

7. Jahrgang
1. Halbjahr

Professional

Zeitschrift für modernes
Prozessmanagement im Gesundheitswesen

PROCESS

2014

ISSN 1868-1093



Erfolg durch stimmige Organisationsprozesse

Sicherheit durch effizientes Qualitätsmanagement

Leistungsverbesserung durch Strategie und Innovation

GIT VERLAG

www.gitverlag.com

Die optimale Dokumentation

Gestaltung einer Patientenkurve zur rechtskonformen Datenerfassung

Die Rechtslage im deutschen Gesundheitswesen war bislang vielfach unklar, intransparent und unvollständig geregelt. Wesentliche Vorschriften innerhalb des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts waren nicht im Gesetz verankert und Urteile fielen unter das Richterrecht. Unterstützt wurde diese Entwicklung durch den technischen Fortschritt im Gesundheitsbereich und immer komplexer werdende medizinische Behandlungsmöglichkeiten. Sowohl Patienten als auch deren Behandelnde waren dementsprechend nur unzureichend rechtlich abgesichert.

Durch die Einführung des Patientenrechtegesetzes am 26. Februar 2013 ist das Behandlungs- und Arzthaftungsrecht nun im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) in acht Paragraphen (§630a - §630h) und im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V, §§ 13,66,73b) festgehalten.

Es dient der Stärkung der Patientenrechte durch verbesserte Verfahrensrechte und ein konkretisiertes Arzthaftungsrecht bei Behandlungsfehlern. Die Patienten erhalten umfassende Rechte im Hinblick auf Informationsgespräche und Einsichtnahme in ihre Patientenakten (§ 630g BGB). Weiterhin wird geregelt, dass die Krankenkassen grundsätzlich verpflichtet sind, die Patienten bei Behandlungsfehlern zu unterstützen. Zuvor geschah dies lediglich auf freiwilliger Basis. Die Unterstützung der Patienten kann beispielsweise durch die Erstellung medizinischer Gutachten erfolgen. Des Weiteren werden die Vorgaben der Beweislast präzisiert, insbesondere die Beweislastumkehr zugunsten der Patienten unter bestimmten Voraussetzungen.

Die rechtlichen Dokumentationsvorgaben werden durch Expertenstandards ergänzt, welche die Inhalte der Dokumentation, in Anlehnung an die vom Gesetzgeber festgelegten Richtlinien, ebenfalls beleuchten. Hierzu gehören unter anderem der Ratgeber des Bundesministeriums für Patientenrechte, die Krankenhaus-Verordnungen, Krankenhausverträge und die Broschüren der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Das Patientenrechtegesetz und die vielfältigen Richtlinien, die sich mit Dokumentation der medizinischen Versorgung befassen, zeigen

deren Wichtigkeit, sowohl für den Patienten als auch für den Behandelnden.

Funktionen der Dokumentation

Die Pflicht zur Dokumentation ist eine selbstverständliche Pflicht des Arztes gegenüber dem Patienten. Sie ist somit eine selbstständige vertragliche Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patienten.

Die Dokumentation im Krankenhausbetrieb erfüllt mehrere Aufgaben: Sie ist ein Arbeitsinstrument, welches die Krankenhausmitarbeiter im klinischen Alltag unterstützt. Durch die detaillierte Aufzeichnung des Behandlungsgeschehens gewährleistet sie eine sachgerechte Behandlung und Weiterbehandlung. Zudem unterstützt sie im Rahmen der Qualitätssicherung die Optimierung der Interaktion und Information. Aus juristischer Perspektive ist sie zudem ein wichtiges Beweismittel im Falle eines Rechtsstreits.

Die Patientenakte ist ein wichtiges Dokument der schriftlich fixierten Patientenbehandlung. Sie ist vollständig und sorgfältig zu führen, denn die hier festgehaltene Dokumentation liefert den beteiligten Personen alle notwendigen Informationen für eine erfolgreiche Behandlung des Patienten.

Dokumentation als Koordinations- und Steuerungsmittel

Die schriftliche Dokumentation seitens der Ärzte und des Pflegepersonals ist als Informationsquelle im Behandlungsprozess



Irmgard Rawe

unerlässlich. Sie gibt Auskunft über alle ärztlichen und pflegerischen erbrachten Leistungen, Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen während des gesamten Behandlungsverlaufs eines Patienten von der Aufnahme bis zu seiner Entlassung und unterstützt so die Koordination der betriebsinternen Abläufe. Sie legt Verantwortlichkeiten für die Durchführung einzelner Aufgaben fest und macht im Rahmen der Patientenbehandlung Maßnahmen, Zielsetzungen sowie den aktuellen Therapieverlauf und dessen Entwicklung auf einen Blick ersichtlich.

