

# Behandlungspfade und ihre Nebenwirkungen im Krankenhaus

15.09.2010

C. Wolff-Menzler & P. Falkai

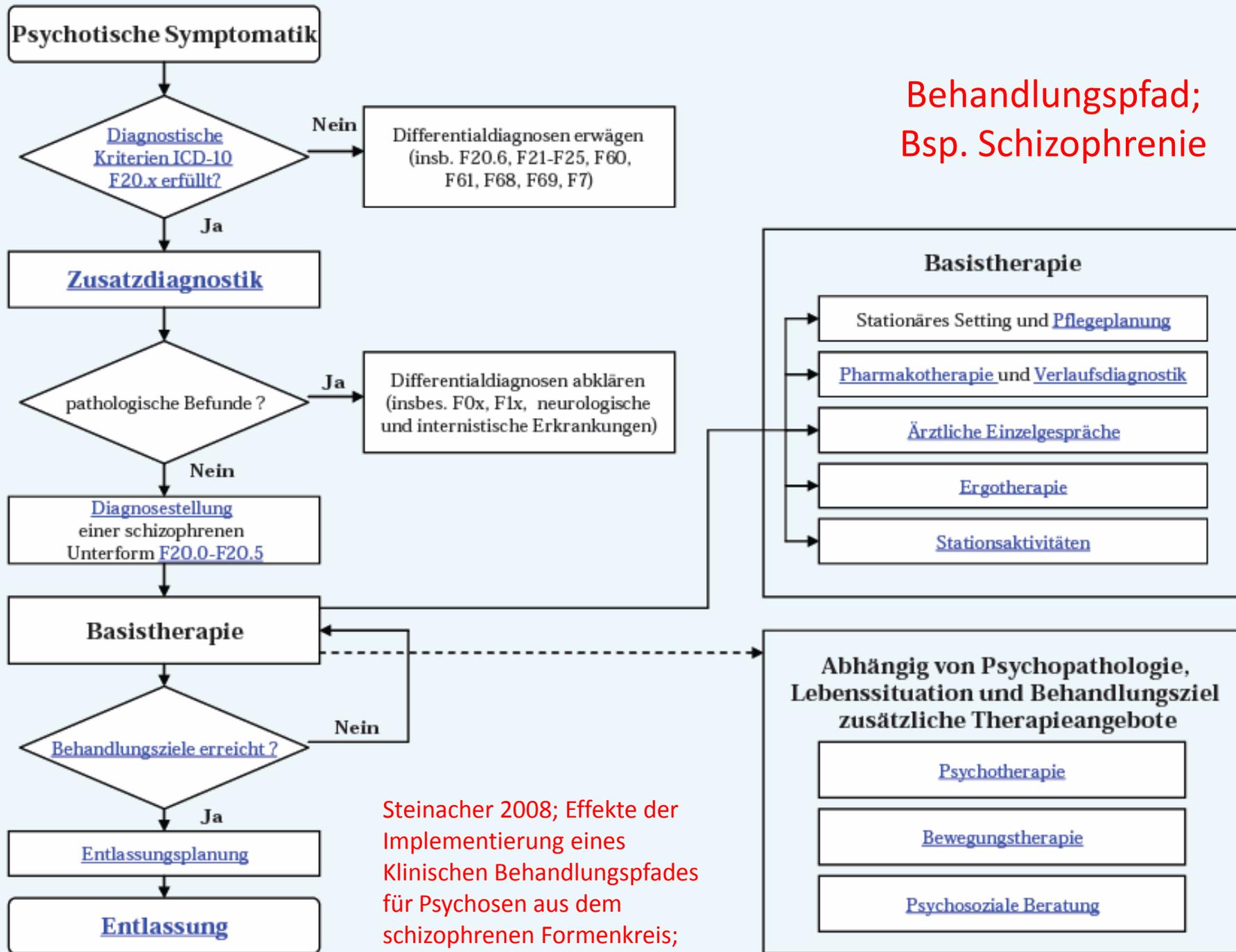
# Klinische Behandlungspfade

- sind vom jeweiligen Behandlungsteam **selbst definiert, lokal konsentiert und berufsgruppenübergreifend**
  - orientieren sich an **Leitlinien** der Fachgesellschaften
  - sie gelten als **Verfahrensweisen** für eine definierte Fallgruppe
  - Wahrung festgelegter **Qualität** unter Berücksichtigung der vor Ort verfügbaren **Ressourcen**.
- => Sie stellen somit den **lokal definierten Handlungskorridor für Diagnostik und Therapie** einer definierten Krankheitsgruppe dar unter Abbildung von Ablauforganisation und Entscheidungsvarianten.

# Wissenschaftliche Grundlage

- Als wissenschaftliche Grundlagen dienen z.B.
  - die Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, 1998)
  - die Internationale Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10
  - WHO (Weltgesundheitsorganisation, 1991)
  - und die evidenzbasierten medikamentösen Behandlungsempfehlungen der PORT-Arbeitsgruppe (Lehmann & Steinwachs, 1998a).

## Behandlungspfad; Bsp. Schizophrenie



Steinacher 2008; Effekte der Implementierung eines Klinischen Behandlungspfad für Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis; Disputation, S. 22

# Implementierung

Die Einführung solcher Konzepte in einer  
Krankenhausabteilung mit der

**„Zielsetzung, eine Änderung nicht nur im Wissen,  
sondern auch im Verhalten der Zielpersonen (MA)“**

zu bewirken.

(Grimshaw et al., 2001)

# Dissemination

Die **Verbreitung der** hierfür notwendigen **Kenntnisse** unter der Zielgruppe.

