



© ISO K - photography - Fotolia.com

# Gesundheitsreform – vom Ist-Zustand zu neuen Lösungen

## 3. Teil: Dokumentation und „Best Point of Service“

### Dokumentation im Gesundheitssystem

Im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung und der Entwicklung der Medizin in der Zeit vor der Entwicklung naturwissenschaftlicher Forschungsansätze war die Aufzeichnung über Besonderheiten des Krankheitsverlaufs (Anamnese und Dekurs), über Auffälligkeiten bei der Untersuchung (Befund) und über die durchgeführten Behandlungen die wesentliche Quelle des Erkenntnisgewinns. Heute ist die Dokumentationspflicht berufsrechtlich – z. B. im Ärztegesetz § 51 – als Notwendigkeit bei der Ausübung der Medizin geregelt. Die Notwendigkeit einer „geeigneten“ Dokumentation und ihrer Aufbewahrung steht damit außer Streit. Weitere gesetzliche Regelungen befassen sich mit Fragen der Weitergabe von Informationen, sei es im klinischen Alltag, sei es zwecks Management und Organisation auf Ebene des Gesundheitssystems.

Da die Dokumentation unterschiedlichsten Zwecken gerecht werden soll, ist es nicht überraschend, dass die Meinungen darüber, was eine „zweckmäßige“ Dokumentation umfassen muss, divergieren. Es muss dabei auch bedacht werden, dass sowohl die Erstellung der Dokumentation als auch deren

längerfristige Aufbewahrung einen beträchtlichen Aufwand bedingen.

Aus meiner eigenen Berufserfahrung kann ich sagen, dass in den 1990er Jahren die Umstellung von Dokumentation auf Papier auf elektronische Dokumentation unter anderem deswegen vorangetrieben wurde, weil in Krankenanstalten der Lagerraum für die 30-jährige Aufbewahrung der Krankengeschichten knapp und teuer war. Auch der reine Manipulationsaufwand – Ablegen und Wiederauffinden bei Wiederaufnahme – rechtfertigte betriebswirtschaftlich die Umstellung auf eine elektronische Dokumentation.

Die dafür entwickelten Lösungen waren allerdings nicht in der Lage, alle (auch die zukünftigen) Anforderungen zu erfüllen. In diesem Spannungsfeld befindet sich auch die derzeit auf Gesundheitssystemebene zum Einsatz gelangende Dokumentation. Daher sollen Grundfragen der Dokumentation mit Bezug auf verschiedene Verwendungszwecke diskutiert und im Zusammenhang mit den zuvor dargestellten Methoden der Darstellung von Kennzahlen zur Diskussion über Versorgungsaufträge und den „Best Point of Service – BPOS“ analysiert werden.



Dr. Gottfried Endel ist Allgemeinmediziner und leitet den Bereich „Evidence-based Medicine“ (EBM) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

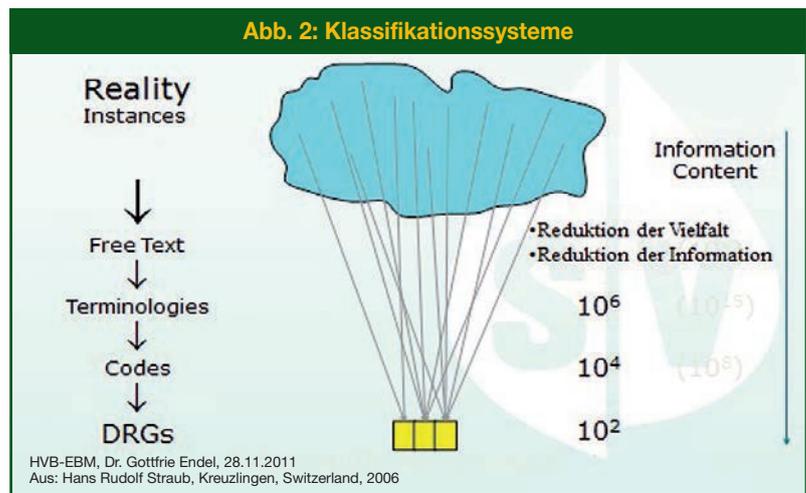
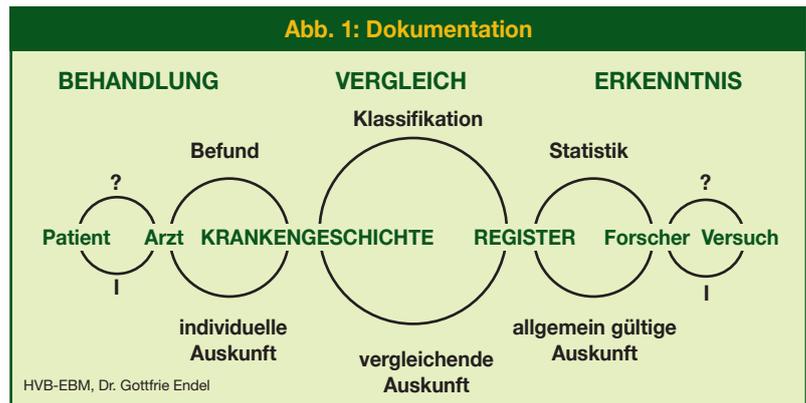
### Klinische Dokumentation

