

Dokumentation und Qualitätssicherung im klinischen Alltag

Norbert Lübke

Albertinen-Haus Hamburg, Zentrum für Geriatrie (Ärztl. Direktor: Prof. Dr. H. P. Meier-Baumgartner)

Zusammenfassung

Qualitätssicherung durch Dokumentation darf im klinischen Alltag nicht länger als lästige, zusätzliche Arbeit von fraglichem Nutzwert für die eigentliche Patientenversorgung erlebt werden. Dies führt zu Widerständen bei Mitarbeitern und „Qualitätsstatistiken“ von zweifelhafter Validität. Es muß daher stärker die unmittelbar qualitätssichernde Bedeutung der klinischen Primärdokumentation hervorgehoben werden und in den Mittelpunkt eines effizienten Dokumentationsmanagements rücken. Es werden Anforderungen beschrieben, die an ein solches Dokumentationsmanagement zu stellen sind, und praktische Umsetzungsschritte vorgestellt, wie sie teils als papiergestützte, teils als EDV-gestützte Dokumentation im Albertinen-Haus umgesetzt wurden. Effizientes Dokumentationsmanagement macht den Nutzen von Qualitätssicherung für die klinische Praxis transparent. Daten für die statistische Qualitätssicherung sollten als Nebenprodukt klinischer Dokumentation anfallen. Die Ausweitung der EDV in die klinischen Anwendungsbereiche ist unumgänglich, erfordert aber eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der in der unmittelbaren Patientenversorgung Tätigen.

Sachwörter: Qualitätssicherung, Dokumentation, Dokumentationsmanagement, Geriatrie, AHLEQS

Dokumentation ist in der Regel kein geeignetes Thema, um bei Ärzten Freude auszulösen. Dennoch sind sie durch Berufsordnungen und verschiedene Sozialgesetzgebungen hierzu verpflichtet und die Anforderungen an die Dokumentation sind quantitativ – in den letzten Jahren vermehrt unter dem Aspekt der Qualitätssicherung – kontinuierlich im Steigen begriffen (2, 6, 7, 8). „Haben wir nicht schon genug Papier!“ – so heißt es, wenn mehr Dokumentation im Interesse einer „angeblichen“ Qualitätssicherung gefordert wird. Die Zeit fehle am Patienten und die Behandlungsqualität werde eher in Frage gestellt als „gesichert“.

„Fragliche Validität“ bei „beträchtlichem Aufwand“ – so charakterisieren Swart et al. (7) andererseits u.a. die Nachteile externer Qualitätssi-

cherung. Und in der Tat ist die Frage berechtigt, wie valide Daten, die mit erheblichem Zusatzaufwand und teilweise gegen den deutlichen Widerstand der zur Dokumentation Verpflichteten erhoben werden, noch sind. Es sei z.B. an die Untersuchung von Thiesemann (9) erinnert, derzufolge nur 74% der bis vor zwei Jahren bei uns zur Qualitätssicherung eingesetzten ärztlichen Dokumentationsbögen eine mit der Verwaltungsdatenbank übereinstimmende Verweildauer enthielten. Differenzen von ca. 15% fielen uns zwischen den automatisch aus den Einzelitems des Barthel-Index berechneten Gesamtscores und den von den Pflegekräften selbst eingegebenen Summenscores auf. Oder welcher Stellenwert ist Ergebniseinschätzungen beizumessen, wie sie im Rahmen des Geriatriischen Mini-

mum Data Sets (Gemidas), einem externen Qualitätssicherungsinstrument der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (1) erhoben werden, wenn für die dort geforderte Ergebnisbeurteilung durch das Behandlungsteam und durch den Patienten im routinemäßigen Behandlungsprozeß einer Klinik kein festes Setting für die Erhebung dieser Informationen implementiert ist oder die anfänglichen Ziele bzw. Erwartungen, auf die sich diese Ergebnisbeurteilungen beziehen sollen, nirgends (schriftlich) fixiert wurden. Die Kette derart kritisch zu hinterfragender Daten für die Qualitätssicherung ließe sich leicht fortsetzen.