Dokumentation als Mittel der Qualitäts- und Effizienzicherung

Die vollständige und standardisierte Dokumentation sammelt, ordnet und sichert alle relevanten Daten und ermöglicht dem Qualitätsmanagement eine anschließende Analyse und Bewertung des gesamten Behandlungsprozesses. Der Ist- und der Sollzustand der Patientenbehandlung lassen sich über die Dokumentation transparent darstellen. Defizite, Optimierungspotenziale und vorhandene Ressourcen können identifiziert und durch geeignete Maßnahmen genutzt beziehungsweise eliminiert werden. Auf diese Weise kann die gewünschte Behandlungsqualität realisiert werden.

Dokumentation als Kommunikationsmittel

Durch die schriftliche Dokumentation wird auch die mündliche Kommunikation optimiert. Ein zentraler Zugriff auf die Patientenakte verkürzt den Kommunikations-

weg der einzelnen Berufsgruppen. Innerbetriebliche Standards innerhalb der Kommunikation steigern die Effizienz des Behandlungsprozesses: Absprachen und Informationsaustausch erfolgen auf einem einheitlichen Abstraktionsniveau, Rückfragen werden überflüssig und Missverständnisse vermieden.

Dokumentation als Rechtsmittel

Die in der Patientenakte hinterlegten Informationen über den Behandlungsverlauf haben in einem möglichen Verfahren vor Gericht Bestand.

Grundsätzlich wird von einer wahrheitsgetreuen und lückenlosen Dokumentation ausgegangen. Es wird unterstellt, dass die dokumentierten Leistungen vollständig, gewissenhaft und mit der nötigen Sorgfalt durchgeführt wurden. Im Falle einer (gerichtlichen) Auseinandersetzung hat der Patient den Gegenbeweis zu führen. Weist er beispielsweise eine Aufklärungspflichtverletzung oder einen Behandlungsfehler nach, geht die Beweislast auf den Behandelnden über. Sofern dieser die Dokumentationspflicht nicht ordnungsgemäß wahrgenommen hat, kommt es zur Beweislastumkehr zugunsten des Patienten.

Gemäß § 630h Absatz 3 BGB wird vermutet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme auch tatsächlich nicht erfolgt ist. Zur Vermeidung von Rechtsnachteilen sind die Behandelnden dazu angehalten, insbesondere im Falle einer elektronischen Dokumentation eine manipulationssichere Software vorzuhalten.

Wann und wie muss dokumentiert werden?

Der Behandelnde ist verpflichtet, die Dokumentation im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung zu führen. Die Dokumentation kann in Papierform oder elektronisch erfolgen. Nachträgliche Änderungen, Berichtigungen oder Ergänzungen sind kenntlich zu machen, sodass der ursprüngliche Inhalt sowie der Zeitpunkt der Änderung nachvollzogen werden können (auch eine verwendete Software muss diese Bedingung erfüllen).

Was muss dokumentiert werden?

Dokumentiert werden müssen der gesamte Krankheitsverlauf und dessen Be-

handlung. Hierzu gehören die Anamnese, Haupt- und Nebendiagnosen (etwa Herzinfarkt und Bluthochdruck), Untersuchungen (wie zum Beispiel Röntgen, Ultraschall, Laborwerte, EKG), und deren Befunde, Eingriffe, Therapien und ihre Wirkungen (Arzneimittel, auftretende Nebenwirkungen, Operationsberichte, Narkoseprotokolle).

Die pflegerische Dokumentation umfasst bestehende und auftretende Pflegebedürfnisse, pflegerische Krankenbeobachtung, Verlaufsbeschreibung, durchgeführte pflegerische Maßnahmen sowie Angaben zur subjektiven Befindlichkeit des Patienten.

Des Weiteren müssen Einwilligungen, Arztbriefe und Aufklärungsgespräche erfasst werden. Die Verabreichung von Arzneimitteln in Art und Form soll ebenfalls nachweisbar dokumentiert sein. Jede getätigte Dokumentation ist außerdem durch die zuständige Person abzuzeichnen.

Wie lange müssen die Dokumente aufbewahrt werden?

Die Aufbewahrungsfrist der Dokumente ist auf die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung festgelegt. Im Einzelfall gelten abweichende Aufbewahrungsfristen, zum Beispiel Aufbewahrungsvorschriften nach der Röntgenverordnung oder der Strahlenschutzverordnung.

