

Warum müssen wir überhaupt dokumentieren?

Welche Gesetze & Verträge sind die Grundlage?

Der kleine Ratgeber

Dokumentation in der Ergotherapie & Physiotherapie

Wann mache ich die Doku?

Nutzen oder Beschäftigungstherapie?

Wer darf die Dokumentation einsehen?

Liebe Kolleg_innen,

heutzutage ist die vollständige und lückenlose Dokumentation sehr wichtig, denn sie dient der späteren Nachprüfbarkeit unserer Arbeit und verschafft uns eine rechtssichere Position gegenüber Dritten.

Sie ermöglicht uns eine fundierte und langfristige Behandlungsplanung sowie Behandlungsdurchführung und verbessert unsere tägliche Arbeit mit unseren Patient_innen.

Wir haben uns für das Thema Dokumentation entschieden, weil wir aus unserer beruflichen Erfahrung wissen, wie wichtig es ist, diese gut zu planen, effektiv umzusetzen und vollständig durchzuführen.

Die nachfolgenden Informationen sollen Ihnen den beruflichen Einstieg erleichtern und helfen das Thema Dokumentation gleich richtig anzuwenden.

Bevor wir beginnen, möchten wir uns kurz vorstellen:

Wir sind Studierende im 4.Semester des additiven Studiengangs Physiotherapie/Ergotherapie an der ASH Berlin.

Das Modul **Wissenschaft in Praxis/Vermittlung** geht über zwei Semester und im Mittelpunkt steht die gemeinsame Gruppen- und Teamarbeit.

Wir freuen uns nun, Ihnen unsere Modularbeit mit dem Titel:

**Der kleine Ratgeber
Dokumentation in der Ergotherapie & Physiotherapie**
vorstellen zu können.

Inhaltsverzeichnis

1. Gesetzliche Grundlagen
2. Berufspraktische Grundlagen
3. Dokumentation mittels ICF
4. Digitale Dokumentation - Praxissoftware Theorg
5. Dokumentation im Qualitätsmanagement
6. Dokumentation in der Zukunft
7. Abschluss / Zusammenfassung
8. Übersicht Online-Bezugsquellen für Dokumentationsbögen
9. Quellen-, Abbildungs- & Tabellenverzeichnis

Bevor wir uns dem Thema Dokumentation zuwenden, müssen wir uns zwei Hauptfragen stellen.

1. Was muss ich dokumentieren und wozu bin ich verpflichtet?

und

2. Was will und möchte ich dokumentieren?

Zu Erstens ist zu sagen, dass unsere Pflichten hinsichtlich der Dokumentation in verschiedenen Gesetzen und Verträgen relativ klar und eindeutig geregelt sind.

Hierzu wird Ihnen dieser kleine Ratgeber kurz und knapp alle notwendigen Informationen liefern.

Zu Zweitens ist zu sagen, dass sie natürlich alle Informationen und Daten, die über die gesetzliche Dokumentationspflicht hinaus gehen, nach eigener Einschätzung erfassen und dokumentieren können. In welchem Umfang das passiert entscheiden sie selbst.

Notieren Sie alle für ihre Behandlung wichtigen Informationen und machen sie sich Notizen hinsichtlich Ihrer persönlichen Behandlungsplanung, Ihren Beobachtungen und Ihren persönlichen Überlegungen.

Diese sind nicht zwingend notwendig, geben ihnen aber insbesondere während der beruflichen Startzeit eine gewisse Sicherheit und helfen Ihnen ihre eigenen Überlegungen nochmal zu überdenken und besser nachzuvollziehen.

Wir hoffen, dass unser kleiner Ratgeber Ihnen für die richtige und nachhaltige Dokumentation eine gute Hilfe sein wird und wir Ihren Start in ihre berufliche Zukunft ein Stück erleichtern können.

1. Gesetzliche Grundlagen

Wir möchten Ihnen nachfolgend einen kurzen Überblick über die berufsethischen, berufsrechtlichen und allgemein rechtlichen Grundlagen zum Thema Dokumentation geben. Dafür werden wir uns, hinsichtlich Dokumentation, die Berufsordnung für Ergo- und Physiotherapeuten, die Rahmenverträge zwischen den Berufsverbänden & Krankenkassen und den Paragraphen 630f des Bürgerlichen Gesetzbuches etwas genauer anschauen.

Die Berufsordnung

„Was beinhaltet die Berufsordnung für ET und PT?“

Die Berufsordnung für ET und PT gibt freiwillige ethische und inhaltliche Empfehlungen für unsere therapeutische Arbeit. Anders als für Ärzte und zum Beispiel Rechtsanwälte, ist die Berufsordnung für ET und PT rechtlich nicht bindend, da sowohl die Physiotherapie als auch die Ergotherapie noch nicht in Kammern organisiert sind.

Die Berufsordnungen sind vom DEV e.V. für die ET und vom ZVK e.V. für die PT verfasst und veröffentlicht worden.

