

Dokumentation in der Hausarztpraxis – eine qualitative Studie

Documentation in Family Practice – a Qualitative Study

Maria Richter¹, Steffen Fleißa², Jean-François Chenot², G. Weckmann², Annekathrin Haase²

Hintergrund: Die Dokumentation ist eine wichtige Aufgabe und Pflicht im hausärztlichen Praxisalltag. Dabei werden besondere Ansprüche durch gesetzliche Vorgaben sowie wachsende Qualitätsanforderungen an die Hausärzte gestellt. Bisher wurde die Dokumentation in deutschen Hausarztpraxen wenig untersucht. Ziel der Studie war eine Erfassung der Struktur und des Umfangs der Dokumentation in der Hausarztpraxis sowie der Motivation bzw. der Barrieren für sachgerechte Dokumentation.

Methoden: Es wurde eine qualitative Studie auf Basis von Experteninterviews mit 25 Hausärzten mit Sitz im Landkreis Vorpommern-Greifswald durchgeführt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Die Dokumentation wurde vor allem mit der eigenen Nachvollziehbarkeit begründet. Nur wenige Hausärzte betonten die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und die Pflichterfüllung als Grund der Dokumentation. Als Barrieren wurden Zeitmangel und hohe rechtliche Anforderungen benannt, die aber im Konkreten nur wenig bekannt waren. Bezüglich Struktur und Umfang der Dokumentation bestanden Unsicherheit und Ängste, insbesondere im Hinblick auf den Vorwurf eines Behandlungsfehlers. Technische Barrieren und komplexe Patientenfälle sind zusätzliche Herausforderungen. Bei der Aufklärung wurde die Dokumentation als unzureichend eingeschätzt. Sensible Patiententhemen werden oft nicht dokumentiert, was mit einem geringen Vertrauensverhältnis innerhalb des Praxisteam und dem Patientenschutz begründet wurde.

Schlussfolgerungen: Es besteht eine Missstimmung bei der Dokumentation. Bei einer gefühlten hohen Belastung durch die Dokumentation im Verhältnis zu den Gesamtanforderungen wurde diese als weniger wichtige Aufgabe empfunden, aber grundsätzlich akzeptiert. Bessere Strukturvorgaben und Handlungsempfehlungen für eine ordnungsgemäße und praxistaugliche Dokumentation sowie einschlägige Angebote in der Fort- und Weiterbildung werden benötigt.

Schlüsselwörter: Dokumentation; Hausarzt; qualitative Studie; Praxisverwaltungssoftware

Background: Documentation is an important task and duty in the daily practice of family practitioners. So far, documentation in family practice has not been the subject of extensive research in Germany. The aim of this study was to explore the perspectives of family practitioners on the topic of documentation.

Methods: This is a qualitative study based on expert interviews with 25 family practitioners, practicing in the region of West-Pomerania-Greifswald, Germany. The interviews were analyzed by content analysis.

Results: Main reason for documentation was to track the physicians' own line of thought. Only few family practitioners emphasized the avoidance of duplicate examinations and their obligation as reasons for documentation. Lack of time and strict legal requirements were named as barriers, with concrete legal requirements largely unknown. With regard to the structure and scope of the documentation, uncertainties and fears were mentioned, especially regarding potential lawsuits. Technical barriers and complex patient cases presented additional challenges. In patient information, documentation was deemed insufficient. Sensitive patient data are often not documented, due lack of trust in confidentiality within the practice team and for the sake of patient protection.

Conclusions: There is dissatisfaction with respect to documentation and documentation was perceived as a task of lesser importance. The burden of documentation was considered high in proportion to other requirements. Notwithstanding, the necessity of documentation was accepted by most family practitioners. Better specifications and suitable recommendations for qualitatively good documentation as well as integration of this topic in continuing education and training are necessary.

