

Erlangen, den 16.8.2005

Clinical Documentation Challenge (CDC)

Industriepräsentation DRG-Dokumentation im klinischen Umfeld Echtszenario V 1.0 zur GMDS-Jahrestagung 2005

Vorbemerkungen und Rahmenbedingungen

Voraussichtlicher Zeitplan:

Einleitung		09:45-10:00	0:15 h
Session 1:	2 Bieter	10:00-11:30	1:30 h
Session 2:	2 Bieter	11:45-13:15	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

Gesamtdauer: 6:15 h + Pausen

- Jahrestagung der GMDS: 11.-15.9.2005 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.
- Jede Firma nimmt ein Mindestkontingent vergünstigter Tageskarten im Wert von mindestens 990,- Euro ab.

Ziel

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.

Als vierter Aspekt ist die Zusammenfassung und Kommunikation der medizinischen Informationen über die Krankenhausgrenzen hinaus ansatzweise zu zeigen. Hier: AHB-Antrag.

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.

In der Live-Präsentation sind insgesamt 4 Aufgaben innerhalb von 3 Teilszenarien zu bewältigen.

1. Ein konkreter Fall zu einem konkreten Patienten Manuel Mustermann (siehe unten) ist in 2 Teilszenarien teilweise medizinisch zu dokumentieren. Dabei ist zu zeigen, welche DRG-relevanten Daten bereits automatisiert vom System erzeugt werden können und welche Daten noch manuell nachgetragen werden müssen. 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?
2. Am Ende des Teilszenarios Entlassung sollen die Daten für die Verlegung von Herrn Mustermann in die AHB zusammengefasst werden. Wie können Sie diese Daten an die AHB-Klinik übermitteln? Zeigen Sie kurz das Exportformat. Mit welchen externen EDV-Systemen (AHB/Arztpraxissysteme/...) kann Ihr EDV System bereits heute kommunizieren?
3. Im Rahmen des Teilszenario Entlassung ist vorzuführen welche Hilfsmittel dem DRG-Beauftragten der Orthopädie 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. Im Teilszenario Medizincontrolling 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 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?

Teilszenarien

Da der unten beschriebene Fall insgesamt zu umfangreich für eine komplette Dokumentation im vorgegebenen Zeitrahmen ist, sollen Sie als Firma verschiedene Teilszenarien live zeigen. Andere Daten können vorgelegt im System vorhanden sein, gegebenenfalls auch unter einem zweiten Patienten Mustermann.

Teilszenario „Aufnahme“

Hier sollen Sie alle DRG-relevanten Vorgänge für Herrn Mustermann von der Aufnahme am 2.5 bis zur Gastroskopie (einschließlich) am 3.5. vorführen. 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.

Zeigen Sie den Dokumentations-Arbeitsplatz für den Arzt. Wie weisen Sie auf eine fehlende Aufnahmedokumentation der Orthopädie hin? Wie übernehmen Sie Diagnosen und Prozeduren aus der Endoskopie? Wie kennzeichnen Sie diese als zusammengehörig? Werden sie direkt abrechnungsrelevant oder welche Freigabemechanismen bzw. Übernahmemechanismen existieren für solche Informationen aus Funktionsstellen? Gibt es einen Leistungsstellenarbeitsplatz zur Dokumentation von DRG-Daten, falls Ihre Leistungsstellen-DV-Systeme „nicht kommunikativ“ sind“?

Wie sind Kodierhilfen (Diacos/Kodip/..) eingebunden? Rufen Sie eine solche mindestens einmal auf.

Teilszenario „rund um die Entlassung“

Hier dürfen Sie in der Live-Vorführung chronologisch ein wenig in den Zeiten springen um folgende Sachverhalte zu zeigen:

Eingabe mindestens einer (der letzten) Medikation mit Voriconazol: Wie addieren Sie dieses Medikament auf? Wie leiten Sie daraus den Prozedurencode und das dazugehörige Zusatzentgelt ab?

Dito für die Erykonzentrate.

Dito für Hämofiltration.

Wie werden derzeit und zukünftig bei Ihnen Aufwandspunkte/Scores der Intensivmedizin erfasst?

Dokumentation der Beatmung: Wie leiten Sie diese ggf. aus der klinischen Dokumentation ab? Wie addieren Sie die Beatmungszeiten auf? Können Sie Differenzzeiten zwischen Intubation und Extubation ermitteln? Wie gehen Sie mit intraoperativen Beatmungszeiten um? Beachten Sie bitte dass der Patient zwei Beatmungszeiträume hat. Dadurch ändert sich ggf. die DRG. Wie gehen Sie damit um? Was ist, wenn die Beatmungszeiträume in unterschiedliche Fachabteilungsaufenthalte fallen?

