Dokumentation und Einsichtnahme im Rahmen der stationären Versorgung

Hermann Schürmann

September 2012

- **Besonderheiten stationärer Behandlung**
  - Multimodale Behandlung
  - Multiprofessionelles Team
  - Verfahrensorientierung eher im Hintergrund
  - Fokusorientiert
  - Übertragung und Regression begrenzt
  - Rahmenbedingungen haben einen hohen Einfluss
  - Kurzzeitpsychotherapie

Die Dokumentationspraxis früher:

- Aufnahmebefund/Anamnese
- Therapeutische Maßnahmen in der Patientenkurve
- Entlassungsbrief
- Persönliche Aufzeichnungen des Psychotherapeuten

„Der Entlassungsbrief muss für den Patienten lesbar sein und darf ihm nicht schaden.“

- **Die Dokumentationspraxis in Zeiten der Zertifizierung und Fehlbelegungsprüfung:**
  - Verfahrensanweisung Dokumentation wird erstellt:
    Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung
    Nachweis der erbrachten Leistungen
    Nachweis der Behandlungsindikation
  - „Die Dokumentation enthält nur objektive und objektivierbare Befunde, keine subjektiven Eindrücke und Überlegungen. Sie muss auch für Patienten und unbeteiligte Dritte nachvollziehbar sein.“
  - „Was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht!“
  - Jeder dokumentiert für sich
  - Nebenzielgruppe: MdK, Gerichte, Polizei

Dokumentation in Zeiten von PEPP

(*Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik)*

Einführung des KIS (Krankenhausinformationssystems)

- Alle Befunde sind an einem Ort
- Jeder an der Behandlung Beteiligte kann die Dokumentation einsehen
- Die Behandlung kann im Zusammenhang gesehen werden
- Die Dokumentation dient in erster Linie der Kommunikation („Was muss/soll der Mitbehandelnde wissen?“)
- Einträge sind möglicherweise entgeltrelevant (OPS)
- Nebenadressaten bleiben wichtig

Inanspruchnahme des Einsichtsrechts

- Ca. 20% fordern den Entlassungsbericht an
- 2 von 16000 Patienten (in 20 Jahren) forderten Akteneinsicht
- Keiner nahm sie wahr