

Vortrag beim 4. Augsburger Nachsorgesymposium am 24./25. Juni 2005

Dokumentation in der Nachsorge: Erfahrungen aus der Praxis

Eva Kanth

Literaturangaben in Fußnoten. Kontakt am Ende des Textes.

Abstract

Voraussetzung für eine Gegenfinanzierung der sozialmedizinischen Nachsorge ist der Nachweis der Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Der Beitrag, den die Versorgungspraxis dazu leisten kann, liegt im Nachweis einer fachlich gebotenen, überprüfbaren und ökonomischen Leistungserbringung. Die Dokumentation des Leistungsgeschehens ist hierbei zentral.

Für das Management sozialmedizinischer Nachsorgeleistungen in der Pädiatrie ergibt sich daraus die Notwendigkeit, einheitliche Dokumentations- und Qualitätsstandards in der Leistungserbringung zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. Im Rahmen der PRIMA-Studie (Studie zur Prospektiven Implementierung des Modellprojekts Augsburg) wurden neben der Prüfung der Effektivität des Augsburger Nachsorge Modells "Bunter Kreis" die auf Basis der Augsburger Erfahrungen und konzeptionellen Vorarbeiten definierten Mindeststandards der sozialmedizinischen Nachsorge dokumenten nach dem Modell "Bunter Kreis" in der Abteilung für Neonatologie an der Universitätskinderklinik Bonn umgesetzt und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf eine andere Einrichtung geprüft.

Die sozialmedizinische Nachsorgepraxis erfolgt nach definierten Versorgungsphasen, die in der Case-Management-Methode verankert sind: Intake – Assessment – Hilfeplanung – Durchführung – Monitoring – Evaluation. In jeder Versorgungsphase kommen Dokumente zum Einsatz, so dass eine fortlaufende Nachsorge dokumenten und Nachsorgeevaluation sichergestellt werden können.

Im Rahmen der PRIMA-Studie wurden die Versorgungsdokumente und -leitlinien des Augsburger Modells praktisch erprobt und in der kontinuierlichen Qualitätszirkelarbeit an die lokalen Besonderheiten der Abteilung für Neonatologie an der Universitätskinderklinik Bonn adaptiert. Die Qualitätszirkelarbeit diente primär der Optimierung der Übereinstimmung der tatsächlichen Versorgungsabläufe mit den Versorgungsphasen des Case Management und der Versorgungsdokumentation. Es sollte eine praxistaugliche, effiziente und klare Zuordnung von Informationen des Intake und Assessment (diagnostisch ermittelter Bedarf) zur Leistungsplanung und -erbringung (Hilfeplanung und Durchführung der Maßnahmen) und zur Beurteilung der Zielerreichung (Monitoring und Evaluation) hergestellt werden.

Während der drei Jahre dauernden PRIMA-Studie wurden mehr als 130 Patientenfamilien nach der Methode des Case Management versorgt. Allein zur Versorgungsphase der "Durchführung" liegen mehrere 1000 bearbeitete Dokumente vor. Erste Auswertungen der vorliegenden Dokumente zeigen, dass der Dokumentationsaufwand anhand des vorliegenden Dokumentationssystems für manche Patientenfamilien nicht unerheblich und die Versorgungs- und Dokumentationsstrategie weitergehend zu optimieren ist. Die Erfahrungen aus der Qualitätszirkelarbeit und die Erkenntnisse der Datenanalyse werden im Vortrag vorgestellt und ein Modell der effizienten Planung, Lenkung und Prüfung sozialmedizinischer Nachsorge auf Grundlage des Case Management in der Pädiatrie diskutiert.

Einleitung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz hat die Gesundheitsreform 2003 die Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder als neue Leistung im Krankenversicherungsrecht aufgenommen (SGB V § 43). Voraussetzung für ihre Gegenfinanzierung ist der Nachweis der Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (SGB V § 70, § 137).

Der Beitrag, den die Versorgungspraxis zur Nachweisführung leisten kann, liegt in der transparenten Darstellung der fachlich gebotenen, überprüfbaren und ökonomischen Leistungserbringung. Möchte man diese Transparenz gewährleisten, dann ist die Dokumentation des Leistungsgeschehens zentral. Allein empirische Daten können die tatsächlich erbrachte Versorgungsqualität Dritten gegenüber transparent machen sowie als Basis einer Kostenkalkulation, Effektivitäts- und Effizienzprüfung in der Versorgungswirklichkeit dienen.

Für das Versorgungsmanagement sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen in der Pädiatrie ergibt sich daraus die Erfordernis, einheitliche Qualitäts-, Nachsorge- und Dokumentationsstandards der Leistungserbringung zu entwickeln, diese zu implementieren und systematisch zu evaluieren. Im Rahmen der PRIMA-Studie (Prospektive, randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg) wurde zum einen die Effektivität des Augsburger Nachsorgemodells „Bunter Kreis“ wissenschaftlich überprüft. Zum anderen erfolgte auch die Implementierung der im Augsburger Modell formulierten Mindeststandards sozialmedizinischer Nachsorge und Nachsorgedokumentation in die Nachsorge der Abteilung für Neonatologie an der Universitätskinderklinik Bonn. Dabei wurde geprüft, ob und welche der Nachsorgestandards auf eine andere Nachsorgeeinrichtung übertragen werden können, und ob bzw. wie diese Standards gegebenenfalls an die lokale Nachsorgepraxis zu adaptieren sind.

