

Jonathan Gawlitta/René A. Bostelaar/Ulrich Fehre

Außer Spesen nichts gewesen?

Erfassung von DRG-relevanten Pflegeleistungen durch den Pflegedienst am Klinikum der Universität zu Köln

In der Zeit vom 1. Juli 2004 bis zum 31. Dezember 2004 beteiligte sich der Pflegedienst der somatischen Abteilungen am Klinikum der Universität zu Köln im Rahmen eines Projektes an der DRG-Erfassung. Anhand der Entwicklung des Casemix (CM), des Casemix Index (CMI) und des Patient Clinical Complexity Level (PCCL) konnte im Nachhinein festgestellt werden, dass die Einbeziehung des Pflegepersonals in die DRG-Dokumentation dazu beitrug, die Vollständigkeit der Kodierung zu erhöhen. Sowohl in der Kodierqualität als auch im Dokumentationsumfang wurde eine Optimierung erreicht. Dennoch befürworten die Verfasser den Einsatz von Kodierfachkräften im Vergleich zu dem Kölner Projekt als den besseren Weg, weil sich mit ihnen Veränderungen im DRG-System sehr viel einfacher umsetzen lassen.

Durch die Weichenstellungen im Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahre 2000 wurden die Krankenhausbehandlungen in die pauschalisierte Vergütungsform der DRGs überführt. Dabei kommt der Kodierqualität eine entscheidende Rolle zu. Basis für die DRG-Findung ist die tatsächliche Dokumentation in der Krankenakte. Die Diagnosen und Prozeduren werden mit Hilfe des ICD-10-GM, dem OPS-301 und unter Berücksichtigung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) in Kodes übertragen.

Am Klinikum der Universität zu Köln erfolgen die DRG-Dokumentation und die anschließende Freigabe durch den ärztlichen Dienst. Aufgrund der zusätzlichen Belastung der Ärzte durch den erhöhten technischen Aufwand bei der Kodierung in der Software Orbis OpenMed (Fa. GWI) wurden vor allem die DRG-relevanten Pflegeleistungen meist nicht in die Abschlusskodierung mit eingebracht.

Problemdarstellung – Zielsetzung des Projekts

Die im Rahmen des Projekts ausgewählten pflegerelevanten Diagnosen lassen sich in der bisherigen ärztlichen Dokumentation häufig nicht finden. Dies ist deshalb problematisch, weil gerade die pflegerelevanten Kodes oft für eine nachvollziehbare Falldarstellung wichtig sind und im Einzelfall den Erlös steigern können.

Durch das Projekt sollte überprüft werden, inwieweit die Einbeziehung des Pflegedienstes eine Verbesserung der Kodierqualität bewirken kann und ob eine Erlössteigerung möglich ist. Der Schwerpunkt lag hierbei auf Diagnosen, die in der Durchführung und Wahrnehmung vorwiegend vom Pflegedienst ausgeführt und beobachtet werden (Pflegeleistungen).

Die Intention der Erfassung von DRG-relevanten Pflegeleistungen lässt sich wie folgt beschreiben:

- Erlössicherung durch Optimierung der Kodierqualität,
- Verbesserung der gesamten Dokumentation,
- Steigerung der interprofessionellen Kooperation,
- kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem DRG-System,
- Stärkung der (Mit-)Verantwortung am Behandlungsprozess.

Projektaufbau

Das Projekt wurde auf die Dauer von 6 Monaten angelegt. Darin einbezogen waren alle somatischen Abteilungen, die über DRGs abrechnen. Sämtliche beteiligten Stationen konnten vom 1. Juli 2004 an über Orbis® OpenMed (Fa. GWI) via KAS (Klinisches Arbeitsplatz System) eine strukturierte Diagnosenerfassung patientenbezogen durchführen. Dies erfolgte mittels einer Selektierung der entsprechenden Diagnosen in einer Auswahlliste des KAS. Der ärztliche Dienst konnte die angegebenen Diagnosen im DRG-Arbeitsplatz des KAS übernehmen oder bei fehlerhafter Eingabe jederzeit auspflegen.

