

Bund-Land-Konferenz Dekubitusprophylaxe 2018

Parallelveranstaltung 2

Dokumentation/Datenvalidierung aus Sicht von Pflege/Arzt/Medizincontrolling

Jena, 20.03.2018

Dr. med. Mathias Stöwhas, MBA
Medizincontrolling der KMG Kliniken plc

Inhalt

- Ausgangslage
- Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog
- Erkenntnisse aus dem Datenvalidierungsverfahren gemäß QSKH-RL
 - Statistische Basisprüfung
 - Stichprobenverfahren mit Datenabgleich

Medizin

„Hausstandard“
Wunde/Dekubitus

- Diagnose
- Photo(s) ???
- Behandlung
- Prophylaxen

Medizin

Kodierung

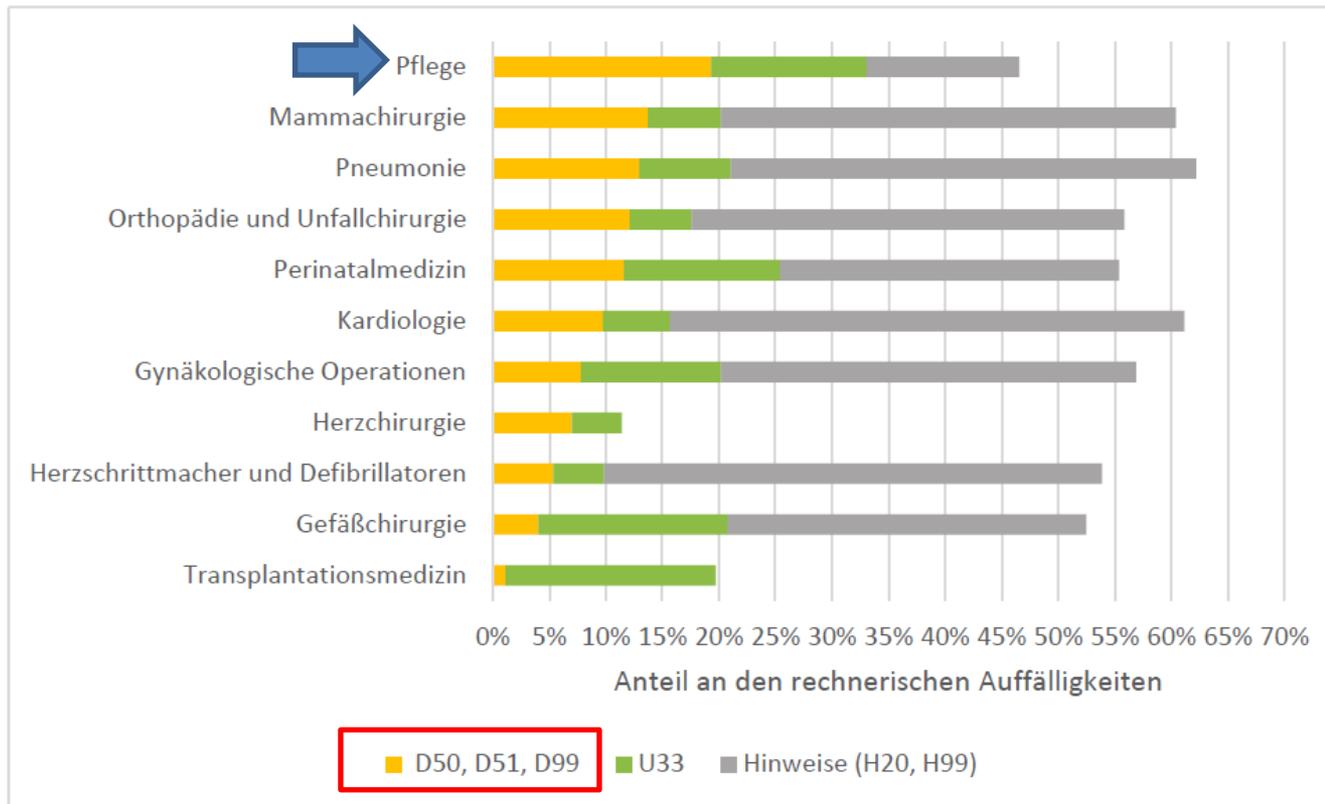
„Hausstandard“
Wunde/Dekubitus

- Diagnose
- Photo(s) ???
- Behandlung
- Prophylaxen

Ausgangslage

- Informationen im Leistungsbereich Pflege - DEK werden vorrangig automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten der Krankenhäuser übernommen
 - Schnittstellenprobleme möglich: Dekubitus-/ Wunderfassung erfolgt durch die Pflege; die DRG-Kodierung erfolgt durch das Medizincontrolling oder den Arzt oder beide oder ???
 - Mögliche Diskrepanzen:
 - Stadieneinteilung
-
- L89.- Dekubitalgeschwür und Druckzone**
Hinw.: Kann der Grad eines Dekubitalgeschwüres nicht sicher bestimmt werden, ist der niedrigere Grad zu kodieren.
- Neuer Befund oder größerer Befund bei anatomischer Nähe
- Dokumentation sollte Fragen klären (können)

Den höchsten Anteil der rechnerischen Auffälligkeiten, bei denen keine Bewertung der medizinischen Versorgungsqualität aufgrund von Dokumentationsmängeln möglich war, findet sich in dem QS-Verfahren Pflege.



