

Arbeitsgemeinschaft der *Association of the*  
Wissenschaftlichen *Scientific*  
Medizinischen *Medical*  
Fachgesellschaften e.V. *Societies in Germany*



**Geschäftsstelle | office:**  
Ubierstr. 20  
**D-40223 Düsseldorf**  
**Telefon** (0211) 31 28 28  
**TeleFAX** (0211) 31 68 19

**AWMF-Büro Berlin**  
Langenbeck-Virchow-Haus  
Luisenstr. 58/59  
**D-10117 Berlin**  
**Telefon:** (030) 2800-4410  
**TeleFAX:** (030) 2800-4419

**E-mail: [selbmann@awmf.org](mailto:selbmann@awmf.org)**  
**3.2.2011**

## **Stellungnahme der AWMF zum Vorbericht vom 9.12.2010**

### **„Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität“**

#### **der Institution nach §137a SGB V (AQUA)**

Die AWMF begrüßt die detaillierte Ausarbeitung eines Konzeptes für die Sicherung der Datenqualität im Rahmen der externen vergleichenden, sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und die beispielgebende Diskussion mit den nach §137 Abs. 3 SGB V beteiligten Institutionen sehr. Auf diese Weise wird der enorme Aufwand zur Sicherung der Dokumentationsqualität sichtbar.

Da der Aufbau, die Effektivitätsprüfung und die Weiterentwicklung von Verfahren zur Sicherung der Datenqualität zusammen einen evolutionären Prozess ergeben, unterstützt die AWMF außerordentlich den gedanklichen Einsatz des PDCA-Zyklus. Sie rät diesen jedoch auch konsequent anzuwenden.

#### **I. Grundsätze**

Nach aller Ansicht – nicht nur der der AWMF - darf die Sicherung der Dokumentationsqualität kein Selbstzweck sein. Sie dient dazu, die Fehlerraten der erhobenen Indikatoren so klein zu halten, dass sie wichtige Qualitätsunterschiede, die Anlass zum erfolgsversprechenden präventiven Eingreifen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität geben, noch erkennen lassen. Exakte Daten zur Beschreibung von Versorgungsprozessen gibt es nicht. Sie sind immer mit mehr oder weniger Fehlern behaftet. Die psychologischen Wirkungen einer möglichen Datenfremdkontrolle sind bekannt und sollten bei der Ausgestaltung von Sicherungsverfahren mit einbezogen werden.

Die Realisierung des Null-Fehler-Ziels bei der Sicherung der Datenqualität ist bei angemessenem Ressourcenverbrauch nicht machbar. Für die letzten zu bereinigenden Fehler bedarf es der größten Ressourcen. Das Gebot der Verfahrenssparsamkeit lässt sich direkt aus dem übergeordneten Gebot der Datensparsamkeit ableiten. Die Versicherten werden kein Verständnis haben, dass zu große Teile ihrer Versicherungsbeiträge für die Datenkontrolle ausgehen werden und damit nicht ihrer Versorgung zur Verfügung stehen.

Die Datenqualität muss dem Nutzen der gewonnenen Informationen angemessen sein, der bekanntlich mit dem Alter der Information abnimmt. Das eigentliche Ziel der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung - die Qualitätsverbesserung der Versorgung und die Transparenz für Bürger, Leistungserbringer und Kostenträger - darf nicht unangemessen durch die Forderung nach zu hoher Datenqualität verzögert werden.

Die AWMF bedauert, dass der Konzeptentwurf keinen „Crosswalk“ zwischen dem BQS-Verfahren und dem neuen Konzept enthält. Änderungen nur der Änderung willen sind teuer und passen nicht in den PDCA-Zyklus.

Der AWMF ist kein Grund bekannt, das bewährte Verfahren der BQS in jenen Bereichen, die unisektoral oder sektorengleich bleiben, zu ändern. Allenfalls sind die Abläufe zu adaptieren. Die viel größeren Probleme finden sich bei der multisektoralen Qualitätsmessung und -bewertung, bei der Daten aus unterschiedlichen Quellen (Routinedaten, eigens von den Leistungserbringern verschiedener Sektoren erhobene und erfasste Qualitätsdaten, Patientenbefragungen) anonymisiert zusammengeführt werden müssen.

Die Erhebung der von den Patienten berichteten Outcomemaße (PRO) ist ein der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung angemessener – der Patient ist der geborene Prozesseigner- und innovativer Schritt. Der Erhebung und Erfassung der PRO sollte wegen der Wichtigkeit dieser Informationen und der dort u.U. zu erwartenden höheren Fehlerraten (Vollzähligkeit und Vollständigkeit) in dem Konzept ein eigener Abschnitt gewidmet werden.