Wichtig ist, daß beide Aspekte

- die Sorgen der Kollegen um die Qualität der Behandlung, die noch am Patienten „ankommt“ und
- die Fragen nach der Validität der unter den gegebenen klinischen Alltagsbedingungen erhobenen Daten Berücksichtigung finden müssen, wenn über Qualitätssicherung und Dokumentation nachgedacht wird und keine Datenfriedhöfe von fraglichem Aussagewert produziert werden sollen.

Zum Verhältnis von Qualitätssicherung und Dokumentation

Beide Aspekte – das Strapazieren von Mitarbeiterressourcen und die



zweifelhafte Validität der Daten – beruhen zu wesentlichen Teilen darauf, daß für die Qualitätssicherung immer noch sekundär zusätzlicher Dokumentationsaufwand zu betreiben ist, d.h. die ohnehin notwendige Behandlungsdokumentation von der Dokumentation für die Qualitätssicherung getrennt ist.

Dies entspricht dem in der Bundesrepublik seit 20 Jahren vorherrschenden Ansatz einer statistisch orientierten Qualitätssicherung (7). In einer spezifischen Dokumentation erhobene Daten werden unter Anwendung statistischer Verfahren kumuliert und bilden dann als quantitative Information den Maßstab für interne oder externe Vergleiche von Leistung, Ergebnis, Kosten etc.

Hierüber wird leicht die erhebliche qualitätssichernde Bedeutung der klinischen Primärdokumentation selbst übersehen. Diese Dokumentation dient weit über juristische Aspekte hinaus der Transparenz des Behandlungsprozesses, der Information aller beteiligten Teammitglieder über erhobene Befunde, Daten und Behandlungsziele, der Kontrolle des Behandlungsverlaufs und der Behandlungsergebnisse und nicht zuletzt dem Nachweis erbrachter Leistungen. Sie stellt damit selbst einen zentralen qualitätssichernden Faktor im Behandlungsprozeß dar. Hier entscheidet sich unmittelbar und täglich Behandlungsqualität daran, ob die richtigen Informationen am richtigen Ort in gut strukturierter Form zur Verfügung stehen oder nicht. Hier ergibt sich die Rückmeldung über die Dokumentationsqualität zeitnah und ganz direkt: Informationen sind verfügbar oder müssen gesucht werden, sind für die Behandlung präsent oder verloren. Hier erzielen die Daten eine relativ hohe Validität, da sie erstens zeitnah dokumentiert werden und zweitens Relevanz für den Behandlungsprozeß haben, d.h. hieraus Schlüsse für die Behandlung gezogen und die Daten durch den fortschreitenden Behandlungsprozeß einer kontinu-

ierlichen Plausibilitätskontrolle unterzogen sind.

Darüber hinaus sollte eine gute Primärdokumentation bereits alle Daten für die sekundäre Datenauswertung i.S. statistischer Qualitätssicherung bereitstellen – im Idealfall so, daß keine erneute schriftliche Fixierung oder Dateneingabe in ein EDV-System erforderlich ist. Es gibt bis auf die unmittelbar mit der Entlassung zusammenhängenden Daten keine Informationen, die erst nach Abschluß der Behandlung erfaßt werden könnten. Selbst die Ergebniseinschätzung des Teams und des Patienten sollte geklärt, am Behandlungsfall besprochen und ggf. hinsichtlich der Gründe reflektiert sein, bevor der Patient entlassen und aus dem Blick geraten ist, wenn hieraus Konsequenzen für die Verbesserung der Behandlungsqualität erwachsen sollen.

Nicht grundsätzlich abzulehnen, aber doch stets kritisch zu hinterfragen, sind daher Daten für eine externe Qualitätssicherung, die nicht unmittelbar aus der Primärdokumentation hervorgehen. Hier besteht der Verdacht, daß es sich um Daten fraglicher Relevanz und damit i.d.R. geringerer Validität handelt, oder daß Qualitätssicherung mit Forschungsinteressen konfundiert wurde. Diese Abgrenzung sollte möglichst klar erfolgen, da Daten zur Qualitätssicherung allenfalls hypothesengenerierend, für Forschungszwecke im allgemeinen aber nicht ausreichend sind. Derartige Fragestellungen sollten daher den Mitarbeitern nicht im Rahmen der routinemäßigen Qualitätssicherung zugemutet, sondern in einem quantitativ und zeitlich abgegrenzten Setting bearbeitet werden.

