

Dokumentation ärztlicher Behandlung	DAT/05
-------------------------------------	--------

Version: 01

Diese SOP ist im Zusammenhang mit folgenden SOPs zu lesen:
Änderungen gegenüber der letzten Fassung: keine

farbiger Stempel des QMK

1 Zweck und Ziel

Dokumentation einer ärztlichen Behandlung in einer Krankenakte.

2 Geltungsbereich

Rückverfolgbarkeit von Abläufen in der ärztlichen Diagnostik und Behandlung. Dokumentation von Befunden. Aufstellung der ärztlichen Leistungen für die Abrechnung.

3 Qualitätsmerkmale

Vollständigkeit, Lesbarkeit, zeitliche Zuzuordnung.

4 Dokumentation

4.1 Anwendung

Für jeden Probanden/Patienten wird eine Krankenakte (Krankenkarte) angelegt

4.2 Materialien und Instrumente

Beschreibung der Krankenakte. Reihenfolge, in der die Dokumente abgelegt werden. Verwandte Formulare wie Fieberkurve, Befundbögen, Laborbögen, Röntgenformulare.

Festlegung über Schreibwerkzeuge. Wenn Krankenunterlagen fotokopiert oder mikroverfilmt werden sollen, muß daran gedacht werden, daß Farben später nicht mehr unterschieden werden können! Zu bevorzugen ist die Verwendung von schwarzem Kugelschreiber.

4.3 Ausführung

Bei Aufnahme in die Klinik wird für jeden Patienten eine Krankenakte angelegt. Sie trägt folgende Kennzeichnung auf dem äußeren Deckel:

4.3.1 Kennzeichnung

Name, Vorname, Geburtsdatum, Aufnahmeummer.

4.3.2 Basisdokumentation

Daten: Name, Vorname, Geburtsdatum Wohnanschrift, Geschlecht, Krankenkasse, Aufnahmedatum, Entlassungsdatum, Körpergröße, Körpergewicht.

Soziale Situation: Familienstand, Lebenssituation.

Vorgeschichte: medizinische Vorgeschichte und Familienanamnese, aus der Erkrankungen, Unfälle und Behandlungen seit Geburt hervorgehen.

Diese Angaben sollten chronologisch geordnet sein:

- mit Jahresangaben,
- bei kürzer zurückliegenden Ereignissen mit Monatsangabe,
- mit Hinweis auf Ort und Einrichtung, bei der die Behandlung durchgeführt wurde.

Bei Kindern: Beurteilung des Entwicklungsalters, Impfanamnese, Sorgeberechtigung.

Aktuelle Anamnese: Angaben über den akuten Verlauf vor dem Beginn der Behandlung; Gründe, die zum Aufsuchen des Arztes geführt haben.

Befund körperliche Untersuchung: Soll einem festen Schema folgen, am besten nach Organen "a capite ad calcem", mit Angabe der Befundfreiheit der untersuchten Organe, evtl. pauschalisiert (z.B. "kein Gelenkbefund") oder spezifiziert (Gelenkstatus nach Untersuchungsbogen der BG), abhängig vom Krankheitsbild oder der Studie.

Ausreichende Befunde, die die Stellung der Diagnose (Gegenstand der Prüfung) nachvollziehbar machen, sollten vorliegen.

Auflistung von Vorbefunden: Alle Befunde, die bei Aufnahme oder Beginn der Behandlung vorgelegen haben und deswegen nicht im Verlaufsbogen erscheinen.

Medikationen: (verordnete und vom Patienten angegebene) Angaben über Beginn, Ende, Einzeldosis, Dosisfrequenz; Plan für die Behandlung.

4.3.3 Befunddokumentation

Angabe, um welche Untersuchung es sich handelt (z.B. Kalium im Serum. Thorax-Röntgen in 2 E., Gastroskopie, gynäkologische Routineuntersuchung, Labor).