Die AWMF begrüßt die Idee mit Stichproben zu arbeiten, nicht nur um die Daten an den wichtigen Stellen zu korrigieren sondern auch um regelmäßig die verbliebenen Fehlerraten zu schätzen, zu bewerten und ggf. im Sinne des PDCA-Zyklus Maßnahmen zu ihrer Minderung zu entwickeln und einzusetzen. Bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung erscheinen uns Stichproben von Patienten, anstelle von Episoden innerhalb der Sektoren, besonders angezeigt.

## II. Übergeordnete Empfehlungen

Das Institut nach §137a SGB V sollte eine Strategie für die Abschätzung der verbliebenen Fehlerraten entwickeln und ihre Machbarkeit prüfen. Die Fehlerraten sind wichtig für die Verfahrenssteuerung. Diese Strategie sollte Bestandteil des Konzepts „Sicherung von Dokumentationsqualität“ sein.

Dem G-BA und der Institution nach §137 SGB V wird ein Phasenkonzept für den Aufbau und die Weiterentwicklung der Verfahren zur Sicherung der Dokumentationsqualität in Abhängigkeit von den Ergebnissen der begleitenden (formativen) Evaluation empfohlen.

Vor der Einführung der einzelnen Elemente der Sicherungsverfahren sollte immer eine möglichst konkrete Abschätzung des Aufwandes für Leistungserbringer, Patienten, Kostenträger und den zentralen Einrichtungen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auf Bundes- und auf Landesebene vorgenommen werden.

## III. Detailempfehlungen

Die AWMF empfiehlt, dem finalen Konzept im Anhang einen Crosswalk zwischen dem alten und dem neuen Verfahren anzufügen.

Das Institut nach §137a SGB V sollte Mittel für Validierungsprojekte durch externe Versorgungsforscher vorsehen. Sie binden weniger feste Ressourcen und zeigen in der Regel eine größere Unabhängigkeit gegenüber den Sicherungsverfahren und eine bessere Akzeptanz bei Leistungserbringern, Öffentlichkeit und wahrscheinlich auch den Auftraggebern.

Der Umgang mit Fällen, bei denen der sektorenübergreifende Behandlungsprozess rezensiert ist, muss für die Auswertung geregelt werden. Zum Teil überschneiden sich die Jahrgangsauswertungen, werden scheinbar inkonsistent und bedürfen späterer Korrekturen. Hier liegen Erfahrungen aus früheren Versuchen mit der Zusammenführung von Erhebungsbogen der Peri- und der Neonatalstudien vor.

Da die Beteiligung der Panelmitglieder wahrscheinlich nicht auf die Entwicklung der potenziellen Indikatoren beschränkt bleibt, sondern ihr Sachverstand auch bei der Machbarkeitsprüfung und der Weiterentwicklung der Verfahren benötigt wird, legen die Fachgesellschaften großen Wert auf eine Mitsprache bei der Auswahl jener Panelmitglieder, die die medizinische Wissenschaft vertreten. Die AWMF sieht bekanntlich einen engen Bezug zwischen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA und den Leitlinien- und Qualitätssicherungsaktivitäten der Fachgesellschaften. Die zu Zeiten der BQS geübte offizielle Vertretung der Fachgesellschaften in den Panels führte damals zu einer großen Identifikation der Fachgesellschaften mit den später ausgewählten Indikatoren und zu einer dementsprechenden Unterstützung ihres Einsatzes.

In der Anlage geben wir sieben bei der AWMF eingegangene Stellungnahmen einzelner Fachgesellschaften weiter. Wegen zusätzlicher Detailempfehlungen, sofern sie nicht schon in der Stellungnahme der AWMF berücksichtigt wurden, verweisen wir besonders auf die Stellungnahmen der DG für Pharmazeutische Medizin und der DG für Palliativmedizin.

Anhänge:

Stellungnahmen der

- Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (Prof. Bauer)
- Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (Figulla)
- Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (Prof. Niethardt)
- Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Prof. Hauck)
- Deutschen Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin (PD Besthorn)
- Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (Prof. Fuchs)
- Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (Prof. Pfeifer)

## **Stellungnahme der DGCH zum Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität**

Vorbericht des AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH vom 09.12.2010

In der Präambel des Konzepts wird zunächst der Bezug zum Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V dargestellt. Es schließt sich eine Darstellung des Datenerhebungsprozesses gegliedert nach vier Phasen an. Anschließend werden die Gütekriterien der Dokumentationsqualität (Objektivität, Reliabilität und Validität) beschrieben.

