

Nadine Hahme | Lina Schürken | Astrid Kuntze

## **Berichtsschema für die ambulante Pädiatrie**

### **Von der Entwicklung zur Anwendung**

Eine Studie



herausgegeben von  
Ulrike Marotzki | Christiane Mentrup | Peter Weber  
gefördert durch

DEUTSCHER VERBAND DER  
**ERGOTHERAPEUTEN E.V.**



## Die Autorinnen



**Nadine Hahme** (geb. 1977) beendete ihre ergotherapeutische Berufsausbildung 2001 an der MFN-Berufsfachschule in Hamburg. Danach arbeitete sie 6 Jahre in einer pädiatrischen Praxis. Seit 2008 ist sie im Sozialpädiatrischen Zentrum in Hamburg tätig. Im Juni 2008 beendete sie das Bachelor-Studium an der Hogeschool Zuyd in den Niederlanden. Sie nahm an Fortbildungen, wie dem SI-Grundkurs, Basisseminar Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen und Kursen über das IntraActPlus-Konzept teil und weist ein Diplom des EÖDL (Erster Österreichischer Dachverband Legasthenie) als Dyskalkulie- und Legasthenietrainerin auf.



**Lina Schürken** (geb. 1979) beendete ihre ergotherapeutische Berufsausbildung 2003 am staatlich anerkannten Institut für Weiterbildung in der Krankenpflege (DAA) in Münster. Sie arbeitete 2 Jahre in einer Praxis für Ergotherapie mit pädiatrischem und neurologischem Schwerpunkt. 3 ½ Jahre arbeitete sie in einem ambulanten Rehasentrum im Rahmen der ambulanten pädiatrischen und neurologischen und der teilstationären orthopädischen Behandlung und Beratung. 2008 beendete sie das berufs begleitende Bachelor-Studium an der Hogeschool Zuyd in den Niederlanden. Seit Ende 2008 arbeitet sie als Dozentin für Ergotherapie an einer Berufsfachschule für Ergotherapie. Während der beruflichen Tätigkeit nahm sie an verschiedenen Fortbildungen zu ihren beruflichen Tätigkeitsfeldern teil.



**Astrid Kuntze** (geb. 1978) beendete ihre ergotherapeutische Berufsausbildung 2001 an „Die Schule“ in Lübeck. Seit 2001 arbeitet sie als Angestellte in einem Krankenhaus mit geriatrischem Schwerpunkt. Nach einer einjährigen Elternzeit nimmt sie zusätzlich zu ihrem Angestelltenverhältnis 2010 eine Stelle als Dozentin an der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe in Itzehoe an. 2008 schloss sie das Bachelor-Studium an der Hogeschool Zuyd in den Niederlanden ab. Während der beruflichen Tätigkeit nahm sie an verschiedenen Fortbildungen zu ihrem beruflichen Tätigkeitsfeld teil.

Nadine Hahme | Lina Schürken | Astrid Kuntze

# Berichtsschema für die ambulante Pädiatrie

## Von der Entwicklung zur Anwendung

Eine Studie



Das Gesundheitsforum

Schulz-  
Kirchner  
Verlag

## Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Besuchen Sie uns im Internet: [www.schulz-kirchner.de](http://www.schulz-kirchner.de)**

1. Auflage 2010

ISBN 978-3-8248-0653-9

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2010

Mollweg 2, D-65510 Idstein,

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner

Fachlektorat: Reinhild Ferber

Lektorat: Doris Zimmermann

Layout: Susanne Koch

Titelfotos: Archiv Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.

Druck und Bindung: Elektra GmbH, Frankfurter Str. 24, D-65527 Niedernhausen

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den HerausgeberInnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der VerfasserInnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

