



InSight SantéSécu

INFORMATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Liebe Leserinnen und Leser,

WAS BIETET INSIGHT SANTÉ SÉCU?

Zahlen, Fakten, News aus dem Sozial- und Gesundheitsministerium.

WARUM? Mehr Einblick, mehr Transparenz und bessere Koordination. Für Wen? Für alle Akteure des luxemburgischen Gesundheitswesens.

LESERMEINUNGEN ERWÜNSCHT?

Unbedingt, bitte per E-Mail:
insight.santeseccu@mss.etat.lu

WEITERE WEB-INFORMATIONEN:

www.ms.etat.lu
www.mss.public.lu

INHALT DOKUMENTATION: Unerlässlich für die Modernisierung des Gesundheitswesens. **ZAHLREICHE VORARBEITEN LAUFEN:** Welche sind bereits abgeschlossen? **VORRANGIGES ZIEL:** Testphase vorbereiten und durchführen. **DIE KOMMISSION:** Wer sind eigentlich ihre Mitglieder? **RAYMOND WAGENER:** „Wir fangen nicht bei Null an“. **AUF DER TO-DO-LISTE:** Schulungen, Datensicherheit und letzte Vorarbeiten. **SONDERAUSGABEN VON INSIGHT SANTÉ SÉCU:** Mehr Informationen im Herbst. **CARTOON:** Luxemburger Geheimnis.

Dokumentation: Unerlässlich für die Modernisierung des Gesundheitswesens

Ein neues Dokumentationssystem geht nun in den Spitälern an den Start. Die Bedeutung des Projektes ist so groß, dass diese Ausgabe von Insight SantéSécu einzig der Einführungsphase gewidmet ist.

Teamarbeit. Die heutige Gesundheitsversorgung basiert mehr und mehr auf der Arbeit eines Teams. Leistungen aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten und Gesundheitsberufen kommen im komplexen System der Gesundheitsversorgung zusammen. Ein solches System kann nur dann im Sinne des Patienten effizient arbeiten, wenn die einzelnen Versorgungsschritte nachvollziehbar und transparent sind. Aus diesem Grund führt Luxemburg neue Dokumentationsstandards in den Krankenhäusern ein.

Datenklarheit auf europäischer Ebene. Bereits seit 2008 stellt sich eine interministerielle Arbeitsgruppe der Herausforderung, Dokumentationsstandards für die Gesundheitsversorgung zu entwickeln und einzuführen. Seit 2011 nun liegt der Fokus darauf, die Prozeduren und Krankheiten im Hospital differenzierter zu erfassen. Zu diesem Zweck werden als neue Dokumentationsstandards die CCAM und nationale ICD-10-Kodierungsregeln (Näheres hierzu auf Seite 3) eingeführt. Dies ist auch



deshalb notwendig, weil die europäische Patientendirektive Datenklarheit erfordert. Denn nur so können grenzüberschreitend Missverständnisse bei der Information von Patienten vermieden werden.

Hohe Qualität belegen. Und nicht nur deshalb ist das differenzierte Dokumentieren in Luxemburgs Spitälern unvermeidlich. Auch die gefühlte hohe medizinische Qualität sollte endlich auch objektiv nachweisbar sein. So kann das Großherzogtum sich im internationalen Vergleich positiv positionieren, da die tatsächliche Qualität der Prozesse und Ergebnisse über Dokumentationsstandards belegt ist. Und nicht nur das: Qualitätssicherung ist weit einfacher, liegt klares Datenmaterial vor.

Mein Dank gilt allen Mitarbeitern und Partnern, die bislang das Projekt so erfolgreich vorangetrieben haben. Die Optimierung der Dokumentation ist die zentrale Aufgabe zur Modernisierung des Gesundheitswesens. Dank des Einsatzes so Vieler kann nun die konkrete Umsetzungsphase anlaufen.

(Minister Mars Di Bartolomeo)

Zahlreiche Vorarbeiten laufen: Welche sind bereits abgeschlossen?

