

Die hausärztliche Krankengeschichte

Qualitätszirkel-Arbeit zur Erarbeitung von Guidelines für eine verbesserte Dokumentation der ambulanten, speziell psychosomatischen Krankengeschichte



Pierre Loeb (Moderator), Jürg Gartmann, Pierre Morin, Margrit Peter, Felix Roulet, Heinz Ruegg, Isolde Schmid, Danielle Schütz, Christian Vanoni, Gustav Loretan

Die konsequente Aufzeichnung von Behandlungen in der Krankengeschichte (KG) verlangt viel Zeit und Disziplin. Die kritische Kontrolle der eigenen Aufzeichnungen ist meist frustrierend, zeigt sie doch, wie inkonsequent und lückenhaft diese speziell in den Stresssituationen des Praxisalltags ausfallen. Die Aufzeichnungen aus der psychosomatischen und psychosozialen Anamnese sind besonders zeitintensiv und werden deshalb oft vernachlässigt. Die Ausarbeitung von Guidelines zu diesem Thema trägt den wichtigen Änderungen und Anforderungen durch neue Aufzeichnungs- und Kommunikationsmittel sowie der zunehmenden Forderung nach Akteneinsicht durch unzufriedene Patienten und den strengeren juristischen Gegebenheiten Rechnung. Praktikabilität, Handlungsleitlinien und Widerstände im Umgang mit dem wichtigsten täglichen Werkzeug jedes praktizierenden Arztes werden diskutiert.

Le dossier médical du médecin de premier recours: Travail d'un cercle de qualité en vue de l'élaboration de lignes directrices (guidelines) pour une meilleure documentation du dossier médical dans les soins ambulatoires, spécialement dans le domaine psychosomatique. – L'enregistrement cohérent des traitements dans le dossier médical nécessite beaucoup de temps et de discipline. Le contrôle critique de ses propres enregistrements est souvent frustrant, mais montre pourtant à quel point, en pratique courante, ces relevés peuvent être inadéquats et lacunaires, particulièrement dans les situations de stress. Le relevé des indications fournies par l'anamnèse psychosomatique et psychosociale est particulièrement chronophage et de ce fait souvent négligé. L'élaboration de lignes directrices sur ce thème tient compte des substantiels changements et exigences dans le domaine des supports et moyens de communication, de la tendance accrue des patients à exercer leur droit de regard dans leurs dossiers et du développement des implications juridiques en la matière. L'accessibilité, d'éventuelles lignes directrices de comportement et les résistances à l'égard de l'outil le plus important de tout médecin praticien sont discutées.

Einleitung

In einem Qualitätszirkel von psychosomatisch orientierten Kolleginnen und Kollegen einigte man sich auf das Thema «Dokumentation der ambulanten Krankengeschichte», speziell aus dem Blickwinkel der Dokumentation psychosozialer Informationen und kurzpsychotherapeutischer Interventionen. Die Bearbeitung dieses Themas beschäftigte den Qualitätszirkel von Januar 1997 bis Juni 1998. In der eigenen bisherigen Dokumentationsweise in diesem zentralen Bereich der ärztlichen Tätigkeit fand sich eine allgemeine Unzufriedenheit, insbesondere seit die Herausgabe der Krankengeschichte zur Überprü-

fung der Wirtschaftlichkeit oder durch Ansprüche und Klagen unzufriedener Patienten vermehrt gefordert wird.

Die Erörterung des Themas brachte folgende Fragen und Mängel bezüglich des bisherigen Dokumentationsverhaltens hervor:

- Genügt meine KG-Führung den heutigen Anforderungen?
- Wem bzw. wozu dient eigentlich die KG?
- Wem gehört die KG?
- Was muss in einem Rechtsfall herausgegeben werden?
- Dokumentation objektiver Informationen wie diagnostischer Abklärungen, Konsilien oder Gutachten, Supervision usw.
- Grundsätzliche Begleitfragen der Praktikabilität und der allgemeinen Qualitätsverbesserung im Umgang mit der KG (Blättern, Übersicht und Finden von Daten, offene Fragen, Zeitaufwand,

Wir danken den Experten Frau lic. phil. S. Signer-Fischer, Prof. Dr. med. H. J. Haug und Dr. med. Michael Löwenheck für ihren Besuch in unserem Qualitätszirkel und die Durchsicht dieser Zusammenfassung.

Zufriedenheit des Patienten mit durchgeführten Massnahmen usw.).

- Organisation einer KG: Gibt es eine evaluierte Struktur einer KG, Einlageblätter, elektronische Krankengeschichte, systematisierte Formulare, formalisierte Fragebögen, Zusatzblätter?
- Wann soll was geschrieben werden – während oder nach der Konsultation?
- Objektivität der Sprache (Vergleichbarkeit!), Chronologie versus inhaltliche Bedeutung, Intimität des Patienten und Reflexionen der Ärztin.