– kann über verschiedene Kanäle mit unterschiedlichem Aufwand betrieben werden

- persönliche Mitteilung
- Weiterbildungsmaßnahmen
- Intranet
- Druckerzeugnisse etc.

⇒ Stark abhängig von der Infrastruktur vor Ort

⇒ Investition von Ressourcen

# Ablauf I: Methodik (Bsp.)

- Strukturierte Moderation mit
  - definierten Anzahl an Arbeitsgruppensitzungen zu bspw. 4 Stunden
  - ⇒ Berufsgruppenübergreifend
  - ⇒ Investition von Ressourcen
- Die Sitzungen werden protokolliert
- Die Teilnehmer erarbeiten in vertretbarem Umfang gezielte Aufgaben zur Vorbereitung der nächsten Sitzung

# Ablauf II: Inhalte (Bsp.)

- Die Pfade werden gemeinsam mit den Teilnehmern erstellt.  
=> lokal konsentiert
- Der technische Ablauf ist unabhängig von der betrachteten Patientengruppe.
- Es werden bei der Pfaderstellung v.a. die vorhandenen Leitlinien zugrunde gelegt.
- Diese werden in den Arbeitsgruppensitzungen dahingehend angepasst was, was umsetzbar ist und was gewünscht ist.
- In die Erstellung der Behandlungspfade fließen auch Dokumentationspflichten nach dem KHRG (**OPS**) ein.
- Weitere zu berücksichtigende Aspekte sind u.a. rechtliche Hintergründe und finanzielle Rahmenbedingungen.

# Ablauf III: Inhalte (Bsp.)

## Grundsätzliche Annahme

„Der ärztliche Dienst stellt gegenwärtig und zukünftig einen Engpass dar“

- Es wird definiert, welche Aufgaben zwingend vom Arzt zu bewältigen sind.
- Alle anderen Tätigkeiten werden tendenziell auf die Berufsgruppe der Psychologen, intensiv jedoch auch auf den Pflegedienst delegiert.
- Da der Pfad in das Krankenhausinformationssystem (KIS) eingegeben werden muss, ist die Umsetzbarkeit laufend zu berücksichtigen.

