

# EVIDENZBASIERTE VERFAHRENSANWEISUNGEN MODUL FÜR MODERATOREN OKTOBER 2018



# INHALT

ARBEITSZIELE	4
.....	
THEMENHINTERGRUND	5
.....	
EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZIRKELMODERATION	12
.....	
UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN	17
.....	
KURZVERSION	21
.....	
LITERATURVERZEICHNIS	22
.....	

**Autor:**

Marcus Siebolds

## ARBEITSZIELE

### FÜR TUTOREN:

› Nach erfolgter Ausbildung ist der Tutor befähigt, Qualitätszirkel-Moderatoren die Methodik der Erstellung evidenzbasierter Verfahrensanweisungen (VA)<sup>1</sup> zu vermitteln.

### FÜR MODERATOREN:

› Die Qualitätszirkel-Moderatoren sind befähigt, mit dem Qualitätszirkel (QZ) abgestimmte klinische Versorgungsprozesse zu entwickeln und deren Einführung in die Praxen der Teilnehmer zu unterstützen.

### FÜR QZ-TEILNEHMER:

› Die Verfahrensanweisungen dienen als Grundlage und Unterstützung bei der qualitätsorientierten Durchführung der Behandlungsprozesse in der Praxis der QZ-Teilnehmer. Sie können direkt für das Qualitätsmanagement-System als Darlegung der ärztlich-medizinischen Kernprozesse der Praxis genutzt werden.

# THEMENHINTERGRUND

## BISHERIGE ERFAHRUNGEN

Qualitätszirkel beschäftigen sich seit Beginn ihrer Arbeit mit der Fragestellung, sogenannte „Leitlinien“ zu entwickeln. Wie Sie im Abschnitt „Methoden und Instrumente der Evidenzbasierten Medizin“ gesehen haben, sprengt dieses Ziel die Möglichkeiten eines Qualitätszirkels. Ganz anders sieht es mit der Anpassung von vorgegebenen evidenzbasierten Leitlinien, dem sogenannten Leitlinientailoring aus. Dies ist ein übliches und sinnvolles Verfahren. Interessant scheint in diesem Zusammenhang die Frage, welche Motive der Erstellung von Leitlinien im QZ zugrunde liegen. Dabei lassen sich zwei grundsätzliche Motive identifizieren:

### 1. Konsentierung von abgestimmten Behandlungsverfahren aus der ärztlichen Handlungspraxis heraus

Vertragsärzte erleben in Qualitätszirkeln allein durch den Austausch in der Gruppe eine erhebliche Variation von diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei den einzelnen Teilnehmern. Das lässt natürlich die Frage aufkommen, wie die klinische Qualität so unterschiedlicher Vorgehensweisen zu bewerten ist. Diese Fragestellung nach der Güte der einzelnen Versorgungsstrategien lässt sehr schnell den Wunsch nach einer gemeinsamen Absicherung qualitativ angemessener Behandlungsverfahren aufkommen. An diesem Punkt zeigt sich das Problem des „eingebauten blinden Flecks“ auf der Ebene des Regelwissens, wie er im Modul „Arbeit mit Rückmeldesystemen“ ([www.kbv.de/qz](http://www.kbv.de/qz)) unter dem Gliederungspunkt Themenhintergrund beschrieben ist.

Erfolgt die Konsentierung von Behandlungsverfahren ohne die Technik der Evidenzbasierten Me-

dizin (EbM), also in einer entweder wissenschaftlich unsystematischen Vorgehensweise oder rein aus dem berufsgeführten Erfahrungswissen der Teilnehmer heraus, so kann sich der Qualitätszirkel nicht sicher sein, durch das Übersehen, Fehlbewerten oder schlichtweg Nicht-Verfügen wesentlicher wissenschaftlicher Informationsquellen eine Behandlungsabsprache getroffen zu haben, die mit dem Makel dieses blinden Flecks behaftet ist. Dagegen versetzt die Nutzung der Methoden der EbM den Qualitätszirkel in die Lage, das für seine Fragestellung zurzeit beste Regelwissen (externe Evidenz) zu identifizieren. Zusammenfassend geht es also nicht darum, eine Leitlinie zu entwickeln, sondern Leitlinien oder andere Evidenzquellen zu identifizieren und zu bewerten.

### 2. Übersetzung von evidenzbasiertem Regelwissen in abgestimmte und formal dargelegte Behandlungsverfahren

Qualitätszirkel werden das oben gestellte Problem umso intensiver erleben, wenn sie mit strukturierten Rückmeldedaten (siehe Modul „Arbeit mit Rückmeldesystemen“ unter [www.kbv.de/qz](http://www.kbv.de/qz)) arbeiten. Die Beschaffung des nötigen Regelwissens ist i.d.R. kein großes Problem. Die viel interessantere Frage ist, wie ein Zirkel Methoden entwickeln kann, die Teilnehmer bei der klinischen Umsetzung dieser Vorgaben in der vertragsärztlichen Alltagsarbeit unterstützen. Diese Frage weist auf den Kontext des klinischen Qualitätsmanagements hin. Unter Qualitätsmanagement verstehen wir gemäß den Vorgaben der DIN EN ISO 9000:2015 „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Führen und Steuern einer Organisation bezüglich Qualität.“

Der ebenfalls wichtige Begriff der Qualitätssteuerung(-lenkung) wird

in der DIN EN ISO 9000:2015 als Kernstück des Qualitätsmanagements beschrieben, das auf die Erfüllung von Qualitätsforderungen und die Beseitigung von Ursachen nicht zufriedenstellender Ergebnisse gerichtet ist.

Versucht man diese Vorgaben auf die Ebene von Qualitätslenkungsaufgaben zu übersetzen, dann lassen sich diese wie folgt definieren: Die Leitungsaufgabe im Rahmen von Qualitätslenkungsinterventionen besteht in der Sicherstellung eines hinreichenden und angemessenen Maßes der Vorhersehbarkeit und Vorherbestimmbarkeit von klinischen Prozeduren auf der Ebene von Zielen, Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. „Hinreichend“ soll darauf hindeuten, dass die hohe Individualität von Versorgungsentscheidungen im klinischen Bereich und die nicht vorhersehbaren Entscheidungen des Patienten, wie er am therapeutischen Geschehen teilnehmen will, eine Null-Fehler-Qualität nicht zulassen. Qualität, insbesondere in der Versorgung komplex-chronisch kranker Patienten, ist immer nur vor dem Hintergrund des besten Angebotes an den Patienten in der realen Behandlungssituation zu definieren. Der Begriff „angemessen“ beschreibt die Notwendigkeit, die Individualität des Falls und insbesondere die individuellen Therapieziele und -wünsche des Patienten zu berücksichtigen. Daraus ergibt sich, dass es keine 100%-ige Standardisierbarkeit der Patientenversorgung geben kann<sup>2</sup> (siehe auch Themenhintergrund im Modul „Patientenfallkonferenz“).

