

I.

Richtlinien der Ärztekammer f. OÖ zur ärztlichen Dokumentation im niedergelassenen Bereich

Die Dokumentationspflicht ist im Ärztegesetz im § 51 verankert. In Ausführung dieses Gesetzes ergehen folgende Richtlinien zur ärztlichen Dokumentation:

1. Form der Aufzeichnung

In Frage kommt jede Form der schriftlichen Aufzeichnung auf Papier sowie EDV-Aufzeichnungen.

Die Aufzeichnungen sind so zu führen, dass sie auch für Fachkollegen nachvollziehbar sind (weitere Aufbewahrung im Fall der Ordinationsschließung – weitere Auskunftspflicht). Daher sind allgemein von Fachkollegen erkennbare und interpretierbare Kürzel zu verwenden, dasselbe gilt für Zeichnungen. Sollten tatsächlich persönliche Kürzel verwendet werden, die nicht allgemein verständlich sind, soll eine Art Kürzelverzeichnis angelegt werden. Diese Vorgangsweise gilt natürlich nur für jene Daten über die Hauptauskunft zu geben ist.

Soweit Schwierigkeiten mit den Klebeetiketten (Verordnung zu § 26 Abs.8 Arzneimittelgesetz, Impfstoffe, Blutplasma, Arzneimittel) auftreten, könnten diese Klebeetiketten in einem eigenen Heft aufbewahrt und mit einer Nummer versehen werden, die in der EDV vermerkt wird, damit eine Zuordnung erfolgen kann. Für die Zukunft soll versucht werden einen Barcode auf den Klebeetiketten zu erreichen, wobei natürlich bereits derzeit die Möglichkeit besteht die volle Nummer in die EDV händisch einzugeben.

2. Inhalt der Dokumentation

a) eigene Patienten

Wie aus den Erläuterungen der Regierungsvorlage hervorgeht, haben die Aufzeichnungen neben Personalangaben, lediglich die Diagnose sowie diagnostische und therapeutische Leistungen zwingend zu enthalten. Anamnese und Status præsens brauchen nur dann angeführt werden, wenn sie vom Routinefall abweichen und daher nicht unmittelbar aus der Diagnose bzw. den eingetragenen Therapiemaßnahmen rückschließbar sind.

b) Vertreterfall bzw. Notfall

Im Vertreter- bzw. Notfall wird eine Dokumentation auf dem Krankenschein als ausreichend angesehen, da in der Regel keine Weiterbehandlung des Patienten erfolgt und daher geringerer Dokumentationsbedarf besteht.

Personalangaben sowie Diagnose und Therapieleistungen sind ohnehin auf dem Krankenschein bzw. in der EDV enthalten. Sofern der Vertreter keine eigenen Aufzeichnungen in der EDV hat, wird angeraten zumindest eine Kopie des Krankenscheines (Vertreterscheines) aufzubewahren. Auf der Kopie des Krankenscheines (Vertreterscheines) sollen daher die, über die abrechnungsrelevanten und auf dem

Krankenschein aufscheinenden Daten hinausgehenden, für die Dokumentation notwendigen Dokumentationsdaten aufscheinen (u.a. auch Arzneimittel, aber auch andere therapeutische Maßnahmen, die nicht abrechnungsrelevant sind und daher aus dem Vertreterschein selbst nicht hervorgehen).

Dadurch, dass den Vertreter die volle Dokumentationspflicht trifft, ergibt sich allerdings, dass der Vertretene keine Dokumentationspflichten einhalten muss. Soweit von ihm irgendwelche Dokumentationsleistungen durchgeführt werden, erfolgen diese völlig freiwillig und nicht in Entsprechung der Dokumentationspflicht.

e) Zusammenarbeit zwischen Ärzten

Aufgrund der Koordinationsfunktion der niedergelassenen Ärzte für Allgemeinmedizin und aufgrund der Tatsache, dass sie regelmäßig erster Ansprechpartner des Patienten sind, gilt zwischen überweisenden niedergelassenen Ärzten, dass die Dokumentation der ärztlichen Leistungen beim Hausarzt zusammenläuft. Sämtliche Dokumentationsunterlagen können daher vom Facharzt bei Überweisung vom Allgemeinarzt zum Facharzt dem Allgemeinarzt übermittelt werden und dieser ist zur Dokumentation und Aufbewahrung verpflichtet. Allerdings ist jeder Arzt selbst verpflichtet, die für seine durch ihn durchgeführte weitere Behandlung notwendigen Befunde, Diagnosen etc. aus dem Befundbericht zu exzerpieren und in seine Dokumentation zu übernehmen. Zwischen überweisenden Fachärzten gilt, dass die Dokumentation von dem Arzt zu führen ist, der die ärztliche Leistung erbringt. Weitere Unterlagen (wie etwa Röntgenbilder) können dem Patienten übergeben werden, ohne dass dadurch die Dokumentationspflicht verletzt wird, sofern der Befund beim Hausarzt verbleibt. Der leistungserbringende Arzt kann – wenn gleich keine gesetzliche Verpflichtung dazu besteht – Kopien dieser Unterlagen bei sich belassen, um im Falle eines besonderen Haftungsprozesses über die notwendigen Beweisunterlagen weiterhin zu verfügen (gedacht ist etwa an Röntgenbilder, Bilder sonografischer Untersuchungen, MR-Bilder/Streifen).

3. Auskünfte

Aus dem Gesetzestext geht hervor, dass der Arzt dem Patienten Auskünfte zu geben hat und darüber hinaus verpflichtet ist, dem Patienten entweder Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften (Kopien) aus der Patientenakte zu ermöglichen. Dies gilt auch für EDV-gestützte Führung der Patientenakte.