Keywords: documentation; family practice; qualitative study; practice management software

¹ AMEOS Klinika Anklam Pasewalk Ueckermünde

² Universitätsmedizin Greifswald

Peer-reviewed article eingereicht: 20.02.2018, akzeptiert: 03.04.2018

DOI 10.3238/zfa.2018.0223-0228

Hintergrund

Die Dokumentation ist ein wesentlicher Bestandteil im Praxisalltag von Hausärzten. Neben der Gedächtnisstütze, der Kommunikation in der Praxis und zur Strukturierung der Arbeitsweise dient sie der Rechenschaftslegung gegenüber Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung, sowie der Beweisführung in forensischen und juristischen Auseinandersetzungen [1]. Regelungen zur Dokumentation finden sich in der (Muster-)Berufsordnung der Ärzte, dem Bundesmantelvertrag sowie im Bürgerlichen Gesetzbuch. Der Aufwand ist hierbei vergleichsweise hoch. So schätzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung, dass ein niedergelassener Arzt im Durchschnitt 57 Arbeitstage im Jahr mit Verwaltungsarbeiten wie der Dokumentation verbringt [2] – Arbeitszeit, die für die Patientenbehandlung fehlt.

Trotz dieser scheinbar hohen Bedeutung gibt es kaum Literatur über die Struktur und den tatsächlichen Umfang der Dokumentation in der Hausarztpraxis. So liegen auch zur Motivation der Ärzte, die Dokumentation sachgerecht durchzuführen sowie zu den Barrieren, die eine verlässliche Dokumentation

verhindern, kaum Fakten vor. Ziel dieser Studie ist es, diese Forschungslücke exemplarisch zu schließen.

Methoden

Es wurde eine qualitative Studie auf Basis leitfadengestützter Experteninterviews mit Hausärzten von November bis Dezember 2016 im Landkreis Vorpommern-Greifswald durchgeführt. Der Leitfaden wurde innerhalb des Forschungsteams selbst entwickelt und pilotiert.

Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und mit der Software f4 vollständig wortwörtlich transkribiert [3]. Die Datenanalyse erfolgte inhaltsanalytisch [4] durch die Autorinnen MR und AH, für die Strukturierung der Daten wurde die Software MAXQDA verwendet. Die Standards für qualitative Studien wurden eingehalten (COREQ) [5].

Ergebnisse

Samplebeschreibung

Von 171 angeschriebenen Hausärzten nahmen 25 an der Studie teil. Die Inter-

views wurden von den Autorinnen MR und AH in den Praxisräumen der Hausärzte (n = 21) und in den Räumlichkeiten der Abt. Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Greifswald (n = 4) durchgeführt. Nach 25 Interviews wurde die theoretische Sättigung erreicht [6]. Die Experteninterviews dauerten zwischen 11 Minuten und 36 Sekunden sowie 62 Minuten und 43 Sekunden. Der Durchschnittswert der Interviewdauer betrug 32 Minuten und 33 Sekunden.

Das Alter der Interviewten lag im Median bei 56 Jahren (Spannweite 36–76; 54 % weiblich) und die durchschnittliche Niederlassungsdauer betrug 14 Jahre. 84 % der Hausärzte sind in Einzelpraxen sowie als Praxisinhaber tätig (92 %), 72 % sind Fachärzte für Allgemeinmedizin und 44 % rechneten im Quartal zwischen 1000 und 1499 Behandlungsscheine ab.

Gründe/Motive für die Dokumentation

Die Mehrheit der Hausärzte begründete die Notwendigkeit der Dokumentation mit der **eigenen Nachvollziehbarkeit** und der **Rechenschaftslegung**