Dokumentationsprobleme bei den Qualitätsindikatoren nach Versorgungsbereichen/QS-Verfahren (Bericht zur Datenvalidierung 2016 für das Erfassungsjahr 2015, S. 15)

Medizin

„Hausstandard“
Wunde/Dekubitus

- Diagnose
- Photo(s) ???
- Behandlung
- Prophylaxen

Kodierung

„License to
~~kill~~ code“

Wer darf L89* kodieren
oder löschen ?

Neuer Befund ?

Wer legt Grade fest ?

Wer legt die Lokalisation
fest ?

Wer differenziert zu I70*
oder I83 ?

Vorsicht
„automatische“ Code-
Generierung bei
volldigitalen KIS-
Systemen

„neue“ Wunde = neuer
Code

52009 - Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

	2016	2015
Ergebnis (O/E):	0,38 / 0,40 0,95	0,40 / 0,40 1,00
Referenzbereich:	<= 1,95	<= 2,11

O = „observed“ (beobachtet)

E = „expected“ (erwartet)

1000 Patienten – darunter 10 Dekubitusfälle Grad III neu entstanden

Klinik A

kurzstationärer Patienten
elektive Eingriffe

O = O
E = E ????

→ Risikoadjustierung

Klinik B

Alterstraumatologie
Zuweiser aus neurolg. Reha und
Beatmungsheim

Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2

- E10.- „Diabetes mellitus, Typ 1“
- E11.- „Diabetes mellitus, Typ 2“

sonstiger Diabetes Mellitus

- E13.- "Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus"

eingeschränkte Mobilität

- G20.- „Primäres Parkinson-Syndrom“
- G81.- „Hemiparese und Hemiplegie“
- G82.- "Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie"
- G83.- „Sonstige Lähmungssyndrome“
- M24.5 „Gelenkkontraktur“
- M62.- „Sonstige Muskelkrankheiten“
- R26.3 „Immobilität“
- R40.- „Somnolenz, Sopor und Koma“
- R46.- „Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen“
- S14.- „Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe“
- S24.- „Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe“
- Z74.0 „Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität“
- Z99.3 „Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl“

Infektion

- A40.- „Streptokokkensepsis“
- A41.- „Sonstige Sepsis“
- J15.- „Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert“
- J16.- „Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert“
- J17.-* „Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“
- J18.- „Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet“
- J69.- „Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen“
- M72.6- „Nekrotisierende Fasziitis“
- M86.- „Osteomyelitis“
- R57.2 „Septischer Schock“
- R65.-! „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]“

Demenz und Vigilanzstörung

- F00.-* „Demenz bei Alzheimer-Krankheit“
- F01.- „Vaskuläre Demenz“
- F02.-* „Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“
- F03.- „Nicht näher bezeichnete Demenz“
- G30.- † „Alzheimer-Krankheit“

Inkontinenz

- N39.- „Sonstige Krankheiten des Harnsystems“
- R15.- „Stuhlinkontinenz“
- R32.- „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“

Untergewicht oder Mangelernährung

- E41.- „Alimentärer Marasmus“
- E43.- „Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung“
- E44.- „Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades“
- E46.- „Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung“
- R64.- „Kachexie“

Adipositas

- E66.X2 „Adipositas“ mit „Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr“

weitere schwere Erkrankungen

- B37.1 „Kandidose der Lunge“
- B37.7 „Candida-Sepsis“
- D50.- „Eisenmangelanämie“
- D51.- „Vitamin-B12-Mangelanämie“
- D52.- „Folsäure-Mangelanämie“
- D53.- „Sonstige alimentäre Anämien“
- D61.- „Sonstige aplastische Anämien“
- D62.- „Akute Blutungsanämie“
- D63.-* „Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten“
- D64.- „Sonstige Anämien“
- D72.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten“
- G63.2* „Diabetische Polyneuropathie“
- K70.- „Alkoholische Leberkrankheit“
- K72.- „Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert“
- K74.- „Fibrose und Zirrhose der Leber“
- N17.- „Akutes Nierenversagen“
- N18.4 „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4“
- N18.5 „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5“
- N99.0 „Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen“
- R18 „Aszites“
- R34 „Anurie und Oligurie“
- R60.- „Ödem, anderenorts nicht klassifiziert“
- R77.0 „Veränderungen der Albumine“
- U69.00! „Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter“
- Z99.2 „Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz“

