

Folgen ärztlicher Dokumentationsmängel

Über die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation haben wir im *Rheinischen Ärzteblatt* bereits wiederholt berichtet. Welche rechtlichen Auswirkungen eine unzureichende Dokumentation für Patient und Arzt hat, soll in diesem Beitrag exemplarisch anhand von Fallbeispielen dargestellt werden.

von Beate Weber und
Rainer Rosenberger

I. Rechtliche Grundlagen

Vertraglich, aber auch in Folge einer bloß faktisch übernommenen Behandlungsaufgabe, also deliktisch, ist der Arzt zur Therapiesicherung und Erfüllung der ihm gegenüber dem Patienten obliegenden Rechenschaftspflichten gehalten, Aufzeichnungen zum Behandlungsablauf niederzulegen [1]. Das Behandlungsgeschehen soll dadurch für den Arzt und den Patienten jederzeit nachvollziehbar sein. Soweit es den Patienten betrifft, dient dies vor allem der Wahrung seines Persönlichkeitsrechts [2]. Verletzungen der Pflicht zur Dokumentation sind zwar in der Regel keine Behandlungsfehler, sprechen aber unter Umständen zulasten des Arztes (so genannte Vermutung) in der Art, dass

- ▶ erforderliche Untersuchungen und sonstige Maßnahmen nicht durchgeführt wurden und/oder
- ▶ rechtfertigende Befunde für einen Eingriff nicht erhoben wurden, sodass die Indikation in Zweifel zu ziehen ist, so wie
- ▶ bei strittiger Sachverhaltsdarstellung ein Aufklärungsversäumnis vorliegt, wenn das Aufklärungsgespräch nicht anderweitig bewiesen werden kann [3, 4].

Zweck der Dokumentationspflicht ist es aber nicht, in einem späteren Arzthaftungsprozess Vorwürfe abwehren zu können [5], auch wenn dies ein wichtiger Nebeneffekt ist. Nach den Grundsätzen der heute gültigen Rechtsprechung kommt der ärztlichen Dokumentation ein hoher Beweiswert zu. Im Allgemeinen ist einer angemessenen, vollständigen und zeitnah zur Behandlung

erstellten Dokumentation zu vertrauen, sodass die Durchführung der dokumentierten Maßnahmen aufgrund der ärztlichen Berichte bis zum Beweis des Gegenteils als erwiesen angesehen werden kann [6]. Eine sorgfältige Dokumentation kann den Arzt also durchaus vor unberechtigt gestellten Ansprüchen in Arzthaftungsverfahren schützen helfen [7]. Im Umkehrschluss kann eine Nichtdokumentation beweiserrechtliche Folgen haben: Kommt der Arzt nämlich seiner Pflicht zur Befundsicherung, beginnend bei der Anamnese- oder Untersuchungsbefunderhebung oder bei der differenzialdiagnostischen Abklärung beispielsweise mittels Labor oder Röntgen, nicht nach, kann dies im Arzthaftungsprozess zur Folge haben, dass diese als nicht erfüllt angesehen wird (Befunderhebungsfehler). Muss dabei dann sogar davon ausgegangen werden, dass sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein positiver, reaktionspflichtiger Befund ergeben hätte und dessen Verknennung oder gedachte Nichtreaktion hierauf einen groben Behandlungsfehler darstellen würde, so kann dies Beweiserleichterungen für den Patienten bis hin zur Beweislastumkehr bewirken [8].

Wie es um die Qualität der ärztlichen Dokumentation wirklich bestellt ist, darüber gibt es kaum Zahlen. Ärzte selber beklagen „eine überbordende Bürokratisierung ihres Arbeitslebens“, sodass kaum noch Zeit für die Patientenversorgung bleibe [9]. Hier muss also ein Spagat gelingen zwischen effizienter Patientenbetreuung und den Anforderungen des Haftungsrechts an den Arzt: so viel wie nötig und so kurz und knapp wie möglich.

Nach einer 2006 durchgeführten Auswertung der Norddeutschen Schlichtungsstelle von 317 stichprobenartig ausgewählten Krankenakten abgeschlossener Begutachtungsverfahren des Jahres 2004 aus dem Bereich Chirurgie, Orthopädie, Innere Medizin und Neurologie waren diese nur zu 27 Prozent in allen erforderlichen Dokumentationsstellen vollständig und qualitativ einwandfrei. Die ärztlichen Verlaufsnotizen entsprachen nur zu 49 Prozent den Anforderungen [10].