Warum dokumentieren Hausärzte?
<p>Eigene Nachvollziehbarkeit „Aber ich dokumentiere eigentlich sehr gerne, einfach, um gewisse Dinge festzuhalten, damit ich beim nächsten Mal weiß, was beim letzten Mal gewesen ist.“ (Hausarzt M, Abs. 60) „Damit ich nächstes Mal noch weiß, was ich gemacht habe, Hauptgrund. [...] Man kann sich ja nicht alles merken. Und außerdem wir müssen ja auch nachvollziehen können, was habe ich der Patientin wann verschrieben.“ (Hausarzt N, Abs. 42)</p>
<p>Rechenschaftslegung „Naja, dann also aus juristischen Gründen. Das wäre natürlich da der wichtigste Grund, dass man eine gute Dokumentation hat, wenn es später mal Nachfragen oder Beschwerden oder Klagen gibt.“ (Hausarzt M, Abs. 60) „Für die Patientensicherheit, für, für die eigene und auch, aber das eher nur im erweiterten, im ganz weiten Sinne, im Forensischen, ja. Also das ist für mich der kleinste Grund.“ (Hausarzt E, Abs. 45)</p>
<p>Patientenbetreuung „Auch dafür, dass ich natürlich primär [...] den Patienten als Hausarzt ja langzeitbetreue.“ (Hausarzt G, Abs. 32) „und das ist dann auch Verlauf der Therapie, Kontrolle und auch Gesundheit ist es ja auch wichtig.“ (Hausarzt L, Abs. 32) „Und das ist die Motivation für mich, um [...] die Patienten irgendwo vernünftig betreuen zu können.“ (Hausarzt T, Abs. 41)</p>
<p>Mit- und Weiterbehandlung „Und die Nebenmotivation natürlich, dass es auch für andere, die mitbehandeln, nachvollziehbar sein muss.“ (Hausarzt C, Abs. 47) „Es muss für jeden, hier arbeiten insgesamt vier Leute, nachvollziehbar sein, was passiert ist.“ (Hausarzt R, Abs. 54)</p>
<p>Pflichterfüllung „Weil ich es muss. Teilweise auch weil, also teilweise auch sinnvoll als Erinnerungsstütze natürlich, aber also 90 % weil es gefordert wird.“ (Hausarzt Q, Abs. 74) „Ja also ich sag mal aus verschiedenen Gründen. Also der erste ist natürlich, weil es Pflicht ist.“ (Hausarzt T, Abs. 41) „Ich dokumentiere, weil ich muss.“ (Hausarzt U, Abs. 50)</p>
<p>Vermeiden von Doppeluntersuchungen „Dass ich auch auswärtigen Kollegen, wenn ich den Patienten überweise, auswärtigen Patienten, die meine Untersuchungsbefunde, gerade wenn es jetzt dringliche Überweisungen sind, auch mitgebe. Was ich bisher gefunden habe und Doppeluntersuchungen spare, praktisch.“ (Hausarzt W, Abs. 49) „Und, was ich auch gut finde, [...] dann kann ich reinschreiben ‚HbA1c im Oktober bei Arzt B so und so‘, ne, dann, dann mache ich das nicht doppelt.“ (Hausarzt R, Abs. 42)</p>

Tabelle 1 Gründe und Motive der Hausärzte für die Dokumentation

gegenüber Krankenkassen und der Kassenz ärztlichen Vereinigung und schließt gleichzeitig juristische Aspekte und abrechnungsbezogene Gründe mit ein. Weitere Motive für die Dokumentation waren die **Patientenbetreuung** und die **Mit-/Weiterbehandlung** durch andere Fachärzte und Praxismitarbeiter. Wenige Hausärzte sahen die Dokumentation als **Pflichterfüllung** an. Nicht der eigene Nutzen stand hierbei im Vordergrund, sondern die Erfüllung und Einhaltung von externen Vorschriften. Ein geringer Teil der Hausärzte sieht einen weiteren Zweck in der **Vermeidung von Doppeluntersuchungen**. In diesem Zusammenhang werden von einigen Hausärzten Kosteneinsparungen für vermeidbare Untersuchungen angeführt. In Tabelle 1 sind einzelne Interviewausschnitte zu den dargestellten Kategorien aufgeführt.

Barrieren der Dokumentation

Die Hälfte der Hausärzte gab einerseits an, dass die tägliche Dokumentation selbst einen **Zeitdruck** im Praxisalltag auslöst. Andererseits wurden Stresssituationen in der Praxis benannt, die zu einer weniger ausführlichen oder fehlerhaften Dokumentation führten (Notfälle, volle Wartezimmer und Patientengespräche ohne Patientenakte). Ein geringer Teil der Hausärzte sieht die Dokumentation als eine weniger wichtige Aufgabe an. Des Weiteren verweisen die Hausärzte auf **hohe Anforderungen** und Vorgaben. So führen mehrere Hausärzte an, die Anforderungen an die Dokumentation nicht erfüllen zu können, weil sie zu hoch sind oder aus Zeitgründen nicht realisierbar. Mehrere Hausärzte sind sich **unsicher**, ob und inwiefern ihre Dokumentation ausreichend und rechtssicher ist.

Weiterhin sehen die Hausärzte eine hohe Relevanz von **technischen Grenzen**, wie fehlende Verknüpfungen von der Praxisverwaltungssoftware zu den Untersuchungsgeräten der Praxis, aber auch eine begrenzte Datenspeicherkapazität und der eingeschränkte Datenzugriff bei Hausbesuchen. In diesem Zusammenhang wünschen sich viele der Interviewten eine bessere und hausarztfreundlichere Lösung, welche für Zeitersparnis und Effizienz sorgt. Ein kleiner Teil der Hausärzte beschreibt als Hindernis **fehlende Computerkenntnisse**.