Erstellung einer Patientenkurve

Ein wichtiges Dokument innerhalb der Patientenakte ist die Patientenkurve. Das Aufstellen einer Patientenkurve ermöglicht es allen Beteiligten, die wichtigsten Schritte des Behandlungsprozesses vollständig und einheitlich zu dokumentieren und die Effizienz der einzelnen Abläufe zu überprüfen.

Kennzeichnend für die Patientenkurve ist die Darstellung des zeitlichen Verlaufs der Patientenbehandlung, ihre Verwendung von allen beteiligten Berufsgruppen zum Beispiel Pflege, Arzt, Labor, der Gebrauch von Kürzeln und die Übernahme komprimierter Informationen aus verschiedenen anderen Inhalten der Patientenakte. Das Ergebnis ist eine übersichtliche Darstellung aller notwendigen Informationen für Behandelnde und Patienten zu Anamnese, Diagnose, Therapieplan und -verlauf, Medikation und Diagnostik sowie die Dokumentation der Korrespondenz.



Auch wenn die Patientenkurve nicht alle zur Verfügung stehenden Falldaten enthält, werden hier alle wesentlichen Informationen des (tagesaktuellen) Behandlungsverlaufs übersichtlich abgebildet.

Im Folgenden stellt das Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG) den Aufbau einer Patientenkurve vor, der sich an den individuellen innerbetrieblichen Abläufen orientiert.

Vertragsparteien, Anamnese und Diagnose

Die Vertragsparteien für eine Behandlung im Krankenhaus sind, im Sinne des Gesetzgebers, der Träger des Krankenhauses und der Behandlungssuchende. Eine Dokumentation, die den Rechtsvorgaben entspricht, muss die Nennung der Vertragsparteien im Sinne des Dienstleistungsvertrags enthalten. Zwar sind die entsprechenden Angaben auch auf der Patientenakte vermerkt, jedoch muss eine eindeutige Zuordnung der herausnehmbaren Patientenkurve zur gesamten Patientenakte gelingen. Daher ist die Nennung der Vertragsparteien auch auf der Patientenkurve notwendig. Eine vorbedruckte Patientenkurve enthält im Idealfall bereits den Namen und die Adresse des Krankenhauses.

sollte per Handzeichen nachweisbar sein, welche Pflegekraft die Medikamente vorbereitet hat. Die durchführende Pflegekraft bestätigt unter Angabe ihrer Arbeitsschicht per Handzeichen die Vergabe des Medikamentes. Zur Absicherung bestätigt der Arzt in einer letzten Spalte die Vergabe des Medikamentes pro Behandlungstag mit seinem Handzeichen.

Der Diagnostikplan enthält alle Angaben zu angeordneten Untersuchungen von Arzt und Pflegekraft im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zur diagnostischen Untersuchung mit Angabe des Datums und Handzeichens. Der anordnende Arzt und die durchführende Pflegekraft müssen die zusätzliche Datumsangabe vornehmen, um den unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zur diagnostischen Untersuchung vorweisen zu können.

Der Arzt hat die Möglichkeit, aus Koordinationsgründen bereits im Vorfeld anstehende Maßnahmen anzugeben, beispielsweise eine EKG-Untersuchung. Hierzu kann er die Maßnahme für den gleichen Tag oder für einen anderen Behandlungstag angeben. Zusätzlich kann die Vorbereitung der Maßnahme durch das Pflegepersonal mit einem Handzeichen angegeben werden. Wenn die Maßnahme durchgeführt wurde, kann die durchführende Person dies an entsprechender Stelle ebenfalls markieren.

Ebenso sollten Zusatzmedikationen dokumentiert werden, die auf Anordnung des Arztes verabreicht werden sollen. Auch hier greift die Gegenzeichnungspflicht. Mit der Angabe der Applikationsart kann der Arzt die Verabreichungsform zusätzlich angeben.

Dokumentation der Korrespondenz

In einem Informationsfeld für den behandelnden Arzt sollte die Pflege sämtliche relevante Beobachtungen niederschreiben können. Dies dient einerseits der Absicherung des Pflegepersonals im Falle eines Rechtsstreits, andererseits auch dem behandelnden Arzt, der aufgrund der Beobachtungen zusätzliche Maßnahmen einleiten kann.

Ebenso sollte die Patientenkurve ein Feld für Notizen des Arztes enthalten. Dort können Informationen vom Arzt dokumentiert werden, die eine Veränderung, eine Ergänzung oder den Abbruch des geplanten Therapieverlaufs begründen.

Implementierung einer Patientenkurve

Das Krankenhaus Johanneum in Wildeshausen ist ein Allgemeinkrankenhaus mit 146 Planbetten, vier Fachdisziplinen und drei Belegabteilungen, welche die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung der Patienten im Landkreis Oldenburg sicherstellen.

