

Was gehört in die Therapiedokumentation?

Ingrid Kollak, Katja Bordiehn

I. Kollak, K. Bordiehn, *Einfach dokumentieren*,
DOI 10.1007/978-3-662-44545-7_2,
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Dieses Kapitel soll eine Orientierungshilfe sein und für mehr Durchblick sorgen, was eine Dokumentation wirklich beinhalten sollte. Diese Frage steht am Anfang, denn ein sicheres und weniger aufwändiges Dokumentieren beginnt damit, sich einen Überblick über die vom Gesetz vorgeschriebenen Rahmenbedingungen zu verschaffen. Die darüber hinaus für Ihre eigene Arbeit wichtigen Dokumente sollten Sie in Anzahl und Inhalt überprüfen, um effektiver zu dokumentieren. Wenn Sie mit den vorgeschriebenen und den zusätzlich für Ihre Arbeit wichtigen Dokumenten vertraut sind, dann sind Sie juristisch abgesichert und vermeiden unnötige Arbeit.

Dabei sollte das Hauptaugenmerk auf folgenden Aspekten liegen:

1. Der Leistungsbeschreibung für Ergo-, Physiotherapeuten und Logopäden (SGB V, § 92),
2. Der Verpflichtung der Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität und der von ihnen erbrachten Leistungen (SGB V, §135a) sowie

3. Dem seit 26.2.2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz (PatRG)

Wie wichtig die Inhalte einer gut strukturierten Dokumentation für ein professionelles Arbeiten sind, und Ausschlag über Behandlungserfolg sowie Zufriedenheit von Patient und Therapeut geben kann, soll im Folgenden näher erläutert werden. Doch vorab sollten einige allgemeine Grundsätze beachtet werden, die das Dokumentieren erleichtern.

■ **Drei Grundsätze zur Erleichterung des Dokumentierens**

Es wird offensichtlich, dass ein sicherer und weniger aufwändiger Umgang mit der Dokumentation möglich ist, wenn wichtige Grundsätze eingehalten werden:

1. Es gibt eine verbindliche Absprache über alle Dokumente, die im Team eingesetzt werden, damit alle einen Überblick haben.
2. Die juristisch verbindlichen Inhalte einer Therapiedokumentation sind klar auf die vereinbarten Formulare verteilt, damit eine klare Struktur gegeben ist, an der man sich orientieren kann.
3. Alle Therapeuten im Team sind mit den Fachtermini vertraut, verwenden die gleichen Symbole und Abkürzungen, damit die verwendeten Zeichen auch von allen nachvollzogen und verstanden werden.

- **Therapiedokumentationen sind nützlich, wenn sie**
 - Expertenstandards zur Grundlage haben, bzw. sich an medizinischen Leitlinien orientieren,

- neues Wissen über die Wirksamkeit von Therapien bieten (z. B. Wirksamkeit von US bei Epicondylitis, Sturzprophylaxe),
- Therapiefade vorgeben, die den Arbeitsablauf leiten und sichern,
- eine Fachsprache benutzen,
- Prozesskoordination unterstützen und
- Therapieaufwand und -leistung abbilden.

■ Informationen zur Therapiedokumentation

Es gibt sehr viele Bücher, Internetseiten und Broschüren zu diesem Thema. Teure Prüfanleitungen haben den Nutzen v. a. auf der Seite der Verkäufer. Welche Literatur Sie auch immer bevorzugen, denken Sie bei der Anwendung an die Grundanforderungen: wenig Formulare, keine doppelten Eintragungen, fertige Formulierungen für Standardsituationen und Hinweise, um Besonderheiten und Risiken zu erkennen.

Tipp

Wenn Sie Ihre Therapiedokumentation nach den Hinweisen von öffentlichen Institutionen (z. B. den Dachverbänden von Ergo-Physiotherapie und Logopädie) sowie nach gesetzlichen Anforderungen organisieren, macht das Sinn, weil diese:

1. von Arbeitsgruppen ausgearbeitet sind,
2. dem Ablauf des Therapieprozesses folgen,
3. Grundlage der Prüfung durch die Krankenkassen darstellen,
4. genügend inhaltlichen und formalen Gestaltungsraum lassen und
5. aktuell und kostenlos (bei Mitgliedschaft in den Verbänden) zur Verfügung stehen.