In Nordrhein werden Dokumentationslücken in den Krankenunterlagen in

etwa zehn Prozent der Verfahren von den Gutachtern moniert und so in der Datenbank erfasst. In den Jahren 2007 bis 2011 fanden sich beispielsweise in 751 der 7.039 abgeschlossenen Verfahren Dokumentationslücken, darunter in knapp einem Viertel der 2.193 Verfahren mit festgestelltem Behandlungsfehler. Haftungsrechtliche Auswirkungen, das heißt Beweiserleichterungen für die Patienten, ergaben sich allerdings nur in 14 Verfahren.

Anders stellt sich die Situation bei der Risikoauflklärung dar, da hier die Beweislast für ein sachgerechtes Vorgehen bei strittiger Sachverhaltsdarstellung beim Arzt liegt: In 110 der 7.039 Verfahren wurden Dokumentationsmängel bei der vom Patienten gerügten Risikoauflklärung festgestellt; in 27 Fällen mussten Ärzte aufgrund der Rechtswidrigkeit der ansonsten sachgerecht vorgenommenen Behandlung für Gesundheitsschäden haften, da sie den erforderlichen Nachweis für ein ordnungsgemäßes Aufklärungsgespräch nicht erbringen konnten.

Häufigste Gründe für Beanstandungen bei der Dokumentation waren OP-Berichte, die Sicherungsaufklärung an den Patienten und/oder den Nachbehandler und die Anamnese- und Befundniederlegung (siehe Tabelle Seite 27). Hierzu schrieb beispielsweise ein Gutachter: „Sachverhalt insgesamt schwierig und mühsam aufzuklären, da mangelhafte und teilweise fehlende Dokumentation mit wirren, nicht nachvollziehbaren Beschreibungen der krankhaften Befunde.“

II. Praktische Konsequenzen

■ Befunderstellung

Die Grenzen zwischen Dokumentationsmängeln und Befunderhebungsfehlern sind fließend.

Wenn die von einem Orthopäden nach Überweisung des Kinderarztes wegen Hüftdysplasie zwischen Mai und August 2007 durchgeführten Sonogramme gravierende Mängel hinsichtlich des Abbildungsmaßstabes, der Seitenlokalisation, der Datierung und der dem damaligen Standard widersprechenden methodischen Grundsätze zeigen, so sind das nicht bloße Dokumentationsmängel, sondern – sogar schwerwiegende – Behandlungsfehler. Bereits im Mai lag statt eines kontrollbedürftigen Typ IIG,

der mittels Spreizhose behandelt wurde, ein nicht erkannter Typ IV nach Graf vor, das heißt eine luxierte Hüfte (Behandlungsfehler). Die Kontroll-Sonographie im Juni wurde fehlerhaft nicht mittels Bildmaterials festgehalten (Dokumentationsmangel), aber eine „Besserung“ notiert. Im Juli und August wurde aufgrund der Sonogramme fälschlicherweise ein Normalbefund attestiert (Behandlungsfehler) und die Spreizbehandlung im Juli abgesetzt. Dank der Einweisung durch den Kinderarzt erfolgte noch im August bei Hüftgelenksluxation andernorts eine Fettweis-Sitzhockgipsbehandlung, die bis Dezember zu einer stabilen Hüfte mit Restdysplasie führte. Die Zeitverzögerung und die Restdysplasie gehen freilich zulasten des Orthopäden.

Um einen Dokumentationsmangel handelt es sich, wenn eine 64-jährige Patientin ihren Augenarzt über 16 Jahre hinweg zehn Mal konsultiert, ohne dass die Beschwerden und Augenuntersuchungsbefunde niedergelegt werden. Die deutliche Sehminderung am linken Auge und die ausgeprägten Gesichtsfelddefekte an beiden Augen aufgrund eines zwischenzeitlich entstandenen Glaukoms gehen zulasten des Arztes, weil wegen der Lückenhaftigkeit der Aufzeichnungen der Verlauf nicht mehr aufklärbar war und nach den Umständen grobe Behandlungsfehler wahrscheinlich sind.

