

### Was soll bei dieser Clinical Documentation Challenge (CDC) gezeigt werden?

1. Vorführung einer detaillierten klinischen Dokumentation bei der die DRG-relevanten Daten möglichst als „Abfallprodukt“ entstehen.
2. Wie ist das Berichtswesen auf verschiedenen Ebenen des Krankenhauses organisiert?
3. Wie sieht der Workflow zur DRG-Dokumentation auf den verschiedenen Ebenen (Assistenzärzte der Abteilungen, DRG-Beauftragte der Abteilungen, zentrales Medizincontrolling/Verwaltung) aus?

### Der konkrete Fall:

- 2.5.05** Notfall-Einweisung von Manuel Mustermann, geboren am 01.01.1935, in der Orthopädischen Klinik. Seit 7 Tagen starke, bewegungsabhängige Schmerzen in der rechten Hüfte. Hüft-TEP wegen Koxarthrose vor einem Jahr. Rechte Hüfte ist warm und rot. Ferner starke Bauchschmerzen und Übelkeit, sowie Fieber.
- Die Untersuchung des Patienten ergibt: Hüft-Luxation bei Infektion einer Gelenkprothese
- Bekannte Vorerkrankungen: Chronisch Ischämische Herzkrankheit, Vorhofflimmern mit ventrikulärer Extrasystolie Lown IVa, Hypertonie, Schlafapnoe-Syndrom, Chronische obstruktive Lungenkrankheit, Adipositas. Eine Anämie mit HB 8,2 g/dl wird festgestellt.
- Ein CT Becken und die Explantation der Endoprothese wird geplant.
- 3.5.** Am Morgen massiv frisches Blut erbochen, Gastrointestinale Blutung, Verlegung auf Intensivstation. Patient hatte trotz bekannter Gastritis seit 2 Wochen NSAR (Nicht steroidale Antirheumatika). Bluttransfusion 4 Erythrozytenkonzentrate (EK). Die Ösophagogastroduodenoskopie zeigt ein 3-4 cm großes Magenulcus kleinkurvaturseitig und Blutkoagel im Magen. Keine aktive Blutung, kein frisches Blut. Eine Eradikationstherapie wird begonnen. Geschlossene Reposition des Hüftgelenks in Analgosedierung sowie Hüftpunktion. ZVK gelegt.
- 4.5.** Reluxation der Hüfte und erneute Reposition, Gipsschiene.
- 5.5.** In der Nacht treten starke Schmerzen und eine Abwehrspannung des Bauches auf. Die Laparoskopie ergibt ein perforiertes Ulcus Ventriculi, welches offen chirurgisch übernäht wird.
- 6.5.** Die Punktion der Hüfte vom 3.5. zeigt Staph. Aureus.
- 7.5.** Verlegung auf allgemeinchirurgische Normalstation. Nach Verlegung: der erweiterte Befund des Hüftpunktes vom 3.5. zeigt multiresistente Staph. Aureus (MRSA). Daraufhin Isolierung auf Normalstation.
- 8.5.** leichter HB-Abfall, ein EK transfundiert.
- 9.5.** In der Nacht starke Schmerzen und massives Bluterbrechen. Relaparotomie, Adhäsiole und Ulcusexzision. Intensivstation. 4 EK und 4 Fresh Frozen Plasma (FFP) transfundiert. Intubation.
- 10.5.** Instabiler Kreislauf, schlechte Lungenfunktion, beatmet auf Intensivstation. 6 EK und 4 FFP, Extubation nach 27h Beatmungsdauer.
- 11.-15.5.** Überwachung auf der Intensivstation, Transfusionen von 14 weiteren EK und 6 FFP.
- 16.5.** Erneute Verschlechterung, Abwehrspannung des Abdomens führt zur Relaparotomie. Diese zeigt ein erneut durchgebrochenes Ulcus Ventriculi. Es erfolgt Adhäsiole und Ulcusexzision, sowie Intubation da der Patient nicht von der Beatmung entwöhnt werden kann.
- 17.5.** Der Patient entwickelt eine Sepsis mit akutem Nierenversagen und eine Pilzpneumonie. Beginn einer kontinuierlichen venösen Hämodiafiltration (CVVHF). Die Pneumonie wird mit 2\*660mg Voriconazol therapiert.

