

Reglement Ärztliche Dokumentation

Gültig ab 01.03.2019

Autor / Funktion	Dr. med. André Neumann	Erstellungsdatum	17.12.2018	Druckdatum	26.02.19
Dokumentenpfad		Aktualisierungsdatum/Version	Version 1.0	Seite 1 von 5	

Inhalt

1.	Hintergrund.....	3
2.	Absicht.....	3
3.	Geltungsbereich	3
4.	Pflichten der ärztlichen Dokumentation.....	3
4.1	Allergien und Risikofaktoren	3
4.2	Diagnosen	3
4.3	Medikation und Verordnungen.....	3
4.4	Visite.....	3
4.5	Untersuchungs- und Konsilberichte	4
4.6	Interventions- und OP-Berichte.....	4
4.7	Austrittsberichte.....	4
5.	Aufsicht.....	4
6.	Inkraftsetzung, Änderung, Kommunikation	4
7.	Freigabe	5

Autor / Funktion	Dr. med. André Neumann	Erstellungsdatum	17.12.2018	Druckdatum	26.02.19
Dokumentenpfad		Aktualisierungsdatum/Version	Version 1.0	Seite 2 von 5	

1. Hintergrund

Zum 15. Februar 2019 wird an der Klinik Im Park die vollständige elektronische Dokumentation der Krankengeschichte im M-KIS eingeführt.

2. Absicht

Um eine reibungslose interdisziplinäre Patientenbehandlung und möglichst hohe Patientensicherheit gewährleisten zu können, ist es unerlässlich, dass allen behandelnden Personen zu jedem Zeitpunkt die vollständigen und aktuellsten Informationen zu dem Patienten und seiner Behandlung schriftlich zur Verfügung stehen. In vielen Fällen war bisher ein Teil der klinischen Dokumentation während der stationären Behandlung beim fallführenden Arzt selbst abgelegt.

Ein notfallmässiger Zugang zu klinischen Daten z.B. nachts oder bei Wiedereintritt über die Notfallstation war schwierig oder nicht möglich und ist im Interesse aller. Mit der Einführung eines elektronischen Krankenhausinformationssystems (hier M-KIS) besteht nun die Möglichkeit, alle klinisch relevanten Daten des Patienten auf einer Plattform zusammenzuführen und somit die Informationslücken im Sinne der Patientensicherheit zu schliessen.

Dies erfordert jedoch gewisse Anpassungen der bisherigen individuellen Datenherstellungs- und Aufbewahrungsprozessen bzgl. der Behandlung stationärer Patienten. Dieses Reglement regelt die ärztlichen Pflichten bzgl. dieser Dokumentation.

3. Geltungsbereich

Dieses Reglement gilt für alle an der Klinik Im Park tätigen Ärzte. Der Geltungsbereich umfasst somit sowohl angestellte Ärzte als auch Belegärzte der Klinik.

4. Pflichten der ärztlichen Dokumentation

4.1 Allergien und Risikofaktoren

Der fallführende Arzt ist verpflichtet bei der Erstanmeldung des Patienten bekannte Allergien und Risikofaktoren vollständig anzugeben. Sobald neue Risikofaktoren oder Allergien auftreten, ist der behandelnde Arzt verpflichtet, diese im M-KIS zu hinterlegen und zu visieren.

4.2 Diagnosen

Der fallführende Arzt ist verpflichtet, bei der Anmeldung des Patienten die Haupt- und Nebendiagnosen vollständig und korrekt anzugeben. Sollten sich während des Aufenthaltes weitere Diagnosen/ Nebendiagnosen herausstellen oder ausschliessen lassen, sind diese zeitnah vom behandelnden Arzt (Fallführer oder Mitbehandler) in der Diagnoseliste im M-KIS zu aktualisieren.

4.3 Medikation und Verordnungen

Jeder Arzt ist verpflichtet, die Eintrittsmedikation des Patienten vollständig und korrekt vor oder beim geplanten Eintritt im M-KIS zu hinterlegen. Jede Verordnung und Anordnungen während des Aufenthaltes (Medikamente, Radiologie, Physiotherapie, etc.) müssen durch den behandelnden Arzt im M-KIS erfasst werden.

4.4 Visite

Pro durchgeführte Visite ist ein Verlaufsbericht/Visite im M-KIS einzutragen. Verpflichtend ist mindestens 1 Visitenotiz pro Aufenthaltstag zu erstellen.