Aus der Auftragsbeschreibung, „*Verfahren zur Überprüfung der Dokumentationsqualität zu entwickeln, die einer systematischen Falschberichterstattung und Datenmanipulation vorbeugen sollen*“, ist zu schließen, dass die bisher verwandten Systeme offensichtlich nicht geeignet seien, die erforderlichen Daten richtig abzubilden. Und das bei einem die Ärzte in erheblichem Masse belastenden Dokumentationsaufwand. Vielmehr vermutet man eine *systematische Falschberichterstattung und Datenmanipulation*. Immerhin relativiert AQUA selbst diese Auftragsbeschreibung, „wonach systematische Falschberichterstattung nicht die primäre Ursache von fehlerhaften Dokumentationen sind“. Vielmehr seien es überwiegend Schwierigkeiten, die auf den komplexen Prozess von Datengenerierung und –erfassung zurückzuführen seien (z. B. Missverständnis bei der Definition von Datenfeldern, Software-Probleme).

Der eigentliche Prozess der Förderung und Überprüfung der Dokumentationsqualität ist ausführlich beschrieben und enthält im wesentlichen bekannte Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit und Vollzähligkeit, wie sie bereits im stationären Verfahren unter Verantwortung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) entwickelt wurden. Auffälligerweise fehlen die entsprechenden Literaturangaben

Im Kapitel 5 ist die praktische Umsetzung des Datenvalidierungsverfahrens beschrieben. Das serielle Datenflussmodell als auch das vorgestellte ganzheitliche Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität ist als Konzept nicht zu beanstanden. Während für den stationären Sektor ein Abgleich mit den § 21 Daten gemäß KH-Entgeltgesetz des InEK angedacht ist, bleibt für die Abrechnungsdaten der kassenärztlichen- und kassenzahnärztlichen Vereinigungen nur die allgemeine Feststellung, dass hierbei die entsprechenden Daten genutzt werden sollen.

Erfahrung mit den Qualitätssicherungsverfahren in den chirurgischen Fächern haben allerdings gezeigt, dass nicht der Datenfluss, sondern vielmehr die Qualität der primären Datenerhebung von erheblicher Bedeutung für die weitergehende Interpretation ist. Die *Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie* verdeutlicht dies am Beispiel der Einrichtung des Endoprothesenregisters und der bundesweiten Einführung des AOK-Krankenhausnavigators. Die Qualität der primären Datenerhebung, auf die sich Ergebnisbewertungen stützen, hängt ihrerseits von der Zielvorstellung ab, welche Aussage mit diesen Daten gewonnen werden soll. Dies ist im gesamten Konzept des AQUA Institutes nicht erkennbar.

Es wird zwischen Qualitätsdaten, patientenidentifizierenden Angaben, Leistungserbringer identifizierenden Daten und administrativen Daten unterschieden. Dabei wird nicht erwähnt, mit welcher Qualität diese „Qualitätsdaten“ zu erstellen sind. So muss hinterfragt werden:

- ob die so genannten Qualitätsdaten durchgeführte Maßnahmen mit genügender Genauigkeit abbilden. Dies zumindest ist für Patienten mit unterschiedlich ausgeprägtem Ausgangsbefund und daraus sich ergebender unterschiedlicher operativer Versorgung sicher nicht der Fall.
- ob Rechts-Links-Versorgungen durchweg voneinander unterschieden werden können
- ob Mehrfachversorgungen bei einem Patienten genügend differenziert werden können
- ob Sekundärversorgungen hinsichtlich deren Ursache (z. B. Hämatom oder Infekte) genügend differenziert werden können, um daraus auf administrative Daten (z. B. Liegedauer) Bezug nehmen zu können.

**Zusammenfassend enthält der Vorbericht des Konzepts zur Sicherung der Dokumentationsqualität wenig neue Aspekte. Für den stationären Sektor wird das bisherige, von der BQS entwickelte Konzept nahezu voll inhaltlich übernommen, präzise Angaben zur Umsetzung im ambulanten Sektor fehlen. Die von GBA und AQUA angekündigte Vereinfachung des Verfahrens, verbunden mit einem geringeren ärztlichen Dokumentationsaufwand - in Zeiten zunehmender Verknappung ärztlicher Ressourcen eine dringende Forderung - ist nicht erkennbar.**

Für die chirurgischen Fachgesellschaften:

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer  
Generalsekretär  
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie  
Luisenstr. 58/59  
10117 Berlin  
Tel. 030/2887 6290  
Fax 030/2887 6299  
Mail [H.Bauer@dgch.de](mailto:H.Bauer@dgch.de)

## **Stellungnahme der Klinischen Kommission der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zum „Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität“ (vorgelegt durch das AQUA-Institut Göttingen)**

### Worum geht es?

Das AQUA-Institut hat den Auftrag erhalten, ein

*Verfahren zur Überprüfung der Dokumentationsqualität (Datenvalidierungsverfahren)*

für die sektorübergreifende Qualitätssicherung zu entwickeln.