Zeigen Sie erneut den Dokumentations-Arbeitsplatz für den Arzt. Wie kann in diesem mittlerweile komplexen Fall Übersicht in der Benutzeroberfläche hergestellt werden? Wie werden die verschiedenen Diagnosen der bisherigen Fachabteilungsaufenthalte zusammengeführt/übernommen?

Können Sie einen AHB Antrag generieren? Wie kann dieser elektronisch übermittelt werden? Nur erzählen, die Übermittlung muss aus technischen und Zeitgründen nicht vorgeführt werden. Ein Blick auf das generierte Dokument wäre aber schön.

Der Fall steht nun zur Entlassung in die AHB an (orthopädische Normalstation). Wie mahnt das System, dass die Diagnosedokumentation abgeschlossen werden muss? Die Hauptdiagnose ist noch nicht gesetzt. Wie wird dies angemahnt? Wie prüfen Sie schon auf Assistenzarztebene auf Plausibilitäten?

Wie handhaben Sie den Freigabemechanismus bzw. wie gelangt der Fall zum DRG-Beauftragten der Abteilung? Wie wird dort auf Plausibilitäten geprüft? Können eigene Prüfregele ergänzt werden?

Nachdem dies geschehen ist: Welche DRG wird ermittelt? Welches Entgelt wird ermittelt bei einer Baserate von 2748€? Wie gehen Sie mit den Zusatzentgelten um?

Teilszenario „Medizincontrolling“

Zeigen Sie den Arbeitsplatz für den DRG-Controller. Welche Arbeitslisten gibt es? Welche Plausibilitätsprüfungen/Auswertungen ermöglichen Sie? Wie unterstützen Sie die Kommunikation mit behandelndem/dokumentierendem Arzt? Gibt es die Möglichkeit zu mehrstufigem DRG-Controlling? Können Sie sowohl die Batch- als auch die Einzelfallverarbeitung beim Gruppieren unterstützen?

Wie gehen Sie mit Wiederkehrern um (Fallzusammenführungen oder ähnliches)? Wie bilden Sie Abschlüsse bei Anschlussbehandlung (z.B. Schlaganfall) ab?

Welche Unterstützung bieten Sie für den Schriftverkehr mit dem MDK (Ablagen, Mahnlisten etc.)?

Beschreibung des konkreten Falles, dessen Behandlungsablauf zu zeigen ist:

Am Abend des 2.05.2005 wurde Herr Manuel Mustermann, geboren am 01.01.1935, in der Orthopädischen Klinik auf Einweisung eines Hausärztlichen Notdienstes mit dem Krankentransportwagen eingeliefert.

Herr Mustermann gibt an, seit 7 Tagen starke, bewegungsabhängige Schmerzen in der rechten Hüfte zu haben. Dort habe er vor einem Jahr in einem anderen Haus eine Hüft-TEP aufgrund einer

Koxarthrose erhalten. Am Abend seien die Schmerzen jetzt stärker geworden und er könne das Bein nicht mehr bewegen. Die rechte Hüfte ist warm und rot.

Weiter klagt der Patient über starke Bauchschmerzen und Übelkeit, sowie Fieber.

Die Untersuchung des Patienten ergibt folgende

Aufnahmediagnosen

[S73.00] Hüft-Luxation bei
[T84.5] Infektion einer Gelenkprothese

Bekannte Vorerkrankungen

[I25.9] Chronisch Ischämische Herzkrankheit
[I48.11] Chronisches Vorhofflimmern
[I49.3] Ventrikuläre Extrasystolie Lown IVa
[I10.90] Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet
[G47.3] Schlafapnoe-Syndrom
[J44.99] Chronische obstruktive Lungenkrankheit
[E66.0] Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr

Weiter diagnostizieren Sie im Aufnahmelabor eine normozytäre Anämie mit einem Hämoglobin von 8,2 g/dl.

Für den nächsten Tag wird eine Computertomographie des Beckens und ggf. anschließend die Explantation der Endoprothese geplant.

Verlauf und Maßnahmen am 3.5.

Am Morgen des 3.5. erbricht Herr Mustermann massiv frisches Blut und wird mit dem Verdacht einer gastrointestinalen Blutung notfallmäßig auf die Intensivstation des Hauses verlegt. Die Anamnese ergibt, dass der Patient bereits seit 2 Wochen eine Kombination von NSAR (Nicht steroidalen Antirheumatika) bei bekannter Gastritisanamnese eingenommen hat.

