

Zeitschrift für Gefäßmedizin

Bildgebende Diagnostik • Gefäßbiologie • Gefäßchirurgie •
Hämostaseologie • Konservative und endovaskuläre Therapie •
Lymphologie • Neurologie • Phlebologie

Was müssen Ärzte dokumentieren?

Ploier M

Zeitschrift für Gefäßmedizin 2013;

10 (1), 20-22

Homepage:

www.kup.at/gefaessmedizin

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
für Phlebologie und
dermatologische Angiologie



Offizielles Organ des Österreichischen
Verbandes für Gefäßmedizin



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für
Internistische Angiologie (ÖGIA)



Indexed in EMBASE/COMPENDEX/GEOTitles/SCOPUS

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files der Zeitschrift für Gefäßmedizin und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe der Zeitschrift für Gefäßmedizin. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Zeitschrift für Gefäßmedizin

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

Was müssen Ärzte dokumentieren?*

M. Ploier

Sowohl aus dem ÄrzteG als auch aus dem Kranken- und KuranstaltenG ergibt sich die Verpflichtung einer ärztlichen (und pflegerischen) Dokumentation. Der Sinn liegt einerseits darin, über den Patienten eine ausreichende und nachvollziehbare Krankengeschichte zu führen und dadurch auch nachbehandelnde Ärzte ausreichend über den bisherigen Krankheitsverlauf zu informieren. Andererseits hat die Dokumentation eine Beweissicherungsfunktion für etwaige Gerichtsverfahren. Je detaillierter die Dokumentation ist, umso besser wird sie der Beweissicherungsfunktion gerecht.

Rechtsgrundlagen

§ 51 Abs 1 ÄrzteG legt fest, dass jeder Arzt verpflichtet ist, „Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinn des § 26 Abs 8 AMG erforderlichen Daten zu führen“.

§ 10 Abs 3 Kranken- und KuranstaltenG (KAKuG) samt den 9 Landes-Krankenanstaltengesetzen legen fest, dass „die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pflégelings zur Zeit der Aufnahme (status praesens), der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Darreichungsform) und Aufklärung des Pflégelings und sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen sind“.

Bereits aus diesen beiden Bestimmungen ergibt sich, dass die ärztliche (und letztlich auch die pflegerische) Dokumentation umfangreich sämtliche erfolgten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen widerspiegeln muss.

Die Praxis, die ich insbesondere in Arzthaftungsprozessen miterlebe, ist jedoch, dass gerade die ärztliche Dokumentation – wohl hauptsächlich deshalb, da es häufig an der Zeit im Berufsalltag mangelt – sehr mangelhaft geführt wird, wodurch in Arzthaftungsprozessen häufig ein Beweisproblem entsteht. Immerhin hat der Oberste Gerichtshof bezugnehmend auf die Dokumentationspflicht nach ÄrzteG und KAKuG den Grundsatz geprägt, dass eine nicht dokumentierte Maß-

nahme als nicht getätigt gilt. An dieser Stelle darf ich ein besonders Lob an die Pflegedokumentation aussprechen, da diese mir als Ärzte vertretende Anwältin sehr häufig Argumentationen in die Hand gespielt hat, da die Pflege sehr umfassend und umfangreich dokumentiert. Als Beispiel darf ich dazu einen Fall nennen, bei dem es keine ärztliche Dokumentation über die erfolgte Aufklärung gegeben hat und der Patient ausgesagt hat, dass er den behandelnden Arzt nur einmal gesehen hat und dabei nicht aufgeklärt worden ist. Aus der Pflegedokumentation war hingegen ersichtlich, dass es sich bei der betreffenden Person um einen äußerst fordernden Patienten gehandelt hat, der mehrfach mitgeteilt hat, dass er den behandelnden Arzt sprechen möchte, um über den Eingriff sprechen zu können – auch die tatsächliche Anwesenheit des Arztes wurde im Rahmen der Pflegedokumentation vermerkt sowie ein Satz, dass der Patient nach mehreren Gesprächen nun mitgeteilt hätte, dass er dem behandelnden Arzt vertraue und sich jetzt mit dem Eingriff auskennen würde. Das entscheidende Gericht hat die Aussage des Patienten in diesem Fall aufgrund der hervorragenden Dokumentation der Pflege als unglaublich angesehen.

Was soll Inhalt der Dokumentation sein?

