

Leistungsdokumentation in der Psychiatrie

Erste Ergebnisse einer Leistungsanalyse

Mit Veröffentlichung des OPS-Kataloges Ende 2009 war klar, dass zukünftig sämtliche Berufsgruppen, welche in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Leistungen am Patienten erbringen bzw. in den Dokumentations-/Abrech-

lung der gesetzlichen Vorgaben ist mit einem massiv gestiegenen Schulungsbedarf und äußerst komplexen Dokumentationsaufwand verbunden. Die korrekte Abbildung des Krankheitsbildes, des aktuellen Krankheitsverlaufs und des damit verbundenen Leistungsgeschehens am Patienten erfordert aus Leistungserbringer- und Controllingperspektive einen gewalti-

gen koordinativen Aufwand. Da bisher in psychiatrischen Einrichtungen die Dokumentation ohne direkte Erlösrelevanz war, ist von einer äußerst heterogenen Dokumentationsqualität auszugehen. Zukünftig muss die bestehende „IT-Landschaft“ massiv aufgerüstet bzw. modernisiert und für die Leistungsdokumentation müssen entsprechende interne Arbeits-

Auf Grundlage des Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wird für psychiatrische und psychosomatische stationäre Einrichtungen ein neues Vergütungssystem eingeführt. Die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wird demnach zukünftig nach einem durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten erfolgen. Um die Einführungsphase des Entgeltsystems und von Beginn an das Leistungsgeschehen analysieren zu können, wird an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) ein globaler und möglichst feingranularer Leistungserfassungsansatz gewählt. Die Ergebnisse münden in ein hochdifferenziertes Berichtswesen.



Dr. med. Claus Woff-Menzler, M.A.
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Oberarzt der Abteilung Psychiatrie und
Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen
Gesundheitscontroller, Qualitätsmanager

nungsprozess involviert sind, fundierte Kenntnisse über die aktuellen Klassifizierungsinstrumente und Regelwerke (ICD-10, DKR, OPS) besitzen müssen. Die Erfül-

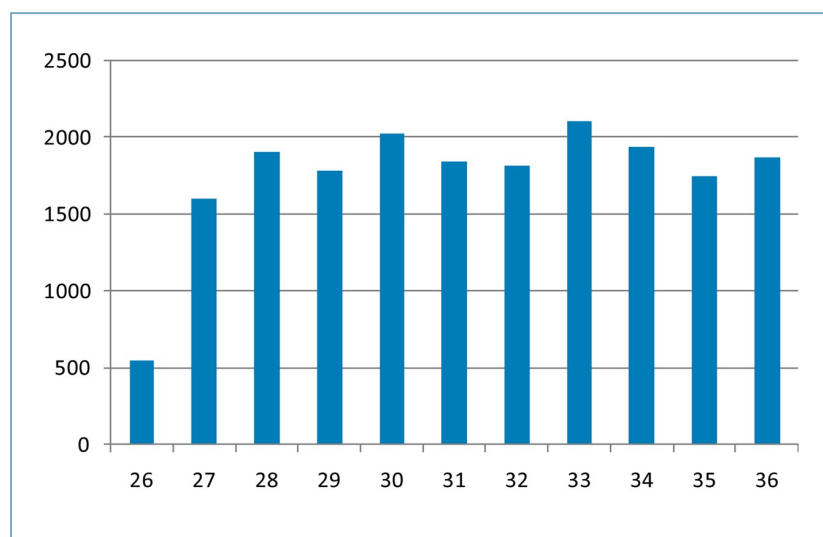


Abb. 1:
Leistungseingaben 3. Quartal 2010 (alle Stationen, alle Berufsgruppen)

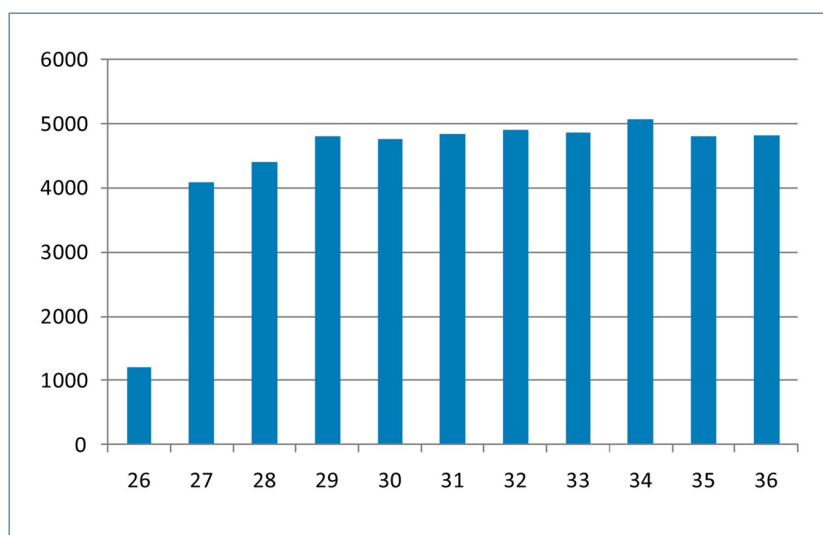


Abb. 2:
Leistungseingaben 3. Quartal 2011 (alle Stationen, alle Berufsgruppen)

