

Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung

1. Jänner 2021

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Herstellungsort: Wien

**Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts
"Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)"**

Projektleitung:

Mag. Gerhard Embacher (BMSGPK)

Projektteam

BMSGPK:

Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Mag. Stefan Eichwalder (Abteilungsleiter),
Gertrud Fritz, Mag. Simona Iskra, Mag. Rainer Kleyhons,
Mag. Walter Sebek (Stv. Abteilungsleiter)

Koordination medizinische Dokumentation:

Dr. Andreas Egger (BMSGPK), Anna Mildschuh (SOLVE-Consulting)

Ökonomenteam (SOLVE-Consulting):

Mag. Gerhard Gretzl (Gesamt-Projektkoordination), Dr. Gerhard Renner

Ärzteteam:

Prim. Dr. Ludwig Neuner (LKH Freistadt), Experten aus den medizinischen Fächern

Statistik:

Prof. DI Dr. Karl P. Pfeiffer (FH Joanneum Graz)

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

Dr. Karin Eglau, Mag. Petra Paretta

Wien, September 2020

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Inhalt

1 Ausgangssituation	6
2 Rechtliche Grundlagen.....	6
3 Weitere wesentliche Informationsgrundlagen	7
4 Vergleichbarkeit und Verwendung der Krankenhaus-Daten	8
5 Das Berichtssystem.....	10
5.1 Grundsätzliches.....	10
5.2 Übersicht über die Datenmeldungen und Berichtstermine	10
6 Diagnosen- und Leistungsdokumentation (inklusive Intensivdokumentation) in Krankenanstalten.....	14
6.1 Kurzdarstellung	14
6.2 Organisatorische Rahmenbedingungen	15
6.2.1 Beteiligung des Krankenhauspersonals an der Dokumentation.....	15
6.2.2 Eingliederung in die bestehende Organisationsstruktur	15
6.2.3 Empfehlungen für organisatorische Maßnahmen.....	16
6.2.4 Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht	17
6.3 Erstellung des Diagnosen- und Leistungsberichts (inkl. Intensivbericht).....	17
6.3.1 Erfassung der administrativen Daten	17
6.3.2 Erfassung der medizinischen Daten.....	18
6.3.3 Prüfung der erfassten Daten.....	19
6.4 Erstellung der Datenmeldung zur ambulanten Dokumentation	20
7 Krankenanstalten-Statistik	21
7.1 Kurzdarstellung	21
7.2 Definitionen und Erläuterungen zur Krankenanstalten-Statistik	21
7.2.1 Systemisierte Betten – Satzart K03 und K08.....	21
7.2.2 Tatsächlich aufgestellte Betten – Satzart K03 und K08	21
7.2.3 Belagstage (Sonderklasse) – Satzart K03	21
7.2.4 Aufnahmen (Sonderklasse) – Satzart K03.....	22
7.2.5 Vom Vorjahr Verbliebene (Sonderklasse) – Satzart K03.....	22
7.2.6 Entlassungen (Sonderklasse) – Satzart K03	22
7.2.7 Verstorbene (Sonderklasse) – Satzart K03.....	22
7.2.8 Aufnahmen von Begleitpersonen – Satzart K03	23
7.2.9 Belagstage von Begleitpersonen – Satzart K03.....	23
7.2.10 Ambulante Patienten/Patientinnen – Satzart K03 und K09	23
7.2.11 Ambulante Betreuungsplätze – Satzart K03 und K09	24
7.2.12 Frequenzen an ambulanten Patienten/Patientinnen – Satzart K09.....	24

7.2.13	Frequenzen an stationären Patienten/Patientinnen – Satzart K09	27
7.2.14	Frequenzen an stationären Patienten/Patientinnen anderer Krankenhäuser – Satzart K09	27
7.2.15	OP-Tische – Satzart K03	27
7.2.16	Entbindungsplätze – Satzart K03	27
7.2.17	Postoperative Überwachungsplätze – Satzart K03	27
7.2.18	Dialyseplätze – Satzart K03	28
7.2.19	Obduktionen – Satzart K03	28
7.2.20	Entbindungen (Lebendgeborene) – Satzart K03	28
7.2.21	Entbindungen (Totgeborene) – Satzart K03	28
7.2.22	Personal-Vollzeitäquivalente nach Funktionsgruppen und Dienstverhältnis – Satzart K04..	29
7.2.23	Personal-Vollzeitäquivalente in der Kostenstellen-Statistik – Satzart K08, K09, K10	30
7.2.24	Personal des ärztlichen Dienstes – Satzart K05	31
7.2.25	Konsiliarärztlicher Dienst – Satzart K06	31
7.2.26	Personal der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe – Satzart K07	31
7.2.27	Nettogrundrissfläche – Satzart K08, K09, K10	32

8 Krankenanstalten-Kostenrechnung (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten) 33

9 Krankenanstalten-Berichtswesen zur KRBV (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten) 35

10 Unterstützung durch Software-Werkzeuge 37

1 Ausgangssituation

Auf Grundlage des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen werden seit vielen Jahren Daten an das für Gesundheit zuständige Bundesministerium übermittelt. Die Datenübermittlung (z.B. Diagnosen- und Leistungsdaten, Intensivberichte, etc.) erfolgt sowohl von den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten als auch von den nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie von den Trägern der Sozialversicherung und dem Hauptverband (nunmehr Dachverband) der österreichischen Sozialversicherungsträger.

2 Rechtliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlage für das Dokumentations- und Berichtssystem in den österreichischen Krankenanstalten ist das im Jahr 1996 beschlossene **Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen** (BGBl. Nr. 745/1996) in der jeweils geltenden Fassung. Die letzten Novellen erfolgten mit Bundesgesetz BGBl. I Nr. 179/2004, BGBl. I Nr. 81/2013 (Gesundheitsreformgesetz 2013) sowie BGBl. I Nr. 26/2017 (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017).

Dieses Bundesgesetz ist die Grundlage für die nachfolgenden Verordnungen, die die Datenerhebung und Datenübermittlung in den einzelnen Dokumentationsbereichen regeln:

- **Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Dokumentation und Meldung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich (Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO)** (neu erlassen mit BGBl. II Nr. 25/2017)
- **Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten** (neu erlassen mit BGBl. II Nr. 638/2003, idF: BGBl. II Nr. 18/2007)
- **Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung – KRBV** (neu erlassen mit BGBl. II Nr. 405/2009)

3 Weitere wesentliche Informationsgrundlagen

Die in Kapitel 2 genannten Verordnungen sehen vor, dass vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Vorgehensweise bei der Erhebung und Übermittlung der Daten in den verschiedenen Dokumentationsbereichen spezielle Handbücher herausgegeben werden. Sowohl die Dokumentation der Daten als auch die Datenmeldungen haben nach den Vorschriften dieser Handbücher zu erfolgen:

- **Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung** (beinhaltet spezielle Vorschriften für die einzelnen Bereiche der Dokumentation sowie für die Erstellung der Datenmeldungen).
- **Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfonds-finanzierten Krankenanstalten**, im Folgenden kurz: **KORE-Handbuch** (beinhaltet spezielle Vorschriften und verschiedene Nachschlagewerke für den Bereich der Krankenanstalten-Kostenrechnung).
- **Handbuch zum Krankenanstalten-Berichtswesen landesgesundheitsfonds-finanzierter Krankenanstalten zur Krankenanstalten-Rechnungswesen-Berichtsverordnung – KRBV** (beinhaltet die Detailgestaltung der Bestimmungen der KRBV).
- **Handbuch Medizinische Dokumentation** (beinhaltet Definitionen und Erläuterungen zur Erfassung der medizinischen Daten)

4 Vergleichbarkeit und Verwendung der Krankenhaus-Daten

Die in der Regel sehr guten Informationssysteme in den einzelnen Krankenhäusern bzw. der Krankenanstaltenträger bieten vielfältige Informationsgrundlagen über das Leistungsgeschehen, die Ressourcenverfügbarkeit, die wirtschaftliche Situation u.v.m. für strategische Entscheidungen und Planungen für das einzelne Krankenhaus. Die Informationsbedürfnisse und Informationssysteme sind aber naturgemäß sehr unterschiedlich, wodurch allfällige zusätzliche interessante Informationen, die sich aus einem Vergleich mit anderen Krankenhäusern ergeben könnten, erschwert werden.

Ein Vergleich von Daten der sehr unterschiedlich strukturierten Krankenhäuser mit unterschiedlichen Versorgungsaufträgen und nicht vergleichbarer Patientenklientel ist grundsätzlich nur bis zu einem gewissen Grad möglich und nur eingeschränkt zulässig. Damit verbunden ist jedenfalls eine Reduktion des grundsätzlich vorhandenen Informationspotenzials, die Festlegung auf Inhalte und Definitionen, die immer nur ein Kompromiss sein können. Notwendige Voraussetzung dafür ist, dass alle Krankenhäuser ihre Daten entsprechend den vorgegebenen einvernehmlich vereinbarten Inhalten und Definitionen melden.

