

19 DOKUMENTATIONS- UND AUFBEWAHRUNGSPFLICHT – AUSKUNFTSERTEILUNG

Info: Dr. Jürgen Heinzle, Tel. 05572 / 21900 – 52 DW, Fax: 43 DW,
E-Mail: juergen.heinzle@aekvbg.at

19.1 Dokumentationspflicht

Nach dem Ärztegesetz ist jeder Arzt verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person zu führen.

Die Aufzeichnungen haben insbesondere Folgendes zu beinhalten:

- Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung (status præsens)
- Vorgeschichte einer Erkrankung
- Diagnose
- Krankheitsverlauf
- Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen
- Anwendung von Arzneyspezialitäten (einschließlich der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen notwendigen Daten)
- Aufklärung des Patienten

Wichtige Neuerung:

Ärztinnen/Ärzte sind verpflichtet, für die Diagnosedokumentation die vom Gesundheitsministerium nach § 6g Z 1 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen verordnete Klassifikation anzuwenden.

Dazu heißt es in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage:

Im Zielsteuerungsvertrag 2022 und 2023 wird unter dem Punkt „Bekanntnis zu Qualität“ Folgendes festgehalten: „Eine wesentliche Grundlage für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen und die dafür erforderliche Qualitätsmessung ist eine strukturierte und kodierte elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentation im gesamten Gesundheitswesen (einschließlich des gesamten ambulanten Bereichs).“

Als Teil der ärztlichen Dokumentationspflicht soll nun die verpflichtende Verwendung von Diagnose- und Leistungscodierungen statuiert werden. Eine vergleichbare Regelung gibt es bereits im stationären Bereich durch das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, an die nun der ambulante Bereich im Rahmen der Sammelnovelle angepasst werden soll. Zu beachten sind die Fristen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen.

Bei der Einführung der verpflichtenden Diagnose- und Leistungscodierung handelt es sich ebenso um eine Forderung der Sozialversicherung und der Länder.

Nähere Informationen dazu sind im Kammeramt, Dr. Jürgen Heinzle, erhältlich.

Eine erhöhte Dokumentationspflicht gilt bei sog. „Schönheitsoperationen“. Näheres dazu siehe <https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/berufsrecht> - Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (siehe auch Kapitel 17).

19.2 Aufbewahrungspflicht

Oben genannte Aufzeichnungen sowie sonstigen Dokumentationsunterlagen sind vom Arzt mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

Die Führung von ausschließlich elektronischen Krankengeschichten ist zulässig. Bei der EDV-mäßigen Führung der Dokumentation sind jedoch auch die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes/der DSGVO zu beachten. Näheres dazu kann der Homepage der Ärztekammer für Vorarlberg (<https://www.arztinvorarlberg.at/aek/public/edv>) entnommen werden.

Die Einstellung der ärztlichen Tätigkeit entbindet den Arzt nicht von seiner Aufbewahrungspflicht, d.h. der Arzt muss die Patientenkarteen grundsätzlich weiterhin (mindestens bis zum Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen 10-Jahresfrist) selbst aufbewahren. Er hat jedoch die Möglichkeit, dem Kassenplanstellennachfolger, sofern ein solcher nicht vorhanden ist, dem Ordinationsstättennachfolger die Patientenkartei zu übergeben. Übergibt ein Arzt seine Ordination samt Patientenkartei an einen Nachfolger, so ist dieser zur Übernahme der Dokumentation und zur gesetzmäßigen Aufbewahrung verpflichtet. Eine vertragliche Vereinbarung für eine solche Übernahme und Aufbewahrung der Patientenkartei iSd § 51 Abs 4 ÄrzteG kann im Kammeramt angefordert werden.

Im Zusammenhang mit einer Praxisübergabe an einen Nachfolger kommt es daher nicht automatisch zur Übernahme der vorhandenen Patientenkartei durch den Nachfolger!

Die ärztlichen Aufzeichnungen/Patientenkarteen des Vorgängers dürfen nur mit Einwilligung der betroffenen Patienten vom Nachfolger weiterverwendet werden.