Wirkung der Risikoadjustierung Beispiel: Frührehabilitation

	Klinik A	Klinik B
beobachtete Rate (O)	21 / 1340 1,57%	16 / 1279 1,25%
erwartete Rate (E)	21,77 / 1340 1,62%	50,36 / 1279 3,94%
Ergebnis (O/E)	1,57 / 1,62 0,96	1,25 / 3,94 0,32
Vertrauensbereich	0,63 - 1,47	0,2 - 0,51
Referenzbereich	<=1,95	
Anzahl Risikofaktoren für die Risikoadjustierung:		
Alter	253	420
Diabetes mellitus	104	206
Beatmung	102	240
Paraparese & Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	106	45
Geschlecht (weiblich)	104	165

Medizin

„Hausstandard“
Wunde/Dekubitus

- Diagnose
- Photo(s) ???
- Behandlung
- Prophylaxen

Kodierung

„License to
~~kill~~ code“

Wer darf L89* kodieren
oder löschen ?

Neuer Befund ?

Wer legt Grade fest ?

Wer legt die Lokalisation
fest ?

Wer differenziert zu I70*
oder I83 ?

Risikoadjustierung =
Kompetenz der Pflege ?

Medizin

„Hausstandard“
Wunde/Dekubitus

- Diagnose
- Photo(s) ???
- Behandlung
- Prophylaxen

Kodierung

„License to
~~kill~~ code“

Wer darf L89* kodieren
oder löschen ?

Neuer Befund ?

Wer legt Grade fest ?

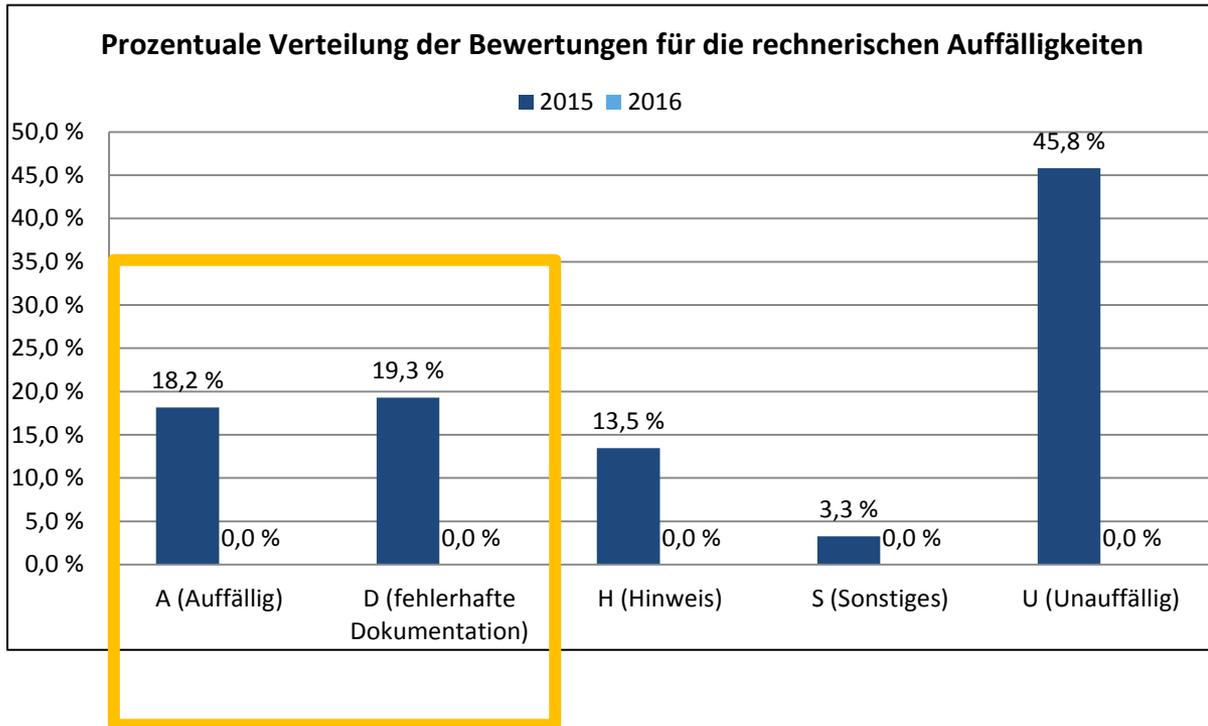
Wer legt die Lokalisation
fest ?