Ziel und Zweck der aktuellen Krankengeschichte

Als Hauptziele einer zweckdienlichen Krankengeschichte befand unser Qualitätszirkel die Erfüllung folgender Kriterien, die im weiteren Verlauf als sogenannte Indikatoren¹ verwendet wurden:

- Verlaufsdokumentation;
- Datenquelle;
- Lerninstrument (Selbstkontrolle);
- Qualitätssicherung;
- juristische Absicherung;
- Abrechnungsgrundlage.

Die KG-Führung gehört zu den wichtigen praktischen Dingen, die im Studium nicht gelehrt werden. Den Teilnehmern fiel auch auf, dass die Bedeutung der KG in den letzten Jahren eine parallele Wandlung wie das Arztbild selbst durchgemacht hat. Während speziell die hausärztliche Behandlung früher als «intime» Sprechstunde zwischen Patient und Arzt erfolgte, ist sie heute ein *Behandlungsauftrag* im Sinn des Obligationenrechts², die auch zunehmend Objekt von Unzufriedenheit, Beanstandungen, Anfechtungen und Beschwerdeverfahren wird. Patienten aber auch Dritte wie Kassen, Versicherer, Ge-

richt usw. machen zunehmend von ihrem Auskunftsrecht gemäss DSGVO³ [3] Gebrauch und verlangen Akteneinsicht. Unsere Krankengeschichten-Dokumentation muss somit den Ansprüchen aller drei Parteien genügen – der Patientin, der Ärztin und der obengenannten Dritten.

Methodik

Ist-Zustand (Datenerhebung 1)

Zur Datenerhebung wird die Methode der retrospektiven Analyse unserer Krankengeschichten gewählt. Mit Hilfe der gewählten Indikatoren untersucht jede Teilnehmerin insgesamt 10 dokumentierte Konsultationen. Als Stichtag wird der 01.12.1996 festgelegt, und von den drei ersten «psychosomatischen» Patienten, die uns nach diesem Datum erneut aufsuchen, werden insgesamt 10 frühere KG-Einträge analysiert. Das Resultat sowie einzelne dieser Stichproben werden anlässlich der Qualitätszirkel-Sitzungen den anderen Teilnehmerinnen vorgestellt. Damit findet ein Prozess statt, in dem Vor- und Nachteile der eigenen Dokumentationsweise erörtert werden. Vor allem entsteht daraus auch ein Handlungsbedarf nach Verbesserungen, wobei sich allerdings herausstellt, wie individuell diese Bedürfnisse für die Kolleginnen und Kollegen ausfallen.

Erarbeiten von Grundlagen

Die so erfolgte individuelle Bewertung des eigenen Dokumentationsverhaltens dient als Vergleichsgrundlage für die spätere Datenerhebung nach Erprobung der Veränderungen durch die Handlungsleitlinien. Da sich die Teilnehmerrunde mehrheitlich aus psychosomatisch tätigen Hausärzten zusammensetzt und die unterschiedliche Dokumentationsweise besonders in diesem Bereich auffällt, konzentrieren wir uns in der Auswahl der behandelten Themen auf entsprechende Fragestellungen, ohne die grundsätzlichen Indikatoren ausser Acht zu lassen. Zur Erarbeitung der Handlungsleitlinien werden von der Gruppe drei Experten eingeladen und eine Literaturrecherche durchgeführt, die uns wissenschaftliche Erfahrungen und Unterlagen zuführen sollen.

Prof. Dr. med. H. J. Haug, Mitautor des AMDP-Systems [3–5], stellt uns eine systematische Dokumentationsweise vor, deren Hauptziel die Objektivierbarkeit der klinischen Befunde ist. Die im klinischen Alltag verwendete Terminologie birgt die Gefahr, dass wenig Übereinstimmung im Verständnis der psychopathologischen Begriffe besteht. Durch das angebotene Training des AMDP wird ein standardisierter Gebrauch von Begriffen aus der Psychopatho-

1 (Engl. «performance indicator»). Unter einem Indikator versteht man einen messbaren Ausschnitt der Gesundheitsversorgung, der nach vorhandener Evidenz oder gefundenem Konsens einen wichtigen Teil der Versorgungsqualität widerspiegelt. Diese frühe Indikator-Definition wurde von Lawrence und Marshall erweitert: Indicators are defined as «measurable elements of practice performance» [1] «that are within the control of the person who is delivering the care» [2].

