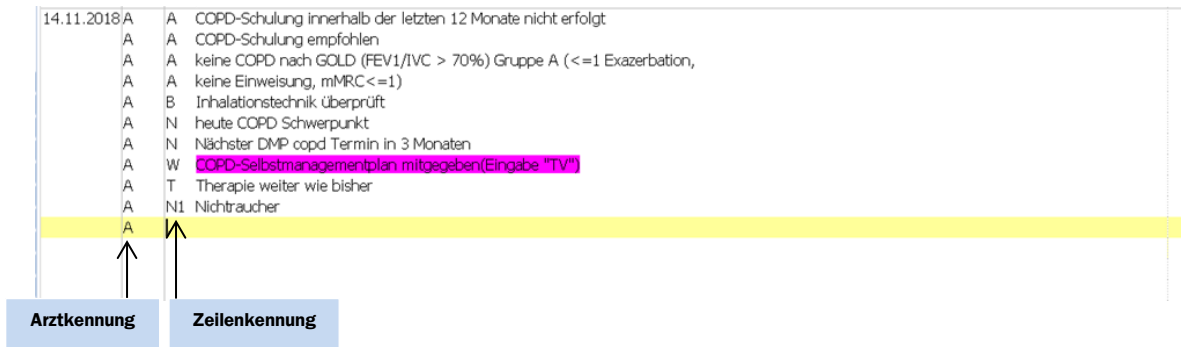


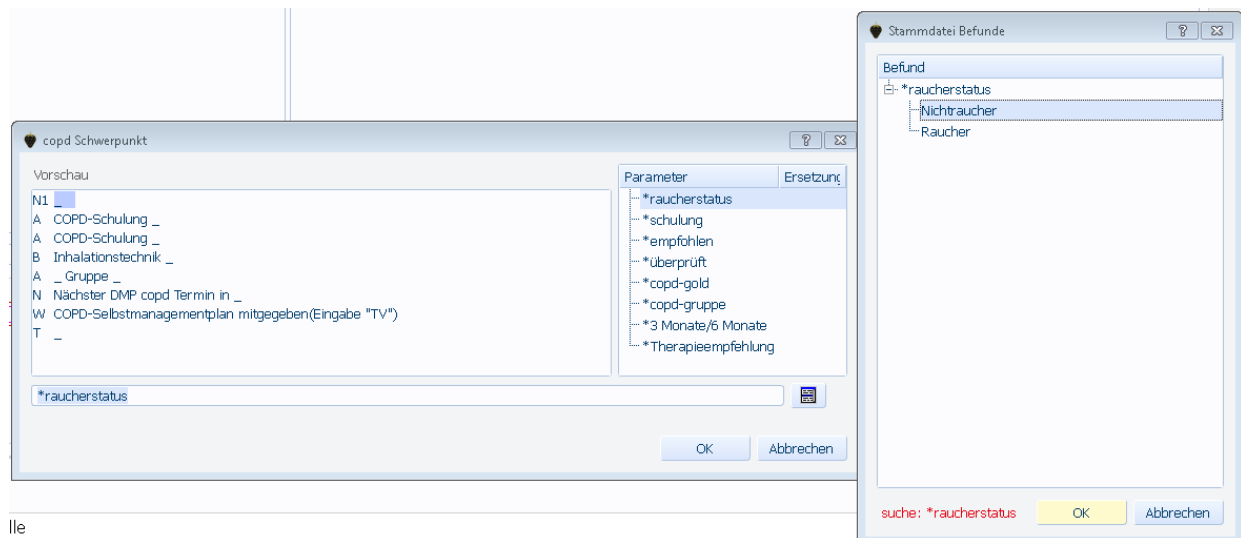
# Unterstützung der leitliniengerechten Patientenversorgung durch Maßnahmen in der Praxisverwaltungssoftware

Die Praxisverwaltungssoftware dient nicht nur der Dokumentation einfacher Befunde in narrativer Form, oder der Erstellung der Quartalsabrechnung. Sie kann auch dazu genutzt werden, die leitliniengerechte Versorgung zu unterstützen, indem Strukturen geschaffen werden, die dazu beitragen Befunde standardisiert zu dokumentieren. Um diese kongruente Dokumentationsweise sicherzustellen, kann man sich innerhalb der Praxisverwaltungssoftware einiger einfacher Hilfsmittel bedienen, die von jedem Benutzer selbst gestaltet werden können. Im Rahmen unseres Projekts „**Modellpraxis MVZ Eckental - Bessere Arbeitsbedingungen für den hausärztlichen Nachwuchs**“ setzen wir uns seit einiger Zeit intensiv mit diesem Thema auseinander. Dabei beschäftigen wir uns sowohl mit der Erstellung von Textbausteinen also auch die Verwendung von sogenannten Patientenmarkern, mit denen sich Prozesse strukturieren und teilweise visualisieren lassen.

