- **Empfehlungen zur Definition von Zielen der Zweiterfassung bei Beibehaltung des Verfahrens**
- Die Ziele der Datenvalidierung, insbesondere bei Beibehaltung des Stichprobenverfahrens und des gezielten Datenabgleichs oder auch bei einer methodischen Neuausrichtung der Zweiterfassung, sollten klar definiert werden. Je spezifischer die Definition erfolgen würde, desto eher kann auch der Grad der Erreichung gemessen werden. Zusätzlich trägt eine verschriftlichte Zielsetzung zur Klarheit und Akzeptanz bei.
- **Empfehlungen zur Anpassung der Methodik bei Beibehaltung des Verfahrens**
- Die Auslösung der Erstüberprüfung in der jetzigen Form als Stichprobenverfahren mit Datenabgleich sollte überprüft werden.
 - Der 10-Jahres-Prüfrhythmus sollte, je nach Änderung des Auslösekriteriums, ebenfalls überprüft werden.
 - Die Auslösekriterien des gezielten Datenabgleichs sollten beibehalten werden. Der Prüfrhythmus in Form einer Prüfung im Folgejahr sollte allerdings angepasst werden, um eine Umsetzung von Maßnahmen zur Dokumentationsverbesserung beim Leistungserbringer zu ermöglichen und auch prüfen zu können.
 - Eine stufenweise Überprüfung erscheint sinnvoll und könnte je nach Definition des Ziels beibehalten werden.
 - Das Prüfausmaß in Bezug auf die Datenfelder, Anzahl der Fälle und Anzahl der Standorte sollte methodisch überarbeitet werden. Eine Quantifizierung statistischer Effekte sollte Berücksichtigung finden, um die Aussagekraft auf Standortebene und standortübergreifender Ebene zu erhöhen.
 - Daher sollte die Erarbeitung einer geeigneten Methodik unter Berücksichtigung geeigneter statistischer Verfahren für alle o. g. Aspekte beauftragt werden.
 - Der Zeitpunkt der Zweiterfassung sollte unter Berücksichtigung weiterer Aufgaben der prüfenden Institutionen erfolgen.
- **Empfehlungen zur Prüfung der Auswirkungen fehlerhafter Dokumentation**
- Die Auswirkungen von Dokumentationsfehlern auf die Qualitätsindikatoren sollten auf Standortebene und standortübergreifender Ebene geprüft werden. Dies sollte konzeptuelle Überlegungen, wie beispielsweise eine Veröffentlichungsfähigkeit von Ergebnissen, einschließen.
 - Die Prüfung der Auswirkungen sollte über aufgedeckte Fehldokumentationen der Zweiterfassung hinausgehen und beispielsweise auch die Ergebnisse der statistischen Basisprüfung

einbeziehen sowie Fehldokumentationen, die sich auf die Bewertung der Qualitätsindikatoren im Stellungnahmeverfahren beziehen.

■ **Empfehlungen zum Prozess der Zweiterfassung bei Beibehaltung des Verfahrens**

- Eine digitale Zweiterfassung in Form einer Webkonferenz erscheint hilfreich für eine Aufwandsreduktion und sollte daher geprüft werden. Der fakultative Einsatz sollte dabei Ermessenssache der prüfenden Institutionen sein.
- Die Erstellung eines Prozessstandards erscheint hilfreich für die Gewährleistung eines einheitlichen Vorgehens und die Generierung in etwa gleicher Aufwände bei gleichem Arbeitsvolumen. Personalvorgaben für die Anwesenheit seitens der Krankenhausstandorte wären zu prüfen.
- Die Führung eines Abschlussgesprächs mit Hinweisen und Feedback zur Dokumentation am Krankenhausstandort sollte beibehalten werden und fester Bestandteil der Zweiterfassung sein.
- Ein Repertoire an Maßnahmen, die im Anschluss an die Zweiterfassung im Ermessen der prüfenden Institutionen erfolgen können, sollte definiert und möglicherweise von anderen Maßnahmenstufen abgegrenzt werden.

