

Arbeitskreis Informationsverarbeitung in der Kinder- und Jugendmedizin (AK IKJ)
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und der Deutschen Gesellschaft für
Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS)
Leiter: Dr. med. Bernd Graubner

Verbändeübergreifende Arbeitsgruppe DRG
der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD)
Leiter: Jochen Scheel

SYMPOSIUM

Diagnosen- und Prozedurenverschlüsselung und DRGs in der Pädiatrie. Zwischenbilanz und Ausblick

108. DGKJ-Jahrestagung, Hamburg, 13.–16.9.2012
Sonntag, 16.9.2012, 9:00–11:00 Uhr,
CCH – Congress Center Hamburg, Saal 8

PROGRAMM

Stand: 16.9.2012

Vorsitz: *Bernd Graubner und Frank Riedel*

- 09:00–09:05 **Einführung**
Bernd Graubner, Göttingen
- 09:05–09:20 [1] **10 Jahre DRGs – Auswirkungen auf den klinischen Alltag in der Pädiatrie**
Frank Riedel, Hamburg
- 09:20–09:45 [2] **10 Jahre DRGs – Überblick über die spezifisch pädiatrische Kodierung**
Nicola Lutterbüse, GKinD, Regensburg
- 09:45–10:05 [3] **Ärztliche Leistungsdokumentation mittels ICD-10-GM und OPS aus Sicht der Bundesärztekammer**
Bernhard Rochell, BÄK, Berlin
- 10:05–10:20 [4] **Beispielhafte Erkenntnisse aus den stationären und ambulanten pädiatrischen Morbiditätsdaten**
Jürgen Malzahn, AOK-Bundesverband, Berlin
- 10:20–10:35 [5] **Pädiatrische Diagnosen im ambulanten Bereich – Analyse von Häufigkeitsverteilungen und Möglichkeiten der Verbesserung der Kodierqualität**
Rolf Bartkowski, ZI, Berlin
- 10:35–10:50 [6] **Welchen Nutzen haben die ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte von der Diagnosenverschlüsselung?**
Eberhard Lassen, Mitglied des Honorarausschusses des BVKJ, Lübeck
- 10:50–11:00 **DISKUSSION UND SCHLUSSWORT**
Moderation: Frank Riedel und Bernd Graubner

LISTE DER VORSITZENDEN UND VORTRAGENDEN

Bartkowski, Dr. med. Rolf, Arzt für Chirurgie. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI).

Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin, Tel. 030/4005-2494, Fax 030/4005-3793

E-Mail: Bartkowski-Berlin@t-online.de

Graubner, Dr. med. Bernd, Kinder- und Jugendarzt, Leiter des gemeinsamen Arbeitskreises Informationsverarbeitung in der Kinder- und Jugendmedizin.

Ludwig-Beck-Str. 5, 37075 Göttingen, Tel. 0551/22526, Fax 0551/25338

E-Mail: Bernd.Graubner@mail.gwdg.de

Lassen, Dr. med. Eberhard, Kinder- und Jugendarzt. Mitglied des Honorarausschusses des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ).

Auf dem Vorbeck 19, 23562 Lübeck, Tel. 0451/501581, Fax 0451/5041321

E-Mail: Dr.Lassen@t-online.de

Lutterbüse, Dr. med. Nicola, Koordinatorin der DRG-AG der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), Siegen.

Wilhelmstr. 2a, 93049 Regensburg, Tel. 0941/2983668, Fax 0941/2983669

E-Mail: Nicola.Lutterbuese@GKinD.de

Malzahn, Jürgen, Arzt, Leiter der Abteilung Stationäre Einrichtungen, Rehabilitation im AOK-Bundesverband.

Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin, Tel. 030/34646-2491, Fax 030/34646-2726

Email: Juergen.Malzahn@bv.aok.de

Riedel, Prof. Dr. med. Frank, Ärztlicher Direktor des Altonaer Kinderkrankenhauses von 1859, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Stellvertretender Leiter der DRG-AG der GKinD.

Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. 040/8890-8201, Fax 040/8890-8204

E-Mail: F.Riedel@uke.uni-hamburg.de

Rochell, Dr. med. Bernhard, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer.

Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Tel. 030/400456-400, Fax 030/400456-380

E-Mail: Bernhard.Rochell@baek.de

Scheel, Jochen, Vorstandsvorsitzender der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD). Leiter der DRG-AG der GKinD. Geschäftsführer der DRK-Kinderklinik Siegen.