Der Bedarf nach aktuellen und möglichst vergleichbaren Daten über Gesundheitsversorgungssysteme, insbesondere auch über den Spitalssektor, ist europaweit bzw. weltweit (z.B. OECD, WHO) stark steigend. Durch die extreme Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme und Spitalsstrukturen innerhalb jedes Staates und – umso mehr – zwischen den Staaten ist die Vergleichbarkeit stark eingeschränkt bzw. teilweise nicht gegeben. Daher wurden in den letzten Jahren vielfältige Projekte auf internationaler Ebene gestartet, im Rahmen derer gemeinsam Definitionen ausgearbeitet und Datensets vereinbart werden. Dementsprechend sind und werden vielmehr in Zukunft noch Definitionen und Inhalte der österreichischen Dokumentation an internationale Standards anzupassen sein.

Die erhobenen Daten finden vielfache Verwendung auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens und für verschiedene Zwecke. Entsprechend ist das Informationsbedürfnis unterschiedlich. Die nunmehr vereinbarten Dateninhalte stellen daher einen Kompromiss in Bezug auf die unterschiedlichen Informationsbedürfnisse der verschiedenen Institutionen im Gesundheitswesen (Bund, Länder, Sozialversicherung, Krankenanstalten-Trägerorganisationen u.a.) dar.

Auf österreichweiter Ebene finden die Daten insbesondere für folgende Zwecke

Verwendung:

- Gesundheitsplanung auf Bundesebene und auf Ebene der Bundesländer
- System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und deren Weiterentwicklung auf Bundesebene (Kernbereich) und auf Ebene der Bundesländer (Steuerungsbereich)
- Informations- und Entscheidungsgrundlage zur Beobachtung und gesundheitspolitischen Steuerung von Entwicklungen im Gesundheitswesen auf regionaler und überregionaler Ebene
- Erstellung überregionaler und zwischenbetrieblicher Auswertungen standardmäßig und für spezielle Anforderungen
- Einbeziehung der Daten bei den von der Bundesanstalt „Statistik Austria“ regelmäßig zu erstellenden regionalen und volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, weiters auch zur Berechnung der Durchschnittskosten nach Artikel 94 und 95 der Verordnung Nr. 574/72 (EU) der Mittelaufbringung der öffentlichen Hand für die Spitalsfinanzierung
- Grundlage für internationale Statistiken und Studien (EUROSTAT, OECD, WHO, HOPE)
- Grundlage für nationale statistische Publikationen (Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs, Krankenanstalten-Statistik der Verbindungsstelle der Bundesländer u.a.m.)
- Grundlage für wissenschaftliche Studien

5 Das Berichtssystem

5.1 Grundsätzliches

Das Dokumentations- und Berichtssystem hat auf Grund der Veränderungen im Gesundheitswesen (u.a. Einführung der Dokumentation im ambulanten Bereich, Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung bei den vom Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (PRIKRAF) finanzierten Krankenanstalten, Berücksichtigung der Kapazitäten der nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten in der bundesweiten Krankenanstalten- und Großgeräteplanung, nationaler und internationaler Datenaustausch) neuen und geänderten Aufgabenstellungen Rechnung zu tragen. Dementsprechend wurde das Dokumentations- und Berichtssystem in den letzten Jahrzehnten auch laufend weiterentwickelt und ausgebaut (u.a. Einführung der bundesweit einheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation im stationären Bereich, Einführung der Dokumentation im ambulanten Bereich, Pseudonymisierung von Patienten/Patientinnen und Leistungserbringern/Leistungserbringerinnen). Die Daten werden auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene für verschiedene Zielsetzungen und Aufgabenstellungen genutzt. Verwendbarkeit und Aussagekraft der übermittelten Daten sind jedoch in hohem Maße von ihrer Qualität abhängig.

Das zuständige Bundesministerium ist daher seit Jahren bemüht, bei der Dokumentation und bei der Berichtserstellung durch geeignete Maßnahmen (z.B. Bereitstellung von Software-Werkzeugen, Herausgabe von Dokumentationshandbüchern) so gut wie möglich zu unterstützen.

Nichtsdestotrotz kann auch mit diesen Maßnahmen nur ein Mindestmaß an inhaltlicher Plausibilität sichergestellt werden. Es bedarf darüber hinaus auch der entsprechenden organisatorischen sowie der aktiven Unterstützung aller im Dokumentationsbereich tätigen Personen, um letztlich gesicherte und wertvolle Informationen für die verschiedenen Aufgabenstellungen auf betrieblicher, zwischenbetrieblicher und überbetrieblicher Ebene zur Verfügung zu haben. Die Verantwortung für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Daten liegt bei den einzelnen Institutionen.

5.2 Übersicht über die Datenmeldungen und Berichtstermine

Die folgenden Berichtstermine sind für die einzelnen Datenmeldungen gesetzlich festgelegt. Das angegebene Datum stellt den jeweils spätestmöglichen Meldetermin dar, eine frühere Datenmeldung ist immer möglich, bedingt aber keine frühere Verarbeitung der

Daten. Die Termine für die Datenmeldungen der Krankenhäuser an die Landesgesundheitsfonds sind durch die jeweiligen landesspezifischen Regelungen definiert.

Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten

Diagnosen- und Leistungsdaten (Halbjahresbericht): Meldung der Länder (Landesgesundheitsfonds) an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	30. September des laufenden Jahres
Diagnosen- und Leistungsdaten, KA-Statistik und KA-Kostenrechnung (Jahresmeldung): Meldung der Krankenhäuser an den Landeshauptmann	30. April des Folgejahres
Diagnosen- und Leistungsdaten, KA-Statistik und KA-Kostenrechnung (Jahresmeldung): Meldung des Landeshauptmannes an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	31. Mai des Folgejahres
Berichtswesen zum Krankenanstalten-Rechnungsabschluss: Meldung der Krankenhäuser an den Landeshauptmann	30. Juni des Folgejahres
Berichtswesen zum Krankenanstalten-Rechnungsabschluss: Meldung des Landeshauptmannes an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	31. Juli des Folgejahres
Daten zur ambulanten Dokumentation (Halbjahresmeldung): Meldung der Krankenhäuser an die Länder (Landesgesundheitsfonds)	31. August des laufenden Jahres
Daten zur ambulanten Dokumentation (Halbjahresmeldung): Meldung der Länder (Landesgesundheitsfonds) an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	30. September des laufenden Jahres
Daten zur ambulanten Dokumentation (Jahresmeldung): Meldung der Krankenhäuser an die Länder (Landesgesundheitsfonds)	28. Februar des Folgejahres
Daten zur ambulanten Dokumentation (Jahresmeldung): Meldung der Länder (Landesgesundheitsfonds) an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	31. März des Folgejahres

Nicht-Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten

Diagnosen- und Leistungsdaten, KA-Statistik (Jahresmeldung): Meldung der KA-Träger an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	31. März des Folgejahres
Daten zur ambulanten Dokumentation (Halbjahresmeldung): Meldung der Unfallversicherungsträger für ihre Akutkrankenanstalten an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	31. August des laufenden Jahres
Daten zur ambulanten Dokumentation (Jahresmeldung): Meldung der Unfallversicherungsträger für ihre Akutkrankenanstalten an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	28. Februar des Folgejahres

Extramuraler ambulanter Bereich

Daten zur ambulanten Dokumentation (Halbjahresmeldung): Meldung der Träger der Sozialversicherung an den Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	30. September des laufenden Jahres
Daten zur ambulanten Dokumentation (Halbjahresmeldung): Meldung des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	31. Jänner des Folgejahres
Daten zur ambulanten Dokumentation (Jahresmeldung): Meldung der Träger der Sozialversicherung an den Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	31. März des Folgejahres
Daten zur ambulanten Dokumentation (Jahresmeldung): Meldung des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	20. Juli des Folgejahres

Die Datenmeldungen sind entsprechend den vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz bereitgestellten Software-Werkzeugen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und als Gesamtbericht an das Bundesministerium zu übermitteln.

Hinweis: Umfassen Datenmeldungen eine Satzart K01 (Kostenstellenplan), dann ist darauf zu achten, dass der Kostenstellenplan auch alle relevanten Einträge für gegebenenfalls bereits erfolgte Datenmeldungen desselben Berichtszeitraums umfasst. Dies ist besonders zu berücksichtigen, wenn Datenmeldungen, beispielsweise des stationären und ambulanten Bereichs, zu unterschiedlichen Berichtsterminen und/oder in unterschiedlichen Dateien übermittelt werden.

6 Diagnosen- und Leistungsdokumentation (inklusive Intensivdokumentation) in Krankenanstalten

6.1 Kurzdarstellung

Für alle Krankenhäuser Österreichs besteht die Verpflichtung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten/Patientinnen nach der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichten „Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD)“ in der vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Fassung zu erheben und im Rahmen des Diagnosen- und Leistungsberichts zu melden. Die Diagnosen sind derzeit auf Basis der 10. Revision des Diagnoseschlüssels ICD zu dokumentieren.

Weiters sind alle Krankenhäuser Österreichs auch zur Erfassung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf der Grundlage des vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Leistungskataloges verpflichtet, die ebenfalls im Rahmen des Diagnosen- und Leistungsberichts zu melden sind.

Für die Krankenanstalten besteht darüber hinaus die Verpflichtung zur Dokumentation und Meldung von Intensivdaten. So sind für jene Patienten/Patientinnen, die auf Intensivbehandlungseinheiten aufgenommen werden, zusätzliche administrative und medizinische Daten zu erheben und zu melden.

Die bundeseinheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation liefert eine wichtige Informations- und Entscheidungsgrundlage für gesundheitspolitische Planungs- und Steuerungsmaßnahmen zur Erfüllung der sich ändernden Erfordernisse (u.a. demographische Entwicklung, medizinischer Fortschritt) einer flächendeckenden Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Darüber hinaus schafft diese Dokumentation auch eine höhere Kosten- und Leistungstransparenz für das Krankenhausmanagement und für die Krankenhauserhalter für betriebsinterne Planungs- und Entscheidungsprozesse. Im Bereich der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenhäuser ist die Diagnosen- und Leistungsdokumentation eine wesentliche Grundlage für die Abrechnung nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Auch ein Teil der nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenhäuser rechnet im Rahmen des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) auf Basis dieser Dokumentation nach dem LKF-System ab.

6.2 Organisatorische Rahmenbedingungen

6.2.1 Beteiligung des Krankenhauspersonals an der Dokumentation

Um die Bereitschaft und Akzeptanz der in den verschiedensten Betriebsbereichen des Krankenhauses an der Diagnosen- und Leistungsdokumentation beteiligten Mitarbeiter/innen, insbesondere des ärztlichen Dienstes, zu erreichen und damit letztlich eine hohe Datenqualität zu sichern, empfiehlt es sich, das Krankenhauspersonal umfassend einzubeziehen.

Die Verantwortung für die Dokumentation der medizinischen Daten wird beim ärztlichen Dienst liegen müssen, da der Arzt/die Ärztin die im medizinischen Bereich verwendeten Synonyme, die nicht in jedem Fall mit der Semantik der ICD-Klassifikationen übereinstimmen, kennt. So wird beispielsweise die Festlegung der Haupt- bzw. der Zusatzdiagnosen der/die für die Behandlung des Patienten verantwortliche Arzt/Ärztin treffen müssen.

Es sollte in jeder Fachabteilung ein Mitglied des ständig der Abteilung zugehörigen Ärzteteams für die Codierung verantwortlich sein. Dieses sollte die richtige Verschlüsselung der Diagnosen bzw. der medizinischen Leistungen vornehmen und für alle im Zusammenhang mit der Diagnosen- und Leistungsdokumentation auftretenden Probleme zuständig sein. Es hat sich in der Praxis als nicht zielführend erwiesen, noch in Ausbildung befindliche Ärzte/Ärztinnen mit dieser Aufgabe zu betrauen.

6.2.2 Eingliederung in die bestehende Organisationsstruktur

Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass jedes Krankenhaus seine eigene individuelle Ablauforganisation und Informationsaufzeichnung besitzt. Auf Grund der Vielfältigkeit der Organisationsformen kann der bestmögliche Weg einer Integration der Diagnosen- und Leistungsdokumentation in das bereits vorhandene Krankenhausinformationssystem nur in den Krankenhäusern selbst gefunden werden.

Bei der Realisierung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation ist aus ökonomischen Erwägungen einer orts- und zeitnahen Dokumentation der Vorzug zu geben und die Codierung der Diagnosen und Leistungen sollte optimalerweise in den einzelnen Fachabteilungen bzw. auf den leistungserbringenden Stellen durchgeführt werden.

Aus Gründen einer Arbeitsvereinfachung empfiehlt es sich, die gesetzlich vorgegebenen Daten zusammen mit anderen Dokumentationen (Arztbriefschreibung, Rechnungslegung, Führen des Stationsbuches u.a.) zu führen. Dabei ist insbesondere bei der Erarbeitung von entsprechenden Erfassungsformularen darauf zu achten, dass möglichst alle bereits im Krankenhaus erfassten und dokumentierten Daten genutzt werden.

Zur Verbesserung der Datensicherheit wird vorgeschlagen, die Eintragung des Diagnosentextes vorzusehen und Programme zur automatischen Verschlüsselung einzusetzen. Damit lassen sich Fehlerquellen auf ein Minimum reduzieren.

6.2.3 Empfehlungen für organisatorische Maßnahmen

Festlegung der Verantwortung für die Dokumentation

- Während administrative Daten (wie z.B. Aufnahmeart, Aufnahmedatum, Abteilungscode, Kostenträger, Geschlecht, Geburtsdatum, Entlassungsart) durch die Verwaltung leicht zu erfassen sind, sollten für die Erfassung und Codierung der Diagnosen und medizinischen Einzelleistungen und die Zuteilung der Verantwortlichkeiten in jedem Krankenhaus klare Richtlinien (Standard Operation Procedures – SOP) festgelegt werden.

Überprüfung des Informationsflusses

- Die verwendeten Formulare (z.B. Beilagen zur Fieberkurve) sollten dahingehend überprüft werden, ob hier entsprechende Felder für die Dokumentation der Diagnosen und Leistungen vorgesehen sind. Empfehlenswert ist, ein eigenes Formular für die Erfassung der Diagnosen, der Leistungen und gegebenenfalls des Leistungsdatums der Krankengeschichte beizulegen. Einige Krankenhäuser ergänzen diese Informationen noch durch das Datum der Diagnosenstellung und den Namen des/der dokumentierenden Arztes/Ärztin.
- Die entlassende Abteilung hat im Hinblick auf die Vollständigkeit und Richtigkeit eine besonders hohe Verantwortung. Sie sollte überprüfen, ob alle Diagnosen und Leistungen erfasst wurden, und ob sie richtig codiert sind. Dies ist aber nur möglich, wenn während des stationären Aufenthaltes alle Informationen erfasst wurden und der entlassenden Abteilung übersichtlich zur Verfügung stehen.
- Weiters sollte die entlassende Abteilung festlegen, welche Diagnose – sofern mehrere vorliegen – die Hauptdiagnose ist.

Etablieren einer Dokumentationsinfrastruktur

- Für jede Abteilung sollten ein bis zwei Dokumentationsverantwortliche ernannt werden. Diese Personen sollten in Dokumentationsfragen besonders geschult sein, dem codierenden medizinischen Personal als Auskunftsperson zur Verfügung stehen und regelmäßig den organisatorischen Dokumentationsablauf und die Qualität der Daten überprüfen.

- Es sollte eine alle Bereiche einschließende Dokumentations- und Datenqualitätsgruppe im Krankenhaus gebildet werden. Die Datenqualitätsgruppe sollte die Umsetzung der bundesweit einheitlichen Codierregeln sicherstellen. Sie sollte auch eine interne Datenqualitätskontrollfunktion übernehmen, indem sie regelmäßig stichprobenartig die Vollständigkeit und Richtigkeit der Codierung anhand der Krankengeschichten überprüft. Wichtig ist, dass auch eine entsprechende Rückmeldung erfolgt, um allfällige Dokumentationsmängel zu beseitigen. Eine weitere Maßnahme zur Hebung der Datenqualität kann die Integration der Diagnosen- und Leistungsdokumentation in die Arztbrieferstellung sein.

6.2.4 Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht

Es wird darauf hingewiesen, dass die patienten-, arzt- und sonstigen personenbezogenen Daten im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (inklusive der Intensivdokumentation) generell vor Missbrauch bei der Datenverarbeitung zu schützen sind. Darüber hinaus besteht für Gesundheitsdaten infolge ihrer Sensibilität die Pflicht zu einem erhöhten Datenschutz. Für die Realisierung des Datenschutzes sind krankenhausintern durch den Träger der Krankenanstalten entsprechende organisatorische Vorkehrungen zu treffen. Die Zutritts- und Zugriffsberechtigungen sind so zu gestalten, dass die Daten durch Unbefugte weder eingesehen, noch verwendet werden können. Bei allfälliger Weitergabe der Daten an Dritte ist vorab zu prüfen, ob dadurch nicht gesetzliche Bestimmungen über die ärztliche Schweigepflicht sowie geltende datenschutzrechtliche Vorschriften verletzt werden. So bedürfen vor allem die Datenübertragung vom medizinischen zum administrativen Betriebsbereich innerhalb des Krankenhauses, sowie die Datenweitergabe vom Krankenhaus an externe Datenverarbeitungsunternehmen, entsprechender organisatorischer Regelungen.

6.3 Erstellung des Diagnosen- und Leistungsberichts (inkl. Intensivbericht)

6.3.1 Erfassung der administrativen Daten

Der Bericht über die Diagnosen und Leistungen gemäß dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen hat für den Berichtszeitraum die Daten der in dieser Periode aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten/Patientinnen zu beinhalten. Davon betroffen sind auch jene Patienten/Patientinnen, die das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat oder gegen Revers verlassen haben oder entwichen sind. Weiters sind die Daten jener stationär behandelten Patienten/Patientinnen des Krankenhauses in

den Diagnosen- und Leistungsbericht aufzunehmen, die im Berichtsjahr im Krankenhaus verstorben sind oder in ein anderes Krankenhaus überstellt wurden (externe Verlegungen bzw. Überweisungen).

Darüber hinaus sind im Rahmen der Jahresmeldung administrative Daten für die am Jahresende verbleibenden Patienten/Patientinnen im Diagnosen- und Leistungsbericht zu melden. Zu beachten ist, dass durch den Jahreswechsel ein zusammenhängender Krankenhausaufenthalt keinesfalls getrennt wird. Das gilt auch dann, wenn Patienten/Patientinnen mehrere Jahre lang stationär betreut werden, wie dies beispielsweise in psychiatrischen Krankenhäusern der Fall sein kann.

Im Diagnosen- und Leistungsbericht ebenfalls zu melden sind die Daten jener Patienten/Patientinnen, die in eigens dafür eingerichteten Tageskliniken stationär betreut wurden. Erfolgt im Rahmen des stationären Krankenhausaufenthalts eine krankenhauserne Verlegung in den Bereich der Rehabilitation oder in den ausschließlichen Bereich der Pflege (z.B. Chronikerstationen) bzw. erfolgt eine krankenhauserne Verlegung aus diesen Leistungsbereichen in den allgemein stationären Bereich (inklusive Intensivbereich), so ist der stationäre Krankenhausaufenthalt zum Zeitpunkt der Verlegung abzuschließen und in den Diagnosen- und Leistungsbericht als vollständiger Datensatz aufzunehmen. In diesen Fällen gilt das Datum der Verlegung als Zeitpunkt der Beendigung des Krankenhausaufenthalts.

Als stationäre Krankenhausaufenthalte abzuschließen und in den Diagnosen- und Leistungsbericht aufzunehmen sind ebenfalls jene stationären Krankenhauserne, die zu einem bestimmten Zeitpunkt von der Sozialversicherung nicht mehr als Krankheitsfälle anerkannt wurden (Asylierung). In diesen Fällen gilt das Datum der Asylierung als Zeitpunkt der Beendigung des Krankenhausaufenthaltes.

Die anschließende stationäre Betreuung im nachfolgenden Leistungsbereich (z.B. im Bereich der Rehabilitation) bzw. die stationäre Betreuung nach dem Eintritt der Asylierung sind stets als eigene stationäre Krankenhausaufenthalte (mit eigener Aufnahmezahl) zu dokumentieren und nach Beendigung dieser stationären Aufenthaltsphase im zeitlich entsprechenden Diagnosen- und Leistungsbericht aufzunehmen.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass für jeden Patientenaufenthalt – selbst wenn der Patient bzw. die Patientin im Jahr mit der gleichen Hauptdiagnose mehrmals stationär aufgenommen wird – mit Vergabe einer eindeutigen Aufnahmezahl die entsprechenden Datensätze zu melden sind.

6.3.2 Erfassung der medizinischen Daten

Der Diagnosen- und Leistungsbericht hat pro stationärem Krankenhausaufenthalt die relevanten Diagnosen (eine Haupt- und beliebig viele Zusatzdiagnosen) sowie die

erbrachten medizinischen Leistungen und gegebenenfalls Daten zur Dokumentation des Intensiv-aufenthaltes zu enthalten.

Definitionen und Erläuterungen zur Erfassung der medizinischen Daten mit einer Beschreibung der Dokumentationsgrundlagen, der allgemeinen Dokumentationsregeln und Codier-hinweisen zu speziellen Fragestellungen finden sich im Handbuch Medizinische Dokumentation.

6.3.3 Prüfung der erfassten Daten

Die Träger der Krankenanstalten sind verpflichtet, auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüfte Diagnosen- und Leistungsberichte zu übermitteln. Zur Plausibilitätsprüfung sind die vom Bundesministerium zur Verfügung gestellten Prüfroutinen anzuwenden.

Für eine korrekte und effiziente Dokumentation empfiehlt es sich, die Prüfroutinen so in das Krankenhausinformationssystem zu integrieren, dass eine Prüfung auf Plausibilität bereits bei der Datenerfassung erfolgen kann.

Erfolgt die Datenerfassung nicht originär nach dem Leistungskatalog, ist auf eine korrekte Umschlüsselung der erfassten Leistungspositionen zu achten. Dabei ist auch auf die Übermittlung korrekter, den Leistungseinheiten des Zielkatalogs entsprechender Leistungsanzahlen zu achten. Dies ist insbesondere bei der Umschlüsselung aus feiner granulierten Katalogen von Bedeutung.

Darüber hinaus sollte grundsätzlich eine generelle Vollständigkeitsprüfung vorgenommen werden.

Im Wesentlichen gliedern sich die Plausibilitätsprüfungen in formale und in medizinische Prüfungen. Die formalen Plausibilitätsprüfungen umfassen den Bereich von Datenstrukturen und Wertebereiche (z.B. gültiges Datum).

Die medizinischen Plausibilitätsprüfungen gehen von einer logischen Verknüpfung mehrerer Informationen eines Patienten/einer Patientin aus.

Im Gegensatz zu den formalen Plausibilitätsprüfungen können bei den medizinischen Plausibilitätsprüfungen in begründeten Fällen die vom Prüfprogramm ausgegebenen Warn- und Fehlermeldungen akzeptiert werden.

Die Daten sind grundsätzlich fehlerfrei und mit möglichst wenigen Warnhinweisen zu übermitteln. Davon ausgenommen sind Fehlermeldungen, die auf Grund einer nicht ÖSG-konformen Leistungserbringung ausgegeben werden.

6.4 Erstellung der Datenmeldung zur ambulanten Dokumentation

Die Datenmeldung zur ambulanten Dokumentation gemäß dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen hat für den Berichtszeitraum die Daten der in dieser Periode ambulant betreuten Patienten/Patientinnen zu beinhalten.

Die Datenmeldung zur ambulanten Dokumentation hat pro ambulantem Besuch die erbrachten medizinischen Leistungen und gegebenenfalls Daten zu den relevanten Diagnosen zu enthalten.

Definitionen und Erläuterungen zu Aufbau und Inhalt der Datenmeldungen finden sich im Anhang 1 zu diesem Handbuch.

Eine Beschreibung der allgemeinen Dokumentationsregeln und Antworten zu speziellen Fragestellungen finden sich im Anhang 3 zu diesem Handbuch.

Definitionen und Erläuterungen zur Erfassung der medizinischen Daten finden sich im Handbuch Medizinische Dokumentation.

7 Krankenanstalten-Statistik

7.1 Kurzdarstellung

Die Krankenanstalten-Statistik in Österreich geht grundsätzlich bis ins Jahr 1978 zurück. Im Zusammenhang mit der Erhebung von Kostendaten und deren Vergleichbarkeit war es erforderlich, bestimmte Bezugsgrößen zu erheben. Die österreichische Krankenanstalten-Statistik war damit ursprünglich ein „Nebenprodukt“ der Krankenanstalten-Kostenrechnung. Informationen über die in den Krankenhäusern vorhandenen Ressourcen und Kapazitäten in personeller, apparativer und räumlicher Hinsicht, sowie Kennzahlen über die Inanspruchnahme der Krankenhäuser erlangten seither zunehmend an Bedeutung. Die Krankenanstalten-Statistik bildet daher eine wichtige Grundlage für die Planung der Versorgungsstruktur, für strategische Entscheidungen und nicht zuletzt für den Vergleich zwischen den Krankenhäusern auf nationaler und internationaler Ebene. Entsprechend wurde die Erhebung von statistischen Informationen immer wieder erweitert und den aktuellen Bedürfnissen angepasst.