Seit Erstellung der *carte sanitaire*, des ersten Berichts über die Lage des Gesundheitswesens in Luxemburg, reißt die Nachfrage nach verlässlichen Daten über Behandlungen und Diagnosen in Luxemburgs Kliniken nicht ab. Seit 2008 laufen intensive Vorarbeiten, um Abhilfe zu schaffen.

Konzentration auf Spitäler. Im Zuge der Vorbereitungen zur Reform des Gesundheitswesens von 2010 widmete sich eine Arbeitsgruppe aus Verwaltungsfachleuten intensiv der Problematik. Anfang 2011 musste mit der Verpflichtung, die Europäische Richtlinie über die Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in nationales Recht umzusetzen, dringend eine Lösung für diesen Datenbedarf gefunden werden. Ursprünglich war geplant, eine Dokumentation der gesamten medizinischen Tätigkeit einzuführen. Doch aufgrund des Ausmaßes und der Komplexität einer solchen Aufgabe wurde das Vorhaben 2011 neu ausgerichtet und man konzentrierte sich auf eine Dokumentation der Versorgung in den Krankenhäusern.



Werkzeuge zur Kodierung. Die Entscheidung, die Diagnosen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zu kodieren, wurde bereits in einem Übereinkommen zwischen der Gesundheitskasse (ehemals Vereinigung der Krankenkassen) und der Vereinigung der Mediziner und Zahnmediziner (Association des médecins et des médecins-dentistes - AMMD) festgehalten – und zwar in Titel IX, Art. 52 in Ausführung von Artikel 61 ff des Sozialversicherungsgesetzbuches. Dabei wurde auf die ICD-10 als zehnte überarbeitete Fassung der internationalen Klassifikation der Krankheiten Bezug genommen.

Die Arbeitsgruppe hatte bereits 2008 feststellen müssen, dass die luxemburgische Gebührenordnung der medizinischen Leistungen (Nomenklatur) nicht als zeitgemäße Klassifikation der medizinischen Prozeduren angesehen werden kann. Da sie vor allem tarifliche Ziele verfolge und nur begrenzt entwicklungsfähig sei, komme sie als Prozedurenklassifikation nicht in Frage. Auch nehme sie keine Rücksicht auf die Komplexität der im Land praktizierten medizinischen Prozeduren und missachte die Empfehlungen der europäischen Norm EU-1828 über die Klassifikation der medizinischen Prozeduren. Es wurde demnach vorgeschlagen, die derzeit auf internationaler Ebene bestehenden Klassifikationen, wie ICD-10 PCS, ICD-9 PCS, NOMESCO, OPS, CCAM und ICHI, miteinander zu vergleichen, um herauszufinden, welche davon als Bezugsklassifikation für Luxemburg geeignet sein könnte. Anhand von Daten aus der Fachliteratur und unter Berücksichtigung der Funktionsweise des luxemburgischen Gesundheitssystems erarbeitete eine Arbeitsgruppe ein Analyseraster samt einer Liste mit Wunschkriterien. Sie ermittelte für jede Klassifikation die gefragten Eigenschaften wie etwa Erweiterbarkeit, Vollständigkeit oder Eindeutigkeit der Codes. Ebenso notierte sie Aspekte, die sich negativ auswirken könnten wie etwa die Sprache der Veröffentlichung, eine begrenzte Erweiterbarkeit, die mangelnde Verwendung in Europa oder privatrechtliche und dadurch möglicherweise kostspielige Lizenzbedingungen.

Mögliche Organisationsformen. Parallel widmeten sich einige Mitglieder der Arbeitsgruppe der Frage, welche Auswirkungen verschiedene Organisationsformen von Kodierungssystemen mit sich bringen könnten. Sie diskutierten mit Expertenteams aus den Krankenhäusern der Grenzregionen über die sogenannte zentralisierte, dezentralisierte oder etwa gemischte Kodierung.

