



InSight

SantéSécu

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.santeseclu@mss.etat.lu

WEITERE WEB-INFORMATIONEN:

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

INHALT

DOKUMENTATION IM SPITAL: „Wir kommen voran“. **DIE MEDIZINISCHE DOKUMENTATION:** Warum und für wen? **EINE STRUKTURIERTE DOKUMENTATION** benötigt angemessene Werkzeuge. **ERSTE SCHRITTE:** Die Testphase. **NEUE STANDARDS:** Herausforderung und Verpflichtung zugleich. **DIE MÉDECINS DIM** in Frankreich. **MEDIZINCONTROLLING** in Deutschland. **DIE „MÉDECINS DIM“** in Belgien. **AUSSAGEKRÄFTIGES DATENMATERIAL:** Notwendig und unumgänglich. **FAQ** (Häufig gestellte Fragen). **GLOSSAR.**

Dokumentation im Spital: „Wir kommen voran.“

Zügig schreitet die Einführung eines neuen Dokumentationssystems in den Krankenhäusern voran.

Thema bleibt zentral. Auch unter der neuen Regierung bleibt die Fortentwicklung der Dokumentation im luxemburgischen Gesundheitswesen zentrales Thema. Dies gilt umso mehr, als seit Ende Oktober die EU-Richtlinie über die grenzüberschreitende Patientenversorgung in Kraft getreten ist. Sie fordert Datenklarheit, damit Missverständnisse bei Patienten, die sich in EU-Ländern behandeln lassen wollen, gar nicht erst auftreten. So ist es auch unter diesem Vorzeichen unumgänglich, dass die Prozeduren und Krankheiten im Spital differenzierter erfasst werden. Und: Qualitätssicherung ist weit einfacher, liegen klare Daten vor.

Pilotphase läuft. Im Dezember beginnen in den Kliniken die internen Vorbereitungen für die Testphase. Das Dokumentieren mittels der neuen Standards startet dann spätestens am 1. Februar 2014. Insgesamt wird die Pilotphase ein halbes Jahr dauern. Über die Gründe und Notwendigkeiten der neuen Dokumentationsstandards berichtete Insight SantéSécu in einer Sonderausgabe (2/2013) bereits ausführlich. Diese zweite Sonderausgabe informiert schwerpunktmäßig über die konkreten Modalitäten der Pilotphase, in welchen Spitälern sie stattfindet und unter welchen



Bedingungen. Sie klärt auf, was sich konkret für Ärzte oder andere betroffene Gruppen ändern wird und mit welchem Zusatznutzen. Ferner richtet sie den Blick auf die Situation in den Nachbarländern: Wie arbeitet ein Médecin DIM in Belgien, Frankreich und Deutschland? Ebenso gibt es Aufklärung darüber, dass die neuen Standards keine datenschutzrechtlichen Konsequenzen nach sich ziehen. Kurzum: Jetzt wird es ernst.

*(Raymond Wagener, IGSS / Dr. Danielle Hansen-Koenig, Direction de la santé /
Dr. Gérard Holbach, Contrôle médical de la sécurité sociale)*

Medizinisches Dokumentieren: Warum und für wen?

Ein standardisiertes Dokumentationssystem in den Krankenhäusern verfolgt mehrere Ziele: die Verbesserung der Qualität, der Transparenz sowie der Planung und Fortführung gesundheitspolitischer Ziele. Damit kommt es den Bedürfnissen aller Beteiligten am Gesundheitssystem entgegen, wie den Einzel- und Gruppendienstleistern, den Krankenhäusern, der staatlichen Verwaltung und Regierung sowie den Patienten und Nutzern. Hier erfahren Sie wie:

Das medizinische Dokumentationssystem muss Folgendes ermöglichen:

- Transparenz des Versorgungsangebots, damit im Sinne des Gesetzgebers die Europäische Richtlinie 2011/24/EU über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung umgesetzt werden kann;
- die Verbesserung der Datenqualität, die zur Berechnung der internationalen Indikatoren erforderlich ist, welche Luxemburg regelmäßig der WHO, der OECD und Eurostat zu liefern hat;
- eine bessere Kenntnis des Leistungsgeschehens zur Förderung der Planung in den Krankenhäusern und der Weiterverfolgung gesundheitspolitischer Zielvorgaben.

Im Dienste der Ärzte: kontinuierliche Verbesserung und Qualität.

Der medizinische Alltag der Krankenhausärzte unterscheidet sich von den Rahmenbedingungen der klinischen Studien, die strenge Protokolle, Erfassungen von strikten Daten und breiten Stichproben von Patienten erfordern. Die medizinische „Routinetätigkeit“ trägt trotzdem grundlegend zur Erfahrung, zur beruflichen Entwicklung und zur kontinuierlichen Verbesserung der Praktiken bei. Wie? Jeder Leistungserbringer generiert alleine durch seine Tätigkeit Daten. Werden diese Daten



Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

Jeder Arzt generiert durch sein Handeln eine Vielzahl von Daten. Werden sie strukturiert erfasst, ermöglichen sie in ihrer Gesamtheit epidemiologische Rückschlüsse.



mit Hilfe von Dokumentationsfachkräften strukturiert dokumentiert, entsteht eine Datenbank, die jeder Leistungserbringer einsetzen kann, um seine eigenen Ergebnisse zu analysieren, seine Fortschritte zu messen, den Mehrwert neuer Behandlungsmethoden zu bewerten, auf Software zurückzugreifen, die ihm bei der klinischen Entscheidungsfindung behilflich ist, oder um sich mit seinen Kollegen zu vergleichen.

Erfolgt die Dokumentation strukturiert per Kodierung, ermöglicht sie die erforderliche Sorgfalt und Präzision, die zur Klassifikation, Analyse und Vergleich von Diagnosen und erbrachten medizinisch-technischen Leistungen notwendig ist. Dadurch erhält das Sammeln und Kodieren von Diagnosen und erbrachten Leistungen einen neuen Stellenwert. Wurde es früher in Zusammenhang mit den tariflichen Zwängen als Pflicht angesehen, so wird es nun zu einem wertvollen Werkzeug der individuellen Weiterbildung und beständigen Qualitätsverbesserung. Dank der Informationstechnologien kann es heute zur Verbesserung der medizinischen Praktiken und in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus für jeden Krankenhausarzt zu einem natürlichen Prozess seiner täglichen Tätigkeit werden.

Im Dienste des Gesundheitssystems: Leistungsbewertung.

Auf einer übergeordneten Ebene ermöglicht die Zusammenführung der strukturiert erhobenen und anonymisierten Daten die Berechnung zahlreicher Indikatoren, wie sie für die Einschätzung und den Vergleich des luxemburgischen Gesundheitssystems nach internationalen Kriterien und Normen notwendig ist. Nur durch die angemessene Dokumentation kann der Grundstein für die Leistungsbewertung eines jeden Gesundheitssystems gelegt werden.

Die generierten Informationen ermöglichen dem Gesundheitssystem „dazu zu lernen“, den Mehrwert seiner Gesundheitspolitik auf einer objektiven Grundlage zu bewerten und seine Verantwortung im Zusammenhang mit den ihm zugewiesenen Mitteln zu übernehmen. Zudem ermöglichen die Daten, die Transparenz herzustellen, die zur Umsetzung der Europäischen Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung erforderlich ist.

