

Dokumentationspflicht – Teil I



SOWOHL aus den jeweiligen Krankenanstaltengesetzen als auch aus dem ÄrzteG ergibt sich eine Verpflichtung zur umfassenden Dokumentation.

§ 51 Abs. 1 ÄrzteG verpflichtet jeden Arzt, „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 samt den neun Landes-KAG 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.“

WAS IST ZU DOKUMENTIEREN?

Bei der Dokumentation sollte berücksichtigt werden, dass alle Informationen enthalten sein sollen, die andere nachbehandelnde Ärzte benötigen, um den Patienten lege artis weiterbehandeln zu können.

Unter Heranziehung der oben ausgeführten Gesetzesstellen sowie der deutschen und österreichischen Rechtsprechung ist daher Folgendes zu dokumentieren:

- Anamnese
- Diagnostik

- Funktionsbefunde
- Art und Dosierung einer Medikation
- präventive Maßnahmen
- Inhalt von Gesprächen mit dem Patienten, insbes. 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 zur Hinzuziehung eines Spezialisten
- Verweigerungen und Beschwerden des Patienten
- therapeutische Maßnahmen samt Ergebnis
- unerwartete Zwischenfälle
- Wechsel des Operateurs während der Operation
- Anfängerkontrolle
- Intensivpflege
- Apparateinsatz
- Aufschlüsse zur Lagerung des Patienten auf dem OP-Tisch
- getroffene Sicherheitsvorkehrungen gegen Selbstschädigung des Patienten
- Verlegung des Patienten auf eine andere Station oder in ein anderes Krankenhaus (inklusive 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.

DOKUMENTATION DER AUFKLÄRUNG

Wie in den vorherigen Beiträgen zur Aufklärungspflicht bereits ausgeführt, muss der Inhalt der Aufklärung ebenfalls dokumentiert werden. Keinesfalls darf daher der Originalaufklärungsbogen samt Einwilligungserklärung dem Patienten mitgegeben werden. Aus der Dokumentation sollten sich jedenfalls a) die besprochenen Risiken, b) besprochene Behandlungsalternativen, c) Hinweise auf Maßnahmen, die der Patient für den Heilungsprozess selbst durchführen muss, d) im Zweifel: Gründe, warum die Einsichts- und Urteilsfähigkeit eines Patienten bejaht/verneint wird, e) Uhrzeit der erfolgten Aufklärung ergeben. Sollte ein Patient keine Aufklärung wünschen, so ist der Verzicht jedenfalls schriftlich zu dokumentieren.

Wird eine Patientenverfügung übergeben oder teilt ein einsichts- und urteilsfähiger Patient vor einem Eingriff mit, dass er gewisse Behandlungen untersagt, so ist das ebenfalls zu dokumentieren.

Entbindet der Patient von der Verschwiegenheitsverpflichtung (z.B. gegenüber namentlich genannten Vertrauenspersonen), so ist das ebenfalls zu dokumentieren.

Patienten (bzw. deren Vertreter) haben das Recht, Einsicht in die Krankengeschichte zu nehmen. Dieses Recht kann Patienten nicht verwehrt werden. Der Patient hat lediglich ein Recht auf Erhalt von Kopien, Originalbestandteile der Krankengeschichte dürfen nicht entfernt werden. In die Dokumentation sollte eine erfolgte Einsicht aufgenommen werden, ebenso, ob Kopien angefertigt wurden oder nicht.

RA Dr. MONIKA PLOIER
p.A. CMS Reich-Rohrwig Hainz
Rechtsanwälte GmbH
Gauerannngasse 2, 1010 Wien
monika.ploier@cms-rrh.com