7.2 Definitionen und Erläuterungen zur Krankenanstalten-Statistik

7.2.1 Systemisierte Betten – Satzart K03 und K08

Betten (inklusive Tagesklinikbetten), die durch behördliche Bewilligung festgelegt sind.

7.2.2 Tatsächlich aufgestellte Betten – Satzart K03 und K08

Betten (inklusive Tagesklinikbetten), die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren, unabhängig davon, ob sie belegt waren oder nicht. Funktionsbetten, wie z.B. Dialysebetten, post-operative Betten im Aufwachraum, Säuglingsboxen der Geburtshilfe u.ä. zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten.

7.2.3 Belagstage (Sonderklasse) – Satzart K03

Summe der Mitternachtsstände der Patienten/Patientinnen im Berichtsjahr.

Die Anzahl der im Berichtsjahr angefallenen Belagstage von Sonderklasse-Patienten/Patientinnen ist in Summe gesondert anzugeben. Die Anzahl der Belagstage insgesamt wird zukünftig aus den Diagnosen- und Leistungsberichten errechnet.

7.2.4 Aufnahmen (Sonderklasse) – Satzart K03

Anzahl der Patienten/Patientinnen, die im Krankenhaus stationär aufgenommen werden, sofern tatsächlich aufgestellte Betten inklusive Tagesklinikbetten (nicht aber Funktionsbetten) in Anspruch genommen werden.

Die Anzahl der im Berichtsjahr erfolgten Aufnahmen von Sonderklasse-Patienten/Patientinnen ist in Summe gesondert anzugeben. Dabei ist es irrelevant, ob diese Patienten/Patientinnen ausdrücklich ausgewiesene Sonderklasse-Betten oder andere Betten in Anspruch genommen haben.

Die Anzahl der im Berichtsjahr erfolgten Aufnahmen insgesamt wird aus den Diagnosen- und Leistungsberichten errechnet.

7.2.5 Vom Vorjahr Verbliebene (Sonderklasse) – Satzart K03

Anzahl der Patienten/Patientinnen des Krankenhauses, die bereits vor dem 1. Jänner des Berichtsjahres stationär aufgenommen wurden und sich im Rahmen desselben Aufenthaltes am 1. Jänner des Berichtsjahres noch in stationärer Behandlung befanden.

Die Anzahl der vom Vorjahr verbliebenen Sonderklasse-Patienten/Patientinnen ist in Summe gesondert anzugeben.

Die Anzahl der vom Vorjahr verbliebenen Patienten/Patientinnen insgesamt wird aus den Diagnosen- und Leistungsberichten errechnet.

7.2.6 Entlassungen (Sonderklasse) – Satzart K03

Anzahl der Patienten/Patientinnen, die aus dem Krankenhaus entlassen werden (inklusive Überstellungen in eine andere Krankenanstalt, aber exklusive Verstorbene).

Die Anzahl der im Berichtsjahr erfolgten Entlassungen von Sonderklasse-Patienten/Patientinnen ist in Summe gesondert anzugeben.

Die Anzahl der im Berichtsjahr erfolgten Entlassungen insgesamt wird aus den Diagnosen- und Leistungsberichten errechnet.

7.2.7 Verstorbene (Sonderklasse) – Satzart K03

Anzahl der im Krankenhaus verstorbenen Patienten/Patientinnen (ohne Totgeborene).

Die Anzahl der im Berichtsjahr verstorbenen Sonderklasse-Patienten/Patientinnen ist in Summe gesondert anzugeben.

Die Anzahl der im Berichtsjahr verstorbenen Patienten/Patientinnen insgesamt wird aus den Diagnosen- und Leistungsberichten errechnet.

7.2.8 Aufnahmen von Begleitpersonen – Satzart K03

Anzahl der Aufnahmen von sonstigen nicht anstaltsbedürftigen Begleitpersonen gemäß § 23 Abs. 2, letzter Satz KAKuG.

Kann eine anstaltsbedürftige Mutter nur gemeinsam mit ihrem Säugling aufgenommen werden (§ 23 Abs. 2, 1. Satz KAKuG), so zählt der Säugling nicht als Begleitperson.

7.2.9 Belagstage von Begleitpersonen – Satzart K03

Summe der Mitternachtsstände der Begleitpersonen im Berichtsjahr.

7.2.10 Ambulante Patienten/Patientinnen – Satzart K03 und K09

Anzahl der während des Kalenderjahres (Berichtsjahres) auf den einzelnen nicht-bettenführenden Organisationseinheiten behandelten, nicht-stationären Patienten/Patientinnen.

Anzahl der während des Kalenderjahres (Berichtsjahres) auf den einzelnen nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen behandelten, nicht-stationären Patienten/Patientinnen.

Zu zählen sind – unabhängig vom Krankheitsbild – die Erstbesuche von nicht-stationären Patienten/Patientinnen auf den einzelnen nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen bzw. Organisationseinheiten (in Summe). Die Erfassung stellt allein auf die Zahl der Erstbesuche der auf den einzelnen nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen/Organisationseinheiten behandelten Patienten/Patientinnen ab. Treten in Bezug auf ein und denselben Patienten bzw. ein und dieselbe Patientin während des Kalenderjahres Änderungen im Krankheitsbild oder neue Krankheitsbilder auf, so sind keine weiteren ambulanten Patienten/Patientinnen in der Krankenanstalten-Statistik zu zählen.

In-vitro-Untersuchungen ohne Untersuchung bzw. Behandlung am/an der ambulanten Patienten/Patientin sind weder als ambulante Patienten/Patientinnen noch als ambulante Frequenzen zu zählen.

Erfolgt unmittelbar im Anschluss an die ambulante Behandlung am selben Tag eine stationäre Aufnahme, so ist dieser Patient/diese Patientin nicht als ambulante/r Patient/in zu zählen, und bei den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die an diesem Tag erfolgten Frequenzen auf nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen als stationäre Frequenzen zu dokumentieren.

Stationäre Patienten/Patientinnen der betreffenden oder eines anderen Krankenhauses, die zu einer ambulanten Untersuchung/Behandlung überwiesen werden, sind ebenfalls nicht als ambulante Patienten/Patientinnen zu zählen (sondern lediglich als Frequenzen). Die Summe der auf den einzelnen nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen gezählten ambulanten Patienten/Patientinnen (Satzart K09) hat mit der für das Krankenhaus

angegebenen Gesamtzahl an ambulanten Patienten/Patientinnen (Satzart K03) übereinzustimmen (zur Veranschaulichung siehe grafische Darstellung einzelner Fallbeispiele).

7.2.11 Ambulante Betreuungsplätze – Satzart K03 und K09

Es ist in der Satzart K03 die Anzahl der ambulanten Plätze des Krankenhauses insgesamt sowie in der Satzart K09 die Anzahl der auf der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle gezählten ambulanten Plätze anzugeben, auf denen eine mehrstündige ambulante Behandlung/Beobachtung erfolgt.

Ambulante Betreuungsplätze (ambBP) sind nur für die im aktuellen ÖSG definierten Versorgungsbereiche auszuweisen:

1. Onkologische Pharmakotherapie
2. Tagesbehandlung in PSY, KJP, PSO, AG/R
3. Ambulante Untersuchung und/oder Behandlung in einer Zentralen Ambulanten Erstversorgung (ZAE) und in definierten fachspezifischen ambulanten Erstversorgungseinheiten gemäß LKF-Modell ambulant
4. Erbringung tagesklinischer Leistungen im ambulanten Setting

Die Zahl der ambulanten Betreuungsplätze ist gemäß der im aktuellen ÖSG beschriebenen Berechnungsregel anzugeben.

Ambulante Betreuungsplätze beziehen sich auf besonders ausgestattete Einheiten für eine längere Betreuung im Rahmen von ambulanten Besuchen, die entsprechend den Erfordernissen der jeweiligen Behandlung unterschiedlich technisch ausgestattet sind. Für Patienten/Patientinnen auf ambulanten Betreuungsplätzen ist während ihres ambulanten Besuchs eine auf die Behandlungsart bezogen ausreichende Mindestpersonalausstattung gemäß LKF-Modell und ÖSG vorzusehen.

7.2.12 Frequenzen an ambulanten Patienten/Patientinnen – Satzart K09

Anzahl der Besuche von ambulanten Patienten/Patientinnen (physischer Personen) auf einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle pro Kalenderjahr (Berichtsjahr).