Qualitätssicherung durch Dokumentation bedeutet daher nicht primär die nachträgliche, zusätzliche Dokumentation von Behandlungsdaten als Beleg erbrachter Qualität, sondern in erster Linie die ständige Entwicklung und Verbesserung einer die unmittelbare Behandlungsqualität sichernden Pri-

märdokumentation. Auf eine Formel gebracht ließe sich postulieren: *Wir brauchen weniger Dokumentation von Qualität als Qualität in der Dokumentation!*

Die Bedeutung klinischer Dokumentation als qualitätssicherndem Bestandteil und unerläßliches und aktiv zu nutzendes Instrument unserer täglichen Arbeit muß für die Mitarbeiter erkennbar werden. Dokumentation muß so strukturiert sein, daß ihr unmittelbarer Nutzen für den Behandlungsprozeß evident wird und die erforderlichen Daten für die statistische Qualitätssicherung als Nebenprodukt abfallen. Eine solche Dokumentation macht Qualitätssicherung für die Mitarbeiter unmittelbar plausibel und trägt letztlich zu einer optimalen Nutzung von Ressourcen und zu einer besseren Patientenversorgung bei.

Effizientes Dokumentationsmanagement

An welchen Anforderungen sollte sich das klinische Dokumentationsmanagement nun orientieren, wenn es im dargelegten Sinne seiner Bedeutung als effizientes Qualitätssicherungsinstrument gerecht werden will? Abb. 1 faßt die wichtigsten Aspekte in einer Übersicht zusammen.

Ein intelligentes und effizientes Dokumentationsmanagement sollte das gesamte geriatrische Team in die Dokumentation einbeziehen, d.h. jedes Teammitglied dokumentiert den von ihm geleisteten anamnestischen, diagnostischen oder therapeutischen Beitrag. Dies erscheint nicht nur sinnvoll, um den Dokumentationsaufwand aufzuteilen und zusätzliche Übertragungsfehler zu vermeiden, sondern auch um die fachlichen Kompetenzen der einzelnen Teammitglieder optimal zu nutzen. Jede Information sollte im Rahmen eines Aufenthaltes nur einmal erhoben werden, die Zuständigkeiten für die Erhebung bestimmter Informationen klar bestimmten Be-



Effizientes Dokumentationsmanagement

- umfaßt das gesamte geriatrische Team
- erhebt jede Information nur 1x
- dokumentiert zeitnah und möglichst nur 1x
- stellt allen Teammitgliedern Kerninformationen zentral einsehbar und strukturiert zur Verfügung
- verwendet – wenn möglich – standardisierte Erhebungsinstrumente
- setzt durch Dokumentationsstrukturierung einen internen Standard
- arbeitet frühzeitig EDV-gestützt soweit dem technischen Stand angemessen
- nutzt Daten zur multiplen Verwendung
- stellt Daten für die Qualitätssicherung aus dem laufenden Behandlungsprozeß bereit

Abb. 1. Zielvorgaben für das klinische Dokumentationsmanagement.

rufgruppen des Teams zugeordnet sein. So ist bspw. die typische Mehrfacherhebung von Sozialdaten durch den ärztlichen Bereich, die Pflege und den Sozialdienst nicht nur eine unnötige Belastung der Mitarbeiterressourcen, sondern auch eine Zumutung für den Patienten und oft genug Grund zur Skepsis bezüglich des Systems „Krankenhaus“, dem er sich anvertrauen soll. Die Dokumentation sollte grundsätzlich so zeitnah wie möglich zur Erhebung und soweit möglich nur einmal erfolgen. Auf diesbezügliche Probleme mit EDV-Anwendungen wird noch gesondert eingegangen. Kerninformationen sollten an zentraler Stelle bspw. einem Planetensystem oder in der EDV klar strukturiert und schnell zugänglich allen Teammitgliedern zur Verfügung stehen. Es muß für jeden klar sein, wo er mit welcher Information rechnen kann. Die verwendeten Erhebungsinstrumente sollten im Interesse einer externen Vergleichbarkeit von Daten trotz großer gegenteiliger Versuchungen wo immer möglich standardisiert sein. Eine gut strukturierte Dokumentation garantiert einen internen