und Prüfbläufe etabliert werden. Dieses kann nur auf Grundlage bestehender Strukturen vor Ort erfolgen, welche in den betroffenen Kliniken äußerst heterogen sind. Dabei geht die Schere zwischen den Kliniken, die eine nahezu ausschließliche „Paper-Pencil-Erfassung“ und denen, die eine softwaregestützte Leistungserfassung etabliert haben, weit auf.

Strategie

Um den gesetzlichen Vorgaben Rechnung zu tragen, sind klinisch-fachlich-getriebene Strategien mit den Strategien des Unternehmens abzustimmen. Stark vereinfacht lassen sich für jeden Strategiebereich zwei Unterbereiche definieren:

1. Strategiebereich: Klinik

- a) Fachliche Arbeit wird sich an dem OPS-Katalog orientieren (z.B. Anpassung von Behandlungspfaden gemäß OPS, usw.)
- b) Fachliche Arbeit wird entsprechend der etablierten Routineabläufe (Behandlungspfade, usw.) fortgeführt

2. Strategiebereich: Controlling

- a) Zentrale Erfassung nur der „OPS-relevanten“ Leistungen
- b) Zentrale Erfassung aller therapeutischen Leistungen

Für den Erfolg bzw. Misserfolg jeweils ausgewählter Strategien sind die Gegebenheiten vor Ort und die Abstimmung auf oberster Leitungsebene von entscheidender Bedeutung.

Leistungsanalyse an der UMG

Um die Einführungsphase des Entgeltsystems und von Beginn an das Leistungsgeschehen analysieren zu können, wird an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) ein globaler und möglichst feingranularer Leistungserfassungsansatz gewählt („1a+2b“). Die Ergebnisse münden in ein hochdifferenziertes Berichtswesen. Nachfolgend werden exemplarisch drei Analysen zu unterschiedlichen Themenbereichen dargestellt.

Grundsätzlich gilt, dass die äußerst komplexe Dokumentationspflicht per maximal einfacher und „sich selbsterklärender“ Leistungserfassungssoftware erfolgen

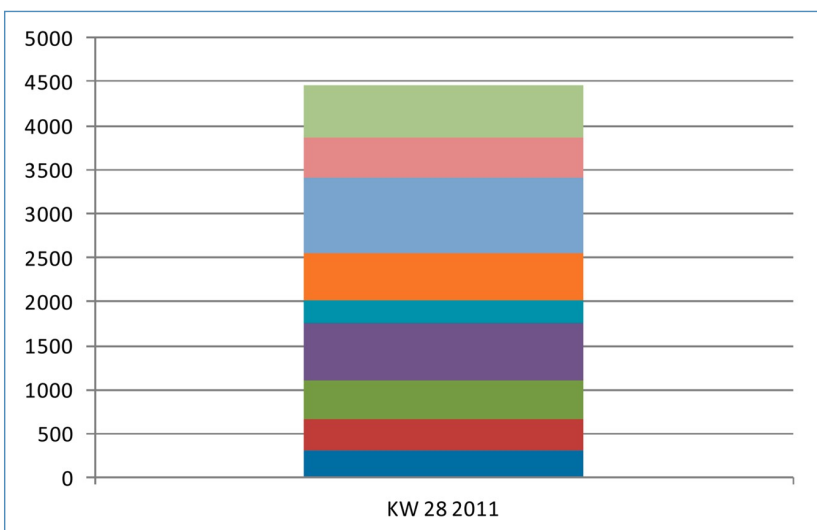
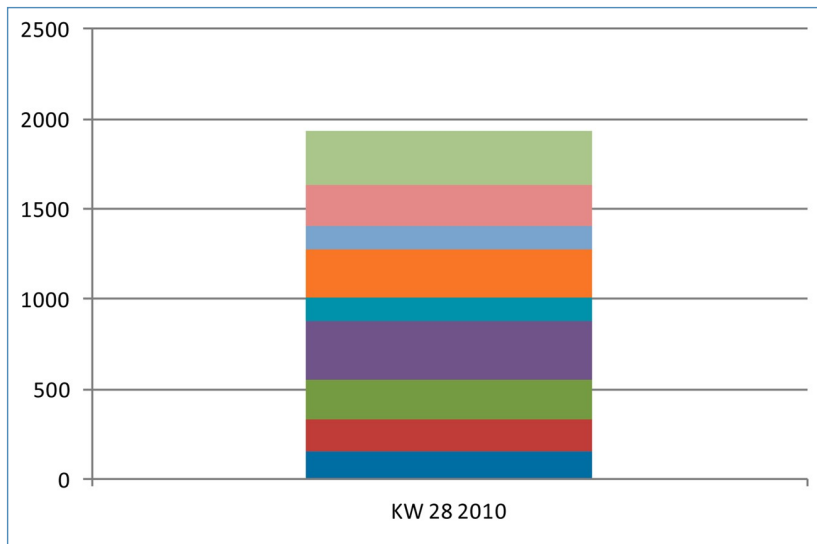