Mit dem „Bunten Kreis“ wird deutschlandweit die Etablierung einer interdisziplinären sozialmedizinischen Nachsorge in der Pädiatrie verbunden, die auf Basis des Case Management nach definierten Versorgungsphasen (Intake, Assessment, Hilfeplanung, Durchführung, Monitoring, Evaluation) erfolgt. In jeder Versorgungsphase sollen Dokumente zum Einsatz kommen, die eine fortlaufende Nachsorgedokumentation und -evaluation sicherstellen helfen. Während der drei Jahre dauernden PRIMA-Studie wurde das Augsburger Dokumentationssystem praktisch erprobt und in kontinuierlicher Qualitätszirkelarbeit an die lokalen Besonderheiten der sozialmedizinischen Nachsorge in Bonn adaptiert. Die Qualitätszirkel dienen primär dazu, die tatsächlichen Versorgungsabläufe mit den Versorgungsphasen des Case Management zu verknüpfen und anhand einer Dokumentationsstrategie transparent zu machen. Insgesamt wurden in Bonn 137 Patientenfamilien mittels Case Management versorgt. Allein zur Versorgungsphase der „Durchführung“ liegen über 4.600 bearbeitete Dokumente vor. Erste Auswertungen zeigen, dass der Zeitaufwand für die gebotene Nachsorgedokumentation nur zu rechtfertigen ist, wenn die gewählte Nachsorgestrategie sinnvoll mit der Dokumentation der Nachsorge verbunden wird und so aus den Erkenntnissen systematisch Rückschlüsse auf die Nachsorgequalität gezogen werden können.

Die Erkenntnisse aus der Qualitätszirkelarbeit und den Datenanalysen begründen ein Modell der dokumentengestützten Planung, Lenkung und Prüfung sozialmedizinischer Nachsorge. Die vorliegende Arbeit stellt die Erfahrungen, das Modell und erste ausgewählte Daten vor.

PRIMA-Studie

PRIMA-Studie steht für eine Studie zur „Prospektiven Randomisierten Implementierung des Modellprojekts Augsburg“. Dabei handelt es sich um ein gemeinsames Projekt der II. Kinderklinik des Klinikums Augsburg, der Universitätskinderklinik Bonn, des Bunten Kreises e.V. Augsburg und des beta Instituts für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung gGmbH. Die so genannte „vergleichende“ Studie wurde an der Universitätskinderklinik Bonn, Abteilung für Neonatologie durchgeführt, in der parallel auch die Nachsorge nach dem Augsburger Modell aufgebaut wurde.

Die Studie gliederte sich in zwei Teile:

1. Der *wissenschaftliche Studienteil* diente der Überprüfung der Effektivität von Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis. Gemessen an der Mutter-Kind-Interaktion und der Familienbelastung soll die familienorientierte Nachsorge die Familienkompetenz verbessern.
2. Der *Implementierungsteil* der Studie diente der Überprüfung der Übertragbarkeit des Augsburger Modells an eine andere Einrichtung, der Universitätskinderklinik Bonn, Abteilung für Neonatologie, und erfolgte im Zeitraum 2002-2004. Zu diesem Zweck wurde ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Kinderkrankenschwestern, Sozialpädagoginnen und Psychologin, für die Durchführung der Projekt- und Nachsorgepraxis eingestellt. Alle Mitglieder wurden in Case Management fortgebildet.

Implementierungsstudie

Die Projektaufgaben der Implementierungsstudie umfassten drei Bereiche:

- die *Implementierung*, d.h. die Übertragung des Augsburger Modells auf die Abteilung für Neonatologie der Universitätskinderklinik Bonn,
- die studienüberdauernde *Etablierung* der Nachsorge in Bonn durch eine lokale Vereinsgründung „Bunter Kreis“,
- und die *Optimierung* der Augsburger Praxisvorgaben durch eine versorgungsbegleitende Qualitätsentwicklung.

Implementierung: Das Kernstück der Implementierung der sozialmedizinischen Nachsorge bildete das *Case Management*. Mehrere Aufgaben standen hierbei im Mittelpunkt:

- Zum einen erfolgte die Aufbauarbeit auf *Fallebene*, die aus der fallbezogenen Unterstützungsarbeit zur Verbesserung der persönlichen Netzwerke bestand: Hierzu zählten u.a. die fallbezogene Organisation von Maßnahmen sowie die individuelle Ressourcenförderung und -steuerung im formellen und informellen sozialen Netz des Patienten/seiner Familie, wie die Unterstützung des Patienten/seiner Familie im Übergang von stationärer zu ambulanter Weiterversorgung mittels Information, Vernetzung, Koordination, Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“.
- Zum anderen erfolgte die Aufbauarbeit auf *Systemebene* als fallübergreifende Nutzung und Initiierung von Netzwerken zur Optimierung der Nachsorge in der Region Bonn: Hierzu zählten u.a. die fallübergreifende lokale und regionale Aufbauarbeit und Pflege von Netzwerken im professionellen Helfersystem mittels Kommunikation,

verbindlichen Absprachen (Kooperationen), der Klärung von Zuständigkeiten und Optimierung der Zusammenarbeit mit relevanten Vernetzungspartnern (klinikintern: z.B. mit den vor Ort bestehenden psychosozialen und physiotherapeutischen Angeboten; klinikextern: z.B. mit Einrichtungen der ambulanten Kinderkrankenpflege, Frühförderung oder Psychotherapie).