Nach Vorlage des Konzeptpapiers, in dem

1. die Entwicklung statistischer Auffälligkeitskriterien,
2. der Umgang mit Leistungserbringern, bei denen statistische Auffälligkeiten ermittelt wurden,
3. die Ermittlung der in einer Stichprobe einzubeziehenden Leistungserbringer ,
4. die Durchführung einer Stichprobenprüfung beim Leistungserbringer vor Ort sowie die Evaluation des Verfahrens

beschrieben werden, hat der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) festgelegt, Stellungnahmen bei berechtigten Institutionen einzuholen. Diese Stellungnahmen sollen in den Abschlussbericht eingearbeitet werden.

### Die Inhalte des Konzeptpapiers

Das 23 Seiten lange Konzeptpapier beschreibt den Datenerhebungsprozess in der sektorübergreifenden Qualitätssicherung, die Gütekriterien der Dokumentation, Konzepte zur Sicherung der Dokumentationsqualität, die Förderung der Dokumentationsqualität, Überprüfung statistische Basisprüfung, Stichprobenverfahren mit Datenabgleich, Evaluation und Bericht zur Datenvalidierung, praktische Umsetzung des Datenvalidierungsverfahrens und Verfahren zur Überprüfung von personenidentifizierenden Daten.

Das Papier beschreibt somit Methoden zur Überprüfung der Dokumentationsqualität zwecks Qualitätssicherung.

Es wird vorgeschlagen, dass die nach § 137a SGB V geeignete Institutionen Leistungsbereiche für die jährliche Qualitätssicherung empfehlen und der Unterausschuss Qualitätssicherung des gemeinsamen Bundesausschusses wählt dann die endgültigen Leistungsbereiche aus. Das Konzeptpapier stellt also nicht dar, welchen Leistungsbereich die Qualitätssicherung gegenwärtig anfordern soll, sondern die Leistungsbereiche werden jährlich neu definiert.

### Stellungnahme

Das Konzeptpapier beschreibt die sektorübergreifende Qualitätssicherung. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes sind die komplexen Methoden zur Anonymisierung der Leistungserbringer und auch der Patienten vorgesehen. Zur Sicherung der Dokumentationsqualität sind vor Ort Stichproben vorgesehen. Insgesamt ist an dem methodischen Ansatz nichts zu kritisieren.

Fragen ergeben sich in folgender Hinsicht:

1. Wer wird die Dokumentationsmaßnahmen bei den Leistungserbringern bezahlen?
2. Wie ist der Unterausschuss des gemeinsamen Bundesausschusses zusammengesetzt, denn dieser Unterausschuss wählt die endgültigen Leistungsbereiche aus.
3. Welche Vorort-Schulung erfolgt in den Dokumentationszentren?

gez. H.R. Figulla

Beauftragter der sektorübergreifenden Qualitätssicherung der DGIM

Mitglied der Klinischen Kommission der DGK

Universitätsklinikum Jena

**Datum:** Wed, 02 Feb 2011 06:58:22 +0100 [06:58:22 CET]

**Von:** Hans-Konrad Selbmann <hans-konrad.selbmann@uni-tuebingen.de>

**An:** selbmann@awmf.org

**Betreff:** Stellungnahme zum AQUA-Papier "Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität"

Betreff: Stellungnahme zum AQUA-Papier "Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität"  
Datum: Mon, 03 Jan 2011 15:03:07 +0100  
Von: DGOOC <info@dgooc.de>  
An: office@awmf.org

\*Stellungnahme zum AQUA-Papier "Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität"\*

Das AQUA-Institut wurde als unabhängige Institution damit beauftragt, Verfahren zur Überprüfung der Dokumentationsqualität zu entwickeln, "die einer systematischen Falschberichterstattung und Datenmanipulation vorbeugen sollen". Mit dieser Auftragsbeschreibung werden bereits alle Schwächen der bisherigen Dokumentationssysteme bloß gelegt: Obwohl die Ärzte zum Teil 40 % ihrer Arbeitszeit mit der überbordenden Bürokratie und Dokumentation verbringen, scheinen die Systeme nicht geeignet zu sein, die erforderlichen Daten richtig abzubilden. Vielmehr vermutet man eine **\*systematische\*** Falschberichterstattung und **\*Datemanipulation\***. Immerhin relativiert AQUA selbst diese Auftragsbeschreibung, "wonach systematische Falschberichterstattung nicht die primäre Ursache von fehlerhaften Dokumentationen sind. Vielmehr seien es überwiegend Schwierigkeiten, die auf den komplexen Prozess von Datengenierung und --erfassung zurückzuführen sind (z. B. Mißverständnis bei der Definition von Datenfeldern, Software-Probleme). Ein Eingeständnis, dass an Schwierigkeiten des ICE im Sommer und im Winter denken läßt.