Abb. 3 und 4.: Internes Benchmarking: Leistungseingaben im Stationsvergleich über alle Berufsgruppen innerhalb KW 28 im Jahr 2010 und 2011.

muss. Die „PC-Landschaft“ wurde umfangreich aufgerüstet und modernisiert („kurze Wege zum PC“; Pilot-Projekte: WLAN, Tablets, Barcodes). Die implementierte Software entspricht den Anforderungen aller Abteilungen des Zentrums psychosoziale Medizin (Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenen-Psychiatrie) und setzt auf die Software des vorhandenen Universitäts-Krankenhausinformationssystem auf.

Schulungskonzept, Qualität und Quantität der Dokumentation – am Beispiel der „Leistungseingaben“

In diesem Artikel wird das Vorgehen exemplarisch an der Kennzahl „Leistungseingabe“ erläutert. Dabei wurden alle Leistungseingaben

(LE) unabhängig von dem Leistungsumfang (z.B. 5 Min. vs. 120 Min.) mit dem Punktwert 1,0 versehen. Alle Analysen sind auf Minutenbasis ebenfalls möglich. (Abb. 1 und 2)

Das ausgearbeitete Schulungskonzept sah mehrere Schulungswellen innerhalb von drei Monaten vor Roll-Out der Software mittels eines Testservers vor. In diesem Zeitrahmen fanden Basisanwenderschulungen, Refresher-Schulungen und Multiplikatorschulungen statt. Die Schulungen wurden teilweise von Mitarbeitern der Software-Firma durchgeführt.

Eine besondere Herausforderung bestand darin,

- dass bestehende Ängste vor dem neuen Entgeltsystem und der Leistungserfassungssoftware reduziert werden
- den Mitarbeitern zu vermitteln, ►

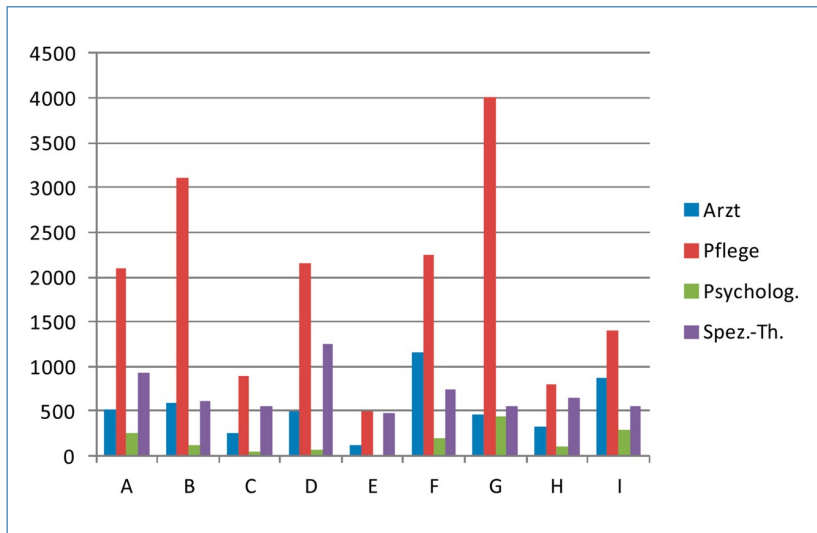


Abb. 5: Leistungseingaben im Stationsvergleich aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen, 3. Quartal 2010