Als Grundlage für die Überlegungen in diesem Buch sind diese Quellen auch sinnvoll. Denn es soll um die Darstellung und Diskussion des öffentlich vorhandenen Fachwissens gehen und nicht um die Vorzüge und Nachteile einer bestimmten Dokumentationssoftware. Ihre persönlichen Präferenzen für bestimmte Modelle und Dokumentationssysteme können Sie auf dieser Grundlage gut überprüfen.

Eine Orientierung der Dokumentation an frei erhältlichen Broschüren ist kostengünstig. Eine Orientierung an abrechenbaren Prozeduren erscheint auf den ersten Blick nicht nur kostengünstig, sondern sogar noch Geld einzubringen. Wenn allerdings nur noch dokumentiert wird, was sich abrechnen lässt, dann entfernt sich die Therapie immer weiter von einer planmäßigen und professionellen Versorgung auf neuestem Stand der Gesundheitsforschung.

Anders als in der Logopädie gibt es für Ergo- bzw. Physiotherapeuten keine einheitlichen Dokumentationsrichtlinien. Bestehende Dokumentationsvorlagen richten sich hauptsächlich nach dem Krankheitsbild bzw. nach der Behandlungsmethode. Somit gilt es den Wust an bestehenden Formularen zu sondieren, diesen auf einen überschaubaren Nenner zu bringen und ein individuelles Dokumentationsformular zu erstellen. Dieses sollte gut strukturiert, übersichtlich für alle Patienten standardisiert sein, eine gemeinsame Sprache sprechen und sich gut in die Therapie integrieren lassen.

2.1 Überblick der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Um richtig und vollständig zu dokumentieren, ist es wichtig sich einen Überblick über die vom Gesetz vorgeschriebenen Rahmenbedingungen zu verschaffen. Hierbei sollte das Hauptaugenmerk, wie schon erwähnt, auf die im SGB V ver-

ankerte Leistungsbeschreibung sowie Qualitätssicherung für medizinische Gesundheitsberufe und das neue Patientenrechtegesetz (SGBV, BGB) liegen.

2.1.1 Leistungsbeschreibung

Laut der im SGB V verankerten Leistungsbeschreibung für medizinische Gesundheitsfachberufe gehören für Ergo-, Physiotherapeuten und Logopäden zu jeder Therapie:

- eine Durchführung der Befunderhebung,
- das Aufstellen eines individuellen Behandlungsplans,
- die Durchführung der therapeutischen Maßnahmen am Patienten,
- die Regelbehandlungszeit sowie
- eine Verlaufsdokumentation sowie ggf. die Mitteilung an den verordnenden Arzt.

Betrachten wir im Folgenden die einzelnen Schritte und deren Bedeutung für eine vollständige Dokumentation.

Befunderhebung

Was sollte also eine fundierte Befunderhebung beinhalten? Grundsätzlich erfolgt diese auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung und bildet die Voraussetzung für eine sinnvolle und erfolgreiche Therapie. Daher ist ein zielgerichtetes Vorgehen hier von großer Bedeutung. Zu den Inhalten gehört eine ausführliche Anamnese mit Herausstellen der Hauptproblematik des Patienten. Es sollen gemeinsam mit dem Patienten Behandlungsziele definiert, und ein individueller Behandlungsplan erstellt werden.

Eine vollständige Anamnese sollte deutlich herausstellen:

- Was das Problem des Patienten ist (Hauptproblem)?
- Wo es ist (Körpertabelle)?
- Wann es auftritt (Verhalten der Symptome)?

- Warum es aufgetreten ist (Geschichte)?
- Wovor Vorsicht geraten ist (spezielle Fragen)?
- **Die Anamnese zur Informationssammlung**
 - erfolgt über mehrere Schritte und ist in Inhalt und Form für alle verbindlich, um Fehler und Doppelungen zu vermeiden,
 - macht auf die Risiken aufmerksam und dokumentiert diese eindeutig,
 - spricht alle Lebensbereiche des Patienten an.

