

TIP HCe – Die Herausforderungen 2020 meistern!

 TIP HCe

AGFA 
HealthCare

Wörterbuch

Nach einem Begriff suchen 

 **He·r·aus·for·de·rung**
/Heraúsforderung/

Substantiv, feminin [die]

1. Aufforderung zum Kampf

2a. **SPORT**
das **Herausfordern** (1b)
"sein Recht auf Herausforderung wurde bestätigt"

Ähnlich

1. **Brüskierung** **Kampfansage** **Affront** **Provokation** **Aufforderung zum Tanz**

2. **Aufgabe** **Problem** **Schwierigkeit**

 Übersetzungen, Wortherkunft und weitere Definitionen

Polemik & Studien

- Struktur der KH-Landschaft
- KH-Bashing in der Mitte der Gesellschaft angekommen
- Nichteinhaltung der Investitionszusagen

Altbekannte Herausforderungen:

- Mindestmengenregelung
- Pflegepersonaluntergrenzen – Verschärfung des Tons und der Vorgaben
- Richtigkeit der Abrechnung

Neue (Agenda):

- MDK - Reformgesetz
- Pflegepersonaluntergrenzen – Steuerung
- Pflexit (Veränderung der DRG-Systematik)

Herausforderungen 2020

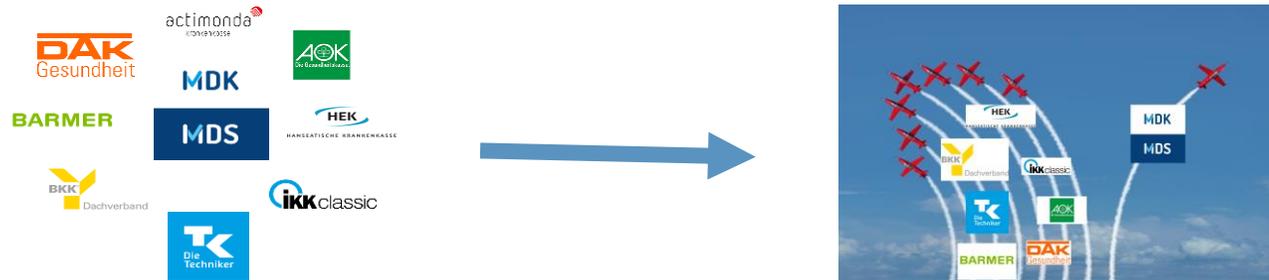


MDK – Reformgesetz

TIP DAY 2019

Andreas Seewald
Product Manager Coding
Agfa HealthCare

- Stärkung der Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung



- Schaffung von Anreizen einer regelkonformen Abrechnung
- Herstellen von Transparenz über das Prüfgeschehen
- Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Abrechnungsprüfung





Prüfquote und Rückzahlung



Katalog nach § 115b SGB V – AOP



Strukturprüfung nach § 275d SGB V



Datenübermittlung



Weitere Anpassungen Prüfablauf



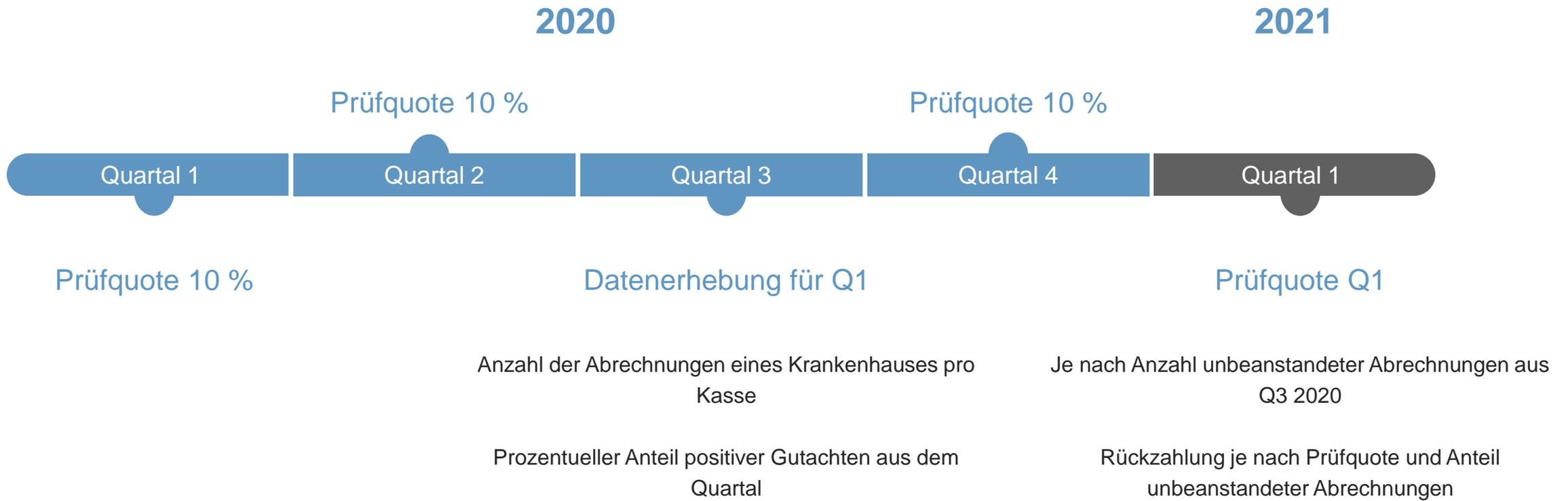
Schlichtungsausschuss Bund



- Im Jahr 2020 Prüfquote von bis zu 10 % der bei den Kassen eingegangenen Abrechnungen eines Krankenhauses pro Quartal.
- Ab 2021 gestaffelte Prüfquote je nach **Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen**
 - **Unbeanstandeter Abrechnungen über 60 %:** Prüfquote max. **5 %**
 - **Unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 % - 59 %:** Prüfquote max. **10 %**
 - **Unbeanstandeter Abrechnungen unter 40 %:** Prüfquote max. **15 %**
 - **Unbeanstandeter Abrechnungen unter 20 % oder systematische Falschabrechnung:** Prüfung auch **über Quote** hinaus erlaubt.
- **Unbeanstandete Abrechnung:** Anteil der Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nach der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages in dem betrachteten Quartal führen.
- Krankenkassen, die in einem Quartal von einem Krankenhaus weniger als 20 Schlussrechnungen erhalten, können unabhängig von der Höhe einer Prüfquote höchstens eine Schlussrechnung prüfen lassen.
- Prüfungen durch die Krankenkassen, die zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Vorfeld einer Beauftragung des MD erörtert werden, unterliegen **nicht** der quartalsbezogenen Prüfquote.