Wer differenziert zu I70*
oder I83 ?

Risikoadjustierung =
Kompetenz der Pflege ?

QS-Bogen

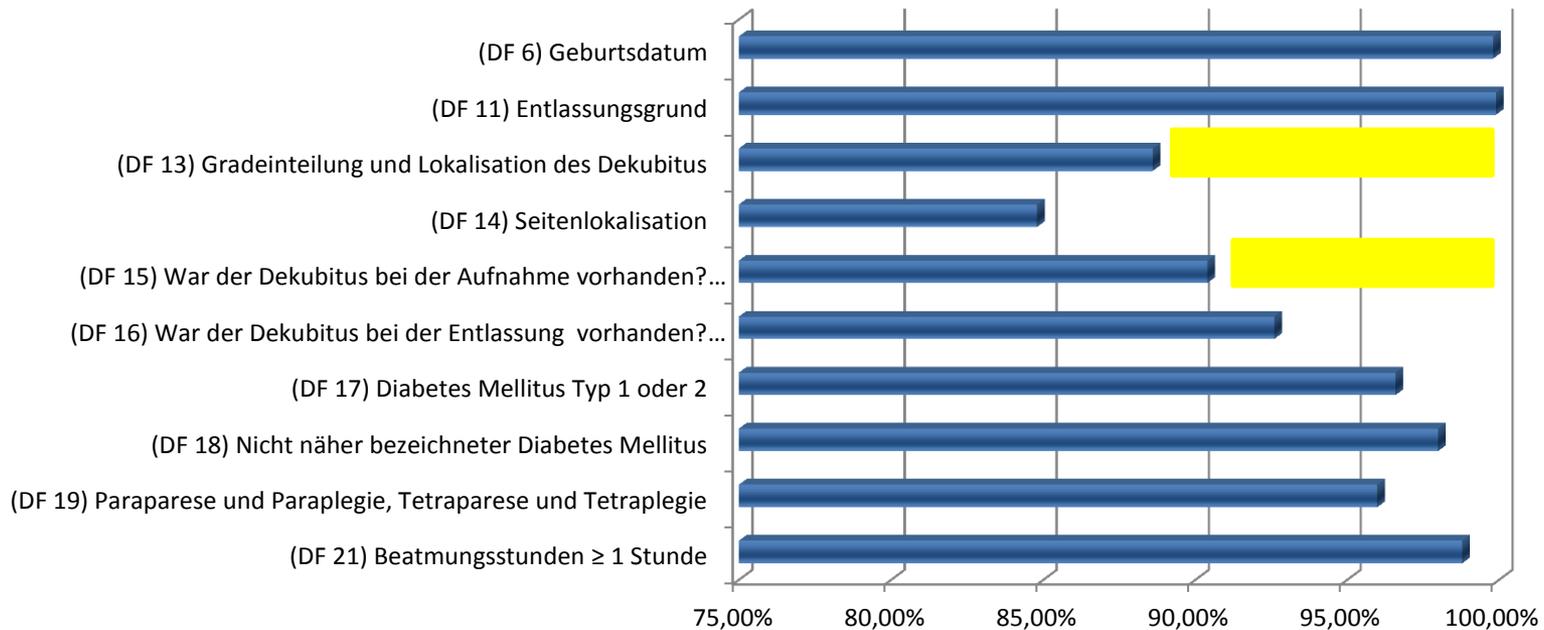
Erkenntnisse aus dem Strukturierten Dialog - Qualitätsindikatoren



Strukturierter Dialog	52009		52010	
	2015	2016	2015	2016
Rechnerische Auffälligkeiten	93		612	
Hinweise	4		91	
Stellungnahmen	89		521	
qualitativ unauffällig	25		298	
qualitativ auffällig	39		89	
Fehldokumentation	22		114	
sonstiges	3		20	

Bundesergebnisse - Stichprobenverfahren mit **Datenabgleich** (Seite 355 und 249 Bericht IQTIG)

Übereinstimmungsraten der DEK-Datenfelder



Medizin

„Hausstandard“
Wunde/Dekubitus

- Diagnose
- Photo(s) ???
- Behandlung
- Prophylaxen

Kodierung

„License to
~~kill~~ code“

Wer darf L89* kodieren
oder löschen ?

Neuer Befund ?

Wer legt Grade fest ?

Wer legt die Lokalisation
fest ?

Wer differenziert zu I70*
oder I83 ?

Risikoadjustierung =
Kompetenz der Pflege ?

