Wolfram Fischer

Bei Eintritt noch nicht vorhandene Diagnosen

Erweiterung des amerikanischen Medicare-Minimaldatensatzes
um einen «Present on Admission»-Indikator

November 2007

«Present on Admission» (POA)

Ab 2009 wird es in den USA für bestimmte Komplikationen und Diagnosen, die erst während des Krankenhausaufenthaltes aufgetreten sind, keine Medicare-Vergütung mehr geben. Damit ist auch gleich die Frage geklärt, wozu der «Present on Admission»-Indikator, der seit Oktober 2007 erhoben wird, dienen soll: Der mit finanziellen Anreizen verknüpften Qualitätssicherung.

Im Medicare-Falldatensatz der Krankenhäuser muss zu allen diagnostizierten Krankheiten vermerkt werden, ob sie bei Eintritt bereits vorhanden waren oder nicht.

Terminierung: Zeitpunkt des Antrags zur stationären Aufnahme

«Bei Eintritt» heisst gemäss den POA-Guidelines: im Moment des Antrages zur stationären Aufnahme ins Krankenhaus. (Bei Neugeborenen gilt als Zeitpunkt der stationären Aufnahme die vollendete Geburt.)[1]

Bei Eintritt bekannt sind also insbesondere chronische Krankheiten. (Es ist nicht nötig, sie extra neu zu diagnostizieren.) Ebenso Verdachtsdiagnosen, die bei Eintritt vermutet werden, sowie kongenitale Schädigungen. Im Weiteren folgt aus der Definition, dass auch Diagnosen, die z. B. während einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder auf der Notfallstation auftreten, «bei Eintritt» als bereits vorhanden vermerkt werden sollen.

Codierung

Der «POA-Indikator» wird wie folgt codiert:[2]

- `Y` = Ja: Diagnose war bei Krankenhauseintritt vorhanden.
- `N` = Nein: Diagnose war bei Krankenhauseintritt nicht vorhanden.
- `U` = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation.
- `W` = Klinisch unbestimmt: Der Leistungserbringer war nicht in der Lage, aus klinischer Sicht festzustellen, ob die Diagnose bei Eintritt vorhanden war oder nicht.
- `1` = POA-Indikator muss für diese Diagnose nicht gemeldet werden.

Beispiele

Beispiele von Diagnosen, die bereits bei Eintritt vorhanden waren:[3]

- Diabetes (Y), Asthma (Y), Bluthochdruck (Y).
- Patient wurde zur genaueren Diagnostizierung bei Kachexie (Auszehrung) aufgenommen. Die Austrittsdiagnose lautete Lungentumor mit Metastasen (Y).
- Oberschenkelfraktur (Y) infolge eines Sturzes aus dem Bett in der Notfallstation.

Beispiele von Diagnosen, die erst während dem Krankenhausaufenthalt auftraten:

- Oberschenkelfraktur (N) infolge eines Sturzes aus dem Bett auf der Station.
- Postoperatives Fieber mit Verdacht auf postoperative Infektion (N).
- Lungenembolie (N) nach Bypass-Operation.
- Ein Patient wird mit Hepatitis B aufgenommen. Im Krankenhaus fällt er in ein Koma. Der ICD-Code zur «akuten Virushepatitis B mit Koma» erhält den POA-Code N, weil ein Aspekt der Diagnose (nämlich «mit Koma») erst nach Eintritt auftrat.

[1] DHHS [POA Guidlines, 2006]: 1+5.
[2] Freie Übersetzung des Autors gemäss CMS [POA, 2007]: 3.
[3] Beispiele nach DHHS [POA Guidlines, 2006]: 10 ff.

Qualitätsindikator, der mit finanziellen Konsequenzen verknüpft wird

Die Einführung des POA-Indikators ist interessant, da er gewisse Qualitätsaspekte messbar machen will. Ab 2009 soll er dann dazu verwendet werden, ausgewählte Diagnosen, die erst während des Krankenhausaufenthaltes auftraten, nicht mehr zu vergüten. Entsprechend markierte Diagnosen werden nicht mehr CC-relevant sein.[4] Grundsätzlich ist dieses Anliegen systemkonform. Problematisch ist die Fokussierung nur auf ausgewählte Komplikationen. Damit besteht die Gefahr, die Gesamtqualität der Behandlungen zu vernachlässigen, denn es entsteht ein grosser Anreiz, hauptsächlich die aus finanzieller Sicht «kritischen» Diagnosen zu vermeiden oder möglichst bereits bei Eintritt zu diagnostizieren.

Andere Lösungen

Die Unterscheidung zwischen Krankheiten, die im Krankenhaus erworben wurden, und vorbestehenden Problemen ist nicht neu.