„Was enthält die Berufsordnung zum Thema Dokumentation?“

Der in §1-Berufsausübung enthaltende Teilbereich beschreibt das Vorgehen hinsichtlich der empfohlenen Dokumentation sehr genau:

„Untersuchungsergebnisse, Therapieziele, Behandlungsplan und -verlauf sowie die Behandlungsergebnisse werden von Physiotherapeuten dokumentiert. Diese Dokumentation dient der Therapiesteuerung, der Erfolgskontrolle, der Qualitäts- Sicherung sowie der Information des Arztes und anderer an der Behandlung und Betreuung Beteiligter.“

(Deutscher Verband für Physiotherapie, ZVK e.V., 2019, Seite 3)

Die Rahmenverträge

Nun wenden wir uns den Rahmenverträgen zu, die zwischen den Berufsverbänden der Physiotherapie / Ergotherapie und den Krankenkassen ausgehandelt werden.

Hierbei interessiert uns der Teilbereich - Dokumentation.

„Was sind die Rahmenverträge?“

Die Rahmenverträge werden in bestimmten Abständen zwischen den Krankenkassen und den verschiedenen Berufsverbänden verhandelt und abgeschlossen und bilden die rechtliche Grundlage für unsere Tätigkeit. In den Rahmenverträgen sind alle berufsrelevanten Aspekte aufgeführt.

„Was enthalten die Rahmenverträge zum Thema Dokumentation?“

„Entsprechend § 5 des Vertrages wird im Interesse einer effektiven und effizienten physiotherapeutischen Behandlung eine Verlaufsdokumentation geführt. Sie erfolgt je Behandlungseinheit und umfasst die im Einzelnen erbrachte Leistung, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung. Sofern der behandelnde Vertragsarzt dies auf der Verordnung kenntlich gemacht hat, unterrichtet der Therapeut diesen gemäß § 17 Abs. 6 der Empfehlungen gegen Ende der Behandlungsserie über den Stand der Therapie.“ (Anlage 1, §8 des Vertrages zwischen der Vdek und den Berufsverbänden der PT, Seite 23, 01.04.0213)

Die in den Rahmenverträgen aufgeführten Paragraphen sind eine berufsrechtlich verpflichtende Vorgabe für alle Therapeut_innen. Die Verlaufsdokumentation und das Verfassen eines Therapieberichtes ist eine wichtige Grundlage unserer täglichen Arbeit.

Der Paragraph 630f des BGB

„Was regelt und enthält das Bürgerliche Gesetzbuch?“

Im Mittelpunkt steht das Zivilrecht, das die rechtlichen Rahmenbedingungen für die privaten Rechtsbeziehungen der Bürger untereinander regelt. Im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) sind knapp 2400 Paragraphen niedergelegt. Das BGB ist rechtliche Grundlage und Verpflichtung zugleich.

„Was besagt der Paragraph 630f des Bürgerlichen Gesetzbuches und warum ist er wichtig für unsere Arbeit?“

„Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen 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.

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.“
(Bürgerliches Gesetzbuch §630f, 02.01.2002)

Die nachfolgende Tabelle gibt Ihnen in Kurzform einen Überblick zu den drei beschriebenen Themen: Berufsordnung, Rahmenverträge und §630f BGB.

DOKUMENTATION	Berufsordnung für PT / ET	Rahmenverträge (mit Ersatz- und Primärkassen)	§ 630f BGB Dokumentation der Behandlung
Für alle Therapeuten rechtlich bindend	Nein Dient der ethischen und inhaltlichen Orientierung im Berufsalltag	Ja Rechtskräftig ausgehandelte Verträge zw. Kassen & Leistungserbringern und somit rechtlich bindend	Ja Rechtliche Grundlage des Gesetzgebers, immer rechtlich bindend
Kann jederzeit überprüft oder geprüft werden	Nein Keine Kontrolle durch den Berufsverband	Ja Die Krankenkassen prüfen die Einhaltung	Ja Der Gesetzgeber prüft die Einhaltung
Nichteinhaltung zieht rechtliche Konsequenzen nach sich	Nein Nicht möglich, da es nur eine selbstverpflichtende Vorgabe ist	Ja Nichteinhaltung zieht berufsrechtliche Konsequenzen nach sich	Ja Nichteinhaltung zieht rechtliche Konsequenzen nach sich
Kontrolle der Umsetzung (Wer kontrolliert?)	Nein Keine Kontrolle, da nur selbstverpflichtende Empfehlung	Ja Kontrolle durch die entsprechenden Stellen der Primär- und Ersatzkassen	Ja Kontrolle durch den Gesetzgeber
Besteht eine persönliche Verpflichtung des Therapeuten sich darüber zu informieren	Nein Aber jeder Therapeut hat sich über die allgemeinen beruflichen Standards zu informieren	Ja Weil es berufsrechtliche Verpflichtungen sind, die jeder kennen muss	Ja Weil es rechtliche Verpflichtungen sind, die jeder kennen muss

Tbl.1

Fazit: Dokumentation ist verpflichtend und unverzichtbar.

2. Berufspraktische Grundlagen

Mit dem seit 2017 geltenden Gesetz zur Heil- und Hilfsmittelversorgung (Bundesgesundheitsministerium 2017) haben Dokumentation und Therapiebericht für unseren Berufsstand nochmal an Bedeutung zugenommen. Es gibt dennoch keine klaren Vorschriften, weder vom Gesetzgeber noch von den Krankenkassen, wie Dokumentation im Detail auszusehen hat.