Klinische Prozedurenlenkung beschreibt die Umsetzung dieser Aufgabe des Vertragsarztes in der alltagspraktischen klinischen Arbeit. Dabei fokussiert der Qualitätszirkel zunächst erst einmal auf

die klinischen Kernprozesse. Ein klinischer Kernprozess einer Vertragsarztpraxis ist dadurch beschrieben, dass er unter den Aspekten Qualität, Sicherheit von Diagnostik und Behandlung sowie Kosten ein für die Praxis als Ganzes relevanter Versorgungsprozess ist. Für eine Allgemeinarztpraxis wären solche Versorgungsprozesse zum Beispiel die Versorgung von Diabetikern, Hypertonikern, Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen, Patienten mit chronischen Rückenschmerzen oder Patienten mit chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen.

Befasst sich ein Qualitätszirkel mit dieser Thematik, sind zwei Aspekte zu betrachten:

### **1. Informelle Aufbau- und Ablauforganisation der Vertragsarztpraxen**

Jeder Vertragsarzt hat in seiner Praxis mehr oder weniger informelle Strukturen und Prozesse für die Organisation festgelegt. Die Strukturen sind auf die Spezifik seiner Praxis maßgenau zugeschnitten. Dieses Verfahren kann man vereinfacht mit dem Begriff der „sich selbst ergebenden Praxisorganisation“ beschreiben. Selbstergebend meint hier, dass durch die von außen vorgegebenen Sachzwänge jede Praxis versucht, entsprechende individuelle Strukturen und Prozesse zu finden und informell festzuschreiben.

In diesem Zusammenhang sei auf eine wesentliche Frage der klinischen Prozedurenlenkung hingewiesen: Qualitätsmanagement-Systeme gehen immer von hierarchisch organisierten Betriebssystemen aus, in denen es Vorgesetzte gibt, die Mitarbeiter über Managementinterventionen führen. Das gilt für die Mitarbeiter einer Vertragsarztpraxis ebenso wie für jeden anderen Betrieb. In der vertragsärztlichen

Praxis ist der Praxisinhaber der zentrale und ärztlich verantwortliche Erbringer der klinischen Kernprozesse. Somit wird die oben dargestellte Vorgabe von Qualitätslenkung und klinischer Prozedurenlenkung auf die Ebene der Selbststeuerung des Vertragsarztes gehoben. Daraus ergibt sich zwangsläufig die Frage: „Wie führt sich der Vertragsarzt selber? Wie setzt er klinische Prozedurenlenkung bei der Erbringung klinischer Kernprozesse ein und mit sich selber durch?“ Er befindet sich in der Doppelrolle des Normengebers und -umsetzers in der klinischen Betreuung seiner Patienten. Das Modell der Selbstverpflichtung bietet dafür eine Lösung. Hierbei kann der Qualitätszirkel eine wichtige Rolle spielen. Der Austausch über den Grad der Umsetzung solcher Verfahrensanweisungen als Grundlage der klinischen Prozedurenlenkung kann die Teilnehmer unterstützen, diese Selbstverpflichtung dauerhaft besser durchzuhalten.

Jeder Vertragsarzt muss sich unter Qualitäts- und Kostengesichtspunkten mit der klinischen Prozedurenlenkung befassen. Einigt sich ein Qualitätszirkel auf die Erstellung solcher evidenzbasierter Verfahrensanweisungen als Unterstützung der Vertragsärzte bei der qualitätsorientierten klinischen Prozedurenlenkung, so ist dieses Verfahren ein sicheres und allseits anerkanntes. Die inhaltliche Qualität der evidenzbasierten Verfahrensanweisung wird durch die Nutzung evidenzbasierter Leitlinien oder anderer bezüglich ihrer Validität und Brauchbarkeit bewerteten Evidenzquellen sichergestellt. Die formale Qualität wird durch die Verwendung eines weltweit anerkannten Verfahrens zur Darlegung von dokumentierten Arbeitsprozessen in Organisationen, nämlich der DIN 55350-11, erreicht.

### **2. Anschlussfähigkeit der evidenzbasierten Verfahrensanweisungen an ein Qualitätsmanagement-System als eine im Zirkel konsentrierte Absprache zur medizinischen Versorgung**

Das hier vorgestellte Modell wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einem anderen Zusammenhang, nämlich dem der Entwicklung sektorenübergreifender vernetzter Anbieterstrukturen, entwickelt<sup>1</sup>. Es ist an alle denkbaren formalen Qualitätsmanagement-Systeme wie DIN EN ISO 9001:2015, QEP<sup>®3</sup>, EFQM<sup>®</sup> oder KTQ<sup>®</sup> anschlussfähig. Darüber hinaus können solche Verfahrensanweisungen für die sektorenübergreifende Prozedurenlenkung genutzt werden. Dies ist dann von Interesse, wenn Qualitätszirkel sich für andere Beteiligte wie Kliniken oder ambulante Pflegedienste öffnen wollen.

### **BEDEUTUNG FÜR DIE MODERATIONSPRAXIS IM QUALITÄTSZIRKEL**

Die Arbeit mit evidenzbasierten Verfahrensanweisungen sollte erst im Rahmen fortgeschrittener Zirkelarbeit eingeführt werden. Wenn sich der Zirkel mit Rückmeldesystemen, Fallbesprechungen und Evidenzbasierter Medizin, insbesondere mit evidenzbasierten Leitlinien, beschäftigt hat. Erst dann wird wahrscheinlich zwangsläufig die Frage abgestimmter Verfahren thematisiert werden. Mit der Erstellung von Behandlungsabsprachen kommt der Zirkel an einen relativ schwierigen Punkt seiner Arbeit. Er muss sich nämlich mit der Herstellung von Verbindlichkeit seiner Arbeitsergebnisse beschäftigen. An diesem Punkt können sich zwei problematische Situationen entwickeln:

### Situation 1: Der Qualitätszirkel entwickelt eine evidenzbasierte Verfahrensweisung.

Es wird abgesprochen, dass diese VA verbindlich von allen Teilnehmern umgesetzt werden soll. In der Behandlungspraxis der Teilnehmer stellt sich aber heraus, dass letztlich keine oder nur eine ungenügende Umsetzung erfolgt. Die mangelnde Verbindlichkeit solcher Absprachen stellt eine nicht seltene Ursache für einen sehr unbefriedigenden Arbeitsprozess in Qualitätszirkeln dar oder ist sogar Grund für das Scheitern von Zirkeln. Ursache dafür ist die organisatorische Unabhängigkeit der Teilnehmer vom Zirkel. Die Herstellung von Verbindlichkeit durch Selbstverpflichtung der Teilnehmer ist daher der einzig gangbare Weg.

