

4. Jahrgang  
April

2011

# Professional

Zeitschrift für modernes  
Prozessmanagement im Gesundheitswesen

PROCESS



Systematische Vermeidung von Risiken an Schnittstellen

Standardisierte Dokumentation der Prozessabläufe

Gezielte Förderung von Kommunikation

**GIT VERLAG**

A Wiley Company  
[www.gitverlag.com](http://www.gitverlag.com)

## Effiziente Dokumentation mit vorbedruckten Patientenkurven

Die Sinnhaftigkeit der Dokumentation steht außer Zweifel. Genauso steht außer Zweifel, dass Dokumentation Zeit kostet. Eine Pflegekraft ist nach ihrem Verständnis nicht in erster Linie „Sekretär“ oder „Sekretärin“, sondern möchte ihre Arbeitskraft vor allem dem Dienst am Menschen widmen. Es gilt, Zeit für die Krankenpflege zu schaffen, ohne dass der zwingend erforderliche Informationsfluss zwischen den an der Pflege des Patienten Beteiligten leidet. Diesem besonderen Anspruch hat sich Optiplan schon immer verschrieben: Alle wichtigen Informationen müssen übersichtlich und schnell abrufbar sein, und das Optiplan-System muss sich am Arbeitsablauf auf den Stationen orientieren. Jetzt ist ein Weg gefunden, wie bei bester Dokumentation Zeit für Pflege geschaffen wird: In Kooperation mit Optiplan hat das Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen die bewährte Dokumentation, durch einen vorgezeigten Behandlungsablauf zu einer absolut effizienten Einheit ergänzt.



Guido Lutz

Die Dokumentation zieht sich wie ein roter Faden durch den gesamten Behandlungsverlauf eines Patienten, von Beginn der Behandlung an bis zu seiner Entlassung, und begleitet ihn auch bei der Nachsorge und Weiterbehandlung. Eine lückenlose und standardisierte Dokumentation trägt erheblich zum Behandlungserfolg des Patienten bei. Eine ausführliche Erfassung jedes Behandlungsabschnitts dient als Leistungsnachweis, aber auch als Qualitätsmerkmal. Sie manifestiert die rechtliche Absicherung und gibt Auskunft über das aktuelle Befinden des Patienten. Die einzelnen Arbeitsschritte innerhalb der Versorgung werden sichtbar, so dass die Dokumentation auch zu einer einheitlichen Pflege der Patienten beiträgt.

### Fehlerquellen in klinischen Arbeitsabläufen

Schon die kleinsten Fehler innerhalb der Dokumentation können fatale Folgen haben, die lebensbedrohlich für den Patienten und existenzbedrohend für das Krankenhaus sein können. Es passiert oft genug: Die gleiche Information wird an verschiedenen Stellen dokumentiert. Sie muss dann entweder doppelt abgezeichnet oder von Dokument zu Dokument übertragen werden. Die Übersichtlichkeit leidet, und natürlich birgt jede Doppeldokumentation auch ein hohes Risiko für Fehler.

Ein weiteres häufig auftretendes Problem ist die schlechte Lesbarkeit der handschriftlichen Eintragung. Eine Klärung kann nur durch Nachfragen erzielt werden. Auch das kostet Zeit.

Der dritte Aspekt ist die vergessene Dokumentation. Sei es, dass die Dokumentation nicht zeitnah erfolgen kann, weil entweder die Zeit oder das entsprechende Dokument zum Eintragen fehlen. Wichtige Informationen sind zu einem späteren Zeitpunkt oftmals nicht mehr präsent. Auch „Kleinigkeiten“ wie das Datum oder ein Handzeichen werden leicht vergessen, machen die Anordnung aber erst rechtsgültig. Es gilt der Grundsatz: „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht worden!“

### Die Patientenkurve

Im Krankenhausbetrieb gibt es eine Vielzahl von Dokumentationsblättern, die von verschiedenen Berufsgruppen verwendet werden (Arzt, Pflege...). Die Formulare ermöglichen eine übersichtliche Dokumentation des medizinischen und pflegerischen Verlaufs. Für die einzelnen Leistungsbereiche existieren fachspezifische Formulare. Aber auch hauseigene Formulargestaltungen können umgesetzt, beziehungsweise mit vorhandenen Inhalten kombiniert werden. Eines der wichtigsten Dokumente im alltäglichen klinischen Arbeitsablauf ist die Patientenkurve.

