

Gutachten zur Diagnoserfassung aus kassenärztlichen Belegen beim Aufbau einer Datenbank des LdO Bayerns

Bernfried Leiber

Dem Gutachter sind zwei Fragen gestellt, die er auf der Grundlage seiner Fachkenntnisse, seiner eigenen langjährigen Spezialerfahrungen auf dem zur Rede stehenden Gebiet der Diagnoserfassung in der Praxis sowie auf Grund einer Literaturdurchsicht beantworten soll, nämlich

Frage 1: *Entspricht das Erfassungsverfahren bei der Auswertung kassenärztlicher Unterlagen im Raume Bayern den für eine wissenschaftliche Diagnosenverschlüsselung gültigen Grundsätzen?*

Frage 2: *Kann ein ausschließlich auf diesem Wege gewonnenes Datenmaterial als verlässliche und valide Grundlage für weitere wissenschaftliche Auswertungen – gleich welcher Art – gelten?*

I Die der Beurteilung der Situation und der Fragebeantwortung zugrunde liegenden Unterlagen sind unter anderem vor allem zahlreiche einschlägige Mitteilungen und Kommentare der allgemeinen und der medizinischen Fachpresse, eine (anonyme) Projektbeschreibung, die im März 1976 unter dem Titel „Aufbau einer Datenbank aus Leistungsbelegen der Einrichtungen der medizinischen Versorgung“ vom Landesverband der Ortskrankenkassen (LdO) in Bayern publiziert wurde, sowie die einschlägige Fachliteratur.

Die Begutachtung geht davon aus, daß

die oben zitierten Pressebeiträge in ihrer Grundaussage den Tatsachen entsprechen und daß

auch insbesondere nachfolgende für die Beurteilung entscheidende Fakten dort zutreffend dargestellt sind:

1. Bei der Diagnoserfassungsaktion (Lesen der Originalbelege, Kodierung beziehungsweise Verschlüsselung der auf den Belegen eingetragenen Diagnosen beziehungsweise Krankheitsbegriffe, Kontrolle der Verschlüsselung, Ablochung, Ablochungskontrolle) sind keine Mediziner, keine medizinischen Dokumentationsassistentinnen oder Fachkräfte mit vergleichbarer Ausbildung, sondern ausschließlich Laien, zum Teil Aushilfs- und Bürokräfte, beteiligt gewesen.

(Diese Annahme und Voraussetzung stimmt mit der Erklärung des LdO auf einer Pressekonferenz vom 13. September 1976 in München überein, deren zusammenfassender Wortlaut folgender ist: „Zur Bearbeitung von Akten und Belegen sind *keine Mediziner*, sondern Angestellte *nötig*, die in der Lage sind, Tatbestände und Sachverhalte zu unterscheiden und einzuordnen. *Nach Einweisung in ein Verschlüsselungsverfahren müssen sie Wortinformationen in nume-*

rische Begriffe umsetzen können, z. B. aus Namenslisten Versicherungsnummern entnehmen und auf einen Beleg auftragen, eine Diagnose identifizieren, in einem Krankheitsartenlexikon suchen und die neben dem Klartext stehende Schlüsselzahl auf einen Beleg übertragen.“)

2. Die Angaben zur Diagnose auf kassenärztlichen Abrechnungsbelegen (Krankenscheinen, Überweisungsscheinen, AU-Bescheinigungen und ähnlichem) wurden allein nach dem dreistelligen ICD-Schlüssel von 1968, ohne Zuhilfenahme einer vier- oder fünfstelligen anderen Systematik, verkodet.

3. Aus den Einzelbelegen wurden jeweils maximal nur fünf Diagnosenbegriffe erfaßt. Lag deren Zahl höher, dann wurden weitere ebenfalls eingetragene Begriffe nicht berücksichtigt (nach welcher Methodik die nicht erfaßten Begriffe dabei selektiert wurden oder ob dabei lediglich der Zufall oder das eigene Ermessen der Erfasser wirksam wurde, ist aus den dem Gutachter vorliegenden Unterlagen nicht eindeutig ersichtlich gewesen).

4. Für den Gutachter ist aus den ihm verfügbaren Unterlagen auch nicht sicher erkennbar gewesen, wie der genaue technische Ablauf der Diagnoserfassungsaktion erfolgte, insbesondere ist offen, ob die verkodeten Begriffe nochmals durch Zweitpersonen auf ihre sachliche und formale Richtigkeit überprüft wurden oder nicht.