■ Befundermittlung bei Risikofaktoren

Statt einer „normalen Gravidität“ hätten Anzeichen einer Risikogravidität mit Adipositas der Mutter, Nikotinabusus und Zustand nach Sektioentbindung des ersten Kindes wegen Retardierung und Oligohydramnie, ein mütterlicher Gewichtsverlust von fünf Kilogramm in zwölf Wochen im 2. Trimenon, rezidivierende Harnwegsinfekte ab der 22. SSW und Fetometriewerte fast konstant an der unteren Grenze im Schwangerschaftsverlauf erkannt, im Mutterpass und in den Krankenunterlagen dokumentiert werden und im 3. Trimenon zu einer intensiveren Schwangerschaftsüberwachung führen müssen. Bei rechtzeitiger Überweisung zur primären Re-Sektio in der 37. Schwangerschaftswoche resultierte allerdings kein Gesundheitsschaden.

■ Verlaufskontrollen

Da aus den Krankenunterlagen weder der primäre Befund noch regelmäßig erforderliche klinische und sonographische Kontrollen des Bauchs und des Kreislaufs

durch einen Arzt trotz „zweimaliger Arztinfo“ wegen Luftnot und zunehmender abdomineller Symptomatik über zehn Stunden nach stumpfem Bauchtrauma mit atemabhängigen Thoraxschmerzen durch einen abendlichen Fahrradsturz hervorgehen, musste zulasten der Ärzte angenommen werden, dass die zweizeitige Milzruptur in der Nacht verkannt und die Notfall-Laparotomie verzögert wurde.

Bei einem psychotischen 71-jährigen Patienten mit Verweigerung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und zwischenzeitlich aufgetretener Pleuropneumonie konnten eine genaue Flüssigkeitsbilanzierung sowie laborchemische und Urin-Kontrollen nicht vorgelegt werden, sodass die Exsikkose – die nach Verlegung unter sachgerechter Therapie rasch reversibel war – mit konsekutiver Immobilität und Dekubitusentstehung den Ärzten als Folge eines Sorgfaltsmangels anzulasten war.

■ Pflegeprotokoll

Geht weder aus der Krankenakte noch aus dem Pflegebericht bei einem 78-jährigen teilweise verwirrten Patienten nach einer mittels Hüftendoprothese versorgten Femurfraktur das erkannte Dekubitusrisiko hervor, und sind eine Prophylaxe nach Plan und eine Pflege und Lagerung bei eingetretener Dekubitus aus den Unterlagen nicht ersichtlich, so ist davon auszugehen, dass der aufgetretene Dekubitus auf Versäumnisse in diesem Bereich zurückzuführen ist. Eine angebliche „Unmöglichkeit“ der Prophylaxe bei unkooperativem Patienten hätte in der Akte dokumentiert werden müssen.

■ Präoperative Befunde

Fehlt es an den Unterlagen zur präoperativen Berechnung der Linsenwerte, so geht die postoperative Hyperopie von 2,25 Dioptrien zulasten des Arztes.

Für ein frühzeitiges Rezidiv musste ein Orthopäde haften, der bei Spreizfuß mit Hallux valgus-Fehlstellung präoperativ weder die Anamnese- noch eine ausreichende Befunderhebung mit den Winkelwerten, dem Metatarsalindex noch den Zustand des Großzehengrundgelenks mit der Frage einer Subluxation/Arthrose niederlegte noch einen OP-Bericht vorlegen konnte. Die Indikation und die Durchführung der Vorfußoperation waren anhand der vorgelegten Unterlagen nicht zu beurteilen.

■ Indikation

Haften musste ein Arzt für ein Querschnittssyndrom aufgrund einer lokalen Staphylococcus aureus-Infektion mit Meningitis, da aus seinen Unterlagen keine rechtfertigende Anamnese- und Untersuchungsbefunderhebung für die Durchführung einer zweimaligen CT-gesteuerten Infiltration der Nervenwurzel S1 innerhalb von drei Wochen und einer zwischenzeitlichen Facettenblockade bei nicht erfragter Immunsuppression hervorgehen.

Bei fehlender Dokumentation nicht nachweisbar war die angeblich einvernehmlich mit den Angehörigen getroffene, von diesen bestrittene Entscheidung, von einer Revisionsoperation bei akutem Abdomen mit Verdacht auf Mesenterialischämie zwei Wochen nach operierter Teilgangrän des Colon sigmoideum bei – differenzialdiagnostisch nicht gesicherter – „infauster Prognose“ abzusehen. Ob der Tod abzuwenden gewesen wäre, konnte von der Gutachterkommission nicht festgestellt werden.