Wellersbergstr. 60, 57072 Siegen, Tel. 0271/2345-265, Fax 0271/56931

E-Mail: Jochen.Scheel@drk-kinderklinik.de (oder: Jochen.Scheel@GKinD.de)

ABSTRACTS

10 Jahre DRGs – Auswirkungen auf den klinischen Alltag in der Pädiatrie

Prof. Dr. med. Frank Riedel, Hamburg

Ärztlicher Direktor des Altonaer Kinderkrankenhauses von 1859, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Stellvertretender Leiter der DRG-AG der GKinD

Bei Einführung der Fallpauschalen vor ca. 10 Jahren war die Pädiatrie mit ihren altersbedingten Besonderheiten und mit ihren hohen Pflegekosten nicht gut abbildbar, dieses führte zumindest für einige Häuser zu einer vorübergehenden Sonderberücksichtigung. Im Laufe der Jahre mit stetiger Anpassung des Systems der Relativgewichte hat sich ein für die Pädiatrie durchaus akzeptables Abrechnungssystem ergeben. Zunehmend wurde aber klar, dass leichte Erkrankungen anfangs eher überwertet und schwere Erkrankungen eher unterbewertet waren, die notwendige und auch erfolgte Korrektur führte allerdings dazu, dass kleinere Kinderabteilungen mit niedrigem Case-Mix-Index von der jährlichen Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems eher nicht profitiert haben.

Die Verweildauerreduktion, die im Bereich der Erwachsenenmedizin ausgesprochen deutlich war, ist erwartungsgemäß in der Pädiatrie niedriger ausgefallen, da schon immer auf eine kurze Verweildauer geachtet wurde. Ein besonderes Problem wurde die untere Grenzverweildauer, die gerade im Pädiatriebereich häufig unterschritten wird und zu hohen Abschlägen führt; diese sind nicht berechtigt, da die Kalkulationshäuser die hohen Kosten am ersten und letzten Behandlungstag nicht immer gut zuordnen können. Geändert hat sich deutlich die Belastung der Stationsärzte, die in vielen Kinderkliniken die Kodierung vollständig übernehmen müssen, dieses bedingt einen Großteil ihrer nicht am Patienten geleisteten Arbeit.

10 Jahre DRGs – Überblick über die spezifisch pädiatrische Kodierung

Dr. med. Nicola Lutterbüse, Regensburg

Koordinatorin der DRG-AG der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD), Siegen

Seit Einführung des G-DRG-Systems in Deutschland wurden die Klassifikationssysteme und DRGs immer weiter entwickelt. Neben den Haupt- und Nebendiagnosen spielen insbesondere die Prozeduren eine immer wichtigere Rolle bei der Ansteuerung von DRGs.

Dieser Beitrag gibt eine Übersicht über spezifisch pädiatrische Anpassungen der letzten 10 Jahre, die sich bei der Kodierung in der Kinder- und Jugendmedizin unmittelbar auswirken.

Der folgende Vortrag konnte nicht gehalten werden, da der Referent nicht zur Jahrestagung kommen konnte. Das Abstract wurde jedoch veröffentlicht und wird deshalb auch hier dokumentiert.

10 Jahre DRGs – Eine Zwischenbilanz aus Sicht der Klinikträger

Jochen Scheel, Siegen

Vorstandsvorsitzender der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD). Leiter der DRG-AG der GKinD.
Geschäftsführer der DRK-Kinderklinik Siegen

Hat die DRG-Einführung für die Träger von Kinderkliniken oder Kinderabteilungen eigentlich Vorteile oder doch eher überwiegend Nachteile gebracht? Diese Frage kann gerade für die Anbieter

stationärer Leistungen für Kinder und Jugendliche eindeutig beantwortet werden: Die Nachteile überwiegen.

Während z.B. die zunehmende Transparenz des Leistungsgeschehens – was vielerorts als der große Zugewinn durch das DRG-System gepriesen wird – natürlich auch nützlich ist für die Klinik-eigentümer, so verführt diese neue Transparenz die Kassenseite doch immer wieder dazu, falsche Schlüsse aus der Informationsflut zu ziehen.

Sicher muss man zugestehen, dass die DRGs auch ein Treiber zur Verbesserung der Produktivität sind.

Ein wesentlicher Nachteil des Systems aber ist die Komplexität, die einen unverhältnismäßigen Bürokratie-Aufwand auslöst.

Nicht zuletzt sei die Veränderung des Klimas im Gesundheitswesen genannt. Das Verhältnis der Akteure ist inzwischen geprägt von Misstrauen – keine gute Basis für das Verhältnis von Anbietern und Nachfragern. Fehlanreize, die das System setzt, verstärken diesen Effekt.

Es bleibt dabei: Die Nachteile überwiegen.

Ärztliche Leistungsdokumentation mittels ICD-10-GM und OPS aus Sicht der Bundesärztekammer

Dr. med. Bernhard Rochell, Berlin
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Abstract liegt nicht vor.

Beispielhafte Erkenntnisse aus den stationären und ambulanten pädiatrischen Morbiditätsdaten

Jürgen Malzahn, Berlin
Leiter der Abteilung Stationäre Einrichtungen, Rehabilitation im AOK-Bundesverband

Morbidität als eine aus der Diagnosen- und Prozedurenverschlüsselung abgeleitete Größe erfüllt zentrale Funktionen im Gesundheitswesen. Begriffe wie morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, morbiditätsorientierte Gesamtvergütung oder Case-Mix-Index als Maß für die durchschnittliche Schwere stationärer Krankenhaufälle sind gewichtige Hinweise auf die zentrale Rolle der Diagnosen- und Prozedurenverschlüsselung im deutschen Gesundheitswesen.

