

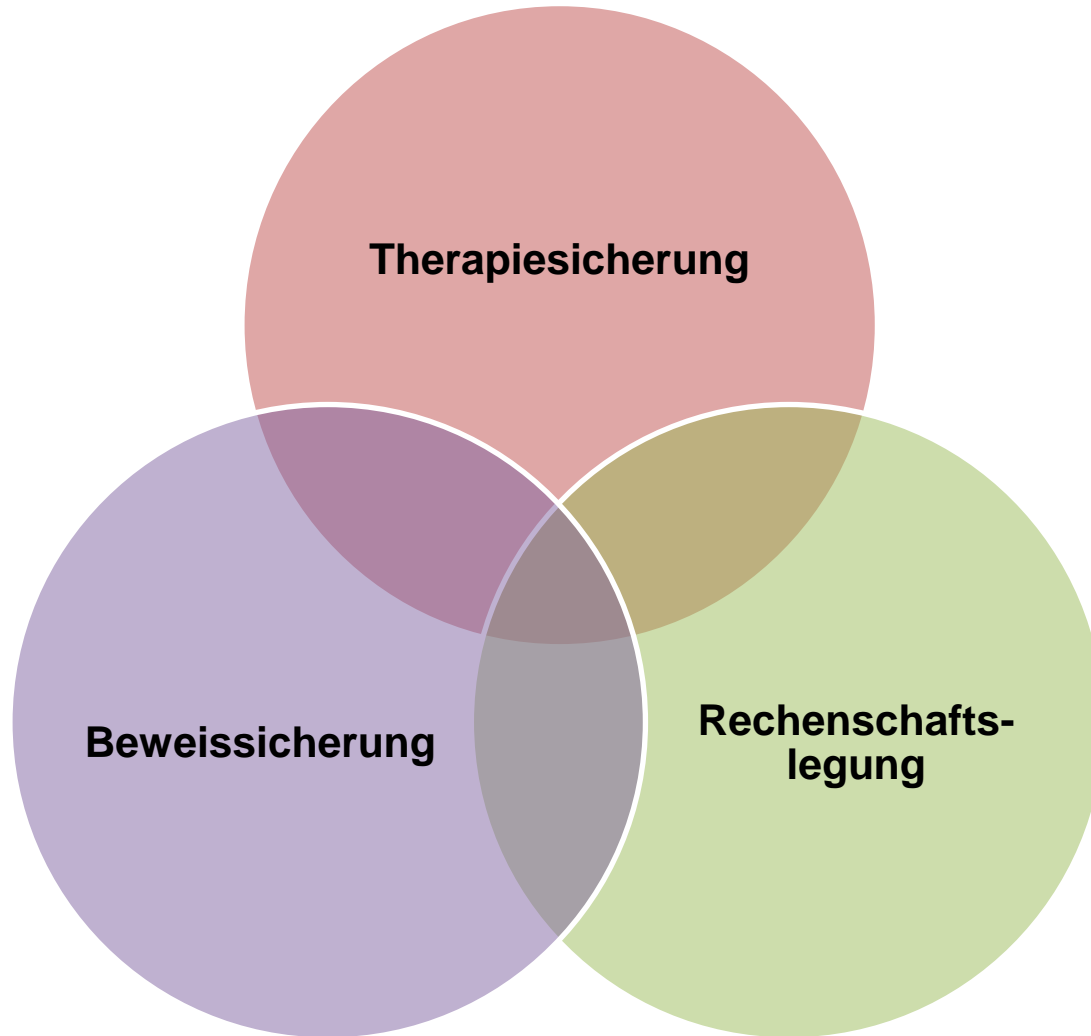
Behandlungsdokumentation

Pflichten, Risiken, Chancen

17. Februar 2023

Dr. med. Marianne Klein & Dr. med. Stefanie Bienioschek

Zweck und Umfang der Dokumentation



Rechtliche Grundlagen

(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland
tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –*)

in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages vom 5. Mai 2021 in Berlin

II. Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten

§ 10 Dokumentationspflicht

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen in die sie betreffende Dokumentation Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte der Ärztin, des Arztes oder Dritter entgegenstehen. Auf Verlangen sind der Patientin oder dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.
- (3) ...Aufbewahrungsdauer (10 Jahre ambulante, 30 Jahre Krankenhausakten)...
- (4) ...Regelung bei Praxisauf- /übergabe...
- (5) ...Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bei elektronischen Datenträgern u.a....