- Ab 2021 besteht für die Leistungserbringer eine Rückzahlungsverpflichtung in Abhängigkeit korrekter Schlussrechnungen:
- Liegt die Prüfquote unter 5 % und der Anteil **unbeanstandeter Abrechnungen über 60 %**, muss der Leistungserbringer den Differenzbetrag zwischen Schlussrechnung und MDK-Prüfergebnis an die KK zahlen.
- Beträgt die Prüfquote maximal 10 % (**40 – 60 % unbeanstandeter Rechnungen**), besteht eine Rückzahlungsverpflichtung des Differenzbetrages zzgl. eines „Aufschlags“ von 25 %.
- Bei einem Anteil **unbeanstandeter Abrechnungen unter 40 %** und einer Prüfquote über 10 % ist zzgl. des Differenzbetrags ein „Aufschlag“ von 50 % zu leisten.
- Deckelung des „Aufschlags“ bei max. **1.500 €**





- Die quartalsbezogene Prüfquote wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und **veröffentlicht**. Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Quartal ist das Datum der Schlussrechnung.

- Bis zum 30. Juni 2021 muss auf Grundlage eines Gutachtens durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung
 - ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen
 - eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzteerstellt werden.

- Hierzu soll ein Gutachten bis zum 31.03.2020 beauftragt werden, was den Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulanten Leistungen aufzeigt.

- Auch sollen Tatbestände bestimmt und aufgenommen werden, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann.

- Die Vereinbarung ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen.

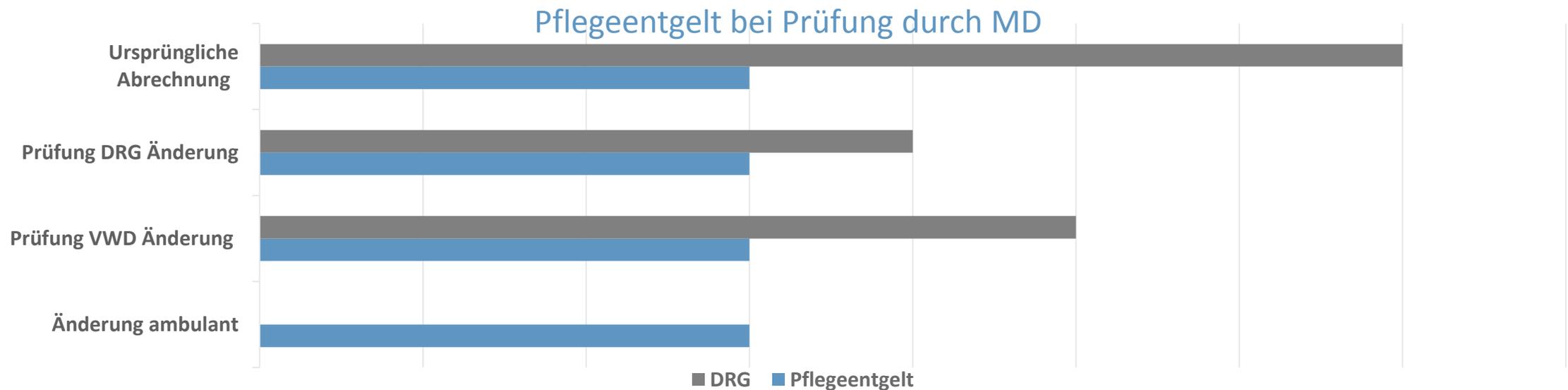
- Leistungserbringer müssen die Strukturmerkmale der Operations- und Prozedurenschlüssel, bevor sie abgerechnet werden dürfen, durch den MD überprüfen lassen.
- Durch den Medizinischen Dienst Bund wird gemäß § 283 SGB V eine Richtlinie zur Begutachtung der Strukturmerkmale erstellt.
- Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst in schriftlicher oder elektronischer Form das Gutachten und bei Einhaltung eine Bescheinigung über das Ergebnis und Angaben, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden.
- Für die Vereinbarungen 2021 muss die Bescheinigung bis 31.12.2020 von den Leistungserbringern an die Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen übermittelt werden.
- Erfüllen Leistungserbringer die Strukturmerkmale nicht, dürfen diese Leistungen für 2021 **nicht** vereinbart und abgerechnet werden.
- Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von **mehr als einem Monat nicht mehr einhalten**, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.



- Ab dem **01. Januar 2021** darf die Übermittlung aller Unterlagen, die zwischen den Krankenhäusern und den MD auszutauschen sind, ausschließlich elektronisch erfolgen.
- Vereinbarung von Form und Inhalt zwischen DKG, GKV – Spitzenverband und MD Bund (muss noch vereinbart werden).



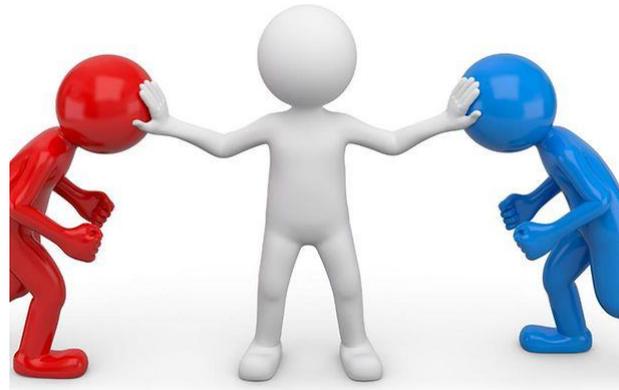
- Ausschluss der tagesbezogenen Pflegeentgelte aus den Prüfungen nach § 275 SGB V
- Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden nur insoweit umgesetzt, als sie keine Auswirkungen auf die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte haben.



- Nach einer Prüfung kann die DRG, die der Berechnung der Pflegeentgelte zugrunde liegt, von der abzurechnenden DRG abweichen.

- Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über pauschale Abschläge auf die Abrechnung geltender Entgelte für Krankenhausleistungen sind nicht zulässig.
- Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus **ausgeschlossen**, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist.
- Das Aufrechnen durch die Kassen bei einer offenen Forderung gegen ein Krankenhaus für Leistungen, die ab 01.01.2020 erbracht werden, ist **nicht** mehr zulässig.
- Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen.
- Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet **nur** statt, wenn zuvor die Rechtmäßigkeit der Abrechnung **einzelfallbezogen** zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert wurde.
- Die Frist zur Einleitung einer Prüfung nach § 275c wird von 6 Wochen auf **3 Monate** verlängert.

- Der Ausschuss hat für eine Entscheidung eine feste Frist von **8 Wochen ab Antragstellung**.
- Entscheidungen des Ausschusses sind für Leistungserbringer, Kostenträger und MD ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Entscheidung folgenden Monats unmittelbar **verbindlich** und gelten als Kodierregeln auch für alle zukünftigen Abrechnungen.
- Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum **31. Dezember 2020** über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.





VIELEN
DANK!