Etablierung: Um langfristig den Erhalt von Nachsorge an der Bonner Universitätskinderklinik zu sichern, wurde der Verein Bunter Kreis Bonn-Ahr-Rhein-Sieg ins Leben gerufen und Vereinsaktivitäten wie fortlaufende Mitgliederversammlungen, Öffentlichkeitsarbeit, Sponsoring u.ä. betrieben.

Optimierung: Das Ziel, die Nachsorge in Bonn auf Basis der Vorgaben des Augsburger Modells zu optimieren, wurde nachsorgebegleitend im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung verfolgt. Grundlage war ein strukturiertes Vorgehen, auf das im Folgenden näher eingegangen werden soll.

Qualitätsentwicklung

Drei Bereiche standen im Mittelpunkt der Qualitätsentwicklung: Die Optimierung der Nachsorgeorganisation, der Nachsorgemaßnahmen und der Nachsorgedokumentation.

Die Nachsorgeorganisation bezieht sich auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Nachsorgeteam und die Organisation der Nachsorge im Versorgungsablauf. Im Mittelpunkt stand die Frage: „Was macht wer mit wem wann und wo?“

Die Nachsorgemaßnahmen beschreiben die Inhalte der Nachsorge, wie sie in Praxisleitlinien des Augsburger Modells in einer ersten Version vorlagen (die so genannten Mindeststandards sozialmedizinischer Nachsorge). Es ging um die Frage: „Was ist zu tun? Wie kann individuell – bedarf- und bedürfnisorientiert – die beste Unterstützung geleistet werden?“

Die Nachsorgedokumentation umfasst ein Vorgehen, anhand dessen Leistungen strukturiert erfasst, transparent und Dritten gegenüber belegbar gemacht werden können. Basis der Qualitätsentwicklung bildete das zu Beginn der PRIMA-Studie bestehende Dokumentationssystem des Augsburger Modells (die so genannten Mindeststandards sozialmedizinischer Nachsorgedokumentation). Im Mittelpunkt stand die Frage: „Wie wird was wann schriftlich dokumentiert?“

Zielsetzung

Das Ziel der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung vor Ort bestand darin, den Nachweis der „*fachlich gebotenen Qualität*“ zu verfolgen. Dabei ging es zum einen um die Frage, ob sich die konkrete Leistungserbringung an den gesetzlichen Vorgaben zu Humanität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit orientiert, wie sie im § 70 SGB V festgeschrieben sind. Zum anderen ging es um den Nachweis, dass die Nachsorge den Anforderungen genügt, wie sie von Fachgesellschaften definiert sind bezüglich

- Inhalte der *konkreten Leistungserbringung* (wie etwa den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin; i.S. klinischer Qualität) und
- *technischer Präzision der Leistungserbringung* mittels Case Management (nach den Anforderungen der im Case Management vertretenen Berufsverbände –

Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit – bzw. zukünftig denen der Gesellschaft für Care und Case Management; i.S. formaler Qualität).

Besonders auf letztere Zielsetzung – die angemessene Umsetzung des Case Management – wurde der Schwerpunkt in der Bonner Qualitätsentwicklung gelegt. Hierzu wurde ein lokaler Qualitätsmanagementansatz gewählt, der sich mit dem Vergleich der Realität (Ist) und vordefinierten Anforderungen (Soll) beschäftigt.

Qualitätszirkel als Instrument des Qualitätsmanagements

Für die Qualitätsentwicklung stellen *Qualitätszirkel* – als Instrument des Qualitätsmanagements – ein geeignetes Vorgehen dar.

Qualitätszirkel sind als eine auf Dauer angelegte Arbeitsgruppe zu verstehen, die von einer von allen Mitgliedern gemeinsam getragenen Einstellung zu einer fortlaufenden Optimierung der Leistungserbringung bestimmt wird.

Qualitätsentwicklung wird dabei als kontinuierlicher Prozess aufgefasst, dessen Realisierung in einem ständig durchlaufbaren Zyklus aus Planen – Umsetzen – Prüfen – Anpassen, dem so genannten „*PDCA-Zyklus*“, seinen Ausdruck findet (vgl. Abb. 1):

- „Plan“ steht für die Problemidentifikation und Festlegung von Zielen (Thema).
- „Do“ steht für die Umsetzung von Lösungsalternativen und ihre Erprobung (Handlung).
- „Check“ steht für den Soll-Ist-Vergleich (Kontrollieren).
- „Act“ steht für die Anpassung und Veränderung (Problemlösung).