Aufgabe des Moderators ist es deshalb, im Zirkel für jeden einzelnen Teilnehmer ein optimales Unterstützungsangebot zu entwickeln, das ihm die Möglichkeit gibt, über die Art und Weise der Umsetzung mit den anderen Zirkelteilnehmern zu reflektieren.

### Situation 2: Die Erstellung von evidenzbasierten Verfahrensweisungen wird von vornherein abgelehnt.

Der QZ darf nicht in die Autonomie des einzelnen Vertragsarztes eingreifen. Andernfalls werden die Teilnehmer die Erstellung solcher Verfahrensweisungen ablehnen. Das deutet auf einen zentralen Konflikt im Qualitätszirkel hin, wie und ob Qualitätszirkelergebnisse überhaupt in die eigene Vertragsarztpraxis transferiert werden sollen. An diesem Punkt markiert sich, ob die gemeinsame Arbeit für die Teilnehmer verhaltensverändernd, bezogen auf ihr ärztliches Tun, sein soll oder nicht. Zeigt sich

in der Gruppe dieser Widerstand, ist es sinnvoll, sich offen mit dieser Frage zu beschäftigen. Thematisiert man dieses Problem nicht, läuft man Gefahr, in einer „Als-Ob-Situation“ stecken zu bleiben. Alle Teilnehmer tun so, als ob der QZ relevant für ihr ärztliches Verhalten sei, lassen aber in ihrer alltagspraktischen Arbeit die erarbeiteten Ergebnisse außen vor. Eine solche Haltung kann für einen Qualitätszirkel, insbesondere aber für den Moderator sehr frustrierend sein.

### VORGABEN ZUR ERSTELLUNG EINER EVIDENZBASIERTEN VERFAHRENSANWEISUNG

Eine Verfahrensweisung gemäß DIN 55350-11 in Qualitätsmanagement-Systemen ist die „dokumentierte Festlegung eines Verfahrens, dessen Anwendungsergebnis die Qualität eines Angebotsproduktes beeinflusst“. VA stellen ein Element von Qualitätsmanagement-Systemen dar, das unabhängig vom System immer nach denselben Vorgaben zu formulieren und einzuführen ist.

Die DIN-Literatur zur Entwicklung von VA bietet hierfür Unterstützung. Das DIN-Werk hält zwei grundlegende Normen vor, die tätigkeitsbezogenen Qualitätsaufzeichnungen nach DIN EN ISO 8402 und für die Verfahrensweisung selbst die DIN 55350-11. Das Modell der Verfahrensweisungen beruft sich auf die DIN 55350-11 und übersetzt diese speziell auf die Bedürfnisse von Vertragsarztpraxen. Ein solches Vorgehen schützt die Anwender vor Kritik im Hinblick auf die Güte der VA. Ein besonderer Vorzug besteht darin, dass nicht nur die formale Ebene der Verfahrensweisungen durch die oben dargestellten Normen dargelegt ist, sondern dass die inhaltliche Ausgestaltung über die Nutzung evidenzbasierter Leitlinien abgesi-

chert werden kann. Die Ergebnisse des Leitlinientaylorings werden in der Verfahrensweisung dokumentiert und somit darlegungsfähig gegenüber Dritten (Kostenträger, Krankenhäuser, Patienten, Zertifizierer, andere) im Sinne des Qualitätsmanagements (QM).

### Nach DIN 55350-11 beinhaltet eine VA folgende Aspekte:

- › Durch wen soll die Tätigkeit ausgeführt werden?
- › Wie muss sie ausgeführt werden?
- › Wann und wo soll sie ausgeführt werden?
- › Welche Materialien, Hilfsmittel sowie Überwachungs- und Dokumentationsmethoden sollen angewendet werden?

Die begrifflichen Vorgaben der DIN-Norm sind in der folgenden Tabelle 1 den im Modell der evidenzbasierten Verfahrensweisungen benutzten Begriffen gegenübergestellt. Das nachstehend vorgegebene Raster (Tabelle 2) übersetzt die Vorgaben der DIN 55350-11 in eine Gestaltungsvorlage. Dieses Raster dient als Grundgerüst, um im QZ eine evidenzbasierte VA zu entwickeln.

<b>BEGRIFF DER DIN EN 55350-11 ABSCHNITT 12.3.1</b>	<b>BEGRIFFE DER LEITLINIENBASIERTEN, SEKTOREN- ÜBERGREIFENDEN VERFAHRENSANWEISUNG</b>
Anwendungsbereich	Indikationsbereich oder dargelegte klinische Prozedur
Durch wen soll die Tätigkeit ausgeführt werden?	Für welche Ärzte ist die VA gedacht?
Wie muss die Tätigkeit durchgeführt werden?	Mit welchen diagnostischen und therapeutischen Verfahren soll das Versorgungsproblem bearbeitet werden?
Wann und wo soll die Tätigkeit ausgeführt werden?	Bei welchen Patienten soll die VA Anwendung finden? In der Verfahrensanweisung aufgezählte Abweichungsmöglichkeiten.
zu benutzende Materialien, Hilfsmittel sowie Überwachungs- und Dokumentationsmethoden	zugrunde gelegte Leitlinien oder Teile davon, andere Evidenzquellen, Dokumentationsmedien und deren Benutzung, Controllingmethoden

Tabelle 1: Anwendungsbereich und Zweck der Verfahrensanweisung

<b>ERSTELLUNGSRASTER FÜR EINE SEKTORENÜBERGREIFENDE VERFAHRENSANWEISUNG</b>	
<b>Gliederungspunkt</b>	<b>Indikationsspezifische Inhalte</b>
<b>VA-Gliederungspunkte für eine konsentrierte Arbeitsabsprache im QZ</b>	
<b>Titel der VA</b>	
<b>Indikationsbereich</b>	Diese Verfahrensanweisung beschreibt die Vorgehensweise im Indikationsfeld oder der klinischen Prozedur ...
<b>Für welche Ärzte ist diese VA entwickelt worden, für wen soll sie gelten?</b>	
<b>Welche Qualitätsziele will der Qualitätszirkel mit der Erstellung der VA erreichen?</b>	
<b>Wie könnte der QZ die Erreichung dieser Ziele überprüfen?</b>	
<b>Anzuwendende therapeutische und diagnostische Verfahren</b>	