Auf der Intensivstation erfolgen die Stabilisierung des Patienten, sowie die Transfusion von 4 Erythrozytenkonzentraten.

Danach erfolgt eine Ösophagogastroduodenoskopie in Analgosedierung in der Endoskopie der Medizinischen Abteilung mit folgendem Befund: „*Ösophagus: unauffällige Schleimhautverhältnisse, 6 cm große, blande Hiatushernie. Magen: Koagel- und Hämatin gefüllt, nach Spülung etwas 3-4 cm durchmessendes Ulcus mit festsitzendem Koagel hoch kleinkurvaturseitig, keine aktive Blutung sichtbar, kein frische Blut im Magen.*“

Da der Patient weiter instabil ist und von einer größeren orthopädischen OP abzusehen ist, erfolgt in der bestehenden Analgosedierung eine geschlossene Reposition des Hüftgelenks, sowie eine diagnostische Punktion der Hüfte.

Es besteht zu diesem Zeitpunkt kein chirurgischer Interventionsbedarf, der Patient wird weiter auf der Intensivstation überwacht. Es wird eine Eradikationstherapie begonnen.

Diagnosen vom 3.5.

[K25.4] Chronisches Ulcus ventriculi mit Blutung
[R57.1] Hypovolämischer Schock
[D62] Akute Blutungsanämie

Maßnahmen vom 3.5.

[8-831.0] Anlage eines Zentralen Venenkatheters (12F) in die Vena subclavia rechts.

Transfusion von 4 Erythrozytenkonzentraten
[1-632] Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
[8-201g R] Geschlossene Reposition des Hüftgelenks

Verlauf und Maßnahmen am 4.5.

Der Patient ist Atem- und Kreislaufstabil, wird aber weiter auf der Intensivstation überwacht. Allerdings luxiert die Hüfte bei Bewegungen des Patienten im Bett erneut und wird wieder geschlossen reponiert. Daraufhin erfolgt die Anlage einer Flügelgipsschiene.

[8-201g R] Geschlossene Reposition des Hüftgelenks

Verlauf und Maßnahmen am 5.5.

In der Nacht treten plötzliche starke Schmerzen mit einer Abwehrspannung des Bauches auf. Die Laparoskopie ergibt ein perforiertes Ulcus Ventriculi, welches **offen chirurgisch** übernährt wird.

Diagnosen vom 5.5. (Op-Dokumentation)

[K25.2] Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung und Perforation

Maßnahmen vom 5.5. (Op-Dokumentation)

[5-469.70] Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulcus: Offen chirurgisch

Verlauf und Maßnahmen am 6.5.

Der postoperative Verlauf ist unauffällig, in der Punktion vom 3.5. werden Staph. Aureus nachgewiesen.

Verlauf und Maßnahmen am 7.5.

Herr Mustermann wird kreislaufstabil zur weiteren Beobachtung auf die Allgemeinchirurgische Normalstation verlegt. Die Operative Versorgung der Hüfte soll nach weiterer Stabilisierung und Abschluss der gastrointestinalen Behandlung erfolgen.

Nach der Verlegung auf die Normalstation erfolgt die Befundübermittlung, dass in dem Punktat der Hüfte vom 3.5. multiresistente Staph. Aureus (MRSA) nachgewiesen wurden. Daraufhin erfolgt die Isolierung des Patienten auf Normalstation.

Diagnosen vom 7.5.

[U81!] Bakterien mit Multiresistenz gegen Antibiotika

Verlauf und Maßnahmen 8.5.

Bei leichtem HB-Abfall wird ein Erythrozytenkonzentrat transfundiert.

Maßnahmen vom 8.5.

Transfusion von einem Erythrozytenkonzentrat

Verlauf und Maßnahmen 9.5.

In der Nacht kommt es zu starken Schmerzen und massivem Bluterbrechen. Es erfolgt eine Relaparotomie und eine Exzision des Ulcus. Die Intubation zur OP erfolgt um 20:00h. Kurz nach Mitternacht wird der Patient auf die Intensivstation aufgenommen.

Maßnahmen vom 9.5. (Op-Dokumentation)

[5-433.0] Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens:

Exzision, offen chirurgisch

[5-469.20] Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: offen Chirurgisch

Transfusion von 4 Erythrozytenkonzentraten

Transfusion von 4 FFP

[8-701] Intubation (da länger als 24h beatmet)

Verlauf und Maßnahmen 10.5.

Herr Mustermann wird bei instabilen Kreislaufverhältnissen und schlechter Lungenfunktion auf der Intensivstation weiter beatmet und anhand engmaschiger Laborkontrollen weiter transfundiert. Die Extubation erfolgt am Abend um 23:00h

Maßnahmen vom 10.5.