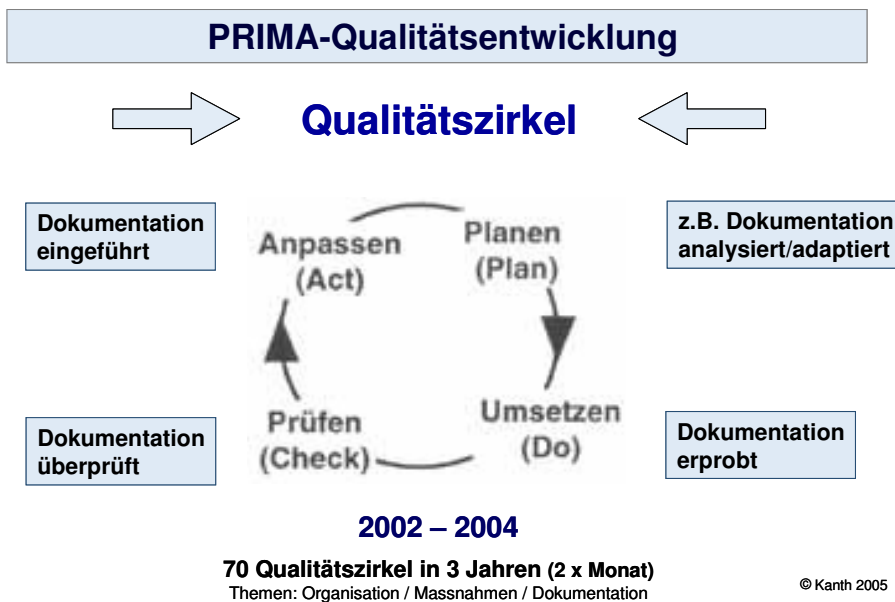


Abbildung 1: Der PDCA-Zyklus am Beispiel der Dokumentationsentwicklung in der Bonner Nachsorge

Insgesamt wurden in Bonn zu verschiedenen Themen aus den Bereichen der Nachsorgeorganisation, der Nachsorgemaßnahmen und der Nachsorgedokumentation 70 Qualitätszirkel durchgeführt. Alle Mitglieder des Bonner Teams nahmen an den Qualitätszirkeln teil. Dieses Vorgehen soll am Beispiel der Nachsorgedokumentation veranschaulicht werden (vgl. Abb. 1).

Mit der schrittweisen Implementierung des Augsburger Modells wurde die versorgungsbegleitende Dokumentation und Evaluation der erbrachten Nachsorgeleistungen eingeführt. Mittels des PDCA-Zyklus wurde die Nachsorgedokumentation in einem ersten Schritt analysiert und entsprechend dem von den Arbeitsgruppenmitgliedern formulierten Veränderungsbedarf (Soll) adaptiert („plan“). Die angepasste Dokumentation wurde in der Praxis erprobt (Ist) und in einem Soll-Ist-Vergleich mit den Zielvorgaben/Zielvorstellungen überprüft („do“ und „check“). Bei positivem Ergebnis wurde die optimierte Dokumentation in die Nachsorgepraxis übernommen („act“). Bei negativem Ergebnis wurde entsprechend dem PDCA-Zyklus weiter analysiert, adaptiert und überprüft.

Baukastensystem der Nachsorgedokumentation

Im Rahmen des übergeordneten Qualitätsmanagements der Nachsorge in Bonn mündete das Ergebnis der Qualitätszirkelarbeit in ein *Baukastensystem der Nachsorgedokumentation zur Planung, Lenkung und Prüfung sozialmedizinischer Nachsorge (PLP-Strategie*; vgl. Kanth et al., 2005¹; Kusch, 2004²), mit dem der Nachweis fachlich gebotener Qualität erbracht werden soll (vgl. Abb. 2). Zentral war dabei nicht nur die Frage, *wie* mache ich transparent, *was* ich gemacht habe, sondern auch *warum* ich etwas gemacht habe!

Das Baukastensystem der Nachsorgedokumentation sozialmedizinischer Nachsorge umfasst folgende Schritte:

- Im *Intake/Assessment* wird geprüft, welcher Nachsorgebedarf vorliegt, der mit dem verfügbaren Angebot zur Bedarfsdeckung abgeglichen werden muss.
- In der *Hilfeplanung* wird festgelegt, welche Nachsorge zu erbringen ist, und wie diese in der *Durchführung* zu organisieren ist.
- Im versorgungsbegleitenden *Monitoring* sowie in der die Nachsorge abschließenden *Evaluation* wird auf Basis der Hilfeplanung geprüft, ob erbracht wird bzw. wurde, was erbracht werden sollte. Zudem wird das Nachsorgeergebnis dokumentiert.

¹ Kanth, E., Podeswik, A. & Kusch, M. (2005). Qualitätsmanagement in der Nachsorge: Von der Theorie in die Praxis. *Kinderkrankenschwester*, 24 (3), 106-111.

² Kusch, M. (2004). Versorgungspsychologisches Konzept für die „Integrierte Versorgung“. *Psychotherapeutenforum*, 2, 23-32.

