

Erlangen, den 7.4.2005

## Clinical Documentation Challenge (CDC)

### Industriepräsentation

### DRG-Dokumentation im klinischen Umfeld

### Vorabinformation

### zur GMDS-Jahrestagung 2005

## Vorbemerkungen und Rahmenbedingungen

Voraussichtlicher Zeitplan:

Einleitung		09:45-10:00	0:15 h
Session 1:	1 Bieter	10:00-10:45	0:45 h
Session 2:	2 Bieter	11:15-12:45	1:30 h
Session 3:	2 Bieter	14:00-15:30	1:30 h
Session 4:	2 Bieter	15:45-17:15	1:30 h
<b>Gesamtdauer:</b>			<b>5:30 h + Pausen</b>

- Jahrestagung der GMDS: 11.-15.9.2004 Freiburg. Die CDC findet am Dienstag, den 13.9.2005 statt
- Präsentationszeit pro Firma ca. 45 Minuten incl. Diskussion, eigentliche Vorführung ca. 30 - 35 Minuten, davon 5 Minuten allgemeine Einführung und Systemphilosophie, ggf. mit Folien
- Jede Präsentation erfolgt an 2 Arbeitsplätzen mit 2 Beamern parallel (verschiedene Rollen Arzt, DRG-Beauftragter, Medizincontrolling). Details zur Technik und Ansprechpartner vgl. Anlage 3
- Jede Firma nimmt ein Mindestkontingent vergünstigter Tageskarten im Wert von mindestens 990,- Euro ab
- Der Schwerpunkt der CDC 2005 liegt auf der Abdeckung des Dokumentations- und Analysebedarfs, der in Deutschland durch das DRG-System entstanden ist.
- Es soll gezeigt werden wie die DRG-Basisdokumentation (Aufnahmediagnosen, Entlassdiagnosen, Leistungen) als „Abfallprodukt“ der klinischen Dokumentation automatisiert erzeugt wird und integriert mit der klinischen Dokumentation am klinischen Arbeitsplatz zur Verfügung steht. Zielrichtung ist also nicht die ausschließliche Vorführung von Add-ons wie z.B. Kodierhilfen, Groupern oder Optimizern.
- Drei Bereiche der DRG-Dokumentation sind vorzuführen:
  1. Detaillierte klinische Dokumentation mit DRG-Dokumentation als „Abfallprodukt“
  2. Berichtswesen auf verschiedenen Ebenen
  3. Workflow zur DRG-Dokumentation auf 3 Ebenen: Assistenzarzt, DRG Beauftragter der Abteilung und Medizincontrolling/Verwaltung. Kurze Demonstration des alternativen Modells mit klinischen Codern.
- Welche Unterstützung bietet das System beispielsweise für einen Oberarzt einer Fachabteilung, der als DRG-Beauftragter der Abteilung für die Überprüfung und ggf. Korrektur der durch Assistenten eingetragenen Daten zuständig ist? Gibt es entsprechende Mahnlisten,

Testgruppiermöglichkeiten, Korrekturworkflows und Freigabemechanismen, so dass die Daten erst nach Freigabe durch den DRG-Beauftragten in die nächste Ebene gelangen?

- Welche Unterstützung bietet das System für die Abteilung Medizincontrolling des jeweiligen Hauses? Werden managementrelevante Daten jederzeit abrufbereit vorgehalten? Besteht die Möglichkeit des Drill Through auf die Einzelfalldaten bei problematischen Fällen? In welcher Weise wird die Kommunikation zwischen der Abteilung Medizincontrolling und den DRG-Beauftragten der Abteilung unterstützt? Welche Freigabemechanismen existieren? Wie erfolgt die Bearbeitung von Rückfragen des MDK?
- Wie werden alternative Kodiermodelle (zentrale Kodierung durch Dokumentationsfachkräfte, Rückmeldungen an den DRG-Beauftragten der Abteilung und das Medizincontrolling) unterstützt?
- Als vierter Aspekt ist die Zusammenfassung und Kommunikation der medizinischen Informationen über die Krankenhausgrenzen hinaus ansatzweise zu zeigen. Wie können Daten über den abgelaufenen Aufenthalt (z.B. ein Arztbrief) elektronisch an den/die weiterbehandelnden Institutionen übertragen werden?
- Aufgrund der vergangenen CDC-Tagungen und der bekannten gesetzlichen/organisatorischen Rahmenbedingungen gehen wir davon aus, dass die hier beschriebene Problemstellung bekannt sein dürfte. Es wird also neben dieser Beschreibung kein weiteres Probeszenario geben. Das eigentlich vorzuführende Beispiel wird etwa 3 Wochen vor Tagungsbeginn bekannt gemacht.