■ Aufmerksamkeit auf Risiken richten

Unabhängig von der Form des Assessments besteht die zentrale Aufgabe darin, die Risiken bei der Therapie durch verschiedene differentialdiagnostische Tests (Screening) zu erkennen und auf die spezifischen Bedürfnisse des Patienten aufmerksam zu machen. Es ist wichtig, die Patienten mit besonderen Problemen, die vorab einer ärztlichen Abklärung bedürfen zu erkennen (yellow und red flags), um Behandlungsfehler zu vermeiden (z. B. bei Krebserkrankungen, Aneurysmen, Polyneuropathien oder Kardiovaskulären Erkrankungen).

Tipp

Unser Anamnesebogen – Nehmen Sie sich Ihren Anamnesebogen einmal vor. Wer benutzt ihn am häufigsten? Leitung, Therapeuten, Schüler, alle gleich? Wie sieht er aus: Übersichtlich oder eher zusammengestellt? Sind Patienten mit besonderen Risikofaktoren gut zu erkennen? Werden Risiken deutlich, die bei der Therapie zu beachten sind? Wie umfangreich ist er: Gut handhabbar oder mehrere Seiten lang? Wie ist er gegliedert? Welche Teile sind gut, welche weniger gut gelungen? Haben Sie Ideen für eine Überarbeitung? (Lösung: ► Kap. 9.1)

■ **Alle Lebensbereiche (ICF-Ebenen) einbeziehen**

Aktivität und Partizipation werden immer noch zu wenig berücksichtigt, obwohl Patienten wie auch Kostenträger häufig den Behandlungserfolg auf diesen Ebenen messen. Nicht selten gründet diese, an Strukturen und Defiziten orientierte Sicht, auf Untersuchungsschemata (Dokumentationsbogen), die sehr spezifisch auf bestimmte Krankheitsbilder der einzelnen klinischen Fachrichtungen ausgelegt sind. Der ganzheitliche Blick auf den Patienten und auf seine Bedürfnisse bezüglich seines funktionalen Gesundheitsstatus kommt dabei häufig zu kurz.

➤ **Alle Lebensbereiche, die im Rahmen der geplanten Therapie berührt werden, sollten in der Patienten-anamnese besprochen werden.**

Nach der Anamnese erfolgt die Planung der Therapie mit anschließender Durchführung der Funktionsuntersuchung. Es werden Beobachtungs-, Test- und Screeningverfahren eingesetzt, aus denen sich die Initialbehandlung ergibt. Zu jeder Behandlung gehört ein Wiederbefund, zur Beurteilung der Effektivität der ausgewählten Therapiemethode. Woraufhin ein Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.

Individueller Behandlungsplan

Auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung mit Angabe der Diagnose, der Leitsymptomatik sowie der therapeutischen Funktionsanalyse und Befunderhebung, wird der individuelle Behandlungsplan erstellt. Dies ist wichtig, um gemeinsam mit dem Patienten Behandlungsziele festzulegen, die es in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren und zu erweitern gilt. Daraufhin finden, in der vorgeschriebenen Regelzeit, gezielt die therapeutischen Maßnahmen ihre Anwendung. Anschließend erfolgt der Wiederbefund, um die Effektivität der erbrachten Therapiemethode zu überprüfen und zu bewerten.

Praxistipp

- Nutzen Sie die SMART-Formel um Therapieziele zu beschreiben (spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch und terminiert, ► Kap. 3.
- Benennen Sie die zur Erreichung der Ziele getroffenen Maßnahmen und wie diese durchgeführt werden.
- Verweisen Sie auf Skalen und Protokolle, in denen Durchführung und Ergebnisse festgehalten werden.
- Überprüfung und Anpassung der Ziele nach den Ergebnissen aus Skalen und Protokollen.

Verlaufsdokumentation

Nach Anamnese und Befund hat der Heilmittelerbringer für jeden Patienten eine Verlaufsdokumentation zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben; im Interesse einer effektiven und effizienten therapeutischen Behandlung. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im Einzelnen erbrachte Leistung, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung. Am Ende der Behandlungsserie erstellt der Therapeut die Mitteilung an den verordnenden Arzt (Therapiebericht).

Die Durchführung einzelner Therapiemaßnahmen wird mit Datum und Handzeichen in der Therapiedokumentation bestätigt. Bei vollständig EDV-gestützten Systemen werden Zeit und Handzeichen automatisch eingesetzt, weil der Dokumentierende sich anmelden und einloggen muss.

Dabei sollte die Dokumentation während der Therapie erfolgen. Das ermöglicht eine vollständige und korrekte Dokumentation und hinterlässt einen kompetenten Eindruck.