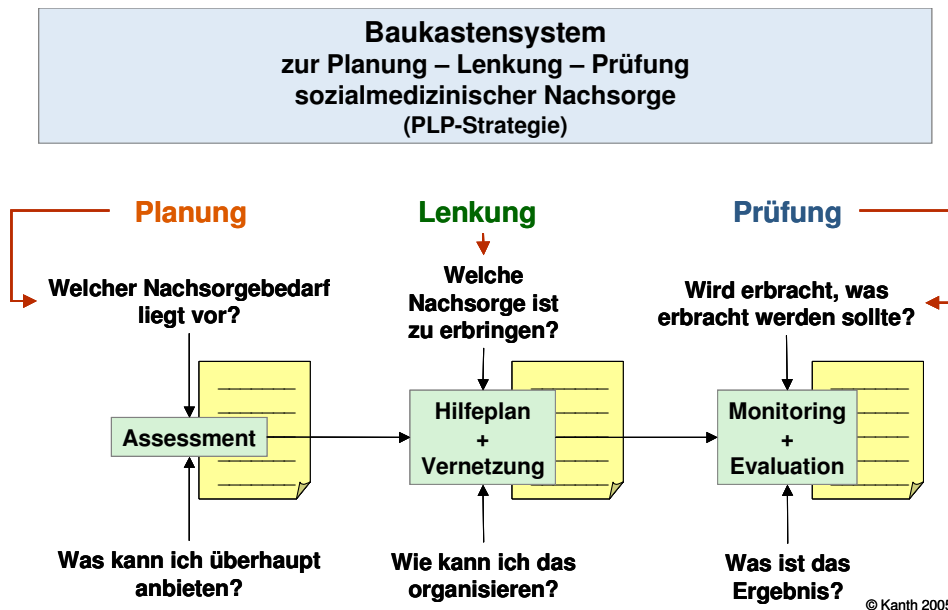


Abbildung 2: Das PLP-basierte Baukastensystem der Nachsorgedokumentation

Alle Phasen und Versorgungsschritte im Nachsorgeprozessablauf basieren auf Nachsorgedokumenten, die die Leistungserbringung steuern, d.h. durch das Intake und Assessment planen, durch den Hilfeplan lenken, durch das Monitoring an den sich ändernden Nachsorgebedarf anpassen und durch die Evaluation prüfen. Eine so gesteuerte sozialmedizinische Nachsorge setzt die zuvor festgelegte „fachlich gebotene Qualität“ um und ermöglicht anhand der Dokumentationen zugleich auch die Qualitätssicherung und -entwicklung im Rahmen des übergeordneten Qualitätsmanagements.

Mit einem solchen dokumentenbasierten Vorgehen kann der im Case Management Tätige nicht nur qualitätsgesichert arbeiten, sondern seine Arbeit auch seiner Nachsorgefamilie, seinem Arbeitgeber und dem Leistungsfinanzierer gegenüber verständlich machen.

PLP-basierte Befragungs- und Dokumentationsstrategie

Zur Veranschaulichung der Strategie soll die Entwicklung der PLP-basierten *Assessment-Strategie* vorgestellt werden (vgl. Abb. 3). Diese umfasst folgende Schritte:

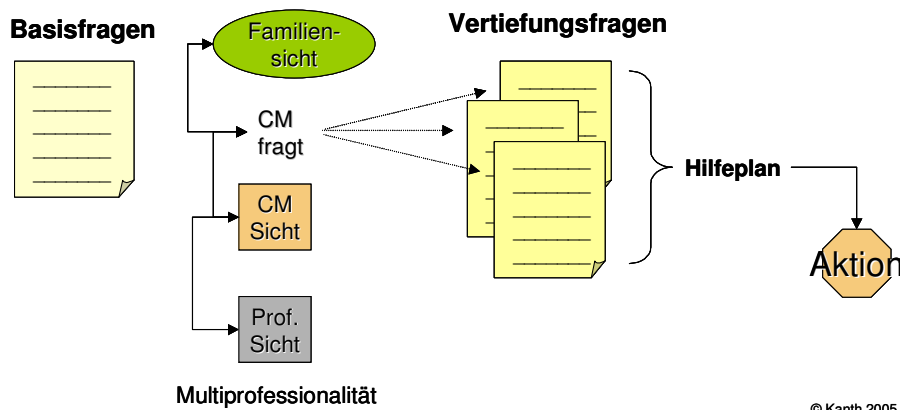
- Es wurde ein Leitfaden entwickelt, der wahlweise als halbstandardisiertes Interview oder als Fragebogen eingesetzt werden kann.
- Der Leitfaden umfasst so genannte „*Basisfragen*“ zu den grundlegenden Indikationen sozialmedizinischer Nachsorge. Jeder Frage liegt formal der gleiche Aufbau zugrunde.
- Mittels dieser Basisfragen erhebt der Case Manager bedürfnisorientiert die aktuelle Situation der Familie. Er bildet sich dann, mittels Einholung von Informationen aus *professioneller Sicht* (z.B. Stationsärzte, -schwestern) sowie der Integration aller vorliegenden Informationen, ein Gesamtbild – die *Case Manager*

Sicht – über die bedarfs- und bedürfnisorientierte Nachsorgesituation einer Familie.

- Ergebnisse auf spezielle Problemlagen werden aus den Basisfragen abgeleitete *Vertiefungsfragen* gestellt, aus denen sich wiederum die Hilfeplanung und die weiterführenden Aktionen (Handlungen) des Case Managers im Nachsorgeprozess ableiten.

PRIMA-Qualitätsentwicklung

Entwicklung einer Assessmentstrategie



© Kanth 2005

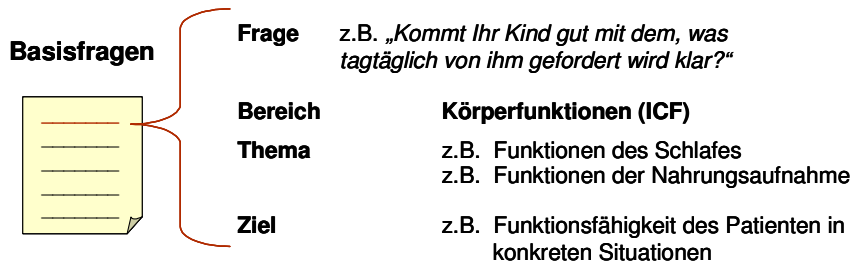
Abbildung 3: Die PLP-basierte Assessment-Strategie

Basisfragen

Die Basisfragen decken möglichst umfassend die Indikationen für sozialmedizinische Nachsorge ab. Je nach Patientengruppe nehmen die Basisfragen besonderen Bezug auf den krankheitsspezifischen Nachsorgebedarf (z.B. bei Krebs- oder Herzerkrankungen, Früh- und Risikogeborenen). Dabei sind die Basisfragen so aufgebaut, dass sie jeweils unterschiedliche biologische, psychische und soziale Problembereiche erfassen. Grundlage können dabei die in der „International Classification of Functioning (ICF)“ der WHO aufgeführten Bereiche sein (wie in der Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum § 43 SGB V gefordert). Darüber hinaus sind mit jeder Frage konkrete übergeordnete Nachsorgeziele verbunden. Das Beispiel einer Basisfrage in der Nachsorge Früh- und Risikogeborener ist in Abb. 4 wiedergegeben.

