



Foto: © contrastwerkstatt - Fotolia.com

# Wie gelangen die Leistungen in die elektronische Patientenakte?

## Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems Psychiatrie Ein Praxisbericht

*Nachdem im somatischen Bereich mit den Diagnosis Related Groups (DRG) ein pauschalierendes Entgeltsystem erfolgreich eingeführt wurde, war es nur eine Frage der Zeit, bis auch in den noch verbleibenden Bereichen der Krankenhausbehandlung – der Psychiatrie und Psychosomatik – ein vergleichbares System eingeführt wird. Der Einführungsprozess wurde unter einem immensen Zeitdruck gestellt, und so verwundert es nicht, dass die erste Fassung der Prozedurenkodes bereits im zweiten Jahr teilweise Makulatur war und einer umfassenden Revision unterzogen wurde. Es ist davon auszugehen – und für 2012 zeichnet sich dies auch schon ab –, dass es ähnlich wie im somatischen Bereich zu alljährlichen, anfangs zum Teil noch drastischen Änderungen des Systems kommen wird. Umso wichtiger ist es, dem Nutzer eine relativ einfache und zeitsparende Anwendung des Systems zu ermöglichen, um den Aufwand bzgl. Dokumentation und Abrechnung gering zu halten.*

**D**as neue Entgeltsystem für die Psychiatrie wird von Jahr zu Jahr komplexer werden. Ohne EDV-technische Unterstützung ist dies sicherlich für die Einrichtungen nicht zu realisieren. Auch muss bei der Dokumentation und Abrechnung prospektiv die rückwärts gerichtete Überprüfbarkeit der erbrachten Leistungen in Analogie zum Prüfwesen der Krankenkassen und des MDK bei somatischen Abrechnungsfällen im Blick behalten werden, da sich hier für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ab der Scharfschaltung ein neues Betätigungsfeld eröffnen wird. Darüber hinaus ist es absehbar, dass das System zu einer deutlichen Erhöhung der Transparenz der Leistungen sowohl innerhalb eines Krankenhauses als auch unter verschiedenen Krankenhäusern führen wird. Dies wird wie im somatischen Bereich sowohl zu einer Verkürzung der Verweildauer als auch zu einer Leistungsreduktion führen, wenn darstellbar wird, dass ein und dasselbe Krankheitsbild in verschie-



Dr. Martin Holder  
Universitäres DRG Center Hamburg



Dr. Michael Bader  
Universitäres DRG Center Hamburg

denen Krankenhäusern mit einer unterschiedlichen Verweildauer und einem unterschiedlichen Ressourceneinsatz behandelt wird.

### Das Vorgehen im UKE

Das Zentrum für psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg setzte sich erstmals im März 2010 mit dem Thema „Neues

HKZ	Berufsgruppe	Behandlungskategorie	Einzel/Gruppe	Text
58501001	Ärzte	Diagnostik	Einzeltherapie	E Diagnostik 2h, ÄD
58501002	Ärzte	Regelbehandlung	Einzeltherapie	E Regelbehandlung Einzeltherapie 25min, ÄD
58501003	Ärzte	Regelbehandlung	Gruppentherapie	E Regelbehandlung Gruppentherapie 25min, ÄD
58501004	Ärzte	Intensivbehandlung	Einzeltherapie	E Intensivbehandlung Einzeltherapie 25min, ÄD
58501005	Ärzte	Intensivbehandlung	Gruppentherapie	E Intensivbehandlung Gruppentherapie 25min, ÄD
58501006	Ärzte	Intensivbehandlung	Einzeltherapie	E Erhöhter Behandlungsaufwand 1:1 2-6h, ÄD
58501007	Ärzte	Intensivbehandlung	Einzeltherapie	E Erhöhter Behandlungsaufwand 1:1 6-12h, ÄD
58501008	Ärzte	Intensivbehandlung	Einzeltherapie	E Erhöhter Behandlungsaufwand 1:1 12-18h, ÄD
58501009	Ärzte	Intensivbehandlung	Einzeltherapie	E Erhöhter Behandlungsaufwand 1:1 18-24h, ÄD
58501010	Ärzte	Intensivbehandlung	Einzeltherapie	E Erhöhter Behandlungsaufwand 2:1 1-2h, ÄD
58501011	Ärzte	Intensivbehandlung	Einzeltherapie	E Erhöhter Behandlungsaufwand 2:1 >2h, ÄD
58501012	Ärzte	Intensivbehandlung	Einzeltherapie	E Krisenintervention, ÄD
58501013	Ärzte	Intensivbehandlung	Einzeltherapie	E Erhöhter Behandlungsaufwand 1:1 je 1h, ÄD
58501014	Ärzte	Intensivbehandlung	Einzeltherapie	E Erhöhter Behandlungsaufwand 2:1 je 1h, ÄD
58501015	Ärzte	Regelbehandlung	Einzel/Gruppe	E Regelbehandlung Einzel-/Gruppentherapie <25min, ÄD
58501016	Ärzte	Regelbehandlung	Gruppentherapie	E Regelbehandlung Gruppentherapie bis 6 Patienten, 25min, ÄD
58501017	Ärzte	Regelbehandlung	Gruppentherapie	E Regelbehandlung Gruppentherapie 7 bis 12 Patienten, 25min, ÄD
58501018	Ärzte	Regelbehandlung	Gruppentherapie	E Regelbehandlung Gruppentherapie 13 bis 18 Patienten, 25min, ÄD
58501019	Ärzte	Regelbehandlung	Gruppentherapie	E Regelbehandlung Einzeltherapie 1-2 Medizine, 25min, ÄD