Mindeststandard in der Informations- und Datenerfassung unabhängig vom unterschiedlichen Ausbildungs- und Erfahrungsstand der Mitarbeiter. Über die Dokumentation wichtiger Kerninformationen an zentral einsehbarer Stelle läßt sich die Einhaltung dieses Standards leicht kontrollieren. Schon aus Gründen der späteren datentechnischen Aufarbeitung und Auswertung und um Mehrfachdokumentationen samt aller damit verbundenen Fehlerquellen zu reduzieren, sollte – soweit klinisch und technisch praktikabel – frühzeitig EDV-gestützt gearbeitet werden, wobei hier sowohl von Software als auch von Hardwareseite noch erheblicher praktischer Anpassungsbedarf besteht (s.u.). Schließlich wird hierdurch auch die Mehrfachnutzung von einmal dokumentierten Daten beträchtlich erweitert und ein Großteil der für die Qualitätssicherung notwendigen Daten aus dem unmittelbaren Behandlungsprozeß heraus mit entsprechend höherer Datenvalidität automatisch zur Verfügung gestellt.

Praktische Umsetzung

Wie einzelne Schritte in die praktische Umsetzung eines solchen Dokumentationsmanagements aussehen können, veranschaulicht die Weiterentwicklung unserer eigenen Dokumentation im Albertinen-Haus.

Früher gingen uns bspw. häufig Informationen aus dem geriatrischen Screening nach Lachs, das von uns regelhaft bei Aufnahme durchgeführt wird, verloren, da der Screening-Bogen mit Abheften in der Krankenakte für den weiteren Behandlungsverlauf aus dem Blick geraten war. In ähnlicher Weise erhielten die ärztlichen Kollegen von Assessmentergebnissen, die von anderen Teammitgliedern durchgeführt wurden – bspw. dem Barthel-Index der Pflege oder dem Tinetti-Test der Physiotherapeuten – nur unsyste-

matische Informationen. Dies führte zu der Entwicklung eines Assessmentblattes in unserem Planetensystem, in dem die Ergebnisse aller bei uns standardmäßig verwendeten Assessmentinstrumente (Mini-Mental-State, Timed Up&Go, Tinetti-Test, Geriatrische Depressionsskala, Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Barthel-Index, PPR und Screening nach Lachs) für die bei uns festgelegten Erhebungszeitpunkte (i.d.R. Behandlungsbeginn und -abschluß, Barthel und PPR im 14tägigen Verlauf) interdisziplinär eingetragen und allen Teammitgliedern in übersichtlicher Form zur Verfügung gestellt werden. Die unmittelbare Präsenz dieser Daten in unserem auf den täglichen Visiten genutzten Planetensystem hat zu erhöhter Aufmerksamkeit für bestimmte Problembereiche, einer umfassenderen Gesamteinschätzung des Patienten und einer objektiveren Beurteilung des Behandlungsverlaufs beigetragen. Das Beispiel macht deutlich, daß es im Sinne der Qualitätssicherung nicht genügt, ein multidimensionales Assessment durchzuführen. Es muß durch die Strukturierung der Dokumentation auch sichergestellt werden, daß die Ergebnisse genutzt und für den Behandlungsprozeß eingesetzt werden können. D.h., sie müssen vom Behandlungsteam interpretiert, in Behandlungsziele umgesetzt und zur Verlaufsbeurteilung, ggf. Behandlungsmodifikation und schließlich zur Ergebnisevaluation herangezogen werden. Dies setzt entsprechende Dokumentationsstrukturen voraus. Einen weiteren Schritt im Ausbau unseres Dokumentationsmanagements stellte die Entwicklung unseres AHLEQS-Konzeptes zur EDV-gestützten „Albertinen-Haus Leistungserfassung und Qualitätssicherung“ dar. Die Grundidee zielt auf eine universelle Nutzbarmachung unseres EDV-Systems für die klinische Behandlung und Qualitätssicherung (6). Abbildung 2 skizziert das Konzept:



AHLEQS – Albertinen-Haus Leistungserfassung und Qualitätssicherung

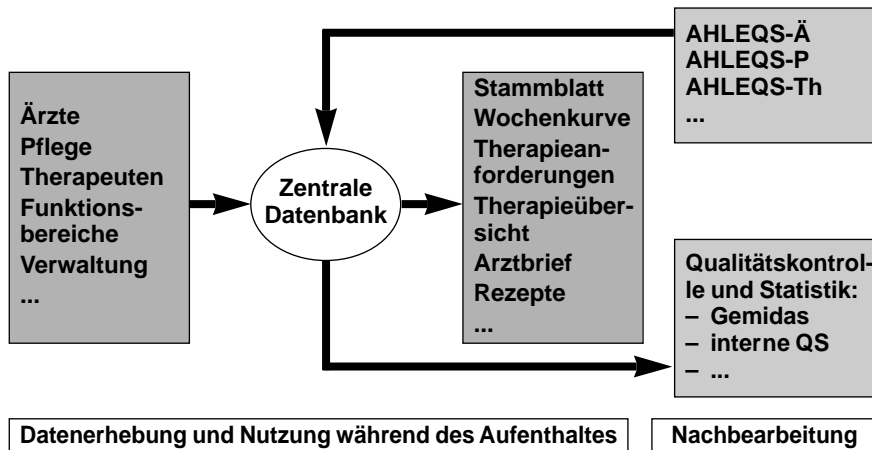


Abb. 2. Das AHLEQS-Konzept des Albertinen-Hauses Hamburg.

Während der Behandlungsphase (linker Teil des Schemas) werden von verschiedenen Berufsgruppen und aus verschiedenen Arbeitsbereichen Daten in die zentrale Datenbank eingegeben. Diese Daten können während der Behandlung für verschiedene Anwendungen vielfach nutzbar gemacht werden. Bspw. könnten Diagnosen auf die Wochenkurven ausgedruckt oder in den Arztbrief übernommen werden, Daten der Patientenverwaltung im Stammblatt ausgedruckt oder dem Sozialdienst zur Verfügung gestellt, therapeutische Leistungen aufsummiert oder Untersuchungsbefunde am Bildschirm eingesehen werden. Nach Abschluß der Behandlung wird – nach den verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Therapeuten) getrennt – in der EDV ein AHLEQS-Bogen erzeugt, in den von einzelnen Berufsgruppen direkt in der EDV nur noch diejenigen Daten für Zwecke der Qualitätssicherung und Statistik nachgetragen werden müssen, die nicht bereits während des Behandlungsaufenthaltes eingegeben worden sind. Daten für externe Qualitätssicherungsprogramme wie Gemidas oder sonstige interne Auswertungen werden dann direkt aus der zentralen Daten-

bank extrahiert. Ziel ist es, die Nutzung der EDV während der Behandlungsphase sukzessive auszubauen, damit auch die möglichen Nutzenanwendungen zu erweitern und die nachträglichen Eingaben immer mehr zu reduzieren, die Daten für die Qualitätskontrollen also immer unmittelbarer direkt aus der klinischen Behandlungsphase zu übernehmen.

Aus EDV-technischen und logistischen Gründen, auf die im nächsten Abschnitt noch eingegangen wird, ist es uns derzeit noch nicht im gewünschten Umfang möglich, die Datendokumentation ausschließlich in der EDV zu realisieren. Für die Behandlung und den Verlauf essentielle Kerninformationen (Eckdaten des aktuellen Behandlungsaufenthaltes sowie Kernpunkte aus der Sozial-, Pflege-, Hilfsmittel- und Wohnfeldanamnese) haben wir daher auf der Rückseite des oben beschriebenen Assessmentbogens ebenfalls für unser Planetensystem überwiegend in kategorisierter Form zum Ankreuzen zusammengefaßt. Die vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten wurden so konzipiert, daß sie den Kategorien der externen Qualitätssicherung bspw. in Gemidas genügen und später direkt

in entsprechende Felder des AHLEQS-Bogens übertragbar sind. Beide Seiten dieses Blattes sind mit einer ausführlichen Kommentierung im Geriatrie Journal 2/99 (4) veröffentlicht.

Der Bogen setzt einen dokumentarischen Mindeststandard und gewährleistet, daß entscheidungs- und behandlungsrelevante Informationen in komprimierter Form allen Teammitgliedern rasch zur Verfügung stehen. So kann sich ein Arzt im Nachtdienst ebenso schnell über einen Patienten orientieren wie der Sozialdienst vor dem ersten Beratungsgespräch, der Ergotherapeut vor einem Hausbesuch oder der Chefarzt bei der Visite. Außerdem lassen sich alle Gemidas-relevanten Aufnahme- und Verlaufsdaten entnehmen, so daß auch Kollegen, die den Patienten nicht selbst aufgenommen haben, bei Behandlungsabschluß die Daten für die Qualitätssicherung nach Gemidas valide und ohne größeren Zeitaufwand verfügbar haben.