In Zusammenarbeit mit dem Medizin-Controlling wurden 30 Diagnosen (siehe Übersicht „Diagnosen zur Erfassung für den Pflegedienst“ auf der nächsten Seite) ausgewählt, die für eine Erfassung durch den Pflegedienst in Frage kamen. Außerdem wurde ein Handbuch zur „Erfassung von DRG-relevanten Pflegeleistungen durch den Pflegedienst“ erstellt, um es auf den erfassenden Stationen auszulegen. Das Handbuch informierte sowohl allgemein über den Projektverlauf als auch zu den Kodierungsinstrumenten ICD-10-GM und OPS 301.

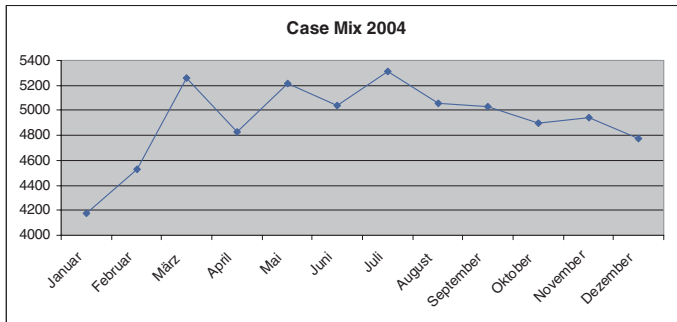
Ergebnisse

Die in den nachstehenden Diagrammen und Tabellen aufgeführten Zahlen und Ergebnisse beziehen sich alle auf den Projektzeitraum in 2004. Zunächst sind die Daten für das Klinikum insgesamt dargestellt, dann folgen einige ausgesuchte Fachabteilungen, bei denen sich Auswirkungen der Erfassungstätigkeiten durch den Pflegedienst feststellen lassen und Fachabteilungen ohne signifikante Veränderungen.

■ Ergebnisse, die das Klinikum insgesamt betreffen

Die in den Abbildungen 1 bis 4 gezeigten Verläufe des CM, des CMI, des durchschnittlichen PCCL/Monat und der Anzahl der Diagnosen pro Fall ergeben ein uneinheitliches Bild in Bezug auf die Auswirkungen der Erfassungstätigkeit des Pflegedienstes. Vergleicht man den Zeitraum des

Abbildung 1: Entwicklung des Casemix im Verlauf des Jahres 2004 (Med. Controlling). Der in den Monaten Januar bis März 2004 ansteigende Verlauf des Casemix ergibt sich durch die Überlieger des Jahres 2003.



1. Halbjahres 2004 mit dem des 2. Halbjahres, so können Veränderungen durch die Involvierung des Pflegedienstes lediglich beim Durchschnitt PCCL/Monat (Abbildung 3) und bei der Anzahl der Diagnosen pro Fall (Abbildung 4) unterstellt werden.

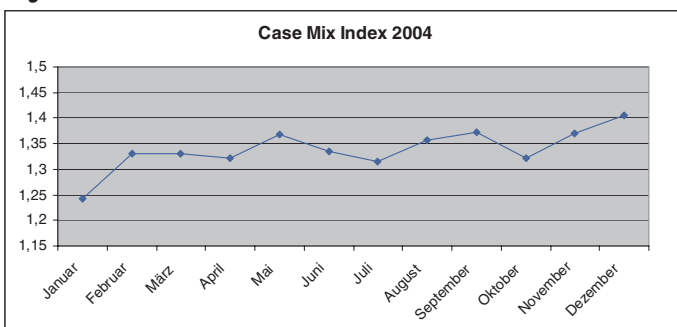
Der Casemix Index weist im Verlauf des Jahres 2004 eine steigende Tendenz auf. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass die Steigerung der Diagnosenanzahl durch Einbeziehung des Pflegedienstes im Fachabteilungsdurchschnitt eine Wirkung erzielte. Die Anhebung des PCCL (Abbildung 3) im zweiten Jahresverlauf von 1,2 auf durchschnittlich 1,32 absolut, erhärtet diese Annahme.

Vergleicht man die Monate Juni und Juli 2004 in Bezug auf die Anzahl der angegebenen Diagnosen pro Fall, so steigen diese von 4,09 (im Juni) auf 4,49 (im Juli). Dies entspricht einer Steigerung von 0,40 oder 10 Prozent. Daraus resultierend ergibt sich eine wenn auch leichte Steigerung der PCCL im Halbjahresvergleich (siehe Abbildung 3).