Im klinischen Alltag wird Dokumentation organisationsabhängig verwendet. In Einzelordinationen dient sie grundsätzlich dazu, die Erinnerung des Inhabers zu unterstützen. Sie wird daher oft sehr unterschiedlich ausgeformt. In Organisationen mit höherer Organisationsdichte – ab der Ebene der Gruppenpraxis, aber vor allem in Krankenanstalten – dient sie auch der Kommunikation zwischen verschiedenen Mitarbeitern. Dabei werden auch berufsspezifisch oder aufgabenspezifisch spezialisierte Teildokumentationen – Pflegedokumentation, Bildarchivierung, Laborsysteme usw., – geführt.

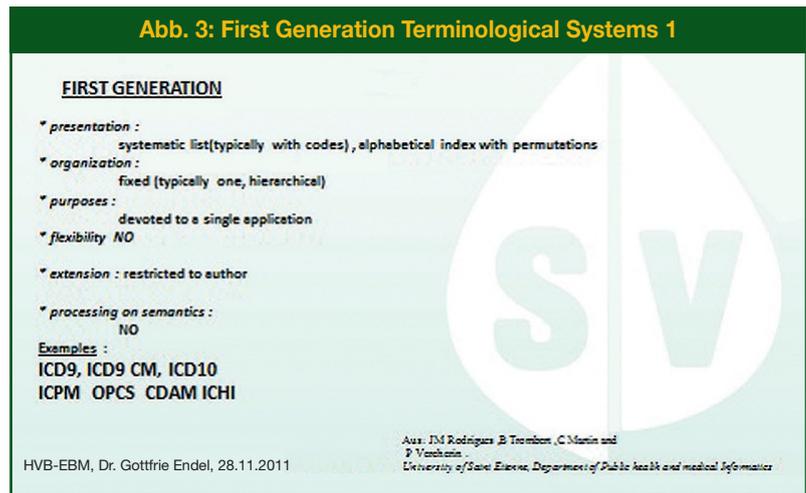
Abbildung 1 verdeutlicht das Wesen dieser klinischen Dokumentation. Ein Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) – häufig ein Mediziner – interagiert mit einem Patienten durch Gespräch, Beratung, Untersuchung oder Behandlung. Dies wird als Befund festgehalten. Die innerhalb eines bestimmten Zeitraums gesammelten Befunde (Krankenhausaufenthalt, Betreuungsepisode einer Ordination) eines Patienten werden als Krankengeschichte zusammengeführt. Auf dieser Ebene werden Gemeinsamkeiten verschiedener Patienten festgestellt und zur Klassifikation – z. B. durch das Stellen einer Diagnose – verwendet. Informationen aus Krankengeschichten mit Gemeinsamkeiten der Klassifikation können im Sinne eines Registers zusammengeführt werden und dienen als Beobachtungsstudie zum Erkenntnisgewinn. Die so gewonnenen Hypothesen können in klinischen Versuchen getestet werden, und dort nachgewiesene Erkenntnisse kommen in der Folge allen Patienten mit gleicher Klassifikation zugute.

Bereits innerhalb einer Organisation wird die Dokumentation nicht nur zur Erinnerung und zum Erkenntnisgewinn, sondern auch zur Kommunikation eingesetzt. Dabei findet eine interne Standardisierung statt. Da auch organisationsübergreifend Informationen ausgetauscht werden müssen, ist eine übergreifende Standardisierung erforderlich. Unterschiedliche Fachbereiche haben sich dieser Aufgabe bereits intensiv angenommen: Bei den sogenannten „Zuweisungsfächern“ Labor und Bildgebung bestand immer die Notwendigkeit, die Ergebnisse nicht nur für eigene Zwecke zu dokumentieren, sondern auch den Zuweisern und Patienten zu vermitteln. Eines ist dabei allen Dokumentationen – besonders wenn sie zwecks Standardisierung und Klassifikationen eingesetzt werden – gemeinsam: Es erfolgt eine deutliche Reduktion des Informationsgehalts!

Abbildung 2 stammt aus einer Präsentation von H. Straub und erinnert daran, dass bereits ein Freitext-Befund die Wirklichkeit nur sehr eingeschränkt zu repräsentieren in der Lage ist. Entsprechende Codierungssysteme können entsprechend ihrem Ent-



wicklungsstand in verschiedene „Generationen“ eingeteilt werden. Eine Darstellung der 1. Generation aus einer Vorlesungsunterlage soll dies veranschaulichen.



