



# elektronische post

Beiträge zur Guten Praxis in Medizin und Wissenschaft

Sendung 8

Hamburg, den 20. November 2002

Ulrich Paschen; Thomas Groß

## Behandlungsmuster - Stand der Technik?

1	Einleitung.....	1
2	Gegenstand der Betrachtung .....	2
3	Behandlungsprozesse.....	2
4	Behandlungsmuster.....	3
4.1	Inhalt und Form der Darlegung.....	3
4.2	Daten-Set für Behandlungsprozeduren .....	4
4.2.1	Bezeichnung.....	4
4.2.2	Codierung.....	4
4.2.3	Anwendungsbereich.....	4
4.2.4	Beschreibung des Ablaufes .....	4
4.2.5	Beteiligte Personen .....	5
4.2.6	Dokumentation.....	5
4.2.7	Mitgeltenden Unterlagen.....	5
4.2.8	Anlagen.....	5
4.2.9	Freigabevermerk .....	6
4.3	Textgestalt der Prozeduren .....	6
4.4	Darlegung von Behandlungsmustern .....	6
4.5	Diagnostik-Muster .....	7
4.6	Entscheidungsbäume.....	7
4.7	Wie detailliert soll die Darstellung sein? .....	8
4.8	Verwaltung der Dokumente .....	8
5	Wer soll solche Texte schreiben?.....	9
6	Wie organisiert man das?.....	9
7	Unser Angebot .....	10

### 1 Einleitung

Gibt es einen Stand der Technik zu Behandlungsmustern oder Behandlungspfaden im Krankenhaus? Wir glauben nicht - noch nicht einmal die Aufgabe ist bisher richtig klar. Viele

nehmen an, man müsse den Ärzten, Pflegenden und anderen medizinischen Berufen im Krankenhaus vorschreiben, wie sie arbeiten und wie sie entscheiden sollen, so und nicht anders zu handeln. Einige meinen, man müsse Leitlinien der Fachgesellschaften in

den Klinikalltag hineinimplementieren oder ärztliche Willkür mit institutionellen Regeln zur Ordnung rufen. Die Verwirrung behindert uns, das immer drängendere Problem zu lösen: Werden wir für das, was wir leisten, überhaupt noch das nötige Geld bekommen? Wie können wir die Kostenträger von dem überzeugen, was nötig ist und wofür wir ihr Geld brauchen? Wie bekommen wir unsere Ablaufprobleme in den Griff? Wie verbessern wir unsere Kommunikation untereinander? Wie werden wir mit der ständig wachsenden Dokumentationsflut fertig? Wie schützen wir uns vor dem Vorwurf, wieder einmal alles falsch gemacht zu haben? Darauf brauchen wir Antworten.

## 2 Gegenstand der Betrachtung

Im Unterschied zu vielen anderen haben medizinische Berufe ihre Leistungen (ihre eigentlichen „Produkte“) bisher nicht in Schriftform gebracht. Was wir wissen, steht in den Lehrbüchern und Zeitschriften. Was wir tun, haben wir im Kopf. Wir nehmen an, was dort zwischen den Ohren ist, sei bei allen anderen ziemlich das selbe - dabei wissen wir aus Erfahrung, wie wenig das zutrifft. So halten wir uns ängstlich an Routinen fest, um ja nicht weitere Probleme aufzuwerfen.

Wir brauchen schriftliche Beschreibungen unserer Handlungsweisen. Sie sind die eigentlichen Produkte der Krankenhauses: diagnostische Leistungen wie EKG, Rö-Thorax, Ultraschalluntersuchungen, Doppler-Sonographien, Laboruntersuchungen, Anamnese und körperliche Untersuchung, therapeutische Leistungen wie Arzneimitteltherapien, Operationen, Bestrahlungen, Physiotherapie, pflegerische Leistungen wie Grundpflege,

spezielle Behandlungspflege, Verbände, Prophylaxen. Die Liste unseres Könnens ist lang, aber grundsätzlich endlich. Wir verfügen über einen Werkzeugkasten, dessen Umfang je nach Versorgungsstufe und Versorgungsauftrag von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich groß ist. Das Spektrum und die Art der Ausführung machen die Besonderheit, die individuelle Seite des Krankenhauses aus, auch wenn sich die Verfahren sehr ähneln. Ein Universitätsklinikum hat Produkte, die in einem Kreiskrankenhaus nicht vorkommen, eine orthopädische Klinik bietet keine Leistungen der Geburtshilfe. Deshalb sind sie nicht etwa besser oder schlechter: Die „Produkt-Palette“ ist einfach eine andere.