... für Ihre Aufmerksamkeit

- Schwachstellen analysieren
 - Detaillierte MDK-Vorgangs-Dokumentation
 - MDK-Vorgänge analysieren
 - MDK-Bericht ins monatliche Reporting
- Maßnahmen ableiten
 - Für Dokumentationsqualität sensibilisieren
 - Fallbegleitende Dokumentation
 - Korrekte Abrechnung
- Früherkennung der Prüfstrategien
 - Vorhersage der zu prüfenden Fälle - eher unsicher
 - Analyse der verlorenen Fälle

TIP HCe

MDK Übersicht

Cube: LOCALHOST\HCE-MASTER-DE\HCE_DEMOHAUS_SAP_MDK aufbereitet am: 23.01.2019 12:39

Filterdimensionen

Entlassungsdatum 2018
Ausgangs DRG GDRG 2018 MDK

MDK nach Kostenträger

Hauptkostenträgerart	Anzahl Fälle	301 maschinell über §301 angelegt	INT interne Bearbeitung	EXT externe Bearbeitung	Abgeschlossen				je Fall	Anteil in %	Verlauf	
					Abgeschlossen	KIA Klage	Ausgangsbetrag	Abschlussbetrag				strittiger Betrag
AOK	943	6	2	17	4	2.292	13.341.220 €	10.971.200 €	85.793 €	-2.370.020 €	-1.389	17,8%
BUK	149						5.536.881 €	4.461.834 €	77.315 €	-1.075.047 €	-1.139	19,4%
BEK	403		2				1.108.427 €	716.670 €	0 €	-391.758 €	-2.700	35,3%
BKK	227	2					2.040.628 €	1.704.823 €	0 €	-335.805 €	-620	16,5%
TKK	211		1				1.571.158 €	1.425.803 €	6.890 €	-145.354 €	-650	9,3%
IKK	143		4				1.054.782 €	915.479 €	1.588 €	-169.303 €	-600	15,6%
DAK	143						708.113 €	635.559 €	0 €	-72.554 €	-516	10,2%
KKH	24			1			793.111 €	694.482 €	0 €	-98.629 €	-620	12,4%
PBM	24				1		258.662 €	231.875 €	0 €	-26.788 €	-510	10,4%
Rest	34				1		85.481 €	69.520 €	0 €	-18.960 €	-600	21,4%
							150.997 €	115.154 €	0 €	-35.843 €	-600	23,7%

MDK nach Fachabteilung

Fachabteilungen	Anzahl Fälle	301 maschinell über §301 angelegt	INT interne Bearbeitung	EXT externe Bearbeitung	Abgeschlossen				je Fall	Anteil in %	Verlauf	
					Abgeschlossen	KIA Klage	Ausgangsbetrag	Abschlussbetrag				strittiger Betrag
Allgemeine Chirurgie	134	2	17	4	2.281	13.289.942 €	10.921.295 €	85.793 €	-2.368.648 €	-1.638	17,8%	
Gastroenterologie	132						1.180.380 €	1.009.848 €	10.754 €	-170.532 €	-1.200	14,4%
Geburtschilfe	22						583.412 €	465.975 €	1.070 €	-117.542 €	-600	20,3%
Gefäßchirurgie	31						1.108.427 €	716.670 €	0 €	-391.758 €	-2.700	35,3%
Gynäkologie	120		1		119	443.039 €	360.203 €	1.574 €	-82.837 €	-640	18,7%	
Innere Medizin	226		3	1	221	3.589.450 €	3.124.193 €	31.661 €	-369.257 €	-1.300	23,3%	
Kardiologie	747		4		740	4.212.114 €	3.590.124 €	14.097 €	-626.991 €	-600	14,9%	
Neurologie	156		3	1	151	1.253.611 €	1.068.853 €	14.408 €	-184.764 €	-1.200	14,7%	
Oncologie	167		2		163	917.469 €	752.270 €	0 €	-165.199 €	-1.400	18,0%	
Radiologie	61				61	121.227 €	55.594 €	0 €	-65.632 €	-1.000	54,1%	
Unfallchirurgie	344	1		4	335	1.760.159 €	1.480.805 €	9.953 €	-279.354 €	-800	15,9%	
Urologie	173				173	717.735 €	553.580 €	0 €	-164.155 €	-600	22,9%	

Top30 beanstandete DRG

Liste geladen (30 Zeilen)

DRG	Anzahl Fälle	CM eff Ausgang	CM eff Abschluss	CM eff Differenz	Betrag Ausgang	Betrag Abschluss	Betrag Differenz
G67C Oesophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, I	25	13.204	11.490	-1.804	53.500	31.086	-21.623
H41D Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerer Schw	10	9.184	8.140	-1.044	44.822	33.958	-10.864
G67B Oesophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, I	9	5.097	4.612	-485	19.238	11.208	-8.030
G47Z Andere Aszidose oder bestimmte toxischopische Ein	9	9.201	10.871	1.670	34.261	34.589	309
GT7Z Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungs	7	4.416	4.819	403	17.406	14.293	-3.113
G72A Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdau	6	2.350	2.250	-100	9.209	7.944	-1.265
G67A Oesophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, I	5	3.925	3.704	-221	20.323	16.493	-3.829
H62B Heilung eines Penisrose außer bilaterale Heilung	5	5.371	3.865	-1.506	21.255	11.615	-9.640
G61B Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerer s	5	5.894	3.870	-2.024	21.190	12.610	-8.580
G60B Bilaterale Heilung der Verdauungsorgane, ein Betrag	4	2.040	1.812	-6.072	9.966	31.607	25.641
G49B Komplexe therapeutische Gastrovrose mit aktivem CC in	4	5.487	5.487	0,000	19.946	19.946	0
G62Z Obstruktion des Verdauungstraktes	3	1.892	1.892	0,000	5.076	2.753	-2.323
K32B Verschiedene Stoffwechsellörungen außer bei Pat	3	2.299	1.917	-0.382	8.341	5.551	-2.791
L42D Intermediäre Fieber, mehr als ein Befundtag, ohne Dial	3	2.555	2.470	-0.065	11.200	9.036	-2.844
G70B Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	2	2.518	1.636	-0.882	8.879	4.179	-2.700
H12Z Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Regener	2	3.972	4.482	0.510	17.492	17.950	458
K22A Verschiedene Stoffwechsellörungen bei Patu / Ft	2	2.707	2.212	-0.495	10.840	6.802	-3.959
A61C Versagen und Abstößung eines Transplantates Natriu	1	1.117	0.995	-0.522	3.996	2.187	-1.810
K42Z Dialyse	1	0.800	0.814	0.014	3.906	3.154	-752
D62Z Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Inf	1	0.430	0.430	0,000	3.726	3.726	0
E34Z Interventive mechanische Komplexbehandlung + 508 / 152 / S	1	7.615	7.615	0,000	43.465	40.988	-2.467
E71D Neuabgaben der Atmungsorgane, ein Einlegungstag od	1	0.623	0.623	0,000	2.284	1.102	-1.182
E78A Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit k	1	1.756	1.182	-0.574	9.065	4.478	-4.587
F62C Herzrhythmus- und Schrittmacher ohne äußerer Schw	1	0.649	0.649	0,000	3.566	3.317	-250
F71B Nicht schwere bakterielle Amygdalitis und Erregungsabw	1	0.456	0.456	0,000	3.399	3.399	0
G53C Große Eingriffe an Magen, Oesophagus und Duodenum C	1	4.494	4.494	0,000	36.590	19.388	-17.202
G44Z Geratetechnische funktionelle Komplexbehandlung m	1	5.309	5.309	0,000	43.189	37.467	-5.722
G65A Koloskopie mit äußere schwerere oder schwere CC, I	1	1.752	0.800	-1.752	9.197	6	-9.187
G64B Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Ent	1	0.666	0.666	0,000	3.265	2.710	-555
GT7Z Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit auf	1	0.645	0.645	0,000	4.062	3.053	-1.009