Transfusion von 6 Erythrozytenkonzentraten

Transfusion von 4 FFP

Beatmungsdauer 27h

Verlauf und Maßnahmen 11.5. – 15.5.

Überwachung auf der Intensivstation, Transfusionen

Maßnahmen vom 11.5.

Transfusion von 4 Erythrozytenkonzentraten

Transfusion von 2 FFP

Maßnahmen vom 13.5.

Transfusion von 6 Erythrozytenkonzentraten
Transfusion von 4 FFP

Maßnahmen vom 14.5.

Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten

Maßnahmen vom 15.5.

Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten

Verlauf und Maßnahmen 16.5.

Erneute Verschlechterung des Patienten, Abwehrspannung des Abdomens, Relaparotomie mit dem Befund eines erneut durchgebrochenen Ulcus Ventriculi. Erneut Schwierigkeiten, den Patienten von der Beatmung zu entwöhnen. Die Intubation erfolgte um 13:00h

Maßnahmen vom 16.5. (Op-Dokumentation)

[5-433.0] Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens:
Exzision, offen chirurgisch

[5-469.20] Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: offen Chirurgisch

[8-701] Intubation

Verlauf und Maßnahmen 17.5.

Der Patient entwickelt eine Sepsis mit akutem Nierenversagen, sowie einer Pilzpneumonie. Es wird mit einer kontinuierlichen venovenösen Hämodiafiltration (CVVHF) begonnen. Die Pilzpneumonie wird mit Voriconazol therapiert.

Diagnosen vom 17.5.

[A41.9] Sepsis, nicht näher bezeichnet

[R65.1!] Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen

[B37.1#] Kandidose der Lunge

[J17.2*] Pneumonie bei Mykosen

[N17.9] Akutes Nierenversagen

Maßnahmen vom 17.5.

CVVHF

2 * 660mg Voriconazol i.v.

Beatmung

Verlauf und Maßnahmen 18.5. – 20.5.

Fortsetzung der Intensivtherapie

Maßnahmen vom 18.5.

CVVHF

2 * 440mg Voriconazol i.v.

Beatmung

Maßnahmen vom 19.5.

CVVHF

2 * 440mg Voriconazol i.v.

Beatmung

Maßnahmen vom 20.5.

CVVHF

2 * 440mg Voriconazol i.v.

Beatmung

Transfusion von 1 Erythrozytenkonzentrat

Verlauf und Maßnahmen 21.5.

Erfolgreiche Durchführung eines Nierenstartversuches, letzter Tag CVVHF

Maßnahmen vom 21.5.

CVVH (insgesamt 5 Tage)

2 * 440mg Voriconazol i.v.

Beatmung

Verlauf und Maßnahmen 22.5.

Fortsetzung der Intensivtherapie

Maßnahmen vom 22.5.

2 * 440mg Voriconazol i.v.
Beatmung

Verlauf und Maßnahmen 23.5.

Entwöhnung von der Beatmung, Extubation

Maßnahmen vom 23.5.

2 * 440mg Voriconazol i.v.
Extubation um 10:00h: Beatmungsdauer: 189h

Verlauf und Maßnahmen 24.5 – 26.5.

Stabilisierung des Patienten, Vorführung der antimykotischen Therapie. Am 27.5. Verlegung auf die allgemeinchirurgische Normalstation, fortbestehende Isolierung wegen MRSA.

Maßnahmen vom 24.5. – 26.5.

Tägl. 2*440mg Voriconazol i.v.

Verlauf und Maßnahmen 27.5. – 1.6.

Stabilisierung des Patienten, OP-Vorbereitung durch Orthopädie

Maßnahmen vom 27.5. – 1.6.

Tägl. 2*440mg Voriconazol i.v., letzte Gabe am 1.6.

Verlauf und Maßnahmen 2.6.

Operative Versorgung der luxierten Hüfte, Postoperative Aufnahme auf die Intensivstation zur Überwachung

Maßnahmen vom 2.6. (Op-Dokumentation)

[5-821.30R] Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk:
Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese nicht zementiert
Transfusion von 4 Erythrozytenkonzentraten
Transfusion von 2 FFPs

Verlauf und Maßnahmen 3.6.

Unauffälliger postoperativer Verlauf, Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten, Verlegung auf die Orthopädische Normalstation.

Maßnahmen vom 3.6.

Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten

Verlauf und Maßnahmen 4.6. – 8.6.

Unauffälliger postoperativer Verlauf in der Orthopädie, am 8.6. Verlegung in eine Frührehabilitation.