

Digitale Patientendokumentation in der lymphtherapeutischen Praxis: hochwertig, unkompliziert, kostenfrei

K. Schiller

Physiotherapie Praxis K. Schiller, Aachen, Deutschland

Zusammenfassung

Physiotherapeuten sind zur Patientendokumentation verpflichtet. Die Dokumentation verbessert die Kommunikation zwischen den Kollegen, dem Patienten und dem Arzt. Sie stellt zudem eine Absicherung für den Therapeuten dar. Wird die Dokumentation in digitaler Form durchgeführt, können Zeit und Kosten gespart werden. Bei jeglicher Dokumentation sind die Regeln der Schweigepflicht, der Datenverarbeitung und des Datenschutzes zu berücksichtigen.

Schlüsselwörter: Dokumentation, digital, Datenschutz

Digital documentation of patient data in lymphedema treatment: High quality, straightforward and free

Summary

Physical therapists are contractually required to document patient data. Documentation enhances communication among colleagues, patients and physicians, and provides validation for the therapist. When documentation is performed digitally, time and money can be saved. However, any type of documentation has to comply with medical confidentiality, privacy protection and data-processing requirements.

Keywords: Documentation, digital, data protection

Dokumentation – Warum?

Physiotherapeuten sind aufgrund des Patientenschutzgesetzes (§ 630 f Bürgerliches Gesetzbuch) dazu verpflichtet, eine Dokumentation zu führen [1]. Auch in den Verträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen ist eine Dokumentationspflicht angegeben (2; §5 Absatz 5,3; §14 Absatz 2e und Absatz 4). Physiotherapeuten sollten die Dokumentation aber nicht nur als Pflicht betrachten, sondern als wichtigen und arbeitserleichternden Teil ihrer Tätigkeiten. Denn durch eine sachgerechte Dokumentation wird die Patientenübergabe im Krankheits- oder Urlaubsfall eines Kollegen reibungslos und unkompliziert verlaufen. Zudem wird durch die Dokumentation die geleistete Arbeitsqualität objektiviert.

Die Objektivierung der Arbeitsqualität in Form von Therapieberichten mit Fotodokumentation und Umfangsmessungen erleichtert die Kommunikation zwischen dem verordnenden Arzt und dem Therapeuten. Ein gut formulierter Therapiebericht kann zudem genutzt werden, um

Ärzte von der geleisteten Arbeit zu überzeugen. Dem verordnenden Arzt helfen die ausführlichen Therapieberichte bei der Regressprophylaxe: Die Notwendigkeit der Ausstellung der Rezeptierungen (Heilmittelverordnungen, Bandagematerial, Kompressionsbestrumpfung) kann durch sie belegt werden. Die notwendige Versorgung des Patienten wird somit gesichert.

Auf den Patienten wirkt eine gewissenhafte Dokumentation Compliance verstärkend. Zum einen, weil zu Beginn der Behandlung der Ist-Zustand und das Therapieziel festgehalten werden, zum anderen belegen die Fotodokumentation und die Umfangsmessungen den Therapieverlauf. Zudem fühlen Patienten sich gut aufgehoben, wenn u.a. bei einem Therapeutenwechsel alle patienten- und therapierelevanten Informationen vorliegen.

Nicht zuletzt ist das Dokumentieren auch als eine Absicherung für den Therapeuten zu betrachten. Näheres zu diesem Punkt wird im Unterpunkt ‚Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung‘ erläutert.

Dokumentation – Was?

In der lymphtherapeutischen Praxis sollte beim ersten Patientenkontakt der Befund des Patienten dokumentiert werden. Der lymphtherapeutische Befund besteht aus der Anamnese einschließlich der Zielvereinbarung, der Inspektion, der Palpation, der Fotodokumentation sowie Umfangsmessungen. Um eine Fotodokumentation durchführen zu dürfen, bedarf es einer Einverständniserklärung des Patienten. Alle therapeutischen Maßnahmen und Feststellungen müssen festgehalten werden [4]. Daher liegt es auf der Hand, dass nach jeder erfolgten Therapie eine Dokumentation erfolgen sollte (2 §5 Absatz 7). Auch Telefongespräche mit dem verordnenden Arzt sollten dokumentiert werden. Stimmt er der Entödematisierung zu, hat er Bedenken bezüglich der Verträglichkeit des lymphologischen Kompressionsverbandes etc.? Welche Zielvereinbarung wurde mit dem Arzt getroffen, und was sind die nächsten Schritte im Therapieverlauf? Auch Telefonate mit zum Beispiel dem Sanitätshaus bezüglich eines Voranmeldetermins, Beratsschlagung zur Kompressionsausführung, des Anmeldetermins etc. sollten dokumentiert werden. Am Ende einer Entödematisierung sollte ein Therapiebericht verfasst werden, der den Anfangszustand, den Therapieverlauf, das Endresultat und die Prognose verdeutlicht.