Autor / Funktion	Dr. med. André Neumann	Erstellungsdatum	17.12.2018	Druckdatum	26.02.19
Dokumentenpfad		Aktualisierungsdatum/Version	Version 1.0	Seite 3 von 5	

4.5 Untersuchungs- und Konsilberichte

Jeder Arzt ist verpflichtet, Berichte über selbst durchgeführte spezielle oder konsiliarische Untersuchungen von Patienten während ihres Aufenthaltes zeitnah zu erstellen. Der Bericht ist am Durchführungstag an das Scanning zu versenden, sodass dieser allen behandelnden Personen im d3 und somit allen Umsystemen (M-KIS, RIS, PDMS, etc.) zur Verfügung gestellt werden kann. Ein direkter Eintrag über das Untersuchungsergebnis im Dokument „Befund“ (M-KIS) am Durchführungstag gilt als ein vorläufiger Untersuchungs- bzw. Konsilbericht. In diesem Fall ist es das Ziel, den detaillierte Bericht bis am 3. Tag nach der Durchführung via [E-Mail an das Scanning](#) zu versenden.

4.6 Interventions- und OP-Berichte

Jeder Arzt ist verpflichtet, Interventions- und OP-Berichte von Patienten während ihres Aufenthaltes zeitnah zu erstellen. Der Intervention-/OP-Bericht ist am Durchführungstag an das Scanning zu versenden, sodass dieser allen behandelnden Personen im d3 und somit allen Umsystemen (M-KIS, RIS, PDMS, etc.) zur Verfügung gestellt werden kann. Ein Freitexteintrag über die durchgeführte Intervention oder Operation mit den klinisch relevanten Information Im Dokument „OP-Bericht“ (M-KIS) sowie entsprechende postinterventionelle/ postoperative Anordnungen in M-KIS gilt als ein vorläufiger Bericht. Erfolgt dieser Eintrag am Durchführungstag, muss der detaillierte Bericht spätestens am 3. Tag nach der Durchführung bis 17.00 Uhr via [E-Mail an das Scanning](#) versendet werden.

4.7 Austrittsberichte

Der fallführende Arzt ist verpflichtet, die vollständige Dokumentation des Patienten inkl. Austrittsbericht zeitgerecht zu erstellen und zu versenden. Dies ist unerlässlich, um den Fall nach Austritt des Patienten korrekt kodieren, abrechnen und das Arzthonorar auszahlen zu können.

Austrittsberichte müssen inkl. evtl. weiterer noch fehlender Dokumente bis 5 Arbeitstage nach Austritt des Patienten an das Scanning geschickt werden.

5. Aufsicht

Die Direktion ist übergeordnet verantwortlich für die korrekte Einhaltung dieses Reglements. Um dies sicherzustellen wird ein Kontroll- und Belohnungssystem implementiert.

- Eine Kontrolle erfolgt durch die Klinik, welche regelmässig stichprobenartige Überprüfungen durchführt.
- Falls Pflegende im Arbeitsalltag Probleme feststellen, weil Ärzte nicht im M-KIS dokumentieren, können sie sich an dem entsprechenden Leitfaden orientieren und müssen den Vorfall der Direktion melden.
- Austrittsberichte werden durch die Abteilung Scanning kontrolliert. Bei fehlender Einreichung innerhalb der vorgegebenen Zeit, erfolgt ein Reminder an den entsprechenden Arzt.
- Die Einhaltung der ordnungsgemässen Dokumentation spielt zusammen mit anderen Faktoren eine Rolle bei der Vergabe von Kapazitäten durch das Performance Management.
- Bei wiederholten Verstössen behält sich die Direktion vor, den Zugang zu Klinikressourcen einzuschränken.

6. Inkraftsetzung, Änderung, Kommunikation

- Dieses Reglement wird durch die Direktion der Klinik Im Park nach Konsultation mit der Klinik Hirslanden Zürich, dem CCO sowie dem Ärztlichen Klinikrat erlassen.
- Die Kommunikation erfolgt via Direktion per Mail und in den Gefässen des Belegärztlichen Kooperationsystems.
- Änderungen können von der Direktion jederzeit erlassen werden.
- Änderungen werden allen Belegärzten und angestellten Ärzten von der Klinik per E-Mail mitgeteilt und erhalten einen Monat nach Mitteilung ihre Gültigkeit.

Autor / Funktion	Dr. med. André Neumann	Erstellungsdatum	17.12.2018	Druckdatum	26.02.19
Dokumentenpfad		Aktualisierungsdatum/Version	Version 1.0	Seite 4 von 5	

7. Freigabe

Erstellungsdatum: 17.12.2018
Autor: Dr.med. André Neumann nach Entwurf der Klinik Hirslanden, Dr. med. Jehad Al-Khayat
Co-Autoren: Prof. Wolfgang Amann
Verabschiedet am: 18.12.2018 durch das Managementteam der Klinik

Datum:	Namen	Unterschrift
	Stephan Eckhart, Direktor	
	Dr. med. André Neumann, Leiter Medizinisches System	
	Prof. Dr. med. Wolfgang Amann Präsident Ärztlicher Klinikrat	

Autor / Funktion	Dr. med. André Neumann	Erstellungsdatum	17.12.2018	Druckdatum	26.02.19
Dokumentenpfad		Aktualisierungsdatum/Version	Version 1.0	Seite 5 von 5	