Die zu erstellende Dokumentation lässt sich allgemein in die folgenden Bereiche gliedern: Befunderhebung, Behandlungsplan, Verlaufsdokumentation, Therapiebericht (AZH 2019).

a) Befunderhebung (Abb.1)

In der Befunderhebung werden die Beschwerden und Einschränkungen des Patienten festgestellt und benannt.

b) Behandlungsplan

Der individuelle Behandlungsplan wird auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung, der Diagnose, der Leitsymptomatik sowie der therapeutischen Funktionsanalyse und Befunderhebung erstellt.

c) Verlaufsdokumentation (Abb.2)

Die Verlaufsdokumentation dokumentiert den Behandlungsverlauf. Jede Behandlungseinheit ist zu dokumentieren. Darin finden sich die durchgeführten Behandlungsinhalte, die Reaktion des Patienten und ggf. Besonderheiten bei der Durchführung. Die Dokumentation erfolgt während der Behandlung und wird vom Dokumentierenden handschriftlich oder elektronisch gegengezeichnet.

d) Therapiebericht (Abb.3)

Ein Therapiebericht wird erstellt, sofern der verordnende Arzt dies auf der Verordnung vermerkt und mit „Ja“ ankreuzt.

Auch hier gibt es kein einheitliches Muster nach dem der Therapiebericht zu erstellen ist. Auch die verordnenden Ärzte haben unterschiedliche Vorstellungen was den Therapiebericht betrifft. Grundsätzlich sollte der Therapiebericht folgendes enthalten:

- Behandlungsinhalte (z.Bsp.:Dehnung, Kräftigung etc.).
- Ist das Therapieziel erreicht worden oder nicht.
- Reaktionen des Patienten auf die Behandlung, ggf. Besonderheiten, sowie eine prognostische Einschätzung.
- Wenn erforderlich: eine klare und nachvollziehbare Begründung, warum eine Folgeverordnung sinnvoll ist.

Beispiel: Therapiebericht

Der Therapiebericht wird häufig vom Arzt angefordert und ist somit regelmäßig von Ihnen auszufertigen.

Mitteilung des Therapeuten an den verordnenden Arzt	
Die Behandlung wurde vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> durchgeführt.	Name des Patienten <input type="text"/>
Behandlung gemäß Verordnung vom <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>
	Name des Arztes <input type="text"/>
Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele: <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Therapiefähigkeit (z.B. persönliche Ressourcen, Motivation): <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Besonderheiten während des Behandlungsverlaufes: <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Therapieziele: <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Therapieprognose - Bei Fortsetzung der Behandlung werden wir folgende Ziele erreichen: <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Vorschlag zur <input type="checkbox"/> Änderung der Therapiefrequenz <input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie wegen: <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Ggt. Vorschläge zur Änderung des Therapieplanes: <input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Behandlungsabbruch am: <input type="text"/> nach <input type="text"/> Therapieeinheiten wegen: <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>
<input type="text"/>	Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers
<input type="text"/>	
© 2001 by buchner www.buchner-shop.de Tel.: 0800 5999 666 gebilrentrei	Bestell-Nr. 01462

Abb.3

3. Dokumentation mittels ICF – Hürde oder Chance?

Die Abkürzung ICF steht für “International Classification of Functioning, Disability and Health”. Die Weltgesundheitsorganisation WHO gab diese im Jahr 2001 heraus, um eine...

“ ... fach- und länderübergreifend einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umweltfaktoren des Menschen ...”

...im internationalen und interprofessionellen Austausch zu ermöglichen. (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2017)

Die ICFs ermöglichen Therapeut_innen eine individuelle Beschreibung der Funktionsbeeinträchtigung in ganzheitlicher Sicht mit den individuellen Faktoren der Persönlichkeit und der speziellen Umwelt des Klienten im Sinne des Biopsychosozialen Modells. (Wenzel & Morfeld, 2016)

Die Vollversion der ICF kann in Buchform bestellt oder online beim DIMDI heruntergeladen werden, sie beinhaltet über 1400 Items. Als Einstieg bedarf es etwas Übung und Zeitaufwand die Struktur zu verstehen. DIMDI versucht auf ihrer Internetseite den Aufbau und die Struktur der ICF verständlich zu erklären. Parallel werden eine Reihe von Links und Download-Möglichkeiten geboten, um tiefer in das System einzusteigen.

Für Patient_innen mit bestimmten Erkrankungen oder in speziellen Situationen wiederholen sich bestimmte Kategorien regelmäßig. Daher hat man zur Vereinfachung und zur besseren Implementierung die Core-Sets als ICF Instrumente entwickelt.

Core-Sets sind reduzierte Item-Kombinationen, die für bestimmte Patientengruppen aus der gesamten ICF-Klassifikation extrahiert wurden, um die Nutzung in der Praxis zu erleichtern.