Internationale Erfahrungen. Die Einschätzungen von Fachleuten aus Frankreich, Belgien und Deutschland wurden eingeholt. Die so gewonnenen internationalen Facetten der Thematik flossen in Sitzungen mit Vertretern der Krankenhäuser ein. Bedeutende Fortschritte brachte eine Konferenz, die in Anwesenheit des Ministers für Gesundheit und soziale Sicherheit Ende September 2011 stattfand. Neben ersten zusammenfassenden Reflektionen der Arbeitsgruppe berichteten verschiedene Akteure



Die neuen Kodierungsregeln differenzieren die Diagnose stärker.



der Krankenhaus- und Universitätslandschaft, darunter auch Vertreter luxemburgischer Krankenhäuser, die bereits mit der CCAM arbeiten, über ihre Erfahrungen mit der Verwendung der beiden Klassifikationssysteme CCAM und ICD-10 PCS. Diese Konferenz bildete den Grundstein für ein ausführliches Begründungsschreiben an den Minister, das ihm bei seinen Überlegungen bezüglich der Wahl einer Klassifikation der medizinischen Prozeduren zu Hilfe sein sollte.

Anpassung an Luxemburgs Gegebenheiten. Wenige Wochen später, im November 2011, beschloss sodann der Regierungsrat, dass die CCAM als Bezugsklassifikation zu wählen und an die luxemburgischen Gegebenheiten anzupassen sei. Ausschlag für die Entscheidung gab, dass die CCAM derzeit die Klassifikation darstellt, die die größte Anzahl an Qualitätskriterien aufweist, welche für das gewünschte Dokumentationssystem maßgeblich sind.

Leitfaden erstellt. Anfang Januar 2012 wechselte das Projekt in eine neue Umsetzungsphase über. Mit Unterstützung des neu gegründeten Fachinstituts für medizinische Gutachten (Cellule d'expertise médicale) fanden Audits in den Krankenhäusern statt. Das Ziel lautete, eine Bestandsaufnahme der bestehenden Dokumentationssysteme zu erstellen und die Faktoren zu ermitteln, welche die Einführung von neuen Prozeduren zur Beschreibung der medizinischen Tätigkeit begünstigen bzw. bremsen. Ein Leitfaden für die Diagnosekodierung wurde ausgearbeitet. Eine Anleitung zur Kodierung der Leistungen anhand der CCAM-L (Luxemburgische gemeinsame Klassifikation der medizinischen Leistungen) erarbeitet und ein Studienprotokoll für eine Testphase entwickelt.

Information aller Beteiligten. Eine Arbeitsgruppe – bestehend aus Vertretern der Ärzteräte, der FHL, der Krankenhauslandschaft und der Behörden – hat sich im Laufe des Jahres 2012 und auch 2013 mehrmals getroffen, um das Vorhaben voranzutreiben und alle Beteiligten zu informieren. Die Zusammensetzung dieser Arbeitsgruppe kam den Bedürfnissen der einzelnen Beteiligten des Projekts entgegen.

Beratungskommission. Um die kompletten Vorarbeiten auch auf nationaler Ebene validieren zu können, wurde ein Entwurf für eine großherzogliche Verordnung verabschiedet, der die Etablierung einer nationalen Kommission für die Krankenhausedokumentation (CCDH) vorsah. Er wurde Ende 2012 verabschiedet (siehe Seite 5).

(Dr. Isabelle Rolland-Portal, Verwaltung des medizinischen Kontrolldienstes)



Vorrangiges Ziel: Testphase vorbereiten und durchführen

Die erste Sitzung der Beratungskommission für die Krankenhausdokumentation (Commission consultative de la documentation hospitalière - CCDH) fand am 15. Mai 2013 im Ministerium für soziale Sicherheit statt.

Vorarbeiten. Die Kommission hat die zuvor bestehende Arbeitsgruppe abgelöst und führt deren Arbeiten weiter fort. Da die meisten Mitglieder bereits an den vorherigen Reflektionen beteiligt waren, gestaltete sich die Übergabe der Arbeiten umso einfacher. Bei dieser ersten Sitzung haben sich die Mitglieder auf den Umfang ihrer Aufgabe und die zu erreichenden Ziele geeinigt. Sie haben Einsicht in alle Dokumente genommen, die in den vergangenen Jahren im Rahmen der Arbeiten der Behörden und der Facharbeitsgruppe entstanden sind.

