

Plausibilisierung im SwissDRG-System

Für die Tarifentwicklung ist es wichtig, am Jahresende einen möglichst korrekten Datensatz vorweisen zu können. Nach jeder Datenlieferung im Frühling schickt SwissDRG eine Rückmeldung der Plausibilisierung, inklusive der Fälle, die anhand ihrer Plausibilisierung nicht berücksichtigt werden. Wissen Sie in Ihrem Hause, wer für die Rückmeldungen zuständig sind? Es besteht die Möglichkeit, Fälle zu verteidigen oder Daten anzupassen.

Idealerweise sollen jedoch vor der Datenlieferung und vor dem Jahresabschluss möglichst viele Fehler im Datensatz gefunden und eliminiert werden. Viele Plausibilisierungsrückmeldungen weisen auf eine Unterkodierung hin, daher ist eine Auseinandersetzung mit Datensatzabgleichen auch von finanziellem Interesse.

Nebst einigen wichtigen gynäkologischen, geburtshilflichen und chirurgischen Themengebieten möchten wir einige allgemein-internistische relevante Themen als Vorschläge für Abgleiche auflisten:

Medizincontrolling (Optimierung für die Kodierdaten):

- Fehlender IPS-/IMC-Code aber mit NEMS-Punkten
- Dauer der künstlichen Beatmung länger als die Aufenthaltsdauer
- Aufenthalt in einer IPS / IMC länger als die Aufenthaltsdauer
- Mehr als ein Code für die IPS / IMC Komplexbehandlung
- Code für die IPS / IMC Komplexbehandlung nicht vereinbar mit Alter
- Beatmungsstunden ohne kodierte IPS-Stunden
- Aufenthaltsdauer gleich Null / negativ, resp. Ein- und Austritt am selben Tag ohne Verlegung oder Todesfall (\rightarrow ambulanter Fall?)
- Fehlende Ein- und Austrittsvariablen
- Fehlende Hauptdiagnose / sonstige fehlende gruppierungsrelevante Informationen
- Mehr als ein Code für Pflege-Komplexbehandlung
- Dialyse- / Apherese Kosten ohne entsprechenden CHOP-Code
- Mehrfache Codes für dieselben Transfusionen
- Transfusion ohne Kosten
- Hohe Materialkosten (>2000 Fr) aber keine Procedurencodes

Finanzcontrolling (Optimierung der Kostenträgerrechnung):

- Hohe Gemeinkosten für die Ärzteschaft pro Tag (>2500 Fr), VWD > 1
- Hohe Tageskosten in der Hotellerie (>500 Fr) bei Allgemeinversicherten
- Aufenthalt in einer Intensivstation mit < 40 Fr Kosten pro Intensivstunde
- Aufenthalt in einer IMC mit < 25 Fr Kosten pro IMC-Stunde
- Medikamentenkosten > 20000 Fr ohne hochteure Medikamente
- Medikamentenkosten zu tief, resp. 0
- Tageskosten > 6'500 Fr mit VWD > 50 Tage
- Tageskosten > 8'000 Fr mit VWD 21-50 Tage
- Tageskosten > 12'000 Fr mit VWD 10-20 Tage
- Tageskosten > 16'000 Fr mit VWD 5-9 Tage
- Tageskosten > 22'000 Fr mit VWD < 5 Tage
- Tageskosten für Ärzteschaft < 20 Fr

Fokus intensivmedizinische Datenerfassung

Viele Themen scheinen auf den ersten Blick nicht direkt klinisch relevant zu sein, jedoch betreffen die meisten Problemerfassungen den klinischen Prozess. Beispielsweise ist die korrekte Erfassung des MDSi-Datensatzes Aufgabe des intensivmedizinischen Behandlungsteams, und nicht die der medizinischen Kodierung. Ein gegenseitiges Verständnis der Prozesse fördert die Dokumentations- und Abrechnungsqualität. Beispielsweise hilft es auch der Klinik zu wissen, wie in Ihrem Hause die MDSi-Daten erfasst und wem diese wo und wie angezeigt werden. Es gibt Häuser, bei denen die NEMS- und SAPSII-Erfassung bereits auf der IPS automatisch verläuft, an anderen Orten wird dies komplett manuell ins System erfasst. Unterschiede gibt es auch bei der Kodierung. In gewissen Spitätern werden die IPS-Daten direkt in die Abrechnungsdatensätze übertragen und direkt ein passender CHOP-Code generiert. In anderen Spitätern muss die Kodierung den MDSi-Datensatz manuell abrufen und selbst eingeben. Diese sind auf die Dokumentation des intensivmedizinischen Aufenthaltes in den Austrittsberichten angewiesen. Aber auch bei der ersten vollautomatischen Variante ist es wichtig, den Ablauf zu verstehen. Beispielsweise können bei Korrekturen Fehler entstehen, vor allem wenn wie Rechnung schon abgeschlossen ist. Somit sollte bei Korrekturen der Klinik die medizinische Kodierung informiert werden.

Anmerkung Plausibilisierungsregeln: Die effektiv angewendeten Plausibilisierungsregeln werden von der SwissDRG AG jährlich definiert und angewendet und nicht offiziell kommuniziert. Die von der Plausibilisierung betroffenen Fälle werden jedem Spital zurückgemeldet. Die Rückmeldungen kommen meist in der Finanzabteilung an. Sehr empfehlenswert ist die nachfolgende Kommunikation zu allen Beteiligten, wie medizinische Kodierung, Medizincontrolling und Klinik, für eine optimale Verarbeitung der Plausibilisierungsrückmeldungen.