■ Eingriffsdokumentation

Für eine Kryoablation und nachfolgende Hochfrequenzstromablation einer atrio-ventrikulären Reentry-Tachykardie konnte kein zeitnah erstelltes Protokoll vorgelegt werden, das die Bestimmung und Kontrolle der Zieltemperatur, die Leistung, Dauer und Anzahl der Energieapplikationen sowie die fluoroskopisch dokumentierte Katheterposition belegt, sodass aufgrund der Beweislastumkehr bei Unterlassung dokumentationspflichtiger Maßnahmen die Ärzte den Nachweis zu führen hatten, dass der eingetretene totale AV-Block mit notwendiger Schrittmacherversorgung und die Begünstigung der Entstehung einer Kardiomyopathie nicht Folge eines fehlerhaften Vorgehens waren.

Kommt es bei einer Ballon-Kyphoplastie einer Sinterungsfraktur des 1. LWK zu einem Kontrastmittel- und Zementaustritt in den Spinalkanal mit der Folge schwerwiegender neurologischer Ausfälle und ist die OP selbst mangelhaft dokumentiert („keine Auffälligkeiten“), weil weder der Hergang nachvollziehbar wird noch Angaben zum Ballonvolumen, angewandtem Druck, Füllmengen und zur Konsistenz des Zements oder zu dem auf den intraoperativen Printaufnahmen sichtbaren großen Kontrastmittelaustritt gemacht werden, muss von einem Sorgfaltsmangel ausgegangen werden.

■ Lagerungsmaßnahmen

Weder aus dem OP-Bericht noch aus dem Anästhesieprotokoll ging hervor, wie die Arme bei einer vaginalen Hysterektomie in Steinschnittlagerung gelagert und welcher Arm als Infusionsarm benutzt wurde, sodass zulasten des Operateurs und des Anästhesisten angenommen werden musste, dass die einseitige Plexus brachialis-Läsion mit passagerer Parese des m. deltoideus durch Lagerungsmängel bedingt war.

■ Postoperative Betreuung

Beweiserleichterungen wurden einer 72-jährigen Patientin zugestanden, die in der zweiten postoperativen Nacht nach Osteosynthese einer Unterschenkelrümmerfraktur mit Gipsschienenanlage Sensibilitätsstörungen am Fußrücken und Druckschmerzen im Gips beklagt hatte, ohne dass durch den informierten Dienstarzt eine Untersuchungsbefunderhebung zum Ausschluss einer Durchblutungsstörung am operierten Bein dokumentiert wurde, mit der Folge des Verlustes des Unterschenkels.

War die gutachtliche Bewertung erschwert beziehungsweise teilweise nicht möglich, weil weder die erforderlichen ärzt-

lichen und pflegerischen Unterlagen zum postoperativen Zustand nach laparoskopischer Hemikolektomie am 28. Februar noch die Laborbefunde vom 10. März und ein ausführlicher OP-Bericht der Revisionsoperation vom gleichen Tag sowie Einträge des weiteren Verlaufs – auch auf der Intensivstation – vorgelegt werden können, so war im Zuge der eingeräumten Beweiserleichterungen der Tod des 80-jährigen Patienten nach Anastomoseninsuffizienz mit septischem Multiorganversagen den Ärzten anzulasten.

■ Sicherungsaufklärung/Entlassungsbrief

Sowohl über den Umstand als auch über die Notwendigkeit der Kontrolle und zeitnahen Entfernung eingelegter Ureterschienen beiderseits nach einer Sektio mit Notfall-Hysterektomie hätte die Patientin mittels dokumentierter Sicherungsaufklärung informiert werden müssen.

Dies gilt auch für eine Patientin mit Kontrollnotwendigkeit einer präoperativ auffälligen Skelettszintigraphie mit Aktivitätsanreicherung am BWK 12 bei mittels modifizierter radikaler Mastektomie operiertem Mammakarzinom. Behandlungsfehlerhaft wurde der Arztbrief erst nach sechs Monaten verfasst und erst auf Nach-

frage nach 13 Monaten an den behandelnden Arzt verschickt.