Beanstandungsgründe

Liste geladen (7 Zeilen)

Anlass	Anzahl Fälle	CM eff Ausgang	CM eff Abschluss
REG MDK-Verf. dreif. Begehung	132	131.823	126.329
FB Faltensprechung	33	70.942	69.894
PV Pauschverfahrenbarung	6	9.743	10.253
VV Vorkaufverfahren (VV)	5	3.234	3.203
MVS MDK-Verf. nach VV Regel	1	1.986	0.771
PK Faltensprechung PKV/BG	1	0.064	0.064

TIP HCe

Prüfgegenstand je Fachabteilung

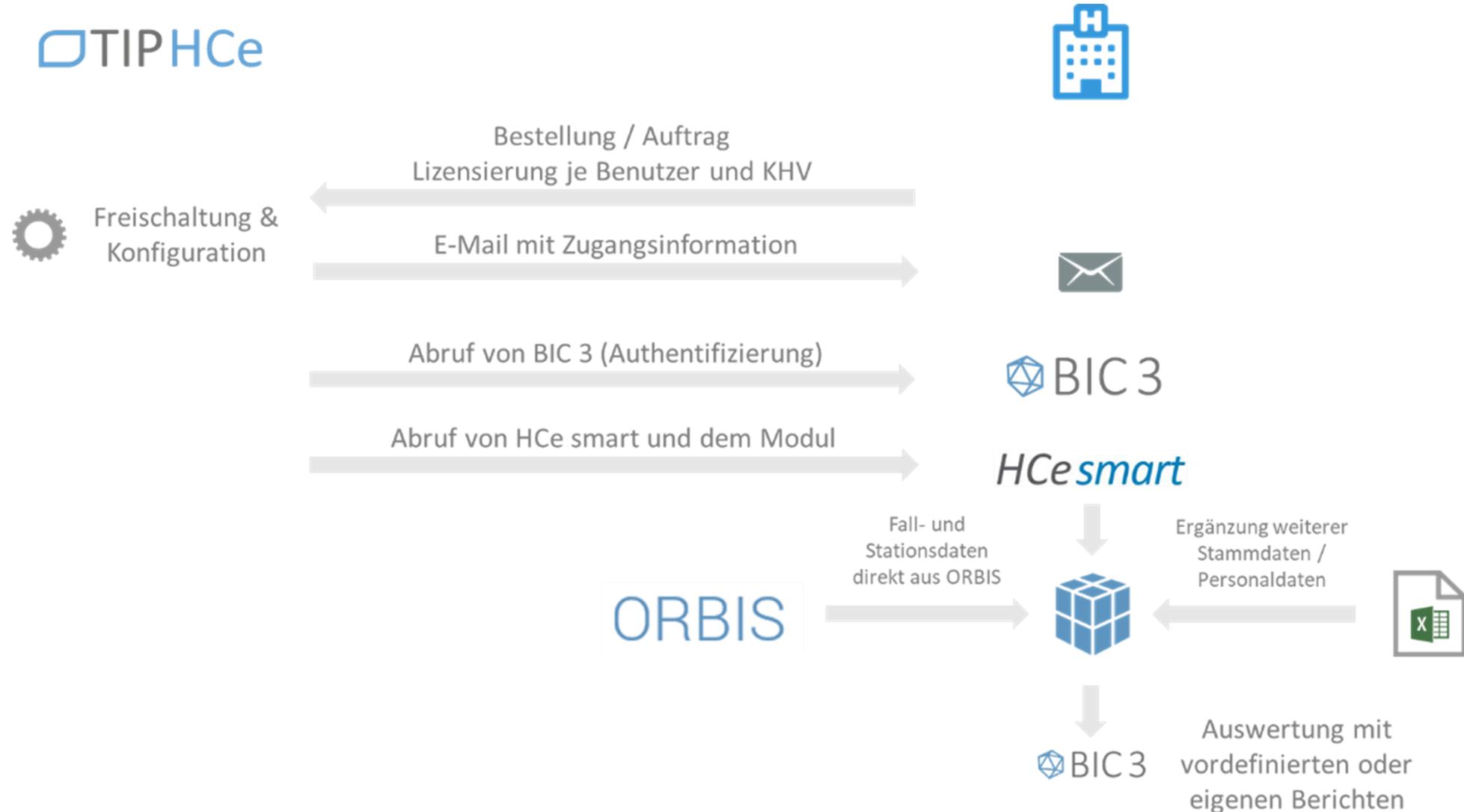
Cube: LOCALHOST\HCE_DEMOHAUS_SAP_MDK, aufbereitet am: 23.01.2019 12:39

Filter

Entlassungsfachliche OE Fachabteilungen
Ausgang DRG Rechnungsdatum Q.3.2018
Hauptkostenträger Hauptkostenträgerart

Liste geladen (128 Zeilen)