So haben einige Hausärzte vergleichsweise mehr Probleme mit der elektronischen als mit der papierbasierten Dokumentation. Eine weitere Barriere wird in der **Komplexität der Patientenfälle** gesehen. Eine lange Konsultationsdauer, das Besprechen verschiedener Erkrankungen, die Verordnung von Arzneimitteln oder therapeutischen Maßnahmen, die Auswertung der Krankenhausaufenthalte, die Aktualisierung der Medikationspläne und viele weitere Situationen tragen dazu bei, dass die Dokumentation erschwert wird und mit einem hohen Zeitaufwand verbunden ist.

In den Interviews wurde mehrfach auf die teilweise fehlende bzw. unzureichende Dokumentation der **Aufklärung** hingewiesen. Fast die Hälfte der Hausärzte gibt an, die Aufklärung nicht oder nur teilweise zu dokumentieren. Dabei wird der Zeitfaktor als Hauptursache angegeben. Zudem betonen mehrere Hausärzte, dass sie auf eine ausführliche Dokumentation bei **vertraulichen und sensiblen Inhalten** verzichten. Dies bezieht sich meistens auf persönliche Probleme der Patienten in familiären oder psychischen Angelegenheiten. Als Gründe für die Nichtdokumentation werden die Einhaltung der Schweigepflicht und die Einsicht der Praxismitarbeiter in die ärztlichen Unterlagen aufgeführt. Einzelne Zitate der Interviewten sind in Tabelle 2 dargestellt.

Diskussion

Zusammenfassung der wichtigsten Resultate

Die Dokumentation wurde vor allem mit der besseren Nachvollziehbarkeit von Untersuchung, Gesprächsverlauf, Diagnose und weiterer Planung begründet. Als Barrieren wurden Zeitmangel und hohe rechtliche Anforderungen benannt. Unsicherheit und Ängste bestanden bei der Struktur und dem Umfang der Dokumentation, insbesondere hinsichtlich des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers. Technische Barrieren und komplexe Patientenfälle sind zusätzliche Herausforderungen. Bei der Aufklärung wurde die Dokumentation als unzureichend eingeschätzt. Sensible Patiententhemen werden oft nicht dokumentiert, was mit einem geringen Vertrauensverhältnis innerhalb des Praxis-

teams und dem Patientenschutz begründet wurde.

Vergleich mit anderen Arbeiten

Die Ergebnisse zeigen, dass Hausärzte einen gewissen Missmut in Bezug auf sowie eine zu hohe Belastung durch die Dokumentation empfinden. Zu gleichen Ergebnissen kommen Hertler et al., die die Arbeitszufriedenheit von Hausärzten untersuchten, wobei über die Hälfte der Befragten angab, die administrativen Tätigkeiten als belastend zu empfinden [7]. Weitere Studien belegen, dass Hausärzte sich eine Entlastung in der Bürokratie wünschen und der bürokratische Aufwand einen großen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit hat [8, 9]. Es wurden bereits verschiedene Handlungsempfehlungen entwickelt [10].

Der Großteil der Hausärzte bestätigt die Notwendigkeit der Dokumentation, dennoch zeigt sich eine Unsicherheit bei den Hausärzten bezüglich der gesetzlichen und administrativen Anforderungen sowie der Struktur und des Umfangs der Dokumentation. Die Interviews verdeutlichen eine gewisse Furcht der Hausärzte vor rechtlichen Konsequenzen (Klagen und externe Prüfungen). Es scheint teilweise, als wüssten die Hausärzte nicht, wie sie unter den gegebenen Bedingungen besser dokumentieren können. Die gesetzlichen Regelungen lassen viele Bereiche offen und sind ungenau formuliert. So heißt es in der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2015), dass „die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen“ zu dokumentieren sind [11]. Diese Ausführung enthält keine konkreten Angaben über die Inhalte, Strukturen und den Umfang der Dokumentation und lässt viel Interpretationsspielraum. Erst mit dem Patientenrechtegesetz und speziell mit § 630f BGB konkretisierten sich die Inhalte der ärztlichen Dokumentation: für „derzeitige und künftige Behandlung wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse [...], insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen“ sind zu dokumentieren.