Zunächst enthält diese Informationen zur eindeutigen Identifikation des Patienten, wie zum Beispiel Name und Geburtsdatum. Weitere Informationen über den Patienten, wie beispielsweise die Hauptdiagnose, können in ein Feld im oberen, gut zu sehenden Teil der Patientenkurve eingetragen werden. Nach Datum und Nummerierung des Kurvenblattes

werden Informationen wie Größe und Gewicht des Patienten aufgeführt. Danach folgen die Kostform, erste Untersuchungsergebnisse wie Vitalzeichen und Schmerzskala. Dann werden medizinisch relevante Anteile wie Flüssigkeitsbilanz, Zugänge wie Braunnülen und abgehende Katheter wie Blasen-dauerkatheter dokumentiert, darunter in der Zeile kann das Pflegepersonal Erbrechen, Stuhlgang und Diarrhoen notieren. In der darauf folgenden Zeile können Verbandswechsel oder Operationstage sowie Operationsformen vermerkt werden. Dann gibt es Platz für die Medikation mit Dosierung und Zeitangabe, sortiert nach Applikationsart von oral bis intravenös. Die Applikation von Medikamenten wird per Handzeichen bestätigt. Im unteren Teil des Kurvenblattes werden die Laboruntersuchungen, Konsile, Diagnostik und Therapie dokumentiert und die Bedarfsmedikation, die bei Erhalt mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen abzuzeichnen sind. Auch täglich auszuarbeitende Anordnungen, wie tägliches Labor werden hier vermerkt. Vereinzelt gibt es hier stationsspezifische Besonderheiten.

### Kernkompetenzbestimmung

Um Fehlerquellen zu vermeiden und den immer schärfer werdenden Anforderungen an die Dokumentation und Qualitätssicherung gerecht zu werden, sind professionelle Strukturen notwendig, welche die Arbeitsorganisation und die Abläufe in den Krankenhäusern nachhaltig verbessern und den gestellten Ansprüchen gerecht werden. Es ist wichtig, dass die Dokumentation von jedem

Mitarbeiter weiterhin sicher und selbstständig durchgeführt werden kann.

Es gilt eine einheitliche Dokumentation umzusetzen, die alle zuvor genannten Fehlerpotenziale bestmöglich vermeidet und gleichzeitig den Arbeitsaufwand für die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen so gering wie möglich hält. Das Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWig) erarbeitet derzeit zusammen mit der Firma Optiplan GmbH eine Methode zur Erstellung von krankheitsbildspezifischen Kurvenblättern.

Da innerhalb einer DRG häufig erhebliche Unterschiede bezüglich der Behandlungsverfahren und Verweildauer der Patienten existieren, empfiehlt es sich so genannte „Kernkompetenzen“ zu bestimmen, die speziell auf das entsprechende Krankenhaus ausgerichtet sind. Die Kernkompetenz einer DRG ist ein Krankheitsbild, welches einer DRG zugeordnet werden kann und im Vergleich zu den anderen Krankheitsbildern innerhalb der DRG am häufigsten in einem Krankenhaus vorkommt. Eine Kernkompetenz zeichnet sich somit dadurch aus, dass die in ihr enthaltene Patientengruppe einen gleichen Behandlungsablauf erfährt und dass in Bezug auf den Behandlungs- und Therapieaufwand eine Vergleichbarkeit gewährleistet ist. Das Ziel der Kernkompetenzbestimmung ist die Ermittlung einer homogenen Patientengruppe, die einen signifikanten Teil einer DRG ausmacht.