Therapiebericht

Abschließend erfolgt nach jeder Therapieserie (Beendigung des Rezepts) eine Mitteilung an den verordneten Arzt, hinsichtlich des Standes der Therapie. Am besten informiert der Therapeut den Patienten zu Beginn der letzten Therapiesitzung, dass der Arzt einen Therapiebericht wünscht und füllt diesen gemeinsam mit dem Patienten aus. So kann er sicher gehen, auch wirklich die Situation des Patienten wiederzugeben. Dieser wiederum sieht, dass eine gewisse Kommunikation stattfindet und er einbezogen ist.

Laut einer Umfrage niedergelassener Ärzte [3] sollte der Therapiebericht folgende Inhalte umfassen:

- Die ärztliche Verordnung mit Angabe der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik),
- das Ergebnis der therapeutischen Befunderhebung mit den daraus resultierenden Therapiezielen,
- die erbrachte Leistung bzw. therapeutische Maßnahme (je Behandlungseinheit),
- der Soll-IST Vergleich der Therapieziele (Wurden diese erreicht? Wenn nicht, warum nicht?)
- die Reaktionen des Patienten auf die Behandlung, ggf. Besonderheiten und Compliance sowie
- einer prognostischen Einschätzung
- wenn Folgeverordnung angefordert, dann klare und nachvollziehbare Begründung warum diese sinnvoll ist.

Jedoch sprechen viele Therapieformen in der Dokumentation unterschiedliche Sprachen, so dass sie selbst von den eigenen Kollegen nicht immer verstanden werden. Darüber hinaus hängt das, was als Ergebnis dokumentiert wird, im Wesentlichen von dem einzelnen Therapeuten ab und kann bei der Beurteilung ein und desselben Patienten durch verschiedene Therapeuten zu unterschiedlichen Ergebnissen und Empfehlungen führen [4]. So sind folgende Formulierungen als Fazit von Therapie nicht selten:

Therapeut 1: »Die Schwellung des Gelenkes ist noch stark, die Therapie sollte zur Reduktion derselben fortgesetzt werden«, oder die Äußerung eines zweiten Therapeuten über denselben Patienten:

Therapeut 2: »Die Schwellung ist noch stark, sie ist jedoch weder therapeutisch beeinflussbar noch behindert sie den Patienten im Alltag; die Therapie kann daher abgeschlossen werden«.

Schließlich ist die Beurteilung der Therapeuten nicht nur Abhängig von der Körperstruktur (wie z. B. Schwellung, Rötung, Atrophie oder Beweglichkeit). Diese bilden zwar eine wichtige Grundlage, geben aber auf die Frage nach verbleibenden Behinderungen in Alltag und Beruf nur unzureichende Antworten (Einbezug der ICF Kriterien). In diesem Zusammenhang fällt der Blick auf die Diskussion und Anwendung von standardisierten Tests und Assessmentverfahren zur Überprüfung von Ergebnissen als zentralem Aspekt einer Qualitätssicherung von Therapie [5].

Abschließend lässt sich sagen, dass durch gut strukturierte Therapieberichte deutlich zielgerichteter und zeitsparender dokumentiert werden kann. Die Dokumentation von Therapieerfolgen hilft den zuweisenden Ärzten die Effektivität der verordneten Therapie besser einschätzen zu können und unterstützt diese gleichzeitig in der Argumentation für eine Therapiefortsetzung und ggf. für einen Genehmigungsantrag. Zusätzlich fördert es den interdisziplinären Austausch und bildet die Basis für eine professionelle Zusammenarbeit.

2.1.2 Auf einen Blick

Eine gute Dokumentation erleichtert das Überprüfen von Therapiezielen, die Kommunikation mit dem Arzt sowie die Betrachtung und Bewertung des Therapieerfolges durch den

Patienten. Um Ihnen hierbei die Arbeit zu erleichtern und Ihnen mehr Freiraum für die Therapie zu schaffen ist eine gute Therapieorganisation erforderlich. Denn nicht selten erlebt man in der Praxis gegenteiliges.