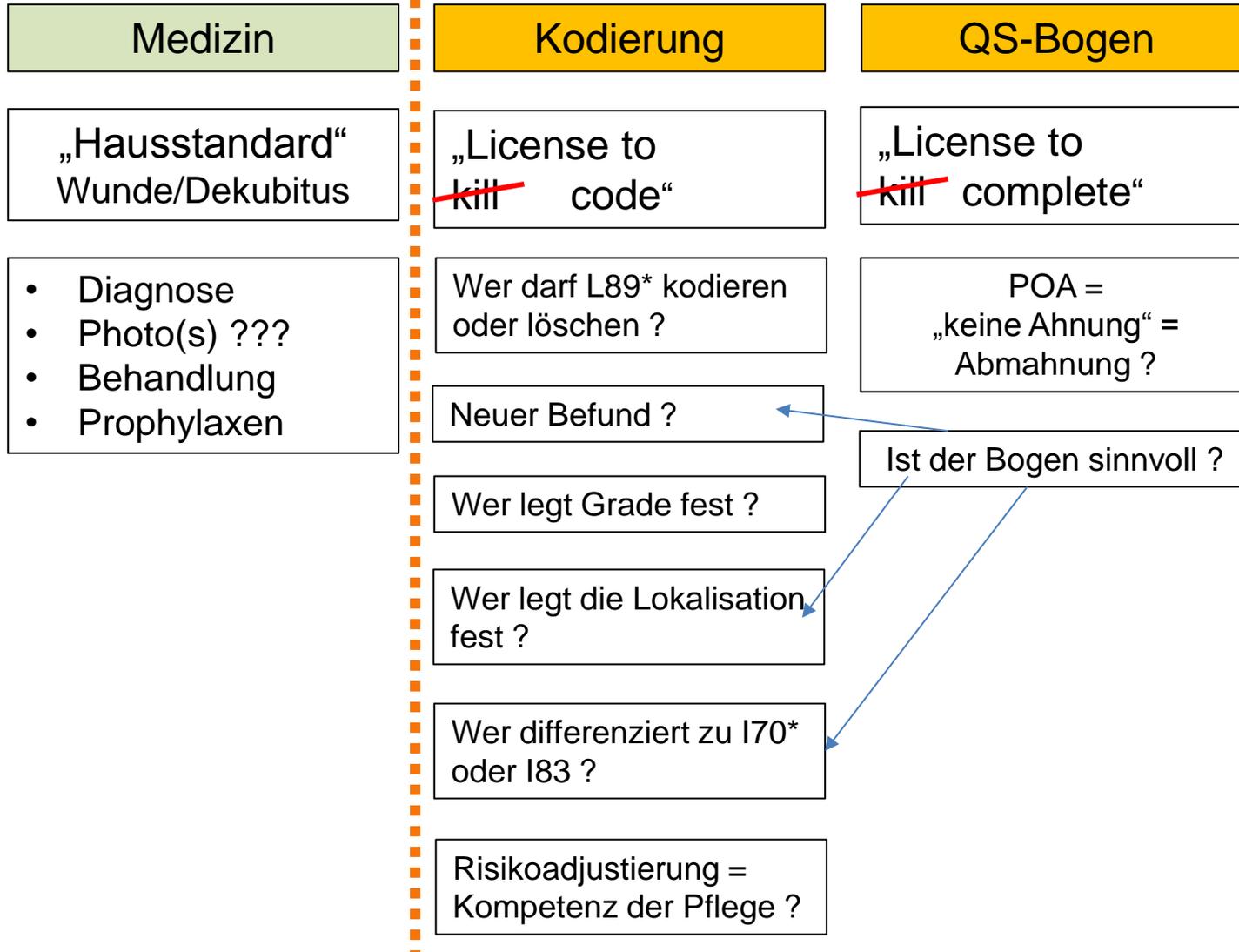
QS-Bogen

53 KH – Standorte
186 Fällen mit Abweichungen zwischen
QS-Dokumentation und Patientenakte in

18 Fällen Fehlverschlüsselung - kein
dokumentationspflichtiger Fall vor (z. B .
Dekubitus Grad I, Wunden/Verletzungen,
Ulcus)

80 Fälle Diskrepanzen zwischen QS-
Dokumentation und Patientenakte auf die
Lokalisation des Dekubitus (z. T. wurden
die Bezeichnungen „Kreuzbein“,
„Sitzbein“, „Steiß“ und „Gesäß“
missverständlich gebraucht)

42 Fällen Dekubitus in der QS-
Dokumentation als „nicht näher
bezeichnet“ angegeben, in der
Patientenakte fand sich jedoch eine
Gradeinteilung



Medizin

„Hausstandard“
Wunde/Dekubitus

- Diagnose
- Photo(s) ???
- Behandlung
- Prophylaxen

Kodierung

„License to
~~kill~~ code“

Wer darf L89* kodieren
oder löschen ?