Wird im Entlassungsbrief anstelle eines als kompliziert einzustufenden Pleuraergusses mit gramnegativem Erregernachweis mit nötiger weiterer Therapie und Kontrolle fälschlich nur über eine stattgehabte Pneumonie berichtet, so geht der ungünstige Verlauf mit Entwicklung eines Pleuraempyems zulasten der Internisten.

■ Archivierung

Kann das zum Ausschluss einer Endokarditis bei septischem Fieber und Streptokokkennachweis in der Blutkultur durchgeführte TEE als dynamische Untersuchung nicht vorgelegt werden, muss zulasten des zur Aufbewahrung verpflichteten Arztes angenommen werden, dass diese nicht erkannt und behandlungsfehlerhaft nicht mittels Kombinationstherapie behandelt wurde, sodass eine Aorteninsuffizienz resultierte.

Auch der Verlust einer cerebralen Computertomographie, die laut schriftlichem Befund keine Anzeichen einer später nachgewiesenen, nicht mehr ganz frischen Kleinhirnblutung bei einem 63-jährigen Patienten mit in Einklang zu bringenden Symptomen einer Hirnblutung wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel und hypertensiver Entgleisung zeigte, führte zur Haftung für die persistierenden Beschwerden, da dem Patienten die beweisrechtlichen Nachteile nicht zuzumuten waren.

■ Geräteanwendung

Kommt es bei einer Probe-Laserung einer nicht näher beschriebenen Schmucktätowierung am Bauch durch einen nicht als optimal angesehenen Light-Sheer-Laser zu einer für die angegebene Impulslänge (100 ms) und Leistung (24 Joule) ungewöhnlichen Verbrennung dritten Grades mit narbiger Abheilung, ist dennoch von einer unsachgemäßen Anwendung auszugehen (Anscheinsbeweis). An einer ordnungsgemäßen Risikoauflklärung eines kosmetischen Eingriffs über die unerwünschten Wirkungen, Erfolgsaussichten, alternativen Verfahren und den Lasertyp fehlte es zudem.

■ Hygienepläne

Können Aufzeichnungen zur klinikinternen Auseinandersetzung mit nosokomialen Infektionen vom Krankenhaus nicht vorgelegt werden und/oder liegen keine Hygienepläne zur Vermeidung nosokomialer Infektionen für den Zeitraum,

Dokumentationslücken in den abgeschlossenen Verfahren bei der Gutachterkommission Nordrhein der Jahre 2007 – 2011

| Zeitraum 1.1.2007 - 31.12.2011 | n | Anteil in % v. n |
|--|-------|---------------------|
| Gesamtzahl der Begutachtungen* | 7.039 | 100,0 |
| – mit im Verfahren festgestellten Dokumentationslücken | 751 | 10,7 |
| Darunter im Einzelnen bei | | |
| OP-Bericht | 182 | 2,6 |
| Sicherungsaufklärung an Patienten/Nachbehandler | 180 | 2,6 |
| Befundniederlegung Anamnese, Einzel- und/oder Verlaufsbefund | 164 | 2,3 |
| Risikoauflklärung | 110 | 1,6 |
| Eingriffsprotokoll/medizinische Maßnahme | 82 | 1,2 |
| Bildgebung | 58 | 0,8 |
| Krankenakte | 48 | 0,7 |
| Entlassungsbrief/Befundbericht | 36 | 0,5 |
| Pflegeprotokoll (auch Dekubitusprophylaxe) | 19 | 0,3 |

* Begutachtungen = Gutachtliche Bescheide der Gutachterkommission und nach Einholung eines Gutachtens nicht weiter verfolgte Anträge

in dem der Antragsteller behandelt wurde, vor, so muss bei entsprechender Rüge des Patienten nach der heute gültigen Rechtsprechung davon ausgegangen werden, dass diese Maßnahmen unterblieben sind, was als Organisationsverschulden und damit als Behandlungsfehler zu bewerten ist.

■ Risikoaufklärung

Wird bei einer Infiltrationsbehandlung in Höhe der unteren HWS bei akuter Brachialgie in den Krankenunterlagen nur der Vermerk „Aufklärung“ gemacht, ist damit ein sachgerechtes – vom Patienten bestrittenes – Aufklärungsgespräch nicht bewiesen, da nicht erkennbar wird, welche grundsätzlichen Risiken mitgeteilt und ob über das hier eingetretene typische Risiko eines Pneumothorax aufgeklärt wurde. Insofern war die Infiltration rechtswidrig und der Arzt haftet für die eingetretenen Folgen. Dies gilt auch für den Fall, dass beispielsweise zwei unterschiedliche Fassungen einer EDV-Dokumentation für eine invasive Schmerztherapie vorliegen, die sich in wesentlichen – vom Patienten bestrittenen – Aspekten unterscheiden, sodass der Dokumentation insofern kein

Glauben geschenkt werden kann und die Heilbehandlung als rechtswidrig bewertet werden muss mit der Folge der Haftung.