Herr Bauer bekommt heute seine erste ergotherapeutische Behandlung nach einer Karpaltunnel-OP. ET Pia ist in der ersten Therapieeinheit ganz mit der Befunderhebung, Aufstellen eines Behandlungsplans und dessen Dokumentation beschäftigt. Woraufhin Herr Müller sich am Ende der Therapie beschwert, gar keine Behandlung erhalten zu haben.

Anja Müller, Physiotherapeutin aus Berlin, ist genervt: »Wenn ich die Leistungsbeschreibung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfüllen will, verbringe ich viel Zeit mit Schreiarbeiten. Besonders für die vollständige Anamnese und systematische Befunderhebung zu Behandlungsbeginn eines neuen Patienten, benötige ich oft den gesamten ersten Behandlungstermin. Da bleibt nicht mehr viel Zeit für eine ordentliche Therapie.«

So fragen sich viele Therapeuten, wie sich dieser Bürokratie-Aufwand besser organisieren lässt, damit sie selbst wie auch Patienten zufriedener sind.

Praxistipp

- Nehmen Sie sich für den ersten Termin mehr Zeit (mind. 45 min).
- Lagern Sie bestimmte Formulare aus der Therapie aus: Lassen Sie Patientenfragebögen vorab ausfüllen und bestellen Sie dazu den Patienten eher in die Praxis, damit sie diese in Ruhe ausfüllen können.

- In der Praxis hat sich bewährt, nicht mehr als zwei Seiten für den Befund vorzusehen, da es sonst leicht unübersichtlich wird.
- Auf eventuelle Zusatzbefunde, die auf spezielle Krankheitsbilder zutreffen, separat zurückgreifen.
- An der Entwicklung eines Befundbogens sollten möglichst alle Therapeuten einer Einrichtung beteiligt sein; das erhöht die Akzeptanz und den Umgang.
- Meilensteine festlegen, die für alle Therapeuten gelten.
- Rollenspiele zur Übung eines ersten Patientengesprächs, des Therapieverlaufs und Abschlussgesprächs durchführen.
- Kommunikationsrichtlinien erstellen.
- Therapiebericht insbesondere hinsichtlich der erreichten Therapieziele mit Patienten gemeinsam formulieren.

2.2 Qualitätssicherung

Neben der Leistungsbeschreibung der therapeutischen Fachberufe ist in §135a SGB V festgeschrieben, dass Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität und der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet sind. Dies geht mit einer Dokumentationspflicht einher. Umso wichtiger erscheint auch der Aspekt der Ergebnisevaluation von Therapie, um den Sinn der konkreten Behandlungspraxis zu überprüfen und zu dokumentieren, was wiederum evidenzbasiertes Behandeln, d.h. die Orientierung an wissenschaftlich belegten Therapiemöglichkeiten und Leitlinien, erfordert.

»Das hat mir richtig gut getan«, seufzt Hannelore Müller,
»Sie machen das immer so schön!«

Solche Komplimente hören Therapeuten oft von ihren Patienten. Doch »gut« und »schön« reichen nicht aus, um die Qualität von Therapie und Praxis nachzuweisen. Qualitätsmanagement in Heilmittelpraxen scheint noch in den Kinderschuhen zu stecken, obwohl ringsherum im Gesundheitswesen das Thema längst mit viel Aufwand in die Praxis umgesetzt wird.

2.3 Patientenrechtegesetz (PatRG)

Das seit Ende Februar 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz ist kein eigenes Gesetzbuch, sondern ändert und ergänzt das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und das 5. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB). Mit den neuen gesetzlichen Regelungen wurde der Anspruch der Patienten auf Informationen rund um ihre Behandlung aber nicht neu geregelt. Vieles galt – aufgrund entsprechender Rechtsprechung (► Abschn. 2.1 und ► Abschn. 2.2) – bereits in der Vergangenheit. Nun sind die Patientenrechte gesetzlich verankert. Das hat auch Auswirkungen auf die Arbeit der Heilmittelerbringer. Was dies genau beinhaltet und wie die Fakten für die Anwendung des PatRG bei der Therapie auf ärztlicher Verordnung sind, wird im Folgenden beschrieben. Hierbei liegt das Augenmerk vor allem auf dem Behandlungsvertrag zwischen Patient und Therapeut, der Aufklärungspflicht des Therapeuten gegenüber dem Patienten sowie der Dokumentationspflicht. Darüber hinaus informiert es über den Umgang mit Behandlungsfehlern.