Neuer Befund ?

Wer legt Grade fest ?

Wer legt die Lokalisation
fest ?

Wer differenziert zu I70*
oder I83 ?

Risikoadjustierung =
Kompetenz der Pflege ?

QS-Bogen

„License to
~~kill~~ complete“

POA =
„keine Ahnung“ =
Abmahnung ?

Ist der Bogen sinnvoll ?

Kontrolle

Qualitätsergebnisse bei Vermeidung von Druckgeschwüren

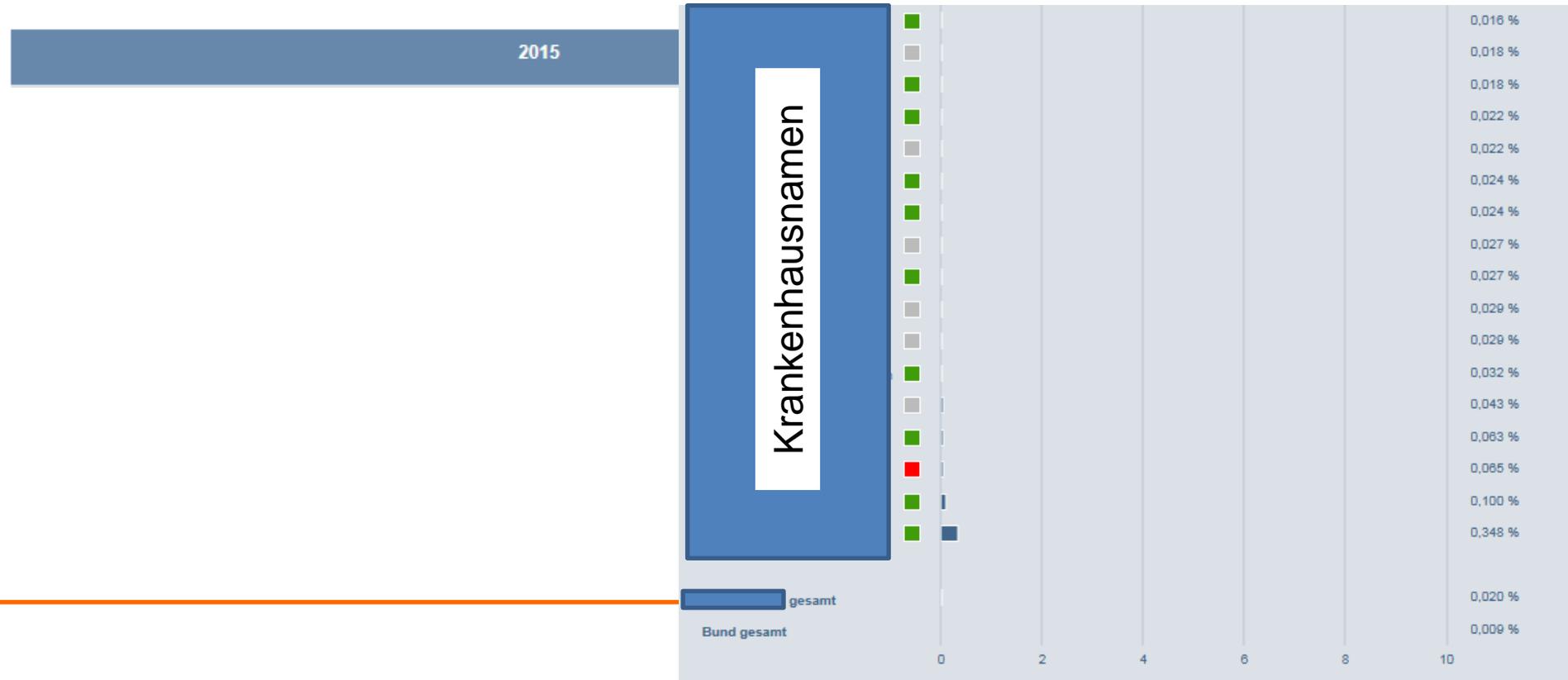
Qualitätsmerkmal: Neu entstandene schwerste Druckgeschwüre (Grad 4) während des Klinikaufenthalts

Gute Behandlungsqualität liegt vor, wenn Patienten möglichst selten während Ihres Klinikaufenthaltes ein sehr schweres Druckgeschwür (Grad 4) entwickeln.