Die derzeit stattfindenden Diskussionen sind von widerstreitenden Motivationen geprägt. Manche Spezialisten wünschen eine bessere „Detailauflösung“ der eingesetzten Codesysteme. Betroffene aus anderen Fachgebieten lehnen dies als allgemeingültigen Standard ab und sprechen von „überbordender Bürokratie“, „Dokumentationswut“ und der Schaffung von „Datenfriedhöfen“.

„Mehr“ Dokumentation  
ist nicht automatisch  
„besser“ – auch der  
Aufwand ist zu bedenken.

Es wird allerdings nicht nur die Granularität eines Codes diskutiert, sondern auch, welches Codesystem überhaupt und wofür zur Anwendung kommen soll. Neben dem personellen Aufwand für die Dokumentation wird dabei auch immer auf den technischen Aufwand hingewiesen. Dieser entsteht zum Teil auch dadurch, dass Terminologien regelmäßig gewartet werden müssen und daher in der elektronischen Dokumentation eine Historisierung vorgenommen werden muss. Eine Unterstützung für die verbindlich in Österreich eingesetzten Codesysteme stellt der „Terminologieserver“<sup>1</sup> dar, der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit betrieben wird.

Insbesondere die Tatsache der Informationsreduktion bei jeglicher Form der Dokumentation ist im Spannungsfeld der Forderungen nach maximaler Granularität und allgemeiner Verwendbarkeit zu beachten. Ein weiteres Phänomen, welches insbesondere bei den Verfechtern maximaler Detaillierung vergessen wird, ist die Zunahme der „unscharfen Grenzbereiche“ bei Ansteigen der Anzahl der Code-Einträge. Dabei stellt jeder „unscharfe Grenzbe- reich“ eine Fehlerquelle dar. Genauere Codes führen also paradoxerweise zu mehr Fehlern bei der Abbildung. Gleiche Qualität erreichen sie dann – nachdem dazwischen viel (nutzlose) Arbeit geleistet wurde – wieder durch Aggregation.

### Können neuere Systeme die Begrenzungen und Probleme beheben?

Einige der Probleme bezüglich der Erweiterbarkeit, Wartung und der Einsatzbereiche können durch moderne Systeme behoben werden. Allerdings wird dies mit einer Zunahme der Komplexität erkauft, was die allgemeine Verwendbarkeit reduziert. Moderne multiaxiale Systeme stellen höhere Anforderungen an die Methodenkompetenz bei der Codierung, Wartung und auch Auswertung. In den beiden

vorhergehenden Artikeln dieser Serie wurde mehrfach die sogenannte Meta-Honorarordnung der Sozialversicherung verwendet. Dieses aus den 90er Jahren stammende System entspricht einem Entwicklungsstand erster Generation – streng hierarchisch mit eingeschränktem Adressraum. Es gibt keine semantische Unterstützung und keinen Thesaurus. Erweiterungen sind nicht möglich und die Wartung ist aufwendig. Wesentliche Strukturelemente einzelner Honorarordnungen werden unterstützt. Daher gelang damit ein Überblick über die Abrechnung des Leistungsgeschehens in Österreich. Die Entwicklung von klinischen Dokumentationsstandards sollte grundsätzlich durch den Dokumentationsbedarf der Anwender bestimmt werden. Fachliche Spezialisierung, Verwendbarkeit für die Kommunikation und allgemeine Verwendbarkeit sind dabei zu berücksichtigen. Als Lösungsansatz kann dabei ein „mandantenfähiges“ Codesystem mit einem verbindlichen kleinsten gemeinsamen Stamm, welcher für eine Periode im Sinne einer Präkoordination festgelegt ist, und systemkonformen Fachbereichserweiterungen im Sinne von Mandantensystemen, welche im Sinne einer Postkoordination für die Weiterentwicklung des gemeinsamen Stammes herangezogen werden können, gesehen werden. Wird versucht, alle Wünsche von unterschiedlichen „Lobbys“ für unterschiedliche Verwendungszwecke in ein System einzubauen, ist eine chaotische Entwicklung mit daraus resultierender eingeschränkter Verwendbarkeit zu erwarten.

### Dokumentation auf Gesundheitssystemebene

Neben den Anforderungen aus dem klinischen Bereich sind auch Notwendigkeiten auf Ebene des Gesundheitssystems zu bedenken. Hier werden Daten vor allem als Grundlage für die Planung zukünftiger Veränderungen im Sinne der Versorgungsforschung, zur Gesundheitsberichterstattung und zur Evaluation der zeitlichen Entwicklung wie auch der Qualität der Versorgung benötigt. Die Inhalte einer Dokumentation wurden bereits in einem früheren Beitrag beschrieben.<sup>2</sup> Wesentliche Bereiche sind Daten zu

- Personen als Patienten,
- Personen und Organisationen als Leistungserbringer,
- Gesundheitsproblemen bzw. Diagnosen, die den Kontakt mit dem Gesundheitssystem begründen,
- Leistungen: (Interventionen und verwendeten Materialien),
- Abrechnungswegen.