Probleme mit der EDV

Es scheint mir heutzutage nicht mehr zulässig, einen Beitrag zum Thema Qualitätssicherung und Dokumentation im klinischen Alltag zu verfassen, ohne Probleme mit der EDV im Krankenhaus aus der Sicht des Kliniklers und Nicht-EDV-Fachmanns wenigstens kurz anzureißen. So wird es kaum erstaunen, daß die Implementation des AHLEQS-Konzeptes in unser Krankenhaussoftwaresystem nicht ohne deutlichen personellen und finanziellen Aufwand möglich war und ist.

Obwohl die EDV aus dem Krankenhausbereich nicht mehr wegzudenken ist und die Krankenhausinformationssysteme (KIS) als Kernteile der meisten Softwaresysteme in diesem Bereich aufgrund der Menge der zu verarbeitenden Informationen zu einem eigenständigen Qualitätsfaktor avanciert sind (7,



11, 12), wird die fachliche Angemessenheit dieser Systeme auch von Experten oft noch als unzureichend eingestuft (3, 12). Im Kontext von Dokumentation und Qualitätssicherung sind drei Problembereiche aus Anwendersicht besonders hervorzuheben:

Das Schnittstellenproblem

Gerade im Bereich der Qualitätssicherung werden wir immer wieder mit neuen externen Qualitätssicherungsprogrammen konfrontiert, die sich oft nur mit erheblichem Aufwand – wenn überhaupt – an das eigene KIS im Sinne einer Mehrfachverwendung der dort bereits vorhandenen Datenbestände anbinden lassen. Oft reiht sich im Laufe der Zeit in der EDV oder schließlich wieder in Papierform „Insellösung“ an „Insellösung“, was leicht zu verständlichem Unmut und Verstärkung der vielfach ohnehin noch bestehenden Vorbehalte gegen Dokumentation und EDV bei den Mitarbeitern führt. Hier wären über formal bestehende technische Standards hinaus auch in der Praxis einfach zu realisierende Schnittstellenlösungen zu wünschen.

Die unzureichende klinische Anwenderorientierung

Den meisten KIS ist bis heute anzumerken, daß sie ursprünglich für die Bedürfnisse der Krankenhausverwaltung und deren Kostenerfassung und Leistungsabrechnung konzipiert wurden. Die eigentlichen Leistungsbereiche im Krankenhaus waren lange Zeit weitgehend ausgespart (11). Vielfach sind Medizin und Pflege noch immer nur als Datenübermittler für die Aufgaben der Verwaltung und in neuerer Zeit das Controlling an der EDV beteiligt. Ein KIS muß sich heutzutage aber als interner Dienstleister *aller* Krankenhausmitarbeiter verstehen (7). Diese Ausweitung des Anwenderkreises setzt neben dem Qualitätskriterium einer höheren Bediener-

freundlichkeit des Systems auch eine stärkere Orientierung an den praktischen Unterstützungsbedürfnissen der unmittelbar am Patienten Tätigen voraus. Während sich hier in den chirurgischen Fächern, initiiert über die im Rahmen der Fallpauschalen- und Sonderentgeltabrechnung vorgeschriebenen Qualitätskontrollen und erleichtert durch die dort vielfach schematisierteren Behandlungsabläufe von der OP-Dokumentation bis zur EDV-gestützten Arztbrieferstellung schon einiges getan hat (6,10), sind Nutzungen der EDV in den konservativen Fachgebieten noch immer kaum etabliert und stellen ein weites Entwicklungsfeld dar. Komplexe Behandlungssituationen wie sie sich z.B. in der Vieldimensionalität des geriatrischen Assessments spiegeln, sind zwar schwieriger für einen EDV-Support zu strukturieren als chirurgische Standardprozeduren. Dennoch lassen sich auch hier zahlreiche Nutzungen – wie sie bspw. oben im Rahmen des AHLEQS-Konzeptes dargelegt wurden – entwickeln und umsetzen. Hier sind allerdings auch wir als Kliniker gefordert, entsprechende Anforderungsprofile für unseren Bereich zu erstellen und an die Softwareentwickler heranzutragen!