Gliederungspunkt	Indikationsspezifische Inhalte
Bei welchen Patienten soll die VA Anwendung finden?	Die Verfahrensweisung soll bei folgenden Patienten Anwendung finden:
<p>Die Abweichung von der VA ist durch die Beantwortung folgender Fragen zu begründen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warum wurde das Therapieziel der Leitlinie nicht erreicht?</li> <li>2. Warum wurde bei Erreichung des Therapieziels der Leitlinie von den vorgegebenen Verfahren abgewichen?</li> </ol> <p>Die Begründung sollte die folgenden Ursachenbereiche abdecken (Dokumentation in den tätigkeitsbezogenen Qualitätsaufzeichnungen oder in der Patientenakte):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Kontraindikationen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige medizinische Probleme, die die Umsetzung der Verfahrensweisung unmöglich machen</li> <li>› Entscheidungen des Patienten, die eine Diagnostik und Therapie analog der VA unmöglich machen</li> <li>› geistige oder körperliche Einschränkungen, die die Diagnostik und Therapie gemäß VA oder deren Umsetzung durch den Patienten unmöglich machen</li> </ul>	
<b>VA-Gliederungspunkte für die verbindliche Einführung in ein QM-System</b>	
Zugrunde gelegte Leitlinien oder Teile davon, Dokumentationsmedien und deren Nutzung, Arzneimittel-Controlling-Methoden	<p><b>Zugrunde gelegte Leitlinie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Titel</li> <li>› genutzte Anteile (hier Gliederungspunkte eintragen)</li> <li>› Version der Leitlinie</li> <li>› andere Evidenzquellen</li> </ul> <p><b>Für die Anwendung in einem QM-System:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Dokumentationsmedien, z.B. Fallplanung</li> <li>› anzuwendende Controlling-Methoden, z.B. Verfahrensaudit</li> </ul>
Wie und wo muss die Umsetzung der Verfahrensweisung dokumentiert werden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>› <b>regelgerechte Umsetzung der VA</b> In der regulären Patientendokumentation unter den Stichworten: Behandlung gemäß VA (hier den Titel und fortlaufende Nr. der VA eintragen)</li> <li>› <b>Abweichung von der VA</b> In den tätigkeitsbezogenen Qualitätsaufzeichnungen zur jeweiligen VA (hier Titel und fortlaufende Nr. der tätigkeitsbezogenen Qualitätsaufzeichnungen eintragen)</li> </ul>
Wer hat die Verfahrensweisung erstellt?	
Wer ist für die Freigabe der VA verantwortlich?	
Wann muss die Verfahrensweisung überprüft und eventuell überarbeitet werden?	

**Tabelle 2: Übersetzung der formalen Begriffe der DIN 55350-11 in die Gliederungspunkte einer evidenzbasierten Verfahrensweisung**



## ERLÄUTERUNGEN ZUM AUSFÜLLEN DER EINZELNEN ITEMS FÜR EINE EVIDENZBASIERTE VERFAHRENSANWEISUNG IM ERSTELLUNGSRASTER

### Titel der VA:

Hier tragen Sie die genaue Bezeichnung der Verfahrensweisung ein.

Indikationsbereich: Hier sollte die Indikation oder die klinische Prozedur benannt werden, die mit dieser Verfahrensweisung beschrieben wird. Dabei kann man von Indikationen ausgehen (z.B. Behandlung von Typ 2 Diabetes) oder von klinischen Prozeduren (z.B. Durchführung der KHK-Diagnostik bei unklaren Thoraxschmerzen). Gerade für hausärztliche Qualitätszirkel ist es häufig interessant, symptombezogen klinische Prozeduren in einer Verfahrensweisung zu beschreiben.

### Für wen ist diese VA entwickelt worden?

VA können fachgruppenspezifisch, fachgruppen- und sogar sektorenübergreifend verfasst werden. Darüber hinaus ist es denkbar, solche VA auch für Pflegekräfte zu entwickeln. Mit der Eintragung in dieses Feld wird dokumentiert, an wen sich die Verfahrensweisung richtet.

Anzuwendende diagnostische und therapeutische Verfahren: Hier wird der klinische Inhalt der VA dargestellt. Dazu können Sie zwei Strategien nutzen:

#### Strategie 1: Die Verfahrensweisung als praktische Interpretationshilfe einer evidenzbasierten Leitlinie oder Evidenzquelle

Sie schreiben in dieses Feld die Anteile der Leitlinie oder Evidenzquelle, die Sie nutzen wollen. Damit tragen Sie quasi in die VA das wissenschaftliche Regelwissen aus den entsprechenden Evidenzquellen ein. Eine so gestaltete VA stellt demnach eine unter Qualitätsmanagement-Gesichtspunkten vollzogene Kommentierung einer Leitlinie dar.

Diese Vorgehensweise erlaubt dem QZ-Teilnehmer die Interpretation der Leitlinie vor dem Hintergrund der Verfahrensweisung im konkreten Fall und lässt ihm dabei einen großen Interpretationsspielraum. Ein solches Vorgehen ist insbesondere bei der Versorgung komplex chronisch kranker Patienten sinnvoll, da die Individualität des Falls eine ebenso individuelle Leitlinieninterpretation erfordert.

#### Strategie 2: Critical Pathways

Critical Pathways sind im klinischen Bereich intensiv diskutierte Instrumente zur klinischen Prozedurenlenkung. Hier ausführlich auf dieses Modell einzugehen, sprengt den Rahmen der Anwendung solcher Verfahren in einem Qualitätszirkel. Es soll deshalb ein einfacher Definitionsversuch unternommen werden. Ignatavicius und Hausman<sup>4</sup> definieren einen Critical Pathway wie folgt: „A Critical Pathway is an interdisciplinary plan of care that outlines the optimal sequencing and timing of intervention for patients with particular condition, procedure or symptom.“

Critical Pathways sind immer nach einem gleichen Schrittmuster aufgebaut:

#### 1. Benennung der Prozedur oder der Startsituation

Neben der klinischen Prozedur hat sich die Startsituation als außerordentlich intelligenter Aufhänger eines Critical Pathways erwiesen. Der Critical Pathway beschreibt dann das Vorgehen, um ausgehend von einer definierten Startsituation die Behandlung eines Patienten auszugestalten. Diese Vorgabe ist sehr pragmatisch, da Ärzte oftmals ihr klinisches Handeln von den Startsituationen her ableiten.

#### 2. Definition der Entscheidungsschritte und deren zeitlicher Abfolge

Critical Pathways versuchen, eine klinische Prozedur immer von den sie bestimmenden klinischen Entscheidungen her zu definieren. Dabei werden die anstehenden klinischen Entscheidungen, eine Reihe von Entscheidungsalternativen sowie die zeitliche Abfolge von Entscheidungen beschrieben.

#### 3. Festlegung des Entscheidungsumfangs

Der Entscheidungsumfang beschreibt eine klinische Entscheidung nach drei Aspekten:

- › Wer hat was zu tun?
- › Wo, bei wem oder mit wem muss eine Entscheidung gefällt werden?
- › Welche unterschiedlichen Entscheidungsalternativen existieren und welche unterschiedlichen Vorgehensweisen lassen sich aus ihnen ableiten?

Beispiele für solche Algorithmen finden Sie auf der Homepage der Leitlinienarbeitsgruppe der Universität Witten-Herdecke unter der Internetadresse: [www.evidence.de](http://www.evidence.de). Das Erstellen eines solchen Algorithmus wird von den Kollegen meistens als sehr hilfreich erlebt, da er genau die Probleme der Entscheidungsfindung abbildet.