+ weitere Informationen einblenden

So selten entwickeln Patienten während des Klinikaufenthalts schwerste Druckgeschwüre Grad 4



Rang	Produkt	Gesamtwertung
1.	Kaspersky Internet Security 2017 	99,6 → Testbericht
2.	Symantec Norton Security Standard 	99,2 → Testbericht
3.	BitDefender Internet Security 2017 	95,4
4.	F-Secure SAFE 	94,0
5.	Trend Micro Internet Security 	89,2

Rang	Produkt	Gesamtwertung
11.	ESET Internet Security 	71,0
12.	BullGuard Internet Security 	68,7
13.	eScan Internet Security Suite 	67,6
14.	McAfee Internet Security 2017 	65,1
15.	Comodo Internet Security Premium 	65,1
Rang	Produkt	Gesamtwertung
16.	K7 Total Security 	59,6
17.	Microsoft Security Essentials / Defender 	56,2 → Testbericht

Würden Sie diese Produkte kaufen?

Interessieren Sie die besonderen Rahmenbedingungen des Programmierers?



Qualitätsergebnisse bei Vermeidung von Druckgeschwüren

Qualitätsmerkmal: Neu entstandene schwerste Druckgeschwüre (Grad 4) während des Klinikaufenthalts

Gute Behandlungsqualität liegt vor, wenn Patienten möglichst selten während Ihres Klinikaufenthaltes ein sehr schweres Druckgeschwür (Grad 4) entwickeln.



+ weitere Informationen einblenden

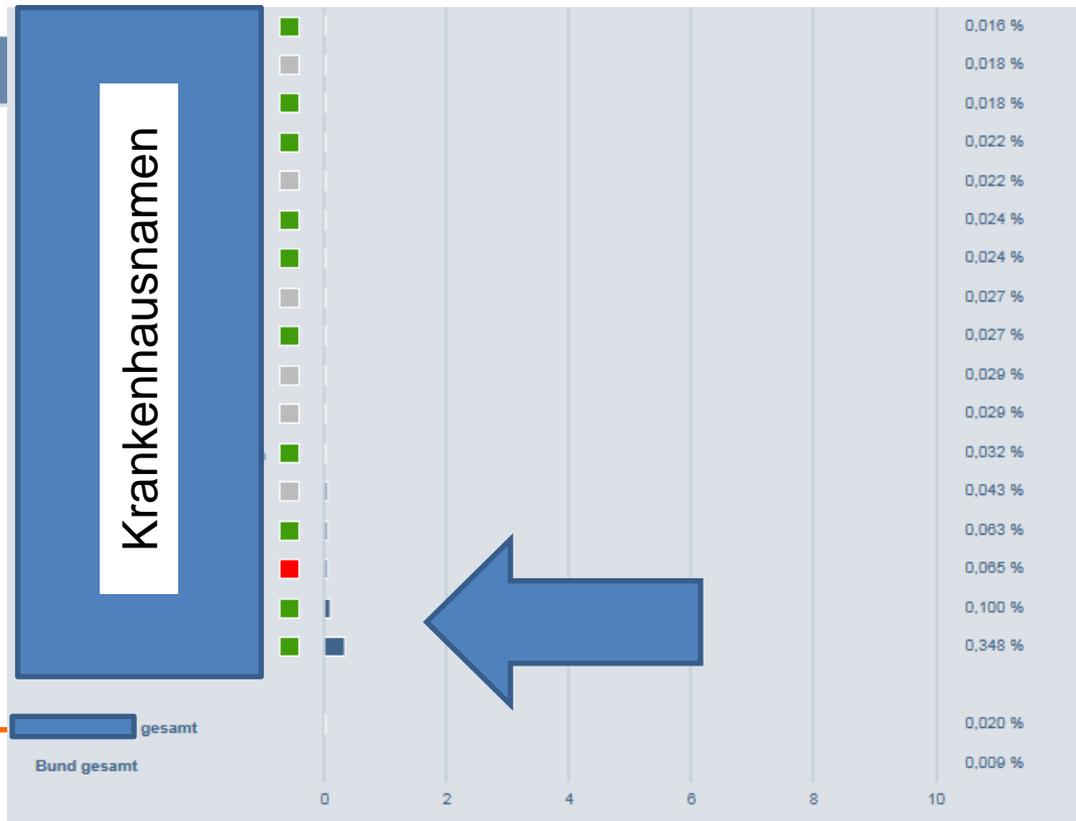
So selten entwickeln Patienten während des Klinikaufenthalts schwerste Druckgeschwüre Grad 4