\*Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität\*

Die Darstellung des Konzeptes ist in sich schlüssig. Das serielle Datenflußmodell (Abb. 1) als auch das vorgestellte ganzheitliche Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität ist als Konzept nicht zu beanstanden.

Erfahrung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie mit der Einrichtung des Endoprothesenregisters und bei der bundesweiten Einführung des AOK-Krankenhausnavigators haben allerdings gezeigt, dass nicht der Datenfluss, sondern vielmehr die Qualität der primären Datenerhebung von erheblicher Bedeutung für die weitergehende Interpretation ist. Die Qualität der primären Datenerhebung aber wiederum hängt von der Zielvorstellung ab, welche Aussage mit diesen Daten gewonnen werden soll. Dies ist im gesamten Konzept des AQUA Institutes nicht erkennbar.

Es wird zwischen Qualitätsdaten, patientenidentifizierenden Angaben, Leistungserbringer identifizierenden Daten und administrativen Daten unterscheiden. Dabei wird nicht erwähnt, mit welcher Qualität diese "Qualitätsdaten" zu erstellen sind. So muss hinterfragt werden:

- \* Ob die so genannten Qualitätsdaten durchgeführte Maßnahmen mit genügender Genauigkeit abbilden. Dies zumindest ist für Patienten mit unterschiedlich ausgeprägten Ausgangsbefund und daraus sich ergebender unterschiedlicher operativer Versorgung sicher nicht der Fall.
- \* Ob Rechts-Links-Versorgungen durchweg voneinander unterschieden werden können
- \* Ob Mehrfachversorgungen bei einem Patienten genügend differenziert werden können
- \* Ob Sekundärversorgungen hinsichtlich deren Ursache (z. B. Hämatom oder Infekte) genügend differenziert werden können, um daraus auf administrative Daten (z. B. Liegedauer) Bezug nehmen zu können.

Für die Umsetzung dieses **\*Konzeptes\*** fehlen Angaben, wer in Zukunft die sich darauf ergebende zusätzliche Dokumentationsleistung erbringen soll. In Zeiten, wo sich ein gravierender Ärztemangel abzeichnet, der sich ganz wesentlich auch auf die Dokumentationsflut zurückführend läßt, ist eine weitere Belastung der Ärzteschaft mit Dokumentationsaufgaben nicht mehr hinnehmbar.

Prof. Dr. med. F. U. Niethard

Generalsekretär der DGOOC  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC)

Generalsekretär der DGOU  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU)

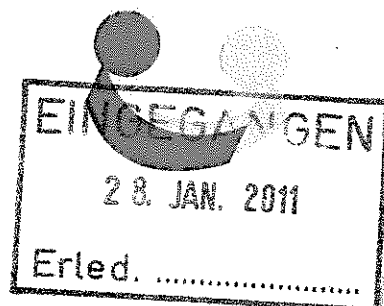
Langenbeck-Virchow-Haus



Luisenstraße 58/59  
10117 Berlin  
Tel. +49 - (0)30 - 84 71 21 - 31  
Fax +49 - (0)30 - 84 71 21 - 32  
eMail [info@dgooc.de](mailto:info@dgooc.de)  
<http://www.dgooc.de> <<http://www.dgooc.de>>

---

# Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. • Aachener Str.5 • 10713 Berlin

AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung  
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8-10

37073 Göttingen

Kontakt:

Aachener Str.5

10713 Berlin

Fon: 030 / 8182 6885

Fax: 030 / 8182 6776

eMail: [dgp@dgpalliativmedizin.de](mailto:dgp@dgpalliativmedizin.de)

Internet: [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)

Berlin, den 27.1.2011

Nachrichtlich: AWMF-Geschäftsstelle

## Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Konzept des AQUA-Instituts zur "Sicherung der Dokumentationsqualität in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung"

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Einladung zur Stellungnahme zu Ihrem Konzept der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Die Versorgung von Palliativpatienten erfolgt häufig sektorenübergreifend und erfordert eine intensive Abstimmung zwischen den Sektoren. Daher möchte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin zu o.g. Konzept Stellung nehmen.

Für die Palliativmedizin sind bundesbezogene Verfahren sinnvoll wegen der gemeinsamen Zieldiskussion dieser jungen Fachrichtung, der geringen Anzahl betroffener Patienten, die eine spezialisierte Versorgung benötigen, und der kleinen Anzahl spezialisierter Einrichtungen und Versorger.

Gleichzeitig bekunden wir unser Interesse an der Entwicklung und Bearbeitung themenspezifischer Bestimmungen. Die DGP führt in Kooperation mit zwei weiteren Gesellschaften (DHPV - Deutscher Hospiz und PalliativVerband / DKG - Deutsche Krebsgesellschaft) seit 11 Jahren ein sektorenübergreifendes multiprofessionelles Dokumentationsprojekt Hospiz und Palliativ-Erfassung (HOPE) und kann auf die diesbezüglichen Erfahrungen zurückgreifen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Friedemann Nauck  
Präsident der DGP

Heiner Melching  
Geschäftsführer der DGP

---

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.