Bei den sehr allgemeinen Rechtsvorschriften und fehlenden Standards fällt es den Hausärzten schwer, Sicherheit in

Welche Barrieren bestehen bei der hausärztlichen Dokumentation?
<p>Zeitmangel</p> <p>„Ich hätte es gerne schneller, ich würde gerne weniger Zeit auf, auf Dokumentation verwerten. Ich würde mich viel lieber in dieser Zeit um Patienten kümmern oder einen Patienten beraten, ne? Und, muss aber dann im Prinzip immer alles haarklein aufschreiben.“ (Hausarzt K, Abs. 62)</p> <p>„also Zeitaufwand ist ja dabei aber ohne geht ja auch nicht, aber man versucht [...] irgendwie die Zeit so einzuteilen, dass die Patienten nicht diesen Mangel spüren von der Zeit hier.“ (Hausarzt L, Abs. 16)</p> <p>„Aber die Zeit ist immer knapp in der laufenden Sprechstunde. Da gibt es eigentlich kaum mal Tage wo man sagt, da kann man sich Zeit nehmen. Es ist immer Zeitdruck da. Permanent.“ (Hausarzt W, Abs. 61)</p> <p>„Und eigentlich ist die Zeit so das Hauptproblem.“ (Hausarzt Y, Abs. 42)</p>
<p>Zu hohe Anforderungen</p> <p>„Na das Hauptproblem, was ich für mich habe, ist, dass ich den Ansprüchen, die ich ja kenne, die man haben sollte bei der Dokumentation, nicht gerecht werden kann.“ (Hausarzt C, Abs. 41)</p> <p>„was diesen ganzen Wust betrifft hier an, an Anforderungen, Medikamente, Physiotherapieverordnungen. Also das, das wird ja immer verrückter und [...] immer zeitaufwändiger und, und immer nerviger.“ (Hausarzt X, Abs. 46)</p> <p>„Ja und das ist ja auch so, diese Anforderungen da, wenn ich jetzt hier was weiß ich 03360 irgend so eine geriatrische Nummer. Da haben wir so ne 1000 Sachen gemacht, ne. Ja das ist, passiert bei mir auch nicht richtig, ne. Das weiß ich auch, aber es geht eigentlich auch gar nicht, ne, weil das, die Anforderungen da so hoch geschraubt sind, an Bürokratie und Ähnliches, ne. Das ist gar nicht machbar.“ (Hausarzt D, Abs. 87)</p>
<p>Unsicherheit bezüglich der Dokumentation</p> <p>„also ich dokumentiere natürlich halt so, wie, wie ich es für richtig halte und ich weiß manchmal nicht ganz genau, was eigentlich noch dokumentiert werden muss, um jetzt die ganze Sache rechtssicher zu dokumentieren, ne.“ (Hausarzt M, Abs. 64)</p> <p>„Und im Falle eines Falles, wenn es denn wirklich mal juristisch kommt, glaub ich, hast du wahrscheinlich immer noch schlecht dokumentiert. Also so, bin ich fast der Meinung [...] Aber man hofft jetzt, dass man davon verschont bleibt, ne.“ (Hausarzt T, Abs. 67)</p>
<p>Technische Barrieren</p> <p>„Da gibt es ein paar Probleme bei so großen Geschichten, weil die Technik natürlich mittlerweile uns ausbremst.“ (Hausarzt V, Abs. 5)</p> <p>„Hausbesuchspatienten und Heimpatienten müssen wir doppelt und dreifach Aktenführung machen, weil der Internetempfang so schlecht ist. Wir haben mehrere Versuche gemacht mit Hausbesuchsprogrammen. Das kostet uns wahnsinnig viel Zeit und alle entscheidenden Informationen hat man noch nicht vor Ort. Haben wir wieder aufgegeben.“ (Hausarzt Q, Abs. 8)</p> <p>„Hätte man einen Laptop, den man für ambulante Besuche hätte und wäre das technisch alles machbar [...] bräuchte man bloß den Laptop hinstellen und alles würde von alleine rüber gehen. Da sehe ich aber ein großes Manko noch bei der, bei der Software.“ (Hausarzt P, Abs. 52)</p> <p>„Ich habe mal angefangen mit einem Laptop den Hausbesuch zu besuchen. Da gehört aber dazu, dass ich immer internetfähig bin. Auch mit UMTS war es also nicht möglich in jedem Haushalt eine Direktverbindung zu meinem Praxiscomputer zu kriegen [...] Wäre weniger Arbeit gewesen, funktioniert rein technisch nicht.“ (Hausarzt G, Abs. 8)</p>
<p>Fehlende Computerkenntnisse</p> <p>„Ich glaube immer noch, dass ich per Hand einiges schneller schreiben würde von Befunden her.“ (Hausarzt X, Abs. 54)</p> <p>„Habe ich schon zwei mir versucht, eben mir das Schreiben beizubringen [...] in Privatstunden. Es war aussichtslos. Das haben sie mir auch gesagt nachher: ‚Sie werden nie schneller schreiben‘. Und schriftlich bin ich also viel, viel schneller.“ (Hausarzt U, Abs. 46)</p> <p>„Und naja gut. Mit diesem Hin und Her und Einscannen weiß man dann nicht, ob das alles technisch wirklich so toll ist. Ich bin nicht so der große Technik-Fan.“ (Hausarzt S, Abs. 28)</p>
<p>Aufklärung</p> <p>„Aber gerade die Aufklärungspflicht bei Medikamenten, die sprengt einfach den machbaren Rahmen. Also zum Teil auch den dessen, was die Patienten eben auch wissen wollen, aber auch dessen was einfach möglich ist. Ja, also das frustriert mich, etwas. Dass das einfach nicht machbar ist.“ (Hausarzt C, Abs. 41)</p> <p>„Ja also, da dokumentier ich jetzt nicht eine große Aufklärung. Ne. Also denn komm ich ja gar nicht mehr raus aus dem Aufklären.“ (Hausarzt D, Abs. 71)</p> <p>„Nein. Das ist das Problem. Es ist einfach zu aufwendig. Es ist nicht praktikabel. Papierkram ohne Ende, Einscannen ohne Ende. Zeitaufwand, ich weiß nicht, ich tue die Patienten darüber aufklären. [...] Die Patienten werden über die häufigsten Nebenwirkungen aufgeklärt [...] Das erfolgt alles mündlich, das wird nicht dokumentiert.“ (Hausarzt P, Abs. 27–30)</p> <p>„Also da dokumentiere ich eigentlich nichts. [...] Also so das, was man so sagen soll, das sage ich, aber [...] dokumentiere ich nicht.“ (Hausarzt S, Abs. 59)</p>
<p>Vertrauliche und sensible Inhalte</p> <p>„und ich dokumentiere manchmal anamnestische Sachen nicht, die die Schwestern nicht wissen sollen, wenn das jetzt irgendwelche wirklich sehr intimen Dinge sind, dann schreibe ich das nur im Allgemeinen, familiäre Probleme oder sexuelle Probleme oder so, aber schreibe das nicht im Einzelnen auf.“ (Hausarzt H, Abs. 48)</p> <p>„Ja, wenn ich nicht möchte, dass die Schwestern das lesen [...] weil, weiß ich nicht, ob es immer so dicht gehalten wird. [...] Manches ist auch da drin nicht, mir nicht sicher genug.“ (Hausarzt N, Abs. 48)</p>