#### Bei welchen Patienten soll die Verfahrensweisung Anwendung finden?

Diese Frage deutet auf das Problem des „Case Findings“ hin. Ärzte stehen häufig vor der Entscheidung, bei wem sie wissenschaftliches Regelwissen oder bei wem sie

Behandlungsabsprachen anwenden können und müssen. Es ist daher sinnvoll genau zu beschreiben, für welche Patienten diese Verfahrensanweisung gelten soll. Wenn Sie im QZ mit Verfahrensanweisungen als konsentrierte Behandlungsabsprachen arbeiten wollen, muss der Arzt andererseits nachvollziehbar begründen, warum er von der VA abweichen musste. Solche Abweichungsbegründungen bedeuten für den anwendenden Arzt erheblichen Druck, sein Handeln zu legitimieren.

Das hier vorgestellte Verfahren der Abweichungsdarlegung ist aus dem Modell der hermeneutischen Fallarbeit, das in der Patientenfallkonferenz beschrieben wurde, abgeleitet. Die drei Fragen entsprechen den drei zentralen Oevermannschen Kriterien der hermeneutischen Fallarbeit. Dabei soll immer dargelegt werden, warum man das Therapieziel nicht oder auf einem anderen als dem in der VA vorgegebenen Weg erreicht hat.

Im Folgenden sollen die drei Leitfragen zur Abweichungsdarlegung kurz diskutiert werden:

1. Kontraindikationen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige medizinische Probleme, die die Umsetzung der Verfahrensanweisung unmöglich machen. Hierbei leitet sich die Abweichung aus klarem wissenschaftlichem Regelwissen ab.

2. Entscheidungen des Patienten, die eine der Verfahrensanweisung konforme Diagnostik und Therapie unmöglich machen. Hier wird das Oevermannsche Kriterium der Autonomie der Lebenspraxis angesprochen. Eine ganze Reihe von Patienten wird sich nach strukturierter Beratung oder Schulung und trotz besseren Wissens gegen bestimmte Behandlungsverfahren oder Therapieziele entscheiden.

3. Geistige oder körperliche Einschränkungen, die die Diagnostik und Therapie gemäß Verfahrensanweisung oder deren Umsetzung durch den Patienten unmöglich machen. Hier geht es zentral um die Frage: Was passiert, wenn Patienten die Vorgaben der VA nicht mehr umsetzen können oder diese bei ihnen nicht mehr umgesetzt werden können, zum Beispiel bei demenzkranken Patienten?

Es hat sich als hilfreich erwiesen, sich in der normalen Dokumentation beim Begründen des Abweichens von der VA dieser Leitfragen zu bedienen. Sie machen es einfach, über diese Probleme im Zirkel sachbezogen zu diskutieren.

Die folgenden Gliederungspunkte einer VA sind nur dann relevant, wenn die VA in einem Qualitätsmanagement-System eingesetzt werden soll.

#### **Zugrunde gelegte Leitlinien oder Teile davon, Dokumentationsmedien und deren Benutzung, Arzneimittel-Controlling-Methoden:**

Diese Punkte dienen dazu, das Regelwissen, das in der Leitlinie Anwendung findet, genau darzulegen. Darüber hinaus wird festgelegt, mit welchen Medien (z.B. Krankenakte, virtuelle Patientenakte, Behandlungsprotokolle) die Umsetzung der VA dokumentiert werden soll. Dazu korrespondierend wird festgelegt, wie die Einhaltung der VA in einem QM-System überprüft werden soll.

#### **Wer hat die Verfahrensanweisung erstellt?**

Damit wird transparent, wer bei der Erstellung der VA mitgearbeitet hat. Diese Transparenz über die Autorenschaft soll dem Leser die Möglichkeit geben, die Qualifikation der Autorengruppe nachzuvollziehen. In unserem Fall können Sie dieses Item ausfüllen, indem Sie darlegen, dass

die Verfahrensanweisung von Ihrem Qualitätszirkel erstellt wurde.

#### **Wer ist für die Freigabe der Verfahrensanweisung verantwortlich?**

Im Qualitätsmanagement-System sind Verfahrensanweisungen Führungsinstrumente. Der verantwortliche Vorgesetzte für die Organisation, der letztlich die Verantwortung für die Abläufe übernimmt, die mit dieser VA gesteuert werden sollen, muss sie als verbindlich für seine Organisation im Rahmen des Qualitätsmanagement-Systems freigeben und somit in Kraft setzen. In einer Einzelpraxis wird das natürlich immer der Praxisinhaber sein. Hier wird nochmals die Schwierigkeit deutlich, dass er sie für sich selber als Erbringer der klinischen Kernprozesse seiner Praxis freigeben soll. Dieses Phänomen der Selbstverpflichtung wurde oben schon kritisch diskutiert.

#### **Wann muss die Verfahrensanweisung überprüft und eventuell überarbeitet werden?**

Wissenschaftliche Erkenntnisse können sich sehr schnell verändern. Aus diesem Grund hat es sich bewährt, Verfahrensanweisungen alle zwei Jahre auf ihre Brauchbarkeit hin zu überprüfen. Im klinischen Bereich ist eine Ausnahme dann gegeben, wenn eine Meilensteinpublikation bisher gültiges Regelwissen so revidiert, dass eine sofortige Überarbeitung der VA, die auf diesen Erkenntnissen aufgebaut ist, notwendig wird.

# EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZIRKELMODERATION

## DATEN- UND INFORMATIONSBESCHAFFUNG

Zur Erstellung einer evidenzbasierten Verfahrensweisung sollte sich der Zirkel (wie im Modul „Methoden und Instrumente der Evidenzbasierten Medizin“ beschrieben) die notwendigen wissenschaftlichen Daten aus evidenzbasierten Leitlinien, Reviews oder Originalarbeiten beschaffen. Zur Identifikation interessanter Indikationen oder klinischer Prozeduren kann der Zirkel die Daten aus Rückmeldesystemen (siehe Modul „Arbeit mit Rückmeldesystemen“ unter [www.kbv.de/qz](http://www.kbv.de/qz)) nutzen.

## AUSGANGSSITUATIONEN FÜR DIE ERSTELLUNG EINER VA

### 1. Arbeit mit Rückmeldesystemen

Im Ergebnis der QZ-Sitzung zur „Arbeit mit Rückmeldesystemen“ können die Teilnehmer eine klinische Prozedur, die im Rahmen der indikationsspezifischen Behandlung bedeutsam ist, identifizieren, z.B. eine Behandlung von Typ-2-Diabetikern, die unter Qualitätsgesichtspunkten im Vergleich aller teilnehmenden Praxen unbefriedigend läuft. Dabei kann unbefriedigend bedeuten, dass ein vorgegebenes Therapieziel nicht erreicht wird oder dass eine große Variationsbreite von Behandlungsverfahren, z.B. die Verordnung einer großen Zahl unterschiedlicher Medikamente in unterschiedlichen Dosierungen, vorliegt.