Diese können jeweils über die Webseite des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation (DIMDI) abgerufen und heruntergeladen werden. Die Webseite bietet auch ein Tool zur Erstellung eines individuellen, ausdrückbaren Befundbogens, indem man aus einer Liste aus den verschiedenen Core-Sets und Einzelitems durch Anklicken auswählen kann.

So erstellt sich ein meist mehrseitiger Befundbogen wie Abb. 4 zeigt.
(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019)

Dokumentationsbogen

Erinnerung: Die Kategorien des Generischen Sets werden mit dem Buchstaben (G) gekennzeichnet.

PATIENTEN-INFORMATION								
KÖRPERFUNKTIONEN		Keine Schädigung	Leichte Schädigung	Mäßige Schädigung	Erhebliche Schädigung	Volle Schädigung	Nicht spezifiziert	Nicht anwendbar
Physiologische Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen)		0	1	2	3	4	8	9
Wie groß ist das Ausmaß der Schädigung in ...		0	1	2	3	4	8	9
b130	Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine mentale Funktionen, die physiologische und psychologische Vorgänge betreffen, welche bei einer Person ein nachhaltiges Streben nach Befriedigung bestimmter Bedürfnisse und die Verfolgung allgemeiner Ziele verursachen Inkl.: Funktionen, die psychische Energie, Motivation, Appetit, Sucht (einschließlich Sucht nach Substanzen, die zu einer Abhängigkeit führen) und Impulskontrolle betreffen Exkl.: Funktionen des Bewusstseins (b110); Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (b126); Funktionen des Schlafes (b134); Psychomotorische Funktionen (b147); Emotionale Funktionen (b152)								
Informationsquellen: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patientenfragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> Technische Untersuchung								
Beschreibung des Problems: <input type="text"/>								
b1301	Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentale Funktionen, die sich in einem Anreiz zu handeln und in einer bewussten oder unbewussten Antriebskraft zu Handlungen äußern Informationsquellen: <input type="checkbox"/> Anamnese <input type="checkbox"/> Patientenfragebogen <input type="checkbox"/> Klinische Untersuchung <input type="checkbox"/> Technische Untersuchung								
Beschreibung des Problems: <input type="text"/>								

Abb.4

Pfad: DIMDI → Klassifikationen → ICF → Anwendung der ICF in Deutschland → unter ICF-Core-Sets findet sich der Link „Tool zur Erstellung eines individuellen Befundbogens“

Um der Notwendigkeit einer einheitlichen Sprache Nachdruck zu verleihen, ist die ICF als Sprachstandard gesetzlich verankert in der Rehabilitationsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuß (G-BA), im Bundesteilhabegesetz (BTHG) und in der Richtlinie zum einheitlichen Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung. (DRV, 2015) Im Arbeitsfeld Rehabilitation ist ein Grundverständnis für Therapeut_innen daher bereits unerlässlich.

Da die Absicht besteht, dass alle Gesundheitsfachberufe arbeitsfeldübergreifend eine einzige einheitliche Sprache benutzen, integrieren auch verschiedene populäre, therapeutische Behandlungskonzepte die Klassifikation in ihre Lehre und weisen das in ihren Fortbildungskonzepten aus.

Innerhalb der Konzeptvermittlung kann die ICF nur in der Grundstruktur anhand des Modells in Abb.5 nach den 5 Haupt-Kategorien unterteilt und Patient_innen beschrieben werden. Für einen tieferen Einstieg ist aber zwingend die Kenntnis des Modells der Komponenten und Wechselwirkungen nötig, das in der Abb.5 dargestellt ist. Dieses Modell bietet das Grundgerüst der ICF-Struktur.

Eine Beschreibung der Komponenten findet man bei DIMDI.



Abb.5: Modell der Komponenten und Wechselwirkungen der ICF

Die Gesamtversion der ICF baut sich wie ein Buch auf, in dem es 4 voneinander unabhängige Hauptbereiche gibt, die mit einem Kleinbuchstaben abgekürzt werden. Sie finden sich im Modell wieder.

In jedem Bereich gibt es 4 bis 5 hierarchisch nachfolgende Unterebenen. Die Ebenen kann man in sich auf der DIMDI-Webseite einzeln, nacheinander aufklappen. Sie zeigt übersichtlich wie jedes Item bis zum vollständigen Gesundheitsproblem formalisiert heranwächst. In jeder Ebene wächst die daraus entstehende Kodierzahl um eine bis zwei Stellen an.

Für eine gute Dokumentation (Aufnahme, Verlauf und Abschlussbericht) ist es in der täglichen therapeutischen Arbeit ausreichend, den Klienten in allen 4 Hauptbereichen (**body function, bodystructures, daily activities, environmental factors**) oder anhand der Komponenten des Komponentenmodells wahrzunehmen und deren Wechselwirkungen zu beschreiben.

Das bildet dann formal einen Menschen in seiner Ganzheit und nicht nur ein Gesundheitsproblem ab.