# Ablauf IV – Timeline (Bsp.)

- **Vorgespräch**
- **Kick Off:** Beteiligung aller Berufsgruppen und KIS-Verantwortlichen !!!
- **Projektstart**
- **Inhaltliche Organisation der Arbeit**
  - **(Wer macht was mit wem wann wie)**
- **Pfadentwicklung**
  - Berücksichtigung vorhandener Konzepte Einarbeiten von Ergänzungen Beginn Evidenz-, Studien- und Leitlinienhinterlegung

# Ablauf V – Timeline (Bsp.)

- **Fortsetzung Pfadentwicklung** bis zur Entlassungsphase
  - Abgleich OPS-Behandlungspfad und Evidenz-, Studien- und Leitlinienhinterlegung
- **Visualisierung** des gesamten Prozesses
- **Transfererfahrungen** und ggf. erste Anpassungen
- **Auswertung**, notwendige Anpassungen

# Was bringt`s? (I)

## Bsp. Depression

**Berliner Algorithmus-Projekt** zur stationären Somatotherapie von Depressionen (Adli et al., 2002; Bauer et al., 2007) zeigte bei Einhaltung eines **strengen Behandlungs-Algorithmus**

- eine signifikant höhere Remissionsrate
- signifikant niedrigere durchschnittliche Depressionsscores bei Entlassung
- Eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus
- weniger medikamentöse Umstellungen

während der Behandlung in der zum Algorithmus randomisierten Patientengruppe gegenüber einer unbeeinflussten Regelbehandlung.

Cave: „**Sonderfall**“ Uniklinik und hohe Drop-out Quote der Patienten in der Studie

# Was bringt`s? (II)

Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs

Rotter et al.: (Review) - The Cochrane Library 2010

- Siebenundzwanzig Studien mit 11.398 Teilnehmern
- Zwanzig Studien verglichen clinical pathways mit der üblichen Versorgung. Diese Studien zeigten
  - eine Verringerung der Komplikationen im Krankenhaus bei verbesserter Dokumentation
  - keine Hinweise auf Unterschiede hinsichtlich Wiederaufnahme bzw. Sterblichkeit
  - Reduktion der Verweildauern
  - Kostenreduktion

# Zeitschrift **Gesundheitsökonomie und QM** – 2010 – 15, nimmt Bezug auf diese Studie

- „Erstmals weist eine Studie empirisch nach, dass clinical pathways tatsächlich die **Behandlungsqualität sichern, die Verweildauer verkürzen und Kosten reduzieren** können. „
- „deutlich **niedrigere Komplikationsrate** im Krankenhaus (Wundinfektionen, Blutungen und Pneumonie)“ Psychiatrie???
- „Nach standardisierten Abläufen behandelte Patienten konnten **das Krankenhaus auch häufig früher verlassen** als diejenigen, die nicht nach einem solchen System betreut wurden“
- „Die Patienten, die nach einem Behandlungspfad therapiert werden, **kosten das Krankenhaus pro Fall je nach Ausgangssituation mehrere hundert bis mehrere tausend US-Dollar weniger**“

Die komplette Studie ist einsehbar unter: [http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/ CD006632/frame](http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD006632/frame)

# Pro und Contra

(Überblick z. B. bei Petermann & Winkel, 2006)

- Kritiker befürchten u. a. **juristische Probleme**, z. B. bei notwendigen Abweichungen von den Empfehlungen im begründeten Ausnahmefall, insbesondere dann, wenn es zu Komplikationen in der Behandlung kommen sollte.
- Die **empirische Evidenz** verschiedener Leitlinien kann stark divergieren oder lässt sich nur schwer auf die **klinische Realität** übertragen
- **Publikationsbias**, der durch die unterlassene oder gar unterdrückte Publikation negativer oder unerwünschter Studienergebnisse entstehen kann

# Pro und Contra

(Überblick z. B. bei Petermann & Winkel, 2006)

**„ ...wir machen jetzt mal in Behandlungspfaden...“**

- Erhebliche **Umsetzungs- und Akzeptanzprobleme** im klinischen Alltag sind eine nicht zu unterschätzende Hürde
- Ein Problem besteht darin, dass ganz **unterschiedliche Interessen** verfolgt werden können; bei der Erstellung von:
  - Leitlinien
  - Behandlungspfaden
- Schlagwörter: **Qualitätsförderung**, Verbesserung von **Kommunikation** (zwischen Forschung und Praxis, verschiedenen Berufsgruppen oder Arzt und Patient), **ökonomische Aspekte**, usw.