Fazit

Im Interesse des Patienten als auch im eigenen Interesse wird allen Ärzten dringend angeraten, eine exakte Dokumentation des Behandlungsablaufes zu führen.

- Dies gilt insbesondere für
- ▶ ärztliche Untersuchungen beispielsweise als Arzt vom Dienst, um den zeitlichen Ablauf nachvollziehbar zu machen,
 - ▶ durchgeführte Konsile, Befunde bei einer durch Hilfspersonal durchgeführten Untersuchung, beispielsweise einem CTG oder einem EKG,
 - ▶ geführte Telefonate,
 - ▶ den Ablauf einer Notfallintervention oder
 - ▶ die Anforderung und Ankunft von Verlegungstransporten.

Die Dokumentation sollte nicht als lästige Pflicht angesehen werden, sondern als Chance einer vertrauensbildenden Maßnahme zum Patienten und bestmögliche Haftungsprophylaxe [7].

Literatur

- [1] BGH VersR 1987, 1238.
- [2] BGH VersR 1989, 512.
- [3] Laum HD, Smentkowski U: Kausalität, Beweiswürdigung und Beweislastverteilung in der Arzthaftung, RhÄ2008(11): 19-21 und 2009(1): 22-23.
- [4] Weber B, Jaeger L: Organisationsfehler in Klinik und Praxis, RhÄ 2008(8): 18-20.
- [5] Schulenburg D: Die Dokumentationspflicht, RhÄ 2007(10): 18.
- [6] Rosenberger in Wenzel, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 3. Aufl., Kap. 7, Rdn 422.
- [7] Schwarz-Schilling, G: Dokumentation als Haftungsprophylaxe, RhÄ 1997(9): 10-13.
- [8] BGH VersR 2003, 1256.
- [9] Schindler-Marlow S: Gegen unnötige Dokumentation. RhÄ 2004(7):16.
- [10] Püschmann H, Haferkamp G, Scheppokat KD, Wegner M: Vollständigkeit und Qualität der ärztlichen Dokumentation in Krankenakten. Dtsch Arztlbl 2006; 103:A 121-126 (Heft 3)

Rainer Rosenberger, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht a.D., ist stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, **Dr. med. Beate Weber** ist Mitarbeiterin der Geschäftsstelle der Gutachterkommission.



Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein

59. Fortbildungsveranstaltung Aus Fehlern lernen

in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

Ärztliche Dokumentationspflichten

Mittwoch, 10. April 2013, 16.00 – 19.30 Uhr im Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Begrüßung und Einführung

Dr. med. Martina Levartz, MPH, Geschäftsführerin des IQN

Moderation Rainer Rosenberger, Vors. Richter am OLG Köln a.D., Stellv. Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

Die ärztliche Dokumentation im Krankenhausalltag

Priv.-Doz. Dr. med. Hansjörg Heep, Oberarzt der Orthopädischen Klinik, Kliniken Essen-Süd – Evangelisches Krankenhaus Essen-Werden

Die ärztliche Dokumentationspflicht im Patientenrechtegesetz

Dr. iur. Dirk Schulenburg, Justitiar der Ärztekammer Nordrhein

Anforderungen an die ärztliche Dokumentation in der niedergelassenen Praxis

Dr. med. Werner Jörgenshaus, Stellv. Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Facharzt für Allgemeinmedizin, Schwalmtal

Rechtliche Konsequenzen einer unzureichenden oder mangelhaften Dokumentation

Rainer Rosenberger

Diskussion mit den Teilnehmern

Schlusswort Rainer Rosenberger

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich unter E-Mail: iqn@aekno.de oder Fax: 0211 4302-5751

Zertifiziert mit 4 Punkten

Kontakt Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, MPH
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Tel.: 0211 4302-2751

Internet www.iqn.de

IQN Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein
Einrichtung einer Körperschaft öffentlichen Rechts