Tabelle 2 Hausärztliche Dokumentation: Barrieren

der Dokumentation zu erlangen. Die Hausärzte benötigen und wünschen eine stärkere Orientierung bzw. Anleitung zur ordnungsgemäßen Dokumentation. Die Unsicherheit der Hausärzte könnte durch Angebote in der Fort- und Weiterbildung zu Struktur, Inhalten und rechtlichen Bedingungen der hausärztlichen Dokumentation verringert werden. Es erscheint notwendig, einen gewissen

Grad an Strukturierung und Standardisierung in die hausärztliche Dokumentation zu bringen und Dokumentationsstandards zu implementieren. Eine Standardisierung würde langfristig wesentlich zur Entlastung der Ärzte [12] und zu einer verbesserten Versorgungsqualität beitragen [13]. In den Niederlanden wurde bereits eine Richtlinie für die hausärztliche Dokumentation mit

dem Ziel der Einheitlichkeit und Kontinuität der hausärztlichen Dokumentation und zur Verbesserung des Datenaustauschs zwischen den Gesundheitsdienstleistern entwickelt [14].

Auch Fischer et al. betonen die Notwendigkeit von Vorgaben und orientieren sich dabei an einer problemorientierten Dokumentation nach dem SOAP-Schema [13, 15]. Das SOAP-Schema glied-

Maria Richter ...