Dokumentation – Wie?

Eine Herausforderung ist es, die Dokumentation ausführlich, unkompliziert und zügig umzusetzen, damit sie nicht zu viel Behandlungszeit einnimmt. Vorlagen für Befunde, Messbögen, Bandagemateriallisten etc. helfen, dieses Ziel zu erreichen. Sowohl die Dokumentation in Papierform wie auch in digitaler Form ist zugelassen [4].

Die digitale Dokumentation bietet jedoch einige Vorteile:

- Sie ist für jeden leserlich.
- Zeitersparnis:
 - Sie bietet eine Übersichtlichkeit, die u.a. dazu führt, dass unnötige Doppeluntersuchungen und andere Doppelmaßnahmen wegfallen. Hierdurch entsteht eine deutliche Zeitersparnis.

- Wird mit digitalen Vorlagen gearbeitet, können über Variablen und Textfelder Daten automatisch eingefügt werden und müssen nicht händisch ausgefüllt werden.
- Elektronische Archive bieten den Vorteil einer sehr viel höheren Zugriffs geschwindigkeit und komfortableren Recherchemöglichkeit.
- Es wird weniger vergessen, wenn das EDV-Programm den Anwender automatisch an alle zu dokumentierenden Daten erinnert.
- Es entstehen keine Unmengen an Papierdokumenten, die in der Praxis gelagert und wiedergefunden werden müssen. In größeren Praxisbetrieben kann der Platzbedarf, den das Archiv benötigt, ggf. als weiterer Therapieraum genutzt werden, wodurch weitere Umsätze erzielt werden.
- Ein dezentraler Zugriff auf die Daten ist möglich, sodass von jedem Behandlungsraum und Büro aus ein Arbeiten mit den Patientenakten möglich ist.

Der Therapeut kann durch die Digitalisierung entlastet werden und sich mehr auf die Physiotherapie konzentrieren. Gleichzeitig ist dieses Arbeiten, wie oben beschrieben, wirtschaftlich und effizient.

In meiner Praxis hat sich die Open-Source-Software Thera-Pi bewährt.

Sie ist eine leistungsstarke Software für die Organisation und Verwaltung von ambulanten Heilmittel-Praxen und Rehabilitationszentren [5]. Dem User entstehen keine Anschaffungs- oder Lizenzkosten. Bei Fragen steht ein Forum zur Verfügung, in dem viele Hilfestellungen zu finden sind und auf neue Fragen meist innerhalb von weniger als 24 Stunden reagiert wird (auch an Wochenenden und Feiertagen). Außerdem stehen viele YouTube-Videos zur Lösung von Anwenderfragen bereit. Regelmäßige Schulungen und Anwentreffen helfen, die vielseitigen Einsatzmöglichkeiten von Thera-Pi kennen zu lernen. Sollte man eine Hilfestellung per Fernwartung wünschen, kann man Kontakt aufnehmen mit einem Supporter, der nach Zeitaufwand bezahlt wird.

Thera-Pi ist sehr flexibel und lässt sich problemlos auf den individuellen Praxisalltag anpassen. So kann der User seine eigenen Vorlagen, wie zum Beispiel einen Befund für die Manuelle Lymphdrainage

(MLD), in das Programm integrieren. Mit Variablen ist es möglich, dass Thera-Pi die Patienten- oder Rezeptangaben, wie zum Beispiel die ärztliche Diagnose, automatisch in die Vorlage einfügt. Im Forum finden sich bereits viele Vorlagen, auf die man zurückgreifen kann. Wer sich für Thera-Pi interessiert, kann unter www.thera-pi.org weitere Informationen erhalten.