Eine solche Einwilligung kann aber dann vermutet werden, wenn sich der Patient vom Praxisnachfolger weiter behandeln lässt (sog. „stillschweigende oder schlüssige Einwilligung“). Dennoch wird empfohlen, dass der Praxisnachfolger von jedem Patienten vor dessen erstmaliger Behandlung die schriftliche Zustimmung zum Weiterführen der bisherigen Patientenkartei einholt.

Dies ist eine Mustervorlage für eine derartige Zustimmungserklärung:

Zustimmungserklärung	
Hiermit erteile ich, Herr/Frau _____ (Patient), meine ausdrückliche	
Zustimmung dazu, dass Herr/Frau Dr. _____ auf meine bisher von	
Herrn/Frau Dr. _____ (Praxisvorgänger) geführte Patientenkartei zugreifen und zu meiner Weiterbehandlung heranziehen darf.	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Patienten

Wichtig: Das oben Gesagte gilt nicht für Praxisvertretungen! Der Vertretungsarzt ist - ohne weitere Einwilligung des Patienten - aufgrund seiner Vertretungstätigkeit berechtigt, auf vorhandene Patientenkarteen zuzugreifen, weil dieser die Patienten im Namen des vertretenen Arztes behandelt und nicht im eigenen Namen.

Motivationsgründe zum Führen einer ausführlichen Dokumentation

Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht soll der Arzt nicht nur als zusätzliche bürokratische Belastung empfinden, beides stellt vielmehr ein wichtiges Instrumentarium zur Beweisführung in einem allfälligen Prozess (z. B. wegen eines behaupteten ärztlichen Behandlungsfehlers oder nicht ausreichender Aufklärung) dar. Verletzt der Arzt seine Dokumentationspflicht, kommt dem Patienten in einem Prozess insoweit eine Beweiserleichterung zugute, als sie die Vermutung begründet, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme nicht vom Arzt getroffen wurde.

Da sich eine Prozessführung oftmals über mehrere Jahre erstrecken kann bzw. häufig erst Jahre nach einer ärztlichen Behandlung geklagt wird, ist es aus Beweisgründen umso wichtiger, dass der Arzt - vor Gericht - genaue schriftliche Aufzeichnungen über seine damalige Behandlung vorlegen kann.

Die im Ärztegesetz normierte Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

- hilft bei der Vermeidung von (gerichtlichen) Streitigkeiten, da oftmals von einer Klage Abstand genommen wird, wenn der Arzt im Vorfeld genaue Aufzeichnungen vorlegen kann,
- hilft dem Arzt bei der Beweisführung in einem allfälligen Verfahren bzw.
- hilft bei einer Inanspruchnahme des Arztes aufgrund von Schadenersatzforderungen durch seinen Patienten.

Ausführliches Dokumentieren der eigenen ärztlichen Maßnahmen stellt außerdem ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung dar, da der Arzt seiner Arbeit dadurch methodische Strukturen verleihen kann, die Wirksamkeit der durch ihn erfolgten Behandlungen selbst überprüfen und dadurch medizinisch profitieren kann.

19.3 Auskunftserteilung

Jeder Arzt ist verpflichtet, dem Patienten über seine Aufzeichnungen („Dokumentation“, Krankengeschichte) alle Auskünfte zu erteilen.

Verlangt nicht der Patient selbst vom Arzt Auskünfte bzw. Aufzeichnungen sondern ein Vertreter, so dürfen Auskünfte grundsätzlich nur nach Vorlage einer entsprechenden Vollmacht erteilt werden. Hinsichtlich Privatversicherungen wird auf das Kapitel 20 „Auskunftserteilung gegenüber Privatversicherungen“ verwiesen.

Keine Auskunftspflicht besteht hingegen für höchstpersönliche Aufzeichnungen (z. B. Notizen, oder persönliche Eindrücke, die der Arzt nur für eigene Zwecke, z. B. für Statistiken, festhält). Es wird empfohlen, keinesfalls Originalaufzeichnungen auszufolgen, sondern nur Kopien (für eine allfällige Beweisführung in Streitfällen).