... ist Assistentin der Krankenhausleitung der AMEOS Klinika Anklam Pasewalk Ueckermünde und war wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin an der Universitätsmedizin Greifswald.

dert sich in vier Bereiche: **S**ubjective, **O**bjective, **A**ssessment und **P**lanning. Das subjektive Empfinden des Patienten wird im ersten Bereich erfasst (Anamnese) (S). Mithilfe von Befunden und Untersuchungsergebnissen, z.B. durch Laborwerte, werden objektive Daten im Bereich (O) aufgezeichnet. Der Behandlungsanlass des Patienten wird anhand der generierten Ergebnisse analysiert und eine Diagnose gestellt (A). Darauf aufbauend erfolgt die Dokumentation der geplanten Therapiemaßnahmen z.B. durch Verordnung von Arzneimitteln oder Physiotherapien (P). Diese Strukturierung der Dokumentation soll eine kontinuierliche Selbstreflexion der getroffenen Entscheidungen und Vorgehensweisen fördern. Die Selbstreflexion ist nicht nur auf die eigene Person gerichtet, sondern vielmehr auf alle am Behandlungsprozess Beteiligten [15, 16]. Im Kern der Dokumentation steht die Beantwortung der sieben W-Fragen: „Wer“ (von welcher Person), „Wann“ (zu welchem Zeitpunkt), „Was“ (medizinische Handlungen), „Warum“ (aus welchem Grund), „Welche“ (Ergebnisse und Schlussfolgerungen), „Wem“ (für/mit dem Patienten) und auf „Wessen“ (von welcher Person) Veranlassung hin wurde dokumentiert [16]?

Einige der interviewten Hausärzte geben an, dass sie bei komplexen Patienten-

fällen zu einer unzureichenden Dokumentation neigen. Dabei sollte eine Dokumentation wie sie der Gesetzgeber (§ 630f BGB) fordert grundlegend sein, um im Falle rechtlicher und medizinischer Fragestellungen den Behandlungsverlauf besser nachweisen zu können.

Trotz der gesetzlichen Aufklärungspflicht und der Vorgabe, diese Aufklärung entsprechend zu dokumentieren (§§ 630e, 630f BGB), betont ein großer Teil der Hausärzte, die Aufklärung nicht bzw. unzureichend zu dokumentieren. Aufgrund der gesetzlichen Beweislastumkehr wird empfohlen, sowohl den Inhalt und Gegenstand der Aufklärung als auch den Zeitpunkt und die Fragen des Patienten [17] sowie die daraus resultierenden Konsequenzen zu dokumentieren.

Barrieren und Einflussfaktoren bei der elektronischen Dokumentation wurden in einem Review untersucht. Schwerpunkte waren z.B. Patientensicherheit und Privatsphäre [18]. Auch unsere Studie zeigt, dass Hausärzte auf eine ausführliche Dokumentation bei vertraulichen und sensiblen Inhalten verzichten. Um dem entgegenzuwirken, empfiehlt es sich, Berechtigungskonzepte zu etablieren, um unbefugten Personen den Zugriff auf spezielle Patientendaten zu verweigern [19].

Stärken und Schwächen

Dies ist eine der wenigen Studien in Deutschland zur hausärztlichen Dokumentation. Die regional begrenzte Datenerhebung schränkt Verallgemeinerungen ein. Jedoch sind die rechtlichen Rahmenbedingungen bundesweit weitgehend einheitlich und die Analyse deckt ein großes Spektrum der Hausärzte ab. In Mecklenburg-Vorpommern ist mit 24,8 % fast jeder vierte Hausarzt über 60 Jahre alt, 67,4 % sind über 50 Jahre alt [20]. Eine ähnliche Struktur besteht auch in unserem Sample.

Schlussfolgerungen

Auch wenn die Notwendigkeit der Dokumentation von den meisten Hausärzten akzeptiert wird, besteht eine gefühlte zu hohe Belastung durch die Dokumentation im Verhältnis zu den Gesamtanforderungen. Konkretere und praxistaugliche Strukturvorgaben und Handlungsempfehlungen für eine ordnungsgemäße Dokumentation sowie einschlägige Angebote in der Fort- und Weiterbildung werden benötigt.