Jeder Befund wird vollständig (nach den Anforderungen des Untersuchungsverfahrens) dokumentiert und mit Datum der Befunderhebung und mit dem Namen des Untersuchers versehen.

4.3.4 Behandlungsdokumentation

Alle Behandlungen (mit Code-Bezeichnung, die sich auf dokumentierte Verfahren beziehen) wie Pflege, Krankengymnastik, Medikationen, Operationen.

4.3.5 Verlaufsdarstellung

Über den Aufenthalt des Patienten wird eine Verlaufsdokumentation geführt. Dafür wird eine Verlaufskurve ("Fieberkurve") in chronologischem Ablauf angelegt. Hier werden alle ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen eingetragen. Sie müssen dem Tagesdatum zugeordnet sein. Aus dem Eintrag muß hergeleitet werden können, wer die Leistung erbracht hat.

Kurzbefunde können direkt in die Verlaufskurve eingetragen werden. Befunde, die umfangreicher sind, können hier mit einem Code eingetragen werden. Die ausführlichen Befunde werden in die Anlage zur Krankenakte abgelegt.

Wenn Kurven geführt werden, muß der Umfang der Routedokumentation festgelegt werden. In diesen Feldern müssen Eintragungen gemacht werden oder angegeben werden, daß die Untersuchungen, Befunde nicht nicht gemacht wurden (Streichen des Feldes). Dazu können gehören

- Wie häufig werden Gewicht, Größe, Blutdruck, Temperatur, Labor kontrolliert?
- Stuhlgang?
- Essen, Trinken?
- Mobilisation?

Die Daten der Basisdokumentation werden laufend aktualisiert.

4.3.6 Korrekturen

Korrekturen müssen so ausgeführt werden, daß der Eintrag leserlich bleibt. Dafür Eintrag durchstreichen und daneben wiederholen.

5 Prüfmerkmale, Prüfmethode

Vollständigkeit: Alle Befunde, die in der Verlaufskurve genannt werden, finden sich in der Anlage.

Lesbarkeit: Schwarzer Kugelschreiber verwandt? Schrift lesbar?

Zeitliche Ordnung: Reihenfolge eingehalten?

Rückverfolgbarkeit: Alle Befunde sollen abgezeichnet sein (auch körperliche Untersuchungen, Visiten) und mit Datum versehen sein.

6 Validierung

Manual für die Akkreditierung von Krankenhäusern der Joint Commission.

7 Verantwortlichkeit

Die Krankenakten werden vom Pflegepersonal (Arzt, Dokumentationsassistentin) geführt.

Der Zugang zu den Akten ist aus Gründen der Vertraulichkeit (ärztlichen Schweigepflicht) so zu beschränken auf die Personen zu beschränken, die vom Arzt autorisiert wurden. Der Umfang ihres Zuganges soll auf das Maß beschränkt sein, das zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist.

8 Archivierung

Die Krankenakten werden nach Ende der Behandlung an das Archiv abgegeben. Die Abgabe an das Archiv wird zur Entlastung der Station dokumentiert (Verfahren beschreiben).

9 Anlagen

Beispiel für das im Prüfzentrum übliche Krankenblatt

Das Original der SOP ist bei der QM-Koordinator archiviert. Unter Y:\Aktiv\GHP\5.2VAL\GCP\12DAT\DAT05_ärztliche Behandlung.docx in der EDV abgelegt. Die SOP wird im 2-Jahres-Intervall - bei Bedarf früher - überprüft. Eingezogene Versionen der SOP sind für 10 Jahre zu archivieren. Änderungsvorschläge sind schriftlich an den Autor oder an die QM-Koordinator zu richten.

Diese SOP wurde heute in das Verzeichnis der Standard-Arbeitsanweisungen aufgenommen und ist damit gültig.
Freigabevermerk: Hamburg, Datum

(Autor)

(Geschäftsführer)

(QM-Koordinator)

Verteiler

Original: QM-Koordinator

Kopie: GF, weitere Abteilungen: