

Kodierabläufe und Anforderungen

Optimierung Medizinischer Daten
als strategische Aufgabe

Spital Lachen

- 125 Betten
- ca. 5000 stationäre und teilstat. Fälle/Jahr
- Chirurgie, Innere Medizin, Gyn./Gebh
- Belegärzte für Urologie, ORL, Pädiatrie, Pneumologie
- IDIS
- Institut für Radiologie, Anästhesie

Jeder Patient ein Admin-Fall

- Hauptdiagnose (ICD-10)
- bis 29 Nebendiagnosen (ICD-10)
- Hauptbehandlung (CHOP 5.0)
- Bis 29 Nebenbehandlungen (CHOP 5.0)
- Alter
- Geschlecht
- Jünger als 29 Tage: Geburtsdatum, Austrittsdatum, Geburtsgewicht
- Austrittsart (verstorben, entgegen ärztlichen Rat)

Spitäler: Belastungen

- **Konkurrierende Aufgaben, z.B. Qualitätssicherung**
- **Strukturänderungen, z.B. Zunahme der ambulanten Operationen**
- **Steigender Verwaltungsaufwand**

5 -> 7 -> 25 % ?

Die integrierende Wirkung der DRGs

- Kommunikationsplattform als Verbindung zwischen Medizin und Oekonomie
- Präsentation der Dienstleistungen am Markt
- ermöglichen Betriebsvergleiche
- Aufhebung der bisherigen abteilungsbezogenen Organisationsform zugunsten von Prozessverantwortung und Gesamt-abläufen.

Eigenheiten von AP-DRG

- Erfassung aller Fälle bzw. Daten aus der gesamten Population
- Eindimensionalität: Jeder Fall wird nur einer Behandlungsfallgruppe zugeordnet, indem sich die 641 AP-DRG gegenseitig ausschliessen.
- Medizinische Homogenität
- Ökonomische Homogenität ($VK < 0,5$) aufgrund von signifikanten Teilungskriterien
- Routinemässige Daten
- Überblickbare Zahl der Fallgruppen

Die Schweizerischen DRGs

•	M	900	Todesfall am ersten Aufenthaltstag	0.260
•	M	901	Verlegung am ersten Aufenthaltstag in ein anderes Spital	0.218
•	P	902	Andere Implantation eines Defibrillators	9.473
•	P	903	Andere Implantation eines Defibrillators, mit KK	10.646
•	P	904	Allogene Knochenmarktransplantation [nicht gleichartiger Spender]	40.597
•	P	905	Autologe Knochenmarktransplantation [Phase A: "Entnahme"]	2.920
•	P	906	Autologe Knochenmarktransplantation [Phase B: Transplantation)	5.592
•	P	910	Diagnostische Endoskopie [Nur Teilstationär]	0.346

AP-DRG-Partitur

- Aufgrund der Hauptdiagnose wird die MDC festgelegt
- Falls Prozedur mit Op-Benutzung: **chirurgische DRG,**
- falls Prozedur ohne Op-Benutzung bzw. ohne Prozedur:
- **medizinische DRG**

Hauptdiagnose

- Diejenige Diagnose, die nach Studium des Falles als Grund für die Hospitalisation feststeht. Sind mehr als ein Zustand festzustellen, dann ist derjenige auszuwählen, der den grössten Ressourcenverbrauch verursacht hat.
- Erfolgte keine Diagnosestellung, dann ist das Hauptsymptom, der schwerwiegendste Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung als Hauptdiagnose zu wählen.

Die Diagnose darf gestellt werden

- Die Diagnose trifft mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50% zu.
- Die Diagnose bedingt klinische Untersuchung.
- ...bedingt therapeutische Behandlung.
- ...erfordert diagnostische Prozeduren.
- ...verlängert den stationären Aufenthalt.
- ...erfordert erhöhten Pflege- oder Überwachungsaufwand.
- ...trifft zu, erfüllt keines der obgenannten Kriterien, erhöht jedoch das Fallgewicht nachweisbar nicht.

Generelle Anforderung an Nebendiagnosen

- Es soll ersichtlich sein, inwieweit die Nebendiagnosen vor dem aktuellen stationären Aufenthalt vorhanden waren oder nicht und – vorallem – inwieweit die Nebendiagnosen für die Länge der aktuellen Hospitalisation von belang sind und nicht die Hauptdiagnose darstellen.

Anforderung an Prozeduren als Indikatoren für das Behandlungsverfahren

- ...muss angegeben werden, falls sie von chirurgischer Natur ist,
- Ein prozedurales oder anästhesiologisches Risiko beinhaltet,
- Eine spezielle Aus- oder Fortbildung voraussetzt.
- Ist verantwortlich für die Einteilung in chirurgische DRGs, sofern sie in der Liste von ausgewählten Einzelleistungen aufgeführt ist.
- von einer auswärtigen Klinik zu Lasten des Spitals Lachen erbracht wurden

Major Comorbidity & Complications: MCC

- 60 AP-DRG, die aufgrund des Vorliegens einer MCC zugewiesen werden:
Herzinfarkt, Lungenembolie, akutes Nierenversagen, Sepsis, Koma, akute Atmungsinsuffizienz, Pneumonie, HIV-Krankheit, etc. etc.