2 Juristische Aspekte der KG-Führung (Dr. P. Buss in Der Basler Arzt, MedGes-Flash, 1996).

3 Gemäss dem seit dem 1. Juli 1994 bestehenden und in diesem Fall anzuwendenden Datenschutzgesetz des Bundes (DSG) steht der Patientin ein umfassendes und sehr weitgehendes Auskunftsrecht zu. Da die Krankengeschichte im Auftrag und im Interesse der Patientin geführt wird, kann die Ärztin die Auskunft nur dann verweigern, einschränken oder aufschieben, wenn und soweit überwiegende Interessen Dritter oder überwiegende eigene Interessen dies erfordern. Quelle: Rechtsauskunft, Website der Medizinischen Gesellschaft Basel (www.medges.ch).

logie eingeführt, welcher sowohl der Diagnostik wie auch der Verlaufsdokumentation dient. Das Training fördert eine gemeinsame Sprache und lehrt die Psychopathologie in differenzierter Weise einzusetzen (z.B. Unterschiede zwischen Illusion, Halluzination, Ich-Störung usw.).

Dr. med. M. Löwenheck, niedergelassener Psychiater und Psychotherapeut FMH, unterscheidet zwei Arten der Krankengeschichte: die juristisch formale und die psychiatrisch dynamische KG und stellt uns den Vorteil der Unterteilung in diese beiden sich ergänzenden Aspekte vor:

Die juristische oder formale KG

Die Idee dieses KG-Teils ist es, alles hier festzuhalten, wofür wir später von Seiten von Versicherungen, Kollegen oder den Patienten bzw. deren Anwälte juristisch belangt werden können: Sitzungsfrequenzen, Daten, Äusserungen über Suizidalität oder Fremdgefährlichkeit, Vereinbarungen, Verträge, Zeugnisse, Berichte, Super- oder Intervisionserkenntnisse, «feste» Diagnose (wird immer in allen Berichten identisch wiederholt, z.B. ICD-10).

Die psychiatrisch-dynamische KG

Dazu gehört der Weg, wie jemand zum Therapeuten gelangt. Gemeinsame Formulierung des Therapieziels, Krankheitswert, den sich die Patientin selbst gibt, aber auch Ressourcen, worauf aufgebaut werden kann, weitere Eckdaten. Zum Schluss erfolgt eine Formulierung einer psychodynamischen Hypothese (im Gegensatz zur «festen» ICD-Diagnose wird diese laufend angepasst und verfeinert). Auch dieser Teil der KG muss nötigenfalls herausgegeben werden, wird aber separat geführt. Inhalte, die niemand wissen darf, werden nirgendwo schriftlich festgehalten.

Erprobte Elemente der Aktenführung

Als dritte Expertin empfangen wir Frau lic. phil. S. Signer-Fischer, Psychologin und Psychotherapeutin FSP, Leiterin der Familien- und Erziehungsberatung in Basel. Sie arbeitet systemisch sowie mit Hypnose bei Kindern und Jugendlichen. Sie weist darauf hin, dass der Zweck der Aktenführung, nämlich die Unterstützung einer effektiven und effizienten Behandlung, mit einer praktikablen Erledigung verbunden werden sollte. Festgehalten werden sollten: stattgefundenene Telefonate, Konsultationen, Abmachungen – zum Beispiel über die Erlaubnis zur Kontaktaufnahme mit dem Psychotherapeuten – der Verlauf der Therapie – ihre Ziele, Interventionen, Diagnose, Beobachtungen und Hypothesen.

Ihre pointierten Ausführungen weisen auf die weitreichende Konsequenz, dass heute zunehmend Ein-

sicht in die Krankengeschichten verlangt wird und somit auch folgerichtig die Einträge so formuliert werden sollten, dass diese für den Einsicht nehmenden Patienten hilfreich und heilsam wirken. Die Daten in der Krankengeschichte sollten so festgehalten werden, dass verschiedene behandelnde Therapeuten diese lesen und studieren können. Auch der psychotherapeutisch tätige Grundversorger, vor allem in Gruppenpraxen, muss sich dieser neuen Situation anpassen.

Eine Literaturrecherche ergibt wenig neue Gesichtspunkte [6]. Blaser et al. [7] verlangen als wichtigste Anforderungen der Dokumentation: Lesbarkeit, klare Strukturierung, Vereinheitlichung von Abkürzungen und Verfügbarkeit der aufgezeichneten Daten. Hierzu bezeichnet Robert F. Rakel [8–10] vier wichtige Kernelemente: (1) die Problemliste, (2) der Behandlungsplan, (3) die Verlaufsnotizen und (4) die Datensammlung.

Die Problemliste (als Dokument auffällig, z.B. farbig, damit in der KG leicht auffindbar) beinhaltet alles, was eine Diagnose an Kontrollen oder speziellem Management erfordert (bestehende Krankheiten, familiäre Belastungen, Risikoverhalten, Erinnerungen für periodische Kontrolluntersuchungen, psychosoziale Probleme usw.). Weiter werden aktive von inaktiven Problemen unterschieden. Ziel davon ist die Erinnerung an Grundprobleme, um bei akuten Situationen den Überblick zu behalten. Auf diesem Kernstück der KG sollen alle erhobenen Befunde festgehalten werden: «Record what is known, not what is supposed!»