**Tabelle 1: Beispiele für Hauskatalogziffern (HKZ), hier Berufsgruppe Ärzte (Auszug)**

Entgeltsystem Psychiatrie“ auseinander. Bis Mitte des Jahres 2010 war bei fehlender oder fehlerhafter Übermittlung der Codes im Abrechnungsverfahren auf Sanktionen verzichtet worden – darüber waren sich die Selbstverwaltungspartner in einem Spitzengespräch am 17. November 2009 einig geworden, da die neuen Prozedurenkodes für den Geltungsbereich nach § 17d KHG einen hohen Dokumentations- und Administrationsaufwand verursachen würden.

Das UKE brachte also im Frühjahr 2010 Mitarbeiter des Zentrums sowie des Erlöscontrollings, aber auch der Informationstechnologie an einen Tisch. Auf Grund der schon damaligen Komplexität und Andersartigkeit des Systems im Vergleich zum DRG-System im somatischen Bereich erfolgte die Einführung zweigleisig: Zum einen wurden die notwendigen Maßnahmen im klinischen Bereich eruiert, zum anderen wurden die Anforderungen an eine neu einzuführende EDV-Dokumentation festgelegt.

Die initiale Herangehensweise im klinischen Bereich bestand zunächst in einer Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes. Da davon ausgegangen wurde, dass es sich genauso wie bei der Einführung im somatischen DRG-Bereich um ein plastisches System handeln wird, wurde von einer Anpassung der klinischen Realität an die Erfordernisse der Kodierung zunächst abgesehen, dies z.B. in Hinblick auf die Gruppengröße der Therapiegruppen. Bei der Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes wurden für sämtliche Stationen Tagespläne erstellt, über die ein „Standardpatient“ abgebildet wurde. Es wurde versucht, jeder erbrachten

„Leistung“ den entsprechenden OPS-Kode gegenüber zu stellen. Hierdurch wurde den für den Dokumentationsprozess verantwortlichen Mitarbeitern vermittelt, wie welche Leistung letztlich abzubilden ist.

Parallel hierzu wurde geprüft, ob es bereits tragfähige EDV-Lösungen auf dem Markt gibt. Im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ist seit November 2008 eine elektronische Patientenakte im Einsatz. Auf Grund dessen war der Wunsch groß, eine etwaige Dokumentation in dieser Patientenakte – wenn auch nur partiell – zu implementieren. Da die zu diesem Zeitpunkt angebotenen EDV-Lösungen nicht den Vorstellungen der Beteiligten entsprachen und impraktikabel erschienen beziehungsweise mit dem Abrechnungssystem nicht kompatibel waren, wurde nach einer Lösung unter Einbindung der elektronischen Patientenakte gesucht. Ein Lösungsansatz waren Prozedurenregeln im Abrechnungssystem, mit Hilfe derer aus „Einzelleistungen“ OPS-Kodes generiert werden können. Da bereits zwischen der elektronischen Patientenakte und dem Abrechnungssystem eine Schnittstelle existierte und der Kliniker im Umgang mit der Patientenakte im Gegensatz zum Abrechnungssystem Erfahrung besitzt, war es naheliegend, die Dokumentation der „Leistungen“ in der elektronischen Patientenakte vorzunehmen, die Leistungen an das Abrechnungssystem zu übermitteln und dort mit Hilfe der Algorithmen – analog zum Grouping-Vorgang im somatischen Bereich – die OPS-Kodes generieren zu lassen.

