



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). Im Zusammenhang mit verabreichten Medikationen gehören dazu auch die Chargennummern von Blut und Blutprodukten unter Einbeziehung des Präparatnamens und des Herstellers, Dosis und Datum der Applikation (vgl. hierzu Richtlinien der Bundesärztekammer zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion). 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.

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).