# Zu berücksichtigende Phänomene „handlungsleitende Entscheidungen“

Neben dem theoretischen Wissen fließen in die Handlungsplanung

- MA/Pat. Erfahrungen
  - Patientenentscheidungen
  - MA/Pat. Erwartungen (Erfolgswahrscheinlichkeit der Maßnahme)
- Aber: Von Leitlinien und Behandlungspfaden wird beinahe ausschließlich das theoretische Wissen beeinflusst => Gefahr: „nur“ Vermittlung grundsätzlicher Informationen und somit Beeinflussung nicht aller o.g. Entscheidungsteilbereiche
  - Die sonstigen Wissensbasierungen, die den größeren Teil der Varianz ärztlichen Verhaltens erklären und bestimmen, werden durch solche Instrumente demnach weniger tangiert.

# Zu berücksichtigende Phänomene „handlungsleitende Entscheidungen“

Linden (2007) zeigte

- dass der Einfluss einer Leitlinie auf das Verschreibungsverhalten von Antidepressiva in Allgemeinarztpraxen gering war
- und dass die Outcome- Kriterien in der „leitliniennaiven“ Gruppe sogar besser waren,
- weil – nach Einschätzung der Autoren – „individueller“ behandelt wurde.
- Bei aller Kritik an Linden hält Steinacher 2008 fest, dass Leitlinien und Behandlungspfade nur ein Einflussfaktor unter sehr vielen anderen auf therapeutisches Handeln sind..

Linden, M. & Schotte, K. (2007). A randomized controlled clinical trial comparing "guideline exposed" and "guideline naive" physicians in respect to dosage selection and treatment outcome with doxepin in depressive disorders. *Pharmacopsychiatry*, 40, 77-81.

# Pro und Contra

(Überblick z. B. bei Petermann & Winkel, 2006)

- Befürworter argumentieren, dass **Qualität nur anhand klar definierter Standards gemessen werden kann**, die Behandlungspfade zwangsläufig mit sich bringen sollen
- Diese Standards und definierten Prozesse können gerade für noch **wenig erfahrene Therapeuten** eine wertvolle Hilfe sein
- Schaffung von **Transparenz und Verbraucherschutz** durch einen solchen einheitlichen und meist leicht zugänglichen Maßstab

# Pro und Contra

(Überblick z. B. bei Petermann & Winkel, 2006)

- Möglicherweise **schützt** die Befolgung dieser Leitlinien den Anwender **vor ungerechtfertigten Regressansprüchen** im Falle „fraglicher Behandlungsfehler“
- Die zur Verfügung stehenden **Ressourcen** würden auf diese Weise **nur für nachweislich wirksame Verfahren** aufgewendet
- **Ressourcen** könnten somit **effizienter** und dadurch letztlich „ethischer“ eingesetzt werden

# Problem: Erfolgsmessung

- Aussagekraft von Scores (Auswahl)
  - BPRS
  - CGI
  - Einschätzung des Pflegepersonals (NOSIE)
  - Selbsteinschätzung von Pat. - wichtig???
- Nach Naber und Koautoren (2002) gibt es keinen Grund, die
  - Validität von Selbsteinschätzungen grundlegend in Frage zu stellen, da ein Großteil klinisch stabiler Schizophrener in zahlreichen Studien hinreichende Reliabilität und Validität ihrer Selbstratings belegt habe.