Präsident Prof. Dr. Friedemann Nauck

Vizepräsidenten Martina Kern, Prof. Dr. Raymond Voltz

Sekretär Dr. Hermann Ewald

Schatzmeister Dr. Bernd Oliver Maier

Geschäftsführung Heiner Melching

Bankverbindung

Commerzbank GmbH • BLZ 370 800 40 • Konto-Nr. 095 0223 300

IBAN DE86 3708 0040 0950 2233 00 SWIFT-BIC: DRES DE FF 370

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Konzept des AQUA-Instituts zur "Sicherung der Dokumentationsqualität in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung"**

### **Zur Präambel:**

- Ein Ziel sollte auch die Erhebung indikationsbezogener Informationen z.B. über Patientenwege sein.

### **Zu 2. Datenerhebungsprozess in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung:**

- Zu diesem Punkt gibt es seitens der DGP keine Einwände, es stellt sich nur die Frage nach der Art der sektorenübergreifenden patientenbezogenen Pseudonymisierung.

### **Zu 3. Gütekriterien der Dokumentationsqualität:**

- Objektivität und Reliabilität können bei dem Datenerfassungsverfahren nicht geprüft werden, da keine Messwiederholungen vorgesehen sind.
- Die inhaltliche Validität muss von den Fachgesellschaften gesichert werden.
- Bei der Kriteriumsvalidität ist zu beachten, dass z.B. beim Sektorenwechsel unterschiedliche Diagnosen, in jedem Fall unterschiedliche Beschwerden vorliegen und unterschiedlich priorisiert werden können.

### **Zu 4. Ganzheitliches Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität:**

- Eigenschaften der Dokumentationssoftware (QS-Filter als Hinweis auf Erfassungspflicht eines Falles), zusätzlich Datensatzbeschreibung mit Ausfüllhinweisen, Vollständigkeitskontrollen, Plausibilitätsregeln, Schnittstellen zur KH-Software zur automatischen Übertragung von Daten müssen an Hersteller gegeben werden.
- Bei eigenen ähnlichen Projekten müssen bei der Datenannahme Plausibilität und Vollständigkeit geprüft werden, Kontrolle der Vollständigkeit ist nicht ohne zusätzliche Datenerfassung vor Ort zu gewährleisten.
- Auffälligkeitskriterien für Über- und Unterdokumentation müssen indikationsbezogen entwickelt werden.
- Die Datenvalidierung durch eine Zweiterfassung ist abhängig von der primären Datenerfassung, also, ob die Daten schon elektronisch vorbereitet vorliegen.

### **Abschließend fordert die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin:**

Die DGP sollte auch in die Evaluation einbezogen werden. Dies gilt ebenso für die Umsetzung, wenn entsprechende Leistungsbereiche ausgewählt wurden. Die Fachgesellschaften sollten außerdem Informationen aus dem Strukturierten Dialog erhalten und die Argumentation der Leistungserbringer – ohne Quellenangabe – für die inhaltliche Prüfung erhalten.

---

#### **Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.**

**Präsident** Prof. Dr. Friedemann Nauck

**Vizepräsidenten** Martina Kern, Prof. Dr. Raymond Voltz

**Sekretär** Dr. Hermann Ewald

**Schatzmeister** Dr. Bernd Oliver Maier

**Geschäftsführung** Heiner Melching

**Bankverbindung**

Commerzbank GmbH • BLZ 370 800 40 • Konto-Nr. 095 0223 300

IBAN DE86 3708 0040 0950 2233 00 SWIFT-BIC: DRES DE FF 370

## Stellungnahme der DGPharMed zum Vorbericht des AQUA-Instituts vom 9.12.2010 zum **Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität**

Das vorgeschlagene Konzept ist zwar prinzipiell in sich schlüssig, jedoch ambitioniert hinsichtlich seiner Praktikabilität; dies gilt auch für die in der Präambel vorgeschlagene Verbreiterung. Dass die Umsetzung des Konzepts nicht trivial sein wird, ergibt sich u.a. aus dem Abschlußbericht des AQUA-Instituts zu Kataraktoperationen, wonach „die Umsetzung des neu entwickelten Indikatorensets eine praktisch komplette Neuentwicklung der Datenbasis erfordert.“

Es fehlen zumindest Hinweise, wie und mit welchem Aufwand (finanziell, personell) das Konzept in die Praxis umgesetzt werden könnte und welche Hindernisse einer Realisierung im Wege stehen bzw. überwunden werden müßten. Dies gilt insbesondere für die Generierung, Gewinnung und Übermittlung von Daten aus dem ambulanten Bereich. Denn die derzeit gebräuchlichen zahlreichen Praxisverwaltungssoftwaresysteme (PVS) sind u.a. mangels definierter Schnittstellen allenfalls eingeschränkt in der Lage, Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität weiterzuleiten. Es wird dabei im Folgenden davon ausgegangen, dass sich das Konzept auf die zwei genannten Qualitätsaspekte bezieht.