## 3 Behandlungsprozesse

Aus unserem Werkzeugkasten wählen wir die Mittel aus, die am besten geeignet sind für die Lösung der Probleme unserer Patienten. Das setzt eine genaue Kenntnis ihrer Bedürfnisse im Einzelfall voraus. „Kunde“ über die Nöte unseres Patienten erhalten wir aus der Anamnese, durch den Untersuchungsbefund und die Ergebnisse diagnostischer Verfahren. Wir gestalten (konfigurieren, wie der Techniker sagt) den individuellen Behandlungsprozess eng an dem so ermittelten individuellen Bedarf des „Kunden“.

Patientenbehandlung ist immer „Einzelfertigung“, weil sich Patienten nun einmal unterscheiden, selbst wenn ihre Probleme sich stark ähneln und sich unter der verkürzenden Formel einer Diagnose zusammenfassen lassen. Keine Behandlung gleicht der anderen. Aber alle Behandlungsprozesse setzen sich aus den selben, sehr wohl immer gleichen Einzelverfahren zusammen: Eine Intubationsnarkose ist eine Intubationsnarkose, ob nun das linke oder

recht Sprunggelenk mit Schrauben oder AO-Platte versorgt wird. Wir können genauso gut eine Spinalanästhesie machen, wenn sie denn besser passt zur Situation und zu den Erwartungen des Patienten. Das muss der Arzt immer wieder aufs Neue herausfinden und gestalten.

## 4 Behandlungsmuster

Trotzdem muss die Medizin nicht jedes Mal neu erfunden werden. Für immer wieder ähnliche Probleme (oder Diagnosen) haben wir Musterlösungen im Kopf, die wir zwar anpassen, aber nur selten ganz neu gestalten. Schließlich haben sich solche Kombinationen bewährt. Wir wissen, dass Behandlungen nur so reibungslos ablaufen und man sich nur so vor Fehlern schützen kann.

Die Struktur unserer Vorstellungen von dem, wie es mal wieder laufen wird, ist nicht linear, eher netzartig. Sie besteht nicht aus schmalen Pfaden, die wir nicht verlassen könnten. In unsere Netze sind Strukturen des Handelns eingebettet, die den einzelnen Patienten nur noch angepasst werden müssen. Sie sind wie Schnittmuster des Schneiders, wie Baumuster des Ingenieurs, die erst durch die persönliche Note zu dem Gesamtprodukt werden, das als individuell angemessen empfunden wird. Deswegen sprechen wir lieber von Behandlungsmustern, an denen entlang wir die individuelle Behandlung konfigurieren, und nicht von standardisierten Behandlungspfaden. Das hat nichts mit Originalitätssucht zu tun. Wir kommen so der Realität im Krankenhaus einfach näher.

Nicht jedes Krankenhaus bietet alle Behandlungsmuster, die sich aus dem grundsätzlich vorhandenen Werkzeugkasten aufbauen ließen. Meist können wir mehr als wir regelmäßig tun. Das liegt am Auftrag des Krankenhauses

und einer weisen Beschränkung auf das, was alle Berufsgruppen zusammen am besten können. Man beherrscht eine ganze Reihe von Behandlungsmustern gut und zuverlässig. Daneben gibt es Behandlungen, die man in Einzelfällen aus der Erfahrung oder mit einer gewissen Kreativität ad hoc konfigurieren kann - das sind aber nur wenige. Das Verhältnis beträgt vielleicht 80 zu 20.

Die Behandlungsmuster, die den Alltag ausmachen, brauchen wir nicht neu zu erfinden. Wir arbeiten schon heute an ihnen entlang. Neu ist, dass wir sie in Schriftform darlegen. Davon versprechen wir uns eine Reihe von Vorteilen – bessere Abstimmung zwischen den Berufsgruppen, störungsfreien Ablauf, schlankere Dokumentation und eine Kalkulationsgrundlage dafür, ob wir mit dem Erlös aus der Behandlung auch auskommen. Wie sollen wir dabei vorgehen?