# Problem: Erfolgsmessung (Bsp.)

- Nach Naber 2002 ist die **akute** Positivsymptomatik für das subjektive Wohlbefinden der betroffenen Patienten gegenüber der **überdauernden** Negativsymptomatik von untergeordneter Bedeutung

**Wann** soll der Erfolg gemessen werden?

# Erfolgsmessung – Bsp.: NW

- Nach Naber et al. 2002 stellen medikamentöse Nebenwirkungen einen Hauptgrund für Non-Compliance dar und die subjektive Lebensqualität der Patienten leidet erheblich unter den NW
    - wäre hier nicht der Langzeitverlauf der untersuchten Patienten von größtem Interesse?
    - Möglicherweise wird ein „Weniger“ an verbesserter schizophrener Akutsymptomatik durch ein „Mehr“ an subjektiver Lebensqualität und dadurch bessere Compliance und verringerte Rückfallquote im Verlauf über Monate und Jahre mehr als aufgewogen.
- Wann** soll der Erfolg gemessen werden?

# „schmaler Pfad?“

- Steinacher 2008
  - entscheidend ist, dass eine regelmäßige Kontrolle der Pfadeinhaltung erfolgt
  - bei gefundenen Abweichungen muss eine **kurzfristige** Rückmeldung erfolgen (aktive Dissemination).
  - Kann diese Überprüfung und Rückmeldung nicht z. B. über die Krankenhaus-EDV automatisiert werden, ist damit ein erheblicher personeller Mehraufwand verbunden, der außerhalb einer zeitlich umgrenzten Studiensituation kaum zu leisten sein wird.
  - Aber: es ist zu befürchten, dass eine **automatisierte** Rückmeldung im Lauf der Zeit ignoriert wird und konsequenzlos zu werden droht.

# „to do“ und IT

- über das elektronische Krankenhausinformationssystem enge Knüpfung der Behandlungsdokumentation an den Behandlungspfad, der jeweilige Behandler würde dann:
  - anhand des Pfades sowohl durch notwendige diagnostische und therapeutische Schritte geführt werden
  - wie er auch gezwungen wäre, seine Behandlungsdokumentation hier abzulegen.

Formulierte Voraussetzungen nach Steinacher 2008:

- spürbare Vereinfachungen in der Alltagsarbeit, wie etwa z.B.
  - automatisierte Anforderung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren
  - oder die erleichterte Verfügbarkeit aller Daten zum jeweiligen Behandlungsfall.

# Case Management

- Pflegegestütztes Case Management
- Kundenzufriedenheit
- Verantwortung für den gesamten Behandlungspfad
- Bindeglied zu allen Beteiligten
  - Interne Berufsgruppen
  - Patienten, Angehörigen
  - Sozialleistungsträger
  - Externe Behandlungspartner (sektorenübergreifend)
- Koordination der Aktivitäten

# Wie könnte es aussehen?

- Beispiel Behandlungspfad Schizophrenie:
- 1.Pfad-Titel: Behandlungspfad Schizophrenie
- 2.Pfad Nummer:
- 3.Diagnose-Codes: ICD 10 (2010)
- –F 20 ...
- 4.Behandlungscodes: OPS (2010)
- –OPS 1-903 ...
- –OPS 9-8 ...
- –OPS 9-6...
- 5. Vergütungstarif
- 6. Aufenthaltsdauer
- 7. Ausschlusskriterien
- 8. Vorrangige Behandlungsziele
- 9. Gültigkeit

# Behandlungspfad und Case Management (Bsp.: **Kalkulation** einer Beratungsfirma)

- Pro Station 2 –3 Pflegekräfte als Case Manager
  - Teilzeittätigkeiten, 0,5 Pflege, 0,5 Case Management
  - Training für 1 –3 Oberärzte, med. Fachpersonal
  - Qualifikationsanforderungen
- –Führung / Selbst-und soziale Kompetenz
- –Grundelemente von Führen
- –Schnittstellenmanagement ...