Vorrangige Punkte. Schnell herrschte Klarheit, dass zwei Punkte im Zeitplan der Kommission absoluten Vorrang genießen: Die Testphase für den Herbst 2013 muss vorbereitet und die Kodierung in Krankenhausabteilungen getestet werden, die sich freiwillig dafür zur Verfügung stellen. Diese Zeitplanung fußt auf dem Umstand, dass die Europäische Patientenrichtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (siehe Insight Nummer 1/2013) in Luxemburg umgesetzt werden muss und dafür kurzfristig die Krankenhäuser, die CNS und die nationalen Behörden validierte und kohärente Daten benötigen.

Bis Ende Juni 2013 werden die Mitglieder der Kommission die von der Arbeitsgruppe für die Testphase vorbereiteten Dokumenten gesichtet haben und werden ihre Anmerkungen und Kommentare mitteilen. Diese Dokumente müssen nun im Hinblick auf die angesetzte Testphase validiert werden. Eine weitere Sitzung zur Fertigstellung der Arbeiten ist für den 3. Juli 2013 vorgesehen. Die Kommission hält es für sinnvoll, eine Spezial-Arbeitsgruppe zu gründen. In ihr sollten all jene Fachleuten zusammen kommen, die in den Krankenhäusern die Einführung der Dokumentation betreuen. Diese Arbeitsgruppe sollte sich mit den technischen Aspekten des Vorhabens auseinandersetzen.

Herbst 2013. Die Kommission wird den Verlauf der Testphase genau beobachten. Eine Beurteilung dieser Phase soll vier bis sechs Monate nach ihrem Start erfolgen. Ein ausgewiesener Fachmann soll dann in Berichtsform der Kommission die Ergebnisse vorlegen.

(Dr. Florence Romano Girard, Cellule d'expertise médicale)



Viel Arbeit wartet auf die neu gegründete Commission consultative.



Die Kommission: Wer sind eigentlich ihre Mitglieder?

Die Beratungskommission für die Krankenhausdokumentation (Commission consultative de la documentation hospitalière - CCDH) wurde durch großherzogliche Verordnung vom 26. Dezember 2012 geschaffen. Sie untersteht den Ministern für Gesundheit und soziale Sicherheit. Sie soll die Einführung eines Systems zur Dokumentation in den Krankenhäusern auf nationaler Ebene begleiten.

Die Mitglieder. Unter dem Vorsitz von Raymond Wagener, Direktor der Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) arbeiten folgende Mitglieder (und stellvertretende Mitglieder) in der CCDH. Sie wurden per Ministerialerlass vom 6. März 2013 ernannt: Dr. Isabelle Rolland (Dr. Raoul Hartert) für den medizinischen Kontrolldienst, Jean-Paul Juchem (José Balanzategui) für die Gesundheitskasse, Dr. Florence Romano (Frau Pascale Oster) für die Cellule d'expertise médicale, Prof. Dr. Hans-Joachim Schubert (Dr. Michel Nathan), Dr. Catherine Boisanté (Dr. Claude Birgen), Christian Oberle (Jean-Paul Freichel), Serge Haag (René Haagen) für die Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois und Dr. Jules Hoffelt für die Conseils médicaux. Heiko Zimmermann vertritt die Agence nationale des informations

partagées dans le domaine de la santé. Stellvertretende Vorsitzende und Vertreterin des Gesundheitsministers ist Dr. Françoise Berthet von der Direction de la Santé. Als Schriftführer fungiert Laurent Falchero vom Ministerium für soziale Sicherheit.

partagées dans le domaine de la santé. Stellvertretende Vorsitzende und Vertreterin des Gesundheitsministers ist Dr. Françoise Berthet von der Direction de la Santé. Als Schriftführer fungiert Laurent Falchero vom Ministerium für soziale Sicherheit.