Abb. 4: Third Generation Terminological Systems 3

**THIRD GENERATION**

- \* presentation :  
categorical structure + cross-thesaurus  
+ lists  
+ knowledge based model / ontology model (all and only sensible medical concepts)
- \* organization :  
dynamic (multiple, hierarchicel)
- \* purposes :  
multiple
- \* flexibility and extensions :  
unrestricted  
new combinations validated by knowledge base model (by predefined combinatorial rules)
- \* processing on semantics :  
Yes  
complete (formal processing)

Examples :  
SNOMED-RT and –CT?  
GALEN  
FMA  
GO

HVB-EBM, Dr. Gottfried Endel, 28.11.2011

1 <https://termpub.gesundheit.gv.at/TermBrowser/gui/main/main>; zuletzt abgefragt 16.2.2015.

2 Gottfried Endel: Gesundheitssystemforschung in Österreich – erster Teil. Soziale Sicherheit, Oktober 2011; <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.695963&action=2&viewmode=content>

## Personendaten zu Patienten

Hier ist besonders darauf zu achten, dass Personen als solche nicht erkennbar sind. Im Sinne einer k-Anonymität muss eine Mindestanzahl von „k“ Personen mit gleichartigen Attributen in für ein Projekt verwendeten Daten enthalten sein.

Da für Vergleiche – sei es national oder international – die Unterschiede der Bevölkerungszusammensetzung berücksichtigt werden müssen, sind auch Informationen zu Alter und Geschlecht sowie eine regionale Zuordnung erforderlich. Gesundheit und Krankheit werden auch von Lebensumständen beeinflusst. Eine sozioökonomische Information als Bestandteil der Personendaten kann hilfreich sein, diese Einflüsse von anderen (Interventionen des Gesundheitssystems) zu unterscheiden. Auf diesen Aspekt wird im Abschnitt Abrechnungswege näher eingegangen.

## Daten zu Leistungserbringern

Zur Charakterisierung der Leistungserbringer werden diese einerseits nach ihrer Organisationsform und in der Folge nach ihrer fachlichen und beruflichen Spezialisierung unterschieden. Die regionale und fachliche Verteilung der Infrastruktur und der damit verbundenen Kapazitätsvorhaltungen haben für Patienten zentrale Bedeutung betreffend niederschweligen Zugang, leichte Erreichbarkeit mit kurzen Wegen und Wahlmöglichkeit. Leistungserbringer im öffentlichen Bereich sind mit dem öffentlichen Interesse an ihren Leistungen konfrontiert und werden daher transparent darzustellen sein.

## Diagnosedokumentation

Im stationären Bereich wurde, beginnend mit 1989, eine Diagnose- und Leistungsdokumentation eingeführt und ab 1997 im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) weiterentwickelt. Die jeweils für ein Jahr geltende Version wird im Internet veröffentlicht.<sup>3</sup> Im ambulanten Bereich (spitalsambulant und niedergelassen) fehlt eine Diagnosedokumentation bisher. Zu diesem Thema wurden im Juni 2013 der Bundesgesundheitskommission die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe vorgelegt, welche die Frage der Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich analysiert und einen Vorschlag für die Implementierung ausgearbeitet hatte. Darin ist Folgendes festgehalten:

„Am 29. Juni 2012 hat die Bundesgesundheitskommission die 10 Rahmengesundheitsziele für Österreich beschlossen (<http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/praesentation/10-rahmen-gesundheitsziele-fuer-oesterreich/>). Insbesondere für die Evaluierung der folgenden Ziele werden Diagnosedaten benötigt:

- » **Ziel 2** „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“: Hier geht es u. a. um eine Verringerung der Ungleichheiten bei der Krankheitslast. Dazu sind entsprechende Daten (regional, geschlechtsspezifisch, nach Alter, nach sozioökonomischen Spezifika) erforderlich.
- » **Ziel 6** „Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche“: Zu diesem Thema ist die Datenlage derzeit unzureichend, insbesondere auf regionaler Ebene.
- » **Ziel 9** „Psychosoziale Gesundheit“: Dieser Bereich ist über Befragungen nur schwer zu fassen.
- » **Ziel 10** „Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“: Hier geht es u. a. um bedarfsorientierte und qualitätsgesicherte Versorgungsplanung, welche Diagnosedaten erfordert.“

Für diesen Bericht wurde seitens des Hauptverbandes damals folgende Analyse zur Granularität der Codierung und dabei auch ein Vergleich von zwei möglichen Codierungssystem erstellt.