**Dieses Buch ist als E-Book (PDF) erhältlich unter der ISBN 978-3-8248-0784-0**

# Inhalt

Vorwort der Herausgeber . . . . .	9
Danksagung . . . . .	11
Anmerkungen der Autorinnen . . . . .	12
<b>1 Einleitung . . . . .</b>	<b>13</b>
1.1 Entstehung . . . . .	13
1.2 Aufbau des Buches . . . . .	15
1.3 Anwendung des Berichtsschemas. . . . .	16
<b>2 Dokumentation im Gesundheitswesen . . . . .</b>	<b>17</b>
2.1 Dokumentation in der nationalen Ergotherapie (Deutschland) . . . . .	18
2.1.1 Ziele der patientenbezogenen medizinischen Dokumentation. . . . .	19
2.2 Basisdokumentation des DVE . . . . .	21
2.2.1 Entstehung der Basisdokumentation . . . . .	21
2.2.2 Aufbau und Struktur der Basisdokumentation. . . . .	23
2.2.3 Kritische Auseinandersetzung mit der Basisdokumentation . . . . .	25
2.3 Dokumentation in der internationalen Ergotherapie (USA) . . . . .	27
2.3.1 Dokumentationsvorgehensweise nach der AOTA in den USA . . . . .	27
2.3.2 Dokumentationsmethode nach Weed . . . . .	28
2.3.3 Dokumentation von Outcomes in den USA . . . . .	30
<b>3 Heilmittelrichtlinien und Rahmenbedingungen . . . . .</b>	<b>31</b>
3.1 Kernaspekte der HMR in Bezug zum Verfassen eines Berichtes . . . . .	31
3.2 WANZ-Kriterien . . . . .	32
3.3 Gemeinsame Rahmenempfehlungen . . . . .	33
<b>4 Occupational Therapy Practice Framework . . . . .</b>	<b>35</b>
4.1 Gegenstandsbereich . . . . .	36
4.2 Prozess . . . . .	38
4.2.1 Evaluationsprozess . . . . .	39
4.2.2 Interventionsprozess . . . . .	41
4.2.3 Outcome-Prozess . . . . .	43

<b>5</b>	<b>ICF</b>	46
5.1	Aufbau der ICF	46
5.2	ICF for Children and Youth	48
5.3	ICF und die Ergotherapie	50
5.4	Studie und ICF	52
<b>6</b>	<b>Forschung</b>	53
6.1	Literaturrecherche	55
6.2	Gewinnung der möglichen Teilnehmer ET	55
6.3	Analyse Ergotherapieberichte	56
6.3.1	Anforderung von ergotherapeutischen Berichten	56
6.3.2	Dokumentenanalyse	57
6.3.3	Auswertung der ergotherapeutischen Berichte	58
6.4	Entwicklung Fragebogen ‚Ergotherapeut‘	58
6.4.1	Pilotfragebogenrunde ET	59
6.4.2	Auswertung der Pilotfragebögen	59
6.4.3	Anpassung ET-Fragebogen	59
6.4.4	Fragebogenrunde ET	60
6.4.5	Auswertung ET-Fragebögen	61
6.5	Gewinnung der möglichen Teilnehmer Pädiater	61
6.5.1	Entwicklung Fragebogen ‚Pädiater‘	62
6.5.2	Pilotfragebogen ‚Pädiater‘	62
6.5.3	Auswertung der Pilotfragebögen ‚Pädiater‘	62
6.5.4	Anpassung Fragebogen ‚Pädiater‘	62
6.5.5	Fragebogenrunde ‚Pädiater‘	63
6.5.6	Auswertung Fragebogen ‚Pädiater‘	63
6.6	Entwicklung des Berichtsschemas	64
6.6.1	Ergebnisse ‚betätigungsorientierte Zielsetzung‘	64
6.6.2	Ergebnisse ‚prognostische Einschätzung‘	67
6.6.3	Ergebnisse ‚Lebensqualität‘	71
6.6.4	Ergebnisse ‚ICF‘	73
6.6.5	Ergebnisse ‚übersichtliche Gestaltung‘	77
6.7	Testgütekriterien	78
6.7.1	Klassische Trias	78
6.7.2	Objektivität	78
6.7.3	Reliabilität	79
6.7.4	Validität	79
6.8	Qualitative Testgütekriterien	80