Valides Datenmaterial ermöglichen. Auf der Grundlage der Vorarbeiten, die seit 2008 laufen (siehe Seite 7), wird die CCDH festlegen, in welcher Organisationsform krankenhausintern verantwortlich medizinische Informationen dokumentiert und die dafür notwendigen Prozeduren, Methoden und notwendigen Werkzeuge eingeführt werden. Die so geschaffenen Strukturen müssen die Qualität der gesammelten Daten und die Einhaltung der Kodierungsvorschriften garantieren können. Den Arbeiten der CCDH liegt der Wunsch zugrunde, allen Akteuren, ob aus Spitalsektor oder anderen Institutionen, den Zugang zu validem Datenmaterial zu ermöglichen, damit sie zukünftig statistische Fragestellungen zufriedenstellend beantworten können.

(Dr. Françoise Berthet, Direction de la Santé)



Die Mitglieder der
Beratungskommission.



Raymond Wagener: „Wir fangen nicht bei Null an!“

Ergebnisorientiert und einvernehmlich wird die Commission consultative de la documentation hospitalière (CCDH) ihren Projektauftrag erledigen. Dafür wird sich Raymond Wagener als Kommissionspräsident einsetzen. Ein Interview mit dem Direktor der IGSS.

Mit welcher Arbeitsphilosophie werden Sie die Kommission leiten?

Wagener: Für mich steht im Vordergrund, die anstehenden Aufgaben konstruktiv in großer Übereinkunft zwischen Ärzten, Kliniken, Gesundheitskasse und Gesundheits- sowie Sozialministerium anzupacken. Die verschiedenen Interessen der beteiligten Gruppen müssen auf einen Nenner gebracht werden, damit ein System entsteht, das jedem nutzt und Vorteile bringt. Ziel dabei ist, die in das System gesetzten Erwartungen zu erfüllen.

Die erste Sitzung hat bereits stattgefunden, wie haben Sie das Arbeitsklima empfunden?

Wagener: Sehr freundschaftlich. Es war zu spüren, dass alle großes Interesse an konstruktiven Lösungen zum Aufbau des neuen Systems mitbringen.

Wie schätzen Sie die vorbereitenden Arbeitsergebnisse ein, auf denen die Kommission aufbauen kann.

Wagener: Wir fangen glücklicherweise nicht bei Null an. Wir können auf exzellente Vorbereitungen zurückgreifen. Die einzelnen Dokumente müssen allerdings von der Kommission noch ausgewertet und validiert werden.

Gibt es Schwierigkeiten, die es zu überwinden gilt?

Wagener: Selbstverständlich. Deshalb ist die Pilotphase geplant. Mit ihrer Hilfe können wir die Kodierung, die Datenerfassung und die Qualität der Daten, eben das gesamte Datenmanagement dem Praxistest unterwerfen. Hier können wir Lösungen finden, wenn sich Schwierigkeiten auftun.

(Das Interview führte Beatrice Wolter, Redaktion insight SantéSécu)



Foto: IGSS

Raymond Wagener, Direktor der IGSS und Vorsitzender der Beratungskommission.



Auf der To-Do-Liste: Schulungen, Datensicherheit und letzte Vorarbeiten

Das Projekt kann nun in seine nächste Phase übergehen. Die Beratungskommission prüft derzeit die notwendigen Schritte vor Eintritt in den Praxistest.

Sobald die Validierung der Hilfsmittel und Bezugssysteme abgeschlossen ist, kann die Testphase beginnen. Die Kommission stellt sicher, dass die vorgeschlagene Organisationsform und Art der Datenerfassung das Ziel und die Durchführung des Projekts auf jeden Fall stützen.

Technische Aspekte. Die Fédération des hôpitaux luxembourgeois (FHL) wird eine Arbeitsgruppe aus Fachleuten zusammenstellen (siehe Seite 5), die sich den technischen Fragen zur Umsetzung des Projekts widmen wird. Nach Abstimmung mit Vertretern der CNS und der zuständigen nationalen Institutionen wird sie ihre Reflektionen an die Kommission übermitteln.