Im Behandlungsplan lässt sich die aktuelle Medikation festhalten (Medikamente, Generika, Dosis, Packungsgrösse, Rezeptierdaten, Verfall Dauerrezept, frühere Medikamente und deren Nebenwirkungen und Interaktionen, Allergien usw.).

Die juristischen Bedingungen bei der Führung einer KG lässt die Kollegen immer wieder erzittern. Aus unerklärlichen Gründen glauben viele Kollegen noch immer, die KG oder zumindest ihre persönlichen handschriftlichen Eintragungen seien geheim und müssten bei einer geforderten Akteneinsicht nicht herausgegeben werden. Alle Recherchen und speziell der Beobachterband «Patientenrecht» [11] belehren uns eines anderen. Es soll hier nochmals erwähnt werden, dass ausschliesslich überwiegende Interessen eines Dritten oder eigene Interessen als Ausnahme angeführt werden.

Als weitere Möglichkeiten der Strukturierung und Vereinheitlichung in der KG-Aufzeichnung werden der Gruppe die Symbole für Genogramme sowie diverse formalisierte Fragebögen (Mini-Mental-Test, Beck-Depressionsskala, Schmerz-Barometer, Prime MD, Prostata-Score usw.) vorgestellt.

Erarbeitung von Guidelines (Handlungsleitlinien)

Mit den erhaltenen Informationen und dem Wunsch nach Veränderung der als ungenügend oder unbefriedigend eingestuften eigenen Dokumentationsverfahren einigt sich die Gruppe nach einem längeren Prozess auf folgende minimale Handlungsrichtlinien:

- Verwendung standardisierter Formulare;
- einheitliche und verständliche Abkürzungen;
- Lesbarkeit (damit KG auch für Dritte verständlich und lesbar ist, sollen längere Einträge diktiert oder direkt elektronisch erfasst werden);
- Einträge so formulieren, dass sie für den (allenfalls) Einsicht nehmenden Patienten hilfreich und heilsam wirken;
- Erfassung objektiver Daten (Konsultationslänge, Zeitaufwand in Abwesenheit des Patienten, Medikamente, Darreichungsform und NW, Untersuchungsergebnisse usw.).

Als Hilfsmittel und zur Kennzeichnung der neuen KG-Dokumentation soll die KG versuchsweise in einer «Zwei-Spalten-Technik» (Unterteilung in objektiv-formale und subjektiv-deskriptive Fakten) geführt werden. Dieses Hilfsmittel dient:

- erstens als Gedankenstütze, um erfolgreich eine neue Technik in so automatisierte Gewohnheits-handlungen wie KG-Schreiben einzuführen;
- zweitens sollen durch die Trennung von objektiven und individuell-subjektiven Daten die oben erwähnten Ziele der schnellen Verfügbarkeit und Übersicht von Daten sowie die bessere Lesbarkeit der Verlaufsbeschreibung eingeübt und erfüllt werden.

Die *linke Spalte* enthält alle obligaten Daten und Befunde. Allgemein werden Datum, Konsultationszeit und -zahl, zusätzlicher Zeitaufwand, rezeptierte oder abgegebene Medikamente mit deren Dosierung und Packungsgrösse, Erfolg und Nebenwirkungen festgehalten. Weitere juristisch bedeutende Fakten sind: Einträge über Risikofaktoren, Befindlichkeit des Patienten, Suizidalität, Fremdgefährlichkeit, Entscheidungen nach erfolgten Konsilien und Kontrolluntersuchungen, Behandlungsplan, Supervision usw.

Die *rechte Spalte* enthält prozessorientierte Angaben wie Zitate aus dem Dialog zwischen Arzt und Patient, Interventionen und Interpretationen sowie die Reaktionen darauf.

Diese Aufzeichnungsweise ist im Bereich der somatischen Medizin nicht unbekannt. Die linke Spalte beinhaltet objektive Befunde wie Messwerte, posi-

tiv/negativ-Resultate usw.; die rechte Spalte Interpretationen, Hypothesen, Differentialdiagnosen usw.

Planung und Evaluation von Veränderungen

Aufgrund der eingangs erwähnten erheblichen Unterschiede in der individuellen Gestaltung von Konsultationsbedingungen, Gewichtung psychosomatisch-psychosozialer Gesprächsführung und bisheriger Dokumentationsverfahren in den verschiedenen Praxen scheint uns die Schaffung einer einheitlichen, für alle gültigen, KG-Führung nicht realisierbar und zu eingreifend. Daher wird zu Gunsten einer katamnestic Untersuchung auf eine zweite systematische Datenerhebung verzichtet.

Ein Jahr nach Beginn der Auseinandersetzung mit unserem Thema werden die eingetretenen Veränderungen unter den Teilnehmerinnen katamnestic bewertet.

Fünf Jahre später erfolgt eine schriftliche Umfrage bei den ehemaligen Teilnehmern dieses Qualitätszirkels und dieser 1997 erstmals verfasste Bericht wird überarbeitet und mit den individuellen Erfahrungen ergänzt.