■ ■ Der Behandlungsvertrag...

- ... regelt Rechte und Pflichten von Therapeut und Patient.
- ... wird vor Beginn der Therapie abgeschlossen (idealerweise bereits mit der ersten Terminvergabe)
- ... legt fest, dass die Therapie nach anerkanntem fachlichem Standard erfolgen wird.
- ... verpflichtet den Patienten, die vereinbarte Vergütung zu bezahlen, sofern diese nicht von der Krankenkasse übernommen wird. Das gilt auch für Ausfallhonorare bei versäumten oder zu spät abgesagten Terminen.
- ... sollte immer schriftlich abgeschlossen werden. Hierzu eignen sich beispielweise ein Aufklärungsbogen (z. B. unter www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/freiberufler/patientenrechtegesetz.html) und bei Privatpatienten eine Honorarvereinbarung.
- ... ist den Patienten als Kopie auszuhändigen.

■ ■ Die Aufklärung/ Information...

- ... muss zu Beginn der Behandlung in einem persönlichen Gespräch erfolgen.
- ... kann durch Merkblätter oder schriftliche Erläuterungen ergänzt werden.
- ... muss verständlich und vollständig sein.
- ... bezieht sich auf Art, Umfang, Durchführung, potentielle Risiken einer Therapie sowie die Notwendigkeit und Dringlichkeit.
- ... muss einen Ausblick auf den Verlauf und das, was der Patient zum Therapieerfolg beitragen kann, geben. So habe der Patient das Recht, über alle für ihn und seine Erkrankung in Frage kommenden Diagnostik- und Therapieverfahren aufgeklärt zu werden – auch über solche, die derzeit nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören.

- ... nennt dem Patienten anfallende Kosten für die Therapie. Werden Behandlungskosten nicht von der Krankenkasse übernommen und weiß dies der Behandelnde, dann muss er den Patienten vor dem Beginn der Behandlung entsprechend informieren. Bei Heilmittelbehandlungen mit ärztlicher Verordnung ist dies allerdings nicht so wichtig wie etwa bei einer First-Contact-Behandlung.
 - ... mündet in die mündliche, besser noch schriftliche Einwilligung des Patienten. Der Patient erklärt sich, sofern Aufklärungsbögen verwendet werden, mit seiner Unterschrift mit der Therapie einverstanden.
 - ... sollte stets im Anschluss an das persönliche Gespräch erfolgen und in der Patientenakte dokumentiert werden.
- ■ **In der Dokumentation...**
- ... müssen alle einzelnen Schritte und Maßnahmen innerhalb einer Therapie nachvollziehbar beschrieben sein. Nur so sind rechtliche Konsequenzen in einem Streitfall auszuschließen. Besonders wichtig sind Anamnese, therapeutische Untersuchung, Ergebnisse, Therapieziel, Aufklärungsinhalte und Therapieverlauf (► Abschn. 2.1.1).
 - ... muss klar ersichtlich sein, welcher Eintrag wann von welchem Therapeuten erfolgt ist.
 - ... sind nachträgliche Änderungen nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt und sie mit Datum und Namen versehen werden.
 - ... die Patientenakte und Dokumentation wird für zehn Jahre aufbewahrt.

Somit wurde nun auch in diesem Gesetz die Dokumentationspflicht niedergeschrieben.

Patientenakten müssen vollständig und sorgfältig geführt werden. Fehlt die Dokumentation oder ist sie unvollständig wird in einem evtl. stattfindenden Prozess zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist.

Zudem darf nur die Therapie erfolgen, die auf der Verordnung aufgeführt ist und sie darf nur durch Therapeuten mit entsprechender Qualifikation erfolgen. Alle Verstöße diesbezüglich können als Behandlungsfehler, und im Falle einer Schadensersatzforderung zu Ungunsten des Heilmittelbringers, ausgelegt werden [1] [6].