Diagnosetyp im CMG-System

Im Minimaldatensatz zum kanadischen CMG-System wird seit mindestens 1997 zwischen Diagnosen «vor Eintritt» und «nach Eintritt» unterschieden.[5]

Qualitätsindikatoren im PMC-System

Im PMC-System gab es eine Hauptkategorie 44 «Chirurgische Komplikationen» mit 16 PMCs und seit der 5. Version zusätzlich eine Hauptkategorie 50 «Komplikation/Ergebnis» mit 12 PMCs. Ausserdem wurden als spezielle Qualitätsindikatoren «Komplikationen» und «nosokomiale Infektionen» gemeldet.[6]

«Disease Staging»: Stadien der Krankheiten

Im Disease-Staging-System sind 95 Komplikationen definiert. Damit werden Komplikationsraten bestimmt. Wenn der aktuelle Patientenzustand sowohl bei Eintritt wie auch bei Austritt codiert wird, kann die Verbesserung oder die Verschlechterung des Krankheitszustandes im Verlaufe des Krankenhausaufenthaltes festgestellt werden.[7]

ICD-10-GM: 1 Code für externe Qualitätssicherung

In der ICD-10-GM existiert seit der Version 2008 in der Gruppe «Sekundäre Schlüsselnummern für Zwecke der externen Qualitätssicherung» ein (einziger) POA-Code: «`U69.00!`». Er steht für «anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter». Dieser Code muss nur von Krankenhäusern, die zur gesetzlichen Qualitätssicherung verpflichtet sind, zusätzlich zu den bisherigen ICD-Codes für Pneumonien rapportiert werden. Zu melden ist er bei Pneumonien, deren «Symptome und Befunde . . . frühestens 48 Stunden nach der Aufnahme in ein Krankenhaus auftreten oder sich innerhalb von 28 Tagen nach der Entlassung manifestieren.»[8]

Diese Bestimmungen zeigen, dass die theoretische Frage nach den «im Krankenhaus erworbenen Krankheiten» nicht immer einfach und ohne definitorische Hürdenläufe für die alltägliche Codierungspraxis umgesetzt werden kann.

[4] Konsequenterweise müssen solche Fälle auch von der Kostengewichtsberechnung ausgeschlossen werden.
[5] Vgl. CIHI [Grouping Methodologies, 2004]: 6.
[6] Vgl. PRI [PMC-Rel.5, 1993]; Fischer [PCS, 1997]: 211 ff + 480; Neubauer et al. [PMC-Prüfung, 1992]: 243 ff + 350.
[7] Vgl. Fischer [PCS, 1997]: 238; Gonella et al. [DS-ClinCrit, 1994].
[8] DIMDI [ICD-10-GM, 2007]: 690.

Literaturverzeichnis

CIHI (2004) Grouping Methodologies

Canadian Institute for Health Information. *Acute Care Grouping Methodologies: From Diagnosis Related Groups to Case Mix Groups Redevelopment*. Background Paper for the Redevelopment of the Acute Care Inpatient Grouping Methodology Using ICD-10-CA/CCI Classification Systems. Ottawa 2004: 16 S. Internet: http:// secure.cihi.ca / cihiweb / en / downloads / Acute_Care_Grouping_Methodologies2004_e.pdf.

CMS (2007) POA

Centers for Medicare and Medicaid Services. *Present On Admission Indicator Systems Analysis*. CMS Manual System, Pub 100-04 Medicare Claims Processing. 2007: 7 S. Internet: http:// www.cms.hhs.gov / Transmittals / downloads / R1240CP.pdf.

DHHS (2006) POA Guidlines

Department of Health and Human Services. *Present on Admission Reporting Guidelines*. (Added to the Official Coding Guidelines October 1, 2006). 2006: 12 S. Internet: http:// www.cdc.gov / nchs / data / icd9 / POAguideSep06.pdf.

DIMDI (2007) ICD-10-GM

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. *ICD-10-GM, Version 2008, Systematisches Verzeichnis*. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification. Köln 2007: 724 S. Internet: http:// www.dimdi.de / dynamic / de / klassi / downloadcenter / icd-10-gm / version2008 /.

Fischer (1997) PCS

Fischer W. *Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich*. Prinzipien und Beispiele. Bern und Wolfertswil (ZIM) 1997: 514 S. Auszüge: http:// www.fischer-zim.ch / studien / PCS-Buch-9701-Info.htm.

Gonella et al. (1994) DS-ClinCrit

Gonella JS, Louis DZ, Marvin EG. *Disease Staging: Clinical Criteria*. Fourth Edition, Ann Arbor (MEDSTAT Systems) 1994: 834 S.

Neubauer et al. (1992) PMC-Prüfung

Neubauer G, Demmler G, Eberhard G. *Erprobung der Fallklassifikation «Patient Management Categories» für Krankenhauspatienten*. Anlagenbericht: Klinische Überprüfung der Plausibilität für die Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden (Nomos) 1992: 356 S.

PRI (1993) PMC-Rel.5

PRI (The Pittsburgh Research Institute). *Patient Management Categories*. A Comprehensive Overview. Pittsburgh (The Pittsburgh Research Institute) 1993: ca. 65 S.