### 4.1 Inhalt und Form der Darlegung

Um einen Stand der Technik zur Verschriftlichung medizinischer Behandlungsverfahren zu erreichen, muss man zwischen Anforderungen an den Inhalt und denen an die Form der Darstellung unterscheiden. Die Anforderungen an den Inhalt lassen sich gut begründen. Das Problem der Darstellung dagegen kann man auf verschiedene Weise lösen. Jeder wähle sich die Form, die ihm am ehesten zusagt. Man wird für die Prozeduren (die Einzelmethoden) und ihre Kombination (die Behandlungsmuster) unterschiedliche Formen wählen. Wir zählen hier zunächst die Daten auf, die dargelegt werden sollten und schlagen anschließend Formen der Darlegung vor.

## 4.2 Daten-Set für Behandlungsprozeduren

### 4.2.1 Bezeichnung

Jede Prozedur braucht eine Bezeichnung zur eindeutigen Identifikation. Die Bezeichnung soll kurz sein, prägnant, unverwechselbar und hierarchisch. Sie soll dem fachlichen Sprachgebrauch folgen und - wenn möglich - nicht von den im ICPM verwandten Bezeichnungen abweichen. So reicht „Appendektomie, offen“ für „Arbeitsanweisung zur Entfernung der Appendix durch offene Laparatomie unter Narkose“. Man kann hierarchisch die „Appendektomie, laparoskopisch“ davon unterscheiden.

### 4.2.2 Codierung

Alle Dokumente erhalten einen mnemotechnisch einprägsamen Code: z. B. GYN/THE/KON/001 oder CHR/THE/OP/010 oder INN/DIA/013. So können die klinischen Fächer, die therapeutisch-konservativen, die therapeutisch-operativen und die diagnostischen Verfahren leicht wieder gefunden werden. Für die Pflege, Laboratorien und Verwaltung haben wir eigene Codierungsschemata entworfen.

### 4.2.3 Anwendungsbereich

Für jede Prozedur wird angegeben, an welchem Ort und bei welchen Gelegenheiten diese Arbeitsanweisung Anwendung finden kann. Bei medizinischen Anweisungen gehören hierher die Indikation und Überlegungen zur Auswahl des Verfahrens. Man sollte aber nicht alle Kontraindikationen aufzählen (die am Ende doch nicht beachtet werden). Hilfreicher sind Warnhinweise: Unter welchen Bedingungen sind besondere Vorsichtsmaßnahmen angebracht? Oder welche Gründen könnten vorliegen, doch bes-

ser ein anderes Verfahren auszuwählen. Prozeduren können beschränkt sein auf die Ambulanz, Station oder Funktionsbereiche.

### 4.2.4 Beschreibung des Ablaufes

Dies ist der Hauptteil: Wir erwarten eine detaillierte Darlegung des Arbeitsablaufes, aus dem erkennbar ist, was im Einzelnen getan wird, welche Reihenfolge einzuhalten ist, welche Varianten vorkommen, worauf besonders zu achten ist, wie mit Problemen oder Komplikationen umgegangen werden soll, welche Zwischenprüfungen nötig sind usw. Die Darlegung soll dem Fachmann reichen, um den typischen Ablauf erkennen und nachvollziehen zu können oder zu verstehen, welche Schritte eben nicht dazu gehören. Je nach klinischem Fach und Prozedur dürfte die Art der Darlegung anders ausfallen. Der Autor hat dafür freie Hand. Eine Labormethode wird anders beschrieben als eine diagnostische Maßnahme, eine medikamentöse Therapie anders als ein chirurgischer Eingriff. Manchmal sind Abbildungen hilfreich, Dosierungstabellen oder Aufzählungen von Ergebnissen und ihrer Interpretation.

Immer sollte die Beschreibung Angaben enthalten zu den Mitteln, die eingesetzt werden: In welchem Raum geschieht das? Welche Geräte müssen bereit stehen? Welches Material wird verbraucht? Wichtig ist der Zeitbedarf: Wir unterscheiden die Dauer von der effektiven Arbeitszeit der beteiligten Personen. Gibt es Beschränkungen in Bezug auf die Tageszeit? Wir wünschen uns Zeitangaben für den Mindestzeitbedarf und eine Schätzung, wie lang die Prozedur unter Umständen dauern kann. Meistens fehlen konkrete Zahlen für Mittelwerte. Die intuitiven Zeitschätzungen sind nach unserer Erfah-

nung meistens sehr zuverlässig. Nur wer es ganz genau wissen muss, wertet OP-Zeiten aus oder misst mit der Stoppuhr.