Zum Umfang der Dokumentationspflicht ergibt sich aus dem Ärztegesetz, dass

- der Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung,
- die Vorgeschichte einer Erkrankung,
- die Diagnose,
- der Krankheitsverlauf,
- die Art und der Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen und
- die Anwendung von Arzneispezialitäten jedenfalls zu dokumentieren sind.

Näher präzisiert wird dies unter Heranziehung der deutschen Literatur und Rechtsprechung, auf die auch in der österreichischen Rechtsprechung stets Bezug genommen wird. Demnach sind folgende Punkte jedenfalls in die Dokumentation aufzunehmen:

- Anamnese
- Diagnostik
- Funktionsbefunde
- Art und Dosierung einer Medikation
- Präventive Maßnahmen

* Nachdruck aus J Hyperton 2013; 17 (1): 26–8.

- Inhalt von Gesprächen mit dem Patienten, insbesondere ärztliches Aufklärungsgespräch
- Ärztliche Hinweise und Anweisungen an den Pflegedienst (wichtig: Generalanordnungen sind unzulässig! Es muss eine ärztliche Anordnung im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich pro Patient, bei Arzneimitteln Dosierung, Häufigkeit etc. schriftlich erfolgen)
- Abweichungen von der Standardbehandlung
- Verlaufsdaten
- Operationsbericht
- Anästhesieprotokoll
- Ratschläge zum Zwecke der Inanspruchnahme eines Spezialisten
- Verweigerungen und Beschwerden des Patienten
- Therapeutische Maßnahmen und deren Ergebnis
- Unerwartete Zwischenfälle
- Wechsel des Operateurs während der Operation
- Anfängerkontrolle
- Intensivpflege
- Apparateinsatz
- Aufschlüsse zur Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch
- Getroffene Sicherheitsvorkehrungen gegen eine Selbstschädigung des Patienten
- Verlegung des Patienten auf eine andere Station oder in ein anderes Krankenhaus (sowie eventuell die Mitgabe von Befunden an diese neue behandelnde Stelle)
- Hinweise auf Gefahrenlagen
- Verlassen des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat
- Nachbehandlung
- Empfehlungen an den Patienten, z. B. eine Diät einzuhalten oder sonstige Dinge aktiv zu tun bzw. zu unterlassen, um den Heilungserfolg nicht zu gefährden

Die Dokumentation über die erfolgte Aufklärung sollte so detailliert wie möglich erfolgen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Dokumentation als Urkunde gilt, der grundsätzlich die Richtigkeit des Inhaltes unterstellt wird. In einem Gerichtsverfahren wird daher grundsätzlich – sofern sich nicht Beweise ergeben, dass die Dokumentation nachträglich rechtswidrig verändert wurde – davon ausgegangen, dass die dokumentierten Maßnahmen richtig sind. Wesentlich ist daher, dass die erfolgte Aufklärung nicht nur anhand eines verwendeten Aufklärungsbogens dokumentiert wird, sondern jedenfalls

- die besprochenen Risiken,
- besprochene Behandlungsalternativen,
- Hinweise auf Maßnahmen, die der Patient für den Heilungsprozess selbst durchführen muss,
- unter Umständen Honoraranprüche der Höhe nach,
- im Zweifel: Gründe, warum, die Einsichts- und Urteilsfähigkeit eines Patienten bejaht/verneint wird,
- Uhrzeit der erfolgten Aufklärung

enthält. Sollte ein Patient keine Aufklärung wünschen, so ist der Verzicht jedenfalls schriftlich zu dokumentieren. Ich rate dazu, dass im Falle eines Aufklärungsverzichts ein Zeuge diesen ebenfalls schriftlich bestätigt.

Da Patienten ein Recht auf Einsichtnahme in die Krankengeschichte haben, sollte ebenfalls dokumentiert werden, wenn in die Dokumentation Einsicht genommen wird, durch wen und ob Kopien angefertigt oder angefordert worden sind.

Erlangen Sie Kenntnis von einer vom Patienten verfassten Patientenverfügung oder teilt Ihnen der einsichts- und urteilsfähige Patient vor einem Eingriff mit, dass er gewissen Behandlungen nicht zustimmen würde bzw. untersagt er bestimmte Behandlungen, so sind diese ebenfalls in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

Sofern Sie der Patient von der Verschwiegenheitspflicht gegenüber bestimmten Personen (z. B. Angehörigen etc.) entbindet, sollte die Entbindung ebenfalls in der Dokumentation aufgenommen werden.