6.8.1	Verfahrensdokumentation. . . . .	80
6.8.2	Argumentative Interpretationsabsicherung. . . . .	80
6.8.3	Regelgeleitetheit . . . . .	80
6.8.4	Nähe zum Gegenstand . . . . .	81
6.8.5	Kommunikative Validierung . . . . .	81
6.8.6	Triangulation . . . . .	81
<b>7</b>	<b>Berichtsschema . . . . .</b>	<b>83</b>
7.1	Aspekte für alle drei Arten des Berichts . . . . .	83
7.1.1	Allgemeine Informationen . . . . .	84
7.1.2	Eigene Angaben: Logo der Praxis, Name des Therapeuten . . . . .	84
7.1.3	Klienteninformationen/Überweisungsinformationen . . . . .	84
7.1.4	ICF . . . . .	85
7.1.5	Ergotherapeutische Modelle . . . . .	88
7.1.6	Prognostische Einschätzung. . . . .	89
7.2	Erstbericht . . . . .	89
7.2.1	Betätigungsprofil . . . . .	90
7.2.2	Analyse der Betätigungsperformanz . . . . .	91
7.2.3	Betätigungsorientierte Zielsetzung . . . . .	91
7.2.4	Verwendete Befundinstrumente. . . . .	93
7.3	Verlaufsbericht . . . . .	95
7.3.1	Betätigungsorientierte Zielsetzung . . . . .	96
7.3.2	Interventionen . . . . .	96
7.3.3	Therapieergebnisse . . . . .	102
7.3.4	Mitarbeit der Eltern . . . . .	103
7.4	Abschlussbericht . . . . .	104
7.4.1	Betätigungsorientierte Zielsetzung . . . . .	104
7.4.2	Therapieergebnisse . . . . .	105
7.4.3	Aussagen zur Lebensqualität des Kindes . . . . .	105
<b>8</b>	<b>Fallbeispiel . . . . .</b>	<b>107</b>
8.1	Erstbericht . . . . .	108
8.2	Verlaufsbericht . . . . .	109
8.3	Abschlussbericht . . . . .	110
	Glossar . . . . .	111
	Literatur . . . . .	123

## | Vorwort der Herausgeber

Die Reihe ERGOTHERAPEUTISCHE ARBEITSHILFEN der EDITION VITA ACTIVA steht ergotherapeutischen Befunderhebungsinstrumenten offen, die im deutschen Sprachraum entwickelt wurden. Sie sollen bereits einen Erprobungsprozess in einer ergotherapeutischen Abteilung durchlaufen haben und über ein ausgearbeitetes Handbuch verfügen. Hiermit ist erstens gewährleistet, dass eine gründliche und strukturierte Einarbeitung und Durchführung im ergotherapeutischen Kontext und durch Berufsangehörige möglich sind. Zweitens ist so eine wichtige Voraussetzung gegeben, diese Instrumente einem fortlaufenden systematischen Entwicklungs-, Erprobungs- und Validierungsprozess zu unterziehen.

Ein wichtiges Kennzeichen der in diese Reihe aufgenommenen Instrumente ist, sie bauen auf ergotherapeutisches und interdisziplinäres Wissen auf, welches die jeweiligen Fachbereiche hier in Deutschland fundiert. Zudem repräsentieren sie bewährte Arbeitsweisen und Prozessschritte aus der ergotherapeutischen Befundung und Evaluation, z. B. Anamnese- und Reflexionsgespräche, Selbst- und Fremdbeobachtungen. Die in den Handbüchern beschriebenen systematischen Vorgehensweisen verdeutlichen, dass es sich um Instrumente handelt, die das Versuch-und-Irrtum-Stadium hinter sich gelassen haben, auch wenn ihnen die wissenschaftliche Überprüfung noch fehlt.

Die Reihe der EDITION VITA ACTIVA repräsentiert mit den in ihr erscheinenden Assessments, Befunderhebungsinstrumenten und Programmen einen bestimmten Entwicklungsschritt im Professionalisierungsprozess ergotherapeutischer Praxis: die Einsicht in die Notwendigkeit terminologischer Genauigkeit sowie standardisierter und wissenschaftlich überprüfter Vorgehensweisen. Insgesamt will VITA ACTIVA hiermit einen Beitrag zum kritischen Umgang mit Erhebungsinstrumenten und zur Qualitätssicherung ergotherapeutischer Maßnahmen leisten. Nachfolgend werden Validierungsstudien der in dieser Reihe erschienenen Instrumente erforderlich sein und hoffentlich auch angeregt.