#### 4.2.5 Beteiligte Personen

Für alle Schritte der Prozedur soll festgelegt werden, wer wofür zuständig ist, wer die Tätigkeit tatsächlich ausführt, dabei hilft oder darüber informiert werden muss. Die letztliche Verantwortung sollte klar sein. Für einige Tätigkeiten sind spezifische formale Qualifikationsanforderungen Voraussetzung: Sie sollen hier genannt werden (z. B. nur vom Facharzt, nur mit Fachweiterbildung). Manchmal ist die Arbeitsteilung so aufwändig, dass erst eine Tabelle Übersicht verschafft.

#### 4.2.6 Aufzeichnungen

Hier wird aufgeführt, was von diesem Vorgang aufgezeichnet werden soll. Aufzeichnungen dienen zunächst der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, den Dienstsichten. Aufzeichnungen dienen uns als Erinnerungstütze und berichten an mitbehandelnde Ärzte, auch solche, die erst zukünftig sich aus unseren Aufzeichnungen ein Bild machen wollen. Was muss man wissen? Was ist nebensächlich? Die Idee einer juristischen Rechtfertigungsdokumentation hat dazu geführt, wahllos alles aufzuschreiben. Am ende fehlt doch wieder das Wichtigste. Man sollte sehr genau darüber nachdenken, welche Daten medizinisch notwendig sind – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Wo werden die Daten eingetragen? In welchem Format? Als Freitext? Was ist die Einheit? Gibt es ein Bericht-Formblatt wie für viele diagnostische Prozeduren? Neben den Aufzeichnungen werden Durchschriften gefertigt oder parallel Listen geführt wie OP-Buch, Labor-Journal oder Ambulanz-Bücher. Auch

sie sollen hier genannt werden. Wie vermeidet man Doppelerfassung? Wie Unterschiede im Daten-Satz?

Hier sollten auch ICD-, OPS-, ICPM- oder DRG-Ziffern aufgeführt werden, soweit sie für die hier Codierung zur Erlössicherung gebraucht werden. Man erleichtert dem Arzt die Arbeit.

Je sorgfältiger die Datenfelder für die Aufzeichnungen definiert werden, um so leichter kann man später Feldern in der elektronischen Krankenakte erstellen.

#### 4.2.7 Mitgeltenden Unterlagen

Meist müssen bei der Ausführung einer Prozedur allgemeine Regeln oder spezielle ausführliche Vorgaben beachtet werden, die man nicht in voller Länge im Text ausführen möchte. Worauf stützt sich dieses Verfahren? Welche Leitlinien, Literaturstellen, EbM-Analysen, Lehrbücher, OP-Lehren und eigene Erfahrungen belegen die Validität des Verfahrens. Ebenso sollen hier Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien genannt werden, die bei der Ausführung des Verfahrens beachtet werden müssen.

Wir erläutern in diesem Abschnitt zusätzlich noch Begriffe oder Abkürzungen, die im Text benutzt werden und vielleicht nur dem Fachmann geläufig sind. Viele Bezeichnungen werden variabel verwandt – da sind klare Festlegungen jedenfalls für das eigene Haus sehr hilfreich.

#### 4.2.8 Anlagen

Jeder Beschreibung werden die benötigten Formblätter beigelegt. Sie können als Eingabemaske oder Druckvorlage genutzt werden. Übersichtstabellen oder Mustertexte gehören dazu wie die Texte zu Aufklärung und Einwilligung, Standard-Fassungen von OP-

Bericht oder Arztbrief, Patienteninformationen oder Merkblättern. Sie können geändert und dann ausgedruckt werden - die Formular-Verwaltung wird erfreulich erleichtert.

#### 4.2.9 Freigabevermerk

Die Leitung der Abteilung/Klinik oder des Bereiches gibt das Dokument mit Datum und Unterschrift frei. Wir nennen den Autor oder die Stelle, die den Text verfasst und eventuell die Aufgabe übernommen hat, den Text zukünftig zu aktualisieren. Der Pfad für die Ablage in der EDV soll hier eingetragen werden. Mit einem kurzen Text wird auf die Gültigkeitsdauer und Dauer der Archivierung (Empfehlung: 30 Jahre) verwiesen.