Wie viel der aus dieser Qualitätszirkelarbeit gewonnenen Eindrücke und Informationen in den Alltag übernommen werden konnte, zeigt sich aus den beiden Umfragen. Während einige Kollegen ihre KG-Führung radikal geändert haben wollen, belassen es andere dabei, einzelne Konzepte in ihren Praxisalltag zu übernehmen.

Resultate

Die Einführung der «Zwei-Spalten-Technik» mit den durch die erarbeiteten Handlungsleitlinien erweiterten Punkten verlangt eine neue Aufzeichnungsdisziplin, die nicht durch alle Teilnehmer konsequent genutzt wurde. Wenn auch alle Qualitätszirkel-Teilnehmer von der Erarbeitung der Leitlinien viel profitiert hatten, gelang es aus Zeit-, Disziplin-, Gewohnheits- und Überzeugungsgründen nicht überall, die neuen Bedingungen – auch nur probeweise – zu übernehmen. Weitere Schwierigkeiten lagen darin, bereits konventionell begonnene KG in ihrer Form abzuändern und die Neuerung durchzusetzen. Einige Kollegen und Kolleginnen wendeten die Handlungsleitlinien ausschliesslich in KG von «psychosomatischen» Patienten an und verzichteten bei «rein somatischen» Patienten auf die Anwendung – eine Unterteilung, die andere Kollegen wiederum nicht akzeptieren konnten.

Veränderungen im Umgang mit der KG-Aufzeichnung nach dem ersten Jahr

Einige Beispiele aus der zweiten Datenerhebung (Katamnese, ein Jahr nach Beginn der Arbeit mit diesem Thema):

- Praktisch alle Qualitätszirkel-Teilnehmer haben mit oder ohne generelle Verwendung der «Zwei-Spalten-Technik» Supervisionsrésümés, Rücksprachen bei Kollegen, Gutachten- oder Untersuchungsergebnisse konsequenter dokumentiert.

- Entsprechend wurde in der KG auch vermehrt festgehalten, dass der Patient vor einem technischen Eingriff (Punktion, Kleinchirurgie) sowie bei Medikamenten über allfällige Nebenwirkungen oder Risiken aufgeklärt wurde.

- Viele verwenden konsequent mehr Abkürzungen und nutzen jetzt neu strukturierte Fragebögen, Tests bzw. Punktskalen (Hamilton, CFS, MiniMental usw.).

- Während der Sitzung werden meist nur Stichworte, Süssessätze, Traumberichte auf einem Handzettel notiert, während die eigentliche Dokumentation erst nachdem der Patient das Zimmer bereits verlassen hat, beginnt. Bei der Dokumentation während der Therapiesitzung geht zuviel spontane sowie intuitive nonverbale Kommunikation und Empathie verloren. Bei der Dokumentation ausschliesslich nach dem Gespräch mit dem Patienten können oft wichtige Zitate oder Flashes (Balint [11]) nicht im Originalwortlaut des Patienten erinnert und dokumentiert werden.

- Zunehmend erfolgt die Dokumentation auf Computer oder wird diktiert. Die einfachere Lesbarkeit ermöglicht einen viel schnelleren Überblick auch kurz vor der nächsten Sitzung. Eintragungen können bequem z.B. in Anamneseformulare kopiert oder für Überweisungen und Berichte verwendet und weiterverarbeitet werden.

- Durch die Spaltentechnik oder dank spezieller Gliederung sind die Diagnosen sofort auffindbar und lassen sich einfach aktualisieren.

- Zum Datenschutz werden Patientendateien nicht unter deren Namen, sondern unter einer geschützten anonymen KG-Nummer im Computer abgespeichert und gesichert.

- Führt man diese neue Dokumentationsarbeit konsequent durch, muss das Zeitmanagement entsprechend angepasst werden, will man nicht, dass es zu Wartezeiten vor den Therapiesitzungen führt. Die Dokumentation war bisher integraler Teil der vergüteten Therapiezeit (kantonale unterschiedlich gehandhabt) und wird nach neuem Tarmed-Tarif (jedenfalls bei den psychiatrischen Positionen) als ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten separat aufgeführt.

- Von den meisten Kolleginnen und Kollegen werden alle fünf bis zehn Sitzungen «Standortbestimmungen» durchgeführt, wobei der bisherige Verlauf, die hilfreichen Interventionen und das weitere Vorgehen mit der Patientin gemeinsam erörtert und im Anschluss darauf in der Krankengeschichte zusammenfassend dokumentiert wird.