Hardwareprobleme

Letztlich stehen einer umfassenden EDV-Dokumentation faktisch noch immer das Fehlen finanziell erschwinglicher und im praktischen Einsatz leistungsfähiger, d.h. v.a. schneller, transportabler Hardwarekomponenten für den Krankenhausbereich entgegen. Solange die Eingabe eines Blutdruckwertes durch die Pflegekraft nicht ohne nennenswerten Zeitverlust durch das Hochfahren entsprechender Programme und Bildschirme am Ort der Messung definitiv in ein EDV-System eingegeben werden kann, wird die Papierdokumentation kaum verschwunden sein. Entsprechendes gilt für die Zugriffsbe-

dingungen auf in der EDV statt in einem Planettensystem dokumentierte Daten bspw. während der Visite. Möglicherweise könnte aber auch hier wieder von uns als Klinikern eines Tages Flexibilität und Umdenken z.B. hinsichtlich der Visitengestaltung gefordert sein?

Schlußfolgerungen

- *Qualitätssicherung durch Dokumentation heißt zunächst, die qualitätssichernde Bedeutung der klinischen Primärdokumentation für den Behandlungsprozeß zu erkennen.*
- *Qualitätssicherung durch Dokumentation stellt damit in erster Linie einen dynamischen Entwicklungsprozeß mit dem Ziel dar, die Primärdokumentation sukzessive für den klinischen Alltag weiterzuentwickeln und zu optimieren.*
- *Diese Entwicklung sollte in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern erfolgen und den Nutzen dieser primären Qualitätssicherung durch Dokumentation für die klinische Arbeit und damit den Patienten transparent werden lassen.*
- *Daten für die sekundäre statistische Qualitätssicherung sollten soweit irgend möglich unmittelbar als Nebenprodukt aus der klinischen Primärdokumentation anfallen. Dies trägt zur Einsparung von Ressourcen und zur Verbesserung der Datenvalidität bei.*
- *Auf dem Gebiet der klinischen Dokumentation und Qualitätssicherung besteht sowohl von Software- als auch von Hardwareseite weiterhin Entwicklungsbedarf. Diese Entwicklung sollte sich verstärkt in enger Kooperation zwischen Herstellern und den direkt am Patienten tätigen Anwendergruppen (Medizin, Pflege, Therapeuten) vollziehen.*
- *Die EDV im Krankenhaus muß sich hierbei zu einem effizienten Dienstleister für alle Krankenhausmitarbeiter entwickeln und vermehrt auch komplexen Dokumentationserfordernissen der klinischen Anwender Rechnung tragen.*



Abstract

Documentation and quality assurance in the clinical routine

Quality assurance by documentation in the clinical routine may no longer be regarded as a tedious additional duty providing only little practical value in medical care. This leads to users' resistance and to statistics of doubtful validity. Therefore, the great significance of the primary medical documentation for the quality assurance has to be emphasized and should be the focus of an efficient documentation-management. Requirements for such a documentation-management are described and their implementation in the Albertinen-Haus is shown. This institution uses conventional paper-documents as well as their electronic counterparts. An efficient documentation-management shows the advantage of a quality assurance for the daily routine in hospitals. Data required for the statistical quality assurance should merely be a by-product of the usual documentation. This can only be achieved by an increased computer-support in the clinical routine, but it also requires programmes which fill the needs of all the team members.

Key words: quality assurance, documentation, documentation-management, geriatrics, AHLEQS