Als Frequenz ist zu zählen, wenn der Besuch des/der ambulanten Patienten/Patientin zum Zweck einer Untersuchung/Behandlung oder eines medizinischen Beratungsgespräches erfolgt. In-vitro-Untersuchungen ohne Untersuchung bzw. Behandlung am/an der ambulanten Patienten/Patientin zählen nicht als Frequenzen. Weiters nicht als Frequenzen zu zählen sind Kontakte administrativer Natur oder wenn der/die Patient/in, ohne dass eine Untersuchung/Behandlung bzw. ein medizinisches Beratungsgespräch erfolgt ist, einer anderen Kostenstelle zugewiesen wird.

Erfolgt noch am Tag der Frequenz eine stationäre Aufnahme, so ist keine ambulante Frequenz, sondern eine stationäre Frequenz zu zählen.

Stationäre Patienten/Patientinnen eines anderen Krankenhauses, die zu einer ambulanten Untersuchung/Behandlung überwiesen werden, zählen nicht als ambulante Frequenzen, sondern sind in der Kostenstellen-Statistik der nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen in einem eigenen Datenfeld gesondert zu melden (zur Veranschaulichung siehe folgende tabellarische Darstellung einzelner Fallbeispiele).

Erstbesuch in KH mit gebrochener linker Hand (Jänner)		
1. KH-Ambulanz (Erstuntersuchung, nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ambulante/r Patient/in • 1 Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind als Endkosten auszuweisen 	Bei Erstbesuch ist auf jeder frequentierten Kostenstelle 1 ambulante/r Patient/in und 1 Frequenz von amb. Pat. zu dokumentieren. Insgesamt: 3 ambulante Patient/innen und 3 Frequenzen von amb. Pat. Die angefallenen Kosten sind nicht weiterzurechnen und als Endkosten auszuweisen.
2. Überweisung an Röntgen (nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ambulante/r Patient/in • 1 Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind als Endkosten auszuweisen 	
3. Überweisung an Gipszimmer (nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ambulante/r Patient/in • 1 Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind als Endkosten auszuweisen 	
Zweitbesuch in KH mit gebrochener linker Hand – Kontrolle und Gipsabnahme (Februar)		
1. KH-Ambulanz (Kontrolle) (nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind als Endkosten auszuweisen 	Bei Zweitbesuch ist auf jeder (bereits bei Erstbesuch) frequentierten Kostenstelle 1 Frequenz von amb. Pat. zu dokumentieren. Insgesamt: 3 Frequenzen von amb. Pat. Die angefallenen Kosten sind nicht weiterzurechnen und als Endkosten auszuweisen.
2. Überweisung an Röntgen (Kontrolle, nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind als Endkosten auszuweisen 	
3. Überweisung an Gipszimmer (Gipsabnahme) (nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind als Endkosten auszuweisen 	

Drittbesuch in KH wegen Magenproblemen (September)		
1. KH-Ambulanz (Erstuntersuchung, nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind als Endkosten auszuweisen 	Bei Drittbesuch ist auf jeder (bereits bei Erstbesuch) frequentierten Kostenstelle 1 Frequenz von amb. Pat. zu dokumentieren. Da Labor das erste Mal frequentiert wird, ist auf dieser Kostenstelle 1 amb. Pat. zu dokumentieren. Insgesamt: 1 ambulante/r Patient/in 3 Frequenzen von amb. Pat. Die angefallenen Kosten sind nicht weiterzurechnen und als Endkosten auszuweisen.
2. Überweisung an Röntgen (nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind als Endkosten auszuweisen 	
3. Überweisung an Labor (nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ambulante/r Patient/in • 1 Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind als Endkosten auszuweisen 	
Viertbesuch in KH wegen Magenproblemen – Kontrolle (Oktober)		
1. KH-Ambulanz (Kontrolle) inkl. Blutabnahme in Ambulanz (nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind als Endkosten auszuweisen 	Bei Viertbesuch ist auf jeder (bereits bei Erstbesuch) frequentierten Kostenstelle 1 Frequenz von amb. Pat. zu dokumentieren. Da Labor nicht frequentiert wird, ist auf dieser Kostenstelle keine Frequenz von amb. Pat. zu dokumentieren. Insgesamt: 1 Frequenz von amb. Pat. Die angefallenen Kosten im Labor sind auf die KH-Ambulanz weiterzurechnen und auf dieser Kostenstelle als Endkosten auszuweisen.
2. Blutprobe wird zur Analyse an Labor weitergeleitet (nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • keine Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind auf KH-Ambulanz weiterzurechnen 	
Blutabnahme erfolgt an externer Stelle – niedergelassener Arzt, Institut, etc. (November)		
1. Blutprobe wird zur Analyse an KH- Labor übermittelt (nichtbettenführende Kostenstelle)	<ul style="list-style-type: none"> • keine Frequenz von amb. Pat. • Kosten sind auf Nebenkostenstelle weiterzurechnen 	In-vitro-Untersuchungen sind nicht als Frequenzen zu zählen. Insgesamt: keine Frequenz von amb. Pat. Die angefallenen Kosten im Labor sind auf die Nebenkostenstelle Medizinische Leistungen an Dritte (FC 2018--) weiterzurechnen und auf dieser Kostenstelle als Endkosten auszuweisen.

7.2.13 Frequenzen an stationären Patienten/Patientinnen – Satzart K09

Anzahl der Besuche von stationären Patienten/Patientinnen (physischer Personen) auf einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle pro Kalenderjahr (Berichtsjahr).

Als Frequenz ist zu zählen, wenn der Besuch des/der stationären Patienten/Patientin zum Zweck einer Untersuchung/Behandlung oder eines medizinischen Beratungsgespräches erfolgt. In-vitro-Untersuchungen ohne Untersuchung bzw. Behandlung am/an der stationären Patienten/Patientin zählen nicht als Frequenzen. Weiters nicht als Frequenzen zu zählen sind Kontakte administrativer Natur oder wenn der/die Patient/in, ohne dass eine Untersuchung/Behandlung bzw. ein medizinisches Beratungsgespräch erfolgt ist, einer anderen Kostenstelle zugewiesen wird.

Stationäre Patienten/Patientinnen eines anderen Krankenhauses, die zu einer ambulanten Untersuchung/Behandlung überwiesen werden, sind in der Kostenstellen-Statistik der nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen in einem eigenen Datenfeld gesondert zu melden.

7.2.14 Frequenzen an stationären Patienten/Patientinnen anderer Krankenhäuser – Satzart K09

Anzahl der Besuche von stationären Patienten/Patientinnen eines anderen Krankenhauses (physischer Personen), die zu einer ambulanten Untersuchung/Behandlung überwiesen werden, auf einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle pro Kalenderjahr (Berichtsjahr).

7.2.15 OP-Tische – Satzart K03

Anzahl der besonders ausgestatteten Funktionseinheiten (Funktionsbetten) zur Durchführung operativer Eingriffe.

7.2.16 Entbindungsplätze – Satzart K03

Anzahl der besonders ausgestatteten Funktionseinheiten (Funktionsbetten) für Entbindungen (inkl. Gebärstühle, Entbindungscojen u.ä.).

7.2.17 Postoperative Überwachungsplätze – Satzart K03

Anzahl der besonders ausgestatteten Funktionseinheiten (Funktionsbetten) zur postoperativen Überwachung und Betreuung (z.B. Aufwachraum).

7.2.18 Dialyseplätze – Satzart K03

Anzahl der besonders ausgestatteten Funktionseinheiten (Funktionsbetten) zur Durchführung von Dialysen.

7.2.19 Obduktionen – Satzart K03

Anzahl der Obduktionen, die vom Personal des Krankenhauses durchgeführt werden bzw. Anzahl der Obduktionen, die von nicht dem Krankenhaus angehörigem Personal durchgeführt werden.

7.2.20 Entbindungen (Lebendgeborene) – Satzart K03

Anzahl der im Krankenhaus lebend Geborenen, abzüglich der Säuglinge, die in der ersten Lebenswoche im Krankenhaus sterben (unabhängig davon, ob sie als Patienten/Patientinnen aufgenommen worden sind oder nicht).

Lebendgeborene

Bei Lebendgeborenen hat – unabhängig von der Schwangerschaftsdauer – nach vollständigem Austritt aus dem Mutterleib entweder die Atmung eingesetzt oder es war ein anderes Lebenszeichen erkennbar (wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln, unabhängig von der Durchtrennung der Nabelschnur oder vom Ausstoß der Plazenta).

7.2.21 Entbindungen (Totgeborene) – Satzart K03

Anzahl der im Krankenhaus tot Geborenen, zuzüglich der Säuglinge, die in der 1. Lebenswoche im Krankenhaus sterben (unabhängig davon, ob sie als Patienten/Patientinnen aufgenommen worden sind oder nicht).

