

## An alles gedacht?

Für den vollstationären Aufenthalt und einer zeitnahen Dokumentation z.B. bei den täglichen Visiten sind nachfolgende Fragestellungen hilfreich, damit **an alles gedacht** wird:

- Ist eine **Betreuung** eingerichtet?
- Liegt eine **Notfallaufnahme** vor oder ist eine Notfallversorgung vor Aufnahme erfolgt?
- Welche **Vorbefunde** wurden bei Aufnahme gesichtet?
- Welche Anamnese ist aktuell ohne pauschal auf **Voraufenthalte** zu verweisen?
- Wie lautet die **Arbeitsdiagnose**?
- Welches **Behandlungsziel** wird angestrebt?
- Welcher **Behandlungsplan** ist erstellt?
- Welche **gesicherten Standards** werden beachtet?
- Wie ausführlich und individuell sind **Aufklärungsgespräche** dokumentiert?
- Welche **Gründe** führen zur **Diagnostik u. Therapie** und sind diese plausibel?
- Wie werden **Ergebnisse** von **Diagnostik u. Therapie** berücksichtigt?
- Ist die **verordnete Medikation** u. Dosierung plausibel?
- Wie wird der **Erfolg verordneter Maßnahmen** dokumentiert?
- Welche **unerwünschten Wirkungen** sind aufgetreten und dokumentiert?
- Wie werden relevante **klinische Beobachtungen** erfasst?
- Werden neue **gesicherte Diagnosen** genannt und welchen Einfluss haben diese auf den stationären Aufenthalt und ändert sich ggf. die Arbeitsdiagnose?
- Welche neuen Gesichtspunkte sind dazu gekommen, die **diagnostische und therapeutische Konsequenzen** haben?
- Welche **Gründe** für eine **Weiterbehandlung** oder Entlassung sind plausibel/indiziert?

Aufgrund der begutachteten Krankenakten wurde festgestellt, dass nicht täglich zu allen Fragen eine ärztliche Dokumentation notwendig ist. Es reicht in einigen Fällen sogar aus, **konkret täglich nur eine Frage plausibel** zu beantworten, die die Notwendigkeit des vollstationären Aufenthaltes begründet.

Hilfreich für spätere Nachfragen ist die Überprüfung der Vollständigkeit und Chronologie der Krankenakte mittels Checkliste vor der endgültigen Archivierung, um bei späteren Nachfragen der Kostenträger rechtssicher zu antworten oder die Argumentation zur Erlöstreichung zu widerlegen.

### Ihre Vorteile:

**Der rechtssichere Dokumentationsaufwand lässt sich durch eine prozessorientierte Darstellung des vollstationären Aufenthaltes des Patienten von der Aufnahme bis zur Abrechnung der Behandlung mit den Kostenträgern reduzieren. Dabei können vorhandene und bewährte Dokumentationsvorlagen, diagnostische und therapeutische Behandlungskonzepte, Checklisten, Scoresysteme u. a. berücksichtigt und eingepflegt werden. Bewährt hat sich ein schrittweise modularer Aufbau, damit für die Zukunft administrative und medizinische Doppelarbeit vermieden wird.**