Im Dienste der Gesundheitspolitik und der Krankenhausplanung.

Die per Krankenhausdokumentation erstellten Informationen ermöglichen schließlich die Erstellung eines Berichts über die Lage des Gesundheitswesens (carte sanitaire) und die Analyse der Daten zur Effizienz des Gesundheitssystems. Dadurch erhalten die Verantwortlichen auf mehreren Ebenen Erkenntnisse über die nationalen gesundheitspolitischen Erfordernisse: Nicht gedeckter Bedarf lässt sich identifizieren. Die Krankenhausplanung im Besonderen sowie die Organisation der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen wird erleichtert, insbesondere mit dem Ziel, der Bevölkerung einen gerechten Zugang zu qualitativ hochwertigen Leistungen zu gewähren.



Zugunsten der Patienten und aller Akteure. Genau deshalb ist die Einführung von Erfassungsmodalitäten und Klassifikationen für die strukturierte Dokumentation der Diagnosen und Leistungen im Krankenhaus unabdingbar. Sie ist der erste Schritt zur Umsetzung des vorrangigen Ziels, die Gesundheitsversorgung und Gesundheit der Bevölkerung in einem effizienten und evidenzbasierten Gesundheitssystem zugunsten der Patienten und aller Akteure kontinuierlich zu verbessern.

(Dr. Françoise Berthet, Direction de la santé)

Eine strukturierte Dokumentation erfordert angemessene Werkzeuge

Die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) und die für Luxemburg angepasste gemeinsame Klassifikation der medizinischen Leistungen (Classification commune des actes médicaux - CCAM-L) haben sich als geeignet erwiesen, Luxemburgs Dokumentationskultur zu optimieren.

ICD und CCAM-L: Die Kodierung der Diagnosen beruht auf der internationalen Klassifikation der Krankheiten (im Englischen: International Classification of Diseases - ICD). Sie wird gemäß eines nationalen methodischen Leitfadens angewandt. Ein in Dokumentationsfragen speziell geschulter Arzt wird in den Krankenhäusern die ICD-Diagnosen dokumentieren. Dabei legt er die vom Krankenhausarzt in der jeweiligen Patientenakte des Krankenhauses notierten Diagnosen zugrunde. Die Kodierung der erbrachten Leistungen dagegen wird der Leistungserbringer selbst vornehmen anhand der für Luxemburg angepassten gemeinsamen Klassifikation der medizinischen Leistungen (CCAM-L). Um diese Kodierung in CCAM-L zu erleichtern, können Thesauren ausgearbeitet werden, die auf die Tätigkeit eines jeden Krankenhausarztes oder jeder Krankenhausarztgruppe abgestimmt werden.

■ Die Dokumentation der Diagnosen

ICD-10, 4 Zeichen, genaue Kodierungsvorschriften. Die ICD wird von der WHO veröffentlicht und aktualisiert. In Luxemburg und in den meisten anderen Ländern wird die zehnte überarbeitete Fassung (ICD-10) für die Zwecke der Registrierung der Erkrankungs- und Todesursachen verwendet. Es handelt sich um



Foto: andreiortov - Fotolia.com

Wer eine Dokumentationskultur entwickeln möchte, die den heutigen Standards entsprechen soll, braucht geeignete Werkzeuge.



eine statistische (jeder Kode kann nur zu einer Kategorie gehören) und einachsige (eine Krankheit pro Kode) Klassifikation, die eine alphanumerische 3- bis 5-stellige Kodierung verwendet. Die Genauigkeit der Kodierung hängt von der verwendeten Zeichenzahl ab.

Die Grenzen der 3-stelligen Kodierung. Die 3-stellige Kodierung kann nützliche Informationen zur Tragweite bestimmter Fragen der öffentlichen Gesundheit liefern (alkoholische Leberkrankheiten, Typ-1-Diabetes, Myokardinfarkt, ...). Bestimmte Auskünfte, wie die Form oder das Stadium der Krankheit, die anhand der 4. Stelle (und in einigen Fällen durch zusätzliche Codes oder Zeichen) kodiert werden, ermöglichen eine genauere Beobachtung der Epidemiologie dieser Krankheiten und vor allem eine Beurteilung der Wichtigkeit sowohl präventiver als auch kurativer Eingriffe und die Angemessenheit der dafür vorgesehenen Mittel.

Auf nationaler Ebene wäre es beispielsweise förderlich, die Inzidenz der Krankenhausaufnahmen von Jugendlichen wegen akuter Alkoholintoxikation (F10.0) zu kennen, um den kurzfristigen Erfolg einer auf diese Bevölkerungsgruppe ausgerichteten Präventionskampagne einzuschätzen. Es kann auch wichtig sein, die Inzidenz der alkoholischen Leberkrankheiten (K70) unter ihren verschiedenen Formen (Hepatitis: K70.1, Leberzirrhose: K70.3, Leberversagen: K70.4) zu kennen, um den langfristigen Erfolg einer Präventionsstrategie in Sachen Alkoholmissbrauch zu messen und die Angemessenheit der zur Behandlung dieser Krankheiten vorgesehenen Mittel zu beurteilen.

Die Inzidenz der vermeidbaren Krankenhausaufenthalte bestimmen. Die 4-stellige ICD-10-Kodierung ermöglicht eine Bestimmung der Inzidenz der sogenannten „vermeidbaren“ Krankenhausaufenthalte aufgrund von unzureichend kontrollierten chronischen Krankheiten (z. B. Asthma, Hypertonie, chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder schlecht eingestellter Diabetes) und somit die Einschätzung der Angemessenheit der Behandlung dieser Krankheiten auf dem Gebiet der Primärversorgung. Die nationale Inzidenz der vermeidbaren Krankenhausaufenthalte kann dann anhand einer validierten Methode mit derjenigen anderer Länder verglichen werden und dazu dienen, wirksamere Behandlungsmodalitäten für diese Krankheiten festzulegen.

Die angemessene Zuweisung der Mittel für das Krankenhauswesen bestimmen. Ohne hier näher auf technische Details einzugehen, lässt sich anhand von präzisen Kodierungsvorschriften ebenfalls bestimmen, welche Diagnosen erfasst und nach welchen Grundsätzen diese in Hauptleiden und



Foto: tmc_photos - Fotolia.com

Differenzierteres Dokumentieren ermöglicht CIM-10 über vier Positionen.



Nebenleiden eingestuft werden müssen. So dient die präzise Kodierung nicht nur der bewertenden Erfassung von Qualität der öffentlichen Gesundheit zu Planungszwecken. Sie bildet daneben auch die Grundlage für die Stratifikation der Patienten in Risikoklassen und wird in allen Ländern verwendet, um die angemessene Zuweisung der bereitgestellten Mittel für das Krankenhauswesen zum Wohle der Patienten zu bestimmen.

Ein methodologischer Leitfaden wurde mithilfe von Experten für die luxemburgischen Krankenhäuser ausgearbeitet und von der CCDH für die Testphase des Krankenhausdokumentationsprojekts validiert. Er enthält die Modalitäten zur Erfassung und Kodierung der Diagnosen im Zusammenhang mit allen Krankenhausaufenthalten. Diese Kodierung wird von den für Dokumentationsfragen zuständigen Ärzten (siehe Seite 9) auf der Grundlage der von den Klinikärzten erfassten Diagnose-Daten vorgenommen.