Fazit: Der Wille und die Einsicht zur Notwendigkeit einer einheitlichen, international und interdisziplinär verständlichen Sprache werden in Fachkreisen nicht angezweifelt. Dennoch ist in Fachartikeln ein immer wiederkehrender Kritikpunkt die Unpraktikabilität der ICF wegen des großen, unübersichtlichen Umfangs. (Schwarzkopf, Grill, & Dreinhöfer, 2010) Um Licht ins Dunkel zu bringen, haben sich eine Vielzahl von Autor_innen in Büchern und Artikeln dem Thema ICF gewidmet. Empfehlenswert wegen seiner Verständlichkeit finden wir den hier schon zitierten Artikel von Schwarzkopf, Grill und Dreinhöfer. Für Therapeut_innen sind erstens das Komponentenmodell sowie Grundkenntnis des systematischen Aufbaus der ICF wünschenswert, damit durch einheitlichen Sprachstandard die Kommunikation mit anderen Professionen gelingt. Dafür scheint der Zeitaufwand, den man zum Einstieg in das ICF-System benötigt lohnenswert.

4. Praxissoftware THEORG

In der Praxis werden verschiedene Softwareprogramme für Dokumentationen verwendet, eine davon ist THEORG (Software für Therapieorganisation). THEORG ist mit über 15.000 Installationen der Marktführer im Bereich der Heilmittelerbringer (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie).

Die Software ist modular aufgebaut und bietet Funktionen in den Bereichen: Patienten- und Rezeptverwaltung, Abrechnung nach §302 oder über Abrechnungszentren, Terminplanung, Dokumentation und vieles mehr. Sie kann vor Ort oder über ein Rechenzentrum genutzt werden. Es gibt zusätzlich eine App zur Terminplanung und Dokumentation.

Überblick der Patientendaten: In der Patientenverwaltung von THEORG werden für jeden Patienten die sogenannten Stammdaten erfasst. Alle relevanten Daten wie Name und Anschrift von Patient_innen sowie Angaben zum Kostenträger bzw. zur Krankenkasse werden entweder manuell oder über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) im Programm angelegt.

The screenshot displays the 'Patienten-Kartei' (Patient Card) in the THEORG software. The interface is organized into several sections:

- Patient:** Includes fields for 'Name' (Gassner), 'Vorname' (Lucas), and 'Geburtsdatum' (25.04.1972).
- Kostenträger:** Shows 'Zuzahl befreit' (Nein), 'Status' (1), 'Kostenträger' (AOK LB), 'Versichertennummer' (856235469), and 'gültig bis' (1220).
- Adresse:** Contains 'Anrede' (Herr), 'Nachname' (Gassner), 'Vorname' (Lucas), 'Straße' (Mehnhilfenweg 3), 'Land' (D), 'PLZ' (71642), and 'Wohnort' (Ludwigsburg).
- Kommunikation:** Lists 'Telefon' (971410562142), 'Mobil' (01731948145), 'E-Mail' (lucas@gassner.de), and 'Homepage'.
- Summary:** A small box on the right shows 'Patient Nr.: 111' and 'Rezepte: 1'.

A photograph of a man with glasses and a striped shirt is displayed next to the address and communication details. The software interface includes a top navigation bar with an alphabet and a right-hand sidebar with various icons for functions like 'Hauptmenü', 'Ändern', 'Neu', 'Diskett', 'Löschen', 'Übersicht', 'Suchen', 'Verschieben', 'Zahlen', 'Drucken', 'Tageskalender', 'Einstrahlen', 'Selektion', 'Konstellation', 'Finanzstatus', 'Anwahl', 'Adresse prüfen', 'SMS E-Mail', and 'KV-Karte prüfen'.

Abb.6

Beispiel Befundung/ Dokumentationsverlauf

THEORG folgt einem durchgängigen Pfad, bei dem angepasst an den Arbeitsstil der Praxis, schnell und einfach Patientenanamnese, Fallanamnese, Messungen (ICF) und Behandlungsdokumentation durchgeführt werden. Den gesetzlichen Vorschriften des Patientenrechtegesetzes (§ 630a ff. BGB) entsprechend, kann die erfolgte Behandlungsinformation sowie die komplette Behandlungsdokumentation ohne großen zusätzlichen Zeit- und Verwaltungsaufwand erfasst und ausgedruckt werden. Alle Änderungen und Korrekturen werden gemäß § 630a ff. des BGB archiviert.

The screenshot displays the THEORG [Dokumentations-Assistent] interface for patient Lucas Gassner, 43 years old. The interface is organized into several panels:

- Top Panel:** Shows the current date and time (Mo., 28.01.2019 08:20, EG 01) and a list of staff members with their respective times.
- Left Panel (Patienten-Informationen):** Contains patient details, including name, address, and a list of appointments with dates and staff members.
- Middle Panel (Fall-Anamnese):** Details the patient's medical history, including symptoms (sitting tolerance, back pain), physical examination (lumbar scoliosis), and diagnosis (Cervical spondylosis).
- Right Panel (Messungen):** Displays three line graphs showing the progression of treatment goals over time (18.01., 23.01., 24.01., 28.01.).
 - Zielerreichung Behandlungsziel:** Shows a goal of 50% achieved by 28.01.
 - Schmerz in Ruhe (Numerical Rating Scale):** Shows a decrease in pain from 3 to 1 over the period.
 - Schmerz unter Belastung (Numerical Rating Scale):** Shows a decrease in pain from 5 to 1 over the period.
- Bottom Panel:** Includes a diagram of the human spine and a human figure with anatomical markers.