Totgeborene

Bei Totgeborenen ist keines der unter „Lebendgeborene“ angeführten Lebenszeichen erkennbar, wobei das Geburtsgewicht mindestens 500 Gramm beträgt.

Wenn kein Lebenszeichen vorhanden ist und das Geburtsgewicht weniger als 500 Gramm beträgt, liegt eine Fehlgeburt vor. Eine Fehlgeburt ist nicht als Entbindung zu zählen.

7.2.22 Personal-Vollzeitäquivalente nach Funktionsgruppen und Dienstverhältnis – Satzart K04

Anzahl des Personals des Krankenhauses in Vollzeitäquivalenten. Für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten entsprechend dem Material- und Leistungsverzeichnis (MLV) im „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ (Anhang B, MLV-Untergruppen 111 bis 139).

Zusätzliches Personal (für das kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden)

Allfälliges zusätzliches Personal (für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden) ist in der jeweiligen Funktionsgruppe und zusätzlich gesondert zu erfassen (siehe Anhang 1, Kapitel 4 Datensatz – Detailbeschreibung, Satzart K04, Indizes Z01 bis Z09). Dazu zählen z.B. Schüler/innen der Hebammenakademien, Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen, Studierende der medizinisch-technischen Akademien, weiteres Personal in Ausbildung, Zivildienstler und Leihpersonal.

Personal in nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen

Die Erfassung des Personals in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen (Satzart K04, Index 1-3 bis 1-6 bzw. MLV-Untergruppen 1-3 bis 1-6) hat inklusive allfällige Schüler/innen, Studierende und sonstige Auszubildende zu erfolgen, sofern diese nicht in einem regulären Dienstverhältnis mit dem Krankenhaus stehen. Zusätzlich sind Schüler/innen, Studierende und sonstige Auszubildende unter den Indizes Z03 bis Z06 auszuweisen. Die Zuordnung des Personals zu den Indizes (113 bis 116, 123 bis 126 und 133 bis 136) bzw. MLV-Untergruppen (1-3 bis 1-6) hat entsprechend den weiter unten angeführten Definitionen zu erfolgen. Sonstige nicht-ärztliche Gesundheitsberufe i.w.S., wie z.B. pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten/Assistentinnen, Drogisten/Drogistinnen u.ä. sind unter den Indizes 119, 129 oder 139 bzw. den MLV-Untergruppen 1-9 „Sonstiges Personal“ zu dokumentieren.

Vollzeitäquivalente („korrigierte Beschäftigte“)

Anzahl der Personen, umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, welche im Berichtsjahr in Dienstverwendung des Krankenhauses stehen (und für die Personalkosten angesetzt werden). Personal im Karenz- und Mutterschaftsurlaub, Zivil- oder Präsenzdienst ist nicht hinzuzurechnen.

Vollzeitbeschäftigte sind Personen, die die in den geltenden gesetzlichen Bestimmungen über die Arbeitszeitregelung bzw. die im Kollektivvertrag festgesetzte Wochenarbeitszeit

voll leisten; Teilzeitbeschäftigte sind Personen, die weniger als die in den geltenden gesetzlichen Bestimmungen über die Arbeitszeitregelung bzw. die im Kollektivvertrag festgesetzte Wochenarbeitszeit leisten, z.B.

- a) Personen, die die gesamte Erhebungsperiode über vollzeitbeschäftigt waren, sind mit dem Gewichtungsfaktor = 1,0 anzusetzen;
- b) Personen, die nur einen Teil der Erhebungsperiode über vollzeitbeschäftigt waren, sind mit dem Gewichtungsfaktor = Beschäftigungsmonate/12 anzusetzen;
- c) Personen, die die gesamte Erhebungsperiode über teilzeitbeschäftigt waren, sind mit dem Gewichtungsfaktor = Wochenstunde/40 anzusetzen;
- d) Personen, die nur einen Teil der Erhebungsperiode über teilzeitbeschäftigt waren, sind mit dem Gewichtungsfaktor = Wochenstunden/40 x Beschäftigungsmonate/12 anzusetzen.

Beispiele

Zu	Personen	Gewichtungsfaktor	Vollzeitäquivalente
a)	250	1	250,00
b)	5	6/12	2,50
b)	1	1/12	0,08
c)	10	30/40	7,50
d)	2	20/40*6/12	0,50

7.2.23 Personal-Vollzeitäquivalente in der Kostenstellen-Statistik – Satzart K08, K09, K10

Anzahl des Personals je Kostenstelle in Vollzeitäquivalenten.

Das Personal auf bettenführenden und nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen (Satzart K08 und K09) ist pro Kostenstelle nach Funktionsgruppen differenziert entsprechend dem Material- und Leistungsverzeichnis (MLV) im KORE-Handbuch (Anhang B, MLV-Untergruppen 1-1 bis 1-9) zu melden.

Personal, für das kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden (z.B. Schüler/innen, Studierende, Auszubildende, Zivildienstler, Leihpersonal), ist auf den Hauptkostenstellen (Satzart K08 und K09) in der jeweiligen Funktionsgruppe (MLV-Untergruppen 1-1 bis 1-9) mitzuerfassen.

Das Personal auf Neben- und Hilfskostenstellen (Satzart K10) ist pro Kostenstelle in Summe (inklusive des zusätzlichen Personals, für das kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden) zu melden.

7.2.24 Personal des ärztlichen Dienstes – Satzart K05

Anzahl der Ärzte/Ärztinnen des Krankenhauses (physische Personen, welche am 31.12. des Berichtsjahres in Dienstverwendung des Krankenhauses stehen und Vollzeitäquivalente) nach Fachhauptbereichen entsprechend der 3. und 4. Stelle des Funktionscodes (siehe Anhang 2 – Funktionscode bzw. KORE-Handbuch, Anhang C).

Hierzu zählt auch das Personal im Krankenstand, nicht jedoch jenes auf Karenz- und Mutterschaftsurlaub, Zivil- und Präsenzdienst.

Die Ärzte/Ärztinnen sind getrennt zu melden nach den Kategorien

- Fachärzte/-ärztinnen
- Fachärzte/-ärztinnen in Ausbildung
- Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin
- Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin in Ausbildung

Fachärzte/-ärztinnen, die in mehreren Fachhauptbereichen tätig sind, sind in dem Fachhauptbereich ihrer vorwiegenden Tätigkeit anzugeben (keine Mehrfachzählungen). Gastärzte/-ärztinnen sind im Rahmen dieser Datenmeldung nicht zu berücksichtigen.

7.2.25 Konsiliarärztlicher Dienst – Satzart K06

Anzahl der Konsiliarärzte/-ärztinnen nach Sonderfächern (physische Personen bzw. „Kopfzahlen“) gemäß § 2a KAKuG (Ergänzungs- und Hilfsfunktionen bei zusätzlicher Diagnose und Therapie bereits stationär versorgter Patienten/Patientinnen), die am 31.12. des Berichtsjahres – unabhängig vom Anstellungs- oder Dienstverhältnis – in Dienstverwendung des Krankenhauses stehen. Die Sonderfächer (Fachrichtungen) entsprechen den Fachcodes bzw. den Bezeichnungen der Österreichischen Ärztekammer.

Fachärzte/-ärztinnen mit Ausbildung in mehr als einem Sonderfach sind in jenem Sonderfach anzugeben, in welchem sie im Krankenhaus vorwiegend tätig sind (keine Mehrfachzählungen). Zusatzausbildungen sind nicht zu berücksichtigen.

7.2.26 Personal der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe – Satzart K07

Anzahl des Personals (physische Personen, welche am 31.12. des Berichtsjahres in Dienstverwendung des Krankenhauses stehen und Vollzeitäquivalente). Hierzu zählt auch das Personal im Krankenstand, nicht jedoch jenes auf Karenz- und Mutterschaftsurlaub, Zivil- und Präsenzdienst.

Die Gliederung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe basiert auf den gesetzlichen Regelungen zu diesen Berufsgruppen (siehe dazu auch:

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und->

[Gesundheitsberufe.html](#)). Für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist der Bezugspunkt das Material- und Leistungsverzeichnis (MLV) im KORE-Handbuch (Anhang B, Hauptgattungen der Untergruppen 1-3 bis 1-6).

Je Berufsgruppe sind nur jene Personen anzugeben, deren Ausbildung den angegebenen gesetzlichen Vorschriften entspricht. Andere Beschäftigte in diesen Tätigkeitsfeldern (z.B. Berufsgruppe mit nicht angeführter gesetzlicher Grundlage, Beschäftigte ohne (abgeschlossene) Ausbildung, Famulanten/Famulantinnen) sind in diesem Berichtsabschnitt nicht anzugeben.