■ **Empfehlungen zu Nachfolgeprozessen der Zweiterfassung bei Beibehaltung des Verfahrens**

- Es sollte eine Synthese zu Ursachen von Dokumentationsfehlern sowie Hinweisen, die sich aus der Zweiterfassung ergeben, seitens der prüfenden Institutionen in standardisierter Form an das IQTIG erfolgen. Beispielsweise könnte eine Synthese in Form von Berichten oder über das Zweiterfassungstool ermöglicht werden. Der Vorteil der Rückmeldung dieser Informationen durch das Zweiterfassungstool wäre, dass die zu prüfenden Standorte und Datenfelder in diesem bereits enthalten sind und eine schnelle Rückmeldung möglich wäre. Allerdings müsste hierzu eine umfassende Toolerweiterung beauftragt werden.
- Das IQTIG erstellt auf Grundlage der übermittelten Informationen seitens der prüfenden Institutionen eine allgemeine Kurzinformation zur Dokumentationsverbesserung (jährlich von den geprüften Verfahren) zur Verfügung, welche allen Krankenhausstandorten übermittelt werden kann. Hierdurch soll ein möglichst großer Nutzen für alle Leistungserbringer erreicht werden.
- Schulungsmaßnahmen, beispielsweise in Form von Vorträgen zu den in der Zweiterfassung synthetisierten Dokumentationsproblemen, könnten durch die Landesgeschäftsstellen zusammen mit dem IQTIG flächendeckend angeboten werden. Ein rollierendes System wäre vorstellbar.

Literatur

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL): Änderungen zum Erfassungsjahr 2018: § 9 Datenvalidierung und weitere Änderungen. [Stand:] 21.09.2017. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4587/2017-09-21_QSKH-RL_Datenvalidierung-Erfassungsjahr-2018_TrG.pdf (abgerufen am: 12.01.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Festlegung der Leistungsbereiche für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zur Datenvalidierung 2019 (Erfassungsjahr 2018) gemäß § 9 Absatz 4 QSKH-RL. [Stand:] 05.12.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3607/2018-12-05_QSKH-RL_Stichprobenverfahren-Datenvalidierung-Erfassungsjahr-2018.pdf (abgerufen am: 16.03.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL), der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), den Beschluss über eine Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL), der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan.QI-RL) und der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, (MDK-QK-RL), Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R), Mindestmengenregelungen, (Mm-R): COVID-19: Ausnahmen zu QS-Anforderungen. [Stand:] 27.03.2020. Berlin: G-BA. BAnz AT 08.04.2020 B4. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4230/2020-03-27_QS-RL_COVID-19-Ausnahmen-QS-Anforderungen_BAnz.pdf (abgerufen am: 22.02.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit einer Aufwandsschätzung des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 QSKH-RL. [Stand:] 16.07.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4380/2020-07-16_IQTIG-Beauftragung_Aufwandsschaetzung-Datenvalidierung-QSKH-RL.pdf (abgerufen am: 25.02.2021).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020c): 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 (abgerufen am: 25.02.2021).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020d): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Festlegung der Leistungsbereiche für das Stichprobenverfahren mit Datenabgleich zur Datenvalidierung 2021 (Erfassungsjahr 2020) gemäß § 9 Absatz 4 QSKH-RL. [Stand:] 02.12.2020. Berlin: G-BA.
URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4592/2020-12-02_QSKH-RL_Stichprobenverfahren-Datenvalidierung-Erfassungsjahr-2020.pdf (abgerufen am: 12.01.2022).
- Gläser, J; Laudel, G (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. ISBN: 978-3-531-17238-5.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Kriterien für den gezielten Datenabgleich in der Datenvalidierung nach QSKH-RL. Abschlussbericht. Stand: 31.01.2020. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_Kriterien-Datenabgleich-Datenvalidierung-QSKH-RL_2020-01_31.pdf (abgerufen am: 17.03.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Aufwandsschätzung des Datenvalidierungsverfahrens gemäß § 9 QSKH-RL. Stand: 26.02.2021. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Methodische Grundlagen. Entwurf für Version 2.0. Stand: 16.08.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Entwurf-fuer-Version-2.0_2021-08-16.pdf (abgerufen am: 23.03.2022).
- Kuckartz, U (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Juventa. ISBN: 978-3-7799-3344-1.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.