2013 Patientenrechtegesetz PRG

(insbesondere §§ 630a-h BGB)

§ 630f Dokumentation der Behandlung

- (1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation im **unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang** mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. **Berichtigungen und Änderungen** von Eintragung in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.
- (2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte **sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse** aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

Rechtliche Grundlagen

§ 630g Einsichtnahme in die Patientenakte

- (1) Dem Patientin ist auf Verlangen **unverzüglich** Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht **erhebliche** therapeutische oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.
- (2) Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.
- (3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

→ **Enge Auslegung und Begründung notwendig!**

Rechtliche Grundlagen

§ 630g Einsichtnahme in die Patientenakte:

! der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Gesetz ausdrücklich ausgeführt:

„Niederschriften über persönliche Eindrücke oder subjektive Wahrnehmung des Behandlenden... dem Patienten grundsätzlich offenzulegen sind. Das begründete Interesse des Behandlenden an der Nichtoffenlegung solcher Aufzeichnungen ist in Abwägung zu dem Persönlichkeitsrecht des Patienten, im Regelfall nicht gegeben...“

→ Das entspricht der Entwicklung der verfassungsrechtlichen Bewertung der Persönlichkeitsrechte von Patient*innen

§ 630 f/g – Implikationen für den Klinikalltag

- **Grundsatz:** Doku kurz, prägnant, verständlich, wertschätzend und erlössichernd
- So dokumentieren, als würde der/die Patient*in oder die Eltern mitlesen
- Abschnitte der Doku im Gespräch zeigen, wenn es passt, offener Umgang mit Doku
- Eltern informieren, dass ihre Angaben in der Dokumentation erscheinen; evt. Formulierung miteinander abstimmen
- Tipp an Oberärzt*innen: Dokumentationserfordernisse nachgestellten Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen aktiv vermitteln; Doku von „sensiblen“ Gesprächen (stichprobenartig) kontrollieren
- Entlassbrief immer auch an Patient*in (ab 14 Jahre) bzw. Sorgeberechtigte (außer Pat. ab 14 J. willigt nicht ein)

§ 630h (Abs. 3 und 4) BGB, Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

→ Was nicht dokumentiert ist, hat auch nicht stattgefunden!

→ Beweislast über eingeholte Einwilligung / Aufklärung liegt beim Behandler: mündliche Einwilligung immer ausführlich dokumentieren, das ist rechtssicher, schriftliche E. kann nachgeholt werden. Schriftliche Aufklärung alleine reicht nicht aus.

Vorteil Digitale Krankenakte?

- + Dokumentation ist lesbar
- + Doku ist zeitsparend, da KG so programmiert werden kann, dass es Text/Formularübernahmen gibt, z.B. in Entlassbrief
- + kein Archivierungsproblem
- + Herausgabe von Patientenakte digital unkompliziert, nachhaltiger und kostengünstiger
- + flexiblerer Personaleinsatz möglich durch stations-/standortübergreifenden Zugang in Krankenakten
- dokumentierendes Personal muss PC-Kenntnisse haben
- datenschutzkonforme Zugangsberechtigungen für die verschiedenen Berufsgruppen / Stationen / Kliniken müssen geregelt sein, Gefahr des Datenschutzverstoßes erhöht

Anforderungen an MD-sichere Dokumentation

- Risiken: primäre / sekundäre Fehlbelegung; falsche Haupt- oder Nebendiagnosen; Nichterfüllung von OPS-Merkmalen
- Krankenhausbehandlungsindikation bei Aufnahme stellen u. dokumentieren (Facharztsicht!); darstellen, weshalb amb. / tagesklin. Behandlung nicht ausreichend sind (Cave: Doku des übrigen Behandlungsteams und PED sollten damit in Einklang stehen)
- Wöchentlich mind. 1 Arzt/PT-Eintrag und mind. 1 Fach-/OA/CA Visitendoku
- Doku multiprof. Teambesprechung: neben Fortschritten immer auch die noch bestehenden Defizite beschreiben inkl. der erforderlichen und geplanten therapeut. Maßnahmen. Cave: Copy and paste über viele Wochen – mögl. Falle digitale Patientenakte → OA soll die Einträge checken!