Erst gut validierte Instrumente, von denen es bisher noch zu wenige gibt, werden langfristig dazu beitragen, dass auch die deutschsprachige Ergotherapie bspw. im Rahmen größerer Forschungsprojekte ihren genuinen Beitrag zu Therapie-, Rehabilitations- und Präventionserfolgen evident nachweisen kann.

Die Herausgeber

Ulrike Marotzki, Christiane Mentrup, Peter Weber



## Danksagung

Unser besonderer Dank gilt all denen, die an der Studie teilgenommen und uns ihre Gedanken und Ideen zur Verfügung gestellt haben.

Für die grammatikalische und syntaktische Durchsicht sowie für hilfreiche Anmerkungen bedanken wir uns bei unseren Korrekturlesern.

Ebenso bedanken wir uns an dieser Stelle herzlich bei unseren Familien und Freunden für deren Unterstützung in jeglicher Hinsicht während der Dauer des Studiums, der Bachelorarbeit und des Schreibens dieses Buches.

## Anmerkungen der Autorinnen

Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird in dem vorliegenden Buch innerhalb des Textes ausschließlich die männliche Form verwendet. Dieses soll in keiner Weise eine Wertung oder Diskriminierung darstellen.

Um den klientenzentrierten Ansatz in der Ergotherapie zu gewährleisten, wird im weiteren Text fortlaufend der Begriff ‚Klient‘ statt ‚Patient‘ verwendet. Hierbei wird dem Klienten eine aktive Rolle mit Autonomie, Verantwortung und Mitgestaltung zugeschrieben, wohingegen der Patient eher eine passive Rolle einnimmt. Ferner beruht der ergotherapeutische Prozess auf einer partnerschaftlichen und empathischen Beziehung.

Im Text sind Zahlen einerseits als Wort im Sinne der besseren Lesbarkeit und andererseits als Ziffer zur Hervorhebung der Zahl dargestellt.

# 1 Einleitung

## 1.1 Entstehung

Das vorliegende Buch ist eine Weiterentwicklung unserer Bachelorarbeit. Diese haben wir zu viert, mit Clarissa Echt, im Rahmen des berufsbegleitenden Studienganges Ergotherapie im Jahr 2008 an der Hogeschool Zuyd in den Niederlanden erstellt. Ziel unserer Bachelorarbeit war es, ein pädiatrisches Berichtsschema für den ambulanten Bereich in Anlehnung an die Basisdokumentation des DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.) zu entwickeln und zu veröffentlichen.

Folgende Erkenntnisse bestärkten uns darin:

Die Kooperation von Ergotherapeuten und Pädiatern hat angesichts massiver Kostensenkung eine wachsende Bedeutung bekommen. Die Weiterentwicklungen und Fortschritte in der Medizin, der Wissenschaft und Technik sowie in der Politik und nicht zuletzt in der Ergotherapie haben maßgebend dazu beigetragen, dass sich eine vermehrte Arbeitsteilung und Spezialisierung entwickelt hat. In der pädiatrischen Ergotherapie können je nach Indikation und Krankheitsphase des Kindes schwerpunktmäßig verschiedene beratende, diagnostische, therapeutische, begleitende, technische, versorgende und andere Leistungen erbracht werden. Diese gemeinsame Verantwortung für die Strukturierung, Vorgehensweise und Fortentwicklung einer ganzheitlichen Behandlungsweise sowie die dazugehörigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen macht eine Kooperation zwischen Pädiater und Ergotherapeut erforderlich, damit die Vorteile einer Spezialisierung genutzt und die Nachteile vermindert werden können (vgl. Bundesärztekammer, 2006).

Barczyk & Baß & Buhl (vgl. 2007, S. 45) haben die Zusammenarbeit von ambulant arbeitenden Ergotherapeuten und Pädiatern untersucht und hierbei herausgefunden, dass deren Kooperation hauptsächlich auf schriftlichem Wege erfolgt. Somit stellen die ergotherapeutischen Berichte eine Schlüsselfunktion in der Zusammenarbeit von Ergotherapeuten und Pädiatern dar (s. Kap. 2). Dokumentation ist nach Perinchief (vgl. 2003, S. 903) ein wichtiges Kommunikationsmittel. Eine strukturiert durchgeführte Dokumentation über einen Klienten ermöglicht nicht nur eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeuten und Pädiatern, sondern dient auch als Leistungsnachweis gegenüber den Kostenträgern, wie bei-

spielsweise den Krankenkassen. Diese Sachverhalte führten zu einer regen Diskussion und bildeten schließlich die Motivation, sich mit dieser Thematik zu befassen.