### „Granularität der Codierung“

Aus dem Dokument CodA+3.0 wurde die Überleitung ICPC-2->ICD-10 extrahiert. Es finden sich 873 ICPC-2-Ausdrücke, welche auf 785 ICD-10-Begriffe übergeleitet werden. Durch Doppelverwendungen – dies entspricht mehrfachen Überleitungen – liegt die Gesamtzahl der Überleitungen bei 889. Die ICD-10-Dreisteller (extrahiert aus der Systemdatenbank 2012) weisen einen Umfang von 1.665 Einträgen auf. Damit zeigt sich folgendes Bild:

Code	Anzahl Ausprägungen	% von ICD10
<b>ICD10</b>	<b>12973</b>	<b>100</b>
<b>ICD10 3-Steller</b>	<b>1665</b>	<b>12,8</b>
<b>ICPC2</b>	<b>873</b>	<b>6,7</b>
<b>ICPC2-&gt;ICD10 Überleitungen</b>	<b>889</b>	<b>6,8</b>
<b>ICD10-Ziele der Überleitung</b>	<b>785</b>	<b>6</b>
<b>ICD10-Ziele als 3-Steller</b>	<b>568</b>	<b>4,3</b>
<b>ICD10 Gruppen</b>	<b>227</b>	<b>1,7</b>
<b>ICD10 Kapitel</b>	<b>21</b>	<b>0,1</b>

Gegenüber dem ICD-10 in der Vollversion wird eine Informationsverdichtung in der Größenordnung von ein bis zwei Zehnerpotenzen erreicht. Dabei ist zu bedenken, dass bereits der ICD-10 eine deutliche Reduktion der Komplexität der Erscheinungsformen von Krankheiten bei einzelnen Menschen umsetzt. Abhängig von der vorgesehenen Verwendung sind unterschiedlich „genaue“ (oder granulare) Darstellungen erforderlich (diese werden exemplarisch als Expertenmeinung dargestellt).

**Die Dokumentation ist an möglichen Datenverwendungen auszurichten.**

<sup>3</sup> [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/LKF\\_Modell\\_2014/](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/LKF_Modell_2014/)

Verwendungszweck	Granularität	Anmerkung
Behandlung von individuellen Patienten	>8 Mio. in Österreich	
Klinische Medizin – Dokumentation	Min. 12973	ICD10 + Erweiterungen
Klinische Forschung	>12973	ICD10 mit zusätzlichen Ein- und Ausschlusskriterien und (klinischen) Informationen
Kommunikation zwischen GDA's	1665	ICD10 3-Steller
Epidemiologie	Max. 12973 – 227	ICD10 in der Regel ausreichend, vielfach (regionale Vergleiche) Gruppenebene ausreichend
Versorgungsforschung	1665->227->21	ICD10 Gruppenebene zur Darstellung von Versorgungsprozessen ausreichend
Planung, Steuerung und Monitoring	<1665->227->21	ICD10 Gruppenebene und eventuell Kapitelebene ausreichend, nur für spezielle Krankheiten (DMP's) höhere Genauigkeit erforderlich

**Klinische Kommunikation oder Überblick über die Bevölkerung? Welches Codesystem ist das Richtige?**

Diese (auf Empirie beruhende) Darstellung kann in Verbindung mit einem Datenverwendungskonzept zur Entscheidung über die mindestens erforderliche Granularität und in Verbindung mit der Auswertung der Mächtigkeit des „Wortschatzes“ in verschiedenen Codierungssystemen auch zur Auswahl des Codierungssystems verwendet werden. Dabei ist auch die sekundäre Nutzung der codierten Diagnosen zu bedenken, da die Dokumentation und Sammlung codierter Diagnosen mit einem Ressourcenverbrauch (= Kosten) einhergeht. Soll – in Hinblick auf ELGA – auch die Kommunikation zwischen GDAs möglich sein, so wird eine Codierung mit geringerer Granularität als 1.665 ICD-10-Dreisteller nicht ausreichend sein. Für eine Codierung der primären Dokumentation ist allerdings auch der ICD-10 nicht ausreichend. Das Beispiel des ICPC-2 zeigt auch, dass innerhalb eines Codesystems eine Mischung aus Diagnosen, Symptombeschreibungen und auch Prozeduren enthalten sein kann.

Solange keine originäre Diagnosedokumentation in Österreich eingeführt ist, kann für viele Fragen eine ausreichende Darstellung von Krankheiten aus den bezogenen Medikamenten abgeleitet werden.<sup>4</sup> Mittels dieser und anderer pharmakoepidemiologischer Methoden wurden in den letzten Jahren eine Reihe von Projekten durchgeführt und auch publiziert.

