

Die Dokumentation der Pflege und die Pflege der Dokumentation

Ein Praktikumsbericht von Elisa Timmer aus der LVR-Klinik Bonn im Frühjahr 2024

Während der Ausbildung haben Auszubildende FaMIs (Fachangestellte für Medien- und Informationsdienste) die Möglichkeit, im Rahmen von Praktika andere Einrichtungen und Fachrichtungen kennenzulernen. Als Einrichtung für mein erstes Praktikum fiel meine Wahl auf die LVR-Klinik Bonn, hier wollte ich den Bereich der medizinischen Dokumentation kennenlernen. In diesem Bericht möchte ich, die FaMI-Auszubildende des Stadtarchivs Troisdorf, meine Erfahrungen während meines Praktikums im Zeitraum vom 6. Mai bis 7. Juni 2024 bei der LVR-Klinik wiedergeben.

Der erste Eindruck

An meinem ersten Tag traf ich bei der Stabstelle Pflegedirektion ein und wurde dort freundlich begrüßt. Dort traf ich Lisa Mennicken, welche für die Dauer des Praktikums für mich zuständig sein würde. Dann ging es schon direkt mit in die Pflegedienstleitungsrunde, ein wöchentliches Meeting, bei dem sich die Leitungen aller Stabstellen der Pflege untereinander austauschen. Schon an diesem Punkt war mir sofort klar, dass ich in meinem Praktikum einen sehr umfassenden Einblick in nicht nur die Dokumentation, sondern in den Alltag und die Organisation der Pflege als Ganzes erhalten würde. Im Anschluss an das Meeting hatte ich dann auch direkt die Möglichkeit, meine vielen Fragen zu stellen und auch zum Teil selber zu entscheiden, welche Bereiche ich in den kommenden Wochen kennenlernen würde.

Mir war klar: ich wollte so gut wie möglich den gesamten Weg der Information kennenlernen und verstehen. Von der Behandlung der Patienten und der anschließenden Dokumentation an bis dahin, wo diese Daten dann am Ende landen. Warum ist die Dokumentation so wichtig? Wer ist alles an diesen Prozessen beteiligt? Und wie wird sichergestellt, dass alles so funktioniert, wie es soll?

Von der Behandlung bis zur Abrechnung – und weiter

Ich fing quasi am Anfang des Prozesses an. So verbrachte ich zunächst Zeit auf einer der offenen Stationen und erhielt dort einen Einblick in den Patientenalltag. Ich durfte sogar bei einer Gruppentherapie mit dabei sein. Anschließend konnte ich sehen, wie diese Maßnahmen vom Pflegepersonal im System dokumentiert werden und durfte mir das System und die Dokumentation darin im Detail ansehen.

Für jeden Patienten wird für jede Schicht alles Relevante – durchgeführte Maßnahmen, besondere Ereignisse, der Zustand des Patienten – vom Pflegepersonal im KIS – dem Krankenhausinformationssystem – dokumentiert. Durch dieses System ist der Behandlungs- bzw. Pflegeverlauf für alle an der Behandlung beteiligten Parteien einsehbar und nachvollziehbar. Hier sind alle wichtigen Informationen zum Patienten an einer Stelle verknüpft.

Für die Dokumentation gelten bestimmte Standards und Richtlinien, denn es ist sehr wichtig, dass alles einheitlich und den Vorschriften entsprechend festgehalten wird. Wie dies überprüft und sichergestellt wird, sah ich bei den Audits.

Pflege-Audits werden für jede Station zweimal jährlich durchgeführt; hier wird die Dokumentation durch das Personal auf den einzelnen Stationen evaluiert und Fragen oder Unsicherheiten werden im Gespräch geklärt. Ich durfte Frau Mennicken auf zwei solcher Audits begleiten. Um die Dokumentation zu prüfen, wurde im System ein Patient, welcher schon länger dort gewesen war, als Beispiel-Patient ausgewählt. Anhand der Pflegedokumentation dieses Patienten wurde dann der Audit-Bogen ausgefüllt.

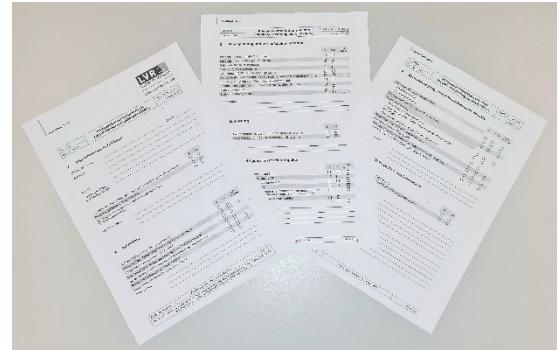


Abbildung 1: Audit-Bogen für die Pflegedokumentation

Um sicherzugehen, dass das ganze Pflegepersonal weiß, worauf sie bei der Dokumentation achten müssen, bieten Frau Mennicken und ihre Kollegin regelmäßige Schulungen an. Ich selbst war bei einigen dieser Schulungen dabei und konnte auch selber sehr viel lernen.

In der Pflege muss alles sehr genau dokumentiert werden, unter anderem aus Gründen der Rechtssicherheit und für die Abrechnung. Im Bereich der Psychiatrie ist dies, wie ich lernte, besonders wichtig, denn auch bei Personen mit der gleichen Diagnose, etwa einer Depression, gibt es starke Unterschiede in der Schwere der Erkrankung und in der nötigen Behandlung. Somit reicht es für die Abrechnung nicht, nur die Diagnose festzuhalten.