Veränderungen nach 5 Jahren

Feedbacks und Veränderungen im Umgang mit der KG-Aufzeichnung aus der dritten Datenerhebung (Katamnese, 5 Jahre nach Beginn der Arbeit mit diesem Thema):

- *Teilnehmer A: Was mir geblieben ist und mir heute hilft: Numerierung der Therapiesitzungen (linke Spalte), Rezeptierungen (rechte Spalte), Abkürzung: S: subj, O: obj, B: Beurteilung, P: Procedere, I: Intervention (bei psychosomatischen Problemen), HA: Hausaufgaben, Gü: Gegenübertragung, «lkj-kjdf» (Verbatimsätze) bei expliziten Äusserungen, die mir juristisch bedeutsam erscheinen: Bsp. Suizidalität abgefragt oder bei Roaccutantherapie explizit auf Verhütungszwang hingewiesen oder: weitere Abklärung dringend empfohlen usw. Alle Zeichnungen, Fragebögen, HA usw. kopiert in separatem Mäppchen. «Zweispaltentechnik» hat sich, da als zu kompliziert, nicht bewährt. Versuche immer, Patienten positiv zu kommentieren!*

- *Teilnehmer B: Ich habe nicht viel geändert (formal), aber alle Gedanken dieses Artikels sind doch irgendwie im Hinterkopf, so dass ich jetzt viel bewusster aufschreibe.*

- *Teilnehmer C: Ich verwende eine Worttabelle mit zwei Spalten: In meiner linken Spalte steht das Datum, die Sitzungsnummer, die Zeit (neu Sitzungs- und Aufzeichnungszeit), die neu verabreichten oder geänderten Medikamente, besondere Zustände (Aggressivität, Suizidalität, Süssessitzung, unbefriedigende Sitzung). In der rechten breiteren Spalte vermerke ich den Verlauf, wobei ich mich bemühe, Verbatim-Zitate in Anführungszeichen zu setzen, Reaktionen auf Interventionen aufzuführen und immer vor Augen habe, dass der Patient meine Einträge einmal lesen könnte. Praktisch sind auch die diversen farbigen Einlageblätter, die es mir ermöglichen, viel schneller die gewünschte Information zu finden: Problemliste mit Diagnosen und Jahr der Entdeckung, notwendige Kontrolluntersuchungen; Medikamentenliste, mit Liste von NW, weshalb ein Medikament abgesetzt wurde. Darreichungsform, Dauerrezept.*

- *Teilnehmer D: Die psychosomatischen Patienten sind bei mir in der Minderzahl. Sie haben sporadisch auch psychosomatische oder rein psychische Probleme. Und ich habe auch Patienten mit überwiegend psychischen Problemen (chronische Depression, Schi-*

zophrenie). Die Zweiteilung der Krankengeschichte ergab deshalb ganz unterschiedlich ausgefüllte Spalten, was zu Platzproblemen in der Krankengeschichte führte. Ich hörte deswegen wieder damit auf. Für mich denkbar wäre, die somatischen und psychischen Anteile farblich unterschiedlich mit Fettstift zu markieren, was eine Auffindung früherer Einträge erleichtern könnte.

■ Teilnehmer E: Meine KG-Führung hat sich formell nicht geändert seit unserem Kurs. Aber die rechtlichen und andere Aspekte der KG-Führung haben eine vermehrte Gewichtung bekommen. Auch weiss ich eher, was für Folgen aus der KG-Führung auf mich zukommen können.

■ Teilnehmer F: Ich habe zwar die Zweispaltentechnik nicht so weiter geführt, da für mich zu kompliziert, doch für meine Bedürfnisse abgeändert: Jede Konsultation beginnt unter dem Datum und Zeitdauer der Konsultation mit Nachfragen, wie es dem Patienten ergangen und was inzwischen passiert ist und woran wir in der heutigen Stunde arbeiten wollen. Danach Notizen über juristische und andere Fakten, wie z.B. Medikation, Änderungen, Gründe dafür usw. Im zweiten Teil notiere ich meine Arbeit mit dem Patienten stichwortartig und gebrauche die neu eingeführten Abkürzungen: z.B. Psy für meine Interventionen, anderes Symbol für Hausaufgaben, evtl. Symbol für Hypothese resp. Hypothesenänderungen usw. Da schreibe ich auch wichtige Sätze im Wortlaut auf oder reflektiere meine «Gegenübertragung» und evtl. Konfrontation damit. Zu unterst werden die Hausaufgaben vermerkt, damit in der nächsten Konsultation sofort sichtbar. Manchmal füge ich zu einem späteren Zeitpunkt noch Anmerkungen bei. Generell notiere ich sorgfältiger und viel bewusster in der Formulierung im Wissen, dass ich jederzeit diese KG rausgeben müsste. Ich vermeide bewusst «beleidigende» Ausdrücke! Alles was rausgeht wird kopiert! Ein Zufall: am Freitag, 25.04.03 geschah das Unerwartete: Die Tochter einer «schwierigen» Patientin mit Tinnitus und Depression mit stark versteckter Aggression telefonierte und teilte mit, dass ihre Mutter nun zu einem anderem Therapeuten gehe und sie die KG gerne ausgehändigt hätte! Nun postwendend habe ich die KG kopiert und mich absolut gut gefühlt bei der Durchsicht, da ich finde, das Wesentliche ist drin, ich habe korrekt gehandelt, habe auch in der KG die Themen wie z.B. immer wieder Absetzen der notwendigen antidepressiven Therapie mit anschliessender Verschlechterung des Gesundheitszustandes gut dokumentiert usw.