■ Muss eine bestimmte Form gewahrt werden?

Mangels vorgeschriebener Form der Dokumentation kann diese sowohl händisch als auch elektronisch geführt werden, da zum Beispiel das Ärztegesetz ausdrücklich die Möglichkeit einräumt, dass Ärzte Daten zur Ermittlung und Verarbeitung in der Krankengeschichte automationsunterstützt erheben.

Um aufgrund der Beweissicherungsfunktion der Dokumentation nicht in Verruf zu geraten, die Dokumentation unter Umständen gefälscht zu haben, sollte die Dokumentation mit einem Datum versehen werden. In einem Arzthaftungsprozess beispielsweise wurde seitens des Patienten der Vorwurf erhoben, dass die elektronische Krankengeschichte (der behandelnde Arzt führte sowohl eine elektronische als auch eine händische Dokumentation) gefälscht worden wäre, da diese wesentlich umfangreicher war als die händische Dokumentation. Wir konnten in diesem Fall den Nachweis erbringen, wann welcher Inhalt dokumentiert wurde, woraus ersichtlich wurde, dass die Dokumentation unmittelbar nach dem Ordinationsbesuch erfolgt ist. Damit war auch der Vorwurf der Fälschung schlagartig vom Tisch gewischt.

Grundsätzlich ist so zu dokumentieren, dass auch Dritte, somit zum Beispiel an der Behandlung mitwirkende Ärzte bzw. im Nachhinein weiterbehandelnde Ärzte oder ein Sachverständiger aus dem medizinischen Fachbereich, anhand der Dokumentation bzw. der verwendeten Kürzel nachvollziehen können, welche Diagnose vorliegt, welche Behandlungsschritte gesetzt wurden sowie sonstige erforderlichen Informationen dazu erhalten. Die Verwendung von fachbereichsspezifischen Codes und Kürzeln ist daher jedenfalls zulässig, ebenso Nummerncodes oder auch die Nutzung der Möglichkeit der Stenographie. Sollten Sie Kürzel verwenden, so empfiehlt es sich, im Fall eines Prozesses dem Gericht und dem Sachverständigen eine Liste über die Bedeutung der einzelnen Kürzel zu übermitteln.

Sollte ein Irrtum im Rahmen der Dokumentation entstanden sein, so sind Korrekturen grundsätzlich zulässig, wobei hier die Gratwanderung zu einer Verfälschung der Dokumentation bzw. Krankengeschichte zu beachten ist. Eine vollkommene Löschung bzw. Überschreibung früherer Eintragungen ist daher unzulässig. Zudem müssen die vorgenommenen Änderungen begründet werden und nachvollziehbar sein. Wenn daher eine Änderung vorgenommen wird, so sollte dies nicht durch die Verwendung eines Korrekturlackes erfolgen, son-

dem sollte die bisher erfolgte Dokumentation durchgestrichen, mit dem Vermerk „korr“ bedacht und die Änderung darübergeschrieben werden.

Der Oberste Gerichtshof hat bereits in einem Fall festgehalten, dass die Korrektur der Aufnahmediagnose durch das Löschen der ursprünglich erfolgten Aufnahmediagnose eine Fälschung darstellt (OGH 9 Oba 229/00t). Die Verfälschung einer Dokumentation bzw. Krankengeschichte zieht nicht nur strafrechtliche Konsequenzen nach sich, sondern kann für Ärzte im Dienstverhältnis auch bedeuten, dass sie von ihrem Arbeitgeber entlassen werden bzw. ein Arzt mit Kassenvertrag diesen umgehend verlieren wird.

■ Wann ist zu dokumentieren?

Die Dokumentation muss in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Behandlung bzw. erfolgten Diagnose stehen, da die Dokumentation auch den Zweck der Therapiesicherung nach sich zieht und dementsprechend zeitnah erfolgen muss. Der Oberste Gerichtshof hat dazu bereits festgelegt, dass alle Aufzeichnungen spätestens zum Ende des einzelnen Behandlungsabschnittes erfolgen müssen (OGH 3 Ob 2121/96z). Um nachvollziehen zu können, wann die Dokumentation erfolgt ist, muss daher jede Eintragung bzw. jede Behandlung/Diagnose etc. mit Datum dokumentiert werden.