Praxistipp

- **Etablieren Sie Dokumentationsstandards:** Legen Sie schriftlich fest, bei welcher Therapie in welchem Umfang dokumentiert werden muss. Grundsätzlich sollte keine Behandlung ohne Dokumentation durchgeführt werden. Übernehmen Sie diesen Grundsatz in Ihr QM oder übernehmen Sie diesen in einer Arbeitsanweisung für die angestellten Mitarbeiter.
- **Fälschungssicher:** Berichtigungen oder Änderungen in der Patientenakte müssen so vorgenommen werden, dass keine Einträge gelöscht werden und das Datum der Änderung/Ergänzung zu erkennen ist. Dies gilt ausdrücklich auch für die elektronische Dokumentation. (§630 Abs. 1)
- **Lange Aufbewahrungsfrist:** Die Patientenakte muss zehn Jahre lang archiviert werden. (§630f Abs. 3)
- **Erweiterte Dokumentationspflicht:** Therapeutische Maßnahmen und Ergebnisse, die nicht dokumentiert wurden, gelten als nicht erbracht – auch dann nicht, wenn die Dokumentation nicht lange genug aufbewahrt worden ist. (§630h, Abs. 3)

- **Umfangreichere Einsichtsrechte:** Patienten haben zukünftig das Recht, Abschriften/Kopien der Therapiedokumentation einzufordern. Das gilt auch für elektronische Dokumentationen. (§630g)
- **Prüfen Sie Ihre Software:** Ist sichergestellt, dass in der elektronischen Dokumentation nichts gelöscht werden kann? Werden Änderungen in der elektronischen Dokumentation dokumentenecht gespeichert? Kann für Patienten ohne großen Aufwand die gesamte Dokumentation ausgedruckt werden (mit und ohne gelöschte bzw. geänderte Einträge)? Hat der Softwareanbieter ein Datensicherungskonzept, sodass auch in zehn Jahren noch auf die Dokumentationsdaten zugegriffen werden kann?
- **Patientenaufklärungsbögen:** Patienten über die geplante Maßnahme, deren Zielsetzung, Wirkung und Risiken aufklären und die Aufklärung schriftlich dokumentieren. Nutzen Sie diese Bögen für das im Patientenrechtegesetz festgelegte Aufklärungsgespräch. Das schafft Rechtssicherheit für Sie und Ihre Mitarbeiter.

Fazit

Therapiedokumentation wird leichter und effektiver, wenn

- v. a. die vorgeschriebenen Formulare genutzt und nur wenige Zusatzformulare eingesetzt werden,
- verbindliche Standards genutzt werden,
- die systematische Sammlung, Auswertung und eine für alle an der Behandlungskette Beteiligten anschauliche Präsentation praktiziert wird [2]

- die Anamnese besondere Aufmerksamkeit auf Risiken legt und eine darauf spezifisch ausgerichtete Therapie geplant wird,
- Therapieziele knapp formuliert sind und die Wirkung der Therapiemaßnahmen im Hinblick auf diese Ziele eingeschätzt wird,
- Assessments nach vereinbarten Standards eingeübt und durchgeführt werden, um Leistungen im Komplex nachweisen zu können,
- einheitliche Sprache trotz unterschiedlicher Therapieformen gesprochen wird,
- der Therapiebericht die weitere Versorgung sicherstellt,
- durch interne und externe Fortbildungen die Leistungen eines Teams unterstützt werden.

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013): Ratgeber für Patientenrechte. www.bmg.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Praevention/Broschueren/130627_PRB_Internet_pdf_neu.pdf. [Stand: 20.03.2014]
2. Broda M, Beckmann U (2000) Dokumentation und Katamnese. In: Koch U, Bengel J (Hrsg) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaft – Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Springer Berlin Heidelberg, S.361-375
3. Goebel, D, Schultz, W. (2011): Ambulante Physiotherapie in Orthopädie und Unfallchirurgie: Kann der Erfolg überhaupt beurteilt werden? Z. Orthop. Unfall 2011; 149: 17-21
4. Wirtz, M. (2004): Bestimmung der Güte von Beurteilungseinschätzungen mittels der Intraklassenkorrelation und Verbesserung der Beurteilungseinschätzungen. Die Rehabilitation, 43 (6); 384-398.
5. ZVK (Zentralverband der Physiotherapeuten) (2006): Handbuch-Standardisierte Ergebnismessung in der Physiotherapie-Praxis
6. ZVK (Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.): Patientenrechtegesetz. www.physio-deutschland.de [Stand: 13.3.2014]

Einfach dokumentieren

Dokumentation für Physio- und Ergotherapeuten

Kollak, I.; Bordiehn, K.

2014, XII, 146 S., Softcover

ISBN: 978-3-662-44544-0