### 4.3 Textgestalt der Prozeduren

Wir legen Prozeduren als Fließtext in ganzen Sätzen dar. Andere bevorzugen eine substantivische Aufzählung der einzelnen Schritte. Manche komprimieren den Text in einem Tabellen-Schema auf einer Seite, andere lassen mehrere Seiten in großzügigem Layout wie in einem Computer-Handbuch zu oder sie setzen bereits auf dieser Betrachtungsebene Flussdiagramme mit einer Auflösung des Ablaufes in Ereignis-Aktivitäten ein.

Wir bevorzugen zunächst die textliche Darstellung ohne Vorgaben für den Stil. Die Formatierung des Textes im Textbearbeitungsprogramm übernimmt eine zentrale Stelle. Wenn immer dieselbe Vorlage in WORD genutzt wird, entsteht daraus kein großer zusätzlicher Aufwand. Da sich nicht alle Mitarbeiter für geübte Autoren halten, lassen sie sich gern eine gewisse redaktionelle Bearbeitung gefallen. Sie kann jedoch sehr zeitraubend sein und setzt technische Autoren mit Sprachgefühl und Bewusstsein für die Schwierigkei-

ten einfacher und klarer Formulierung voraus.

Aus verschiedenen Gründen haben wir die Darlegung der Prozeduren in Flussdiagrammen (im Unterschied zu komplexen Behandlungsmustern) bisher nicht weiter verfolgt: Nicht jeder Autor hat z. B. das Programm Visio auf seinem Rechner, nicht jeder kann damit umgehen. Der zusätzliche Zeitaufwand ist nicht unerheblich. Die Vorteile einer solchen Detaillierung halten sich bei kurzen Einzelprozeduren in Grenzen.

### 4.4 Darlegung von Behandlungsmustern

Auch Behandlungsmuster kann man im Fließtext darlegen. Schnell wird jeder merken, dass in weiten Teilen Texte wiederholt werden, die als Prozeduren-Beschreibungen bereits vorliegen. Der Ablauf gewinnt erheblich an Übersichtlichkeit, wenn in komplexen Behandlungsmustern Prozeduren nur mehr als Überschrift erscheinen, die auf die ausführlichen Darstellungen verweisen. Man kann Links zu den Dokumenten setzen und sich so die Mühe sparen, die Texte zu wiederholen.

Der Datensatz eines Behandlungsmusters ähnelt in den formalen Anforderungen (Bezeichnung, allgemeine Gliederung) dem der Prozeduren. Im Abschnitt „Beschreibung“ passt für die meisten Fächer eine Grobgliederung des Ablaufes in die Abschnitte:

- Zugang, Eintritt
- Ergänzende Diagnostik
- Vorbehandlung
- Behandlung
- Nachbehandlung
- Entlassung
- Nachbetreuung.

In den meisten Abschnitten stehen nicht viel mehr als die Titel der Prozeduren, aus denen das Behandlungsmuster aufgebaut ist. Sie sind mit den Dokumenten verlinkt, in denen man den Ablauf ausführlich beschrieben findet.

Die Darstellung in Flussdiagrammen ist für Behandlungsmuster aber oft besser geeignet. Die Übersichtlichkeit ist größer, die Verlinkung einfacher. Man kann den zeitlichen Zusammenhang der Aktivitäten (Gleichzeitigkeit, Reihenfolge, Stopp-Punkte, Meilensteine usw.) eintragen. Besonders, wenn alternative Abläufe integriert werden sollen, ist diese Art der Darstellung einem Fließtext deutlich überlegen: Varianten sind auf einen Blick erkennbar. Im Fließtext liegen zusammengehörige Abschnitte oft weit getrennt vor.

Für die Darstellung in einem Projekt-Planungsprogramm bietet sich Microsoft-Project an. Für eine Vernetzung mehrerer „Behandlungsprojekte“ braucht man einen MS-Project-Server, mit dem wir noch keine Erfahrung sammeln konnten.