# Was haben OPS und Behandlungspfade gemeinsam bzw. wo gibt es Schnittstellen?

**Psych (Übersicht)**

- 21.01.2010
- 28.01.2010
- 04.02.2010
- 11.02.2010
- 18.02.2010
- 25.02.2010
- 04.03.2010
- 11.03.2010
- 18.03.2010
- 25.03.2010
- 01.04.2010
- 08.04.2010
- 15.04.2010
- 22.04.2010
- 29.04.2010
- 06.05.2010
- 13.05.2010
- 20.05.2010
- 27.05.2010
- 03.06.2010
- 10.06.2010

**Psych (Übersicht)**

### Psych

Ermittelte Prozeduren und Diagnosen

Code	Text
9-980.0	Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlu
9-602.0	1/4 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten pro
9-980.0	Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlu
9-602.0	1/4 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten pro
9-603.1	Mehr als 2 bis 4 durch Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten
9-602.0	1/4 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten pro

TE Ärzte: 30.2 (erfasst) 3 (verwendet)  
TE Psychologen: 18.8 (erfasst) 16 (verwendet)  
TE Spezialtherapeuten: 22.35 (erfasst) 19.25 (verwendet)  
TE Pflegefachkräfte: 85.35 (erfasst) 59.25 (verwendet)  
TE 1:1 Behandlung und Krise: 0 (erfasst)  
TE Gesamt: 156.7 (erfasst)

TE-Statistik  
-bis 30.06:  
„nur“ PsychPV  
-Ab 01.07.: TEs  
Dx.: F33.2  
ED: 1991  
Ca. 15 Aufenthalt  
W, 51 J.

# Strategie - Behandlungspfade

- Behandlungspfad-Bedeutung dürfte überschätzt werden – zumindest, wenn dabei „nur“ einfache Implementierungsstrategien zum Einsatz kommen (was aus Gründen der zeitlichen Inanspruchnahme der Mitarbeiter stationärer Einrichtungen und der sonst anfallenden Mehrkosten häufig der Fall sein dürfte.)

⇒ **Investitionsbedarf**

- Die herausragende Bedeutung der verwendeten Strategie zur Verbreitung der Inhalte eines Behandlungspfades ist noch einmal zu unterstreichen.

# Begleitforschung

- Ergebnismessung
  - Jede Zielerreichung muss messbar sein
  - Berliner Algorithmus-Projekt Depression
  - Begleitstudie
- Vorher-Nachher-Design
- Zielgrößen z.B.
  - Aufenthaltsdauer
  - Anzahl Konsile
  - Anzahl Rezidive
  - Remissionszeit
- Patientenbefragung
- Beurteilung: **wie weit ist die Klinik vom Optimum entfernt?**

# „Neben-“wirkungen

- Akzeptanz hängt stark von der Vorbereitung/Strategie ab
- können MA/Pat. verunsichern / können Sicherheit geben
- Alles mal in Frage stellen ist erwünscht / offen sein
  - „war doch schon immer so...wurde immer so gemacht“
  - „müssen wir das immer noch so machen...wie altmodisch...“
  - „Leitlinien als moderne Medizin“
  - hier wird großer Reformbedarf vermutet
- können einengen / können Struktur geben
- können Qualität verändern
- Instrument zur Personalsteuerung / Ressourcenoptimierung
- kosten Geld / Zeit
- Transparenz / OPS / Benchmarking => Begleitforschung

=> Kommt die Psychiatrie daran überhaupt vorbei?

**Vielen Dank**



**Claus Wolff-Menzler**  
[cwolff@gwdg.de](mailto:cwolff@gwdg.de)  
**Universität Göttingen**

Anhang

# Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs.

Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J.

- [Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;3:CD006632.](#)
- Department of Public Health, Dresden Medical School, University of Dresden, Dresden, Germany, D-01307.

## Abstract

**BACKGROUND:** Clinical pathways are structured multidisciplinary care plans used by health services to detail essential steps in the care of patients with a specific clinical problem. They aim to link evidence to practice and optimise clinical outcomes whilst maximising clinical efficiency.

**OBJECTIVES:** To assess the effect of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs.

**SEARCH STRATEGY:** We searched the Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), the Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Register, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) and bibliographic databases including MEDLINE, EMBASE, CINAHL, NHS EED and Global Health. We also searched the reference lists of relevant articles and contacted relevant professional organisations.

**SELECTION CRITERIA:** Randomised controlled trials, controlled clinical trials, controlled before and after studies and interrupted time series studies comparing stand alone clinical pathways with usual care as well as clinical pathways as part of a multifaceted intervention with usual care.