■ Ergebnisse ausgesuchter Fachabteilungen

Die Abbildungen 5 bis 8 zeigen, dass die vorgestellten Ergebnisse nicht generell auf die einzelnen Fachabteilungen des Klinikums übertragen werden können. Um dies zu verdeutlichen, wurden insgesamt 4 Fachabteilungen gegenübergestellt. Es wurden bewusst nur solche Fachabteilungen ausgewählt, die im Erhebungszeitraum über keine Medical Koder bzw. Kodierfachkräfte verfügten. Die Quartalsverläufe der Fachabteilung A (Abbildung 5) und der

Abbildung 2: Entwicklung des Casemix Index im Verlauf des Jahres 2004 (Med. Controlling). Der in den Monaten Januar bis Februar 2004 ansteigende Verlauf des Casemix ergibt sich durch die Überlieger des Jahres 2003.

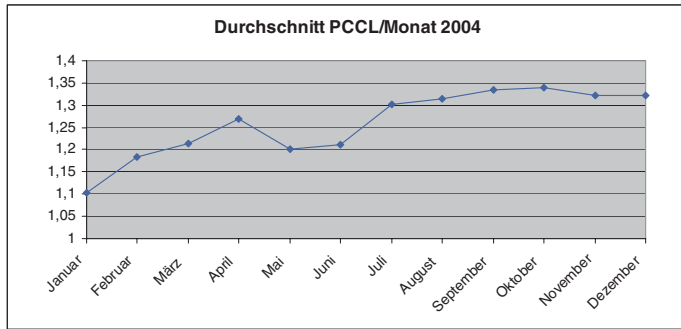


Übersicht: Diagnosen zur Erfassung für den Pflegedienst

ICD-10-Code

- A 09** Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs
- B 00.1** Dermatitis vesicularis durch Herpesviren
B 37.0 Candida-Stomatitis, Mundsoor
B 37.2 Kandidose der Haut und der Nägel
- K 91.80** generalisierte Mukositis bei Immunkompromittierung
- G 81.9** Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
- I 83.0** Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration
I 83.2 Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündungen
- J 95.0** Funktionsstörung eines Tracheostomas, Blutung aus Tracheostoma, Obstruktion des durch Tracheotomie geschaffenen Luftweges, Sepsis des Tracheostomas, Tracheo-Ösophagealfistel nach Tracheotomie
- K 52.0** Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung
- L 22** Windeldermatitis
L 89.- Dekubitalgeschwür, Ulkus bei medizinischer Anwendung von Gips
L 97 Ulcus cruris
- N 39.0** Harnwegsinfektion, Lokalisation n. n. bez.
N 39.40 Reflexinkontinenz
N 39.41 Überlaufinkontinenz
N 39.42 Dranginkontinenz
N 39.3 Stressinkontinenz
- P 92.1** Regurgitation und Rumination beim Neugeborenen
P 92.2 Trinkunlust beim Neugeborenen
P 92.5 Schwierigkeit beim Neugeborenen bei Brusternährung
P 92.8 Sonstige Ernährungsprobleme beim Neugeborenen
- R 15** Stuhlinkontinenz, Enkopresis o.n.A.
R 33 Harnverhaltung
- Z 43.** Versorgung eines Tracheostomas
Z 43.1 Versorgung eines Gastrostomas
Z 43.2 Versorgung eines Ileostomas
Z 43.3 Versorgung eines Kolostomas
Z 43.4 Versorgung anderer künstlicher Körperöffnungen des Verdauungstraktes
Z 43.5 Versorgung eines Zystostomas

Abbildung 3: Entwicklung der durchschnittlichen PCCL pro Fall im Verlauf des Jahres 2004 (Med. Controlling)



Fachabteilung B (Abbildung 6) belegen eine Auswirkung der Erfassungsaktivität des Pflegedienstes in Bezug auf die Steigerung der Anzahl der Diagnosen pro Fall (DX/Fall) und des PCCL/Quartal (PCCL). In den Diagrammen der Fachabteilung C (Abbildung 7) und der Fachabteilung D (Abbildung 8) konnten diese Steigerungen nicht unterstellt werden.

Die in den Fachabteilungen A (Abbildung 5) und Fachabteilung B (Abbildung 6) aufgezeigten Auswirkungen auf die DX/Fall und den PCCL weisen auf eine starke Aktivität des Pflegedienstes bei der Diagnoseeingabe hin. Gleichzeitig ist zu unterstellen, dass der ärztliche Dienst die ihm vorgeschlagenen Diagnosen größtenteils übernommen hat. Diese Annahme wird von der Zunahme der Anzahl der Diagnosen pro Fall in der Fachabteilung A (Abbildung 5) unterstützt. Im Vergleich des 2. und 3. Quartals ist eine Steigerung von 4,89 Diagnosen pro Fall auf 7,45 zu verzeichnen, dies entspricht einer Zuwachsrate von 36,57 Prozent.