„Ein zentraler Aspekt der Ergotherapie [...] [stellt] die Verbindung von Handlungsfähigkeit und Gesundheit“ (Marotzki, 2006, S. 69) dar. Dies zeigt sich vor allem im zurzeit erfolgenden Paradigmenwechsel, wo die Betätigung des Menschen zunehmend in den Mittelpunkt der ergotherapeutischen Behandlung rückt (vgl. Kielhofner, 2004, S. 64ff.). Dieser Aspekt findet sich auch im bio-psycho-sozialen Modell der ICF unter Aktivitäten und Teilhabe (vgl. Schuntermann, 2007, S. 30) wieder. Dieses Umdenken erfordert eine Neustrukturierung der Ergotherapie auf allen Ebenen unter Einbeziehung der neuen Aspekte, worunter auch z. B. das Schreiben ergotherapeutischer Berichte fällt. Der in Deutschland bestehende Paradigmenwechsel wurde in den USA bereits vollzogen. Im Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) der American Association of Occupational Therapy wird die Bedeutung der Betätigung berücksichtigt. In der Evaluationsphase wird ein Betätigungsprofil erstellt und eine Analyse der Betätigungsperfomanz vorgenommen (vgl. Reichel, 2005, S. 72). Dies bildet die Grundlage für den therapeutischen Prozess (s. Kap. 4.2).

Motivierend war auch die Tatsache, dass bisher in der deutschen Ergotherapie noch keine einheitliche Berichtsstruktur zur Anwendung kam. In Deutschland gibt es momentan lediglich die Heilmittelrichtlinien (HMR), in denen festgeschrieben ist, dass für jeden Versicherten eine Verlaufsdocumentation zu erstellen und fortzuschreiben ist, sowie die vom DVE entwickelte Basisdocumentation. Im Gegensatz zu Deutschland wurde in den USA schon 1979 von der AOTA ein erster Vorläufer des späteren OTPF 2nd Edition veröffentlicht, worauf in Kapitel 4 noch Bezug genommen wird.

Eine einheitliche und ökonomische Dokumentation in Form eines Berichtsschemas kann die Qualität der Therapie durch die strukturierte und vollständige Erfassung aller relevanten Daten verbessern und somit einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und -verbesserung der medizinischen Versorgung leisten. Auch „vor dem Hintergrund [...] der Kürzungen im Heilmittelbereich gewinnt eine fundierte und effiziente Dokumentation in der Ergotherapie zunehmend an Bedeutung“ (DVE, n. d.).

In der Hauptstudie sollte anhand der Dokumentenanalyse ermittelt werden, welche Inhalte sich in ergotherapeutischen Berichten befinden, die auf der Grundlage der Basisdocumentation entstanden sind. Des Weiteren sollte herausgefunden werden, welche Gründe es für die Nennung dieser Inhalte geben könnte und welche Inhalte für Pädiater eine hohe Relevanz aufweisen.

Anhand der erhobenen Daten wurde ein allgemein gültiges Berichtsschema in Anlehnung an die Basisdokumentation des DVE e. V. erstellt, das im ambulanten pädiatrischen Bereich anwendbar ist und den Pädiatern alle bedeutungsvollen Informationen liefert. Inhaltlich wurde das Ziel verfolgt, ein Berichtsschema zu entwickeln, das den Therapieverlauf und die Kooperation mit Ärzten auf der Basis neuester Erkenntnisse ermöglicht. Dies bedeutet, dass unterschiedliche Therapiekonzepte sowie Modelle, fachspezifische Befundinstrumente und Methoden je nach therapeutischer Vorgehensweise im Berichtsschema aufgegriffen werden können.