Weitere Anmerkungen im Einzelnen:

- zu Phase 1, Qualitätsdaten: Insbesondere bei chronischen Erkrankungen sind Angaben zu Verlauf und Ergebnis wesentlich. Bisher an die KV gelieferte Daten bieten diese Informationen allenfalls rudimentär, so werden z.B. die Einstellung des Blutdrucks bei Hypertonikern, des HbA1c-Werts bei Diabetikern, der Beweglichkeit bei Patienten mit degenerativen Gelenkerkrankungen nicht übermittelt, abgesehen davon, dass diese Parameter individuell für den einzelnen Patienten abgestimmt auf dessen Risikofaktorenprofil und die dazugehörigen Leitlinien variieren können. Im 2. Satz des 5. Absatzes muss es heißen: ...werden diese ...
- zu Phase 2: Für die Prüfung auf Plausibilität bieten die derzeitigen PVS nahezu keine Unterstützung. Der Aufwand für die Verschlüsselung ist zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere dafür, dass die Qualitätsdaten per Hand in die Dokumentationssysteme eingegeben werden müßten, wie auf Seite 8/9 des Konzepts genannt. Inwieweit der damit bei den Leistungserbringern verbundene Aufwand aufgebracht und von Dritten erstattet wird, ist zu klären. Von den Leistungserbringern sind hier sicher Widerstände zu erwarten, wie die Erfahrungen mit den DMP gezeigt haben, die z.T. als „bürokratische Monster“ bezeichnet wurden.
- zu Kapitel 3: Es soll die externe Validität, z.B. Angaben zu Begleiterkrankungen, an Hand des Vergleichs der Daten im QS-Bogen und in der Krankenakte festgestellt werden. Der damit verbundene Aufwand dürfte beträchtlich sein.
- zu Kapitel 4.1: Die im ersten Absatz genannten Spezifikationen sind erst noch bereitzustellen und müssen dann in Software-Lösungen umgesetzt werden. Der dazu nötige Zeitaufwand ist zu berücksichtigen. Die dabei nötigen Plausibilitätsregeln (3. Absatz) können sehr aufwändig und somit schwierig zu erstellen sein, da sie jeweils spezifisch für eine bestimmte Krankheit sein und eventuelle Begleiterkrankungen / Komorbidität berücksichtigen müssen (siehe Anmerkung zu Phase 1). Dies ist bei der Entwicklung und Vorgabe der QS-Daten zu berücksichtigen. Es sei nur erwähnt, dass es nicht nur zahlreiche PVS sondern auch sehr

unterschiedliche Krankenhausinformationssysteme (KIS) gibt, insofern ist im 2.Absatz der Ausdruck „zum KIS“ zu korrigieren.

- zu Kapitel 4.2: Es fehlen Angaben zu Leistungsbereichen, um einen Überblick über den mit der Überprüfung verbundenen Aufwand zu erhalten. Ferner sollte angegeben werden, durch wen, wie und auf welcher gesetzlichen Grundlage die Zweiterfassung der Daten erfolgen soll. Dasselbe gilt für den in 4.2.1 genannten strukturierten Dialog. Die in 4.2.2 genannten Angaben zu einzelnen Patienten stehen nur „vor Ort“ zur Verfügung. Objektive Daten wie die genannten Laborbefunde oder Daten bildgebender Verfahren sind häufig nicht aus PVS exportierbar. Auch die Frage des Zeitaufwands seitens des überprüften Leistungserbringers einschließlich einer eventuellen Honorierung ist vorab zu klären. Dasselbe gilt für die Umsetzung des gesamten Abschnitts, wie aus der folgenden beispielhaften Überschlagsrechnung deutlich wird. 5% aller Leistungserbringer bedeutet im hausärztlichen Bereich bei ca. 60000 Allgemeinpraktikern und hausärztlich tätigen Internisten 3000 Praxen. Wenn dann aus jeder dieser Praxen wie vorgeschlagen 30 Patienten vollständig geprüft werden sollen, müssten die Daten von insgesamt 90000 Patienten genau geprüft werden.
- zu Kapitel 5: Der in Tabelle 1 vorgeschlagene Zeitplan ist deutlich zu knapp bemessen. So sind Leistungsbereiche und QS-Parameter wegen der zumindest im ambulanten Bereich heterogenen Infrastruktur (unterschiedliche PVS, Schnittstellenproblematik) frühzeitig als ein erster Schritt zu definieren, erst dann können Auffälligkeitskriterien festgelegt werden. Dabei sind die Unterschiede in den Daten im stationären und ambulanten Sektor zu berücksichtigen.
- zu Kapitel 6: Im 2. Absatz in der 7. Zeile muss es heißen: „...zu keinen...“