- 18.-20.5. Fortsetzung der Intensivtherapie, Beatmung, CVVHF, insgesamt 6\*440mg Voriconazol, 1EK
- 21.5. Erfolgreicher Nierenstartversuch, letzter Tag CVVHF, 2\*440mg Voriconazol, Beatmung.
- 22.5. 2\*440mg Voriconazol, Beatmung.
- 23.5. Entwöhnung von der Beatmung, Extubation, Beatmungsdauer 189h, 2\* 440mg Voriconazol
- 24.-26.5. Stabilisierung des Patienten, weiterhin antimykotische Therapie tägl. 2\*440mg Voriconazol.
- 27.5. Verlegung auf die allgemeinchirurgische Normalstation, weiter Isolierung wegen MRSA.
- 27.5.–1.6. Stabilisierung des Patienten, OP-Vorbereitung durch Orthopädie, tägl. 2\*440mg Voriconazol, letzte Gabe am 1.6.
- 2.6. Operative Versorgung der luxierten Hüfte, Endoprothesenrevision und Wechsel, 4 EK, 2 FFP, postoperativ auf Intensivstation zur Überwachung.
- 3.6. Unauffälliger postoperativer Verlauf, 2 EK, Verlegung auf orthopädische Normalstation.
- 4.6.-8.6. Unauffälliger postoperativer Verlauf, am 8.6. Verlegung in eine Frührehabilitation.

### **Aufgaben für die Firmen:**

Da der beschriebene Fall zu umfangreich für eine komplette Dokumentation im vorgegebenen Zeitrahmen ist sollen verschiedene Teilszenarien live gezeigt werden. Andere Daten können vorbelegt im System vorhanden sein. Worauf Sie achten sollten:

#### **Teilszenario „Aufnahme“**

Zu zeigen sind die DRG-relevanten Vorgänge für Herrn Mustermann von der Aufnahme am 2.5 bis zur Gastroskopie (einschließlich) am 3.5. Dazu gehören die Entscheidung zur stationären Aufnahme, die Aufnahme als stationärer Fall der Orthopädie zur OP, die notfallmäßige Verlegung auf die innere Intensivstation und die Durchführung von Ösophagogastroduodenoskopie, Hüftgelenksreposition und Hüftgelenkspunktierung. Welche DRG-Daten können automatisiert aus der medizinischen Dokumentation heraus erzeugt werden? Wie wird die DRG-Dokumentation in den klinischen Workflow integriert?

#### **Teilszenario „rund um die Entlassung“**

Eingabe mindestens einer weiteren Medikation mit Voriconazol sowie Ermittlung bzw. Änderung von Prozedurencode und Zusatzentgelt. Dito für Erythrozytenkonzentrate und Hämofiltration. Wie werden Aufwandspunkte/Scores der Intensivmedizin erfasst? Dokumentation der Beatmungszeiten (2 Beatmungszeiträume, Übergang OP/Beatmung !). Durchführen der Entlassung. Inwieweit sind die DRG-relevanten Daten jetzt vorbelegt? Welche Arbeitslisten existieren auf dieser Ebene? Mahnwesen für nicht abgeschlossene Patienten? Welche Übersicht erhält der DRG-Beauftragte der Orthopädie im Arzt-Dokumentations-Arbeitsplatz? Werden die Daten aller Fachabteilungsaufenthalte dargestellt? Wie können Daten auf den aktuellen (letzten) Fachabteilungsaufenthalt übernommen werden? Welche Plausibilitätsprüfungen/Konsistenzprüfungen existieren auf dieser Ebene? Wie sieht der Freigabemechanismus für den/die Fälle und der Workflow zum DRG-Beauftragten aus? Welche DRG und Entgelte werden ermittelt? Wie können Sie elektronisch Daten an die AHB-Klinik übermitteln?

#### **Teilszenario „Medizincontrolling“**

Basierend auf den vorher eingespielten Daten eines ganzen Krankenhauses: Wie sieht der Arbeitsplatz für DRG-Controller aus? Wie kann man Fachabteilungen im Vergleich darstellen? Welche Arbeitslisten gibt es? Wie kann man kritische Fälle suchen bzw. die Kodierqualität überprüfen? Drill Through möglich? Welche Plausibilitätsprüfungen/Auswertungen existieren? Sind eigene Prüfregele möglich? Wie wird die Kommunikation mit dem behandelndem/dokumentierendem Arzt unterstützt? Ist mehrstufiges DRG-Controlling möglich? Batch- und Einzelfallverarbeitung beim Gruppieren? Behandlung von Wiederkehrern bzw. Fallzusammenführungen?