Aus der oben erwähnten Schrift des LdO Bayern, die offensichtlich dem Gesamtprojekt als Planungsunterlage gedient hat, sind für die Begutachtung unter anderem folgende Passagen von Bedeutung gewesen:

Seite 15: „Für die Verschlüsselung der... Daten werden folgende Schlüsselverzeichnisse benötigt:

1.
2.
3. Diagnosen Internationale Klassifikation der Krankheiten 1968 (ICD-Schlüssel) ▷

Gutachten zur Diagnosenerfassung

4.
5.
(Diagnosenschlüssel: ICD, 1968, 3stellig)

Seite 16: „... Für die maschinelle Datenerfassung ist folgender Satzaufbau vorgesehen:

.....
.....
.....

Diagnose
Diagnose
Diagnose
Diagnose
Diagnose

.....
.....

„(Zahl der zu erfassenden Diagnosen auf fünf begrenzt)

Seite 18: „... Durch den Aufbau der Datenbank und die Übernahme der Daten auf EDV-Träger wird das gewonnene Material für empirische Untersuchungen verfügbar gemacht. Damit wird mit Sicherheit ein bedeutender Schritt getan, um neue Grundlagen für die Analyse der Kosten- und Leistungsstruktur des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland zu schaffen ...“.

(Von der Datenerhebung werden mit Sicherheit neue Grundlagen für die Leistungsstruktur des Gesundheitssystems erwartet.)

Seite 14: Es mag vielleicht für die Beurteilung der medizinisch-fachlichen Qualifikation der Planer nicht unwichtig sein, daß auf Seite 14 der Schrift ein ausgefüllter, wahrscheinlich fingierter Krankenschein faxmiliert wiedergegeben ist, der folgende Diagnosenangabe trägt: „V.a. Sprunggelenksfraktur“.

(Hierbei handelt es sich um einen Begriff, den es nicht gibt, bzw. um eine fachlich falsche oder unkorrekte Bezeichnung für „V.a. Knöchel-fraktur“.) Siehe weiteres hierzu im Abschnitt zur Unterfrage c) des Gutachtens.

II

In den dem Gutachter gestellten Fragen sind inhaltlich mehrere Unterfra-

gen enthalten, die jeweils einzeln beantwortet werden müssen, ehe zur Hauptfrage Stellung genommen werden kann.

Die Unterfragen zur ersten Hauptfrage lassen sich folgendermaßen formulieren:

a) Wie ist heute der Stand einer wissenschaftlichen Diagnosenverschlüsselung zu sehen und wo liegt ihre Problematik?

b) Welches Erfassungsverfahren wurde im zu begutachtenden Fall in welcher Weise praktiziert?

c) Was sind und wie entstehen die auf Krankenscheinbelegen eingetragenen ärztlichen Diagnosen und diagnostischen Begriffe?

Die in der zweiten Hauptfrage enthaltenen Unterfragen lassen sich folgendermaßen formulieren:

a) Wie aussagekräftig und verlässlich im wissenschaftlichen und statistischen Sinne ist ein nach wissenschaftlich qualifizierter Diagnosenverschlüsselung gewonnenes Datenmaterial?

b) Wie ist die Verlässlichkeit eines Datenmaterials, das unter den Bedingungen und Voraussetzungen des zu begutachtenden Falles gewonnen wurde?

III

Beantwortung der ersten Hauptfrage und ihrer Unterfragen

Unterfrage a)

1. Allgemeines zur Klassifikation und Verschlüsselung von Diagnosen

Es ist eine wenigstens in Fachkreisen hinreichend bekannte Tatsache, daß für jede Art maschineller Verarbeitung medizinischer Daten die Klassifikation von Diagnosenbegriffen von besonderer Wichtigkeit, zugleich aber auch mit allerhöchster Problematik belastet ist. Die Literatur zu

dieser Problematik ist so außerordentlich umfangreich, daß an dieser Stelle hierzu nur kurz und prinzipiell zu einigen für die Fragebeantwortung wesentlichen Punkten Stellung genommen werden kann.