### Ein Hilfskonstrukt war notwendig

Die Dokumentation einer Leistung war in der elektronischen Patientenakte nicht vorgesehen, so dass ein Hilfskonstrukt zur Realisierung herangezogen werden musste: Aus „Leistungen“ wurden „Anforderungen“. In Analogie zu Anforderungen – zum Beispiel von Labor- oder Röntgenuntersuchungen – wurden für jede notwendige Leistung entsprechende Anforderungen angelegt. Diesen Anforderungen konnten sog. Hauskatalogziffern (HKZ) zugeordnet werden, welche wiederum mit Anforderungsdatum, das dem Leistungsdatum entspricht, sowie weiteren Parametern wie Menge oder Zeit an das Abrechnungssystem übermittelt werden. Anhand der HKZ, dem Leistungsdatum und den weiteren Parametern wird der OPS-Kode regelkonform generiert.

Für die Bestimmung der notwendigen Hauskatalogziffern wurde jeder vierstellige OPS-Kode soweit heruntergebrochen, dass damit jede Einzelleistung abgebildet werden kann (Tabelle 1).

Da das Regelwerk des Abrechnungssystems nicht individuell auf unser Haus zugeschnitten wurde, sondern eigentlich eine Dokumentation der Leistungen vorsieht, mussten individuelle Anpassungen



sungen durch die Informationstechnologie vorgenommen werden. Eine Dokumentation der Leistungen im Abrechnungssystem war nicht gewünscht, da die durchführenden Personen bis dato mit dem Abrechnungssystem nicht in Kontakt gekommen waren und langfristig die Perspektive besteht, auch den Kodierprozess im somatischen Bereich über die elektronische Patientenakte abzubilden. Somit erschien es einfacher, die Nutzer in dem bereits vertrauten System der elektronischen Patientenakte die Leistungen dokumentieren zu lassen (Tabelle 2). Die Auswahlliste der Leistungen sieht auf den ersten Blick unübersichtlich aus. Da aber die Leistungen vom jeweiligen Erbringer dokumentiert werden und somit immer ein relativ enges Spektrum an Leistungen ausgewählt werden muss, findet der Anwender nach einer Eingewöhnungsphase „seine“ Leistungen schnell im Katalog. Es ist davon auszugehen, dass – ähnlich wie im somatischen Bereich – auf Grund von Überliegern mehrere OPS-Kataloge parallel verwendet werden müssen. Eine Vereinfachung für den Anwender

wurde hier durch die Möglichkeit der Auswahl eines Leistungskataloges abhängig vom Aufnahmejahr des Patienten geschaffen.

Individuelle Anpassungen waren z.B. in 2011 im Bereich der Intensivmerkmale notwendig geworden. Vorgesehen ist, die jeweilige Eingruppierung im Abrechnungssystem vorzunehmen. Die Lösung in unserem Haus erfolgte in der Form, dass eine einzige dokumentierte Leistung mit der entsprechenden Angabe der Anzahl der Intensivmerkmale für alle weiteren Leistungen verwendet wird. Auch wird nach einmaliger Vorgabe der Anzahl der Intensivmerkmale ein etwaig notwendiger sog. „Null“-Kode (Therapieeinheiten < 25 min.) für jede Woche des Aufenthaltes des Patienten automatisch generiert.

### Die Leistungsdokumentation

Da die Festlegung von Hauskatalogziffern und somit von Leistungsinhalten in diesem System krankenhausindividuell erfolgen kann, ist jedwede denkbare Leistungsdokumentation möglich. Nicht nur die für das Entgeltsystem relevanten Leistungen können

dokumentiert werden, sondern auch Leistungen, die im Hinblick auf ein Benchmark innerhalb der Klinik oder mit anderen Kliniken notwendig sind. Beispielsweise wäre jeder Patientenkontakt, auch wenn hiermit keine abrechenbare Therapieeinheit generiert wird, als Leistung darstellbar.

Mit der Dokumentation von nicht „abrechenbaren“ Leistungen entsteht die Möglichkeit der Darstellung, was an Aufwänden tatsächlich mit dem neuen Entgeltsystem vergütet wird und welcher Aufwand in den sog. Residualkosten untergeht.