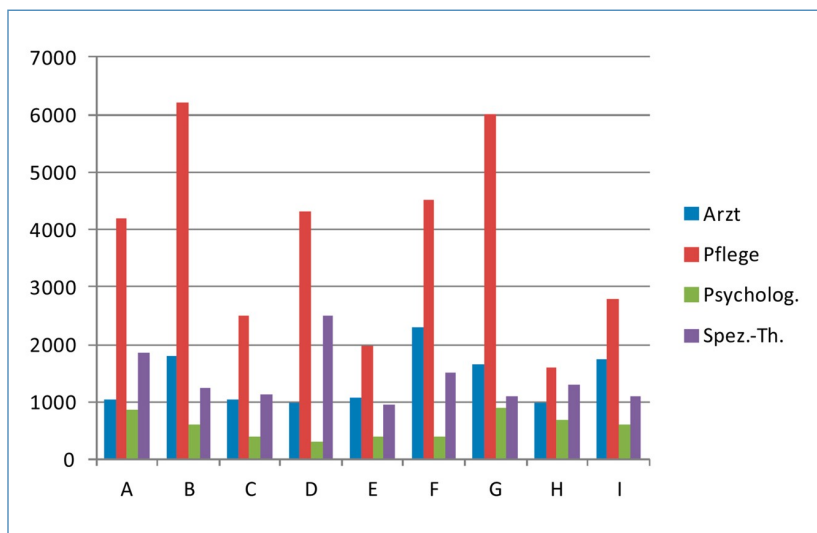


Abb. 6: Leistungseingaben im Stationsvergleich aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen, 3. Quartal 2011

dass die Qualität der übermittelten Daten einen entscheidenden Einfluss auf den zukünftigen Entgeltkatalog haben wird.

Die Ergebnisse:

- innerhalb eines Jahres hat sich die Anzahl der Leistungseingaben verdoppelt
- Insgesamt hat sich das Prinzip der Multiplikatorschulungen bewährt, zumal der Schulungsaufwand 2010 höher war als 2011
- Die Software ist akzeptiert und die Dokumentation ist vielerorts bereits in die Routineabläufe eingegangen.

Internes Benchmark

Mittels der Analyse der Leistungseingaben auf Stationsebene lassen sich frühzeitig Entwicklungen ge-

nau darstellen. Die Stationen sind in Abb. 3 und 4 farbig getrennt dargestellt und für eine KW im Jahr 2011 exemplarisch aus Datensatz extrahiert.

Das interne Benchmarking:

- zeigt, dass das Leistungsgeschehen auf den Stationen unterschiedlich abgebildet ist/wird (bitte Skalierung beachten),
- identifiziert Stationen, auf denen Schulungsbedarf besteht,
- bildet unterschiedliche Behandlungskonzepte ab.

Die Abbildungen 5 und 6 zeigen die Leistungseingaben im Stationsvergleich aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen.

Diese Auswertung zeigt:

- dass die Berufsgruppe Pflege den höchsten Dokumentationsaufwand zu tragen hat. Aus diesem Ergebnis wird abgeleitet, dass die Pflege gezielt an dieser Stelle entlastet wird => Investition in eine weitere IT-Lösung;
- dass sich das Leistungsgeschehen zwischen den Stationen und den Berufsgruppen unterschiedlich verteilt => Nachschulungen, Stationsprozessanalysen, usw.;
- dass möglicherweise störungsspezifische Stationen (A, B, G) ein Leistungsmuster erkennen lassen => Analyse von Patientenclustern, welche ein niedriges, hohes und solche welche ein durchschnittliches Leistungsaufkommen generieren.

Analyse auf Fallgruppenebene

Bei dieser Analyse wurden die Therapieminuten getrennt nach Berufsgruppen – kumuliert. Die anschließende Division durch 25 (Minuten) ergibt die „kumulierte TE“. Zuletzt erfolgt eine Division durch die Fallzahl.

Diese Auswertung

- gibt Hinweise, welche Fallgruppe welche Personalressourcenbindung generiert;
- zeigt, dass es zu einer Leistungszunahme innerhalb der Berufsgruppen gekommen ist;
- zeigt, dass es zu einer Leistungszunahme innerhalb der Fallgruppen gekommen ist;
- differenziert nicht nach Art der Personalkontakte/Patient, d.h. hier ist z.B. keine Aussage zu den Kurzkontakten bzw. Kontakten über 25 Minuten möglich.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen ist aufgrund des globalen und möglichst feingranularen Leistungserfassungsansatz („Strategie 1a+2b“) in der Lage, die mit der Einführung des neuen Entgeltsystems verbundenen Veränderungen aus verschiedenen Sichten detailliert zu analysieren (Direktorium, Leitungsebenen, Therapeutenebenen, Krankenhauscontrolling, Behandlungspfade, usw.). Die entwickelten Kennzahlensets bzw. Analysen münden in einem abteilungsinternen hoch-

differenzierten Berichtswesen. Diese werden nach Organisationsebenen direkt zugeteilt.