Das Berichtsschema berücksichtigt die Terminologie der ICF und folgt der Struktur des OTPF-Prozesses in Form des Erst-, Verlaufs- und Abschlussberichts, damit die Ergotherapeuten einheitliche Berichte erstellen können und ein effektiverer interdisziplinärer Austausch stattfindet. Ein einheitlich strukturiertes Berichtsschema kann folglich einen Standard gewährleisten und als Qualitätsmerkmal dienen. Die Qualität der Therapie kann so durch die strukturierte und vollständige Erfassung aller relevanten Daten verbessert werden.

In der Bachelorarbeit entstand auf diese Weise ein Grundgerüst für das Berichtsschema, das wir nun in diesem Buch anwenderfreundlich weiterentwickelt haben.

## 1.2 Aufbau des Buches

Nach diesem einleitenden Kapitel befasst sich Kapitel 2 mit der Dokumentation im Gesundheitswesen. Es stellt die stellvertretend für die nationale Ergotherapie stehende Basisdokumentation des DVE und die US-amerikanischen Dokumentation, die repräsentativ für die internationale Ergotherapie gesehen wird, vor.

In Kapitel 3 werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Heilmittelrichtlinien erläutert, da sich das Buch an praktisch tätige Ergotherapeuten im ambulanten Sektor richtet.

Kapitel 4 bildet das Occupational Therapy Practice Framework (OTPF) ab. Nach Abschluss der Bachelorarbeit veröffentlichte der amerikanische Berufsverband (AOTA) eine überarbeitete Version des OTPF. Die Neuerungen der 2nd Edition sind im vorliegenden Buch mit eingearbeitet worden.

Kapitel 5 befasst sich mit der ICF, die trotz teilweise geringer Kenntnis der Studienteilnehmer, wichtige Auswirkungen auf das Berichtsschema genommen hat und somit dem Leser dargestellt wird.

Kapitel 6 beschreibt die komplette Studiendurchführung, beginnend mit der Literaturrecherche, der Dokumentenanalyse, der schriftlichen Befragung der Ergotherapeuten und Pädiater und deren Auswertungen.

Kapitel 7 greift die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Kapiteln auf und beschreibt in verständlicher Sprache die einzelnen Aspekte der drei Berichtsvorlagen. Schritt für Schritt wird erklärt, wie und warum ein Erst-, Verlaufs- und Abschlussbericht nach dem vorliegenden Schema geschrieben werden soll.

Kapitel 8 rundet das Buch mit einem beispielhaft ausgefüllten Berichtsschema ab.

### **1.3 Anwendung des Berichtsschemas**

Das Buch eignet sich für Ergotherapeuten, die schon einige Jahre praktisch tätig sind und sich mit aktuellen Themen wie ICF oder OTPF auseinandersetzen wollen. Es ist ebenfalls für Ergotherapeuten geeignet, die ihre Ausbildung kürzlich beendet und noch keine Routine im Schreiben von Berichten entwickelt haben.

Durch den systematischen Aufbau des Berichtsschemas in Kapitel 7 in einzelne Abschnitte mit dazugehörigen Erklärungen, wollen wir es dem Leser/Anwender einfach machen, sich in die neue Struktur einzudenken und sie auszuprobieren. Hinweise und Leitfragen regen an, die Erklärungen auf ein konkretes Kind aus der eigenen praktischen Arbeit zu übertragen. Im Theorieteil der ersten Kapitel liefern wir wichtige Hintergrundinformationen dazu. Damit erhoffen wir uns, Sie zu motivieren, immer wieder auch zu den ersten Seiten des Buches zurückzublättern und dort zu stöbern.

## 2 Dokumentation im Gesundheitswesen

Dokumentationsvoraussetzung ist eine allgemein anerkannte präzise Begriffsdefinition, die die Bedeutung und Handhabung von Dokumentation in all ihren Bereichen klärt bzw. festlegt. Diese Bereiche sind nach Linder & Frolek Clark (vgl. 2000, S. 135) beispielsweise:

- a) die chronologische Datendokumentation zum Stand der Performance und der therapeutischen Intervention,
- b) Dokumentation als Kommunikation zwischen involvierten Professionen,
- c) Dokumentation als objektive Basis für präzise, effektive und notwendige therapeutische Intervention und
- d) die Datendokumentation in Bezug auf das eigene Reasoning und das professionelle Vertreten von getroffenen Entscheidungen.