„Was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht“

Diesen Satz hörte ich bei den Schulungen und den Audits immer wieder. Denn auch, wenn Maßnahmen durchgeführt und Pflichten erfüllt werden, ist es die Dokumentation dieser Tätigkeiten, mit der sich die Klinik schlussendlich auch gegenüber den Krankenkassen rechtfertigen muss. Wenn das Gemachte nicht ordentlich dokumentiert ist, gibt es keinen Nachweis und es kann nicht abgerechnet werden. Dies mag banal klingen, aber es geht bei der Abrechnung zum Teil um sehr hohe Geldbeträge, welche durch falsche oder fehlende Dokumentation verloren gehen können.



Abbildung 2: Richtlinien und Schlüssel zu ICD- und OPS-Codes

Wie genau dann aus der krankenhausinternen Dokumentation die Daten und Codes für die Abrechnung werden, lernte ich in der Codierung, wo ich ebenfalls ein paar Tage meines Praktikums verbringen durfte. Hier wurde mir gezeigt, wie die Kerninformationen aus der Dokumentation in die Codes für die Krankenkassen umgewandelt werden. Die Wichtigkeit der korrekten Dokumentation bis ins Detail wurde hier für mich offensichtlich. Um zu prüfen, ob alle Leistungen eines eventuell langen und teuren Klinikaufenthalts strikt „notwendig“ waren,

werden von den Krankenkassen regelmäßig Gutachten durch den Medizinischen Dienst angeordnet, welcher darin die komplette Dokumentation prüft. Ein solches Gutachten traf während meiner Zeit in der Codierung ein und ich durfte mir dieses anschauen und mit der Dokumentation im System vergleichen.

In der Codierung wurde auch der Weg der Information, von Station bis Abrechnung, deutlich, und ich merkte, wie gut es war, vorher auf Station und bei den Audits gewesen zu sein. Ich war erfreut, dass ich mir unter einigen der dokumentierten Begriffe tatsächlich etwas vorstellen konnte. Ebenso konnte ich rückblickend besser verstehen, was die Dokumentation, die ich mitverfolgen konnte, am Ende für die Codierung bedeuten würde. Ich sah Fakten und Berichte in Codes umgewandelt werden, welche ohne diesen Kontext für mich wenig Bedeutung gehabt hätten.

Zuletzt hatte ich auch die Möglichkeit, Erfahrungen in einem mir eher bekannten Umfeld zu sammeln – dem Archiv der Klinik. Nachdem sie ihren Weg durch die Codierung gefunden haben, landen die Patientenakten schlussendlich, in digitalisierter Form, im Archiv. Das Einscannen der Formulare geschieht zum Teil bereits auf den Stationen, dieser Vorgang wird aber bei Bedarf im Archiv ergänzt und die Dokumente zu der endgültigen digitalen Akte zusammengeführt. Oftmals fragen ehemalige Patienten im Archiv ihre Patientenakten an; auch der Medizinische Dienst kann hier Unterlagen für Gutachten anfragen. Aber auch einige historische Patientenakten und Unterlagen finden sich im Archiv der Klinik. So half ich unter anderem dabei, Unterlagen von einigen Patienten aus der NS-Zeit zu Zwecken der historischen Recherche herauszusuchen.

Abstecher in die Bibliothek

Schon zu Beginn meines Praktikums wurde ich auf die klinikeigene Bibliothek aufmerksam. Ich bekundete mein Interesse und durfte zwei Tage des Praktikums dort verbringen.



Abbildung 4: Bücher in der Bibliothek

In der Fach- und Patientenbibliothek haben die Mitarbeiter der LVR-Klinik Bonn die Möglichkeit, Fachliteratur und Fachzeitschriften zu lesen und auszuleihen. Patienten finden hier ein breites Angebot an Büchern und Zeitschriften. Ich war überrascht, wie groß und gut ausgestattet diese Bibliothek war. Besonders das große Angebot an Fachliteratur beeindruckte mich. Hier konnte ich auch tüchtig mit anpacken, denn es galt, die älteren Exemplare der vielen Fachzeitschriften in Kartons umzupacken und umzuräumen, um Platz für neue Literatur zu schaffen.



Abbildung 3: Das ausgewählte Büchersortiment des Bücherwagens in der Cafeteria regt zum Lesen an

Durch ein Praktikum in der Dokumentation – und weiter

Fast zu schnell endete mein Praktikum auch schon wieder, nachdem ich meinen letzten Tag noch einmal auf der Station verbrachte, auf der ich zu Anfang meine ersten Eindrücke von der Welt der medizinischen bzw. pflegerischen Dokumentation machte. Hier konnte ich reflektieren und wirklich klar feststellen, wie sehr sich mein Verständnis der Dokumentation und der Vorgänge in der Klinik insgesamt verändert und entwickelt hatte.

Ich danke Frau Mennicken und den vielen Mitarbeitern der LVR-Klinik Bonn, welche mich alle äußerst freundlich aufnahmen und mir alles zeigten. Ich konnte während meiner Zeit dort viele neue Erfahrungen sammeln welche ich auf meinen weiteren Weg mitnehme.