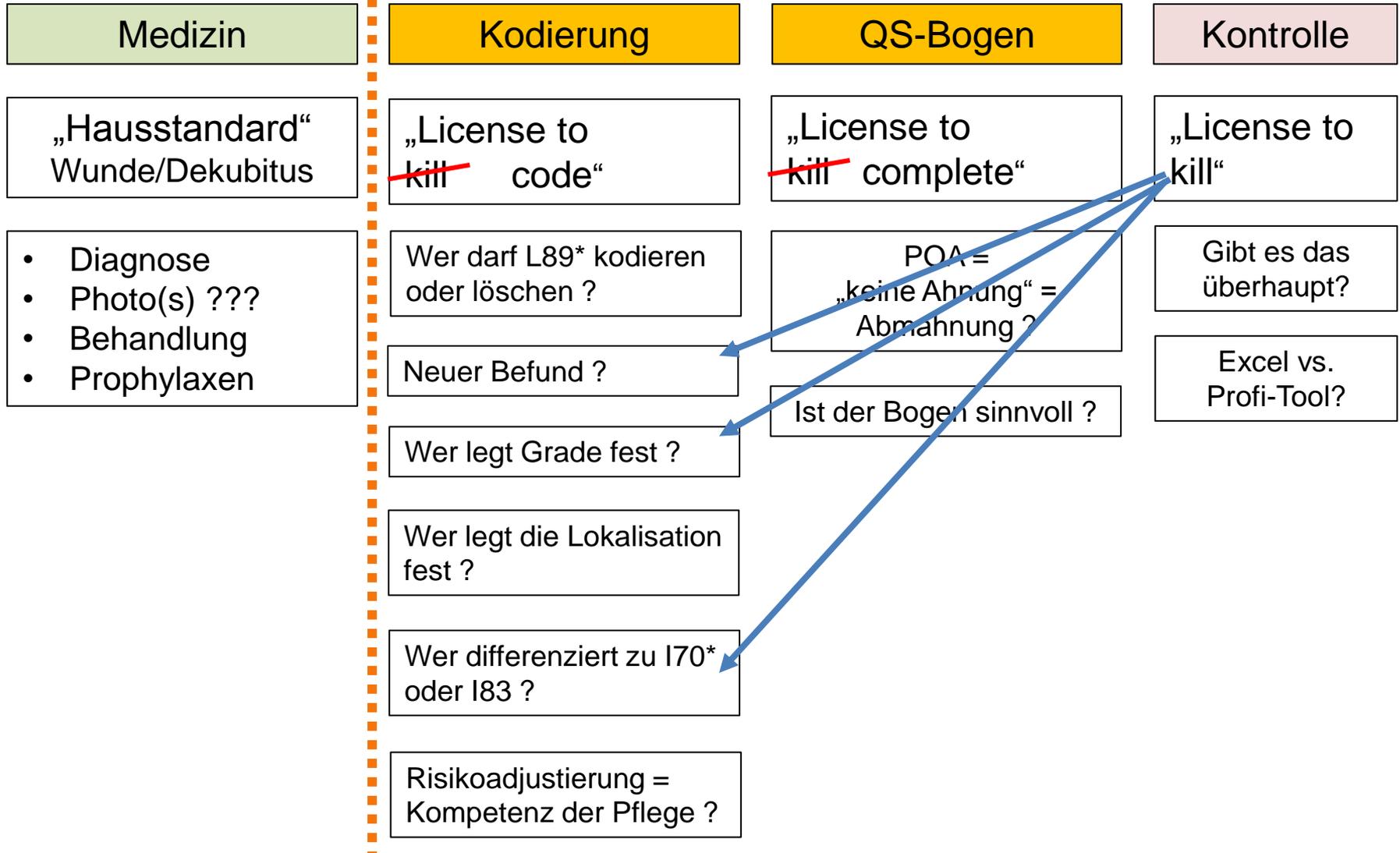
2015

An wen wird sich der Klinikgeschäftsführer „fragend“ wenden?

Können Sie die Berechnung Ihrer Werte der Presse oder einem Laien erklären?

Kontrolle vor Export?





Diskussion

Erkenntnisse aus der Parallelveranstaltung 2

- Qualitätssicherung folgt der Abrechnung
 - automatische Änderungen im KIS müssen durch QS-Software übernommen werden
- Kontrolle der QS-Daten vor dem Export
 - unterjährige Datenvalidierung vor der Auswertung
- Nutzung vorhandener Dokumentationsinstrumente möglich
 - müssen für die Bereiche Medizin/ Pflege, Abrechnung und Qualitätssicherung kompatibel sein
→ ggf. anpassen
- Foto- und Wunddokumentation bei Aufnahme und im Verlauf ermöglichen korrekte Gradeinteilung, Lokalisation und Abgrenzung zu Wunden
- Zuständigkeiten festlegen
 - auch für Risikofaktoren → (teilweise) Einbeziehung der Pflege möglich
 - Wanderer zwischen den Bereichen Medizin/ Pflege, Abrechnung und Qualitätssicherung stellen die Kommunikation sicher
- Risikofaktoren müssen vergleichbar sein
 - MDK prüft Nebendiagnosen regional unterschiedlich