**Textbausteine** ermöglichen die standardisierte Dokumentation, durch die Vorgabe einer festgelegten Struktur, innerhalb derer entweder durch ein Auswahlmenu, oder die Eingabe in Form einer Freitexteingabe dokumentiert werden kann. Die einzelnen Bestandteile werden dafür immer unter derselben Zeilenkennung (z. B. unter Zeilenkennung „A“ → Anamnese, „B“ → Befund/körperliche Untersuchung) abgelegt (siehe Grafik 1). Dieses Vorgehen stellt die einheitliche Dokumentation häufig wiederkehrender Beratungsanlässe sicher, wodurch abgelegte Daten zudem einfacher wiedergefunden werden können.



Grafik 1: Dokumentation in der Patientenakte unter verschiedenen Zeilenkennungen am Beispiel von MEDISTAR

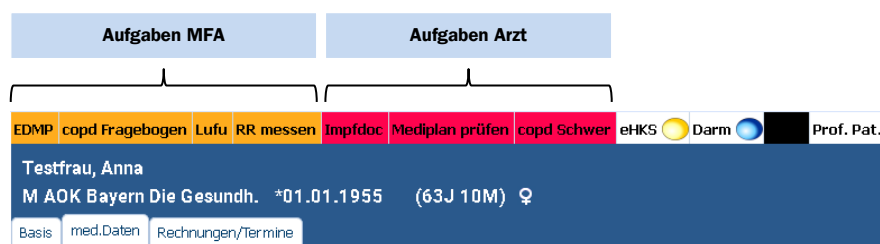


Grafik 2: Textbaustein für die COPD-Schwerpunktuntersuchung mit zugehörigem Auswahlmenu am Beispiel von MEDISTAR

**Grundsätzlich werden mit der strukturierten und standardisierten Dokumentation in Form von Textbausteinen folgende Ziele verfolgt:**

- Strukturiertes Abarbeiten der Textbausteine bildet einen Leitfaden für Ärzte. Somit können insbesondere Studierende oder Ärzte in Weiterbildung unterstützt werden
- Durch den Checklistencharakter können Fehler vermieden und die Versorgungsqualität verbessert werden
- Durch die kongruente Dokumentationsweise, können Analysen in der Praxisverwaltungssoftware vorgenommen und die Versorgungsqualität (insbesondere die Prozessqualität) abgebildet werden
- Aufgaben können standardisiert und somit delegierbar gemacht werden

Um an wiederkehrende Aufgaben zu erinnern haben wir für jeden Prozess sogenannte **Patientenmarker** (Anzeige von Patienteninformationen durch Text oder Bilder, zu sehen in Grafik 3) angelegt und mit festgelegten Algorithmen hinterlegt. Zusätzlich wird anhand der Farbgebung der Patientenmarker angezeigt, wer (Arzt/MFA) für die Durchführung zuständig ist.



Grafik 3: Struktur der Patientenmarker am Beispiel von MEDISTAR: orangene Patientenmarker = Aufgabe MFA, rote Patientenmarker = Aufgabe Arzt

**Die Visualisierung der zu erledigenden Aufgaben durch die Einrichtung von Patientenmarkern hat folgenden Hintergrund:**

- Zuteilung der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Erinnerung an regelmäßig wiederkehrende Aufgaben

Damit Patientenmarker immer dann angezeigt werden, wenn bestimmte Untersuchungen fällig sind, müssen diese zuvor mit **Algorithmen** hinterlegt werden. Diese werden in den Praxisverwaltungssoftwares für gewöhnlich in Form von Patientenlisten angelegt, die ursprünglich eingerichtet wurden, um wichtige Abrechnungsziffern nicht zu vergessen.