Aggregation von CC zu MCC

- 24 Anfall und Kopfschmerz, Alter > 17, mit KK 0.870
- 768 Anfall und Kopfschmerz, Alter < 18, mit KK 0.617
- 15 Transitorische ischämische Attacken und präcerebrale Verschlüsse 0.865
- 532 Transitorische ischämische Attacken, präcerebrale Verschlüsse, Anfälle und Kopfschmerzen mit schweren KK 1.473

Benchmarking

- Leistungskostenvergleiche der Betriebe mit dem Ziel, die Leistungskosten den Besten anzunähern
- Leistungsaufträge aufgrund von Output- und Kostenvergleiche für vergleichbare Leistungen
- Tarifwettbewerbspflicht unter den Spitälern
- Senkung der Kosten durch Qualitätssteigerung

Beschreibungsgrenzen der AP-DRG

- Psychiatrie
- Langzeitbehandlung
- Rehabilitation
- Mehrfachbehandlung
- Liege- bzw. Kostenoutlier
- Patienten der Dialyse
- Patienten der Chemotherapie
- Patienten der Radiotherapie

Grund:

Die Hospitalisationen
bzw. die Kosten
schwanken trotz gleicher
Diagnosemuster

Datenqualität

- Abrechnungsdaten können auch der Erhebung der Qualität dienen, soweit sie zweckmässig, reliabel und valide sind.
- Eine Orientierung an stichprobenhaft überprüften Daten mit qualifiziertem Personal ist praktikabel und adäquat.
- Die Rate der Fehlcodierungen wird mit derjenigen Rate verglichen, die in einem System, welches nicht zu Abrechnungszwecken eingerichtet wurde, festgestellt wurde.
- Der Grouper ist ein Entgeltfindungssystem
- Die Daten können automatisch plausibilisiert werden.
- Systematische oder bewusste Höherstufung, mit dem Ziel, den Erlös zu steigern, wird als DRG-Creep oder Gaming bezeichnet.
- Vielfach existieren jedoch unscharfe Definitionen und Ansichten und Interpretationen, die für eigene Anschauungen genutzt werden können. Ein Ermessensspiel kann zugunsten der teureren DRG genutzt werden. Es handelt sich um einen Einschätzungseffekt.

Notwendige Mittel für die Bewältigung der DRG-Einführung

- erhöhter Einsatz von betriebswirtschaftlichem Controlling- und medizinischem Kodierpersonal wie auch von Informatikmitteln (KIS)
- gute Leistungserfassung
- hohe Kodierqualität mit Struktur- und Ablauforganisation

Gewaltentrennung als Konzept

- Klinisch tätige Ärzte, Pflegende, Physiotherapeuten, MTRA´s betreuen Pat. nach bestem Wissen und Gewissen.
- Kliniker gewährleisten, dass im AB sämtliche Leiden und/oder die aktuelle Hospitalisation beeinflussenden Diagnosen und Prozeduren/Verrichtungen erwähnt sind.

Welche Krankengeschichte?

- ärztliche Austrittsberichte
- Operationsberichte
- Endoskopieberichte
- Pathologische-anatomische Berichte
- Zuweisungs- und Überweisungsberichte
- Dokumente mit ausreichender Rechtsverbindlichkeit

Phasenablauf der Kodierung

- Nach Austritt des Patienten Berichte durch die Kliniksekretariate zusammengestellt und für Kodierung bereitgestellt
- Nach erfolgter Kodierung mit Hilfe von Listen, Zuordnungsschematas, Software, Bücher werden die Codes in das bestehende KIS eingegeben.
- Danach wird die Grouper-Input-Datei für den 3M Grouper erstellt und die Fälle werden gruppiert.

Kodierqualität selbstverständlich?

- Nicht die Abrechnung, sondern ein genereller Schulungsmangel ist ursächlich für unrichtige Kodierung.
- Die Kodierqualität ist dort schlecht bis sehr schlecht, wo die Pflicht zur Kodierung rein formelle Erfordernisse stellt und einzig einem statistischen Zweck dient.

Gründe für differierende Kodierung

- ICD-10 hat keine formalen Definitionen
ICD-9-CM Vol. 3 ist nicht fein genug für die klinisch korrekte Beschreibung der Prozeduren
ICD-Kodes können diagnostische Merkmale, die einen prognostischen Wert haben, nicht darstellen

Kodierungsqualität und Upcoding

Verbesserung der ICD-Diagnosendokumentation in Australien

© Rochell/Roeder

ICD-Diagnosenkodierung an öffentlichen australischen Akutkrankenhäusern 1991-92 bis 1996-97

Jahr	1991-92	1993-94	1996-97
Fallzahl	2.870.039	3.262.437	3.503.239
1 Diagnose je Fall	51,2 %	44,2 %	31,1 %
2 Diagnosen je Fall	23,9 %	25,5 %	28,0 %
3 Diagnosen je Fall	11,4 %	12,8 %	15,2 %
4 Diagnosen je Fall	6,5 %	7,4 %	9,1 %
≥ 5 Diagnosen je Fall	6,9 %	10,2 %	16,6 %
Durchschnittliche Anzahl der je Fall dokumentierten Diagnosen	1,97	2,28	2,81

Quelle: Australian hospital morbidity data, Commonwealth of Australia - Department of Health and Aged Care 1998

Anforderung an Medizincontroller

Learning on best Practice

- Kenntnisse der Humanmedizin, evtl. Studium
- mehrjährige klinische Berufserfahrung
- Kenntnisse der Betriebswirtschaft
- EDV-Kenntnisse
- Verständnis des Qualitätsmanagements
- Gewandtheit mit rechtlichen Bestimmungen
- Kenner des ambulanten und stationären Gesundheitswesens, der Schnittstellen und deren organisatorischen Eigenheiten
- Hohe kommunikative Kompetenz
- Offenheit

Anforderung an Medizincontroller

- Integrierendes und motivierendes Auftreten
- Integrität
- Loyalität
- Teamfähigkeit
- Geduld
- Überzeugungskraft
- Flexibilität
- Durchsetzungsvermögen
- Organisationsgeschick
- Eigeninitiative
- Stabsstelle zur ökonomischen bzw. ärztlichen Spitalführung