■ Die Dokumentation der medizinischen und medizinisch-technischen Leistungen

CCAM-L. Eine präzise Dokumentation der medizinischen Leistungen bei stationärem Aufenthalt ermöglicht eine eindeutige Bewertung der zugunsten des Patienten aufgewandten Mittel. Die zu Tarifzwecken entwickelte Gebührenordnung der Leistungen und Dienste der Ärzte und Zahnärzte stellt keine Klassifizierung im klassischen Sinne dar. Sie ermöglicht weder eine angemessene Beschreibung der erbrachten Leistungen noch eine Verwendung dieser Information zu Zwecken der Qualität, Transparenz, Planung und gesundheitspolitischen Weiterentwicklung.

Um als zuverlässige Grundlage für die Dokumentation der medizinischen Leistungen zu dienen, muss die Kodierung auf folgenden Grundsätzen beruhen: sie muss deskriptiv, strukturiert und hierarchisch gegliedert, leserlich und transparent, ausführlich (einschließlich der Leistungen, die nicht erstattet werden), eindeutig und erweiterbar sein. Zudem muss die Klassifikation die Normen der medizinischen Klassifikationen berücksichtigen, international anerkannt sein und Vergleiche mit den europäischen Gesundheitssystemen zulassen, dies in Übereinstimmung mit der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. Derzeit entspricht die seit 2006 in Frankreich zur Kodierung der technisch-medizinischen Leistungen verwendete Gemeinsame Klassifikation der medizinischen Leistungen (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM) diesen Kriterien und die Entscheidung für diese Klassifikation wurde im November



2011 vom Regierungsrat gutgeheißen. Eine Expertengruppe hat die CCAM-L, als eine für Luxemburg angepasste Fassung ausgearbeitet. Sie wird anlässlich der Testphase in den Krankenhäusern bewertet.

Ein methodologischer Leitfaden, der diesbezüglich vorbereitet und von der CCDH validiert wurde, erläutert die Modalitäten zur Benutzung der CCAM-L. Im Gegensatz zu den Diagnosen werden die während eines Krankenhausaufenthalts erbrachten medizinisch-technischen Leistungen vom erbringenden Krankenhausarzt kodiert. Ein Thesaurus mit den Leistungen und ihren entsprechenden Codes wurde mit Unterstützung eines Arztes erstellt, der für die medizinische Information des Krankenhauses zuständig ist. Er kann den betroffenen Krankenhausärzten oder Krankenhausarztgruppen bei der Aneignung der Kodierung behilflich sein. Es bleibt zu betonen, dass die in CCAM-L kodierten Leistungen für jeden Aufenthalt mit den speziell kodierten Diagnosen zusammen gebracht werden. Dabei läuft aber das Krankenhausdokumentationssystem gänzlich unabhängig vom medizinischen Rechnungsstellungsverfahren, welches unverändert bleibt.

■ Das medizinische Informationssystem in den Krankenhäusern

Im Aufbau. Die Datenerfassung sowie die Konzipierung und Verwaltung der Datenbanken bezüglich der kodierten Krankenhausaufenthalte erfolgen durch fachlich kompetente Dokumentationsärzte und unterliegen der eigenen Verantwortung jedes Krankenhauses. Die sekundäre Verwendung der Daten etwa zu Zwecken der kontinuierlichen Verbesserung, für Tätigkeitsberichte zur lokalen Verwendung und für die interne Planung erfordert die aktive Beteiligung der Verwaltungsstellen. Ebenso ist eine gute Verwaltung der Zugriffsrechte auf die Datenbanken notwendig und gleichfalls verschiedene technische Schritte, die personelle Mittel und eine straffe Organisation erfordern: Dazu zählen die Formulierung der Anträge je nach Bedarf der Datennutzer, Tests, Produktion, Überprüfungen, gesicherte Übertragungen ... Um diesen Vorgang in den Krankenhausbetrieb zu integrieren, wurden Ärzte mit der Einrichtung des Krankenhausdokumentationssystems beauftragt. In den Krankenhäusern werden derzeit medizinische Informationsstrukturen gebildet, welche aktiv an der Testphase des Systems beteiligt sein werden.

(Dr. Françoise Berthet, Direction de la santé)



Foto: ronnjizz - Fotolia.com

Stärken und Schwächen erkennen, das ist das Ziel der sechsmonatigen Testphase.



Weblinks

Die Verordnungstexte, die sich auf die Arbeit der Beratungskommission für die Krankenhausdokumentation beziehen, das Projekt zur Krankenhausdokumentation sowie der methodische Leitfaden zur Kodierung finden sich hier :

<http://www.sante.public.lu/fr/systeme-sante/organisation/hopitaux/index.html>.

Directive européenne sur les soins transfrontaliers :

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:fr:PDF>
et

<http://www.guichet.public.lu/citoyens/fr/actualites/2013/03/02-soins-sante-transfrontaliers/index.html>.

Erste Schritte: Die Testphase

Die Testphase des Krankenhausdokumentationssystems beginnt wie in der Insight SantéSecu-Ausgabe von Juni 2013 angekündigt.

Diese systematisierte Dokumentation der Krankenhausaufenthalte gründet auf der Erfassung und Kodierung der Diagnosen anhand der ICD-10 und der medizinischen Leistungen mithilfe der auf Luxemburg angepassten CCAM-L.

Kurze Zusammenfassung der Arbeiten seit Juni 2013: Die Dokumente (Leitfäden mit den Kodierungsvorschriften für die Diagnosen und Leistungen, Ablauf-Protokoll der Testphase) wurden der Beratungskommission für die Krankenhausdokumentation (CCDH) im Mai 2013 vorgestellt. Der CCDH war sodann wichtig, die Stellungnahme der mit der medizinischen Information in den luxemburgischen Krankenhäusern beauftragten Ärzte einzuholen. Sie wollte sicher sein, dass die Leitfäden und das Ablauf-Protokoll den Bedürfnissen der Krankenhäuser gerecht werden. Es wurden zwei Arbeitssitzungen abgehalten, mit dem Ergebnis, dass die CCDH die Mehrheit der von den Krankenhäusern unterbreiteten Verbesserungsvorschläge berücksichtigte. Das Ablaufprotokoll der Testphase und die methodologischen Leitfäden für die Kodierung der Leistungen und Diagnosen wurden am 2. Oktober 2013 von der CCDH validiert. In den Krankenhäusern wurden die Ärzte dazu aufgerufen, ihre Bewerbungen einzureichen, um an der Testphase für die Implementierung einer medizinischen Krankenhausdokumentation teilzunehmen.