PD Dr. K. Besthorn

Vorstandsmitglied der DGPharMed

**Datum:** Wed, 02 Feb 2011 07:04:40 +0100 [07:04:40 CET]

**Von:** Hans-Konrad Selbmann <hans-konrad.selbmann@uni-tuebingen.de>

**An:** Selbmann@awmf.org

**Betreff:** Stellungnahmeverfahren für das Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Betreff: AW: Stellungnahmeverfahren für das Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Datum: Mon, 17 Jan 2011 17:35:39 +0100

Von: Fuchs, Michael <Michael.Fuchs@medizin.uni-leipzig.de>

An: 'awmf@awmf.org' <awmf@awmf.org>

CC: 'Prof. Dr. med. am Zehnhoff-Dinnesen' <am.Zehnhoff@uni-muenster.de>, Annerose Keilmann <keilmann@kommunikation.klinik.uni-mainz.de>, Christiane Neuschaefer-Rube <cneuschaefer@post.klinikum.rwth-aachen.de>, 'Neumann' <Katrin.Neumann@em.uni-frankfurt.de>, Patrick Zorowka <patrick.zorowka@i-med.ac.at>, Ulrich Eysholdt <ulrich.eysholdt@uk-erlangen.de>

Sehr geehrter Herr Müller,

im Namen des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie übersende ich Ihnen die Stellungnahme unserer Fachgesellschaft zum Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung:

Das vorliegende Konzept des AQUA-Institutes ist aus unserer Sicht geeignet, die Dokumentationsqualität in einem über das bisherige Maß hinausgehenden Umfang zu prüfen. Die dargestellte Methodik erscheint uns plausibel und geeignet, Schwachstellen der Dokumentationsqualität zu identifizieren und zu analysieren, um Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.

Die einzige aus unserer Sicht zu benennende verbesserungswürdige Darstellung bezieht sich auf die konkrete Umsetzung des strukturierten Dialogs bei identifizierten Dateneingabefehlern. Es ist bisher nicht nachvollziehbar, wie konkret die Differenzierung der Ursachen der Dateneingabefehler (Übertragungsfehler, Manipulation, softwarebedingte Fehler) erfolgen soll. An dieser Stelle wäre eine detaillierte Erläuterung wünschenswert.

Unabhängig von dieser Kritik sind wir mit dem Konzept einverstanden.

Für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Für den Vorstand der DGPP:

\*\*

\*Prof. Dr. med. Michael Fuchs\*\*\*

Leiter der Sektion für Phoniatrie und Audiologie und des Cochlea Implantat Zentrums Leipzig

Facharzt für HNO-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie

\*\*

\*Universitätsklinikum\*\*Leipzig - AöR

Sektion für Phoniatrie und Audiologie\*

Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde/Plastische Operationen

Liebigstr. 10-14, 04103 Leipzig

Tel.: +49 341 97 21800 (Sekretariat, Frau Sorg)

Fax: +49 341 97 21809, -28102 (PC-Fax)

mail: michael.fuchs@medizin.uni-leipzig.de

web: \_\_http://www.medi.zin.uni-leipzig.de <http://www.medi.zin.uni-leipzig.de/>\_

**Datum:** Wed, 02 Feb 2011 07:15:05 +0100 [07:15:05 CET]

---

**Von:** Hans-Konrad Selbmann <hans-konrad.selbmann@uni-tuebingen.de>

---

**An:** Selbmann@awmf.org

---

**Betreff:** Fwd: AW: Stellungnahmeverfahren für das Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

---

Betreff: AW: Stellungnahmeverfahren für das Konzept zur Sicherung der Dokumentationsqualität in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Datum: Tue, 18 Jan 2011 11:03:18 +0100

Von: DGP <info@pneumologie.de>

An: office@awmf.org

Sehr geehrte Damen und Herren,  
im Namen des Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Herrn Prof. Dr. med. Michael Pfeifer, teile ich Ihnen mit, dass das o.a. Konzept der Vorstand der DGP zur Kenntnis genommen hat und momentan eine Stellungnahme oder Kommentierung für nicht erforderlich gehalten wird.

Mit freundlichen Grüßen

Heidrun Lunemann  
Geschäftsstelle der DGP  
Stockumer Str. 30  
59368 Werne  
T.: 0 23 89 / 52 75 27  
F.: 0 23 89 / 52 75 22  
EMail: info@pneumologie.de  
www.pneumologie.de

---