Grundsätzlich gilt, daß wie bei jeder anderen Klassifikation auch eine Klassifikation von Diagnosen (und von diagnoseartigen Begriffen) die Grundlage eines Schlüssels beziehungsweise Kodierungssystems darstellen muß, das von vornherein auf das Auswertungsziel hin ausgerichtet sein soll. Die Grundlage eines Schlüssels muß auch ein Thesaurus sein, das heißt die möglichst vollständige Sammlung aller Sachverhalte, die verschlüsselt werden sollen. Ohne das Vorhandensein eines solchen Thesaurus gerät ein Schlüsselssystem leicht in Gefahr, mit den vorgesehenen Positionen nicht auszukommen, so daß zu viele Sachverhalte in nichtssagenden Sammelgruppen (wie etwa „Sonstiges“) untergebracht werden müssen.

Bei der Auswertung von Diagnosen ist das vorherige Ausrichtungsziel nur selten a priori klar vorzuzusehen, vor allem aber dann nicht, wenn *Diagnosenentstehung und Diagnostikauswertung unter fachlich unterschiedlichen Kompetenzen und Gesichtspunkten, an verschiedenen Stellen und unter unterschiedlichen Interessenrichtungen stattfinden.*

Eine für eine weitgefaßte Auswertung wirklich brauchbare Klassifikation von Diagnosen (und diagnoseartigen Begriffen) muß ferner prinzipiell für die Beantwortung möglichst vieler wissenschaftlicher Fragestellungen geeignet sein.

Je weniger Diagnosenbezeichnungen es gibt, desto besser kann ein Schlüsselssystem ausgenutzt werden und desto weniger Stellen benötigt der Schlüssel. Umgekehrt wird das intellektuell-fachliche Problem einer wirklichkeitstreu und sachgerechten Verschlüsselung um so schwieriger, je zahlreicher die Verwendung findenden Diagnosenbegriffe sind, die ein Schlüsselssystem berücksichtigen muß.

Zusätzlich tauchen noch besondere Schwierigkeiten bei jeder Art der Verschlüsselung dann auf, wenn zusammengesetzte (logisch aber nicht voneinander trennbare) oder kombinierte Begriffe vorkommen. Solche Begriffe sind unter den ärztlichen Diagnosen erfahrungsgemäß von besonderer Häufigkeit. Sie schließen eine sachgerechte, den Tatsachen nicht Gewalt antuende Verschlüsselung fast mit größter Regelmäßigkeit aus. Mit keinem Schlüsselssystem jedenfalls konnte dieses Problem bisher überzeugend gelöst werden.

2. Die ICD und die Probleme bei Ihrer Verwendung

Unter den für bestimmte Diagnosen-erhebungen derzeit verwendeten Schlüsselssystemen spielt die ICD 1968 (3stellig) wegen ihrer außerordentlich begrenzten Verwendungsmöglichkeit beziehungsweise wegen ihrer Strukturgröße praktisch heute kaum noch eine größere Rolle.

Die ICD geht auf eine einfache Klassifikation zurück, die 1855 in England für eine statistische Groberfassung der Todesursachen geschaffen wurde. Diesem Zweck der amtlichen Todes- und Morbiditätsstatistik diente die ICD mehrere Jahrzehnte lang. Für andere, feinere Verwendungszwecke erwies sich dieser Schlüssel jedoch, besonders nach eingehenderen Untersuchungen in den 50er Jahren, als völlig ungeeignet.

Dies ist verständlich, wenn man bedenkt, daß die ICD kein einheitliches Bezugssystem verwendet. Schon die Einteilung in Allgemein- und lokalisierte Organerkrankungen zeigt eine wesentliche Schwäche des Systems. Das ständig wechselnde Bezugssystem läßt keine Definition der Klassengrenzen zu, außerdem schließen sich die Klasseninhalte gegenseitig nicht aus. Dies alles ist auch der Grund dafür, daß der Gebrauch der ICD, wenn er irgendeinen Sinn haben soll, den Benutzern viel Übung und Erfahrung abfordert. Es ist überdies kennzeichnend, daß wegen der auch bei längerem Umgang mit dem Sy-

stem immer wieder auftauchenden Zweifel, in welche Positionen bestimmte Diagnosen einzuordnen sind, in den statistischen Landesämtern, die zuweilen noch mit dem System arbeiten, regelmäßige Konferenzen abgehalten wurden, um einheitliche Zuordnungen zu erreichen. Gesichert ist durch zahlreiche praktische Erfahrungen andererseits, daß eine solche Einheitlichkeit der Zuordnung beim fachspezifischen Dokumentationspersonal der Krankenhäuser sich hat niemals erreichen lassen. Die weit größere Komplexität der unter Praxisbedingungen anfallenden Diagnosen (und diagnoseartigen Begriffe) läßt darüber hinaus so unüberwindliche Schwierigkeiten mit der ICD erwarten, daß bisher noch jeder Fachkenner vor ihrer Verwendung für entsprechende Erhebungen zurückgeschreckt ist, weil Mißerfolge und Fehlbeurteilungen auch bei sonst sach- und fachgerechter Methodik und bei Heranziehung spezialisierter Personals mit Sicherheit zu erwarten und ganz unvermeidlich sind.

Wie zahlreiche praktische Erfahrungen gezeigt haben, sind auf jeden Fall gegenwärtig mit der ICD noch nicht einmal vergleichende Diagnostikstatistiken, zum Beispiel zwischen zwei benachbarten Krankenhäusern, genügend verlässlich oder gar repräsentativ. Alle auf derartigen Statistiken beruhenden Schlußfolgerungen kann man nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen mit gutem Recht deshalb nur als wirklichkeitsfremd, zumeist auch als falsch oder irreführend bezeichnen. Wenn einer der besten Sachkenner von Verschlüsselungsfragen in Deutschland, *H. Immich*, schreibt, daß zahlreiche Krankenhäuser in aller Welt sich zunächst (voller Optimismus) für die Verwendung der ICD entschieden, weil sie hofften, daß ihre Diagnosen auf diese Weise am einfachsten international vergleichbar zu machen seien, so ist heute festzustellen, daß dieser Wunschtraum längst zerstoßen ist. Denn die Vorstellung von der leichten Vergleichbarkeit ging von falschen Voraussetzungen aus: Diagnosen kann man eben nur dann sinnvoll vergleichen, wenn auch alle

bei ihrem Zustandekommen mitwirkenden diagnostischen Möglichkeiten, Methoden und Voraussetzungen vergleichbar sind (*Immich*). Dies ist aber heute weder von Klinik zu Klinik und noch viel weniger von Praxis zu Praxis der Fall. Letzteres ist nicht zuletzt durch die Besonderheiten der ärztlichen Praxistätigkeit und der Art und Entstehungsweise der dort anfallenden Diagnosenbegriffe verursacht (vgl. hierzu auch Punkt c) dieses Abschnittes des Gutachtens).

Wenn heutzutage im klinischen Bereich die ICD noch irgendwo benutzt werden sollte, dann eigentlich nur noch zu dem Zweck, um den Wiederfindvorgang von grobstrukturierten Diagnosenbegriffen zu ermöglichen. Sind jedoch gezielte Diagnosenauffindungen erforderlich, dann muß das gefundene Grobpaket gewöhnlich per Hand nachsortiert werden.

Zusammengefaßt ist die Unterfrage a) daher wie folgt zu beantworten:

Alle diese Umstände zusammengekommen sind letztlich der Grund dafür, daß kein exakter Forscher, kein Krankenhaus, kein Arzt, der Wert auf die Erlangung richtiger und solider Ergebnisse oder auf vergleichbare Statistiken und echt brauchbare Schlußfolgerungen legt, heutzutage ernstlich daran denken würde, etwa noch den 3stelligen ICD-Schlüssel bei seinen Untersuchungen zu verwenden. Wenn heute überhaupt Untersuchungen mit Diagnosenverschlüsselungen angestellt werden, dann können die darauf beruhenden Ergebnisse nur dann als wenigstens bedingt verwendbar und bedingt repräsentativ gelten, wenn sie zumindest auf der Verwendung einer auf fünf Stellen erweiterten ICD oder auf noch differenzierteren Schlüsselssystemen basieren. Man muß aber dazu wissen, daß sogar dabei noch Schwierigkeiten und Probleme entstehen: Die Differenziertheit solcher Schlüsselssysteme stellt nämlich noch höhere Anforderungen an die Qualifizierung der Verschlüsselnden. Die oben in Kürze dargelegten

● Fortsetzung auf Seite 3257