Eine detaillierte Dokumentation der Leistungen ermöglicht überdies bei einer Gegenüberstellung der aus diesen Leistungen generierten OPS-Kodes ein „zu viel“ an Leistungen. Hier besteht die Gefahr, dass die klinische Behandlung eines Patienten der Abrechnung folgt. Vergleichbare Entwicklungen sind auch im somatischen Bereich zu beobachten.

Da der tatsächliche gesetzliche Rahmen und auch die Bewertungsrelationen und Entgelte noch nicht festgelegt bzw. kalkuliert sind, sind strategische Überlegungen zum jetzigen Zeitpunkt eine Wette auf die Zukunft. Dennoch sollte im eigenen Haus versucht werden, schon in der Phase der nicht monetären Relevanz zum einen die Schulung der Mitarbeiter bzgl. Leistungsdokumentation, also der Kodierung, zum anderen die Implementierung von Controlling-Instrumenten voran zu treiben. Dies lehnen Erfahrungen aus der Einführung des DRG-Systems im somatischen Bereich.

### Die Aussichten

Da schon jetzt die Dokumentation der Leistungen zu einem erheblichen Mehraufwand für die jeweiligen Leistungserbringer in der Klinik geführt hat, insbesondere bei der Dokumentation von Leistungen im Bereich der Gruppentherapien, und von einem weiter zunehmenden Aufwand auszugehen ist, sollte das Ziel einer EDV-unterstützten Dokumentation eine Reduktion der nicht wertschöpfenden Tätigkeiten sein.

Somit muss die Dokumentation von Leistungen im Hinblick auf Abrechnung auf ein Minimum re-

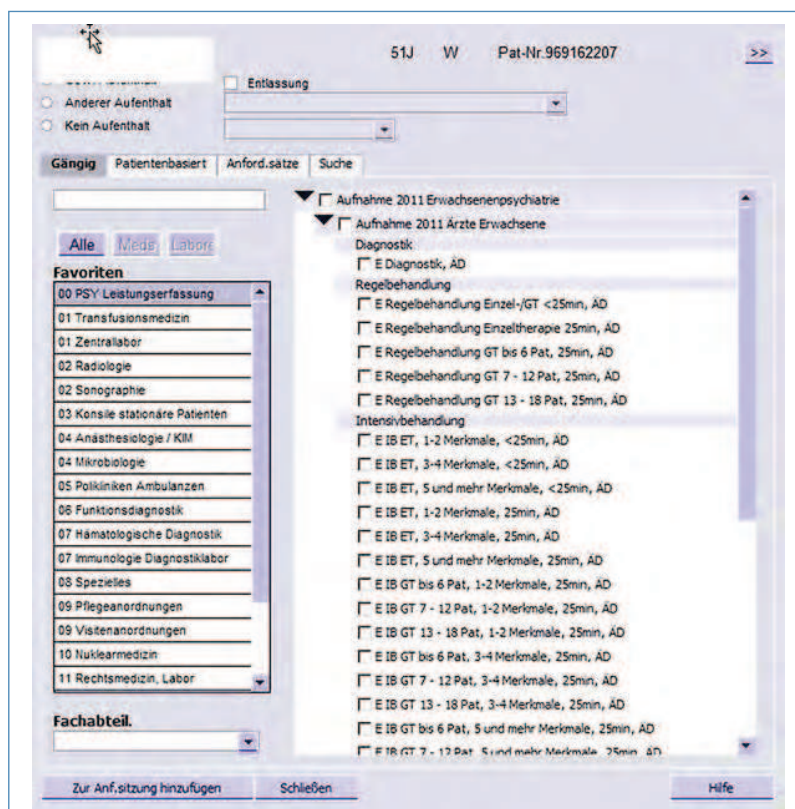


Tabelle 2: Leistungserfassung Psychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie, Ärztliche Leistungen (Ausschnitt)

duziert werden. Dies kann dadurch erzielt werden, dass in der elektronischen Patientenakte an die klinische Dokumentation der Behandlung die Generierung der entsprechenden Leistungen bzw. Hauskatalogziffern gekoppelt wird. So können abteilungs- oder stationsspezifische Dokumentationsformulare für die tageweise Dokumentation in die Patientenakte implementiert werden. In diesen sind sämtliche in Frage kommenden Therapien aufgeführt. Der Behandler muss dann nur noch die jeweilige Therapie durch Anklicken oder Eingabe von Dauer oder Anzahl der Therapieeinheiten auswählen. In einem Freitextfeld können ergänzende Angaben zum Verlauf gemacht werden. Somit erfolgt nur noch eine klinische Dokumentation, die Generierung der zugehörigen Leistungsziffern erfolgt automatisch im Hintergrund.