Die Testphase: Bestimmte Anpassungen müssen ins Auge gefasst werden, bevor das System in allen Krankenhausabteilungen eingesetzt werden kann. Zwar hat die Bestandsaufnahme der Situation und Bedürfnisse in den Krankenhäusern die Wahl des Dokumentationssystem wesentlich mit geprägt, dennoch werden Adaptionen notwendig sein. Ziel der Testphase ist, das geplante System zur Krankenhausedokumentation im Praxislauf zu beurteilen und die den Krankenhäusern vorgeschlagenen Werkzeuge und Bezugssysteme zu testen. In dieser Phase können die Stärken und Schwächen der Dokumentation sowie die Ursachen und möglichen Bedingungen für einen Anstieg des Dokumentationsaufwandes ermittelt werden. Diese Etappe ist ebenfalls für die Kliniken und insbesondere ihre Dokumentationsbeauftragten sehr wichtig, um die Handhabung der Systeme zu erlernen.

Teilnahme an Testphase. Krankenhausabteilungen, die sich freiwillig an der Testphase beteiligen möchten, werden praktische Informationen über die Bewerbungsmodalitäten erhalten. Die Bewerbungen werden von der Dokumentationskommission geprüft, damit möglichst viele verschiedene Krankenhausabteilungen und Tätigkeitsbereiche am Test teilnehmen können.

Schulungen: Experten, die das Vorhaben im Auftrag der nationalen Behörden betreuen, veranstalten Anfang Juli ein Arbeitsseminar. Erforderlichenfalls kann auch eine Präsentation der CCAM-L für eine kleine Gruppe von zuständigen Fachleuten



Foto: Rido - Fotolia.com

Fertig für die Testphase? Die Vorbereitungen dazu beginnen nun.



veranstaltet werden. Mögliche Erwartungen an Schulungen werden noch ermittelt, damit in einer zweiten Schulungsphase im Herbst die Lehrunterlagen an die Bedürfnisse angepasst werden können. Diese Schulungen können anschließend den Mitarbeitern der Krankenhäuser je nach Bedarf angeboten werden.

Sicherheit der Daten: Derzeit beschäftigen sich die nationalen Institutionen damit, einen gesicherten Datenfluss einzurichten, damit sämtliche für die Testphase erforderlichen Garantien zur Sicherheit der Daten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben vorliegen werden.

(Dr. Florence Romano Girard, Cellule d'expertise médicale)

Sonderausgaben von Insight Santé-Sécu: Mehr Informationen im Herbst

Wie geht es weiter nach der Pilotphase zur Einführung von neuen Dokumentationsstandards in den Spitälern? Alle notwendigen Informationen dazu werden eine deutsch- und französischsprachige Sonderausgabe von Insight SantéSécu Ende Herbst bieten.

Geplante Themen: Den bisherigen Arbeitsfortschritt und die Testphase werden die beiden Sonderausgaben beleuchten. Sie werden ebenso die weiteren Implementierungsschritte erläutern und den ICD10-Diagnoseschlüssel sowie die Prozedurdokumentation CCAM im Hinblick auf deren Effekte und Mehrwert vorstellen.

Was ändert sich konkret für Ärzte oder andere betroffene Gruppen? Wer kodiert? Gibt es Schulungen und ab wann? Welche Wechselwirkungen können sich zwischen elektronischer Patientenakte und Dokumentationsmodus ergeben? Welche Vorkehrungen zum Datenschutz sind zu berücksichtigen? Und schließlich: Warum ist eine optimierte Dokumentation im Hinblick auf die europäische Patientenrichtlinie unumgänglich? Auch auf diese Fragen werden die beiden Ausgaben Antwort geben. Weitere Themenanregungen können gern per Mail an die Redaktion gesandt werden (insight.santesecu@mss.etat.lu).

(Beatrice Wolter, Redaktion Insight SantéSécu)

Impressum

Herausgeber
 Ministère de la Santé et Ministère de
 la Sécurité sociale du Luxembourg

Verantwortlich
 Mars di Bartolomeo, Ministre

Beauftragter des Herausgebers
 KomPart Verlagsgesellschaft
 mbH & Co. KG Bonn

Redaktion
 Dr. phil. Beatrice Wolter (KomPart);
 Ministère de la Sécurité Sociale,
 Ministère de la Santé;
 E-Mail: insight.santesecu@mss.etat.lu



InSight

SantéSécu

INFORMATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DU MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

10