Nach Linder & Frolek Clark (vgl. 2000, S. 135) bildet Dokumentation die Schlüssel-funktion, um Ergebnisse der eigenen Profession anderen Berufsgruppen, der Gesellschaft und finanziell involvierten Institutionen nahe zu bringen und zu vermitteln. Eine strukturierte Dokumentation unterstützt zudem ein Qualitätsmanagement und Controlling (vgl. Perinchief, 2003, S. 902). Dokumentation ist somit ein Teil von Qualitätsmanagement. Das Qualitätsmanagement bietet die Möglichkeit einer äußeren transparenten Darstellung der Dienstleistung gegenüber Kostenträgern, Öffentlichkeit und potentiellen Klienten sowie einer inneren transparenten Darstellung, welche die Verständigung über unverzichtbare Standards der Arbeit erleichtert (vgl. Qualitätsgemeinschaft Soziale Dienste, 1998, S. 6).

Aufgrund der Teilnahme von Ergotherapeuten an diversen Prozessen, wie beispielsweise Anwendung von Befundinstrumenten, Therapieplanung, Interventionsdurchführung und erneuten Beurteilungen, sammeln sich viele Informationen an, die effizient sowie effektiv weitergegeben werden müssen. Hinzu kommen zusätzliche Informationen von Dritten, z. B. von Ärzten, Angehörigen der Klienten oder von Personen aus weiteren involvierten Sozialberufen. Diese Fülle an Informationen, dargestellt in Akten und Berichten, muss die Qualität der stattfindenden Handlungen reflektieren.

Dokumentation repräsentiert folglich eine professionelle Arbeitseinstellung und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln jedes einzelnen Therapeuten. Diese professionelle Arbeitseinstellung umfasst die dokumentierte Informationsaufnahme, Entscheidungsfindung und die daraus resultierenden Ergeb-

nisse. Dieser Aspekt ist im deutschen Gesundheitssystem in den Heilmittelrichtlinien gesetzlich geregelt.

Weiterhin ist Dokumentation nach Linder & Frolek Clark (vgl. 2000, S. 136) eine Form der Kommunikation. Daher sind eine klare Fachsprache sowie einheitliche Terminologien äußerst wichtig und entscheidend. Eine Richtlinie bildet beispielsweise das OTPF 2nd Edition aus den USA, das die ergotherapeutischen Terminologien standardisiert (Kap. 4).

Die Dokumentation von Assessments und Behandlungen ist nach Perinchieff (vgl. 2003, S. 903) ein legaler Nachweis für eine professionelle Entscheidungsfindung und Clinical Reasoning (CR). Sie ist eine Methode, die sicherstellt, dass etwas tatsächlich stattgefunden hat und von Kostenträgern nachvollzogen werden kann.

## 2.1 Dokumentation in der nationalen Ergotherapie (Deutschland)

Anhand der Literaturrecherche wurde deutlich, dass in der deutschen Ergotherapie keine einheitliche Dokumentationsstruktur zur Anwendung kommt; dies wurde durch Aussagen des DVE (persönliche Mitteilung, 2007, Oktober) untermauert. Der DVE verweist lediglich auf die Heilmittelrichtlinien sowie auf die bestehende Basisdokumentation des DVE.

In den Heilmittelrichtlinien ist vorgeschrieben, dass für jeden Versicherten eine Verlaufsdocumentation zu erstellen und fortzuführen ist.

Die vom DVE empfohlene, in Deutschland bereits bestehende Basisdokumentation ist ein erster Entwurf der Projektgruppe ‚Leistungserfassung und Dokumentation‘. Auf sie wird in Kapitel 2.2 genauer eingegangen.

Zu den Leit- und Richtlinien der dokumentarischen Vorgehensweisen in der deutschen Ergotherapie gehört unter anderem auch das Qualitätsmanagement-Handbuch des DVE für ergotherapeutische Praxen. Dieses Handbuch ist ein nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifizierter Leitfaden, der neben Schwerpunkten wie Qualitätspolitik und Ziel, Führung und Organisation, Ressourcenmanagement, Messung und Analysen auch Dokumentation und Dokumentenlenkung beinhaltet.