### Rückverfolgung der Leistungen

Es ist davon auszugehen, dass ab der „Scharfschaltung“ des Systems ein Prüfbegehren der Kostenträger aus der Kodierung der erlösrelevanten OPS-Kodes erwachsen wird. Den Kassen werden im Verfahren nach § 301 SGB V nur die OPS-Kodes übermittelt. Welche Leistungen sich dahinter verbergen, ist den Kostenträgern nicht ersichtlich. Vergleichbar mit den OPS-Kodes für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung im somatischen Bereich werden zumindest die OPS-Kodes im Bereich des neuen Entgeltsystems Psychiatrie stichprobenartig überprüft werden.

Da für die OPS-Kodes gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) als Bezugsdatum für die jeweils zu kodierende Leistungsperiode der erste Tag der vom Kode bestimmten Periode anzugeben ist, ist zumindest im Nachhinein nachvollziehbar, in welchem Zeitraum die zu diesem Kode führenden Leistungen erbracht werden. Diese lassen sich dann in den klinischen Notizen bzw. im Verlauf in der jeweiligen Periode finden.

### Plausibilitätsprüfungen

Im somatischen Bereich ist von einem OPS-Kode unmittelbar auf die

entsprechende Leistung zurückzuschließen. Etwaige Implausibilitäten treten hier viel offener zu Tage als in einem System, bei dem Leistungen erst mit Hilfe eines Algorithmus in OPS-Kodes übersetzt werden. Somit ist die Notwendigkeit der Implementierung von Plausibilisierungsmechanismen für die Sicherstellung einer lückenlosen Dokumentation der erbrachten Leistungen und somit letztlich einer Erlössicherung immanently wichtig.

Einige Beispiele für Plausibilitätsprüfungen:

- Vollständige Dokumentation von Therapien durch mehrere Therapeuten?
- Kongruenz der Behandlungsart nach Psych-PV und OPS neues Entgeltsystem?
- Entlassung aus Intensivbehandlung?
- Abgleich der erbrachten Leistungen mit einem „Stationsstundenplan“
- Wurde Diagnostik durchgeführt?
- Kann eine Komplexbehandlung kodiert werden?
- Ist ein erhöhter Betreuungsaufwand entstanden?

### Ein Fazit

Die Einführung des neuen Entgeltsystems ist unumstößlich. Vergleichbar zum DRG-System im somatischen Bereich wird – nach anfänglich noch drastischen Veränderungen – dieses System zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven führen. So war es die Intention im somatischen Bereich, und diese Intention wurde nicht verfehlt. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind begrenzt und auf Grund des Opportunitätsprinzips wird es bei individueller, optimierter Ausnutzung des neuen Systems nur zu einer Umverteilung der Erlöse kommen. Es wird also auch hier Gewinner und Verlierer geben. Um nicht zu den letzteren zu gehören, sind eine frühzeitige, intensive Auseinandersetzung mit dem Thema sowie eine Sicherstellung der korrekten und lückenlosen Dokumentation von Leistungen und die Implementierung eines Leistungscontrollings unausweichlich. ■

Dr. Martin Holder  
Dr. Michael Bader  
Universitäres DRG Center  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Sie  
suchen...

Wir haben sie!

## Angestellte Ärztinnen und Ärzte

Der Marburger Bund als größter Ärzteverband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte vereint Mediziner aller Fachbereiche aus ganz Deutschland.

Den Stellenmarkt der Marburger Bund Zeitung nutzen die Ärzte intensiv, um sich zu aktuellen Stellenangeboten und Karrierechancen zu informieren.

- 18-mal im Jahr mit rund 110.000 Exemplaren
- mit Stellenübersicht nach Fachgebieten und Positionen sortiert

(bei Print- & Online-Kombinationen)

Nutzen Sie dieses Forum, um geeignetes Personal für Ihr Haus zu rekrutieren.



Unsere Zielgruppengenauigkeit –  
Ihr Wettbewerbsvorteil!

Kontakt und weitere Informationen:

MBZ-Anzeigenbüro Christine Kaffka

Telefon: 02204/961818

E-Mail: [anzeigen@marburger-bund.de](mailto:anzeigen@marburger-bund.de)