**Leistungen: Interventionen und Materialien**

Wesentliche Informationen über das Leistungsgeschehen im Gesundheitssystem sind auch aus der

Verwendung von Materialien – insbesondere von Medikamenten, aber auch von Medizinprodukten – zu gewinnen. Die Leistungen der GDAs werden von Patienten in der Regel direkt erfahren und als Behandlung wahrgenommen. Häufig sind aber Informationen aus mehreren dieser Bereiche erforderlich, um nachvollziehbar zu beschreiben, was tatsächlich gemacht wurde.

**Interventionen**

Für die Dokumentation von Interventionen im Sinne von (Be-)Handlungen von GDAs hat sich bisher international kein Standard durchgesetzt. In den meisten Ländern werden Leistungen nur zu Abrechnungszwecken standardisiert codiert, und die klinische Leistungsdokumentation ist organisationsspezifisch geregelt. Oft findet sich neben der codierten Dokumentation für klinische Zwecke nur eine Freitext-Dokumentation. Ansätze zur Standardisierung wurden insbesondere mit der Einführung von EDV-Systemen in Krankenanstalten und auch mit den ersten E-Health-Anwendungen entwickelt. Die Entwicklung ist dabei in unterschiedlichen Fachgebieten verschieden weit fortgeschritten:

Fachbereiche mit einem hohen Grad von Zusammenarbeit – interdisziplinär und interprofessionell – haben die Vorteile einer Standardisierung früher erkannt und zu nutzen begonnen. Bildgebung und Labor haben daher weit entwickelte Dokumentationssysteme. In den bisherigen Auswertungen wurde als Codierungssystem die Meta-Honorarordnung der österreichischen Sozialversicherung verwendet. Ein System, das in den 90er Jahren entwickelt wurde um die verschiedenen Bezeichnungssysteme der Honorarordnungen auf eine gemeinsame Systematik abzubilden und damit vergleichbar zu machen. Da es sich um ein Instrument zur internen Unterstützung von Honorarverhandlungen mit den Vertragspartnern handelt, wurde dieses System nur intern verwendet und mit den konkreten Überleitungen nicht publiziert.

Für das österreichische Gesundheitssystem wurde, beginnend im Jahr 2005, der Katalog ambulanter Leistungen im Auftrag des BMG entwickelt. Als Struktur wurde das Achsensystem des französischen Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)<sup>5</sup> übernommen und in der Folge nach bestimmten Regeln mit Leistungen befüllt. Die Codierung der medizinischen Einzelleistungen (MELs) des LKF-Systems wurde ebenfalls auf dieses Codesystem umgestellt. Die Überleitungstabelle wurde mit den Systemdaten des LKF-Systems publiziert. In

4 ATC-ICD-10 (Ableitung von Diagnosecodes aus Heilmittelverordnungen); A. Eisl, C. Mert, P. Filzmoser Department of Statistics and Probability Theory Vienna University of Technology April 25, 2014; <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.730157&action=2&viewmode=content>  
 5 <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>

den Systemdaten 2014 ambulant<sup>6</sup> sind 400 Leistungen der Quelle KAL und 1.523 der Quelle MEL zugeordnet. Insgesamt enthält dieser Katalog damit 1.923 Einträge.

Die Datenlieferung aus dem niedergelassenen Bereich wird aus den Abrechnungsdaten der Krankenversicherungsträger erstellt. Dazu werden 39.286 Vertragspositionen der Versicherungsträger über die 1.883 Positionen der Metahonorarordnung auf die KAL-Liste übergeleitet. Dabei ergibt sich nebenstehendes Bild. Wie man erkennen kann, werden maximal 81 % des Gesamtkatalogs durch die Überleitung eines einzelnen Versicherungsträgers erreicht. Allerdings erreichen Träger mit mehr Trägerpositionen tendenziell auch mehr Katalogpositionen. Nicht erfasst werden all jene Gesundheitsdienstleistungen, die nicht als Krankenbehandlung oder nicht durch Vertragspartner erbracht werden. Dementsprechend wird das Leistungsgeschehen regional unterschiedlich dargestellt werden und regionale Leistungsdichten werden kaum vergleichbar sein.

### Materialien

Eine vergleichsweise gute Datenlage besteht bei den Grunddaten der **Medikamente**. Da hier ein strukturierter Zulassungsprozess existiert, werden die Basisdaten kontinuierlich gewartet. Die Abrechnungsdaten der Apotheken sind unter Berücksichtigung einiger Besonderheiten – insbesondere der Rezeptgebührenbefreiung – gut geeignet, die Kontinuität von Behandlungen und das Krankheitsgeschehen im Sinne der Pharmakoepidemiologie darzustellen. Anders ist die Lage im Bereich der **Medizinprodukte**. Verzeichnisse aller in Österreich verfügbaren Medizinprodukte existieren nicht. Ausschnitte der Verwendung – meist ohne konkrete Identifikation des Produkts – sind wiederum nur über Abrechnungsdaten erschließbar. Eine Untersuchung dieses Bereichs wurde anhand der Leistungsdokumentation in Krankenanstalten versucht.<sup>7</sup> Dabei war vor allem von Interesse, wie Register zur Erfassung von klinischen Charakteristika der Patienten einerseits und genauen Produktinformationen andererseits zum weiteren Erkenntnisgewinn zwecks Wirksamkeit und Sicherheit der Produkte beitragen könnten.