Interessenkonflikte: keine angegeben

Korrespondenzadresse

Annekathrin Haase, M.Sc.
Institut für Community Medicine,
Abteilung Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Greifswald
Fleischmannstraße 6
17475 Greifswald
annekathrin.haase@uni-greifswald.de

Literatur

1. Igl G, Welte F (Hrsg.). Gesundheitsrecht. München: Verlag Franz Vahlen, 2014
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ärztemonitor 2016. Ergebnisse für Haus- und Fachärzte. www.kbv.de/media/sp/infas_Tabellenband_Aerztemonitor2016_Haus_u_Facharztz.pdf (letzter Zugriff am 25.02.2017)
3. Kuckartz U. Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010
4. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz, 2015
5. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349–357
6. Glaser BG, Strauss AL. Grounded Theory. Bern: Verlag Hans Huber, 2010
7. Hertler D, Stock S. Wie zufrieden sind Ärztinnen und Ärzte der Primärversorgung und wie sehen sie ihr Gesundheitswesen? *Z Allg Med* 2015; 91: 269–274
8. Behmann M, Schmiemann G, Lingner H, Kuhne F, Hummers-Pradier E, Schneider N. Berufszufriedenheit von Hausärzten. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 193–200
9. Schäfer H-M, Becker A, Krentz H, Reisinger E. Wie zufrieden sind Hausärzte im Nordosten Deutschlands mit ihrem Beruf? *Z Evid Fortbild Qual Gesundheits* 2008; 102: 113–116
10. Kassenärztliche Bundesvereinigung. BIX 2016 – Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung. www.kbv.de/media/sp/BIX_Projektbe

- richt_2016_web.pdf (letzter Zugriff am 01.12.2016)
11. Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung. Dtsch Arztebl 2015; 112: A-1348 / B-1132 / C-1104
 12. Blum K, Müller U. Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Krankenhaus 2003; 95: 544–548
 13. Fischer G, Breyer M, Gerlach FM, Rohde-Kampmann RR. Bedeutung und Möglichkeiten von allgemeinen Leitlinien für hausärztliche Versorgungsstrategien. ZEFQ 2001; 95: 435–442
 14. Nederlands huisartsen genootschap. Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier. ADEPD. www.nhg.org/themas/artikelen/richtlijn-adequate-dossiervorming-met-het-epd (letzter Zugriff am 02.08.2016)
 15. Weed LL, Beck E (Hrsg.). Das problemorientierte Krankenblatt. Stuttgart: Schattauer, 1978
 16. Haas P. Medizinische Informationssysteme und Elektronische Krankenakten. Berlin, Heidelberg: Springer, 2005
 17. Marx P, Gaidzik PW. Aufklärungspflicht des Arztes. Akt Neurol 2003; 30: 188–194
 18. Ludwick DA, Doucette J. Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries. Int J Med Inform 2009; 78: 22–31
 19. Vedder K. Datenschutz in Arztpraxen. Datenschutz Datensich 2014; 38: 821–825
 20. Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2016. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), 2016

Einladung zur Mitgliederversammlung der DEGAM

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
 sehr geehrte Damen und Herren,**

wir möchten Sie ganz herzlich zur jährlichen Mitgliederversammlung der DEGAM einladen (entspr. § 6, Abs. 1 der DEGAM-Satzung).
 Diese findet statt am **Donnerstag, 13. September 2018 um 19.00 Uhr** (Ende ca. 20.30 Uhr) im CCB (Raum L.EG 200/M.EG 180) der Medizinischen Universität Innsbruck, Innrain 80, A-6020 Innsbruck.

Die Mitgliederversammlung ist wie jedes Jahr in unseren wissenschaftlichen Kongress eingebunden.

Bitte beachten Sie:

Da die Dauer der Versammlung durch das Kongressprogramm begrenzt ist, werden die Berichte sehr kurz gefasst und in schriftlicher Form, u.a. in der ZFA und auf der DEGAM-Website (interner Bereich) vorgelegt.

Tagesordnung (Stand 23. April 2018)

1. Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit, Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung, Genehmigung der Tagesordnung
2. Gedenken an die verstorbenen Mitglieder
3. Bericht der Präsidentin und des Geschäftsführers
4. Bericht des Schatzmeisters und der Kassenprüfer
5. Bericht über die DEGAM-Leitlinienarbeit
6. Kompetenzzentren Weiterbildung
7. Aktueller Stand Masterplan 2020
8. Bericht der Deutschen Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DESAM)
9. Bericht der Jungen Allgemeinmedizin Deutschlands (JADE)
10. Sonstiges

Prof. Dr. Erika Baum, Präsidentin

PD. Dr. Anne Simmenroth, Schriftführerin