PRIMA-Qualitätsentwicklung

Basisfragebogen



© Kanth 2005

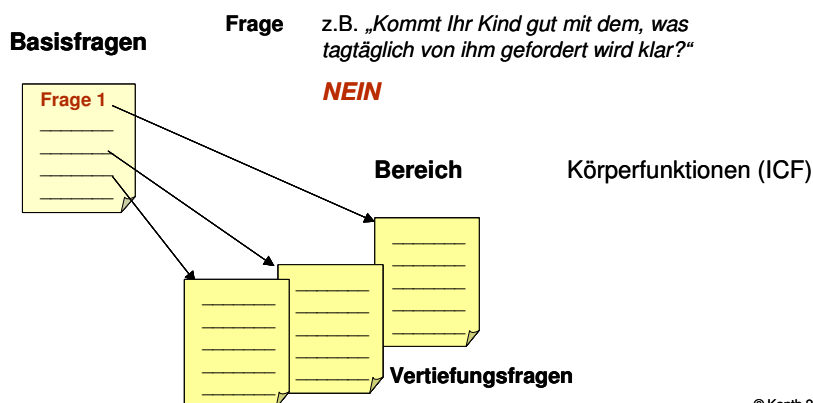
Abbildung 4: Beispiel einer Basisfrage in der Nachsorge Früh- und Risikogeborener

Vertiefungsfragen

Wird eine Basisfrage negativ beantwortet, d.h. berichtet eine Familie über besondere Probleme und/oder Bedürfnisse werden Vertiefungsfragen gestellt (vgl. Abb. 5). Im Rahmen der ICF könnten sich z.B. im oben angegebenen Beispiel weitere Fragen zu den Körperfunktionen ergeben, wie etwa zur Nahrungsaufnahme oder zum Schlaf.

PRIMA-Qualitätsentwicklung

Basisfragebogen



© Kanth 2005

Abbildung 5: Darstellung des sequentiellen Aufbaus von Basis- und Vertiefungsfragen am Beispiel einer ausgewählten Basisfrage in der Nachsorge Früh- und Risikogeborener

Zusammengefasst ergibt sich folgende Befragungs- und Dokumentationsstrategie (vgl. Abb. 6):

1. Im Intake/Assessment werden die Basisfragen gestellt.
2. Bei vorliegendem Nachsorgebedarf ergeben sich im weiteren Verlauf des Assessment Vertiefungsfragen, aus denen die konkreten Nachsorgeziele abgeleitet werden.
3. Der Hilfeplan wird erstellt und die erforderlichen Leistungen werden umgesetzt.
4. Im Monitoring werden versorgungsbegleitend und in der Evaluation zum Abschluss der Nachsorge durch wiederholtes Stellen der Basisfragen die Ergebnisse der Nachsorge geprüft.
5. Liegt keine Veränderung im Sinne der formulierten Nachsorgeziele vor, werden darüber hinaus die den Basisfragen zugeordneten Vertiefungsfragen ebenfalls wiederholt, um in einem so genannten Reassessment eine Optimierung der Hilfeplanung zu erreichen. Diese wird wiederum umgesetzt und einem erneuten Monitoring bzw. einer abschließenden Evaluation unterzogen.