Hier einige Beispiele für Vorlagen, die ich persönlich in meiner Praxis verwende:

- Einverständniserklärung zur Fotodokumentation,
- MLD-Befund mit automatischer Datenübernahme, Textfeldern und Feldern zum Ankreuzen,
- Umfangsmessungen,
- Termindokumentation/Telefonnotizen,
- Bandagematerialliste,
- Rezeptvorschläge für Kompressionsbestrumpfungen,
- Rezeptänderungsantrag,
- MLD-Therapiebericht.

Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung

Die im Folgenden aufgeführten Gesetze gelten sowohl für die handschriftliche wie auch für die digitale Dokumentation.

Laut §203 Strafgesetzbuch (STGB) ist es verboten, ‚fremde Geheimnisse‘, die man im Zusammenhang mit seiner therapeutischen Tätigkeit erfahren hat, an Dritte weiterzugeben. Auch das Bundesdatenschutzgesetz schreibt vor, wie mit den Patientendaten umgegangen werden muss.

Demnach hat man als Therapeut Sorge zu tragen, dass Patientendaten sicher aufbewahrt werden und nicht für Dritte einsehbar sind [1]. Für den EDV-Arbeitsplatz bedeutet das, dass der PC gesperrt werden muss, sobald er unbeaufsichtigt ist, und dass die Praxissoftware mit einem log-in versehen ist [4]. Weil heutzutage alle PCs mit dem Internet verbunden sind, muss auch darauf geachtet werden, dass eine aktuelle Firewall und ein aktuelles Virenschutzprogramm Fremdzugriffe verhindern. Digitale Daten müssen vor der Übermittlung verschlüsselt werden [4].

Auch die Rahmenverträge der gesetzlichen Krankenkassen verpflichten Therapeuten „...den Schutz der personenbezogene-

nen Daten sicherzustellen...“ (2; §10 Absatz 1,3; §7 Absatz 2).

Das Patientenrechtsgesetz verpflichtet den Therapeuten ebenfalls zur Dokumentation. Auf Wunsch des Patienten muss der Therapeut dem Patienten die erhobenen Daten zur Einsicht vorlegen und ihm Abschriften der Dokumentation zur Verfügung stellen (§630g Bürgerliches Gesetzbuch). Grundsätzliche besteht eine dreijährige Aufbewahrungspflicht der patientenbezogenen Dokumentation nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen wurde [2, 3], wobei „.... die Patientenakte so zu führen ist, dass der ursprüngliche Inhalt der Dokumentation erkennbar bleibt.“ Wenn Änderungen in der Dokumentation erfolgt sind, muss der Zeitpunkt der Änderung erkennbar sein [4]. Es sollten regelmäßige Sicherungskopien auf externen, nicht veränderbaren Medien erstellt werden. Das heißt, dass die Daten verschlüsselt zum Beispiel auf einer DVD gesichert werden sollten [4]. Es gilt zu beachten, dass die Lebensdauer einer DVD u.a. abhängig von der Lagerung ist. Sie kann ggf. nach drei Jahren defekt sein.

Zum Abschluss noch ein weiterer wichtiger Hinweis, der auch den letzten ‚Dokumentationsmuffel‘ wachrütteln sollte: Allein aufgrund von mangelnder Dokumentation kann ein Haftungsprozess verloren werden, ohne tatsächlich einen Behandlungsfehler begangen zu haben [4].

Literatur

1. Gesetze zum Datenschutz, Die wichtigsten Gesetzestexte, Unternehmen Praxis 2014;12:12.
2. Rahmenvertrag zwischen einerseits den Physiotherapie-Berufsverbänden und andererseits dem VdAK und AEV, https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag/_jcr_content/par/download_2/file.res/Rahmenvertrag_Physio_080101.pdf
3. Vertrag zwischen einerseits den Physiotherapie-Berufsverbänden und andererseits der Landesverbände NRW, http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/rla/heilberufe/verträge/physiotherapie/rla_heil_physio_vertrag.pdf
4. Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpflicht, Deutsches Ärzteblatt 2014;111(21), A963-A972.
5. www.thera-pi.org

Korrespondenzadresse

Karin Schiller
Physiotherapie Schiller
Theaterstr. 42, D-52062 Aachen
E-Mail: schiller@dglymph.de