Welche Ziele verfolgt die Testphase? Die Testphase soll - wie der Name schon sagt - eine konkrete Einrichtung des Systems zur Erfassung und Kodierung der Leistungen und Diagnosen gemäß den auf nationaler Ebene validierten Vorschriften ermöglichen. Vier Monate lang werden alle Krankenhausaufenthalte kodiert, die von den Ärzten, die sich bereit erklärt haben, an dieser Testphase teilzunehmen (idealerweise alle Ärzte einer Fachrichtung einer Abteilung, was aber nicht zwingend sein muss), erfasst wurden. Diese Arbeit wird dann unter spezieller Bezugnahme auf folgende Punkte bewertet:

- Bewertung der Qualität der Kodierung der gesammelten Informationen gemäß den in den methodologischen Leitfäden erläuterten nationalen Vorschriften;
- Einschätzung der organisatorischen Machbarkeit der Erfassung eines Pakets von kodierten administrativen und medizinischen Daten der einzelnen Krankenhausabteilungen;
- Ermittlung der möglichen Schwierigkeiten und Bedürfnisse im Hinblick auf die allgemeine Einführung im gesamten Krankenhausesektor.

Wie wird die Testphase umgesetzt? Einige Krankenhäuser haben bereits einen für die Einrichtung des medizinischen Krankenhausdokumentationssystems zuständigen Arzt ernannt. Bei diesem Arzt handelt es sich entweder um einen Krankenhausarzt (der im Übrigen auch eine klinische Tätigkeit beibehalten kann) oder einen Facharzt für öffentliche Gesundheit. Er kann dieses Projekt in Voll- oder Teilzeit übernehmen. In den Krankenhäusern scheint die französische Bezeichnung „médecin DIM“ (Arzt der Abteilung für medizinische Information, analog zum französischen Akronym) für die Funktion des Dokumentationsarztes geläufig zu sein. Aufgabe dieses Arztes ist es, in der Testphase für einen reibungslosen Ablauf des Vorhabens in seinem Krankenhaus zu sorgen. Er leitet die Einrichtung des medizinischen Dokumentationssystems, indem er die Erfassung der Daten organisiert und sich anschließend von der Ausführlichkeit und Qualität der gesammelten Daten überzeugt. In diesem Zusammenhang ist er bei der Verbreitung der Bezugssysteme und Leitfäden bei den Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe behilflich. Für die Krankenhausärzte ist er der Ansprechpartner und Experte für Krankenhausdokumentation. Er kann sich bei seiner Aufgabe von Assistenten für Dokumentation und medizinische Information (ADIM) unterstützen lassen.

Wie viel Zeit werden die einzelnen Schritte in Anspruch nehmen? Zu Beginn der Testphase sind etwa zwei Monate für die technische Einrichtung des gesamten Verfahrens der medizinischen Krankenhausdokumentation vorgesehen. Die wichtigsten Schritte des Gesamt-Verfahrens sind folgende: Sammeln der Daten, hierarchische Gliederung für die Diagnosen, Kodierung, Registrierung



Foto: Tyler Olson - Fotolia.com

Prozeduren wird wie bisher der behandelnde Arzt dokumentieren. Die Diagnosen wird ein speziell geschulter Arzt per ICD-10 erfassen.



im EDV-Format, Verwaltung der Datenqualität. Wegen der Vielfalt der im Umlauf befindlichen Systeme ist es zu diesem Zeitpunkt des Projekts nicht ratsam, ein nationales EDV-Tool für die medizinische Krankenhausdokumentation auszuwählen. Die Wahl des am besten zu dem jeweiligen Krankenhaus passenden Tools liegt demnach beim Dokumentationsarzt und bei der Krankenhausleitung. Zahlreiche Informationen sind bereits in den Krankenhausssystemen registriert. Diese müssen demnach lokalisiert werden, um überflüssige Arbeit, die automatisiert werden kann, zu vermeiden.

Wer macht was? In den einzelnen Krankenhäusern kann sich die Organisation im Einzelnen zwar unterschiedlich gestalten, aber die Grundbedingungen für die Testphase gelten übergreifend und sind folgende:

- Die gesammelten Daten betreffen lediglich die Krankenhausaufenthalte mit stationärer Aufnahme, bei denen der behandelnde Arzt an der Testphase teilnimmt. Erfasst werden nicht einzelne Leistungen in der Poliklinik oder in der Notaufnahme, auf die keine stationäre Aufnahme folgt;
- Der Krankenhausarzt wählt die Diagnosen aus, die berücksichtigt werden müssen – was er derzeit bereits tut – und übermittelt sie an den Dokumentationsarzt, ohne sie zu kodieren. Diese Diagnosen müssen mit der Behandlung, dem Inhalt des Arztbriefes und den nationalen Kodierungsvorschriften übereinstimmen. Der Krankenhausarzt registriert und kodiert die technischen Leistungen, die er während des stationären Aufenthalts eines Patienten durchführt, anhand der CCAM-L, wobei es sich dabei um einen Schritt handelt, der völlig unabhängig von der Rechnungsstellung dieser Leistungen ist. Dabei kann er auf die mit der Hilfe des Dokumentationsarztes erstellten Thesauren zurückgreifen, welche die Leistungen enthalten, die er am häufigsten durchführt;
- Der Dokumentationsarzt übernimmt die Kodierung der übermittelten Diagnosen anhand der ICD-10 sowie ihre hierarchische Gliederung gemäß den luxemburgischen Kodierungsvorschriften (die Diagnose des Hauptleidens und die Diagnosen der Nebenleiden). Er ist für die Erstellung der Datenbank verantwortlich und führt Qualitätskontrollen durch. Er kann bei der Erstellung von Thesauren zur Erleichterung der Kodierung von Leistungen durch die Krankenhausärzte behilflich sein. Er ist der Ansprechpartner der Krankenhausärzte und der Krankenhausleitung in Sachen Krankenhausdokumentation. Er garantiert auch die Vertraulichkeit der Daten während des gesamten Verfahrens.

Aus welchen Ärzten besteht die Testgruppe? Ausschließlich-Ärzte, die das Dokumentationssystem freiwillig testen wollen, nehmen zum jetzigen Zeitpunkt am Projekt teil. Sie sollten möglichst nach Abteilungen gruppiert sein, um die Arbeit und die Einrichtung der einzelnen Werkzeuge (EDV-Tools, Thesauren) zu



vereinfachen. Diese Ärzte müssen ihre Bewerbung bei ihrer jeweiligen Krankenhausleitung eingereicht haben, welche sie validiert und unterstützt haben muss. Diese Bewerbungen werden dann bei der CCDH, die für die Koordination der Testphase zuständig ist, registriert und abgesegnet.

Wie wird die Testphase bewertet? Es sind zwei Bewertungsphasen vorgesehen:

- Eine Bewertung der Qualität der gesammelten Daten und ihrer Kodierung durch stichprobenartige Auswahl der kodierten Aufenthalte und Überprüfung der Stichthaltigkeit der Kodierung. So kann auch die Kohärenz der nationalen Vorschriften überprüft werden.
- Eine qualitative Bewertung der erforderlichen Organisation und der Bedürfnisse vor der Ausweitung auf sämtliche Krankenhäuser.

Diese Bewertung wird unter der Verantwortlichkeit der CCDH durchgeführt, welche anschließend einen umfassenden Bericht über das Projekt verfassen wird.

Und auf nationaler Ebene? Die nationalen Behörden, die am Projekt beteiligt sind, das heißt, die Generalinspektion der Sozialen Sicherheit (IGSS), die Gesundheitsbehörde (DS) und der Medizinische Dienst der Sozialversicherung (CMSS), haben den Krankenhäusern mitgeteilt, welche Daten sie in welchem Kodierungsformat liefern müssen. Diese Behörden sind die Empfänger der anonymisierten Datenbanken aller während der vier Monate erfassten Krankenhausaufenthalte. Sie überprüfen die Kohärenz der Daten der einzelnen Krankenhäuser und überzeugen sich davon, dass die Ziele des Systems erreicht wurden.

Der Datenschutz. Die CCDH achtet sehr auf den Datenschutz und die Anonymisierung der Daten, um eine Identifizierung der Patienten oder der behandelnden Ärzte zu verhindern. Die einzelnen Maßnahmen werden im Ablaufprotokoll erläutert. Die Studie für die Testphase wurde auf nationaler Ebene im Vorfeld der Datenschutzkommission (CNPD) gemeldet. Bei der Bewertung der Qualität der Kodierung sind die von den Bewertern in den Krankenhäusern eingesehenen Informationen bereits vollständig vom Dokumentationsarzt anonymisiert worden.

Die Gebührenordnung der Leistungen und Dienste. Muss die Kodierung der Leistungen anhand der Gebührenordnung der Leistungen und Dienste auch in Zukunft noch erfolgen? Ja, denn die Erfassung der Leistungen anhand der CCAM-L hat nichts mit den Honorarerklärungen der Ärzte zu tun. Die Gebührenordnung bleibt unverändert.



Die Entlassungsdiagnosen. Das bestehende System muss demnach beibehalten werden. Die Entlassungsdiagnosen müssen dem CMSS wie bisher für alle Aufenthalte gemeldet und übermittelt werden. Dies gilt bis zur endgültigen Einrichtung neuer Verfahren, die die Datenerfassung auf Ebene sämtlicher Krankenhäuser vereinheitlichen.

*(Dr. Florence Romano, Cellule d'expertise médicale /
Dr. Isabelle Rolland, Contrôle médical de la sécurité sociale)*

Neue Standards: Herausforderung und Verpflichtung zugleich

Wie schätzen die Medizinischen Räte die Einführung neuer Dokumentationsstandards ein? Drei Fragen an Dr. Jules Hoffelt, Vorsitzender der Nationalen Kommission der Medizinischen Räte (Commission Nationale des Conseils Médicaux - CNCM).

Wie beurteilen Sie die Rolle der Medizinischen Räte bei diesem Projekt?

Hoffelt: Die CNCM vertritt alle Krankenhausärzte aller Krankenhäuser des Großherzogtums und ist demnach der Ansprechpartner bei allen Problemen bezüglich dieser Krankenhausärzte. Im Rahmen der neuen Krankenhausdokumentation wurden wir (die CNCM) demnach von Anfang an in alle Diskussionen über das Projekt einbezogen und eines unserer Mitglieder ist ständiges Mitglied in der Beratungskommission für die Krankenhausdokumentation (jajohl, sie trifft keine Entscheidungen ...). Wir wollen uns demnach aktiv an der Umsetzung dieser Dokumentation beteiligen und die Akzeptanz dieser neuen Auflagen seitens der Krankenhausärzteschaft erleichtern. Unsere Rolle ist die eines Moderators, der die Grenzen und gegebenenfalls die möglichen Missbräuche dieser Dokumentation aufzeigt.

Handelt es sich Ihrer Ansicht nach beim Projekt der Krankenhausdokumentation um eine Chance, eine Herausforderung oder eine Verpflichtung?

Hoffelt: Dieses Projekt ist für die Krankenhausärzte sowohl eine Chance als auch eine Herausforderung und gleichzeitig eine neue Verpflichtung (eine weitere in einem sogenannten „liberalen“ System).



Foto: Hoffelt

Dr. Jules Hoffelt, Vorsitzender
der Nationalen Kommission der
Medizinischen Räte (CNCM)



Es ist eine Chance, da es bisher keine „ernstzunehmende“ Dokumentation gegeben hat, zum Beispiel was die ICD 10-Diagnosen angeht, die willkürlich kodiert wurden, ohne jegliche Vorschrift und Kontrolle und nach Gutdünken des kodierenden Arztes. Diese aus den Codes hervorgehenden Zahlen wurden dann aber für wichtige - politische und sonstige - Entscheidungen im Krankenhaussektor verwendet. Zukünftig werden zumindest die diesen Entscheidungen zugrunde liegenden Zahlen objektiver sein. Die Chance besteht auch darin, dass diese Daten zu statistischen Zwecken mit einem medizinisch-wissenschaftlichen Ziel verwendet werden können. Diese Daten müssen demnach nach ihrer Anonymisierung für die gesamte Ärzteschaft verfügbar sein (für interne oder externe Vergleiche, für wissenschaftliche Publikationen usw.).

Die Herausforderung ist eine doppelte: die Kodierung in einem angemessenen Zeitrahmen erfolgreich durchführen und daraus zuverlässige und reproduzierbare Daten erhalten. Für uns besteht die Herausforderung ebenfalls darin, mögliche Auswüchse und Hindernisse zu vermeiden (diese Daten sind beispielsweise die Grundlage des DRG-Systems, welches aber einer der Gründe für das Scheitern der Finanzkontrolle der Gesundheitssysteme in unseren Nachbarländern ist).

Diese Kodierung wird ebenfalls eine (weitere) Verpflichtung für die Krankenhausärzte sein. Man muss demnach darauf hinarbeiten, den „zeitraubenden“ Aspekt dieser Kodierung zu minimieren.

Das könnte durch die Einstellung (außerhalb des Gesamtbudgets!!!) von Dokumentationsärzten ermöglicht werden, welche die Diagnosen anhand von ICD-10 mit vier Zeichen (unter Bezugnahme auf die bestehenden „Arztbriefe“) auf neutrale, objektive, reproduzierbare und vergleichbare Weise kodieren.

Den „zeitraubenden Aspekt aus der Sicht der Ärzte“ bei der Kodierung der Leistungen anhand eines „nach Luxemburger Art“ überarbeiteten CCAM-Systems zu vermeiden, scheint eine wesentlich heiklere Angelegenheit zu sein. Die tatsächlichen Schwierigkeiten „vor Ort“ für die CCAM werden von der Beratungskommission nicht einmal angeschnitten, geschweige denn gelöst. Das große Hindernis hier ist die Dualität der französischen CCAM (gekoppelte Kodierung und Rechnungsstellung). In Luxemburg sind die CCAM-Kodierung und die Rechnungsstellung der Leistung getrennt. Somit wird sich (unter anderen) das Problem der korrekt anhand von CCAM kodierten Leistungen stellen, die keine Entsprechung im luxemburgischen Rechnungsstellungssystem haben.

Was sind Ihre Erwartungen an das Projekt als Medizinischer Rat?

Hoffelt: Die Erwartungen der CNCM an die neue Krankenhausdokumentation sind somit deutlich: ein transparentes System schaffen, mit objektiven und reproduzierba-



ren Daten, die sowohl von den Behörden für die Planung als auch von der Ärzteschaft mit einem wissenschaftlichen Ziel verwendet werden können. Bei den zu vermeidenden Hindernissen und Auswüchsen handelt es sich in erster Linie um eine missbräuchliche oder abwegige Verwendung der gesammelten Daten. Schließlich darf man nicht vergessen, dass die CNCM und demnach die Krankenhausärzte ihren guten Willen gezeigt haben, um in Sachen neue Krankenhausdokumentation voranzukommen. Ohne die Hilfe der Krankenhausärzte wäre keine korrekte Kodierung möglich, weder heute noch in Zukunft. Wir hoffen also, dass wir nicht von späteren willkürlichen Entscheidungen enttäuscht werden, die trotz langer Diskussionen über die Kodierung und insbesondere die Verwendung der Daten von höherer Stelle aus getroffen werden sollten. Wir hoffen, dass die Ergebnisse der Dokumentation als mögliche Grundlage für die Ausarbeitung von besser strukturierten Krankenhausplänen dienen werden. Falls die Objektivität und Reproduzierbarkeit der Daten also garantiert sind, kann dieses neue Instrument durchaus als Grundlage für die Planung der Investitionen und der zukünftigen Orientierung der Krankenhauslandschaft dienen.

(Redaktion Insight SantéSécu)



Foto: white - Fotolia.com

Die médecins DIM in Frankreich

In Frankreich untersteht die Abteilung für medizinische Information (département d'information médicale - DIM) der Verantwortung eines Arztes.

Der Begriff Abteilung (département) wurde in Frankreich bewusst gewählt, um die übergreifende Zweckbestimmung dieser Tätigkeit zu unterstreichen. Historisch gesehen gilt die DIM gemäß dem Rundschreiben vom 24. Juli 1989 als „privilegierter Ort der Krankenhausinformation. Mit ihren IT-Tools und Kompetenzen steht sie im Dienste aller Krankenhausakteure, insbesondere in Bezug auf: die Kenntnis der klinischen Tätigkeiten, die Verbindung zwischen den wirtschaftlichen und medizinischen Daten (...)“.

Die wichtigsten Rollen der DIM laut diesem Rundschreiben sind:

- Hilfe bei der Kodierung, Kontrolle und Verwaltung der medizinischen Informationen im Zusammenhang mit den Arztbriefen;
- Koordination der Schulung des betroffenen Personals in Sachen Produktion und Verwendung der medizinischen Information;



- Verwaltung der medizinischen Akten;
- Beratung und Begutachtung.

Die Aufgaben. Der médecin DIM ist der Garant für die Einhaltung der Vorschriften in Sachen Vertraulichkeit und geistiges Eigentum der Ärzte in Bezug auf die Forschungsarbeit sowie die Vorschriften des Ärztekodexes. Je nach Krankenhaus kann die DIM auch mit anderen Aufgaben betraut werden, wie zum Beispiel Aufgaben im Bereich der Epidemiologie, der Biostatistik oder des Qualitäts- und Risikomanagements.

■ **Verweise:**

Circulaire DH/PMSI n°303 du 24 juillet 1989 relative à la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et à l'organisation de l'information médicale dans les hôpitaux publics

Circulaire n°275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics;
Code de santé publique : Articles R. 6113-1 à R. 6113-10

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20050726&numTexte=101&pageDebut=37003&pageFin=37168

■ **Mehr dazu:**

Internetseite der Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH):
<http://www.atih.sante.fr/>.

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



Foto: white - Fotolia.com

Medizincontrolling in Deutschland

Der relativ neue Beruf des Medizincontrollers entstand erst in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 2003 und 2004 parallel zur Einführung des Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups, DRGs).

Qualitätssicherung. In deutschen Krankenhäusern beruht das Abrechnungssystem unmittelbar auf der medizinischen Dokumentation. So trägt ein deutscher Medizincontroller dafür Sorge, dass nicht nur die Kommunikation zwischen den medizinischen und kaufmännischen Bereichen des Krankenhauses reibungslos läuft. Auch besteht die Kernaufgabe für ihn darin, die Qualität der medizinischen Dokumentation zu sichern. Im Kontakt mit anderen im Gesundheitswesen an Kodierung, Abrechnung und Abrechnungsprüfung Beteiligten wie der Datenverarbeitung des Krankenhauses, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und den Kassen direkt nimmt er diese Funktion wahr. Dabei sind seine Aufgaben nicht streng definiert. Sie können sich von Krankenhaus zu Krankenhaus im Umfang unterscheiden, bewegen sich aber typischerweise in zwei Hauptbereichen:

Operatives Medizincontrolling. Hierbei geht es um die stetige Optimierung des Kodier-Workflows und der Dokumentations- und Kodierqualität durch:

- Information und Schulung aller an der Kodierung Beteiligten zu Grundlagen und Weiterentwicklungen der relevanten Klassifikationen
- Datenanalysen, Rückmeldung und Beratung
- Übernahme oder praktische Unterstützung der Kodierung und Abrechnungsprüfung
- Vorbereitung von Budgetverhandlungen
- IT-Support und Projektmanagement für Dokumentations- und Kodiertools

Strategisches Medizincontrolling. Bei der Entwicklung und Umsetzung der Krankenhausstrategie arbeitet ein Medizincontroller klassischerweise mit.

Ärzte mit Zusatzqualifikation. Medizincontroller sind üblicherweise Ärzte, häufig mit Berufserfahrung und abgeschlossener Facharztausbildung, die sich durch betriebswirtschaftliche oder juristische Fortbildungen für diese Tätigkeit qualifiziert haben. Im Medizincontrolling arbeiten sie meist zusammen mit Medizinischen Dokumentaren und Kodierfachkräften, die oft aus dem Bereich der Pflege kommen. Das Medizincontrolling kann dabei organisatorisch als Abteilung, Stabsstelle oder als Team in der Verwaltung eines Krankenhauses angesiedelt sein.

(Dr. Susanne Hanser, Medizincontrolling am Universitätsklinikum Freiburg)



Foto: white - Fotolia.com

Die „médecins DIM“ in Belgien

In Belgien wurde die Pflicht der Krankenhäuser, dem Ministerium Daten über ihre Aktivitäten einschließlich medizinischer Daten zu liefern, im Krankenhausgesetz verankert.

Ein königlicher Erlass legt die Vorschriften fest, gemäß welcher die Krankenhausdaten an das Ministerium für öffentliche Gesundheit übermittelt werden müssen, ganz im Sinne der Unterstützung gesundheitspolitischer Ziele.

Die Verantwortung für die Registrierung der medizinischen Tätigkeiten liegt beim Chefarzt der medizinischen Abteilung eines Krankenhauses. Die Krankenhausordnung bestimmt, in welcher Form die Erfassung, Kodierung und Registrierung der dem nationalen Dienst für öffentliche Gesundheit (Service public fédéral Santé publique) zu übermittelnden Daten erfolgen soll. Die Kodierungsstellen der Krankenhäuser haben zu Zwecken der Kodierung und Registrierung Zugang zu sämtlichen den Patienten betreffenden Krankenhausakten. Dabei besteht keine Verbindung zu der medizinischen Rechnungstellung, die wiederum gemäß der Gebührenordnung des Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) von den Ärzten durchgeführt und direkt an die Kranken- und Invalidenversicherung gerichtet wird.