Die durch die Projektinitiierung dargestellten positiven Zuwächse der Fachabteilung A (Abbildung 5) und der Fachabteilung B (Abbildung 6) sind nicht in allen Fachabteilungen zu beobachten. Exemplarisch wird dies verdeutlicht in den Fachabteilungen C und D (Abbildung 7 und 8). Hier ist es in beiden Fällen zu einer Verringerung der Anzahl der Diagnosen pro Fall und des PCCL im Quartalsvergleich gekommen. Es zeigt sich, dass die Diagnosenabnahme in der Tendenz weit weniger stark ist als die Zunahme.

Besonders interessant ist der Verlaufvergleich der Fachabteilung A (Abbildung 5) und der Fachabteilung D (Abbildung 8). Diese beiden Fachabteilungen teilen sich eine Station. Die Patienten werden von einem Team von Pflegekräften betreut, welche ebenfalls für die Diagnoseerfassung zuständig sind. Dies betrifft allerdings nicht die ärztliche

Abbildung 4: Entwicklung der durchschnittlichen Diagnosen pro Fall im Verlauf des Jahres 2004 (Med. Controlling)

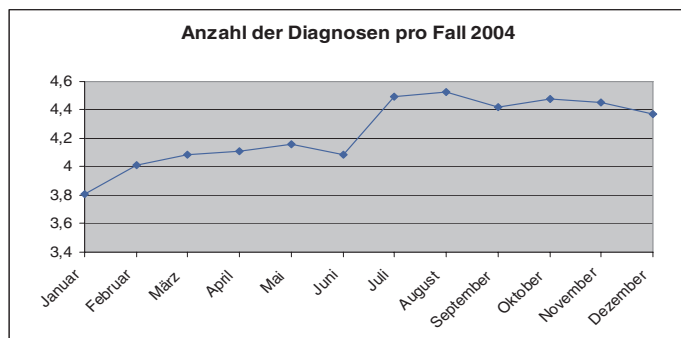
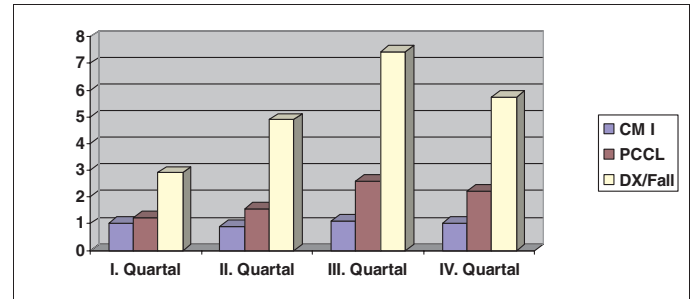


Abbildung 5: Fachabteilung A (konservativer Bereich) Quartalsvergleich 2004 – Casemix Index (CMI), Patient Clinical Complexity Level (PCCL), Anzahl der Diagnosen pro Fall (Diag./Fall); (Med. Controlling)

	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal
CMI	1,017	0,901	1,088	1,010
PCCL	1,217	1,573	2,600	2,213
DX/Fall	2,90	4,89	7,45	5,74



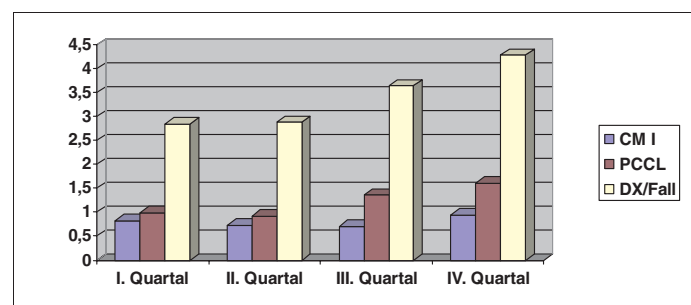
Betreuung und die DRG-Dokumentation der Patienten, die durch 2 Ärzteteams der jeweiligen Fachabteilungen gewährleistet werden. Stellt man diese Umstände in einen Zusammenhang, kann eine mögliche Interpretation sein, dass es von Seiten des ärztlichen Dienstes der Fachabteilung D (Abbildung 8) in hohem Maße nicht zur Übernahme der vorgeschlagenen Diagnosen gekommen ist. Die Gründe können zum einen in dem unterschiedlichen Patientenkollektiv der Fachabteilungen A und D liegen. Bei der Übernahme durch die Ärzte spielt die Art der Pflegediagnosen in Bezug auf das jeweilige Patientenkollektiv eine entscheidende Rolle. Zum anderen können die unterschiedlichen Verläufe in der ärztlichen Bereitschaft zur Übernahme der vorgeschlagenen Diagnosen bedingt sein. Dafür kann es vielfältige Gründe geben. Waren die Ärzte der Fachabteilung D über das Projekt informiert? Bestanden mögliche personelle Engpässe? Wurden die pflegerelevanten Nebendiagnosen als sinnvolle Ergänzung der DRG-Dokumentation angesehen?