Abb.7

Theorg 2GO

Mit der App THEORG 2GO ist es möglich, sich jederzeit den Terminplan sowie eine Übersicht zu allen wichtigen Informationen der Patient_innen und deren Termine anzeigen zu lassen.

Kosten

Der Preis für die Software hängt von den genutzten Modulen und dem Umfang der Software ab.

Die Preisliste ist unter folgendem Link einzusehen:



Kritik

Aus den Erfahrungen haben sich folgende Vor- und Nachteile ergeben:

Pro	Kontra
<ul style="list-style-type: none">• Einführung in die Software durch Personal.• Online - Hilfesystem.• Maschinelle Rezept erfassung.• Online Terminreservierungen• Softwareapp für mobile Dokumentation und Terminierung.• Heilmittelpreislisten werden automatisch per Update aktualisiert.• „Abrechnungs-Check“ nach Abschluss der letzten Behandlung.	<ul style="list-style-type: none">• Deutlich teurer als andere Praxissoftware (Modul-Festpreis und monatliche Gebühren, Aufpreis bei jeder zusätzlichen Zeitspalte der Mitarbeiter_innen).• Kein Zugriff auf die App bei möglichem Serverabsturz.• Dokumentation auf der App und schriftlicher Patientenakte sehr unübersichtlich.

Tbl.2

5. Dokumentation im Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement (QM) soll durch soziale und technische Maßnahmen eine Mindestqualität von Leistungsprozessen erzielen. (Duden, 2019)

Eine Form von Qualität in der therapeutischen Praxis ist die Dokumentation in Bezug auf die Erstellung von Anamnese, Behandlungsverlauf- und Zielen für Patient_innen. Eine vollständige Patientenakte hat vorzuliegen. Durch die Anwendung der ICF für die Dokumentation kann eine standardisierte Sprache die Kommunikation im interprofessionellen und interdisziplinären Team vereinfachen.

Unserer Erfahrung nach sparen strukturierte und vollständige Patientendaten viel Energieaufwand für die Vorbereitung der Therapien und die Verständigung im Team. Auch ein wiederholtes Abfragen der Patient_innen nach Informationen entfällt.

In diesem Teil möchten wir weitere Anregungen und Tipps für Qualität und andere Formen der Dokumentation mitgeben, welche die Arbeitsabläufe erleichtern. Es geht also darum, was Dokumentation neben den Inhalten der Patientenakte noch alles sein kann und, wie dies im Zusammenhang mit qualitativ hochwertigen Arbeitsabläufen stehen kann.

Gütesiegel und Qualitätsmanagementkonzepte

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, interne Abläufe und eine bestimmte Qualität „von außen“ durch Güte- bzw. Qualitätssiegel sichern zu lassen. Eine Zertifizierung kann von verschiedenen Instituten vorgenommen werden. Die Frage, ob es sich lohnt diesbezüglich zu investieren, kann hier nicht beantwortet werden. Dies obliegt jedem selbst.

Es gibt verschiedene Qualitätsmanagementkonzepte. Diese enthalten grundlegende Elemente, die in vielen Konzepten einheitlich sind. Ein prozessorientiertes QM-Modell ist das der ISO 9000-Normenfamilie. Es stammt ursprünglich aus der Industrie und besitzt sieben Grundsätze: Kundenorientierung, Führung, Einbeziehung von Personen, prozessorientierter Ansatz, Verbesserung, faktengestützte Entscheidungsfindung und Beziehungsmanagement. Die ISO 9001 enthält konkrete Hinweise zum Aufbau und zur Weiterentwicklung eines QM-Systems. Sie kann Grundlage für die Zertifizierung einer Organisation sein. (Große et al, 2019)

Es gibt weitere, speziell auf das Gesundheitswesen abgestimmte Konzepte. Ein Beispiel hierfür ist die DIN EN 15224. „Sie konkretisiert und ergänzt die Anforderungen der DIN EN ISO 9001 mit zusätzlichen Auslegungen und Spezifizierungen für die Gesundheitsversorgung.“ (Hensen, 2019)

Nebenbei möchten wir noch darauf hinweisen, dass im klinischen Bereich genaue Qualitätsvorgaben vorgegeben werden. In der ambulanten therapeutischen Praxis ist dies nicht der Fall.

Um eine Verbindung zum Thema Dokumentation herzustellen, sind im Folgenden zwei Elemente der DIN ISO 15224 mit Beispielen beschriftet, die für „Dokumentation im weiteren Sinne“ zutreffend sind.