Das Qualitätsmanagement im Krankenhaus Johanneum wird den wachsenden Ansprüchen des Gesundheitswesens gerecht. Ziel ist eine größtmögliche Zufriedenheit von Patienten, Mitarbeitern und Einweisern durch eine kontinuierliche Optimierung der Abläufe in der Patientenversorgung. Transparente Behandlungsprozesse sind für eine konstante Verbesserung der Qualität entscheidend und müssen von allen beteiligten Mitarbeitern im täglichen Arbeitsablauf unterstützt werden.

Klinische Behandlungspfade sind ein Instrument der Qualitätssicherung. Sie stellen einen verbindlichen Plan zur Durchführung medizinischer Therapien dar und bilden damit Standards, die berufsgruppen- und fachabteilungsübergreifend sind.

Die Behandlungsabläufe der am häufigsten auftretenden Krankheitsbilder im Krankenhaus Johanneum wurden bereits erstellt für die

- Viszeralchirurgie: Cholecystektomie und Hernien
- Orthopädie (Endoprothetik): Hüfte und Knie
- Gynäkologie: Vaginale und abdominale Hysterektomie und Elektive Sectio
- Innere Medizin: Qualifizierter Entzug und Herzschrittmacherimplantation

Das Programm ClipMed® PPM erstellt durch die Erfassung von Fallgruppe, Haupt- und Nebendiagnosen sowie durch die Darstellung von Leistungen und Medikationen eine angepasste Patientenkurve für das entsprechende Krankheitsbild. Unseren Ärzten und dem Pflegepersonal steht somit eine individuelle Vorlage zur Verfügung, die beliebig aufgerufen, bearbeitet und mit Daten und Informationen vervollständigt werden kann. Derzeit wird durch die Dokumentation unserer Leistungen ein Behandlungsstandard entwickelt, der vollständig und übersichtlich aufzeigt wann welche Tätigkeiten durchzuführen sind. Auf der Kurve müssen anschließend nur noch Abweichungen und Beobachtungen erfasst werden. Fehlerhafte Einträge und ein erhöhter Ar-

beitsaufwand durch doppelte Dokumentationen werden vermieden. Beispielsweise entfällt die Angabe von Prophylaxen, wenn diese schon in der Pflegeplanung dokumentiert werden. Zudem sind die Angaben in gedruckter Form immer gut lesbar, wodurch zeitaufwendige Rückfragen vermieden werden. Unsere Mitarbeiter profitieren von der zeit- und kostensparenden Dokumentation. Die stationären Arbeitsabläufe werden deutlich effizienter und transparenter, was sich insbesondere bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter positiv auswirkt.

Fazit

Das Patientenrechtegesetz soll dem Patienten zu mehr Transparenz und Rechtssicherheit verhelfen. In ihm sind die Verpflichtung zur Informationsweitergabe an den Patienten, die Aufklärungspflicht, die Beweispflicht und die Dokumentationspflicht geregelt. Die Erfüllung dieser Pflichten ist auch für das Krankenhaus von besonderer Bedeutung. Sie unterstützen die Einhaltung notwendiger Qualitätsstandards und sind Grundlage für eine qualitativ bestmögliche Patientenbehandlung. Zudem dient die dokumentierte Pflichterfüllung als Beweismittel im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung und sichert das Krankenhaus somit rechtlich ab.

Bei Verletzungen dieser Anforderungen verlieren die entsprechenden Eintragungen ihren Beweiswert. Daher ist dringend zu empfehlen, die Dokumentation zeitnah, vollständig, nachvollziehbar und fälschungssicher zu erstellen. Ein optimal angelegtes Dokumentationsmanagement muss dennoch gewährleisten, dass der hierfür notwendige Aufwand die Ressourcen der Mitarbeiter nicht überschreitet und die Behandlungsprozesse weiterhin stringent und ohne zeitliche Einbußen durchgeführt werden können. Beispielhaft wurde hier die Gestaltung einer Patientenkurve vorgestellt. Sie kann dahingehend noch optimiert werden, dass Standards für häufige Fälle automatisiert vorgedruckt werden können. So wird die Erfassung wichtiger Behandlungsschritte nicht vergessen und die Dokumentation ist gut lesbar und zeiteffizient.

Kontakt

Irmgard Rawe
Krankenhaus Johanneum
Qualitätsmanagementbeauftragte und
Beschwerdemanagement
Tel.: 04431/982-9080
E-Mail: qmb@krankenhaus-johanneum.de
www.krankenhausjohanneum.de