## Präsentation

Im Interesse einer realitätsnahen und flüssigen Vorführung in der gegebenen kurzen Zeit:

- Jede Firma bringt ein vorbereitetes System mit mindestens drei fertig eingerichteten und mit Patienten belegten Stationen unterschiedlicher Fachrichtungen (mindestens ca. 15 Patienten pro Station) mit. Dabei sollen zusätzlich genügend Entlassdaten alter Patienten vorhanden sein, damit die realitätsnahe Vorführung von Statistiken beispielsweise für das Medizincontrolling sinnvolle Ergebnisse (CMI etc) ergibt.
- Der vorzuführende Testpatient soll im Sinne einer vollständigen Patientenakte bereits mindestens einen vollständig dokumentierten früheren stationären Aufenthalt in derselben Klinik sowie mindestens einen weiteren ambulanten Aufenthalt gehabt haben, auf deren Daten z.B. zur Erläuterung einiger Dokumentationsschritte zurückgegriffen werden kann.
- Ca 3 Wochen vor der GMDS-Tagung erhalten Sie das genaue Szenario, das von Ihnen während der Tagung vorzuführen ist.

In der Live-Präsentation sind demnach insgesamt 4 Aufgaben zu bewältigen.

1. Ein konkreter Fall zu einem konkreten Patienten ist medizinisch zu dokumentieren und dabei aufzuzeigen, welche DRG-relevanten Daten bereits automatisiert vom System erzeugt werden können und welche Daten noch manuell nachgetragen werden müssen. Rechnen Sie damit dass auch Spezialgebiete wie Intensivmedizin, Beatmung, Kinderheilkunde Bestandteil des Szenarios sein können. Beim Nachtragen soll dargestellt werden wie die DRG-Dokumentation (beispielsweise über Arbeitslisten zu entlassender Patienten) in den klinischen Workflow integriert wird. Wie werden Kodierrichtlinien überwacht? Welche Konsistenzprüfungen existieren auf dieser Ebene? Es ist prinzipiell von abteilungsübergreifenden Aufenthalten auszugehen.
2. Das Szenario beinhaltet eine Teilaufgabe bei der exemplarisch aufzuzeigen ist wie zusammengefasste Behandlungsdaten beispielsweise an einen niedergelassenen Kollegen auf elektronischem Weg übertragen werden könnten. Die integrierte Triggerung des Exports sowie das Exportformat sind zu zeigen. Der komplette Kommunikationsablauf wird nicht gefordert. Wir erwarten jedoch Aussagen mit welchen Arztpraxissystemen Ihr EDV System bereits heute kommunizieren kann.
3. Es ist vorzuführen welche Hilfsmittel einem DRG-beauftragten Arzt einer Fachabteilung zur Verfügung stehen um die Vorarbeiten seiner Kollegen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen. Wie wird verhindert dass Fälle vor Freigabe durch den DRG-Beauftragten weiterbearbeitet/abgerechnet werden? Wie werden Kodierrichtlinien überwacht? Welche

Konsistenzprüfungen existieren auf dieser Ebene? Wie kann der DRG-Beauftragte mit seinen ärztlichen Kollegen über Kodierprobleme und Kodierfehler kommunizieren?

4. Auf Ebene des Medizincontrollings interessieren die aggregierten Daten des gesamten Hauses. Hier sollen Vergleiche zwischen Fachabteilungen aber auch über Zeitabstände in derselben Fachabteilung gezeigt werden bei denen der Umfang (Anzahl) und die Qualität (CMI) der kodierten Informationen ebenso wie Liegedauer und andere wichtige Parameter flexibel und vergleichbar dargestellt werden. Kritische Fälle und der Drill Through auf die individuellen Daten des/der darunter liegenden individuellen Patienten sollen gezeigt werden. Wie werden Kodierrichtlinien überwacht? Welche Konsistenzprüfungen existieren auf dieser Ebene? Welche Kommunikationswege erlaubt das System zwischen dem Medizincontroller, dem DRG-Beauftragten der Abteilung und dem kodierenden Assistenzarzt? Wie ist die Unterstützung fachabteilungsübergreifender Aufenthalte mit einer Vielzahl beteiligter Personen?