Effizienz

- ➡ **Notizbücher** zum Austausch der Mitarbeiter
- ➡ **Sinnvolle Ablagesysteme & Beschriftung** aller Materialien/ Schränke/ Fächer
- ➡ **Listen** bzgl. Material- und Raumplanung

Evidenzbasierte Versorgung

- ➡ Vorhandensein von **fachbezogenem Infomaterial** gut sortiert, leicht zugänglich & beschriftet in Ordnern / Regalen etc.
- ➡ **Supervision / Teamsitzung + Protokollierung**

(Vgl. DIN ISO 15224, TÜV SÜD, 2019)

Fazit: Wir möchten darauf hinweisen, dass die Existenz eines bestimmten Qualitätsmanagements und jene zugrunde liegenden Abläufe nicht alltäglich, sondern idealisiert sind, da sie in der therapeutischen Praxis häufig nicht bzw. nicht einheitlich praktiziert werden. Dennoch soll das Wissen über die Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung Anreize und Ideen zur Entwicklung geben.

6. Dokumentation in der Zukunft

Die Blankoverordnung

Am 11.05.2019 ist das TSVG in Kraft getreten und sieht ab 11/2020 die Einführung der sogenannten Blankoverordnung vor.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind die genaueren Details zu den Themen Budgetierung, Indikationsauswahl etc. nicht bekannt. Klar ist aber, es bedeutet in jedem Fall mehr Dokumentation für uns, gerade hinsichtlich der Begründbarkeit für die Auswahl bestimmter Heilmittel. Diese können zukünftig durch die Blankoverordnung von den Heilmittelerbringern bezüglich Frequenz, Anzahl und Maßnahme der Behandlung selbst festgelegt werden.

Die elektronische Patientenakte (ePA)

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist das zentrale Element der vernetzten Gesundheitsversorgung und der Telematikinfrastruktur (Vernetzung aller Beteiligten im Gesundheitswesen).

Spätestens ab Januar 2021 müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine solche ePA anbieten. So steht es im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Folgende Informationen über einen Patienten können in der ePA gespeichert werden:

- Befunde
- Diagnosen
- Therapiemaßnahmen
- Behandlungsberichte
- Impfungen

Damit ist eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation möglich. Die ePA wird definiert durch die Gematik GmbH.

Gesetzliche Grundlage ist Paragraf 291a SGB V. Elektronische Gesundheitsakten bieten unterschiedliche Funktionalitäten und verschiedene Formen einer möglichen therapeutischen und ärztlichen Einbindung. Sie sollen perspektivisch in die einheitliche ePA integriert werden. Inwieweit die ePA Teil der Praxis für uns Heilmittelerbringer_innen wird, ist bisher nicht bekannt.

7. Zusammenfassung / Abschluss:

Abschließend wollen wir noch ein bisschen aus dem „Nähkästchen“ plaudern und Ihnen einige Tipps und Tricks aus unserem Berufsalltag mit auf den Weg geben.

Wie gut funktioniert die Dokumentation in der täglichen Praxis?

Natürlich nicht so leicht und wohlklingend wie wir das bisher in der Theorie beschrieben haben, nein ganz im Gegenteil, Sie sind im Stress, Patient_innen fragen etwas zwischendurch, die nächsten Patient_innen warten schon, das Telefon klingelt und es ist wie immer viel zu wenig Zeit, um alles auf einmal zu schaffen.

Was kann uns helfen um im turbulenten Praxis- bzw. Klinikalltag dennoch eine gute und richtige Dokumentation durchzuführen?

Gute Vorbereitung und zeitnahe Umsetzung sind alles!

- ✓ Patient_innen sollte zum 1.Termin alle relevanten Befunde mitbringen (am besten in Kopie).
- ✓ Anamnesebögen möglichst bei oder vor der 1. Behandlung von Patient_innen ausfüllen lassen.
- ✓ Dokumedium in der Nähe haben, um alles Wichtige **sofort** notieren zu können.
- ✓ Sind Fragen offen geblieben, nutzen Sie die 2. Behandlung zur Ergänzung ihrer Dokumentation.
- ✓ Den Therapiebericht, während der letzten Behandlung gemeinsam mit den Patient_innen ausfüllen und diesen mitgeben oder direkt an die Arztpraxis faxen.

Sie sollten sich hinsichtlich der Dokumentation ein standardisiertes Vorgehen angewöhnen, dass erleichtert Ihnen vieles, schult durch Wiederholung Ihre Handlungsabläufe, macht Sie sicherer, kompetenter und schliesst Dokumentationslücken damit nichts wichtiges vergessen wird.

Das alles hört sich viel an, lässt sich aber mit ein bisschen Übung gut in den Berufsalltag integrieren. Dokumentation verbessert Ihre Behandlung und Ihre qualitativ hochwertige Arbeit zum Wohle Ihrer Patient_innen.

Wir wünschen Ihnen alles Gute.

Ihr Vermittler Kurs der ASH Berlin 2019.