Das Monitorieren der Leistungseingaben ermöglicht Aussagen über das Dokumentationsverhalten in der Abteilung und deckt Defizite sowie Potenziale auf. Darauf basierend werden Schulungsmaßnahmen und Investitionen bspw. in weitere IT-Lösungen gezielt gesteuert.

Das interne Benchmarking schafft Transparenz zwischen den Organisationseinheiten. Diese ist Voraussetzung, damit sich Datenqualität und Datenquantität annähern und damit kontinuierlich optimiert werden. Durch frühzeitige Identifikation von Fehlentwicklungen (z.B. upcoding, downcoding) mittels kontinuierlicher Plausibilisierungen kann zeitnah gegengesteuert werden (z.B. gezielter Einsatz von Kodierassistenten). Das interne Benchmarking setzt die Informationen über den Personalressourcenverbrauch zu den Schwerpunkten der Stationen bzw. deren Behandlungspfade in Beziehung und bildet damit eine wichtige Grundlage für die Optimierung klinikinterner Prozesse.

Analysen auf Fallgruppenebene ermöglichen die direkte Zuordnung des Personalaufwandes in Abhängigkeit der Fallzahl der Klinik. Damit kann das Leistungsprofil der Klinik abgebildet und die Entwicklung weitere Geschäftsfelder gesteuert werden (z.B. Ausbau von Spezialisierungen). Diese Analysen besitzen ein enormes fachlich-medizinisches als auch strategisch-ökonomisches Potenzial. Es ist davon auszugehen, dass zukünftig Patientencluster definiert und diese mit zusätzlichen Merkmalen verbunden werden. Die Kliniken, welche ihr Leistungsgeschehen und die klinikinternen Prozesse hinreichend granular abbilden bzw. darauf basierend steuern, werden in der Lage sein, frühestmöglich kalkulierte Erlöse nach dem neuen Entgeltsystem anzusteuern.

Die ersten Ergebnisse der Leistungsanalyse zeigen, dass die Datenqualität und Datenquantität

2010 verglichen mit 2011 starken Veränderungen unterliegen, was dem Systemwandel geschuldet ist. Alle Analysen in Deutschland haben gegenwärtig die Schwachstelle, dass sie auf Daten eines in Wandlung befindlichen Systems beruhen. Deshalb können diese Ergebnisse nur Trends aufzeigen.

Dringend notwendig ist eine routinedatenbasierte begleitende Forschung, um die Systemveränderungen kontinuierlich verfolgen zu können und den Kliniken die Gelegenheit zu geben, sich zeitnah anpassen bzw. positionieren zu können. Sie sollten darüber hinaus belastbare Analysen ermöglichen können, auf deren Grundlage sich fachlich-inhaltliche sowie gesund-

heitsökonomische Strategien ableiten lassen, um zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen beitragen zu können.

Ein äußerst vielversprechender Ansatz wird gegenwärtig von der DGPPN und BDK allen Krankenhäusern des Versorgungsbereichs §17d kostenneutral angeboten (Projekt: „Versorgungsrelevante Indikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik“; Ansprechpartner: Verfasser). ■

Dr. med. Claus Woff-Menzler, M.A.
 Universitätsmedizin Göttingen
 Abteilung Psychiatrie
 und Psychotherapie
 von-Siebold-Str. 5
 37075 Göttingen

	kumulierte TE / Fallzahl			
	Arzt	Pflege	Psycholog.	Spez.-Th.
F00-F09	4	24	0	11
F10-F19	17	143	10	51
F20-F29	28	163	14	111
F30-F39	84	439	42	314
F40-F49	10	48	4	49
F50-F59	1	3	0	2
F60-F69	2	4	0	9
F80-F89	1	0	0	0
Andere	2	17	1	7
Gesamtergebnis	149	842	71	553

Abb. 7: Therapieeinheiten pro Fallzahl, Quartal 3 und 4 2010

	kumulierte TE / Fallzahl			
	Arzt	Pflege	Psycholog.	Spez.-Th.
F00-F09	6	54	4	34
F10-F19	21	222	20	62
F20-F29	36	133	17	94
F30-F39	90	573	67	307
F40-F49	18	118	18	72
F50-F59	0	1	0	1
F60-F69	5	24	5	22
F80-F89	0	1	0	0
Andere	24	126	12	62
Gesamtergebnis	201	1252	143	653

Abb. 8: Therapieeinheiten pro Fallzahl, Quartal 3 und 4 2011