Anforderungen an MD-sichere Dokumentation



- Das Team briefen, dass das Wort Entlassung und „Heimplatzsuche“ erst nach Rücksprache mit dem OA in der Doku verwendet wird
- Erschwerende Umstände für einen geradlinigen Behandlungsverlauf wiederholt im Verlauf dokumentieren
- Im letzten Behandlungsdrittel immer überlegen, was von den offenen Therapiezielen schon in einem amb. Behandlungssetting weiter bearbeitet werden könnte; Fallführer von dem 100%-Blick und dem Stationswelt-Blick wegführen
- In der Regel kein Entlasstag Montags
- Keine vorgezogenen Entlassgespräche führen, zumindest am Entlasstag immer noch einen Arzt-/PT-Kontakt, in dem die nächsten Schritte nach Entlassung in KG dokumentiert werden

Dokumentation - Checkliste



Der Chefarzt – oder Vertretung – ist zuständig für die Güte der Doku und deren Korrektheit

Sozialgerichtsfähige Doku bedeutet:

- Akteninhalt nach Gliederungsvorgabe vollständig
- Entlassbericht vorhanden
- **Keine** persönlichen Dokumente des Patienten (Briefe etc.) enthalten
- regelmäßig ärztliche Einträge und Visiten
- Einträge der verschiedenen Berufsgruppen kongruent
- Beobachtungsbögen und Ratings sind therapeutisch abgezeichnet
- FEM / Zwangsmaßnahmen nur mit ärztlicher Anordnung und regelmäßiger schriftlicher Dokumentation + Abzeichnung der Durchführung und nur mit mindestens 1x tgl. ärztlicher Befunderhebung, Beurteilung und Dokumentation
- Belastungserprobungen / Abwesenheitszeiten ärztlich/psychotherap. anordnen. Zeiten müssen mit den Einträgen übereinstimmen
- Medizinische Befunde ärztlich abgezeichnet (in digitaler Akte nachverfolgbar)
- Medizinische Befunde sind hinsichtlich Kontrollbedürftigkeit markiert

Dokumentation - Checkliste



Therapiedokumentation

- enthält genügend Einträge (mehr als 2/Woche) für den infragestehenden Zeitraum
- fortlaufend und lückenlos geführt (bei Handakte nummeriert)
- **Visiteneinträge belegen Multiprofessionalität und FA-Präsenz**
- Anamnese, PPB vorhanden
- Psychodiagnostik ist vom Psychologen gegengezeichnet
- Behandlungsplanung regelmäßig mit progredienten Zielen und Maßnahmen; fachärztlich supervidiert
- Anmeldebogen Diagnostik Fachtherapie enthält Aufträge/Fragen

Dokumentation - Checkliste



- Einverständniserklärungen Medikation vorhanden
- Schriftwechsel Jugendamt oder sozialarbeiterische Doku
- Schweigepflichtsentbindungserklärungen vorhanden mit konkreter Benennung wer gegenüber wem
- Einweisung eines Arztes in Kopie (mit 2. Seite – Diagnose!)
- Oder : Erkennbare Notfall-Krisenaufnahme
- Körperlicher Aufnahmebefund ist binnen 24 Std dokumentiert
- Pathologische Laborbefunde sind kontrolliert

Literatur



https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/ Bek BAEK MBO-AE Online final.pdf (abgerufen am 20.1.2023)

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientenrechtegesetz.html>

Aufklärung und Dokumentation in der Psychiatrie. H. Hausner und C. Cording. Kapitel 97, S. 2953-2966. In: Möller et al. (Hrsg.), Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Springer Reference Medizin, DOI 10.1007/978-3-662-49295-6_96

M. Rehborn: Das Patientenrechtegesetz. GesundheitsRecht, 2013 (5), S. 257-272