8. Bezugsquellen für Dokumentationsbögen der Ergotherapie & Physiotherapie

(unterschiedliche fachliche Ausrichtungen)

1. <https://www.buchner.de/shop/karteikarten-befund-dokumentation/befunddoku-und-befundbogen.html>
kostenpflichtige Befundbögen verschiedenster Ausrichtung Physiotherapie & Ergotherapie
2. https://dve.info/service/dve-shop/produkt/dokumentationsbogen-fuer-so-16_03
kostenpflichtige Befundbögen Ergotherapie
3. <https://www.azh.de/therapiebericht-physiotherapie/>
Software der Abrechnungsfirma AZH
4. <https://www.amazon.de/Einfach-dokumentieren-Dokumentation-Physio-Ergotherapeuten/dp/3662445441> Buch,
Dokumentation in der Ergo-&Physiotherapie
5. <https://www.physiowissen.de/files/> kostenfreie
Befundbögen verschiedenster Ausrichtung
6. <https://www.lymphologicum.de/fachleute/dokumentationsboegen.html> kostenfreie lymphologische
Dokumentationsbögen
7. https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=59&cad=rja&uact=8&ved=2ahUK-EwjK-Ymu8YfmAhUCuqQKHUpwDbE4MhAWMAh6BAglEAI&url=https%3A%2F%2Fwww.physio-akademie.de%2Ffileadmin%2Fuser%2Ffranzi%2Fpdf%2FMenue_2_Kurse_Fortbildungen%2FManuelle_Therapie%2FBefundbogen.pdf&usq=AOvVaw0s



KbNgpyLur7cTbA_wFhM-kostenfreier
Befundbogen der Physio-Akademie

8. <https://www.danprodukte.de/manuelle-dokumentation/formulare/bedarf/therapien/4026-ergotherapie/?PHPSESSID=2a462aba30ca96187efadcd1f57adf7>-Dokumentationsbogen



Ergotherapie für die Bereiche stationäre und teilstationäre Pflege und moderne Wohnformen

9. <https://dve.info/resources/pdf/downloads/basisdokumentation/1175-basisbogen-4s-einzelseiten/file>
kostenfreier Befundbogen Ergotherapie



10. <https://www.thieme.de/de/ergotherapie/assessment-s-47820.htm> kostenfreie Befundbögen Ergotherapie



9.1. Quellenverzeichnis

Berufsordnung ZVK, www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Ausbildung/ZVK-Verband-Berufsordnung-BroschA5-2012-RZ.pdf, abgerufen am 07.10.2019.

Bibliographisches Institut GmbH. (2019). *Qualitätsmanagement, das*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Qualitaetsmanagement>, abgerufen am 10.10.2019.

Blankverordnung, http://www.health-care-professionals-online.de/wp-content/uploads/2016/12/Wich_Raebiger_2016_Blankverordnung_Direktzugang.pdf, abgerufen am 10.10.2019.

Große, C., Radic, B., Radic, M. (2019) Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen – Theorie und Status Quo gesetzlicher Regelungen in Deutschland. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 24 26–33 DOI <https://doi.org/10.1055/a-0577-2145> Online-Publikation: 12.03.2018.

Hensen, P. (2019). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis*, Wiesbaden: Springer Verlag

Neue Standards des Qualitätsmanagements, <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Arztpraxen-bluehen-neue-QM-Standards-284468.html>, abgerufen am 18.11.2019.

Paragraph 630f BGB, https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_630f.html, abgerufen am 07.10.2019.

Rahmenverträge Primärkassen, https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/by/heilberufe/vertraege/physiotherapie/by_heil_physio_rv_mbk_01117.pdf, abgerufen am 07.10.2019.

Rahmenverträge VDEK, https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag/_jcr_content/par/download_14/file.res/RV_2013_UF.pdf, abgerufen am 07.10.2019.

Terminservice- u, abgerufen am 28.11.2019 Versorgungsgesetz, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html>, abgerufen am 07.10.2019.

THEORG, https://sovdwaer.de/software-fuer-physiotherapie.html?pk_campaign=physiotherapie&pk_kwd=theorg, abgerufen am 10.10.2019.

TÜV SÜD. (2019). *Europäische Norm für QM-Systeme im Gesundheitswesen*, abgerufen am 18.11.2019.

9.2. Abbildungsverzeichnis

Abb.1 – https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-46535-6_12, abgerufen am 28.11.2019.

Abb.2 - <https://www.medischlick.de/einlegekarte-mit-verlaufsdokumentation-pe-100-stueck.html>, abgerufen am 28.11.2019.

Abb.3 - <https://www.weinbauregister.de/therapiebericht-vorlage/>, abgerufen am 28.11.2019.

Abb.4 - <https://www.icf-core-sets.org/de/page4.php>; abgerufen am 20.10.2019.

Abb.5 - <https://www.dimdi.de/static/.content/images/abb-icf-wechselwirkung-komponenten.png>; abgerufen am 20.10.2019

Abb.6 - <https://sovdwaer.de/patienten-und-rezepteverwaltung.html>, abgerufen am 18.10.2019.

Abb.7 - <https://sovdwaer.de/dokumentation.html>, abgerufen am 19.10.2019.

9.3. Tabellenverzeichnis

Tbl.1 – eigener Entwurf Kurs, 2019

Tbl.2 – eigener Entwurf Kurs, 2019

Namen der Studenten:

- Kathrin Wienig
- Maximilian Scheel
- Rolf Ioannakis
- Theresa Jahn
- Theresa Hörhold

Kontakt:

- kw-physio@web.de
- kuehnast@ash-berlin.eu