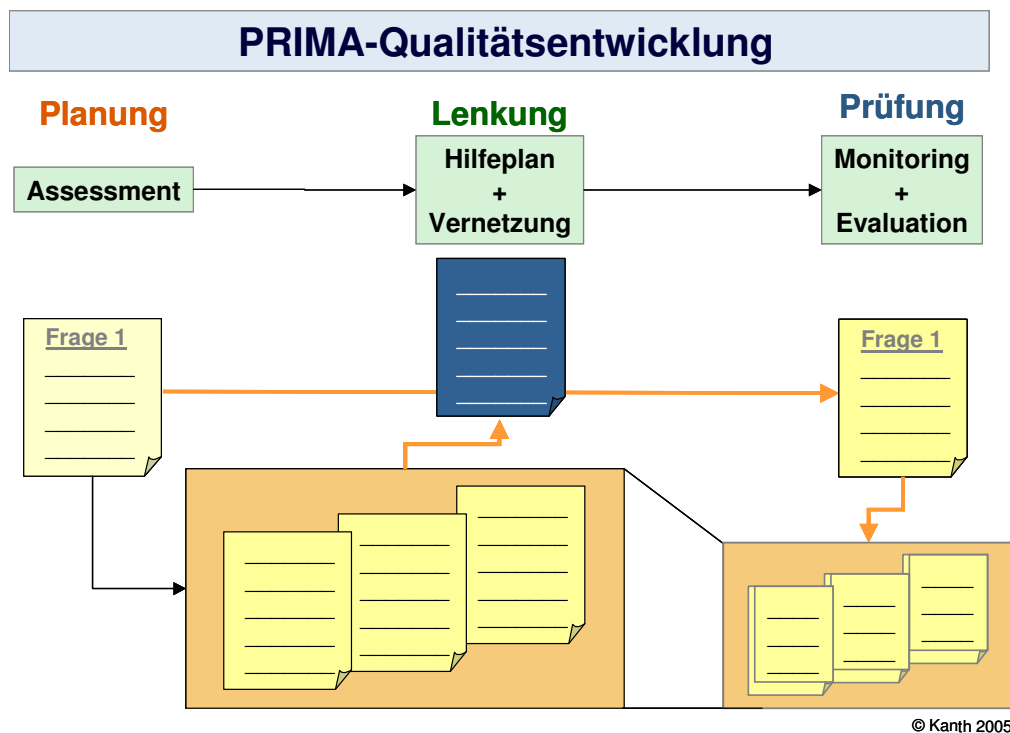


Abbildung 6: Die PLP-basierte Befragungs- und Dokumentationsstrategie

Im Sinne des Case Management ergibt sich ein strukturiertes Vorgehen, das zu jedem Zeitpunkt im Versorgungsprozess transparent und nachvollziehbar macht, *was warum* gemacht wird bzw. wurde.

- Die der Strategie zugrunde liegende Nachsorgedokumentation ermöglicht es dem Qualitätsmanagement, zu jedem Zeitpunkt im Prozess der Leistungserbringung sowohl versorgungsbegleitend als auch retrospektiv Soll-Ist-

Vergleiche des realen Nachsorgegeschehens mit den im Vorfeld definierten Qualitätsanforderungen an die sozialmedizinische Nachsorge zu ziehen. Die Basis für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung und Optimierung ist geschaffen.

- Dieses so genannte PLP-gestützte Vorgehen, vorliegend bislang in ersten Arbeitsversionen, wird aktuell diskutiert, um in das am beta Institut in Arbeit befindliche Qualitätsmanagement-Handbuch zum Nachsorgemodell „Bunter Kreis“ aufgenommen zu werden (vgl. INIP-Projekt: www.beta-institut.de).

Dokumentationspraxis

In 2004 wurden in der Bonner Nachsorge verschiedene Dokumentationen parallel erprobt. Auf *Fallebene* erfolgte eine kontinuierliche Dokumentation der Nachsorgepraxis nach Case-Management-Phasen (vgl. Abb. 7).

		PRIMA-Erfahrungen				
		Erfahrungen mit der Dokumentationsstrategie				
		Fallebene: Dokumentation während der Case Management Praxis				
		Intake	(Re)Assessment	Hilfeplan	Durchführung	Monitoring/ Evaluation
RG	N (%)					
RG I:	15 (15)	87%	53%	47%	93%	60%
RG II:	48 (50)	96%	94%	69%	98%	85%
RG III:	34 (35)	97%	100%	97%	100%	97%
97 (100)						

Berechnungszeitraum 2004
Basis: Ausgewählte Dokumente

© Kanth 2005

Abbildung 7: Dokumentation der Nachsorgepraxis nach Case Management-Phasen (prozentualer Anteil vorliegender Dokumente nach Familien)

Im ausgewählten Berechnungszeitraum 2004 wurden 97 Familien mit insgesamt 118 Kindern versorgt. Die Familien wurden auf Basis ihres aktuellen und/oder prognostizierten Belastungsgrades in drei *Risikogruppen (RG)* eingeteilt. Die RG I umfasst leichte Belastungen, die RG II mittlere Belastungen und die RG III hohe Belastungen. Die *Prozentzahlen in der Tabelle* geben an, bei welchem Anteil an Familien der jeweiligen Risikogruppe die für die jeweiligen Case-Management-Phasen im Rahmen dieser Darstellung ausgewählten Dokumente vorliegen.

Da unterschiedliche Dokumentationsstrategien erprobt wurden, wurden viele Dokumente, die für höher belastete Familien entwickelt wurden, auch bei den weniger belasteten eingesetzt (z.B. spezielle Dokumentationsbögen im Assessment).

Am Beispiel der Hilfepläne wird bereits auf dieser Ebene der Auswertung deutlich, dass man sich umso intensiver mit der Familie auseinandersetzte, je belasteter sie war.

Es zeigte sich als Erfahrung, dass ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen im Sinne einer klaren Zuordnung von Versorgungsleistungen und Versorgungsdokumenten zu definierten Zeitpunkten im Fallverlauf bei allen drei Risikogruppen die Transparenz und Steuerung der Nachsorge sowie die Kommunikation und Zufriedenheit über die erbrachten Leistungen im Nachsorgeteam deutlich positiv beeinflusste. Konsens bestand ferner darin, dass der Schwerpunkt der weiteren Dokumentationsentwicklung der Optimierung einer zunehmend praktikableren und ökonomischen Assessment-Strategie zukommen sollte.