Zur Bestimmung der Kernkompetenz klärt die Klinik folgende Fragestellungen:

- Welche Hauptdiagnosen wurden innerhalb der entsprechenden DRG kodiert und kommt eine dieser Hauptdiagnosen signifikant am häufigsten vor?
- Welche Nebendiagnosen wurden in Bezug auf diese DRG kodiert und kommen bestimmte Nebendiagnosen in dem Ausmaß vor, dass sie in der Kernkompetenzdefinition berücksichtigt werden müssen (zum Beispiel Diabetes Mellitus bei jedem zweiten Patienten, was tägliche Insulingaben und Blutzuckermessungen zur Folge hat)?
- Welche OP-Prozedur wurde in der Mehrheit der Fälle angewendet?
- Wie lange sind die Patienten dieser DRG durchschnittlich im Haus (Anzahl der Belegtage)?
- Wie werden die Patienten in der Regel aufgenommen und entlassen? Kommen sie terminiert als stationärer Patient oder als Notfall? Und ist im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt der Besuch einer Rehabilitationseinrichtung notwendig?
- Auch Angaben über das durchschnittliche Alter der Patienten können die Kernkompetenz verdeutlichen.

- An welchem Tag ist welche Diagnostik vorgehen?
- An welchem Tag wird welche Therapie durchgeführt?
- An welchem Tag sollen welche Arzneimittel verabreicht werden (inklusive Darreichungsform und Dosierungsschema)?

Diese Daten spiegeln tagesbezogen die Basisdaten der Patienten wieder, die nun standardisiert übernommen und als Optiplan-Patientenkurve ausgedruckt werden können.

Die Kernkompetenz wird in der vom IWig entwickelten Software-Lösung ClipMed® PPM dokumentiert. Hier wird zunächst das Krankheitsbild erfasst, indem DRG, Haupt- und Nebendiagnosen sowie Durchschnittsalter und Geschlecht bestimmt werden. Anschließend werden die Verweiltage festgelegt und die vorgesehenen Leistungen hinzugefügt. Leistungen werden eingeteilt in die Kategorien: Diagnostik, Labordiagnostik, Eingriffe, stationsbezogene Leistungen, Therapie und Ernährung. Im Folgenden gibt das Krankenhaus die zu verabreichende Medikation an den entsprechenden Verweiltagen

ein. Die in ClipMed® PPM eingegebenen Daten werden als Katalog im System hinterlegt und können jederzeit aufgerufen, beziehungsweise verändert und in anderen Kernkompetenzbestimmungen verwendet werden.

**Vorteile:**

**Prozessorientierte Sicht**

Ein auf diese Weise vorbereiteter Behandlungsplan leitet die am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen durch den bereits dokumentierten Ablauf und unterstützt die vollständige Abzeichnung der Tätigkeiten (eine nicht vorhandene Dokumentation würde dann spätestens durch die Kontrolle der nächsten Schicht oder bei der Schichtübergabe auffallen).

Die Darstellung der Patientenkurve orientiert sich nicht ausschließlich an einem einfachen, pragmatischen Ausfüllen für die Leistungserbringer, sondern am Behandlungsab-

The screenshot shows a detailed medical data table for a patient. The columns include patient information (Name, ID, Age, Sex), dates, and various clinical parameters. The 'Vitalwerte' section tracks heart rate, blood pressure, oxygen saturation, and temperature. 'Einfuhr/Ausfuhr' (Intake/Output) records fluid intake and output. 'Sonden/Drainagen' (Catheters/Drainages) tracks the status of various medical devices. The table is organized into rows for each day of the patient's stay.

Abb 1: Kernkompetenzkurve Teil I: Vitalwerte, Einfuhr/Ausfuhr und Sonden/Drainagen

This screenshot displays a table for standard care, medication, and performance. It features columns for different categories of care and performance metrics, with rows for each day. The 'Standard' section lists various care activities. 'Bedarfsmedikation' (Medication) tracks the use of different drugs. 'Leistungen' (Performance) uses a color-coded system (green, blue, orange) to indicate the status of various tasks or services. The table provides a comprehensive overview of the patient's care and the staff's performance over time.

