

Frequently Asked Questions (FAQ)

Grundlagen und FAQ-Sammlung zum Patientenrechtegesetz

Folgende Grundlagen sind nach §630f BGB in Bezug auf die Dokumentation der Behandlung eines Patienten durch den Arzt zu beachten.

1. Die Dokumentation muss im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung erfolgen.

Turbomed bietet grundsätzlich die Möglichkeit die Dokumentation des Behandlungsverlaufes während dieser oder kurz danach in der elektronischen Karteikarte vorzunehmen. Dazu stehen zahlreiche Funktionen wie zum Beispiel Makros, Testbausteine, Komplexe und natürlich auch die Ablaufsteuerung in TURBOMED zur Verfügung. Außerdem bietet TURBOMED mit VisioDok eine Zusatzsoftware an, mit der sehr effizient und schnell selbst umfassende Dokumentationen quasi per Mausklick erstellt werden.

Selbstverständlich wird jeglicher Ausdruck von Formularen (wie Rezepte, Überweisungen, etc.) automatisch in der Karteikarte dokumentiert.

2. Berichtigungen und Änderungen sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt und der Zeitpunkt der Änderung erkennbar bleiben.

Zu jeder Karteikartenzeile werden von TURBOMED sowohl Erstellungsdatum und –zeit, als auch der Benutzer, welcher diesen Eintrag erzeugt hat, gespeichert. Diese Informationen sind jederzeit direkt in der Karteikarte einzusehen. Im Zusammenspiel mit dem CGM PRAXISARCHIV kann zusätzlich geprüft revisionssicher dokumentiert werden, welche Karteikartenzeilen zu welchem Zeitpunkt geändert oder gelöscht wurden.

3. Dokumentationen sind nach Abschluss einer Behandlung mindestens zehn Jahre aufzubewahren.

Die Dokumentation innerhalb der Karteikarte von TURBOMED bleibt so lange erhalten, bis diese vom Nutzer gelöscht wird. Mit Anbindung an das CGM PRAXISARCHIV wird die Dokumentation zusätzlich archiviert. Das CGM PRAXISARCHIV verfügt über eine vom TÜV zertifizierte Langzeitarchivierung, mit der die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen von zehn bis über 30 Jahren erfüllt werden.

4. Patienten ist die Einsicht in die Behandlungsakte auf Verlangen „unverzüglich“ und „vollständig“ zu gewähren. Gegen Kostenersatz können Patienten eine Abschrift oder eine elektronische Kopie der Behandlungsdokumentation verlangen.

Die TURBOMED-Karteikarte enthält bei lückenloser Dokumentation die komplette Behandlungsakte des Patienten. Am Bildschirm des Arztes kann diese auf Wunsch des Patienten direkt angesehen werden – oder aber auch in Form eines Ausdruckes dem ausgehändigt werden.

Mit dem CGM PRAXISARCHIV kann der komplette Behandlungsverlauf inklusive aller damit verbundenen Dokumente (wie Arztbrief, Sonobilder, etc.) auf eine CD oder einen anderen Datenträger exportiert werden. Dieser kann den Patienten direkt ausgehändigt werden.

Eine weitere Möglichkeit ist, die komplette Dokumentation des Behandlungsverlaufes in die CGM LIFE-Akte des Patienten zu exportieren. Dies kann sehr komfortabel und schnell über die CGM LIFE eSERVICES in der Praxis realisiert werden.

5. Kann eine „wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis“ nicht dokumentiert werden, so „wird vermutet“, dass (der Arzt) diese Maßnahme nicht getroffen hat.

Durch den Export der TURBOMED-Karteikartenzeile in das CGM PRAXISARCHIV wird ein lückenloser Nachweis des Verlaufs der Dokumentation erbracht. Im Archiv können keine Einträge irrtümlich gelöscht oder dauerhaft verändert werden.

6. Bei einem „groben Behandlungsfehler“ kommt es zu einer vollständigen Beweislastumkehr zulasten des Arztes. Bis zum Beweis des Gegenteils gilt die Vermutung, dass ein grober Behandlungsfehler für eine eingetretene Verletzung ursächlich war.

Durch die automatische, revisionssichere Archivierung der Karteikartenzeilen im CGM PRAXISARCHIV wird eine lückenlose Dokumentation rechtssicher nachgewiesen.