VSTR	Anzahl TPOS	Anzahl MPOS	Anzahl KAL	% Katalog
C	6673	1582	1563	81,3
H	8855	1500	1491	77,5
J	7030	1286	1263	65,7
L	1792	1198	1244	64,7
G	3914	1070	1047	54,4
E	1418	965	977	50,8
B	2128	918	923	48,0
K	937	899	899	46,7
A	1435	892	894	46,5
I	1123	888	889	46,2
M	1195	877	859	44,7
F	1661	795	764	39,7
D	1125	735	723	37,6

### Abrechnungswege

Informationen zu Versicherungszuständigkeiten sind einerseits zur Gewinnung gesundheitsökonomischer Informationen – die Höhe von Honoraren und Zahlungen variiert beträchtlich – und andererseits zur Interpretation von Unterschieden in der Darstellung – siehe z. B. den Bereich der Interventionen – erforderlich. Aus den Abrechnungsdaten können nur diese Zuordnungen abgeleitet werden. Blickt man auf die Daten des Melde-, Versicherungs- und Beitragsbereichs, so sind weitere Nutzungen denkbar.

Insbesondere wurde versucht, soziale Belastungen im Sinne eines sozioökonomischen Index unter dem Arbeitstitel „Sozioökonomische Stratifizierung“ (SÖS) abzuleiten. Die Ergebnisse wurden publiziert.<sup>8</sup>

### Verwendungszwecke und Auswirkungen auf Dokumentationssysteme

Es wurde bereits mehrfach auf diese Zusammenhänge hingewiesen. Hier soll eine Zusammenschau der gegenseitigen Abhängigkeiten versucht werden und – nachdem im vorherigen Abschnitt der Ist-Zustand beschrieben wurde – auf darin enthaltene Limitationen und Änderungsmöglichkeiten für zukünftige Verwendungen eingegangen werden. Der Bereich der klinischen Dokumentation wird dabei nicht nä-

**Eine patienten-zentrierte, umfassende Darstellung des Geschehens im Gesundheitssystem ist erforderlich.**

6 [http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante\\_Dokumentation\\_Programmpakete\\_ADok\\_Leistungskatalog\\_weitere\\_Unterlagen](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante_Dokumentation_Programmpakete_ADok_Leistungskatalog_weitere_Unterlagen); Download vom 21.1.2015.

7 Christoph Urach, Barbara Glock, Bettina Maringer, Gottfried Endel: High-Risk Medical Devices – Evaluation of Defined Medical Procedure-based Frequencies; <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.729371&action=2&viewmode=content>; zuletzt abgefragt 22.2.2015.

8 Ingrid Wilbacher, Can Mert, Sabrina Winkler, Peter Filzmoser, Gottfried Endel: Soziale Gesundheitsbelastung in Österreich; [www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.566572&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184728](http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.566572&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184728)  
Ingrid Wilbacher, Can Mert, Peter Filzmoser, Sabrina Winkler, Gottfried Endel, Timo Fischer: SÖS und Auswirkungen der Wirtschaftskrise; <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.603676&action=b&cacheability=PAGE&version=1416215155>  
Ingrid Wilbacher, Sabrina Winkler, Gottfried Endel: Making the socioeconomic impact measurable. European Journal of public health, Volume 22, Supplement 2, 2012, 227.

**Die IST Darstellung des Leistungsgeschehens ist eine notwendige Voraussetzung einen Best Point of Service zu erkennen!**

her betrachtet, da diese eigentlich wesentlich detaillierter und umfangreicher sein müsste als alle Anforderungen aus Sicht des Gesundheitssystems. Wird aus klinischer Sicht beklagt, dass die Anforderungen des Gesundheitssystems zu einer „Bürokratisierung“, einer „Aufblähung der Dokumentation“ und Ähnlichem führen, ist dies lediglich als Hinweis darauf zu interpretieren, dass der jeweilige Bereich entweder unterentwickelt ist oder dass versucht wird, eine zusätzliche (Geld-)Mittelzuteilung zu erreichen.