Fachabteilung / Prüfungsgegenstand	Q.4.2017				Q.1.2018				Q.2.2018				Q.3.2018			
	Anzahl Fälle	Anteil	Kürzungsbetrag	Anteil Kürzung	Anzahl Fälle	Anteil	Kürzungsbetrag	Anteil Kürzung	Anzahl Fälle	Anteil	Kürzungsbetrag	Anteil Kürzung	Anzahl Fälle	Anteil	Kürzungsbetrag	Anteil Kürzung
Gesamt	1.428	100,00%	28.871.263	100,00%	1.924	100,00%	3.997.096	100,00%	1.509	100,00%	3.858.122	100,00%	1.293	100,00%	8.016.943	100,00%
Allgemeine Chirurgie	93	6,51%	-211.974	11,33%	65	3,35%	-96.115	8,76%	77	5,10%	-179.960	4,66%	82	6,34%	-662.501	11,01%
SF sk. Fehlbildung	2	0,15%	-17.283	8,15%	0	0,00%	0,000	0,00%	1	0,07%	887	0,49%	23	28,05%	-124.327	18,77%
UGV UGV0	26	27,05%	-89.853	15,62%	17	26,15%	-19.023	19,79%	22	28,37%	-17.965	9,98%	15	18,29%	-49.353	7,45%
HD Hauptdiagnose	9	9,68%	-15.056	7,10%	5	7,69%	-6.800	7,07%	10	12,99%	-38.739	21,53%	10	12,50%	-48.475	7,32%
OPS OPS	16	17,20%	-65.434	30,87%	12	18,46%	-22.031	22,92%	12	15,58%	-34.524	19,18%	9	10,98%	-231.182	34,90%
PF prim. Fehlbildung	13	13,98%	-10.294	4,80%	10	15,38%	-8.661	9,01%	8	10,39%	-8.599	4,78%	8	9,76%	-14.563	2,20%
OOV OOV0	15	16,33%	-29.264	13,91%	9	13,85%	-963	0,99%	11	14,33%	-23.452	13,03%	6	7,32%	-48.902	10,40%
ND Nebendiagnosen	5	5,88%	-19.672	9,28%	4	6,15%	-13.763	7,04%	5	6,49%	-13.570	7,54%	5	6,10%	-63.028	9,51%
FV Fragen zu Voraussetz. b. Maßn.	1	1,08%	5.983	-2,82%	2	3,08%	-13.681	14,23%	1	1,30%	887	0,49%	3	3,66%	-22.289	3,36%
WK FZ (Wiederkehrer)	1	1,08%	-3.245	1,53%	2	3,08%	0	0,00%	5	6,49%	-41.356	22,37%	2	2,44%	-13.373	2,05%
BS Beamtung	2	2,15%	-23.443	11,06%	0	0,00%	0,000	0,00%	2	2,60%	0	0,00%	1	1,22%	-26.828	4,05%
Gastroenterologie	94	6,58%	-89.892	4,80%	56	5,47%	-34.378	3,13%	77	5,10%	-113.872	2,95%	101	7,81%	-417.291	6,94%
UGV UGV0	16	17,02%	-15.485	17,23%	17	30,36%	-14.832	45,14%	19	24,68%	-17.799	15,63%	24	23,76%	-50.965	12,21%
HD Hauptdiagnose	20	21,28%	-10.899	12,11%	10	17,86%	-12.434	36,17%	15	19,48%	-17.480	15,93%	18	17,82%	-74.066	17,50%
SF sk. Fehlbildung	2	2,13%	-2.207	2,46%	0	0,00%	0,000	0,00%	1	1,30%	-2.141	1,86%	18	17,82%	-48.806	11,70%
ND Nebendiagnosen	19	20,21%	-20.933	23,29%	7	12,50%	-6.375	18,54%	14	18,18%	-17.480	15,93%	10	9,90%	-48.200	11,55%
OPS OPS	3	3,19%	-15.602	4,01%	4	7,14%	-7.280	-21,18%	8	10,39%	-40.382	35,46%	9	8,91%	-56.148	13,46%
OOV OOV0	9	9,57%	2.052	-2,28%	5	8,93%	-6.300	18,33%	9	11,69%	-5.681	4,99%	8	7,92%	-45.959	10,78%
PF prim. Fehlbildung	16	17,02%	-15.034	16,73%	6	10,71%	-6.349	18,47%	7	9,09%	-5.538	4,86%	5	4,95%	-7.841	1,81%
WK FZ (Wiederkehrer)	5	5,32%	-10.275	11,43%	5	8,93%	11.693	-34,61%	2	2,60%	102	-0,09%	5	4,95%	-11.529	2,78%
ZE ZE	2	2,13%	-5.546	6,17%	2	3,57%	-7.058	20,53%	1	1,30%	-1.009	0,89%	2	1,95%	-7.132	1,71%
BS Beamtung	2	2,13%	-7.971	8,87%	0	0,00%	0,000	0,00%	0	0,00%	0,000	0,00%	1	0,99%	-62.853	15,06%
UGV UGV0	7	0,00%	0,000	0,												



- Anzahl Patienten / Anzahl Pflegekräfte
für ausgewählte Bereiche -> nur bedingt ein Ausdruck der Personalbelastung und Betreuung der Patienten
- Ziel: Gegenüberstellung der Pflegelast
 - Etablierung nicht nur auf PpUGV-Stationen
 - Darstellung der aktuellen Situation (LIVE)
 - Steuerungsmonitor statt Berichtsmonitor
- Basis
 - Aktuelle Belegung (inkl. Warteliste / gepl. Aufnahmen /gepl. Entlassungen)
 - Bettensituation (Notbetten, belegte B., freie B. nach Geschlecht)
 - Personal (PHK, PFK)
 - Pflegegrad der Patienten
 - PPR- letzte Einstufung (Komplettaufwand)
 - PKMS (Anzahl begonnen Fälle)



Pflegelast

Pflegepersonal

- Clemenshospital Münster

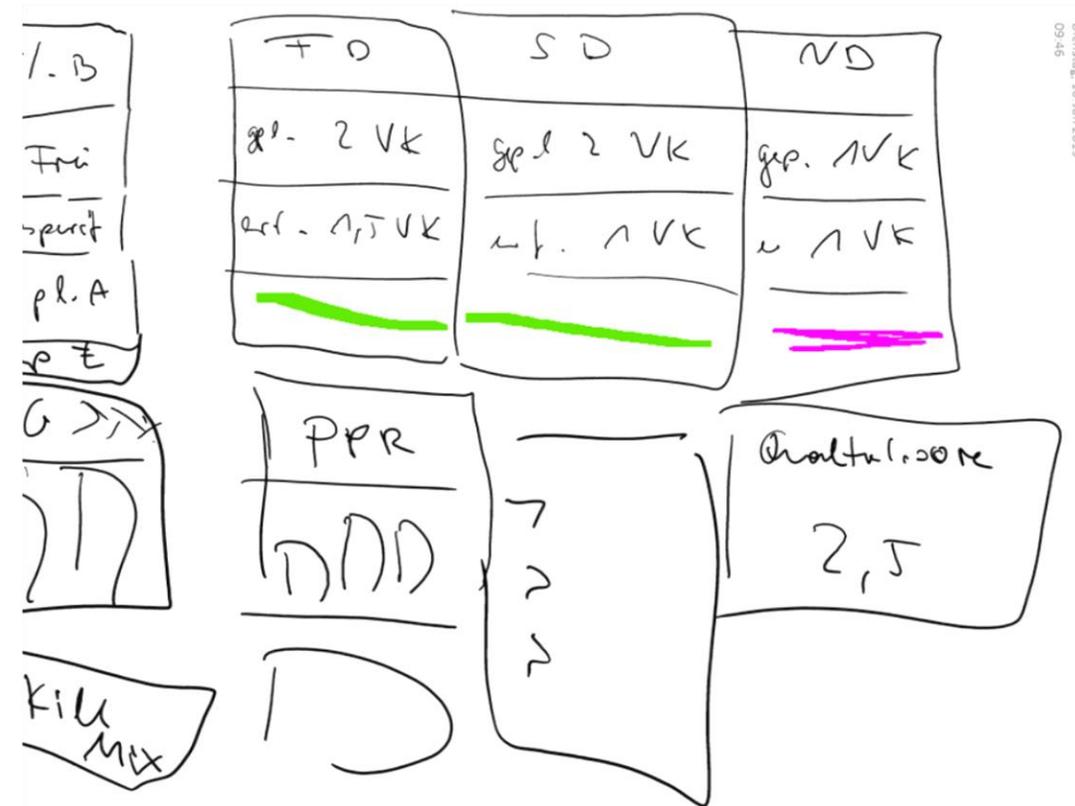


- Zeitplan:

11/2019	Fertigstellung Beta-Version
12/2019	Vorstellung VKKD
01/2020	Inbetriebnahme im Clemenshospital
03/2020	Vorstellung auf dem DRG-Forum

Gesamt	30
davon Notbetten	5
bedigt	20
Frei	6
Sperrort	2
W J / m 3	

Sppl. Aufw.	5
Sppl. Entl.	7



Bettenbelegung
TIPHCe

aufgestellte Betten
1151

belegte Betten
367

freie Betten
778

gesperrte Betten
6

Auslastungsgrad

31.89%

Organisation

- Betriebsstätte Akut
- Betriebsstätte Reha
- Behandlungszentrum Vogtareuth
- Betriebsstätte 1 CH
- ORBIS Central Hospital
- Betriebsstätte akut 2

Status

Alle auswählen	Belegt	Gesperrt	Notbett
Allgemein	Frei	Nicht Frei	Unbek

Gebäude

- DEMO - Krankenhaus
- ORBIS Demo Krankenhaus 2
- ORBIS Demo Krankenhaus Belgien
- ORBIS International Hospital
- Schweizer Spital

Freie Betten nach Raum und Geschlecht

Station	Raum	Gemischt	Männlich	Unbestimmt	Weiblich
ALLGEMEIN 1	Zimmer 1				7
	Zimmer 2				6
	Zimmer 3				7
Allgemeine Psychiatrie I ST 25	Patientenzimmer- 2...		1		
	Patientenzimmer -2...				1
	Patientenzimmer -2...				1
	Patientenzimmer-25...		2		
	Patientenzimmer-25...		1		
Intensivstation 2	Intensiv-137		1		
	Intensiv-138				2
	Intensiv-139				1
	Intensiv-140				2

Bettsperrungen inklusive Begründung

Raum	Bett	Anzahl Betten	Information
Patientenzimmer-230	Gang	1	Bettsperrung: Bett ist reserviert
Patientenzimmer-239A	Fenster	1	Bettsperrung: Bett ist reserviert
Patientenzimmer-2703	Zimmer 2703 Gang	1	Bettsperrung: Schwieriger Patient
Patientenzimmer-508	Zimmer 508 Fenster	1	Bettsperrung: reserviert ZNA
Patientenzimmer-512	Zimmer 512 Notbett	1	Bettsperrung: Gesperrt wg. ii
Patientenzimmer-610	Fenster	1	Bettsperrung: Bett ist reserviert
Gesamt		6	

Übersicht freie Betten nach Geschlecht

● Gemischt ● Männlich ● Unbestimmt ● Weiblich

Station	Männlich	Weiblich	Gesamt
ZPA	14	6	20
ST25	4	2	6
ST12	3	5	8
ST13	2	2	4
ST5	4	4	8
ST26	6	2	8
ST27	5	3	8
RE1	2	4	6
RE2	8	14	22
RE3	4	18	22
RE4	0	28	28
RE5	0	30	30
RE6	0	38	38
RE7	0	20	20
ST1	4	4	8

Warteliste

Station	Geplant Station	Warteliste Station
ZPA		1293
ST25		1724
ST12		431
ST13		862
ST5		2155
SONK		431
ST27		2586
RE1		862
RE2		862
RE3		1293
RE4		431
RE5		431
ST1		10620
ST10		1293
ST11		1724

Belegungsliste

Station	Raum	Bett	Familienname	Vorname	Geschlecht	Alter Jahre	Anzahl Betten
ALLGEMEIN 1	Zimmer 1	Bett 1-1	no	no	no		1
		Bett 1-2	no	no	no		1
		Bett 1-3	no	no	no		1
		Bett 1-4	no	no	no		1
		Bett 1-5	no	no	no		1
		Bett 1-6	no	no	no		1
		Bett 1-7	no	no	no		1
	Zimmer 2	Bett 2-1	no	no	no		1
		Bett 2-2	no	no	no		1
		Bett 2-3	Hummel	Klara	W	29	1
		Bett 2-4	no	no	no		1
		Bett 2-5	no	no	no		1
		Bett 2-6	no	no	no		1
		Bett 2-7	no	no	no		1

Vortrag zum Thema im Anschluss durch Dr. Fiori

„Vergütungssystem für Pflegepersonalkosten und Auswirkungen auf das G-DRG-System“

Fragen des Controllers

- Abbildung des Pflegeanteils in der Abrechnung
- daraus resultierend Abbildung im MCO
- Wie kann man Vorjahresvergleiche realisieren?
- Planung – wie kann für nächstes Jahr geplant werden
- Wie stellt sich der Pflexit in der Auseinandersetzung mit dem MDK dar?

Antwort(versuch) durch unseren Entwicklungsleiter, Herrn Stieg.