**DATA COLLECTION AND ANALYSIS:** Two review authors independently screened all titles to assess eligibility and methodological quality. Studies were grouped into those comparing clinical pathways with usual care and those comparing clinical pathways as part of a multifaceted intervention with usual care.

**MAIN RESULTS:** Twenty-seven studies involving 11,398 participants met the eligibility and study quality criteria for inclusion. Twenty studies compared stand alone clinical pathways with usual care. These studies indicated a reduction in in-hospital complications (odds ratio (OR) 0.58; 95% confidence interval (CI) 0.36 to 0.94) and improved documentation (OR 13.65; 95%CI 5.38 to 34.64). There was no evidence of differences in readmission to hospital or in-hospital mortality. Length of stay was the most commonly employed outcome measure with most studies reporting significant reductions. A decrease in hospital costs/ charges was also observed, ranging from WMD +261 US\$ favouring usual care to WMD -4919 US\$ favouring clinical pathways (in US\$ dollar standardized to the year 2000). Considerable heterogeneity prevented meta-analysis of length of stay and hospital cost results. An assessment of whether lower hospital costs contributed to cost shifting to another health sector was not undertaken. Seven studies compared clinical pathways as part of a multifaceted intervention with usual care. No evidence of differences were found between intervention and control groups.

**AUTHORS' CONCLUSIONS:** Clinical pathways are associated with reduced in-hospital complications and improved documentation without negatively impacting on length of stay and hospital costs.

# Criteria for considering studies for this review

## Types of studies

- Randomized controlled trials (RCTs)
- controlled clinical trials (CCTs)
- controlled before and after studies (CBAs)
- Interrupted time series analysis (ITS)

were included after meeting Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) methodological design and quality criteria. While there are validated criteria for experimental studies, criteria for CBAs and ITS are less developed and validated criteria are only available from the EPOC website (Bero 2010).

Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs.

Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J.

Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;3:CD006632.

# IT-Unterstützung

- Integration der insgesamt erfassten Daten
- Minimierung der Dokumentationszeiten
- Grundsatz: Einmal erfassen, mehrfach auswerten
- Anforderungen:
  - Darstellung im Intranet
  - Pop-up-Menüs
  - Entscheidungs-, Handlungs- und Informationsfenster
  - Überführung zu Volltextversionen
  - Überführung zu Dokumentationsbögen
  - Automatisierung der Leistungserfassung

- Leistungserfassung - Med.-Controlling – Güte/Aussagekraft der Daten

Profession	Datum	Therapie	Dauer
Pflegefachkräfte	26.08.2010 18:30	Behandlung durch spezialisierte Pflege	25 min
Ärzte	27.08.2010 09:00	Einzelgespräche (Supportiv)	15 min
Pflegefachkräfte	27.08.2010 09:30	Behandlung durch spezialisierte Pflege	30 min
andere spez. Berufsgruppen	27.08.2010 10:00	Ergotherapie	90 min
Pflegefachkräfte	27.08.2010 14:00	Behandlung durch spezialisierte Pflege	30 min
Pflegefachkräfte	27.08.2010 17:00	Behandlung durch spezialisierte Pflege	30 min
Pflegefachkräfte	27.08.2010 18:45	Behandlung durch spezialisierte Pflege	60 min
Pflegefachkräfte	27.08.2010 23:40	Behandlung durch spezialisierte Pflege	25 min
Pflegefachkräfte	28.08.2010 08:30	1:1-Behandlung	30 min
Ärzte	28.08.2010 09:00	Einzelgespräche (Supportiv)	15 min
Pflegefachkräfte	28.08.2010 22:30	Behandlung durch spezialisierte Pflege	30 min
Pflegefachkräfte	29.08.2010 16:00	Behandlung durch spezialisierte Pflege	100 min
Ärzte	30.08.2010 09:00	Einzelgespräche (Supportiv)	15 min
Pflegefachkräfte	30.08.2010 10:00	Behandlung durch spezialisierte Pflege	50 min
andere spez. Berufsgruppen	30.08.2010 10:00	Ergotherapie	65 min
Psychologen	30.08.2010 11:45	Psychotherapie	60

