

x		x	x	x	x	x	x						
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Ziel/Zweck:

Die Dokumentation dient dem Nachweis patientenbezogener Maßnahmen.

Die Dokumentation bildet die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen ab, die patientenbezogen im Verlaufe der Rehabilitationsmaßnahme erbracht werden.

Damit ist die Dokumentation als Durchführungsnachweis zu verstehen und sichert die Kontinuität der Behandlung.

Hinweis zum Stellenwert der Dokumentation:

Alles, was dokumentiert ist, hat stattgefunden und ist vollständig und richtig wiedergegeben!
Was nicht dokumentiert ist, hat auch nicht stattgefunden!

Zuständigkeit:

Alle Bereiche, die medizinisch-therapeutische Leistungen am Patienten erbringen.
Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, denen für den Heilungsverlauf relevante Tatsachen auffallen.

Anforderungen:

- Jeder Einzel-Patientenkontakt wird dokumentiert
- Zur Dokumentation werden die digitalen Medien genutzt: Elektronische Patientenakte (EPA)
- Datum und Kürzel/Handzeichen gehört zwingend dazu
- Dokumentation soll praktikabel sein: sie enthält alle notwendigen Aspekte, ist auf das Wesentliche reduziert
- Aussagen von Patienten werden als Zitat gekennzeichnet
- Stichwörter nur verwenden, wenn ein Irrtum ausgeschlossen ist

Durchführung:

Der **Leitgedanke** bei jeder Dokumentation lautet: Welche Information benötigt die jeweils andere Berufsgruppe, um Therapie, Versorgung, Pflege oder soziale und psychologische Betreuung initiieren und gemäß dem Therapieziel weiterführen zu können?

Besonderheiten sind unmittelbar zu erfassen:

- Veränderungen
- Verschlechterung/Verbesserung
- Zeitpunkt der Wiedereinbestellung/Verlaufsbeobachtung
- Notwendige Untersuchungen, Rückmeldungen an Externe
- Auffälligkeiten, Beobachtungen

Die Dokumentation der **Medizinischen Versorgung bei Notfällen oder Stürzen** erfolgt jeweils mit Datum und Uhrzeit!

Rehaziele werden dokumentiert, insbesondere diejenigen, die der Patient äußert.

Routinemaßnahmen können auch im Rahmen der Teambesprechungen dokumentiert werden.

x		x	x	x	x	x	x						
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Dokumentationen sind so abgefasst, dass sie als **Handlungsaufforderungen** für andere Berufsgruppen zu verstehen sind, z.B. „nach Rücksprache mit behandelndem Arzt“.

Verstöße gegen die Hausordnung werden bei Bekanntwerden an die Chefarztsekretärin gemeldet, diese nimmt die Eintragung im Verlaufsbogen vor als Handlungsaufforderung zu evtl. disziplinarischen Maßnahmen durch den Chefarzt.

Verlaufsbogen

- Alle Berufsgruppen des interdisziplinären Teams nehmen Eintragungen in den Verlaufsbogen (EPA) vor.
- Der Verlaufsbogen wird in der EPA vom Medizinischen Schreibdienst (MSD) unter Befunde angelegt.
- Die Eintragungen bilden den Rehabilitationsverlauf mit Veränderungen, Verbesserungen, evtl. Verschlechterungen, Komplikationen und Ergebnissen ab.
- Weitere relevante Vorkommnisse im Patientenkontakt sind auch durch die nichttherapeutischen Abteilungen vorzunehmen (Rein, Service, Küche, HT, TM, Rez, FA), dies können beiderseitige Fehlermeldungen oder Beschwerden sein

Kürzelliste

Die Kürzelliste dient der zweifelfreien Feststellung der Gültigkeit von Anforderungen und Anweisungen, von Kenntnisnahmen und Eingangsbestätigungen auf den im Rahmen des QM-Systems verwendeten Formularen.

Weiterhin dient die Verwendung des Namens Kürzels im Verlaufsbogen und auf den Therapieplänen der Rückverfolgbarkeit im Falle vorgetragener Beschwerden durch Patienten oder Rückfragen durch Kostenträger.

Zuständigkeit:

Verantwortlich für die Einhaltung der Richtlinie ist jeder Mitarbeiter.

Jeder Mitarbeiter ist zuständig für die korrekte und gleichbleibende Verwendung seines Namens Kürzels sowie für den evtl. Vergleich des vorgefundenen Kürzels mit der Liste.