Grouping und Planung

- Übergangsgrouping
- DRG Simulation
- DRG Planung

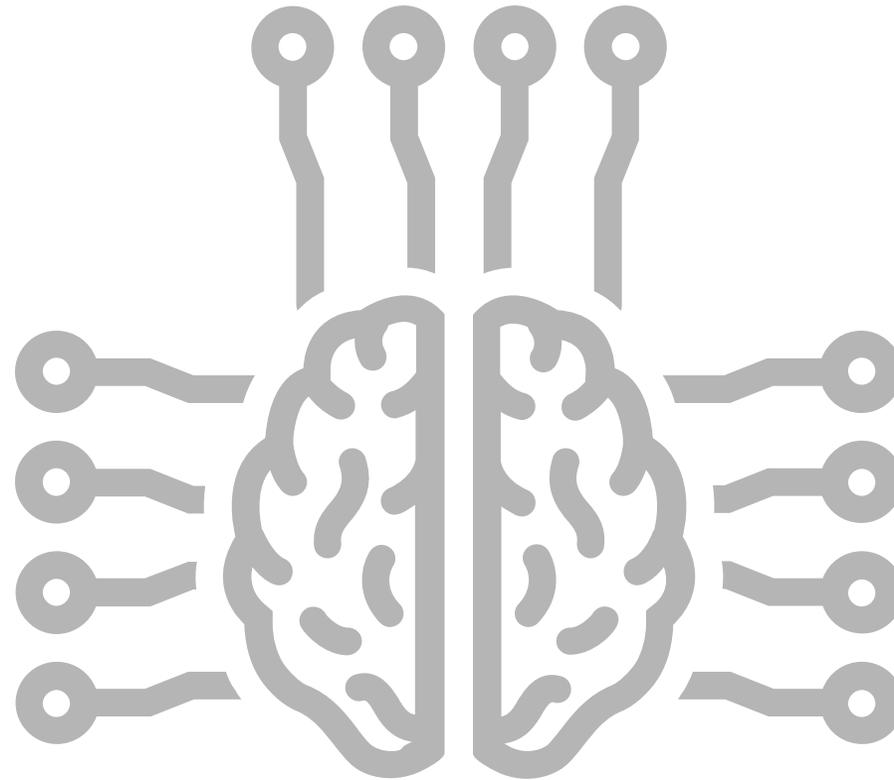
Anpassungen im MCO Cube

- Pflege Bewertungsrelation/Tag
- Pflege Bewertungsrelation
- Pflege Erlös/Tag
- Pflege Erlös
- Erlös gesamt (DRG Erlös + Pflege Erlös)

Anpassungen im Berichtswesen

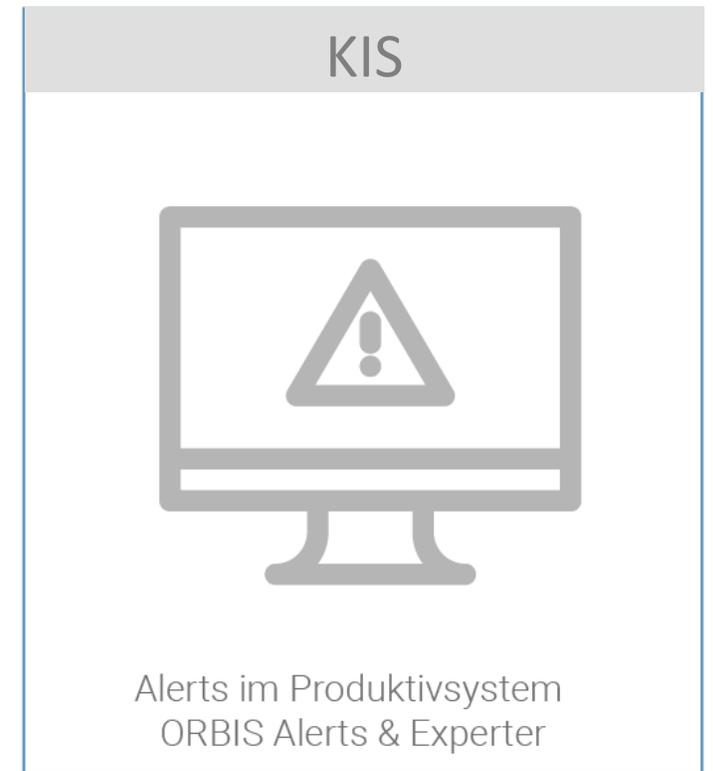
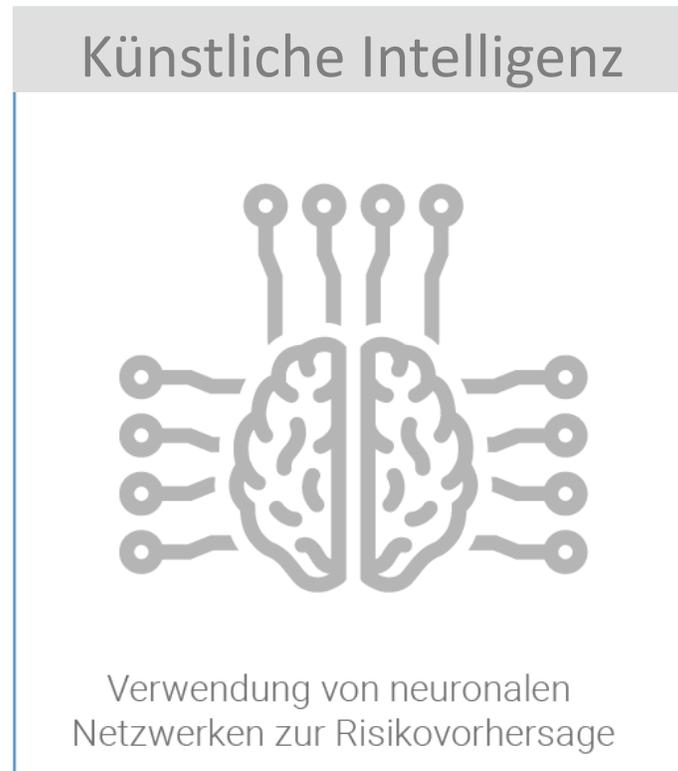
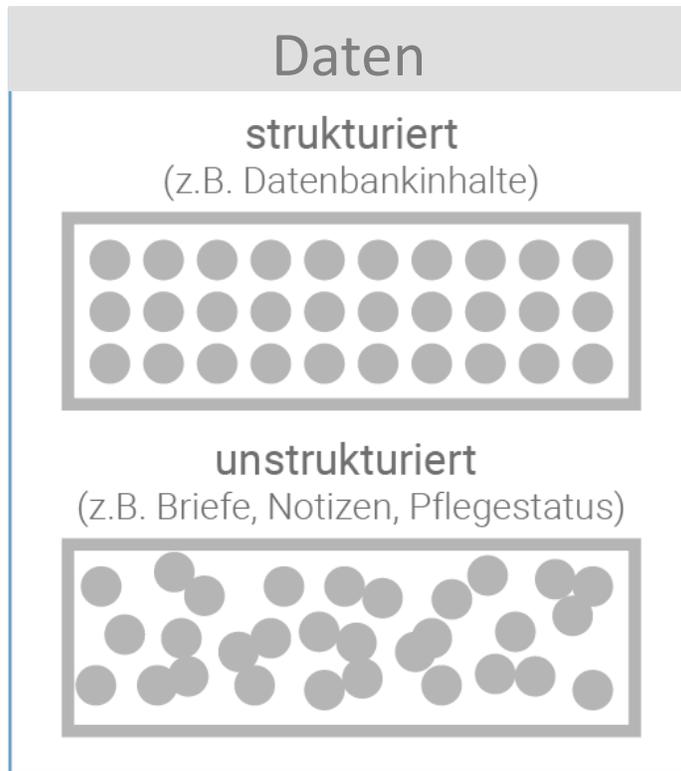
- Mehrjahresvergleiche über Erlös (nicht Casemix)
- Casemix-Vergleiche nur mit Übergangsgrouping

Künstliche Intelligence / Clinical Analytics



- Unterstützung für Ärzte, Pflege und Interventionsteams
- Verbesserung der Behandlungsqualität / Patientensicherheit auch dort, wo das detektierte Krankheitsbild sonst ggf. nicht im Fokus steht
- Kein Programm zur Vorwegnahme von Therapieentscheidungen

Clinical Analytics benötigt **strukturierte und unstrukturierte Daten** um treffende Vorhersagen treffen zu können.