#### 4.5 Diagnostik-Muster

Nicht jeder Patient kann gleich bei seiner Ankunft im Krankenhaus einem Behandlungsmuster zugeordnet werden. Vor die Therapie hat der liebe Gott die Diagnostik gesetzt. Wollen wir diesen Bereich ganz ausklammern? Das scheint nicht nötig. Für viele Leitsymptome kann der erfahrene Arzt die diagnostischen Muster wie im Schlaf abspulen. Bei einer bewusstlosen Person beginnt man mit einer Geruchsprobe. Die Schwester nimmt Blut für eine Zuckeruntersuchung ab, während der Arzt die Reflexe durchprobiert. Vielleicht folgt ein Drogentest. Wer jetzt noch nicht ahnt, welche diagnosti-

sche Maßnahme ihn weiterbringt, schaut in einer Tabelle mit Vorschlägen nach.

Für Diagnostik-Muster kann man sich aus einer Vielzahl sorgfältig ausgearbeiteter Pfade z. B. der Differentialdiagnostik bedienen - und sollte das auch tun. Man kann sie abschreiben, dem eigenen Gebrauch anpassen und fortentwickeln. Ebenso wie die Behandlungsmuster soll man sie durch die Leitung autorisieren lassen und sie in dasselbe Ordnungssystem bringen.

#### 4.6 Entscheidungsbäume

Man hat versucht, mit Hilfe von Entscheidungsbäumen aus der Diagnostik eine direkte Verbindung zu einer passenden Therapie herzustellen. Das hat für viel Verwirrung gesorgt. Unstreitig können Entscheidungsbäume an die vielen Punkte erinnern, die man fest im Auge behalten muss, wenn man sich für eine Therapie entscheidet. Besonders viele Optionen hat man aber meistens gar nicht. Für welche man sich dann entscheidet, lässt sich nicht in Ja/Nein-Entscheidungen auflösen. Selbst wenn man jeden Einzelfall antizipieren könnte, bräuchte man Hilfe, um festzustellen, ob es sich um den genannten Einzelfall handelt.

Informatiker wissen, dass so eine imaginäre Entscheidungsmaschine unmöglich ist. Kostenträger und Gesundheitspolitiker glauben noch immer, sie könnten Entscheidungen der Ärzte mit einer solchen Art von Leitlinien programmieren. Das wird nicht gehen. Erreichen kann man, dass die klinischen Entscheidungen besser nachvollziehbar werden, häufiger in die gewünschte Richtung fallen und Fehler bei der Auswahl vermieden werden – für den Einzelfall im Voraus programmieren kann man sie nicht.

Letztlich kann man den Patienten und seine Präferenzen nicht einfach ausschalten. Wer das nicht glauben will, befasse sich mit der Methodik des „clinical decision making“, um sich über die Schwierigkeiten dabei belehren zu lassen. Solche Programmierungsversuche gehören nicht in Behandlungsmuster. Der garstige Graben zwischen Diagnose und Therapieverfahren lässt sich nicht so leicht überspringen, wie sich der Laie das vorstellt.

Man kann aber, das halten wir durchaus für klug, die Möglichkeiten aufzählen, die man hat und auch die Gründe dafür und dagegen nennen. Den Rest überlasse man Arzt und Patient.

#### **4.7 Wie detailliert soll die Darstellung sein?**

So detailliert, wie man sie braucht. Zumindest sollte dem Fachmann klar sein, was wie gemacht wird. Man braucht selten eine Griff-für-Griff-Darstellung, als ob das Verfahren nun einem Laien beigebracht werden sollte. Das ist nur nötig, wenn häufig wechselnde Mitarbeiter mit nur oberflächlicher Einarbeitung bestimmte Tätigkeiten ausführen. Allerdings muss der Ablauf selbst solche Wechsel auch aushalten können. Medizinische Behandlungen eignen sich nicht dafür, anders jedoch Verwaltungsabläufe und einfache Verrichtungen, die man nach kurzer Einweisung sicher beherrschen kann.

Nicht zulassen sollte man, dass sich Mitarbeiter auf ihre Ausbildung und Berufserfahrung berufen und jede präzise Beschreibung für überflüssig erklären. Selbst triviale Handlungen können sehr umstritten, im Zusammenspiel mit anderen Prozeduren aber qualitätsrelevant sein. Wenn sie sich auch nicht immer widersprechen und wenn auch viele Wege nach Rom füh-

ren, so stören Variante immer den Ablauf. Patienten haben für kreative Vielfalt im Verhalten von Mitarbeitern viel weniger Verständnis als wir Profis. Sie beobachten jeden unserer Handgriffe und halten eine originelle Lösung schnell für einen Fehler. Niemand weiß sicher, welche Art der Händedesinfektion letztlich die wirksamste ist - in einer Klinik sollten jedoch alle einheitlich vorgehen. Haustypische Routinen sind besonders im OP sehr verbreitet - da nützt einer OP-Schwester ihr Wissen aus der Fachausbildung wenig. Sie wird sich nach dem Hausverfahren richten oder einen neuen Arbeitsplatz suchen müssen.