Zusammenfassung zu den Teilnehmer-Äusserungen

Die konsequente Dokumentation ist zwar aufwendig und verlangt einige Disziplin, sie bringt dafür mehr Transparenz und Sicherheit in die einzelnen Sitzungen und damit in den gesamten Therapieverlauf. Die gewählten Indikatoren haben sich als wichtige Pfeiler bewährt:

- Verwendung standardisierter Formulare zur Objektivierung und Vereinheitlichung der Befunde; entsprechend genaue Verwendung psychopathologischer Begriffe.
- Lesbarkeit und Verwendung eingeführter Abkürzungen, damit KG auch für Dritte verständlich und lesbar ist. Längere Einträge sollen diktiert oder direkt in einer elektronischen Form erfasst werden.
- Einträge sind so zu formulieren, dass sie für den (allenfalls) Einsicht nehmenden Patienten hilfreich und heilsam wirken.
- Die Erfassung objektiver Daten (Zeitaufwand, Medikamente, Darreichungsform und NW, Untersuchungsergebnisse usw. kann durch eine entsprechend aufbereitete Eingabemaske vereinfacht werden – ein gewisser Zeitaufwand und Disziplin ist unumgänglich und kann durch die Honorierung (neu im Tarmed «Ärztliche Leistung in Abwesenheit des Patienten» oder «Nicht formalisierter, mittlerer Bericht» an zuweisenden Arzt) begünstigt werden.

10 Punkte für eine bessere und strukturierte Dokumentation der Krankengeschichte

Verwendung einer Problemliste (mit Unterscheidung von aktuell aktiven und passiven Problemen. «Record what is known, not what is supposed!»)

Erinnerung an periodisch notwendige Kontrolluntersuchungen (z.B. bei familiärer Belastung wie Diabetes, Kolonkarzinom, Mammakarzinom).

Verwendung eines Behandlungsplans mit (aktueller) Medikamentenliste, allfällig notwendige Laborkontrollen, NW, die zum Absetzen des Medikamentes geführt haben.

Verwendung einer Liste durchgeführter Untersuchungen (Datum, Befund, Konsequenzen).

Verwendung standardisierter Formulare (z.B. Hamilton-Depressionsskala, Mini-Mental-Status, Beck-Depressions-Inventar (BDI), Prostatasympptome (IPSS), Prime MD usw.).

Verwendung von definierten Abkürzungen häufig benötigter Begriffe.

Lesbarkeit, damit KG-Einträge auch für Dritte verständlich dokumentiert sind. Längere Einträge diktieren oder elektronisch eingeben.

Festhalten juristisch relevanter Interventionen: Aufklärung über Nebenwirkungen und möglichen Komplikationen (z.B. Eingriffe/ Punktionen) sowie bei Konsilien, Supervision, Massnahmen bei Suizidalität, Selbst- oder Fremdgefährlichkeit, Anmeldung bei Institutionen, Aufklärung und Information von Familienmitgliedern, Lebenspartner oder Vorgesetzten.

Einträge so formulieren, dass diese für den Einsicht nehmenden Patienten hilfreich wären und heilsam wirken würden.

Evtl.: Zwei-Spalten-Technik zur Unterteilung in objektiv-formale und subjektiv-deskriptive Fakten (speziell bei psychosomatisch-psychosozialer Dokumentation).

Literatur

- 1 Lawrence M, Olesen F, et al. Indicators of quality health care. Eur J Gen Pract 1997;3:103–8.
- 2 Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland M, eds. Quality indicators for general practice: A practical guide for health professionals and managers. London: Royal Society of Medicine; 2002.
- 3 Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 7. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2000.
- 4 Haug H-J, Stieglitz R-D. Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- 5 Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Hans Huber; 2001.
- 6 Laireiter A-R, Baumann U. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag; 1998.
- 7 Blaser A, Heim A, Ringer C, Thommen M. Problemorientierte Psychotherapie – ein integratives Konzept. Bern: Hans Huber; 1992.
- 8 Rakel RE. The Problem-Oriented Medical Record (POMR). Am Fam Phys 1974;10:100–11.
- 9 Rakel RE. Textbook of Family Practice, 4th ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1990.
- 10 Rakel RE, Kersey R. Essentials of Family Practice. Philadelphia: W. B. Saunders; 1998.
- 11 Balint M. Der Arzt, sein Patient und seine Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta; 1957.
- 12 Lamprecht F, Johnen R, Hrsg. Salutogenese – ein neues Konzept in der Psychosomatik? Frankfurt: VAS Verlag für Akademische Schriften; 1994.