Literatur

1. Borchelt M, Vogel W, Steinhagen-Thiesen E (1999) Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Geriatrie. *Z Gerontol Geriat* 32: 11–23
2. Igl G (1999) Rechtlicher Rahmen der Qualitätssicherung in der Medizin nach dem SGB V. *Z Gerontol Geriat* 32: 3–10
3. Krabbel A, Wetzel I (1998) Analyse bereichsübergreifender Aufgaben im Rahmen der Auswahl eines Krankenhausinformationssystem. In: Pinter E, Swart E, Vitt KD Praxis Umfassendes Qualitätsmanagement. Frankfurt: pmi-Verlagsgruppe. 219–233
4. Assessmentbogen: Wichtige Infos übersichtlich dargestellt. *Geriatric Journal* 1: (2) 28–32
5. Sperber B (1999) Advanced data management in geriatrics. *Z Gerontol Geriat* 32 Supp 2: II/165
6. Stopinski J (1998) Dokumentation, Voraussetzung jeder Qualitätssicherung. In: Scheibe O, Ekkernkamp A (Hrsg) Qualitätsmanagement in der Medizin. Handbuch für Klinik und Praxis. Landsberg

am Lech: ecomed. 3.Erg.Lfg 2/98: V-2, 1–7

7. Swart E, Philbert-Hasucha S, Werner T (1998) Methoden und Werkzeuge des Qualitätsmanagements. In: Pinter E, Swart E, Vitt KD Praxis Umfassendes Qualitätsmanagement. Frankfurt: pmi-Verlagsgruppe. 351–392
8. Tecklenburg A (1997) Organisation des Ärztlichen Dienstes. In: Breinlinger-O'Reilly J, Maess T, Trill R (Hrsg) Das Krankenhaus-Handbuch. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand. 51–76
9. Thiesemann R (1999) Dokumentationsverfahren in der Geriatrie – Zur Unschärfe alltagsnah erhobener Klinikdaten. *Z Gerontol Geriat* 32: 29–32
10. Thurmayr R (1998) Papier versus EDV. In: Scheibe O, Ekkernkamp A (Hrsg) Qualitätsmanagement in der Medizin. Handbuch für Klinik und Praxis. Landsberg am Lech: ecomed. 3.Erg.Lfg 2/98: V-1, 1-7
11. Trill R (1996) Bedeutung des IKS für das moderne Krankenhaus. In: Krankenhaus-Management. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand. 262–265
12. Trill R (1996) Anwendersoftware im Krankenhaus. In: Krankenhaus-Management. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand. 266–295

Korrespondenzadresse:

Dr. Norbert Lübke, Albertinen-Haus Hamburg, Zentrum für Geriatrie, Sellhopsweg 18–22, 22459 Hamburg

R. Ludewig: **Johann Sebastian Bach** im Spiegel der Medizin. Persönlichkeit, Krankheiten, Operationen, Ärzte, Tod, Reliquien, Denkmäler und Ruhestätten des Thomaskantors. Eine allgemeinverständliche Pathographie Festschrift zum 250. Todestag. 120 Seiten, 60 teils farbige Abbildungen. Edition Waechterpappel, Grimma 2000. 34 DM. ISBN 3-933629-01-2.

Obwohl die unvergänglichen Werke von Johann Sebastian Bach und seine Biographie von Musikern, Historikern und einem breiten Publikum seit Jahrhunderten in unterschiedlicher Weise weltweit gewürdigt werden, findet der Genius selbst leider relativ wenig Beachtung. Insbesondere seine Verhaltenseigenschaften, Befindlichkeiten und Krankheiten, die sein Schaffen beeinflusst haben, die Ursache seines Todes, die Kontroversen um die Identifikation seiner exhumierten Gebeine und seine vier Ruhestätten sowie die Entstehungsgeschich-

te des naturgetreuesten Bach-Denkmal sind bislang nur bruchstückweise dargestellt worden.

Anlässlich des 250. Todestages von Bach werden deshalb mit zeitgenössischen Aufzeichnungen, Porträts und Autographen sowie mit moderner Literatur Zusammenhänge verdeutlicht und wissenschaftlich fundierte Interpretationen von obsoleten Fehleinschätzungen und Spekulationen abgegrenzt.

Zusätzlich sollen Kurzbiographien des viel gerühmten und zugleich verteufelten Bach-Operateurs Taylor, Friedrichs des Großen und anderer in diesem Kontext wichtiger Persönlichkeiten neue Antworten auf alte umstrittene Fragen ermöglichen.

Das „Bach Festival Leipzig 2000“ findet vom 21.–30. 7. 2000 statt. Weitere Informationen dazu: Bach-Archiv Leipzig, PF 101349, 04013 Leipzig und Denkmalschmiede Höfgen GmbH, PF 436, 04663 Grimma (e-mail: waechterpappel@hoefgen.de)

K. Schramm, Berlin