■ Wie lange muss die Dokumentation aufbewahrt werden?

Aus § 51 ÄrzteG ergibt sich, dass die Dokumentation 10 Jahre lang aufzubewahren ist. Im Falle der Übernahme einer Ordination bzw. Weiterbetreuung ist der Übernehmer dazu verpflichtet, die Dokumentation des Vorgängers zu übernehmen und für die weitere Dauer ebenfalls aufzubewahren. Strittig ist, ob der Übergeber einer Ordination verpflichtet ist, die Patientenkarteen an den Übernehmer zu übergeben, wenn keine Einigung über die Ablöse dieses Wirtschaftsgutes erfolgt.

Sofern ein Arzt verstirbt und keinen Rechtsnachfolger hat, so sieht § 51 Abs 5 Ärztegesetz ausdrücklich vor, dass die Erben dazu verpflichtet sind, dem Amt der zuständigen Landesregierung die Dokumentation zur Aufbewahrung zu übermitteln.

Röntgenbilder sind grundsätzlich zumindest 10 Jahre aufzubewahren, sonstige Dokumentationen in einer Krankenanstalt sind 30 Jahre aufzubewahren.

■ Beweismittel im Falle eines Gerichtsprozesses

Da sich aus der Rechtsprechung ergibt, dass es sich bei der Dokumentationspflicht des Arztes um eine Nebenverpflich-

tung aus dem Behandlungsvertrag handelt, hat ein Verstoß gegen die Dokumentationspflicht auch im Falle eines Gerichtsprozesses beweisrechtliche Konsequenzen. Der Oberste Gerichtshof hat beispielsweise ausgesprochen, dass die Lückenhaftigkeit einer ärztlichen Dokumentation eine Sorgfaltpflichtverletzung darstellt und dem Patienten daher zum Ausgleich der durch die Verletzung der Dokumentationspflicht eingetretenen größeren Schwierigkeiten, einen ärztlichen Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler nachzuweisen, eine der Schwere der Dokumentationspflichtverletzung entsprechende Beweiserleichterung zugute kommt. Diese Beweiserleichterung hilft dem Patienten insoweit, als die Vermutung begründet wird, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme vom Arzt als nicht getroffen gilt (OGH RdM 1994/25; RdM 1996/7; RdM 1999/12; OGH RdM 2002/4; 8 Ob 10/03h).

Auch wenn grundsätzlich trotz mangelhafter Dokumentation durch den betroffenen Arzt der Beweis erbracht werden könnte, dass über eine bestimmte Behandlung bzw. ein bestimmtes Risiko aufgeklärt bzw. eine bestimmte Behandlung durchgeführt wurde, so ist es tatsächlich in der Praxis im Rahmen eines Gerichtsverfahrens höchst schwierig, diesen konkreten Umstand auch unter Beweis zu stellen. Eine ausführliche Dokumentation ist daher zur Beweissicherung für ein etwaiges mögliches Gerichtsverfahren jedenfalls empfehlenswert. Auf meine Ausführungen, wie hilfreich die Pflegedokumentation sein kann, darf ich noch einmal ausdrücklich hinweisen.

■ Zusammenfassung

Sowohl aus dem ÄrzteG als auch aus dem KAKuG ergibt sich eine umfassende Dokumentationspflicht insbesondere in Hinblick auf den Zustand der Person bei der Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf, Art und Umfang der Leistungen sowie Verabreichung von Arzneimitteln. Die Dokumentation ist im niedergelassenen Bereich mindestens 10 Jahre, in Krankenanstalten mindestens 30 Jahre aufzubewahren. Zudem hat der Patient ein Einsichtsrecht. Da die Dokumentationspflicht als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag angesehen wird, stellt eine Verletzung der Dokumentationspflicht einen Sorgfaltsverstoß dar, der im Fall eines Gerichtsverfahrens zu einer Beweiserleichterung für den Patienten dahingehend führt, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme grundsätzlich als nicht erbracht angesehen wird. Allgemein gilt: je umfangreicher die Dokumentation, umso kleiner die Beweisführung in einem Gerichtsverfahren.

Korrespondenzadresse:

RA Dr. Monika Ploier

*Kanzlei CMS Reich-Rohrwig Hainz – Rechtsanwältinnen GmbH
A-1010 Wien, Gauer mann gasse 2*

E-Mail: monika.ploier@cms-rrh.com

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)