

Praxis-EDV: Eine revisionssichere Software schafft Sicherheit in der Dokumentation

Die einen sehen in ihm ein Einfallstor für klagewütige Patienten, auf die Ärztinnen und Ärzte künftig mit Defensivmedizin reagieren könnten. Für die anderen ist es ein Regelwerk, das lediglich die bisherige Rechtsprechung in Gesetzesparagrafen fasst: Seit bald einem Jahr ist das Patientenrechtegesetz in Kraft, das auch zur Behandlungsdokumentation wichtige Aussagen trifft.

von Bülent Erdogan-Griese

Viel wurde im Vorfeld und seit seinem Inkrafttreten im März 2013 über das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten diskutiert und gestritten (*wir berichten unter anderem im Rheinischen Ärzteblatt 1/2013*). Mit dem Patientenrechtegesetz wurde das Bürgerliche Gesetzbuch um die §§ 630 a-b ergänzt. Eine der neu aufgenommenen Regelungen betrifft die Behandlungsdokumentation. In § 630 f BGB heißt es:

(1) 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.

(2) 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.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren

nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Elektronische Akten im Fokus

Welche Konsequenzen ergeben sich aus dieser Regelung für Praxischefs und Klinikärzte? Das *Rheinische Ärzteblatt* hat sich unter rheinischen Juristen umgehört. Einer der wichtigsten Aspekte von § 630 f BGB ist die sogenannte Revisionssicherheit der elektronischen Patientenakten.

Nach Ansicht von Professor Dr. Christian Katzenmeier, Direktor des Instituts für Medizinrecht der Universität zu Köln, stehen die Dokumentation auf Papier und per Software auch mit der Einführung des *Patientenrechtegesetzes* gleichberechtigt nebeneinander. Erforderlich sei lediglich, dass bei beiden Dokumentationsarten der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibe und spätere Änderungen als solche mit Datum kenntlich gemacht würden. „Ob diese Anforderungen auch bei Einsatz älterer, nicht entsprechend programmierter Softwareprogramme eingehalten werden können, ist noch offen“, so Katzenmeier. Vor Inkrafttreten des *Patientenrechtegesetzes* hätten einige Gerichte auch einer nicht revisionssicheren EDV-Dokumentation vollen Beweiswert zugesprochen, sofern der Arzt nachvollziehbar haben darlegen können, dass die Dokumentation nicht

nachträglich verändert wurde und medizinisch plausibel war. Allerdings sei nicht auszuschließen, „dass Gerichte in Zukunft einer nicht revisionssicheren EDV-Dokumentation keinen oder nur einen geringeren Beweiswert zusprechen“. Haftungsrechtliche Folge, so Katzenmeier, wäre dann die Vermutung nach § 630 b Absatz 3 BGB, wonach angenommen wird, dass eine nicht ordnungsgemäß dokumentierte medizinische Maßnahme auch nicht erfolgt ist. Katzenmeier empfiehlt Praxischefs daher, wo noch nicht geschehen, ihre Software revisionssicher zu machen. Einen Artikel zur Beweislast im Arzthaftungsprozess in unserer Reihe „Arzt und Recht“ lesen Sie auf Seite 24 dieses Heftes.

Abgeordnete machten Druck

Der Düsseldorfer Medizinrechtsanwalt Dr. Karl-Heinz Möller vertritt Ärzte und Kliniken gegen Behandlungsfehlervorfälle von Patienten. Auch er sieht ein ärztliches Haftungsrisiko in einer nicht revisionsfesten elektronischen Dokumentation. So habe der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags in der Begründung des Patientenrechtegesetzes ausdrücklich festgehalten: „Nachträgliche Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte müssen neben dem Inhalt der Änderung auch den Zeitpunkt der Veränderung erkennen lassen.“ Weiter heißt es im Begleittext zum



Der 2013 eingeführte § 630 f Absatz 1 BGB stellt neue Anforderungen an die Dokumentation: „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.“

Foto: virtua73/fotolia.com

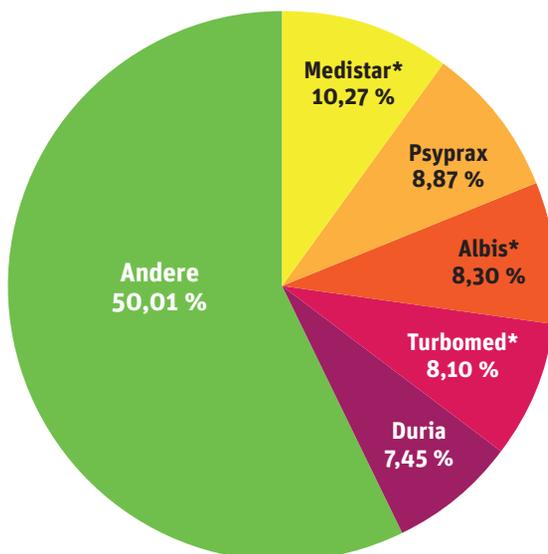
Gesetz: „Die Ergänzung ist insbesondere für elektronisch geführte Patientenakten von Bedeutung, da hier nachträgliche Änderungen nicht ohne weiteres als solche zu erkennen sind. In diesen Fällen bedarf es daher von vornherein geeigneter Software, um die gebotene Revisionsicherung der elektronischen Dokumentation zu gewährleisten.“