### 2. Patientenfallkonferenz

Häufig wird bei Patientenfallkonferenzen deutlich, dass ein bestimmtes Behandlungsverfahren von den Teilnehmern des Qualitätszirkels unterschiedlich gehandhabt wird oder Unsicherheiten in Bezug auf die

Qualität der eigenen diagnostischen und therapeutischen Vorgehensweisen bestehen. Eine Verfahrensweisung wäre folglich der Versuch, zu einem abgestimmten Vorgehen zu kommen.

### 3. Methode der Evidenzbasierten Medizin (EbM)

Sie werden in der Zirkelarbeit immer häufiger Leitlinien, Reviews oder Originalarbeiten herausuchen und bezüglich ihrer Brauchbarkeit bewerten. Oft stellt sich dann die Frage, wie man das als gut identifizierte Regelwissen so übersetzt, dass es im Praxisalltag einfach anwendbar ist. Gerade bei klinischen Prozeduren ist dieser Übersetzungsschritt in den meisten Fällen in den Original-Evidenzquellen nicht beschrieben. In der Verfahrensweisung kann der QZ den Praxistransfer beschreiben.

Sie haben nun den Rahmen der gemeinsamen Arbeit geklärt. Für diese Festlegung eignet sich die letzte Viertelstunde des Qualitätszirkels, der dem Zirkel, welcher sich mit der Erstellung einer VA beschäftigen wird, vorangeht. Sie müssen im Vorfeld der nächsten Sitzung die notwendigen evidenzbasierten Leitlinien, Reviews oder Originalarbeiten besorgen. Diese Tätigkeit bleibt dem Moderator überlassen, da Qualitätszirkelteilnehmer ohne Erfahrung in Evidenzbasierter Medizin dazu in der Regel nur in begrenztem Umfang in der Lage sind.

## SETTING

### 1. Qualitätszirkeltyp

Es handelt sich hier um eine Arbeitssitzung zur Entwicklung von Elementen eines Qualitätsmanagement-Systems für die Praxis. Wie oben beschrieben kann man

das Modell der evidenzbasierten VA aber auch außerhalb von Praxis-QM-Systemen verwenden, wenn man sie nutzt, um konsentiertere Vorgaben für die Behandlung zu entwickeln.

### 2. Gruppengröße

Die Gruppe sollte 8 bis 12 Teilnehmer nicht überschreiten, da sonst ein gemeinsames Erstellen von Verfahrensweisungen schwierig wird.

### 3. Offene/geschlossene Gruppe

Die Entwicklung von evidenzbasierten Verfahrensweisungen kann nur in geschlossenen Gruppen betrieben werden. Die Erstellung solcher Verfahrensweisungen ist nur sinnvoll, wenn ein ausreichendes Maß an Selbstverpflichtung der Teilnehmer besteht, diese Verfahrensweisungen auch in der eigenen Praxis anzuwenden. Das kann nur bei einem guten Maß an Vertrautheit unter den Zirkelmitgliedern gelingen.

### 4. Verbindlichkeit

Der Moderator sollte klarstellen, dass kein Zirkelteilnehmer formell verpflichtet wird, sich an die VA zu halten. Sie stellt ein Angebot zur qualitätsorientierten Strukturierung der täglichen Praxisarbeit der Teilnehmer dar. Die Selbstverpflichtung, die Verfahrensweisung regelhaft umzusetzen, ist jedoch wünschenswert, um die Umsetzung zu üben und die praktische Brauchbarkeit der VA im QZ zu überprüfen und zu bewerten.

### Moderationshaltung des Moderators

Es ist möglich, dass sehr gut erstellte Verfahrensweisungen von einigen Zirkelteilnehmern nicht umgesetzt

werden. Ist der Moderator hierüber frustriert, so kann das in der Wahrnehmung der QZ-Teilnehmer, die die VA nicht umsetzen, als „Druck machen“ des Moderators oder des Zirkels erlebt werden. Eine ergebnisoffene Haltung des Moderators kann dagegen entlastend auf den Zirkel wirken.

**Phasenablauf der Moderation**

Für die Erstellung einer evidenzbasierten Verfahrensanweisung brauchen Sie je nach Umfang der VA ein bis zwei QZ-Sitzungen. Vereinbaren Sie in der Vorphase der Qualitätszirkelsitzung, in der die Verfahrens-

anweisung erstellt werden soll, ob Sie ein oder zwei Sitzungen hierfür nutzen wollen. Zwei Zirkelsitzungen werden Sie immer dann brauchen, wenn die Bewertung der Evidenzquellen bereits eine Zirkelsitzung in Anspruch nimmt. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass zweigeteilte Sitzungen häufig auf wenig Gegenliebe bei den Zirkelteilnehmern stoßen. Davon unabhängig bleibt die Vorgehensweise aber immer dieselbe.

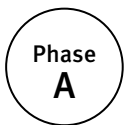
Folgende Vereinbarungen sollten Sie im Vorfeld der QZ-Sitzung mit den Teilnehmern treffen:

- › Soll die Bewertung der zugrunde

gelegten evidenzbasierten Leitlinie, des Reviews oder der Originalarbeit und das Erstellen der Verfahrensanweisung in einer Sitzung geleistet werden, vereinbaren Sie mit den Zirkelteilnehmern eine längere Sitzungsdauer von ca. 2,5 Stunden.

- › Konsentieren Sie mit den Teilnehmern, dass solche Verfahrensanweisungen nur Angebote darstellen und keinen Anspruch auf zwingende Umsetzung durch die Teilnehmer haben (siehe Setting).

- › Legen Sie fest, welche Evidenzquellen Sie als Grundlage der Verfahrensanweisung nutzen wollen.



**EINFÜHRUNG**  
 ZEITBEDARF: 10 MINUTEN

**SCHRITT 1**



Führen Sie die Gruppe in den Ablauf der Sitzung ein und erläutern Sie den Nutzen dieser Form der Zirkelarbeit.

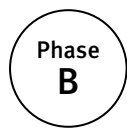
Konsentieren Sie spezielle Settingregeln, die ggf. für die Arbeit erforderlich sind.

**Empfohlene Moderationsmedien:**  
 Vortrag, allgemeine Settingregeln des Zirkels

**Methodische Hinweise:**  
 Verweisen Sie insbesondere noch einmal darauf, dass jeder Teilnehmer selbst über die Umsetzung der VA in seiner Praxis entscheidet.

**ZIELE  
 PHASE A**

› Die Teilnehmer sind in die Methode eingeführt.



## PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA

### ZEITBEDARF: 60 MINUTEN

#### SCHRITT 1



Die Gruppe bewertet die ausgewählten Evidenzquellen mit den Methoden und Instrumenten der EbM. Wenn Sie die ausgewählte evidenzbasierte Leitlinie, das Review oder die Originalarbeit bewertet haben, können Sie zum nächsten Arbeitsschritt übergehen.

