



Dokumentationspflichten

1. Inhaltliche Anforderungen an die ärztliche Dokumentation

Gem. § 10 Abs. 1 BO hat der Arzt über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Besondere Aufzeichnungspflichten ergeben z.B. aus § 37 Abs. 2 Jugendarbeitsschutzgesetz.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) muss der Arzt in seine Dokumentationen die objektiven Feststellungen über die körperliche Befindlichkeit des Patienten aufnehmen, sowie auch Aufzeichnungen über die Umstände und den Verlauf der durchgeführten Behandlung machen (BGH, NJW 1983, 328 und 330). Hierzu gehören Anamnese, Beschwerden unter Einschluss von Verdachtsdiagnosen (dies ist in der Literatur und Rechtsprechung streitig), Behandlung mit Medikation, Ergebnis der Behandlung, Art der Nachbehandlung, Sektionsbefunde, Operationsberichte, Anästhesieprotokolle, Einsatz besonderer Behandlungsarten, Zwischenfälle, Röntgen- und Sonographieaufnahmen, EKG- und CTG-Streifen, Laborbefunde, Warnhinweise an den Patienten, Hinweis auf Versagerquoten bei Sterilisation, Überweisungsempfehlungen, Weidereinbestellungen, Uhrzeiten, wenn es auf genaue Zeitpunkte ankommt. Namen der behandelnden Ärzte sowie der tätigen Schwestern bei Operationen (BGH, NJW 1983, 2075; LG Heidelberg, VersR 1989, 595).

Eine Dokumentation erfolgter Aufklärungen wird von der Rechtsprechung nicht verlangt, zu Beweis Zwecken kann dies jedoch sinnvoll sein.

Die Dokumentation muss derart verfasst sein, dass sie von einem anderen Arzt gelesen und verstanden werden kann. Eine Erläuterung von Fachausdrücken ist ebenso wenig erforderlich, wie eine für den Laien verständliche Ausdrucksweise.

Die Dokumentation dient nicht nur der Gedächtnisstütze für den Arzt, sie dient auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation. Dieser benötigt sie ggf. für einen weiterbehandelnden Arzt. Auch der Arzt selber hat im Falle des Vorwurfs bezüglich eines Behandlungsfehlers ein Interesse an der Vollständigkeit seiner Aufzeichnungen. Oft dienen diese als Nachweis dafür, dass Behandlungsfehler nicht gemacht worden sind.

Eine besondere Regelung der Dokumentation ergibt sich aus der am 17.07.2009 in Kraft getretenen Novelle des Gesetzes zur Regelung des Transfusionswesens (TFG):

Nach § 11 Abs. 1 TFG sind abgesehen von der allgemeinen ärztlichen Dokumentationspflicht jede Spendeentnahme und die damit verbundenen Maßnahmen für Zwecke der ärztlichen Behandlung der spendenden Person und für Zwecke der Risikoerfassung nach dem Arzneimittelgesetz zu protokollieren.

Der behandelnde Arzt hat ferner gemäß § 14 Abs. 1 TFG jede Anwendung von Blutprodukten und von gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen für die im TFG geregelten Zwecke, für Zwecke der ärztlichen Behandlung der von der Anwendung betroffenen Personen und für Zwecke der Risikoerfassung nach dem Arzneimittelgesetz zu dokumentieren oder dokumentieren zu lassen. Die Dokumentation hat die Aufklärung und die Einwilligungserklärungen, das Ergebnis der Blutgruppenbestimmung, soweit die Blutprodukte blutgruppenspezifisch angewendet werden, die durchgeführten Untersuchungen sowie die Darstellung von Wirkungen und unerwünschten Ereignissen zu umfassen. Angewendete Blutprodukte und Plasmaproteine der genannten Art sind nach § 14 Abs. 2 TFG durch den behandelnden Arzt oder unter seiner Verantwortung mit folgenden Angaben unverzüglich zu dokumentieren:

1. Patientenidentifikationsnummer oder entsprechende eindeutige Angaben zu der zu behandelnden Person, wie Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse,

2. Chargenbezeichnung,
3. Pharmazentralnummer oder
Bezeichnung des Präparates, Name oder Firma des pharmazeutischen Unternehmers, Menge und Stärke,
4. Datum und Uhrzeit der Anwendung.

Bei Eigenblut sind die Vorgaben des § 14 TFG sinngemäß anzuwenden. Die jeweilige Einrichtung der Krankenversorgung hat sicherzustellen, dass die Daten der Dokumentation patienten- und produktbezogen genutzt werden können.

2. Elektronische Dokumentation

Die Dokumentation kann gem. § 10 Abs. 5 BO auch mit Hilfe elektronischer Medien erfolgen. Ausdrücklich ist die Möglichkeit der Dokumentation auf elektronischen Datenträgern auch bei Röntgenbildern geregelt. Gem. § 28 Abs. 5 RöV dürfen Aufzeichnungen über die Anwendung von Röntgenstrahlen als Wiedergabe auf einem Bildträger oder auf anderen Datenträgern aufbewahrt werden, wenn sichergestellt ist, dass die Wiedergabe oder die Daten mit den Aufzeichnungen bildlich oder inhaltlich übereinstimmen, wenn sie lesbar gemacht werden, und während der Dauer der Aufbewahrungsfrist verfügbar sind und jederzeit innerhalb angemessener Frist lesbar gemacht werden können.

Für Röntgenaufnahmen der Direktradiographie ist zu beachten, dass die Aufbewahrung auf einem Bildträger oder anderen Datenträgern erst nach Ablauf von drei Jahren zulässig ist.

Bei Dokumentation auf elektronischen Datenträgern muss die Sicherheit im Sinne einer **Zugriffskontrolle**, **Speicherkontrolle**, **Übermittlungskontrolle** sowie **Benutzerkontrolle** gewährleistet sein. Gem. § 10 Abs. 5 BO bedürfen Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern **besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen**, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern (vgl. hierzu: Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis in Deutsches Ärzteblatt vom 9. Mai 2008).