Manchmal können Griff-für-Griff-Regelungen Frieden zwischen den Berufsgruppen stiften. Ideal ist eine Zusammenarbeit ohne viele Worte: Wie will man gemeinsam Betten beziehen, wenn jeder auf der Art beharrt, die er irgendwo mal gelernt hat?

#### **4.8 Verwaltung der Dokumente**

Mit der Zeit entstehen so viele Dokumente, wie man Prozeduren im Programm hat. Wir schätzen, dass je nach Abteilung 20 bis 200 zusammenkommen. Um die Übersicht zu behalten, gruppiert man die Verfahren nach ihrem sachlichen Zusammenhang, z. B. administrative, pflegerische, diagnostische, konservative und operative Verfahren. Man erleichtert sich die Arbeit, wenn man die Dokumente mit einem mnemotechnisch unterstützenden Buchstabencode und einer durchzählenden Ziffernfolge belegt. Ein Inhaltsverzeichnis allein reicht für Auffinden und Ablage der Dokumente nicht aus.

Die Ablage in der EDV ist da deutlich einfacher. Wie im world wide web kann man von der Homepage des Produktregisters über die Hierarchieebenen assoziativ die Beschreibungen finden.

Bildliche Darstellungen erleichtern den Zugang (z. B. ein Knochen-Mann, auf dem man die Region anklickt, die man röntgen will). Dafür gibt es inzwischen schöne Lösungen.

Die Abteilungsleitung gibt die Dokumente formell frei. Sie muss jederzeit wissen, wie in der Regel vorgegangen wird. So verhindert man, dass nicht autorisierte Papiere durch die Abteilung geistern und ihr Unwesen treiben. Die Behauptung, sie hätte davon nichts gewußt, wird der Leitung nichts nützen. Auch Befürchtungen, so sei ein Fehler immer auf den Leitungsverantwortlichen rückführbar, kann man zerstreuen. Der Chef ist sowieso für alles verantwortlich. Hat er jedoch keine klare Anweisungen gegeben, dann gilt das inzwischen als fahrlässig. Wer bewusst Anweisungen unterlässt, handelt vorsätzlich. Wer von der eigenen Verantwortung ablenken will, sogar in niedriger Absicht. Schlimmer kann es wohl nicht kommen. Fehler in der Anweisung sind jedoch immer möglich. Eine irgendwie geartete Anweisung belegt immerhin die besondere Sorgfalt in der Anweisung.

Die Dokumente müssen datiert sein. Alle Dokumente haben eine begrenzte Gültigkeitsdauer (z. B. 3 Jahre). Dann müssen sie überprüft, ggf. überarbeitet und erneut freigegeben werden.

Ohne eine geeignete Software zur Dokumentverwaltung ist das kaum zu machen.

## **5 Wer soll solche Texte schreiben?**

„Wenn ich so etwas könnte, wäre ich Professor geworden!“ Solche Einwände muss man gelten lassen. Technische Texte zu verfassen ist nicht Jedermanns Sache. Das lässt sich zwar lernen, aber nicht erzwingen. So weit ir-

gend vertretbar, sollte die Beteiligung an diesem Projekt freiwillig sein. Trotzdem gilt, dass die Prozess-Eigner ihre Prozesse selbst beschreiben sollen: die MTA ihre Labor- oder Röntgenuntersuchungen, die Schwester ihre Pflegeleistungen, der AIP das Ritual der Anamnese und körperlichen Untersuchung, der Operateur seine Operation. Man muss nicht der akademische Fachmann auf einem Gebiet sein, um zu erläutern, was man täglich tut. Klinikchefs und Oberärzte sind gut beraten, nicht gleich alles selbst aufschreiben zu wollen. Dem Chef fehlt meistens das Detailwissen, zum anderen wird die offene Diskussion der Darlegung blockiert: Einem Jungassistenten kann man offener Verbesserungen empfehlen als dem Chefarzt.