Interpretation/Fazit

Die aus den Diagrammen resultierenden Ergebnisse können in jedem Fall nur grobe Tendenzen aufzeigen. Im Gesamtzusammenhang gilt es hier, eine sehr große Menge an Variablen zu berücksichtigen:

Abbildung 6: Fachabteilung B (konservativer Bereich) Quartalsvergleich 2004 – Casemix Index (CMI), Patient Clinical Complexity Level (PCCL), Anzahl der Diagnosen pro Fall (Diag./Fall); (Med. Controlling)

	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal
CMI	0,828	0,731	0,702	0,936
PCCL	0,989	0,927	01,355	1,604
DX/Fall	2,84	2,88	3,64	4,28

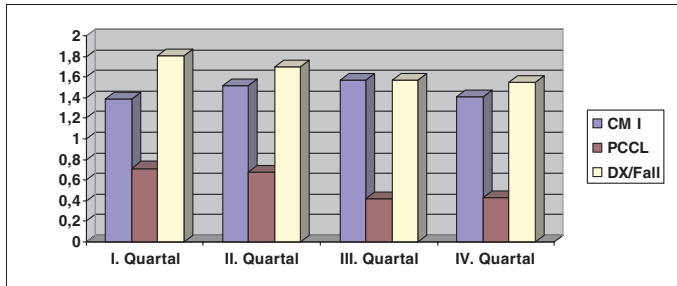


DKVG_2

DKI_1

Abbildung 7: Fachabteilung C (operativer Bereich) Quartalsvergleich 2004 – Casemix Index (CMI), Patient Clinical Complexity Level (PCCL), Anzahl der Diagnosen pro Fall (Diag./Fall); (Med. Controlling)

	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal
CMI	1,387	1,512	1,571	1,405
PCCL	0,715	0,681	0,423	0,431
DX/Fall	1,81	1,70	1,57	1,55



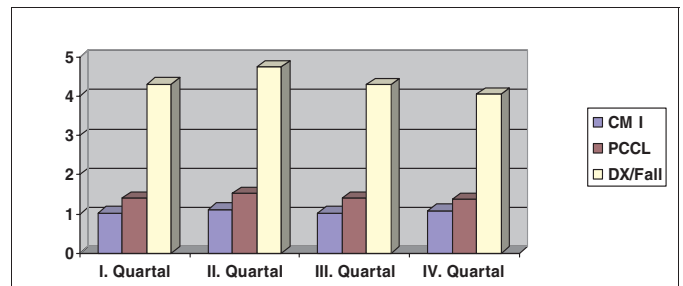
- Wie viele Diagnosen hat der Pflegedienst innerhalb einer Fachabteilung tatsächlich eingegeben? In der Datenabfrage konnten lediglich die tatsächlich vom ärztlichen Dienst übernommenen pflegerelevanten Nebendiagnosen erfasst werden. Die Anzahl der Vorschläge des Pflegepersonals ließ sich nicht ermitteln.
- Konnte der Pflegedienst aus den vorgegebenen Diagnosentabellen für seine Fachabteilung anwendbare Codes finden?
- Inwieweit wurden die eingegebenen Diagnosen tatsächlich vom ärztlichen Dienst übernommen?
- Hat ein Wechsel im ärztlichen Dienst das Verhalten der Diagnosenübernahme beeinflusst? Wurden neue Kollegen auf die technisch richtige Übernahme der pflegerelevanten Nebendiagnosen und das laufende Projekt hingewiesen? Inwieweit erfolgte eine Anleitung?

