

Die ärztliche Dokumentationspflicht

Mit dem neuen Patientenrechtegesetz hat der Gesetzgeber auch die Anforderungen an eine ordnungsgemäße ärztliche Behandlungsdokumentation kodifiziert.

von Dirk Schulenburg

Das Ende Februar in Kraft getretene Patientenrechtegesetz hat mit der Kodifikation des Behandlungs- und Arzthaftungsrechts auch die ärztliche Dokumentationspflicht im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. Nach § 630f Abs. 1 BGB gilt Folgendes:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.“

Zeitpunkt und Zweck

Art, Inhalt und Umfang der Dokumentation bestimmen sich nach dem Zweck der Dokumentation. Die Dokumentation dient primär dem therapeutischen Interesse des Patienten und der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Behandlung. Die Dokumentation hat in „unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung“ oder dem Eingriff zu erfolgen. Nach der Gesetzesbegründung dient dies der „Vermeidung von Unrichtigkeiten“. Die Rechtsprechung hat bislang nach den Umständen des Einzelfalls zwei bis vierzehn Tage für zulässig gehalten. Eine Verzögerung von mehr als zwei Wochen oder gar Monaten wäre hingegen in jedem Fall problematisch.

Änderungen müssen erkennbar sein

Neu ist, dass nachträgliche Änderungen, Berichtigungen und Ergänzungen der Dokumentation kenntlich zu machen sind. Ursprüngliche Einträge müssen sichtbar bleiben, das heißt das gänzliche Löschen ist nicht zulässig. Ziel dieser ge-

setzlichen Änderung ist nach der Begründung des Gesetzgebers eine „fälschungssichere Organisation der Dokumentation“.

Inhalt der Dokumentation

Die ärztliche Dokumentationspflicht erstreckt sich nur auf Umstände, die für Diagnose und Therapie nach medizinischem Standard wesentlich sind. Die Dokumentation von Umständen, deren Aufzeichnung für die weitere Behandlung des Patienten medizinisch nicht erforderlich ist, ist auch rechtlich nicht geboten. In § 630f Abs. 2 BGB heißt es dazu:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“

Zwar gab es bislang keine explizite Pflicht, die Einwilligung oder Aufklärung des Patienten in die Patientenakte aufzunehmen. Dies wurde aber in der Vergangenheit schon zu Beweis Zwecken empfohlen. Unverändert gilt: Einer ordnungsgemäßen Dokumentation kommt zugunsten der Behandlungsseite „Indizwirkung“ zu: Ist die Dokumentation äußerlich ordnungsgemäß und bestehen keine konkreten Anhaltspunkte, die Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit begründen könnten, so ist bei der Beurteilung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, der dokumentierte Behandlungsverlauf zugrunde zu legen.

Aufbewahrungsfrist

Die Aufbewahrungsfrist – bislang im Arzthaftungsrecht nicht einheitlich gere-

gelt – beträgt nunmehr „zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen“ (§ 630f Abs. 3 BGB).

Einsichtsrecht in Patientenakten

Der Patient hat gegenüber dem Arzt und dem Krankenhaus grundsätzlich auch außerhalb eines Rechtsstreits Anspruch auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen. Grundlage ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (Art. 2 GG). Entsprechend formuliert der Gesetzgeber in § 630g Abs. 1 BGB:

„Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.“

Einschränkungen unterliegt das Einsichtsrecht damit – im Einzelfall – nur aus „therapeutischen Gründen“ (z.B. Gefahr einer Schädigung des Patienten) oder sofern „sonstige erhebliche Rechte Dritter“ betroffen sind. Wie bisher kann der Patient – auf eigene Kosten – „elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen“ (§ 630g Abs. 2 BGB).

Einsichtsrecht nach dem Tod des Patienten

Den in der Praxis häufigen Fall, dass Angehörige oder Erben des Patienten nach dessen Tod Einsicht in die Patientenakte nehmen wollen, hat der Gesetzgeber in § 630g Abs. 3 BGB geregelt:

„Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.“

Erben und Angehörige müssen damit – anders als der Patient selbst – ihr besonderes Interesse an der Einsichtnahme darlegen. Soweit vermögensrechtliche Ansprüche geltend gemacht werden sollen,

Die Reihe „Arzt und Recht“ im Internet

Seit dem August 2000 stellt das Rheinische Ärzteblatt in seiner Rubrik „Arzt und Recht“ wichtige Urteile und berufsrechtliche Grundlagen ärztlicher Tätigkeit vor. Alle bislang 76 Folgen dieser Reihe finden Sie auch auf unserer Internetseite unter www.aekno.de/RhAe/ArztundRecht.

haben die Erben des Patienten ein Einsichtsrecht. Nächste Angehörige des Patienten haben ein Einsichtsrecht, wenn sie nachweisen, dass es nachwirkenden Persönlichkeitsbelangen des Verstorbenen dient.