Abb 2: Kernkompetenzkurve Teil II: Standard-, Bedarfsmedikation und Leistungen

lauf des Patienten, wobei sich die chronologische Darstellung über fünf bis sieben Behandlungstage durch die gesamte Kurve zieht. Der erstellte Plan ermöglicht eine Orientierung während des gesamten Behandlungsverlaufs.

Das bedeutet, es ist für alle Kategorien: Vitalwerte, Einfuhr/Ausfuhr, Sonden/Drainagen, Standardmedikation, Bedarfsmedikation und Leistungen (Labor, Diagnostik, Therapie) eine optimale, tagesbezogene Übersicht gegeben, so dass auf den ersten Blick ersichtlich wird, an welchem Tag welche Leistung zu erbringen ist.

### ■ Zeitersparnis

Dadurch, dass Standardleistungen nicht bei jedem Patienten neu aufgeschrieben werden müssen, sondern bereits als empfohlener Behandlungsstandard im Sinne einer Leitlinie auf der Kurve aufgedruckt sind, entfällt eine detaillierte Aufschreiben von Anordnungen des Arztes. Es werden nur noch Abweichungen und Beobachtungen dokumentiert. Es können jedoch jederzeit weitere, im Einzelfall erforderliche Anordnungen ergänzt werden, während die Standardleistungen lediglich mit einem Handzeichen zu bestätigen sind. Die Pflege muss bei der Dokumentation der Durchführung nicht mehr den kompletten Leistungsbezug neu aufschreiben.

Im Gegensatz zur personenspezifischen Handschrift ist der Druck immer gut lesbar. Dies erspart der Pflege ein Nachfragen beim behandelnden Arzt, falls eine Anordnung missverständlich formuliert, gar nicht lesbar ist oder nicht mit allen nötigen Informationen aufgeschrieben wurde. Es ist kein „Herumtelefonieren“ nötig und der Arzt wird nicht durch Rückfragen in seinem Arbeitsablauf gestört. Im schlimmsten Fall müsste sogar der komplette Ablauf unterbrochen werden, wenn sich beispielsweise wichtige diagnostische Untersuchungen verschieben, weil der Arzt zur Beantwortung einer Rückfrage bezüglich eines Patienten nicht erreicht werden kann.

### ■ Gesicherte Qualität

Die Leistungen in der Kernkompetenzbestimmung werden in immer gleicher Form erfasst und daher auch in immer gleicher Form auf die Patientenkurve aufgedruckt. Deshalb gibt es keine immer wieder neuen Variationen von unterschiedlichen Abkürzungen in der Formulierung des Leistungsnamens. Auf der Patientenkurve steht immer nur das, was auch einmalig festgelegt wurde, so zum Beispiel ein „Rhythmus-EKG“ und kein „EKG mit langen

Streifen“, oder ein „Röntgen Thorax in 2 Ebenen“ und kein „Rhö-Thorax“. Die einmalige Festlegung der Leistungsbegriffe oder Medikamentennamen und –angaben stellt somit sicher, dass keine wichtigen Informationen vergessen werden, so wird beispielsweise bei jeder Medikamentengabe auch immer die Applikationsform und die Wirkstoffmenge mit angegeben und ausgedruckt. Dabei werden aktuelle Anforderungen von QM-Audits berücksichtigt, wie zum Beispiel die Einzeldosis und Tageshöchstdosis bei der Bedarfsmedikation. Dadurch lassen sich Falschbehandlungen minimieren und die Behandlungsqualität steigt.

### ■ Schnelle, sichere Einarbeitung

Mit vorbedruckten Optiplan-Patientenkurven lässt sich neuen Mitarbeitern eine gute Einarbeitungshilfe an die Hand geben, die ihnen zeigt, wie ausgewählte, klar definierte Krankheitsbilder standardmäßig behandelt werden sollen. Neue Mitarbeiter müssen so weniger Rückfragen stellen und haben gerade in der ersten Zeit mehr Sicherheit in ihrer täglichen Arbeit.