Die Abteilungsleiter sind zuständig für Pflege und Aktualisierung der Liste

Wie sind die Handzeichen aufgebaut?

Es gibt 3 mögliche Varianten:

1. Erster Buchstabe Vor- und Nachname
2. Ersten beiden Buchstaben des Nachnamens
3. Ersten drei Buchstaben des Nachnamens

Fällt auf, dass Kürzel von Mitarbeitern identisch sind, so ist die jeweils andere Variante zu wählen.

Fällt einem Mitarbeiter die inkorrekte, unvollständige oder abweichende Verwendung eines Namens Kürzels auf, so ist der Abteilungsleiter zu informieren.

x		x	x	x	x	x	x						
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Praktikanten, die in den Abteilungen Physiotherapie, **Ergotherapie** oder Physikalische Therapie im Rahmen ihrer Ausbildung vorübergehend tätig sind, sollten die notwendige Unterschrift grundsätzlich durch ihren Anleiter, der ihnen innerhalb der Abteilung zugeteilt ist, leisten lassen. Sollte doch einmal ein Kürzel eines Praktikanten zu verwenden sein, ist dies mit dem Zusatz „P“ für Praktikant zu versehen.

Änderungen oder Ergänzungen der Liste sind vom jeweiligen Abteilungsleiter vorzunehmen, die Liste ist in der Abteilung aufzubewahren und zu pflegen.

Die Dokumente sind auf Aktualität hin zu prüfen.

Die Bestätigungen durch Kürzel erfolgen auf den Dokumenten am ausgewiesenen Ort laut Kürzelliste.

Testergebnisse

Die als Standard festgelegten **psychologischen Assessments** werden elektronisch erfasst und in den E-Bericht übernommen, die Ergebnisse werden außerdem über den Workflow der behandelnden Psychologin mitgeteilt.

Über weiterführende psychologische Diagnostik entscheidet die behandelnde Psychologin und dokumentiert die Ergebnisse im Verlaufsbogen.

Ergebnisse PACT-Test: Ergebnisdokumentation mit kurzer Bewertung im Verlaufsbogen

Ergebnisse ELA-Test: Ergebnisdokumentation mit kurzer Bewertung im Verlaufsbogen

Ergebnisse Konzentrationstest: Ergebnisdokumentation mit kurzer Bewertung im Verlaufsbogen

Anwendungsbereich

Mitgeltende Dokumente:

R.GF.HV.03 Lenkung von Dokumenten

R.GF.HV.Med.02 Patientenakte

F.PD.HV.23 Sturzprotokoll

Qualitätsmerkmale

1. Erfolgskontrolle therapeutischer und pflegerischer Handlungen durch Auswertung des Verlaufsbogens
2. Mindestens 4 Eintragungen bei AHBs, komplikationsloser Verlauf
3. Mindestens 8 Eintragungen bei MBOR, komplikationsloser Verlauf
4. Mindestens 6 Eintragungen bei VMO, komplikationsloser Verlauf

Mindestanforderung Eintragungen Verlaufsbogen:

- Med. Aufnahme und Entlassung (2)
- Zwischenuntersuchung (1)
- CA-Visite (1)
- Psychol. Aufnahme und Entlassung (2)
- Sozialdienstliche Aufnahme und Entlassung (2)

x		x	x	x	x	x	x						
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Risiken

1. Kein Aufrufen des Verlaufsbogens vor dem Patientenkontakt
2. Verwenden von unverständlichen Abkürzungen
3. Keine Aufbereitung med. Information für andere Berufsgruppen
4. Fehlendes Kürzel/Handzeichen, Verwechslungsgefahr von Kürzeln und Handzeichen
5. **Einsichtnahme und Veröffentlichung: Alle Eintragungen unterliegen dem Datenschutz, Patienten ist nur auf besonderen Wunsch die Einsicht in den Verlaufsbogen zu gewähren.**
6. **Da Patienten das Recht haben, den Verlaufsbogen einsehen zu dürfen, ist auf eine vorurteilsfreie und objektive Formulierung von Einzelkontakten zu achten**
7. Fehlende oder mangelnde Absicherung der EDV gegen unerwünschtes Löschen oder Beschädigungen der Datei
8. Vorgefasste Meinungen werden vervielfacht, Gefahr der Vorverurteilung