Die Aufgaben. Die gesetzlichen Bestimmungen sehen eine Finanzierung der medizinischen Aufsicht und des für die Kodierung verantwortlichen Krankenhauspersonals je nach Größe des Krankenhauses vor. Die Aufgaben des Arztes der Kodierungsstelle sind folgende:

- Erstellung eines standardisierten Berichts über jeden Aufenthalt (résumé hospitalier minimum - RHM) auf der Grundlage der kodierten Daten der Diagnosen, Verfahren und sonstigen Faktoren, anhand dessen die Patienten in Fallgruppen (disease related groups –DRGs) eingeteilt und die „berechtigten“ Krankenhaustage berechnet werden können;
- Gewährleistung der Qualität der registrierten Daten sowie Verwaltung der Information unter Berücksichtigung der Vertraulichkeits- und Ethikvorschriften;
- Feedback an die leistungserbringenden Ärzte betreffend ihres Krankenhausprofils und ihrer Tätigkeit;
- Periodische Übermittlung der RHM an den Service public fédéral zu Zwecken der Finanzierung der Krankenhaustage und -pauschalen;
- Teilnahme am qualitativen Benchmarking zwischen den Krankenhausabteilungen und Krankenhäusern auf der Grundlage von Qualitätsindikatoren, die anhand der registrierten, ausgearbeiteten und auf nationaler Ebene validierten Daten berechnet werden.



Diese Aufgaben werden je nach Krankenhaus auf Studien zur Krankenhausverwaltung und -planung sowie auf Forschungstätigkeiten ausgeweitet.

Der Aufsichtsarzt der Kodierungsstelle ist meistens ein Krankenhausfacharzt mit besonderem Interesse an Datenverwendung im Hinblick auf die Fortentwicklung der Krankenhausstrategie und -organisation. Bringt er Erfahrung im Krankenhausbereich mit, erleichtert dies den Dialog mit den Krankenhausärzten. Eine gute Kenntnis der Informationssysteme zeichnen ihn im Idealfall aus genauso wie statistische und epidemiologische Kompetenzen, die für die Verwaltung der Krankenhausdatenbanken und die Sekundärverwendung dieser Daten erforderlich sind.

■ **Verweise:**

Arrêté royal du 28 mars 2013 modifiant l'AR du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions

Arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'AR du 7 août 1987

(Dr. Françoise Berthet, Direction de la Santé)



Aussagekräftiges Datenmaterial: Notwendig und unumgänglich

„Dringend benötigt Luxemburg belastbare Daten über das Leistungsgeschehen in seinen Krankenhäusern“, betont Prof. Dr. Hans-Joachim Schubert im Interview mit InSight SantéSécu.

Was bedeutet für Sie als Generaldirektor die „documentation hospitalière“?

Schubert: Aus zwei Gründen führt in meinen Augen kein Weg daran vorbei, neue Dokumentationsstandards in den Krankenhäusern des Großherzogtums einzuführen.

Erstens glaube ich, dass es für uns dringend notwendig ist, aussagekräftige und belastbare Daten über unser Leistungsgeschehen zu erhalten. Wir wissen derzeit nicht, welche Leistung wir im Rahmen welcher Indikation in der jüngeren Vergangenheit erbracht haben. So sind wir derzeit nicht in der Lage, den Vergleich zur Großregion und zur Entwicklung des Versorgungsbedarfs in Europa und weltweit anzustellen. Aber auch Luxemburg muss sich international einschätzen und positionieren können.

Zweitens müssen wir uns darum kümmern, eine aussagekräftige, belastbare Statistik aus Routinedaten gewinnen zu können, damit wir die Ergebnisqualität ohne zusätzliche Datenerhebung regelhaft sichern und verbessern können.

Wie unterstützen Sie das Projekt?

Schubert: Wir unterstützen es, indem wir Personal auswählen, bereitstellen und schulen lassen. Auch rüsten wir unsere Informatikressourcen auf, damit die Leistungserfassung nach den neuen Kriterien möglich ist. Ebenso unterstützen wir das Vorhaben gegenüber der Ärzteschaft, die dem Projekt vereinzelt noch skeptisch gegenüber steht, denn wir glauben, dass die Einführung neuer Dokumentationsstandards enorm wichtig für uns ist.

(Redaktion InSight SantéSécu)



Foto: Schubert

Prof. Dr. Hans-Joachim Schubert,
Generaldirektor des Centre
Hospitalier du Nord.



FAQ – Häufig gestellte Fragen

Wo sind die für die Testphase nützlichen Dokumente zu finden?

Sämtliche oben genannten Dokumente wurden an die Leitungen der Krankenhäuser, die an der Testphase teilnehmen, und an die Dokumentationsärzte dieser Krankenhäuser verteilt. Die Dokumente sind ebenfalls auf Anfrage bei der CCDH erhältlich (Sekretariat der CCDH: laurent.falchero@mss.etat.lu).

Welche Leistungen müssen erfasst werden?

Es handelt sich um sämtliche durchgeführten technischen Leistungen, die der Patient während seines Aufenthalts erhalten hat und die anhand der auf die luxemburgischen Bedürfnisse angepassten CCAM kodiert werden können. Die Leistungen der Labormedizin sind hingegen nicht betroffen.

Welche Diagnosen müssen erfasst werden?

Der methodologische Leitfaden besagt Folgendes: „Jedes behandelte Leiden, das heißt, jedes Leiden, das Anlass für eine Untersuchung, eine Einleitung oder eine Änderung einer Behandlung, eine Beaufsichtigung oder eine spezielle Versorgung während eines Aufenthalts war oder aufgrund seines Vorliegens zu Änderungen der Behandlung geführt hat, ist systematisch zu erfassen [...]. Ein Leiden oder eine Behinderung, die den Ablauf des Aufenthalts wesentlich beeinflusst haben, da der Versorgungsaufwand bezüglich des Hauptleidens erhöht oder der übliche Behandlungsansatz geändert werden musste, müssen als behandelte Leiden erfasst werden, selbst wenn sie nicht zu Untersuchungen oder Spezialbehandlungen geführt haben. [...] Die anderen von dem für die Behandlung des Patienten zuständigen Arzt angegebenen oder im Arztbrief erwähnten aktiven Leiden sind ebenfalls zu erfassen.“ Diese Definition, die zu zahlreichen Diskussionen geführt hat, wird einer der Schwerpunkte bei der Bewertung der Testphase sein.

Welche Verbindung besteht zwischen der individuellen Akte des Krankenhauspatienten und der Krankenhausdokumentation?

Die individuelle Akte des Krankenhauspatienten und die darin befindlichen Belege bilden die Informationsquelle, auf deren Grundlage die Erfassung und



Foto: Picture-Factory - Fotolia.com

Keinerlei Auswirkungen werden die neu eingeführten Dokumentationsstandards auf die Daten im Dossier de soins partagé (DSP) haben.



Kodierung der Diagnosen durchgeführt und validiert werden kann. Die Qualität der Akten hat demnach einen erheblichen Einfluss auf die Qualität der Kodierung und die Stichhaltigkeit der Informationen, die vom Dokumentationssystem generiert werden können, und somit auch auf die Möglichkeit für die diversen Akteure aller Ebenen, diese Informationen zu Beschreibungs- oder Planungszwecken zu verwenden.