Die Beteiligung des Pflegedienstes an der DRG-Dokumentation hat sowohl insgesamt als auch im Einzelfall dazu beigetragen, die Vollständigkeit der Kodierung zu erhöhen. Damit wurde in der Kodierqualität und im Dokumentationsumfang eine Verbesserung erreicht. Dies kann sich positiv bei der Überprüfung der Abrechnungsdaten gegenüber Dritten (MDK) auswirken. Darüber hinaus wurden durch das Projekt im pflegerischen und im ärztlichen Dienst Diskussionen angestoßen und Erkenntnisse vermittelt, die sich für die Entwicklung eines „Vergütungsbewusstseins“ als hilfreich erweisen könnten.

Die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen im Sinne einer interprofessionellen Kooperation verlief sehr unterschiedlich. In Gesprächen mit leitenden Pflegedienstmitarbeitern berichteten diese von zum Teil intensiven Auseinandersetzungen mit dem ärztlichen Dienst, nur in einigen wenigen Fällen wurden gemeinsame Strategien entwickelt. Nach wie vor findet in den meisten Fachabteilungen keine echte Zusammenarbeit statt. Die angestrebte Stärkung der Mitverantwortung des Pflegedienstes für den Behandlungsprozess wurde – ähnlich der interprofessionellen Kooperation – nur in wenigen Abteilungen erreicht. Eines der größten Hindernisse hierbei ist die Beschränkung der Diagnosen für den Pflegedienst. Aussagen der Pflegekräfte bestätigen immer wieder, dass gerne mehr Diagnosen angegeben würden.

Abbildung 8: Fachabteilung D (operativer Bereich) Quartalsvergleich 2004 – Casemix Index (CMI), Patient Clinical Complexity Level (PCCL), Anzahl der Diagnosen pro Fall (Diag./Fall); (Med. Controlling)

	I. Quartal	II. Quartal	III. Quartal	IV. Quartal
CMI	1,023	1,123	1,034	1,092
PCCL	1,399	1,520	1,401	1,375
DX/Fall	4,31	4,74	4,29	4,05



Nach Sichtung des Datenmaterials und Interpretation desselben ist es durch die Einbeziehung des Pflegedienstes nicht zu einem Anstieg auf der Erlösseite gekommen. Dies liegt zum einen an der Art der Diagnosen und zum anderen an der begrenzten Auswahlmöglichkeit (30 Diagnosen). Es zeigt sich, dass das Patientenkollektiv einer Fachabteilung darüber entscheidet, ob eine Erlössicherung/-steigerung durch die Beteiligung des Pflegedienstes ausgelöst werden kann. Dennoch stellt die Einbeziehung des Pflegedienstes eine Verbesserung gegenüber den alleinigen Kodieraktivitäten des ärztlichen Dienstes dar. Allerdings wird dies – je nach den Rahmenbedingungen und Vorgaben – immer eine der DRG-Komplexität nicht vollends gerecht werdende Maßnahme bleiben. Insbesondere die Vermittlung der Kodierrichtlinien und der Systematik des ICD-10-GM an die Pflegenden bereitete zum Teil erhebliche Probleme. Im Zuge der kontinuierlichen Weiterentwicklung dieser Verzeichnisse lässt sich ein aktueller Wissensstand nur mit großem wiederholten Schulungsaufwand erreichen.

Die Erfahrungen mit Medical Kodern in anderen Krankenhäusern und in einigen Fachabteilungen des Klinikums der Universität zu Köln sind im Vergleich zu dem dargestellten Projekt eindeutig der bessere Weg. Veränderungen im DRG-System sind von Kodierfachkräften sehr viel einfacher umzusetzen als in der Masse der im Pflegedienst Tätigen. Die im Verlauf des Projekts notwendigen personellen Ressourcen und die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte waren beträchtlich. Die Kosten im Bereich des Budgets der Pflegedirektion für die Freistellung und Schulung der Mitarbeiter beliefen sich auf rund 20 000 €.

Anschrift der Verfasser:

Jonathan Gawlitta,
Assistent in der Pflegedirektion am Universitätsklinikum Köln/
René A. Bostelaar,
Pflegedirektor am Universitätsklinikum Köln/
Ulrich Fehre,
Arzt im Medizin-Controlling am Universitätsklinikum Köln,
Kerpener Straße 62, 50937 Köln ■