**Die Erstellung der Textbausteine erfordert für alle Beratungsanlässe folgende Vorüberlegungen:**

- Welche Informationen sind wichtig und sollen im Arzt-Patienten-Gespräch erhoben werden?
- Wie oft sollen notwendige Untersuchungen bzw. Informationen erhoben werden?
- Welche Aufgaben können von MFA übernommen werden?
- Welche Aufgaben sollen durch den Arzt übernommen werden?
- Wie sieht der Ablauf der Konsultation aus und wie kann dieser Prozess am besten dargestellt werden?

**Beispielhaft möchten wir hier den Prozess zur Erstellung der Textbausteine und Patientenmarker, inklusive der konkreten Vorüberlegungen, für das DMP COPD darstellen:**

1. Welche Informationen sind wichtig und sollen im Arzt-Patienten-Gespräch erhoben werden? / Wie oft sollen notwendige Untersuchungen bzw. Informationen erhoben werden?

Die regelmäßige Erfassung des DMP COPD erfolgt anhand einer Dokumentation in der Praxisverwaltungssoftware. Im Rahmen des DMP wurde durch den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) festgelegt, welche Informationen

regelmäßig zu erfragen sind. Diese Angaben stimmen allerdings teilweise nicht mit Leitlinienempfehlungen überein. Deshalb waren diesbezüglich folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Informationen sind laut Leitlinie (in diesem Fall die GOLD Leitlinie aus dem Jahr 2017) zu erheben?
- Welche Informationen sind laut G-BA zu erheben?

Anschließend wurden alle Empfehlungen aus den Leitlinien und alle Information, die vom G-BA für die Erfassung des DMPs gefordert werden abgeglichen. Die relevanten Informationen wurden extrahiert und die Zeitintervalle zur Erfassung festgelegt.

*Beispiel:*

Exazerbationen sind bei COPD laut DMP bei jeder Dokumentation zu erfassen (als Anzahl der Exazerbationen seit der letzten DMP-Untersuchung). Laut Leitlinie ist allerdings eine jährliche Erfassung der Exazerbationen (Anzahl der Exazerbationen im letzten Jahr sowie Information darüber, ob die Exazerbationen jeweils stationär oder ambulant behandelt wurden) ausreichend, um die korrekte GOLD-Einteilung vornehmen zu können. Deshalb haben wir uns dazu entschieden nur einmal pro Jahr, in Form eines Fragebogens, nach den zurückliegenden Exazerbationen des letzten Jahres zu fragen und die im DMP geforderten Zahlen (Exazerbationen seit der letzten Dokumentation) lediglich zu schätzen.

Grundsätzlich haben wir uns dazu entschieden im Rahmen der DMP-Erfassungen zwei verschiedene Untersuchungsarten einzuführen. Es wurden ein Textbaustein für die Schwerpunktuntersuchung, die einmal pro Jahr stattfindet, und ein deutlich verschlankter Textbaustein für die Kontrolluntersuchung, die bei den üblichen DMP-Erfassungen durchgeführt wird, erstellt. Hintergrund dieses Vorgehens ist, dass die jährliche Durchführung einiger Untersuchungen bzw. die jährliche Erhebung einiger Informationen bei COPD ausreichend ist. Bei jeder Schwerpunktuntersuchung wird zusätzlich ein Fragebogen ausgefüllt, bei dem der mMRC (Modified British Medical Research Council - gibt die Schwere der Atemnot bei COPD an) sowie die Anzahl der Exazerbationen und Krankenhauseinweisungen im letzten Jahr abfragt werden. Anhand dieser Angaben wird die GOLD-Einteilung vorgenommen, die später maßgeblich für die medikamentöse Therapie ist.

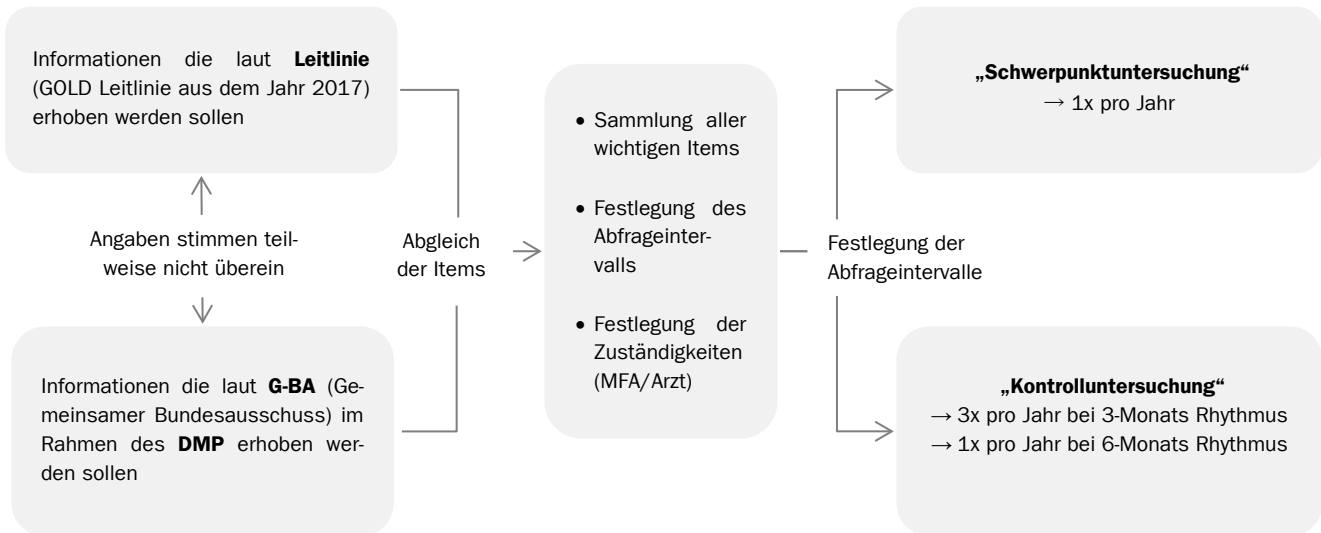
Die DMP-Erfassung erfolgt entweder im 3-monatigen oder 6-monatigen Rhythmus

	3-monatiger Rhythmus		6-monatiger Rhythmus	
Q I	Schwerpunktuntersuchung		Schwerpunktuntersuchung	
Q II	Kontrolluntersuchung		Keine Erfassung	
Q III	Kontrolluntersuchung		Kontrolluntersuchung	
Q IV	Kontrolluntersuchung		Keine Erfassung	
Q I	Schwerpunktuntersuchung		Schwerpunktuntersuchung	
Q II	Kontrolluntersuchung		Keine Erfassung	
Q III	Kontrolluntersuchung		Kontrolluntersuchung	
Q IV	Kontrolluntersuchung		Keine Erfassung	
Q I	Schwerpunktuntersuchung		Schwerpunktuntersuchung	

Grafik 4: Untersuchungsrythmus der Kontroll- und Schwerpunktuntersuchungen

2. Welche Aufgaben können von MFA übernommen werden/Welche Aufgaben sollen durch den Arzt übernommen werden?

Für sämtliche zu dokumentierende Informationen wurde festgelegt, durch welche Berufsgruppe diese zu erheben bzw. durch wen die Untersuchungen durchzuführen sind. Dabei ist vor allem darauf zu achten, dass die Untersuchungen gut in den Workflow zu integrieren sind. Sämtliche Aufgaben erscheinen nach Eingabe eines festgelegten „Startbefehls“ (in unserem Fall „heute COPD Schwerpunktuntersuchung“) in der Patientenakte in Form von Patientenmarkern. Aufgaben die von den MFA zu erledigen sind erscheinen in einer anderen Farbe als die Arztaufgaben, wodurch die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten auf einen Blick erkenntlich sind.



Grafik 5: Prozess der Erstellung von Textbausteinen

3. Wie sieht der Ablauf der Konsultation aus und wie kann dieser Prozess am besten dargestellt werden?

Durch die Eingabe eines Befehls (in unserem Fall die Eingabe „heute COPD Kontrolle“/„heute COPD Schwerpunkt“ unter der Zeilenkennung „B“) erscheinen Patientenmarker, die anzeigen, welche Textbausteine auszufüllen und welche Untersuchungen durchzuführen sind. Um diese Patientenmarker zu aktivieren, müssen sämtliche Prozesse mit Algorithmen hinterlegt werden. Grundsätzlich werden alle Untersuchungen anhand eines Textbausteins erfasst, was die einheitliche Dokumentation sicherstellt.

Am Ende jeder DMP Untersuchung wird für den Patienten ein Selbstmanagementplan ausgestellt. Untersuchungsergebnisse werden hier teilweise automatisch aus der Praxisverwaltungssoftware in das Dokument übertragen. Einige Werte sind handschriftlich einzutragen, was dazu beitragen soll, dass der Arzt den Selbstmanagementplan zusammen mit dem Patienten Schritt für Schritt durchgeht und auch eine Bewertung der Untersuchungsergebnisse (anhand eines glücklichen bzw. traurigen Smileys) vornimmt. Jeder Patient, der in das DMP COPD eingeschrieben ist, bekommt einen Schnellhefter, in dem er die Ausdrucke der Selbstmanagementpläne abheften und so seine letzten Ergebnisse einsehen kann.

Auf dem Selbstmanagementplan befindet sich ein Feld, in welchem der Termin für die nächste DMP Untersuchung notiert wird. Außerdem wird hier vermerkt, welche Untersuchungen beim nächsten Termin stattfinden und was der Patient zum Termin mitbringen soll.

## Ablauf der DMP COPD Untersuchung

- Patient kommt an die Patientenmeldung
- MFA gibt an der Anmeldung den Befehl „**heute COPD Kontrolle**“ / „**heute COPD Schwerpunkt**“ ein
- Zu erledigende Aufgaben erscheinen in zwei verschiedenen Farben (Arztaufgaben/MFA-Aufgaben) in Form von **Patientenmarkern**
- **MFA** erledigt die ihr zugeteilten Aufgaben und gibt die Ergebnisse in Form der angelegten **Textbausteine** ein
- Patient kommt zum behandelnden Arzt
- **Arzt** erhebt die wichtigen Informationen und gibt die Ergebnisse in Form der angelegten **Textbausteine** ein
- Arzt druckt den **Selbstmanagementplan** aus und geht diesen Schritt für Schritt mit dem Patienten durch
- Patient geht mit seinem „**COPD-Ordner**“ an die Patientenmeldung und macht dort bereits einen **Termin für die nächste DMP-Untersuchung** aus. Die MFA achtet dabei darauf, ob der nächste Termin ein Kontroll- oder ein Schwerpunkttermin ist

Im Rahmen des Projekts „**Modellpraxis MVZ Eckental - Bessere Arbeitsbedingungen für den hausärztlichen Nachwuchs**“ sollen Konzepte erprobt und entwickelt werden, die die Arbeitsbedingungen für die zukünftigen Hausärzte verbessern können. Das Projekt wird vom **Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege** gefördert und endet im März 2019.

gefördert durch  
Bayerisches Staatsministerium für  
Gesundheit und Pflege



Um Ihre Rückmeldung zu unseren Dokumenten zu geben oder Informationen zu unserem Projekt zu erhalten, wenden Sie sich bitte an folgende E-Mail-Adresse: [am-feedbackmodellpraxis@uk-erlangen.de](mailto:am-feedbackmodellpraxis@uk-erlangen.de)

### Ansprechpartner:

Dr. med. Stefan Heinmüller  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter/Arzt in Weiterbildung  
[stefan.heinmüller@uk-erlangen.de](mailto:stefan.heinmüller@uk-erlangen.de)  
Telefonnummer: 09131 85-31140

Anina Höfle  
Projektassistentin  
[anina.hoefle@uk-erlangen.de](mailto:anina.hoefle@uk-erlangen.de)  
Telefonnummer: 09131 85-45765

Prof. Dr. med. Thomas Kühlein  
Institutsleiter/Ärztlicher Leiter des MVZ Eckental  
[allgemeinmedizin@uk-erlangen.de](mailto:allgemeinmedizin@uk-erlangen.de)  
Telefonnummer: 09131 85-31140

Alle Dokumente, die im Rahmen des Projekts entstanden sind, können Sie auf der Homepage des Allgemeinmedizinischen Instituts Erlangen ([www.allgemeinmedizin.uk-erlangen.de](http://www.allgemeinmedizin.uk-erlangen.de)) aufrufen und herunterladen.