Dr. med. Pierre Loeb
Allgemeine Praxis und Psychosomatische Medizin APPM
Postfach
CH-4008 Basel
loeb@hin.ch

Alle von der PrimaryCare-Redaktion akzeptierten Qualitätszirkel-Beiträge werden mit 500.– SFr. honoriert. Diese Unterstützung der Aktivitäten der Qualitätszirkel wird durch ein Sponsoring der Firma Pfizer ermöglicht (siehe auch Editorial in PrimaryCare, Heft 23/2002).

Diese Beiträge sind jedoch vollkommen unabhängig von diesem Sponsoring entstanden und werden erst nach redaktionellem Review-Prozess dafür vorgeschlagen.

Auszüge aus dem Beobachter-Ratgeber «Patientenrecht» zur Herausgabepflicht der Krankengeschichte

Das Führen einer Krankengeschichte ist nicht dem Belieben des Arztes überlassen. Vielmehr besteht eine eigentliche Dokumentationspflicht. Für das privatärztliche Vertragsverhältnis ergibt sie sich aus dem Persönlichkeitsrecht des Patienten, insbesondere auch aus dem Auftragsrecht (Art. 400 OR), wonach der Beauftragte schuldig ist, auf Verlangen jederzeit über seine Geschäftsführung Rechenschaft abzulegen (S. 112).

Die Aufzeichnungen sollten so geschrieben sein, dass sie auch für den Patienten und allenfalls in Frage kommende Drittpersonen lesbar und verständlich sind. Nötigenfalls hat der Arzt auf Verlangen Abschriften zu erstellen (S. 115).

Aufgrund des neuen DSGVO (Datenschutzgesetzes) besteht eine klare gesetzliche Grundlage für das Auskunftsrecht gegenüber Ärzten und das Einsichtsrecht in die Krankengeschichte, soweit es sich um Privatärzte mit eigener Praxis und um Privatspitäler handelt. Nach Art. 8 Abs. 2 Bst. a DSGVO muss der Inhaber der Datensammlung einer Person alle über sie in der Datensammlung vorhandenen Daten mitteilen. Der Arzt hat somit den Patienten sämtliche in der Datensammlung enthaltenen Personendaten, die sich auf sie beziehen, bekannt zu geben – und zwar im gesamten Umfang. Es gibt keine geheimen Angaben, Urkunden und Notizen, in welche der Patient keine Einsicht haben dürfte.

Das Datenschutzgesetz unterscheidet auch nicht zwischen objektiven und subjektiven Bestandteilen der Krankengeschichte oder «persönlichen Notizen».

Um allfälligen Ausreden des Arztes vorbeugen zu können und um sicher zu sein, dass man Kopien der vollständigen Krankengeschichte und sämtlicher dazu gehörenden Unterlagen erhalten hat, empfiehlt es sich, vom Arzt eine sogenannte Vollständigkeitsklärung zu verlangen. So wäre beispielsweise etwa die folgende Erklärung zu verlangen: «Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Ihnen in Kopie zugestellten Krankengeschichte und der dazu gehörenden Unterlagen» (S. 118).

Der Einwand, die Wahrheit sei dem Patienten nicht zuzumuten und schade seiner Gesundheit, ist nicht stichhaltig. (...) Gewisse Ausnahmen können sich höchstens in der Psychiatrie ergeben. Dabei kann es sich aber nur um schwerste Fälle handeln, bei denen der Patient akut stark gefährdet ist. Doch selbst in solchen Fällen muss wenigstens einem Vertrauten des Patienten die Einsichtnahme gewährt werden.

Grundsätzlich hat jedoch auch der psychisch kranke Mensch ein uneingeschränktes Recht auf seine Patientendokumentation (S. 120).

Der Patient kann nicht angehalten werden, die Krankengeschichte in der Praxis und gar nur unter Kontrolle des Arztes einzusehen. Soweit das Bundesgesetz über den Datenschutz zur Anwendung gelangt, ist dies unmissverständlich geregelt: «Die Auskunft ist in der Regel schriftlich, in Form eines Ausdrucks oder einer Fotokopie sowie kostenlos zu erteilen» (Art. 8 Abs. 5).

Die Gründe, welche Patienten zur Einsichtnahme veranlassen, müssen nicht erwähnt werden. Soll der Arzt für einen vermuteten Fehler haftbar gemacht werden, wird er dies noch früh genug erfahren. Wenn er nicht zuvoraus weiss, welche Einzelheiten den Patienten interessieren, wird es ihm auch weniger möglich sein, die Krankengeschichte zu manipulieren oder Urkunden zurückzubehalten (S. 123).

Auszug aus: Beobachter-Ratgeber «Patientenrecht», 2., vollständig überarbeitete Auflage 1998, Beobachter-Buchverlag.

www.beobachter.ch/buchshop

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Beobachter-Buchverlages.