Beschäftigte, die mehrere entsprechende Ausbildungen haben, sind in jener Berufsgruppe anzugeben, in der sie im Krankenhaus vorwiegend tätig sind (keine Mehrfachzählungen).

7.2.27 Nettogrundrissfläche – Satzart K08, K09, K10

Die Nettogrundrissfläche (je Kostenstelle) entspricht der Definition gemäß ÖNORM B 1800.

Darin auch enthalten sind Ver- und Entsorgungsflächen (ÖNORM B 1800, Pkt. 2.6.5) wie z.B. Versorgung des Bauwerkes mit Wasser und Energie, Heizung, Lüftung, sowie Verkehrsflächen (ÖNORM B 1800, Pkt. 2.6.6) wie z.B. Stiegen, Gänge, Eingangshallen, Aufzugsschächte.

8 Krankenanstalten-Kostenrechnung (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten)

Im Jahr 1978 wurde im Bereich der öffentlich finanzierten Krankenhäuser verpflichtend ein bundesweit einheitliches Kostenrechnungssystem eingeführt. Seit diesem Zeitpunkt ist von diesen Krankenhäusern auch ein jährlicher Bericht über die Ergebnisse dieser Kostenrechnung an den Landeshauptmann und von diesem an das für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerium zu übermitteln.

In jedem Krankenhaus sind ein Rechnungswesen (Krankenanstalten-Rechnungswesen) und ein Berichtswesen (Krankenanstalten-Berichtswesen) zu führen, die den jeweiligen Aufgaben und Anforderungen der Krankenanstalt entsprechen. Grundsätzlich gehören zum Krankenanstalten-Rechnungswesen das auf handelsrechtlichen Normen basierende pagatorische Rechnungswesen und das auf betriebswirtschaftlichen Grundlagen beruhende kalkulatorische Rechnungswesen. Darüber hinaus kann es in jedem Krankenhaus weitere nicht-kameralistische (pagatorische und kalkulatorische) sowie kameralistische Teilbereiche des Rechnungswesens geben. Das Krankenanstalten-Rechnungswesen bildet mit seinen Zweigen ein integriertes Rechnungswesen.

Zum pagatorischen Rechnungswesen gehören die auf handelsrechtlichen Grundsätzen bzw. Normen beruhende Finanzbuchführung und der sich an handelsrechtlichen Grundsätzen bzw. Normen orientierende Rechnungsabschluss.

Zum kalkulatorischen Krankenanstalten-Rechnungswesen gehört die nach bundesweit einheitlichen Regelungen zu erstellende Krankenanstalten-Kostenrechnung. Ihr obliegen als Hauptaufgaben die Kostenermittlung und die Kostenstellenrechnung zur Dokumentation und Bereitstellung von Kosteninformationen für externe Zwecke (insb. Bereitstellung von Kosteninformationen an die Berichtsadressaten im Rahmen der Fremd- bzw. Drittinformationspflicht und für überbetriebliche Kostenvergleiche).

Neben den externen Zwecksetzungen hat ein entsprechend ausgebautes Kostenrechnungssystem in den Krankenhäusern vor allem auch krankenhauserinterne Zwecke im Rahmen der Selbstinformationspflicht zu erfüllen. Diese bestehen in der Bereitstellung von Kosteninformationen für die Schaffung von Kostentransparenz und für die Erweiterung und Stärkung des Kostenbewusstseins, für die Planung und Steuerung von Prozessen, Programmen und Potenzialen, für die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit des

betrieblichen Leistungserstellungsprozesses, für Entscheidungen und für Erfolgs-, Bewertungs-, Kennzahlen- und Vergleichsrechnungen.

Durch die Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten sind die zur Wahrung und Stärkung einer zentralen Kostenauswertung und eines zentralen über- bzw. zwischenbetrieblichen Kostenvergleichs sowie einer zentralen Bereitstellung von Kosteninformationen erforderlichen Regelungen für ein bundesweit einheitliches Kostenrechnungs- und Informations- sowie Berichtssystem festgelegt. Zur Sicherstellung bundesweit vergleichbarer Kostenrechnungsergebnisse sind weiters die Bestimmungen in dem vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz herausgegebenen Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten verbindlich anzuwenden. Dieses Handbuch umfasst in seinen Anhängen auch die zur Anwendung des Kostenrechnungssystems erforderlichen Nachschlagewerke (Material- und Leistungsverzeichnis, Kostenstellenkatalog u.a.m.).

9 Krankenanstalten-Berichtswesen zur KRBV (landesgesundheitsfonds- finanzierte Krankenanstalten)

Gemäß der „Verordnung über die Berichtspflichten von landesgesundheitsfonds-finanzierten Krankenanstalten zu den Krankenanstalten-Rechnungsabschlüssen“ – im Folgenden kurz KRBV (Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung) genannt – sind für die bundeseinheitliche Anwendung der Berichtspflichten die im „Handbuch zum Krankenanstalten-Berichtswesen landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten“ des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) samt den dazugehörigen Anhängen – im Folgenden kurz Berichts-Handbuch bzw. Handbuch genannt – dargestellten Bestimmungen anzuwenden. Das Handbuch enthält die Detailgestaltung der Bestimmungen der KRBV. Es stellt somit in Verbindung mit der KRBV eine wesentliche Grundlage dar, um eine bundeseinheitliche Berichtsdatenerfassung, Berichterstattungsform, Datenüberprüfung und Berichtslegung über bestimmte Daten bzw. Informationen aus den krankenanstaltenbezogenen Rechnungsabschlüssen sicherzustellen und damit die Vergleichbarkeit der Berichte mit den Rechnungsabschlussinformationen zu gewährleisten.

Die KRBV enthält bzw. regelt Grundsätzliches. Sie regelt die Grundstruktur des Krankenanstalten-Berichtswesens und -Berichtssystems, die Definition der einzelnen Berichte, die Berichtsebenen, -objekte und -adressaten, die Prüf- bzw. Kontrollverantwortlichkeiten, die Weitergabeform und die Erscheinungs- und Vorlagetermine sowie die wichtigsten Begriffsbestimmungen. Das Handbuch enthält die Detailregelungen. Es enthält Definitionen und die Berichtsschemata, erläuternde Ausführungen, Konkretisierungen, erklärende Beispiele und ist als Nachschlagewerk für Praktiker konzipiert, die sich mit dem Krankenanstalten-Berichtswesen befassen müssen (wollen), und geht daher vor allem auf konkrete krankenanstaltenspezifische Themen bzw. Fragen des Krankenanstalten-Berichtswesens ein.

Zielsetzung des Berichtssystems ist die Sicherstellung von zuverlässigen Datengrundlagen als Basis für die KA-Kostenrechnung, für diverse Entscheidungsprozesse auf Ebene der Bundesgesundheitsagentur und Landesgesundheitsplattformen und für internationale statistische Erhebungen. Insbesondere soll das Berichtssystem eine Verbesserung des Informationsstandes betreffend

- Vermögensstruktur der Krankenanstalten, insbesondere Investitionen
- Liquidität der Krankenanstalten (Kennzahlen)
- Finanzierungsstruktur und -quellen der Krankenanstalten
- Aufwandsseite der Krankenanstalten


geben. Diese Informationen sollen aus den bereits bestehenden Systemen des Rechnungswesens abgeleitet werden können.

Weiteres Ziel ist im Besonderen die Integration bzw. Vereinfachung der bisherigen Datenerhebungen zur Einnahmenstruktur und zur Gebarung lt. Rechnungsabschluss in das zukünftige Berichtssystem.

10 Unterstützung durch Software-Werkzeuge

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Bundesgesundheitsagentur) stellt den Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenträgern und den Ländern/Landesgesundheitsfonds Software-Werkzeuge zur Verfügung, deren Funktionalitäten die korrekte Übermittlung der Datenmeldungen unterstützen sollen. Diese programmtechnische Unterstützung sieht neben der Möglichkeit der direkten Datenerfassung und des Imports einzelner Datenbestände aus unterschiedlichen Subsystemen auch die Option vor, die einzelnen Datenbestände zu synchronisieren, auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und gegebenenfalls über entsprechende Erfassungsmasken zu korrigieren bzw. zu ergänzen. Auch können mit diesen Werkzeugen einfache Auswertungen über Eckdaten des Krankenhauses erstellt werden, die eine rasche Erstinformation und Kontrolle hinsichtlich der eingegebenen bzw. eingespielten Daten ermöglicht.

Mit den in den Werkzeugen integrierten bundesweit einheitlich vorgegebenen Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfroutinen sowie mit der enthaltenen Exportfunktionalität wird eine fehlerfreie Übernahme der Daten beim Empfänger (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) gewährleistet.



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)