Beweisrechtliche Konsequenzen

Das Vorliegen eines Behandlungsfehlers und der Kausalzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem eingetre-

tenen Primärschaden sind grundsätzlich vom Patienten zu beweisen. Wird gegen die Dokumentationspflicht verstoßen, führt die Vermutung – in Anknüpfung an die bisherige Rechtsprechung – dazu, dass die dokumentationspflichtige Maßnahme als unterblieben anzusehen ist. Dementsprechend heißt es nun in § 630b Abs. 3 BGB:

„Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder

hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.“

Die Vermutung erstreckt sich aber nicht ohne Weiteres darauf, dass die unterbliebene Maßnahme zugleich den Gesundheitsschaden verursacht hat. Dem Arzt verbleibt die Möglichkeit, das vermutete Versäumnis zu widerlegen und das Gegenteil zu beweisen.

Dr. iur. Dirk Schulenburg, MBA, ist Justiziar der Ärztekammer Nordrhein.



**Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein**

Fortbildungsveranstaltung Verordnungssicherheit Teil 13

Onkologische Arzneimitteltherapie und Compliance

Mittwoch, 5. Juni 2013, 16.00 – 19.30 Uhr, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Begrüßung und Einführung Dr. med. Peter Potthoff,
Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Moderation PD Dr. med. Peter Staib, Chefarzt der Klinik für
Hämatologie und Onkologie, St. Antonius-Hospital Eschweiler

**Anforderung an die Patientenführung onkologischer Patienten
und die Problematik der Compliance**

PD Dr. med. Sherko Kümmel, Direktor der Klinik für Senologie,
Brustzentrum der Kliniken Essen-Mitte

**Die Rollenverteilung zwischen Hausärzten und den Spezialisten
in der gemeinsamen Betreuung onkologischer Patienten**

Dr. med. Dirk Tummes, Facharzt für Innere Medizin, Aachen

**Komplementärmedizin zur adjuvanten Therapie bei
onkologischen Erkrankungen: Was möchte der Patient?
Wie ist die Evidenz?**

Prof. Dr. med. Gustav Dobos, Direktor der Abteilung für
Naturheilkunde und integrative Medizin an den Kliniken Essen-Mitte

Compliance aus Sicht der Patientenvertretung

Klaus Werner Mahfeld, Plasmozytom/Multiples Myelom
Selbsthilfegruppe NRW e.V.

Diskussion mit den Teilnehmern

60. Fortbildungsveranstaltung „Aus Fehlern lernen“

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

Die richtige und verantwortliche Medikamentengabe

Mittwoch, 26. Juni 2013, 16.00 – 19.30 Uhr, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Begrüßung

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

Moderation und Einführung Prof. Dr. Johannes Köbberling
fr. Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin, Kliniken St. Antonius,
Wuppertal, Stellv. Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der
Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler

**Aufklärung von Medikamentengabe –
Zwischen Anforderungen und Realisierbarkeit**

Prof. Dr. med. Johannes Köbberling

Antibiotikagabe – Indikation, Zeitpunkt, Dauer

Prof. Dr. med. Colin MacKenzie, Institut für Medizinische Mikrobiologie
und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Düsseldorf

**Polypharmakotherapie bei älteren Patienten – die Problematik
der sicheren Verordnung und Therapieüberwachung**

Prof. Dr. med. Dag Schütz
Chefarzt der Abt. für Innere Medizin und Geriatrie,
St. Elisabeth Krankenhaus Velbert-Neuiges

**Gabe von Analgetika, Cortison – worauf muss der
behandelnde Arzt achten?**

Prof. Dr. med. Ekkehard Genth, fr. Ltd. Arzt der Rheumaklinik Aachen

**Die richtige und verantwortliche Medikamentengabe und
Therapieüberwachung in der Kardiologie**

Prof. Dr. med. Heinrich Klues,
Chefarzt der Abt. für Innere Medizin, Helios Klinikum Krefeld

Für beide Veranstaltungen gilt:

Begrenzte Teilnehmerzahl

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

Zertifizierung 4 Punkte

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