Dokumentationsbeispiel: Nachsorgeaufwand

Im ausgewählten Dokumentationszeitraum 2004 liegen zu nahezu allen Familien Dokumente zur Phase der Durchführung vor (vgl. Abb. 7 und Abb. 8)

PRIMA-Erfahrungen

Erfahrungen mit der Dokumentationsstrategie

Fallebene: Nachsorgeaufwand in der Case Management Praxis

Risikogruppe:	N	Aufwand %
Risikogruppe I:	15	4%
Risikogruppe II:	48	33%
Risikogruppe III:	34	63%
gesamt:	97	100%

Berechnungszeitraum 2004
Basis: 1892 Interventionsdokumente

© Kanth 2005

Abbildung 8: Dokumentierter Aufwand patientenbezogener Interventionen nach Risikogruppen

Dargestellt ist der Aufwand an konkreten patientenbezogenen Interventionen (ohne Fahrtzeiten, Dokumentationszeiten, patientenübergreifenden Tätigkeiten). Die Auswertung basiert auf 1892 Interventionsdokumenten im Nachsorgezeitraum 2004 und belegt, dass der Nachsorgeaufwand in der Case-Management-Praxis (bezogen auf die Phase der Durchführung) sich angemessen auf die unterschiedlichen Risikogruppen der Nachsorgefamilien verteilt. Während die leicht belasteten Familien nur wenig Nachsorge in den patientenbezogenen Interventionen erhielten, entfiel ein Drittel des Nachsorgeaufwandes auf die mittel-belasteten Familien, während die hoch-belasteten nahezu zwei Drittel des Nachsorgeaufwandes für sich beanspruchten.

Dokumentationsbeispiel: Hausbesuche

Ein weiteres Berechnungsbeispiel zielt auf die spezielle Nachsorgeleistung des *Hausbesuches* ab (vgl. Abb. 9). Die Nachsorge in Bonn erfolgte im Umkreis von 100 Kilometern zur Kinderklinik. Im Berechnungszeitraum 2004 wurden 68 Hausbesuche durchgeführt. Diese verteilten sich auf 30 % aller im Zeitraum betreuten Familien, d.h.: 70 % der Familien erhielten keinen Hausbesuch.

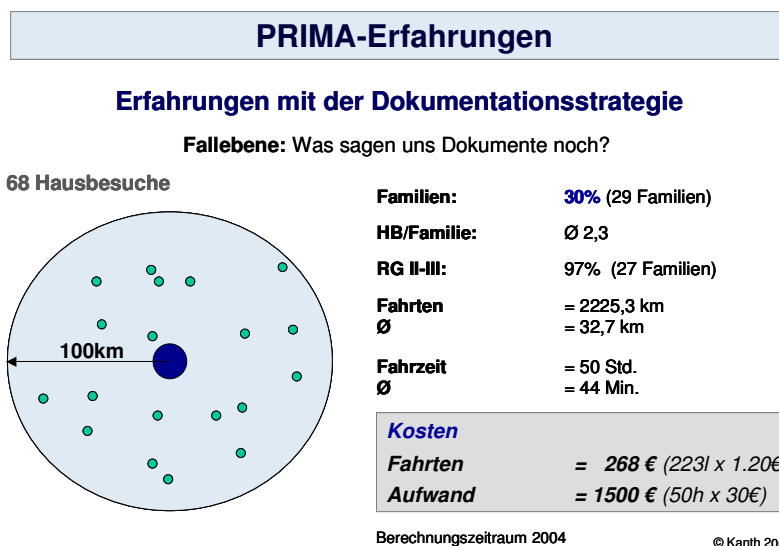


Abbildung 9: Beispielberechnung zur dokumentierten Nachsorgeleistung des Hausbesuchs

Von denen, die einen oder mehrere Hausbesuche erhielten, waren 97 % mittel bis hoch belastet und erhielten im Durchschnitt 2,3 Hausbesuche. Berechnet man die zusätzlichen Kosten von Hausbesuchen nach Fahrtzeit und Kilometern kann in diesem Berechnungsbeispiel von etwa € 1500,- € im Jahr 2004 ausgegangen werden. Eine begründbare Summe, bedenkt man, dass sie besonders den belasteten Familien zukam.

Fazit

Leistungen auf Basis strukturierter Dokumentation transparent und für Dritte nachvollziehbar zu gestalten, stellt ein zentrales Thema in der Leistungsgegenfinanzierung dar. Gerade in der Diskussion mit Kostenträgern kann sie sich nicht nur als notwendig, sondern durchaus auch als positiv für die eigene Nachsorgepraxis auswirken. Einen gangbareren Weg für die Praxis, eine praktikable Dokumentationsstrategie zu entwickeln und umzusetzen, stellt die Arbeit in Qualitätszirkeln dar.

Korrespondenzadresse

Eva Kanth
Universitätskinderklinik Bonn, Bunter Kreis e.V.

Adenauerallee 119, 53113 Bonn
Tel. 02 28 / 287-3290
Fax 02 28 / 287-3385
E-Mail: eva.kanth@bunter-kreis.de

Die Referentin

Diplom-Psychologin.

2001 - 2004 Projektleitung Bunter Kreis Bonn, Implementierung Nachsorge, Case Management und wissenschaftliche Begleitung der "PRIMA-Studie" am Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn

2002 - 2004 als Nachsorgemitarbeiterin und Case Managerin

Seit 2003 Mitarbeit am Qualitätssicherungs-Handbuch "Interdisziplinäre Nachsorge in der Pädiatrie (INIP) - Modell Bunter Kreis"

Seit 2005 freiberufliche zertifizierte Ausbilderin in Case Management und Case Managerin im Sozial- und Gesundheitswesen

Dozentin am Ausbildungsinstitut für Klinische Verhaltenstherapie, Gelsenkirchen