##### **Empfohlene Moderationsmedien:**

DELBI Checkliste zur Bewertung von Leitlinien

##### **Methodische Hinweise:**

Nutzen Sie hierzu die in den Modulen „Methoden und Instrumente der Evidenzbasierten Medizin“ (Download unter [www.kbv.de/qz](http://www.kbv.de/qz)) beschriebenen Techniken.

#### SCHRITT 2



Erstellung der Verfahrensanweisung anhand der Vorgaben der Moderationsplakate (MP) 1-3.

##### **Empfohlene Moderationsmedien:**

Moderationsplakat 1: Erstellungsraster VA, Teil I

Moderationsplakat 2: Erstellungsraster VA, Teil II

Moderationsplakat 3: Erstellungsraster VA, Teil III

##### **Methodische Hinweise:**

**MP 1:** Hier tragen Sie die entsprechenden Kopfdaten der Verfahrensanweisung ein. Achten Sie besonders darauf, die klinische Prozedur, die Sie beschreiben wollen, sehr genau zu benennen. Auch sollten Sie die Patienten, bei denen die VA angewendet werden soll, so genau wie möglich beschreiben, um ein eindeutiges „Case Finding“ sicherzustellen.

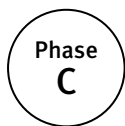
**MP 2:** Hier müssen Sie mit der Gruppe die Entscheidung treffen, ob sie nur die entsprechenden Informationen oder Anteile aus den Evidenzquellen eintragen will oder ob sie einen Critical Pathway für ihre Fragestellung entwickeln möchte. Hierzu ein Hinweis: Die oben beschriebenen Leitlinien der Uni Witten-Herdecke, aber auch viele andere Leitlinien und Originalarbeiten, enthalten bereits Critical Pathways oder Teile davon. Sie können dann mit der Gruppe gemeinsam entscheiden, ob sie diese 1:1 übernehmen oder ob sie die Critical Pathways ihren spezifischen Bedürfnissen anpassen will.

Gerade diese Anpassungsleistung wird die Akzeptanz der Critical Pathways bei den Zirkelteilnehmern wahrscheinlich sehr erhöhen. Wenn Sie vereinbart haben, wie Sie Diagnostik und Therapie festlegen wollen, tragen Sie Ihre Ergebnisse direkt in das Moderationsplakat ein. Achten Sie darauf, dass alle Informationen erfasst werden. Ein Verweis auf Gliederungspunkte von Leitlinien, Tabellen aus Originalarbeiten oder Critical Pathways kann sich ungünstig auswirken, da man sich mit den eigentlichen Inhalten kaum mehr beschäftigt. Das Aufschreiben aller Informationen und das Aufzeichnen graphischer Darstellungen verstärkt bei der Gruppe die kritische inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Vorgestellten.

**MP 3:** Anhand dieses Moderationsplakates können Sie den Teilnehmern noch einmal die Regeln zur Darlegung der Abweichung von der VA erläutern. Dieses Vorgehen schult bei den Zirkelteilnehmern die Anwendung dieses formalen Verfahrens. Die Regeln zur Begründung der Abweichung von Leitlinien kann der Teilnehmer dann auch in anderen Zusammenhängen anwenden.

**ZIELE  
PHASE B**

- › Die Teilnehmer haben die Evidenzquellen bewertet.
- › Sie haben die Verfahrensanweisung nach einem strukturierten Vorgehen erstellt.
- › Die Teilnehmer wissen, wie ein Abweichen von der VA zu begründen ist.

**PRAXISTRANSFER/WEITERES VORGEHEN**  
**ZEITBEDARF: 20 MINUTEN****SCHRITT 1**

Mit der Bearbeitung des Moderationsplakates 4 erhalten die Teilnehmer ein Dokument, das sie direkt in ihr QM-System übernehmen können.

**Empfohlene Moderationsmedien:**

Moderationsplakat 4: Erstellungsraster VA, Teil IV

**Methodische Hinweise:**

Diese Angaben brauchen Sie nur dann auszufüllen, wenn Sie die VA im Rahmen eines QM-Systems einführen wollen.

**SCHRITT 2**

Vereinbaren Sie eine Evaluation zu den Umsetzungserfahrungen mit der VA in den Teilnehmerpraxen.

Schließen Sie die Zirkelsitzung ab und holen Sie sich ein kurzes Feedback zur Zirkelmoderation ein.

**Empfohlene Moderationsmedien:**

Blitzlichtfeedback

**Methodische Hinweise:**

- keine -

**Übergreifende methodische Hinweise:**

Da Verfahrensanweisungen die Teilnehmer auch durch ihre formale Darstellung bei der Arbeit in der Praxis unterstützen sollen, sollten sie sehr ordentlich angefertigt werden. Hier kommt auf den Moderator etwas mehr Arbeit zu, da er die Arbeitsergebnisse auf den Moderationsplakaten in ein Word-Dokument übertragen muss. Deshalb sollten die Moderationsplakate abfotografiert oder aufbewahrt werden. In aktuellen Word-Versionen finden sich bei den Grafik-Tools alle nötigen Elemente zur Erstellung eines Critical Pathways.

**ZIELE  
PHASE C**

- › Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, die VA für das praxisinterne QM zu nutzen.
- › Die Teilnehmer haben dem Moderator ein Feedback gegeben.

## UMGANG MIT KRITISCHEN MODERATIONSSITUATIONEN

Das Grundprinzip dieses QZ-Moduls ist das gemeinsame Erstellen von Behandlungsabsprachen und Critical Pathways. Hierbei ist die offene Gruppendiskussion der Goldstandard. Um ein völliges Wirrwarr auf den Plakaten 2 und 3 zu vermeiden, sollten die ausgewählten Leitlinienelemente oder die Critical Pathways in einer Rohversion erst einmal auf einer leeren Flipchartseite aufgeschrieben oder aufgezeichnet werden. Erst wenn dieser Rohentwurf nicht mehr weiter verändert wird, sollte man ihn auf das Moderations-

plakat übertragen. Das Entwickeln eines formal übersichtlichen Arbeitsergebnisses vermeidet, dass die Teilnehmer das eigentliche Arbeitsergebnis auf dem Moderationsplakat nicht mehr erkennen können.

Daneben kann Frust im Zirkel aufkommen, sich überhaupt mit der Erstellung von Arbeitsabsprachen zu beschäftigen. In der Zirkelsupervision zeigt sich häufig, dass Teilnehmer zwar sehr interessiert an einer solchen Arbeit sind, aber die notwendigen Verhaltensänderungen in der klinischen Arbeit in ihrer Praxis nicht durchführen und den Praxisalltag vollständig von der Arbeit im

Qualitätszirkel abkoppeln.