Gibt es eine Verbindung zwischen der elektronischen Patientenakte (*dossier de soins partagé - DSP*) und der medizinischen Krankenhausdokumentation?

Die elektronische Patientenakte (DSP) ist im Gesetz über die Gesundheitsreform verankert. Sie wird derzeit im Rahmen der nationalen elektronischen Plattform zum Austausch und zur gemeinsamen Nutzung der Gesundheitsdaten von der Agentur eSanté umgesetzt und „vereint die medizinischen Daten und sonstigen Informationen des Patienten, die zur Förderung der Sicherheit, der Kontinuität der Versorgung sowie einer effizienten Nutzung der Gesundheitsversorgungsstellen erforderlich sind“. Der DSP wird demnach jedes strukturierte oder unstrukturierte Element zugeführt, welches zu einer optimalen Versorgung eines einzelnen Patienten beitragen kann. Bei diesen Elementen kann es sich um Berichte, Rezepte, Bildgebungs- oder Laborbefunde und anderes handeln, die zwischen den einzelnen für die Versorgung des Patienten zuständigen Akteuren ausgetauscht und von diesen gemeinsam genutzt werden können. Der Zugang zur DSP eines Patienten ist auf die im Rahmen dieser Versorgung identifizierten und befugten Personen, wie den Vertrauensarzt, die an der Behandlung beteiligten Fachärzte, das Gesundheitspersonal oder sonstige Leistungserbringer aus dem Krankenhaus – oder einem anderen Bereich – beschränkt.

Es gibt demnach keine Verbindung zwischen dem DSP, der die einzelnen Dokumentarten zur individuellen Gesundheit der Versicherten enthält, und der medizinischen Krankenhausdokumentation, bei welcher es sich um eine strukturierte und organisierte Sammlung von epidemiologischen Informationen der Krankenhäuser handelt, die zu übergeordneten statistischen Zwecken erhoben werden.

(Dr. Françoise Berthet, Direction de la santé / Dr. Florence Romano, Cellule d'expertise médicale / Dr. Isabelle Roland, Contrôle médical de la sécurité sociale)



Glossar

CCDH

Die CCDH (Commission consultative de la documention hospitalière) ist die Beratungskommission für die Krankenhausedokumentation. Die Insight SantéSécu-Ausgabe von Juni 2013 war zum Teil ihr gewidmet. Die Aufgaben dieser Kommission sind in der großherzoglichen Verordnung vom 26. Dezember 2012 zur Einrichtung einer Beratungskommission für die Krankenhausedokumentation und zur Bestimmung des einzurichtenden medizinischen Krankenhausedokumentationssystems verankert. Ihre Mitglieder wurden per Ministerialerlass vom 6. März 2013 ernannt. Den Vorsitz der Kommission führt (Raymond Wagener, Direktor der IGSS. (Link: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2012/0298/a298.pdf>)).

ICD-10

Hierbei handelt es sich um die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“. Das französische Akronym lautet CIM, das englische (und deutsche) ICD. Die Klassifikation ist die internationale Norm zur Erfassung der Daten der Erkrankungs- und Todesursachen (vgl. Band 2 der ICD-10 und http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/). Es handelt sich um eine variable einachsige Klassifikation, die auf der Grundlage der von William Farr und Jacques Bertillon empfohlenen Klassifikationen entwickelt wurde. Die derzeit gültige 10. Ausgabe wird seit 1994 von den Mitgliedstaaten der WHO verwendet. Die 11. Ausgabe ist derzeit in Bearbeitung.

CCAM für Luxemburg (CCAM-L)

Hierbei handelt es sich um die auf die luxemburgischen Bedürfnisse angepasste 29. Ausgabe der französischen gemeinsamen Klassifikation der medizinischen Leistungen (Classification commune des actes médicaux). Die CCAM wird in Frankreich seit 2006 von den Angehörigen der Gesundheitsberufe zur Kodierung ihrer technischen Leistungen verwendet. Sie wurde mit zwei Zielsetzungen entwickelt: Sie soll eingehende Kenntnisse der medizinischen Tätigkeit ermöglichen, um gesundheitspolitische Entscheidungen besser zu untermauern. Zum zweiten soll sie den Tarif für die medizinische Tätigkeit bestimmen abgestimmt auf Aufwand und entstandene Kosten. Diese Klassifikation wählte Luxemburg, nachdem die Qualität der bestehenden und bewährten Klassifikationen intensiv verglichen worden waren (vgl. Artikel Insight SantéSécu Juni 2013). Die Entscheidung, die CCAM als Bezugsklassifikation zu nehmen und sie an die luxemburgischen Gegebenheiten anzupassen, wurde im November 2011 vom



Foto: Syda Productions - Fotolia.com

Sind noch weitere Anpassungen
der CCAM-L notwendig?
Die Testphase wird es zeigen.



Regierungsrat gebilligt. Im Jahr 2012 haben mehrere Fachkräfte daraufhin gearbeitet, die von Luxemburg in diesem Feld gesetzten Ziele zu erreichen. In der Testphase wird nun die vorgeschlagene Fassung erprobt und es werden sich etwaige zusätzliche Arbeiten herauskristallisieren.

Leitfäden und Bezugssysteme für die Testphase

Verschiedene Dokumente sind für den Ablauf der Testphase von Bedeutung: Hierbei handelt es sich um das Ablaufprotokoll zur Erläuterung der Testphase, den methodologischen Erfassungs- und Kodierungsleitfaden zum Datenformular für die luxemburgischen Krankenhäuser, den in Luxemburg verwendeten Leitfaden für das Verständnis und das Kodieren unter Verwendung der CCAM, die französische Fassung der ICD-10, welche die Aktualisierungen der WHO seit 2007 enthält, sowie die für die luxemburgischen Bedürfnisse angepasste CCAM.

Datenformular

Das Formular zeigt in Papierform, welche Informationen während der Testphase erfasst und kodiert und in einer EDV-Datenbank registriert werden müssen.

Das Ablaufprotokoll

Dieses von der CCDH validierte Dokument beschreibt den Ablauf der Testphase. Es wird von der CCDH und dem Krankenhaus mitunterzeichnet.

Die WHO-/OECD-/Eurostat-Indikatoren

Hierbei handelt es sich um die internationalen Indikatoren, die jedes Land den internationalen Behörden liefern muss. Diese Indikatoren werden anschließend zu Vergleichszwecken verwendet. Da es derzeit an einer Klassifikation der Bezugsleistungen und gemeinsamen Kodierungsvorschriften fehlt, sind die Daten für Luxemburg unvollständig und ungenau oder gänzlich inexistent, die für die Einführung der Qualitätsindikatoren zur Gesundheitsversorgung erforderlich wären (vgl. Anhang 1 zum Ablaufprotokoll).

Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Hierbei handelt es sich um die Richtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011.

*(Dr. Florence Romano, Cellule d'expertise médicale /
Dr. Isabelle Roland, Contrôle médical de la sécurité sociale)*

Impressum

Herausgeber
Inspection générale de la sécurité sociale

Verantwortlich
Raymond Wagener, Direktor

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



Wenn Dokumentationsärzte
ausgehen.....