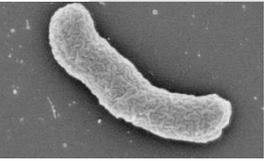




- Ca. 1/3 der internist. Patienten (> 70 Jahre) entwickeln ein Delir im Krankenhaus
- häufigste postoperative Komplikation beim alten Menschen
- ca. 40% der Pat. mit prox. Femurfraktur entwickeln ein postop. Delir (bei Aorteneingriffen sogar über 50%)
- Delir ist prognostisch relevant ¹⁾⁺²⁾ :
 - Letalität steigt signifikant 3,9% → 22,9%
 - bis zu 10 Tage längeren Aufenthaltsdauer
 - schlechteres Behandlungsergebnis
- G-BA: „Das Delir ist zweifelsfrei ein medizinischer Notfall, der vermieden oder zeitnah diagnostiziert werden muss.“
 - Erprobung Qualitätsvertrag „Prävention des postop. Delirs von älteren Patienten“

1) Shi Q, Presutti R, Selchen D, et al.: Delirium in acute stroke: a systematic review and meta-analysis. Stroke 2012; 43: 645–9.

2) Sato K, Kubota K, Oda H, et al.: The impact of delirium on outcomes in acute, non-intubated cardiac patients. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care 2017; 6: 553–9.



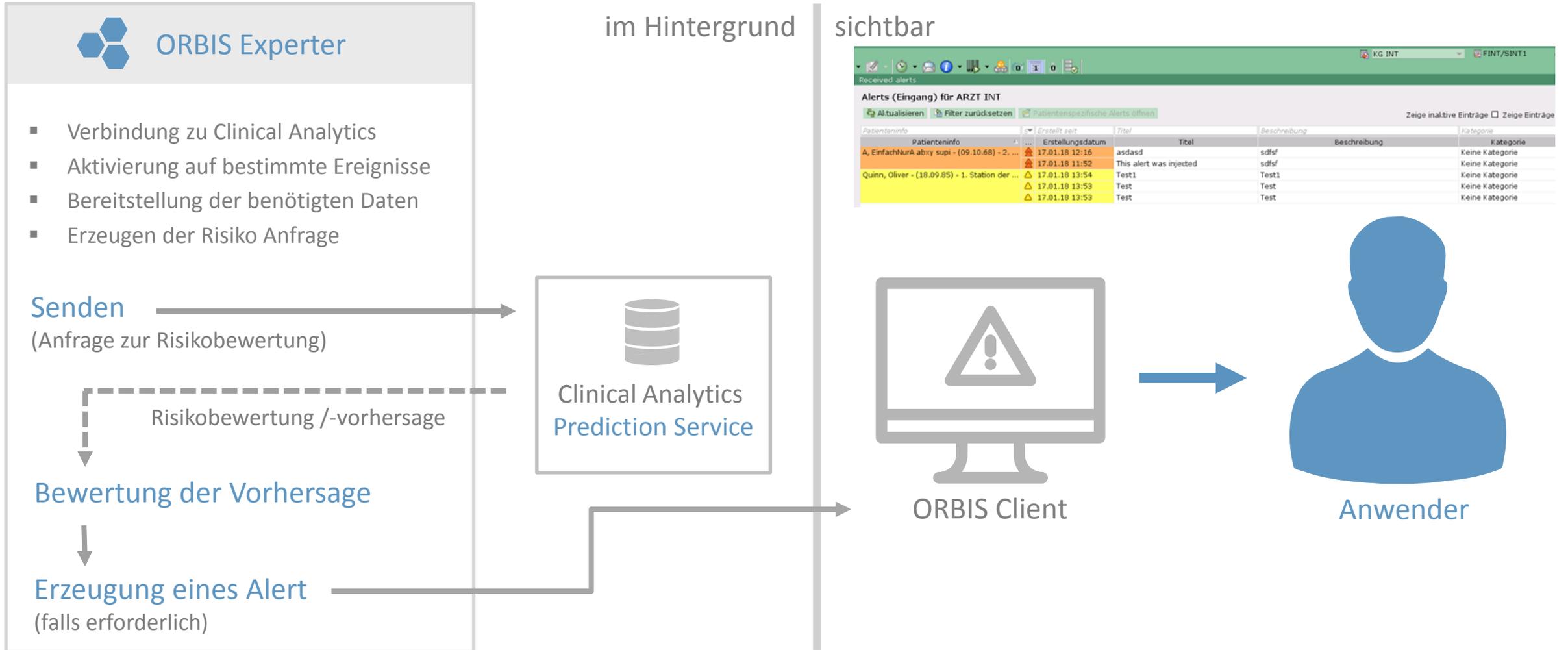
- 2013: ca. 280.000 Patienten mit Diagnose Sepsis (Deutschland)
- ca. 68.000 Patienten verstarben davon (24%).
- Eine Sepsis ist ein medizinischer Notfall und erfordert sofortige Behandlung

Quelle: Deutsches Qualitätsbündnis Sepsis

- 8.000 bis 10.000 Todesfälle pro Jahr aufgrund von Sepsis könnten in Deutschland durch eine adäquate und frühzeitige Therapie verhindert werden

Quelle: Bloos et al., Critical Care, 2015

- G-BA-Beschluss: Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) soll Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Behandlung der Sepsis entwickeln.



■ Datenschutz

- Frühzeitig einbinden,
- Behandlungsverträge prüfen,
- Daten eingrenzen (nicht alle Daten, sondern die richtigen Daten sind wichtig)

■ Fehler in den Daten („Daten sind das neue Öl“)

- Dokumentation zum falschen Fall
- Einträge in falschen Feldern (Kinderkrankheiten, Lebenssituation)
- Gut gelabelte Daten zwingend erforderlich

■ Fehler im Training

- Fremde, unbekannte Modelle („bewährt in US“)
- Falsche Zusammenstellung von Trainingsdaten – z.B. zu seltenen Erkrankungen



- **Unrealistische Versprechungen**
insbesondere von branchenfremden Startups (Vorhersage von Blitzeis)
- **Integration**
Ohne Integration sind die besten Ergebnisse wirkungslos
- **Organisation**
Was soll mit den Ergebnissen geschehen – Delir-Vorhersage
- **Alert Fatigue**
Mögliche Überflutung mit Warnungen erreicht das Gegenteil
- **Medizinprodukt**
Produktive Anwendung von CDS-Systemen bedingt Zertifizierung



PFLEXIT



Ralph Szymanowsky | Agfa HealthCare
Business Development Manager BI & Analytics

M +49 175 5845 115