Geminderter Beweiswert

Rechtsanwalt Möller kommt daher zum Schluss: „Verwendet der Arzt eine elektronische Dokumentation, die diesen Anforderungen nicht genügt, ist ihr Beweiswert gemindert. Während eine vollständige und stringente Dokumentation zunächst auch den Beweis der Vollständigkeit und Richtigkeit für sich hat“, so der Düsseldorfer Jurist, „kann dieser Anschein erschüttert werden, wenn nachträglich Manipulationen an der Dokumentation bekannt werden.“ Dabei sei zu berücksichtigen, dass einer handschriftlich geführten Dokumentation eine höhere Beweiskraft innewohne als dem reinen EDV-Ausdruck. Dies ergebe sich aus der einfacheren Fälschbarkeit einer elektronischen Dokumentation im Vergleich zu einer Papierdokumentation, bei der im Zweifel ein Gutachten eines Schriftsachverständigen eingeholt werden könne.

Keine schärfere Gangart von Gerichten gegenüber Ärztinnen und Ärzten erwartet hingegen der Vorsitzende des Arzthaftungsssenates des Oberlandesgerichtes Köln, Dr. Peter Thurn. Neu sei mit dem *Patientenrechtgesetz* lediglich, dass kenntlich gemacht werden müsse, wann eine Veränderung erfolgt sei. Richter müssten Zweifel an einer Dokumentation nur bei Anhaltspunkten dafür hegen, dass diese nachträglich verändert oder ergänzt wurde, sagte er dem *Rheinischen Ärzteblatt*. Folglich werde es wohl bei der Einzelfallprüfung bleiben, so der Jurist. Entscheidender für den Ausgang von Arzthaftungsprozessen sei, dass Ärztinnen und Ärzte „zeitnah“ dokumentieren. So sollten Niedergelassene ihre Behandlungen noch am gleichen Tag schriftlich festhalten, in der Klinik könne auch der Folgetag in Betracht kommen, wenn der Arzt nach einem langen OP-Tag zu erschöpft gewesen ist, um die Dokumentation noch am selben Abend zu erledigen. Allerdings empfehle sich zum Beispiel bei Geburtskomplikationen eine Dokumentation be-

Marktanteile von Praxis-EDV-Systemen in Nordrhein



Quelle: Installationsstatistik der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, 2. Quartal 2013 (13.770 installierte Systeme).

* CompuGroup Medical Deutschland GmbH

reits im Laufe der Geburtsbegleitung, so der Richter. Aus seiner Sicht werden seine Kolleginnen und Kollegen auch künftig zum Beispiel darauf abstellen, ob Patientenakten genau über die vor Gericht strittigen Inhalte auffallend ausführliche Aufzeichnungen aufweisen oder die Schrift im Gegensatz zu den nicht in Rede stehenden Behandlungsaufzeichnungen plötzlich vom leidlich lesbaren in Schönschrift wechselt.

EDV-Anbieter haben reagiert

Derweil haben die nordrheinweit größten Anbieter von Praxissoftware ihre Programme zum Teil im Rahmen ihrer Quartalsupdates und demnach nach eigenen Angaben kostenfrei auf die neue Gesetzeslage umgestellt – oder bereits vor dem 1. März 2013 entsprechende Optionen angeboten, wie eine Abfrage des *Rheinischen Ärzteblattes* ergab. Marktführer Medistar teilt mit, man biete seinen Anwendern bereits seit Jahren eine „vom Anwender optional zu aktivierende Lösung an, die es ermöglicht, digitale Eintragungen in den medizinischen Daten zu protokollieren“. So sei es möglich, „dass jeder Nachtrag oder jede Veränderung an der medizinischen Dokumentation genauestens nachvollzogen werden“ könne. So könne lückenlos protokolliert werden, „wer aus dem Team an welchem Arbeitsplatz zu welchem Zeitpunkt welche Änderungen“ vorgenommen habe. „Sämtliche

Fakten wie Eingaben, Änderungen, Löschungen, Datum, Zeit und Verfasser werden dabei aufgezeichnet und können jederzeit detailliert nachvollzogen werden“, heißt es gegenüber dem *Rheinischen Ärzteblatt*.

Auch die Psyprax GmbH reagierte zeitnah auf die Anforderungen des § 630 f BGB und integrierte in ihre Praxis-EDV eine nicht abschaltbare Dokumentationshistorie. Dort beobachtet man, dass viele Kunden jetzt wieder „wie früher auf Papier schreiben, statt im Computer zu dokumentieren“.

Im zweiten Quartal 2013 zählte die Kassenärztliche Vereinigung 13.770 installierte Praxis-EDV-Systeme.

Sagen Sie uns Ihre Meinung

- Nutzen auch Sie ein Praxissoftware-System für die Behandlungsdokumentation?
- Wie ist bei Ihnen die Umstellung auf die revisionsichere elektronische Patientenakte verlaufen?
- Wie zeitnah dokumentieren Sie? Hat das Patientenrechtgesetz Auswirkungen auf das Patient-Arzt-Verhältnis in Ihrer Praxis?

Schreiben, faxen oder mailen Sie der Redaktion *Rheinisches Ärzteblatt*, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, rheinisches-aerzteblatt@aekno.de, Fax: 0211 4302-2019.