- Prozedurenübersicht**

Psych
Psych (Übersicht)

**Psych (Übersicht)**

- 21.01.2010
- 28.01.2010
- 04.02.2010
- 11.02.2010
- 18.02.2010
- 25.02.2010
- 04.03.2010
- 11.03.2010
- 18.03.2010
- 25.03.2010
- 01.04.2010
- 08.04.2010
- 15.04.2010
- 22.04.2010
- 29.04.2010
- 06.05.2010
- 13.05.2010
- 20.05.2010
- 27.05.2010
- 03.06.2010
- 10.06.2010
- 17.06.2010
- 24.06.2010
- 30.06.2010
- 01.07.2010
- 08.07.2010
- 15.07.2010
- 22.07.2010
- 29.07.2010
- 05.08.2010
- 12.08.2010
- 19.08.2010
- 26.08.2010
- 02.09.2010

### Psych

Ermittelte Prozeduren und Diagnosen

Code	Text	Datum	Typ	
9-980.0	Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung) bei Erwachsenen	21.01.2010	Prozedur	▲
9-602.0	1/4 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten pro Woche bei der Regelbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	09.05.2010	Prozedur	
9-980.0	Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung) bei Erwachsenen	30.06.2010	Prozedur	
9-602.0	1/4 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten pro Woche bei der Regelbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	06.07.2010	Prozedur	
9-603.1	Mehr als 2 bis 4 durch Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche bei der Regelbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	12.07.2010	Prozedur	
9-602.0	1/4 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten pro Woche bei der Regelbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	13.07.2010	Prozedur	▼

TE Ärzte:	<b>30.2</b> (erfasst)	<b>3</b> (verwendet)
TE Psychologen:	<b>18.8</b> (erfasst)	<b>16</b> (verwendet)
TE Spezialtherapeuten:	<b>22.35</b> (erfasst)	<b>19.25</b> (verwendet)
TE Pflegefachkräfte:	<b>85.35</b> (erfasst)	<b>59.25</b> (verwendet)
TE 1:1 Behandlung und Krise:	<b>0</b> (erfasst)	
TE Gesamt	<b>156.7</b> (erfasst)	

Übersicht über Plausibilitätsprüfungen

Meldung	Ort	Datum	Typ	Assistent
⊕ ❌ 29 Fehler bei Plausibilisierung			Fehler	
⊕ ⚠️ 121 Hinweis(e) bei Plausibilisierung			Hinweise	
⊕ ⚠️ 209 Warnung(en) bei Plausibilisierung			Warnungen	

- TE-Statistik

**Psych**

**Psych (Übersicht)**

- 21.01.2010
- 28.01.2010
- 04.02.2010
- 11.02.2010
- 18.02.2010
- 25.02.2010
- 04.03.2010
- 11.03.2010
- 18.03.2010
- 25.03.2010
- 01.04.2010
- 08.04.2010
- 15.04.2010
- 22.04.2010
- 29.04.2010
- 06.05.2010
- 13.05.2010
- 20.05.2010
- 27.05.2010
- 03.06.2010
- 10.06.2010

**Psych (Übersicht)**

## Psych

Ermittelte Prozeduren und Diagnosen

Code	Text
9-980.0	Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlu
9-602.0	1/4 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten pro 1 Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-980.0	Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlu
9-602.0	1/4 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten pro 1 Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-603.1	Mehr als 2 bis 4 durch Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-602.0	1/4 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Therapieeinheiten pro 1

TE Ärzte: **30.2** (erfasst) **3** (verwendet)

TE Psychologen: **18.8** (erfasst) **16** (verwendet)

TE Spezialtherapeuten: **22.35** (erfasst) **19.25** (verwendet)

TE Pflegefachkräfte: **85.35** (erfasst) **59.25** (verwendet)

TE 1:1 Behandlung und Krise: **0** (erfasst)

TE Gesamt **156.7** (erfasst)