Wie im ersten Teil dieser Serie dargestellt, wurde in der Zielsteuerung z. B. für den Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“ die Festlegung von Bandbreiten für bestimmte Ausprägungen vereinbart. Die dort zitierte Stelle aus dem Gesundheits-Zielsteuergesetz ist keineswegs die einzige Stelle, die Messbarkeit vorsieht. Die Verwendung von Routinedaten ist ebenfalls ein Grundsatz dieser Regelung, damit keine zusätzlichen Belastungen durch eine Ausweitung der Dokumentation entstehen. Es wird vielmehr in Kauf genommen, dass die sekundäre Datenverwendung gewisse Einschränkungen bezüglich Inhalt und Verwendbarkeit bedingt. Der Aufwand einer nur für Steuerungszwecke vorgesehenen eigenen Dokumentation, die diese Einschränkungen nicht aufweisen müsste, steht in keinem vernünftigen Verhältnis zu den Einschränkungen. Ein Bereich, der möglicherweise eine erweiterte Datenerfassung benötigen wird, ist das Qualitätsmanagement, das zusätzlich zu den Struktur- und Prozessinformationen auch klinische Messwerte erfordern kann. Der Aufwand für eine punktuelle Erweiterung der Datenerfassung für diesen Bereich ist allerdings bisher noch nicht abschätzbar, da mögliche Dateninhalte noch festzulegen sein werden.

Indirekt mit der Zielsteuerung sind allerdings auch andere Bereiche verbunden. Dabei wird vor allem die Ausbildung der GDAs zu beachten und zu beschreiben sein. Ob die Codesysteme der operativen Dokumentation dafür allerdings geeignet und verwendbar sind, muss bezweifelt werden. Ein wesentliches Gegenargument stellt alleine schon die Dynamik dieser – sich jedes Jahr ändernden – Systeme dar. Die mehrjährigen Ausbildungen wären damit nicht mehr stabil planbar – oder es müsste die Verpflichtung zur periodischen Erneuerung der Berufsberechtigung (international gibt es periodische Erneuerungen z. B. des Facharztstatus) eingeführt werden.

### Zusammenfassung

Die wesentlichen Routinedaten des Gesundheitssystems haben als primären Zweck die Abrechnung. Andere Datensammlungen – entsprechend dem Dokumentationsgesetz – wie die Daten der Kosten-

rechnung oder Strukturdatenmeldungen der Krankenanstalten sind zwar nicht direkt mit dem Zweck Abrechnung verbunden, werden aber von Experten in mehreren Bereichen als qualitativ uneinheitlich und für Steuerungszwecke eher nicht verwendbar angesehen. Auch die Erfahrungen mit den Daten des LKF-Systems haben gezeigt, dass Erfassungen (Zähl-MELs), die nicht für Zahlungen relevant sind, nicht in ausreichender Qualität vorliegen. Damit wird eine stabile Datenqualität bezüglich Vollständigkeit und Einheitlichkeit bisher nur im Zusammenhang mit Abrechnungen erreicht. Den Abrechnungsdaten wird dabei gelegentlich vorgeworfen, dass sie durch den zugrundeliegenden Zweck einer Verzerrung unterliegen und daher nicht für z. B. epidemiologische Untersuchungen verwendbar seien. Dabei muss bedacht werden, dass eine Erhebung für epidemiologische Zwecke ebenfalls einer – allerdings anderen – Verzerrung unterliegt.

Die Erweiterung der Datenerfassung ohne Verbindung zum Bezahlungssystem, wie sie nun z. B. für Diagnosen im ambulanten Bereich pilotiert wird, bedeutet einerseits einen beträchtlichen Aufwand für das Gesundheitssystem und andererseits muss erst nachgewiesen werden, dass damit im laufenden Betrieb eine ausreichende Datenqualität erreicht werden kann.

Verschiedene Ansätze zur Erweiterung der bestehenden Codesysteme – „Feingranulierung KAL“, „Versorgungsaufträge und Rollenzuordnungen für Fachbereiche“ – ohne direkten Bezug zu Abrechnungssystemen sind angesichts der bisherigen Erfahrungen abzulehnen. Die Motivation kann einerseits darin bestehen, auf diesem Weg ohne die sonst üblichen Mechanismen standespolitisch motivierte Inhalte in ein Abrechnungssystem einzuschleusen. Andererseits will man damit – ebenfalls ohne systematische Prüfung – bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche „reservieren“ und andere Fachbereiche bzw. Berufsgruppen ausschließen.

Notwendig ist daher – insbesondere für den Leistungskatalog – die Klärung der Rolle des Codes für die Bezahlung der Krankenhausambulanzen. Ohne diese Klärung kann der Katalog nicht systematisch gewartet und weiterentwickelt werden, da die Katalogausprägung vom Verwendungszweck bestimmt wird. Die Leistungen aus der Abrechnung des niedergelassenen Bereichs werden auf diesen Code übersetzt. Trotzdem ist eine Wechselwirkung zwischen diesen Abbildungssystemen zu erwarten, und die Codewartung muss auch auf diese Abrechnungssysteme Rücksicht nehmen. Eine Konvergenz der Grundsätze für die Bezahlung von Leistungen im ambulanten – spitalsambulanten wie auch niedergelassenen – Bereich ist wünschenswert.