Der Vortrag wird auf Basis von AOK-Daten einige Aspekte näher beleuchten und zeigen, wie sich die Vergütungsanreize und die Diagnosen- und Prozedurenverschlüsselung oder auch das reale Leistungsgeschehen über die Jahre verändert haben.

Pädiatrische Diagnosen im ambulanten Bereich – Analyse von Häufigkeitsverteilungen und Möglichkeiten der Verbesserung der Kodierqualität

Dr. med. Rolf Bartkowski, Berlin

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI)

Die ICD-Verschlüsselung von Behandlungsdiagnosen in der vertragsärztlichen Praxis war bis zur Einführung der morbiditätsorientierten Bemessung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung sowie des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches der Krankenkassen ein administrativer Vorgang, dem hinsichtlich der Kodierqualität bisher relativ wenig Bedeutung beigemessen wurde. Mit den jetzt geltenden Mechanismen zur Steuerung der Geldflüsse in der vertragsärztlichen Versorgung rückt die Betrachtung der Kodierqualität jedoch in den Vordergrund.

Mit einer Analyse der 2010 erhobenen Daten der pädiatrischen Praxen in Deutschland soll dargestellt werden, welche Möglichkeiten der Morbiditätsstatistik bereits bestehen, welche typischen Qualitätsprobleme zu verzeichnen sind und mit welchen Maßnahmen eine Verbesserung der Kodierqualität erreicht werden kann.

Einen typischen Qualitätsmangel stellt die Verwendung unspezifischer Codes dar, obwohl anzunehmen ist, dass dem behandelnden Arzt genauere Informationen vorgelegen haben. Für valide Statistiken ist es allerdings noch problematischer, wenn spezifische Diagnosen kodiert werden, obwohl diese nicht als gesichert angenommen werden können. Ein weiterer wesentlicher Anteil fehlerhafter Kodierung ist als Folge missverständlicher Klassifizierungsmerkmale aufzufassen, wobei auch typische Fehlleitungen durch den Einsatz von Kodiersoftware mit den entsprechend hinterlegten Thesauren deutlich werden.

Als Lösungsansatz zur Verbesserung der Kodierqualität erarbeitet das ZI zusammen mit Vertragsärzten und Fachexperten konsentiertere Kriterienlisten als „Kodierhilfe“, die einen validierten Überblick geben, welche medizinischen Bedingungen notwendigerweise erfüllt sein müssen, um einen bestimmten ICD-10-GM-Kode als „gesichert“ kodieren zu können (anamnestische Angaben, klinische Befunde, Labor, Bildgebung etc.). Darüber hinaus werden fachspezifische Thesauren u.a. auch für die Pädiatrie bereitgestellt, die jeweils eine Auswahl der 80 % häufigsten Diagnosen mit den üblicherweise verwendeten Bezeichnungen und Synonymen und je nach Bedarf weitere Hinweise zur Kodierung enthalten (Kreuz-Stern-Kodierung, differenzierende Kriterien).

Welchen Nutzen haben die ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte von der Diagnosenverschlüsselung?

Dr. med. Eberhard Lassen, Lübeck

Ehemaliger niedergelassener Kinder- und Jugendarzt. Mitglied des Honorarausschusses des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)

Die ICD-10-GM ist in der jetzigen Form wenig praxistauglich. Die Morbidität, vor allem im kinderärztlichen Alltag, lässt sich nur schwer erfassen.

Wir stecken in dem Dilemma, kein vernünftiges Instrument zur Messung der ambulanten Morbidität zu besitzen. Die ICD-10-GM ist wenig geeignet, und im EBM 2009 sind die Einzelleistungen weitgehend in Pauschalen aufgegangen. Die Krankenkassen drohen, bei nicht ausreichender Kodierung das Honorar zu mindern.

Lediglich die chronischen Krankheiten sind im EBM durch die "Chronikerziffer" erfasst und sind im Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ein Maß für die Morbidität. Sie machen aber im pädiatrischen Alltag weniger als 20 % des Patientengutes aus, bei den Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten jedoch immerhin fast die Hälfte (InBA-Studie vom 6.12.2011).

Hier gilt es für die Pädiater nachzubessern, vor allem bei den wichtigen F-Diagnosen des ICD-10-

Kapitels V (z.B. therapiepflichtige Entwicklungsstörungen und andere Krankheitsbilder aus der Sozialpädiatrie).

In Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung hat der Honorar Ausschuss des BVKJ die wichtigsten und häufigsten Behandlungsanlässe in der kinder- und jugendärztlichen Praxis zusammengetragen und beispielhaft verschlüsselt. Dabei wurde wegen der Übersichtlichkeit bewusst auf seltene Krankheitsbilder oder eine weitergehende Differenzierung verzichtet. Dieses muss im Einzelfall vertieft werden. Dieser alphabetisch sortierte Pädiatrie-The-saurus ist als Tischvorlage konzipiert und soll helfen, die pädiatrischen Diagnosen bundesweit einheitlicher und besser zu verschlüsseln.

Es müssen das Bewusstsein für das richtige Kodieren in der Praxis geschärft, die Standards vereinheitlicht und die Qualität verbessert werden, sonst könnte es heißen: "Wer schlecht kodiert, verliert".