Das Erstellen von Verfahrensanweisungen thematisiert diese Problematik für jeden Teilnehmer relativ unausweichlich. Da es hier um eine konkrete Prozedurenlenkung geht, muss er sich fragen, welche Relevanz das alles für seine Alltagsarbeit hat. Es wird jetzt verständlich, warum die Settingregel der erklärten Unverbindlichkeit gerade für diese Zirkelteilnehmer so entlastend sein kann. Wenn öffentlich vereinbart ist, dass er sich nicht an die VA halten muss, kann das die Motivation sein, sich mit der oben gestellten Frage auseinanderzusetzen.

# UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN

ERSTELLUNGSRASTER FÜR EINE EVIDENZBASIERTE VERFAHRENSANWEISUNG (VA)	
Gliederungspunkt	Indikationsspezifische Inhalte
VA-Gliederungspunkte, die bearbeitet werden sollen, wenn die VA nur eine konsentierete Arbeitsabsprache im QZ bleiben soll.	
Titel der VA	
Indikationsbereich	
Für wen ist diese VA entwickelt worden?	
Bei welchen Patienten soll die VA Anwendung finden?	
Welche Qualitätsziele möchte der QZ mit der Erstellung der VA erreichen?	
Wie kann der QZ die Erreichung dieser Ziele überprüfen?	



**ERSTELLUNGSRASTER FÜR EINE EVIDENZBASIERTE VERFAHRENSANWEISUNG (VA)**

Anzuwendende therapeutische und diagnostische Verfahren:

**ERSTELLUNGSRASTER FÜR EINE EVIDENZBASIERTE VERFAHRENSANWEISUNG (VA)**

Die Abweichung von der VA wird durch die Beantwortung folgender Fragen begründet:

1. Warum wurde das Therapieziel der Leitlinie nicht erreicht?

2. Warum wurde bei Erreichung des Therapieziels der Leitlinie von den vorgegebenen Verfahren abgewichen?

Die Begründung sollte die folgenden Ursachenbereiche abdecken:  
(Dokumentation in den tätigkeitsbezogenen Qualitätsaufzeichnungen oder in der Patientenakte)

- › Kontraindikationen, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige medizinische Probleme, die die Umsetzung der Verfahrensweisung unmöglich machen
  
- › Entscheidungen des Patienten, die eine der Verfahrensweisung konforme Diagnostik und Therapie unmöglich machen
  
- › geistige oder körperliche Einschränkungen, die die Diagnostik und Therapie gemäß Verfahrensweisung oder deren Umsetzung durch den Patienten unmöglich machen

<b>ERSTELLUNGSRASTER FÜR EINE EVIDENZBASIERTE VERFAHRENSANWEISUNG (VA)</b>	
<b>VA-GLIEDERUNGSPUNKTE, WENN DIE VERFAHRENSANWEISUNG IN EINEM QM-SYSTEM VERBINDLICH EINGEFÜHRT WERDEN SOLL</b>	
Zugrunde gelegte Leitlinien oder Teile davon, Dokumentationsmedien und deren Nutzung, Arzneimittel-Controlling-Methoden	<p>Zugrunde gelegte Leitlinie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>› Titel</li> <li>› <b>benutzte Abschnitte</b> (hier Gliederungspunkte eintragen)</li> <li>› <b>Version der Leitlinie</b></li> <li>› <b>andere Evidenzquellen:</b></li> <li>› <b>für die Anwendung in einem QM- System:</b>  <b>Dokumentationsmedien</b>            z.B. Fallplanungsprotokoll  <b>anzuwendende Controllingmethoden</b>            z.B. Verfahrensaudit</li> </ul>
Wie und wo muss die Umsetzung der VA dokumentiert werden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>› <b>regelgerechte Umsetzung der VA</b> in der regulären Patientendokumentation unter den Stichworten: Behandlung gemäß VA (hier den Titel und fortlaufende Nr. der VA eintragen)</li> <li>› <b>Abweichung von der VA</b> in den tätigkeitsbezogenen Qualitätsaufzeichnungen zur jeweiligen Verfahrensweisung (hier Titel und fortlaufende Nr. der tätigkeitsbezogenen Qualitätsaufzeichnungen eintragen)</li> </ul>
Wer hat die VA erstellt?	
Wer ist für die Freigabe der VA verantwortlich?	
Wann muss die VA überprüft und eventuell überarbeitet werden?	

# KURZVERSION

## EVIDENZBASIERTE VERFAHRENSANWEISUNGEN

### PHASE A: EINFÜHRUNG

10  
MINUTEN

- › Einführung in die Methode
- › Zielstellung und Nutzen darstellen
- › ggf. spezifische Settingregeln konsentieren

### PHASE B: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA

60  
MINUTEN

- › Bewertung der ausgewählten Evidenzquellen
- › Erstellung einer Verfahrensanweisung durch Bearbeitung der Moderationsplakate 1-3

### PHASE C: PRAXISTRANSFER/WEITERES VORGEHEN

20  
MINUTEN

- › Erstellung eines Dokuments für das praxisinterne QM anhand des Moderationsplakates 4
- › ggf. Vereinbarung einer Evaluation zur Umsetzbarkeit
- › Feedbackrunde

## LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Siebolds M (2003) Qualitätsmanagement im Praxisnetz. Eine praktische Einführung. In: To-phoven C; Lieschke L (Hrsg) Integrierte Versorgung, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 107–129
- 2 Siebolds M, Risse A (2002) Erkenntnistheoretische und systemische Aspekte in der modernen Diabetologie, De Gruyter Verlag, Berlin, 75–172
- 3 Diel F, Gibis B (Hrsg) QEP Qualitätsziel-Katalog, Version 2010, Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 2011
- 4 Ignatavicius D, Hausman K (1995) Pocket Companion for Medical-Surgical Nursing: A Nursing Process Approach, Saunders (W.B.) Co Ltd, Philadelphia

## IMPRESSUM

### Herausgeber und Copyright:

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Dezernat Versorgungsqualität  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

### Verantwortlich:

Ingrid Quasdorf  
Ulrike Schmitt  
Dr. med. Franziska Diel

### Kontakt:

Telefon +49(0)30 4005-1230, [iquasdorf@kbv.de](mailto:iquasdorf@kbv.de)

### 4. Auflage 2018

#### Wichtige Hinweise:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Inhalte immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Moduls entsprechen können. Alle Angaben wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können die KBV und die Autoren keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte geben. Der Nutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. Autoren und Herausgeber übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung der KBV. Das gilt gleichermaßen für Präsentationen und andere Moderationsmedien, die ergänzend zu dem Modul auf der Webseite der KBV zum Download zur Verfügung stehen.

Das Modul ist für Vertragsärzte und -psychotherapeuten gleichermaßen entwickelt worden. Sofern im Text nur von Ärzten beziehungsweise Vertragsärzten gesprochen wird, sind immer beide Berufsgruppen gemeint. Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Bezeichnungen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen betreffen beiderlei Geschlecht.