### ■ Kostenanalyse anhand einer Beispielklinik

Um den Nutzeneffekt im Rahmen der Effizienz der aufgeführten Lösung zu verdeutlichen, sind erste Überlegungen zum Nachweis angestellt worden:

#### ■ Kosten-Nutzen-Rechnung I: B70B – Apoplexie, akuter Schlaganfall

##### — Ist-Ablauf

- Aufschreiben der Standard-Anordnungen/ Medikation (Arzt):  
4,6 Minuten x 0,81 € / Min.\* = 3,72 €
- Übertragen der Anordnungen/Medikation auf die Kurve (Pflege):  
3,9 Minuten x 0,45 € / Min.\* = 1,76 €  
Σ = 5,48 € (pro Fall)

##### — Soll-Ablauf

- Anlegen der B70B Kernkompetenz in Clip-Med® PPM (Arzt):  
15 Minuten x 0,81 € / Min.\* = 12,15 € (einmalig pro Pfad/für alle Behandlungsfälle)

\* Personalkosten-Bruttominutensatz der Beispielklinik

Erfolgt die Freigabe des Behandlungsplans für die komplette Patientenkurve („Pfad freigegeben durch: ...“) entfällt größtenteils ein Abzeichnen durch den Arzt. Das Abzeichnen zu Dokumentationszwecken bleibt bei beiden Abläufen nahezu identisch.

#### ■ Kosten-Nutzen-Rechnung II: Gesamtbetrachtung

- Beispielklinik mit 430 Fällen (B70B)  
Ersparnis von Aufschreiben/Übertragen der Anordnungen/Medikation: 430 x 5,48 € = 2.356,40 € – 12,15 € = 2.344,25 €
- Beispielklinik mit ca. 350 Betten und 12.500 Fällen im Jahr: Mit 150 klinischen Behandlungsprogrammen werden 80% der Fälle abgedeckt, das heißt 10.000 Fälle:

Anlage von 150 Kernkompetenzen:  
150 x 12,15 € = 1.822,50 €

Ersparnis von Aufschreiben/Übertragen der Anordnungen/Medikation: 10.000 x 5,48 € = 54.800,00 € – 1.822,50 € = 52.977,50 €

Die Beispielrechnung des Krankheitsbildes B70B – Apoplexie, akuter Schlaganfall zeigt, dass in unserer Partnerklinik der aktuelle Dokumentationsaufwand von Arzt und Pflege 5,48 Euro pro Behandlungsfall beträgt. Das Erstellen einer Kernkompetenz für das Krankheitsbild nimmt 15 Minuten in Anspruch. Der Aufwand hierfür liegt bei 12,15 Euro, einmalig pro Behandlungsprogramm. Hiermit sind alle B70B-Fälle abgedeckt. In unserer Partnerklinik werden insgesamt 430 Fälle pro Jahr mit diesem Krankheitsbild betreut. Die Kostenersparnis für das Aufschreiben/Übertragen der Anordnungen/Medikation liegt somit bei 2.344,25 Euro.

Die Gesamtauslastung unseres Beispielkrankenhauses liegt bei 12.500 Fällen pro Jahr, wovon 80 % (10.000 Fälle) mit insgesamt 150 Behandlungsprogrammen abgedeckt werden können. Die Erstellung dieser 150 Kernkompetenzen entspricht einem Aufwand von 1.822,50 Euro bei Verwendung von Clip-Med®. Dem steht ein Aufwand von 54.800,- Euro für die Dokumentation ohne das Softwaretool gegenüber. Die Differenz von 52.977,50 Euro würde unser Beispielkrankenhaus folglich bei einer Dokumentation mit ClipMed® einsparen.

Aktuell werden weiterführende Analysen im Rahmen einer Studie durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Prozesskostenbetrachtung entlang der genauen Abläufe werden die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der oben aufgezeigten Effekte deutlich begründen.

#### Kontakt

Guido Lutz  
Optiplan GmbH  
Mitglied der Geschäftsleitung, Prokurist  
Tel.: 0203/742110  
E-Mail: [optiplan@optiplan.org](mailto:optiplan@optiplan.org)  
[www.optiplan.org](http://www.optiplan.org)