Wir haben gute Erfahrungen mit regelmäßigen Veranstaltungen (Fortbildungsnachmittag, wöchentliche Klinikbesprechung) gemacht, bei denen neue Arbeitsanweisungen präsentiert, diskutiert und dann auch verabschiedet werden. Nach wenigen Monaten ist man durch das Programm durch.

## **6 Wie organisiert man das?**

Um zu erfahren, welche Leistungen die Abteilung erbringt, wird zu Beginn eine Liste mit den häufigsten Prozeduren erstellt. Daraus werden die Prozeduren ausgewählt, die beschrieben werden sollen. Bei einer größeren Anzahl kann es sinnvoll sein, die Reihenfolge der Bearbeitung festzulegen. Die Prozeduren werden den Autoren zugeordnet. Auf Abteilungskonferenzen werden die Prozeduren vorgestellt, diskutiert und Änderungen vorgeschlagen. Der Autor arbeitet die Ergebnisse der Diskussion in das Dokument ein.

Der QM-Koordinator steuert den Projektverlauf, sammelt die Dokumente ein, erstellt die Endfassung und legt sie

dem Chef zur Freigabe vor. Wenn man gleich am Anfang eine brauchbare Codierung einführt, erleichtert man sich das Leben sehr.

Bevor die Autoren sich ans Werk machen, kann eine Schulung zur Prozessanalyse und zum Erstellen von Konfigurationsdokumenten hilfreich sein. Dafür haben wir den zweitägigen Workshop „Konfiguration von Behandlungsabläufen im Krankenhaus - eine Überlebensstrategie im DRG-Zeitalter“ entwickelt. Die Teilnehmer erhalten eine Einführung in die Techniken der Prozess-Analyse und in die Regeln für eine Darlegung im Text und in Flussdiagrammen, Vorschläge für die Verwaltung von Dokumenten auf Papier und in der EDV. Der Schwerpunkt liegt auf den praktischen Übungen und Arbeitsmethoden mit Beispielen aus vielen Fächern.

## 7 Unser Angebot

Auf unserer Webseite [www.behandlungsmuster.de](http://www.behandlungsmuster.de) stellen wir einige Beispiele für Produkt-Beschreibungen vor. Wir sind damit keineswegs immer und in jedem Punkt zufrieden. Auch wir kennen den Stand der Technik noch nicht - dafür ist die Entwicklung noch viel zu schnell.

Sie finden einige diagnostische, therapeutische, pflegerische Prozeduren und Behandlungsmuster. Bitte beachten Sie, dass es sich hier um Schulungsbeispiele für Autoren von Konfigurationsdokumenten handelt und nicht um fachlich autorisierte Arbeitsanweisungen. Niemand übernimmt irgendeine Gewähr dafür, dass der beschriebene Ablauf so richtig ist und zu den besten Ergebnissen führt.

Die Dokumente stammen aus unterschiedlichen Krankenhäusern. Spezifische Angaben, die nur für das Kran-

kenhaus der Autoren gelten, haben wir entfernt oder offen gelassen. Diese Teile wird jedes Krankenhaus individuell beschreiben müssen.

Wir hoffen, damit Anregungen zu geben, wie man sich der Aufgabe „schriftliche Darlegung medizinischer Behandlungsverfahren“ nähert. Gerne hören wir von Nachahmern, welche Ergebnisse sie damit erzielen, welche Erfahrungen sie damit sammeln und wo Verbesserungen anzubringen sind.

---

© IQ-Institut 2002

Nachdruck unter Quellenangabe und Abgabe eines Belegexemplars erlaubt. elektronische post gibt´s unregelmäßig vom

IQ Institut für Qualität-Systeme  
in Medizin und Wissenschaft GmbH  
Fruteweg 24 A 22559 Hamburg  
Telefon. 040/822 907 97; Fax: 040/822 907 96,  
[contact@iq-institut.de](mailto:contact@iq-institut.de)

Verantwortlich: Dr. med. Ulrich Paschen

---

Wenn Sie auch elektronische Post von uns bekommen wollen, bestellen Sie am besten über E-Mail. Natürlich können Sie sich jederzeit aus der Mail-Liste streichen lassen.  
Die Post ist für Sie kostenlos.