

Journal für **Hypertonie**

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Arzt und Recht: Ärztliche

Dokumentationspflicht: Was ist zu beachten?

Ploier M

Journal für Hypertonie - Austrian

Journal of Hypertension 2010; 14

(4), 26-28

Homepage:

www.kup.at/hypertonie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie



Österreichische Gesellschaft für
Hypertensiologie
www.hochdruckliga.at

Indexed in EMBASE/Scopus

boso TM-2450

kleiner
leichter
leiser*



**BOSCH
+SOHN**

boso

Präzises ABDM – das neue 24-Stunden-Blutdruckmessgerät
Noch mehr Komfort für Ihre Patienten, noch mehr Leistungsfähigkeit für Sie.

- | Kommunikation mit allen gängigen Praxis-Systemen über GDT
- | Inklusive neuer intuitiver PC-Software profil-manager XD 6.0 für den optimalen Ablauf in Praxis und Klinik
- | Übersichtliche Darstellung aller ABDM-Daten inklusive Pulsdruck und MBPS (morgendlicher Blutdruckanstieg)
- | Gerät über eindeutige Patientenummer initialisierbar
- | Möglichkeit zur Anzeige von Fehlmessungen (Artefakten)
- | Hotline-Service

*im Vergleich mit dem Vorgängermodell boso TM-2430 PC 2



Ausführliche Informationen
erhalten Sie unter boso.at

boso TM-2450 | Medizinprodukt
BOSCH + SOHN GmbH & Co. KG
Handelskai 94-96 | 1200 Wien

Ärztliche Dokumentationspflicht: Was ist zu beachten?

M. Ploier

Die Pflicht, eine ausreichende ärztliche Dokumentation vorzunehmen, ergibt sich sowohl aus § 51 Ärztegesetz als auch aus § 10 Abs. 3 KAKuG und sollte v. a. zur Erleichterung der ärztlichen Zusammenarbeit sowie zu Beweissicherungszwecken sorgfältig eingehalten werden.

■ Rechtsgrundlagen

Gemäß § 51 Abs. 1 Ärztegesetz ist der Arzt verpflichtet, 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 Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinn des § 26 Abs. 8 AMG erforderlichen Daten zu führen.

§ 10 Abs. 3 KAKuG legt fest, dass die Führung der Krankengeschichte hinsichtlich der Aufzeichnungen über Anamnese, Status praesens, Decursus morbi sowie die angeordneten Maßnahmen und erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich Medikation und Aufklärung dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Arzt obliegt.

Der Zweck der Dokumentation liegt einerseits in der Forcierung der Therapiesicherung sowie andererseits in der Eigenabsicherung des jeweiligen Arztes zu Beweiszwecken im Falle eines möglichen Gerichtsverfahrens, um den Beweis der sorgfältigen Behandlung erbringen zu können. Zudem ist die ausreichende Dokumentation über alle erforderlichen Diagnosen/Maßnahmen/Gespräche gerade bei der Behandlung von Patienten, die durch mehrere unterschiedliche Ärzte vorgenommen wird, unabdingbare Voraussetzung, um die jeweiligen beteiligten Ärzte ausreichend zu informieren.

■ Inhalt der Dokumentation

Der Oberste Gerichtshof hat ausgesprochen, dass sich der Umfang der Dokumentationspflicht nach ihren Zwecken, nämlich nach der Therapiesicherung, Beweissicherung sowie Rechenschaftslegung bestimmt und somit alle wesentlichen diagnostischen Ergebnisse und therapeutischen Maßnahmen in der Dokumentation enthalten sein müssen (OGH RdM 1998/7; RDM 2002/4). In einer weiteren Entscheidung des Höchstgerichts hat dieses ausgesprochen, dass die Dokumentationspflicht auch Informationen umfasst, aus denen sich die diagnostische Grundlage für eine erfolgte Leistung entnehmen lässt (OGH RDM 2002/4). Anlassfall war, dass der Oberste Gerichtshof darin eine Dokumentationspflichtver-

letzung angenommen hat, dass eine Ärztin im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung (Ultraschall- und Tastuntersuchung der beiden Eierstöcke) die für die Beurteilung der weiteren Entwicklung wesentliche diagnostische Grundlage (nämlich im Hinblick auf ein bestimmtes Organ), also die Beratung, nicht in der Dokumentation festgehalten hat. Im Falle eines Dokumentationsmangels kommt es – dazu näher unten – zu einer Beweislastumkehr im Falle eines Gerichtsprozesses. Zum Umfang der Dokumentationspflicht ergibt sich aus dem Ärztegesetz, dass

- über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung,
- Vorgeschichte einer Erkrankung,
- Diagnose,
- Krankheitsverlauf,
- Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen sowie
- die Anwendung von Arzneyspezialitäten 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 der Dokumentation aufzunehmen:

- Anamnese
- Diagnostik
- Funktionsbefunde
- Art und Dosierung einer Medikation
- Präventive Maßnahmen
- Ärztliche Hinweise und Anweisungen an den Pflegedienst
- 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 eines Patienten
- Hinweise auf Gefahrenlagen
- Verlassen des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat
- Nachbehandlung (Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechtes³, § 59 Rz 9)

Jedenfalls empfehlenswert ist, die erfolgte Aufklärung so detailliert wie möglich in die Dokumentation aufzunehmen, um im Falle eines möglichen Gerichtsprozesses wegen behaupteter Verletzung der Aufklärungspflicht schon durch die erfolgte Dokumentation nachweisen zu können, dass über ein bestimmtes, unter Umständen eingetretenes Risiko ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist bzw. alle erforderlichen diagnostischen oder therapeutischen Schritte gesetzt worden sind. Ebenfalls zu dokumentieren ist, sollte ein Patient auf eine Aufklärung ausdrücklich verzichten. Auch die Einwilligung des Patienten bzw. das Fehlen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit und die Umstände, aus denen sich diese ergibt, sollten in der Dokumentation enthalten sein. Sofern ein bestimmtes Honorar vereinbart wurde, sollte dieses auch in der Krankengeschichte dokumentiert werden. Werden Kollegen oder Angehörige anderer Gesundheitsberufe konsultiert, so sollte dies ebenfalls dokumentiert werden, ebenso wie Empfehlungen zur ergänzenden Abklärung, andere Fachkollegen bzw. Angehörige anderer Gesundheitsberufe aufzusuchen. Jede Art von Empfehlungen, die gegenüber Patienten ausgesprochen wird, sollte sich in der Dokumentation schon zum Zwecke der Beweissicherung wiederfinden, um darlegen zu können, dass der Patient beispielsweise auf die Einhaltung eines Kontrolltermines nachdrücklich hingewiesen worden ist.

Da Patienten ein Recht auf Einsichtnahme in die Krankengeschichte haben, sollte es ebenfalls dokumentiert werden, wenn Einsicht genommen wird, wer Einsicht genommen hat, wann dies war und ob Kopien angefertigt wurden bzw. welche Dokumente kopiert wurden.

Sofern Patientenverfügungen verfasst wurden, sind diese ebenfalls Gegenstand der Dokumentation.

§ 51 Abs. 1 legt zudem ausdrücklich fest, dass in Fällen eines Verdachts von sexuellem Missbrauch, Misshandlung, Quälen, schwerer Körperverletzung oder Vernachlässigung auch Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen in die Dokumentation aufzunehmen sind.

Sofern Sie der Patient von der Verschwiegenheitspflicht gegenüber bestimmten Personen entbindet, ist diese Entbindung ebenfalls in der Dokumentation aufzunehmen.

■ Form der Dokumentation

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 betreiben.

Um aufgrund der Beweissicherungsfunktion der Dokumentation nicht in Verruf zu geraten, die Dokumentation unter Umständen gefälscht zu haben, ist es daher jedenfalls erforderlich, dass die erfolgte Dokumentation auch mit einem Datum versehen wird.

Grundsätzlich ist so zu dokumentieren, dass auch Dritte, somit zum Beispiel an der Behandlung mitwirkende Ärzte bzw.

im Nachhinein ein Sachverständiger aus dem medizinischen Fachbereich anhand der Dokumentation bzw. der verwendeten Kürzel nachvollziehen können, welche Diagnose vorliegt, welche Behandlungsschritte gesetzt wurden sowie welche sonstigen erforderlichen Informationen dazu vorliegen. Die Verwendung von fachbereichsspezifischen Codes und Kürzeln ist daher jedenfalls zulässig, ebenso Nummerncodes oder auch die Nutzung der Möglichkeit der Stenographie. Erforderlich ist, dass die jeweils erfolgte Dokumentation auch einer bestimmten Person zugerechnet werden kann.

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

Der Oberste Gerichtshof hat hier 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.

■ Zeitpunkt der Dokumentation

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 Behandlungsabschnitts 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.

■ Aufbewahrungspflicht

Aus § 51 Ärztegesetz ergibt sich, dass die darin genannte Aufzeichnung bzw. Dokumentation 10 Jahre lang aufzubehalten ist. Im Falle der Übernahme einer Ordination bzw. Weiterbetreuung ist die Dokumentation des Vorgängers zu übernehmen und für die weitere Dauer ebenfalls aufzubewahren.

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 mindestens 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 Nebenverpflichtung 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 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 wurde 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.

■ Zusammenfassung

Sowohl aus dem Ärztegesetz 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.

Korrespondenzadresse:

*RA Dr. Monika Ploier
Kanzlei CMS Reich-Rohrwig Hainz
Rechtsanwälte GmbH
A-1010 Wien
Ebendorferstraße 3
E-Mail: monika.ploier@cms-rrh.com*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

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](#)