Aus dem Behandlungsvertrag entspringt auch das Recht des Patienten auf Überlassung von Kopien jener Unterlagen, bei denen der Patient auf eine originalgetreue Wiedergabe dieser Unterlagen angewiesen ist (weitere Röntgenbilder, EKG-Streifen, EEG- und Computeraufzeichnungen sowie Facharztbefunde, soweit sie dem behandelnden Arzt vorliegen. Ausnahme von der Auskunftspflicht besteht jedenfalls bei Gefahr von Kontraindikationen („therapeutisches Privileg“) sowie für höchstpersönliche Aufzeichnungen des Arztes.

4. Medikamente

Die Dosis der Medikamente ist dann anzugeben, wenn sie von der üblichen Dosierung abweicht. Allerdings wird – wenn dies auch nicht unbedingt rechtlich für notwendig erachtet wird – empfohlen auch bei üblichen Dosierungen die Einzeldosis anzugeben.

5. Praxisnachfolge

Gemäß § 51 Abs.4 Ärztegesetz ist der Kassenplanstellennachfolger - wenn ein solcher nicht gegeben ist – der Ordinationsstättenachfolger – verpflichtet, die Dokumentation von seinem Vorgänger zu übernehmen und aufzubewahren, wobei die vom Vorgänger aufbewahrte Periode miteinzurechnen ist. Die Dokumentationsunterlagen dürfen nur mit Zustimmung des betroffenen Patienten zur Erbringung ärztlicher Leistungen herangezogen werden. Es wird angenommen, dass eine mutmaßliche Einwilligung des Patienten insbesondere auch dann vorliegt, wenn sich der Patient zur Weiterbehandlung an den Nachfolger wendet. Gibt es keinen Nachfolger, dann ist der bisherige Ordinationsstätteninhaber zur Aufbewahrung für die gesamte gesetzlich geforderte Dauer von 10 Jahren verpflichtet.

Ist im Fall des Todes, weder die Nachfolge in der Kassenstelle, noch in der Ordinationsstätte gegeben, dann sind die Erben/Rechtsnachfolger verpflichtet die gesamte ärztliche Dokumentation für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist im Amt der OÖ Landesregierung gegen Kostenersatz zu übermitteln (§ 51 Abs.5 ÄrzteG).

Wir die Dokumentation EDV-gestützt durchgeführt und wird diese nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist nicht mehr weitergeführt, kann für eine entsprechende unwiederbringliche Löschung Sorge getragen werden.

6. Allgemeines

Die jüngere Entwicklung der Rechtsprechung und Publikationen auf dem Gebiet des ärztlichen Haftungsrechtes betonen die Wichtigkeit ärztlicher Aufzeichnungen, insbesondere im Hinblick auf die Beweissicherung. Die Führung entsprechender Dokumentationen ist daher nicht nur gesetzliche Pflicht und Teil der ärztlichen Sorgfalt, sie bewahrt den Arzt auch vor drohendem Beweisnotstand in zivil- und strafrechtlichen Verfahren.

Diese Richtlinien sind somit als Mindeststandard anzusehen und es wird empfohlen die ärztliche Dokumentation entsprechend ausführlich zu gestalten, soweit administrative Möglichkeiten dazu bestehen.

II. Empfehlungen der Ärztekammer zur Aufklärungsdokumentation und Dokumentation per EDV

1. Aufklärung

Hinsichtlich der Aufklärung wird unter Hinweis auf die bisherige Judikatur festgehalten, dass eine Risikoaufklärung beim niedergelassenen Arzt, sofern es sich nicht um operative Eingriffe handelt, nur bei Maßnahmen mit besonderer Eingriffsintensität gefordert wird. Wenn diese Aufklärung erfolgt, ist sie allerdings dann auf jeden Fall zu dokumentieren, wobei dabei jedenfalls der Zeitpunkt der Aufklärung, sowie die Risiken über die aufgeklärt wurde, festzuhalten sind. Wesentlich ist auch die Therapieaufklärung, insbesondere die Gefahren, die sich aus einer Therapieverweigerung des Patienten ergeben. Diesfalls ist jedenfalls die Aufklärung über die Therapieverweigerung zu dokumentieren bzw. ein Hinweis darauf zu geben, über welche aus der Therapieverweigerung entstehenden Risiken der Patient aufgeklärt wurde.

Soweit über Medikamentennebenwirkungen aufgeklärt wurde, sollten die aufgeklärten Risiken zumindest mit Kürzel dokumentiert werden. Über tief in die körperliche Integrität eingreifende Nebenwirkungen soll die Aufklärung entsprechend umfangreich ausfallen und damit auch umfangreicher dokumentiert werden.

2. Besonderheiten der Dokumentation bei EDV

§ 51 Abs.2 ÄrzteG erlaubt ausdrücklich die automationsunterstützte Ermittlung und Verarbeitung von Patientendaten sowie deren Übermittlung an Sozialversicherungsträger, Krankenfürsorgeanstalten, sowie andere ärztliche oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung der Patient steht, mit Zustimmung des Patienten. Diese Richtlinie ist daher sinngemäß auf eine EDV-unterstützte Dokumentation anzuwenden. Als oberste Prämisse ist der Schutz der Daten vor Verlust und unbefugtem Zugang anzusehen.

Allenfalls könnte auch der jeweilige Operator (Arzt bzw. Ordinationsangestellte) bei seinen Eingaben gekennzeichnet werden. Selbstverständlich kann dieser Vorgang auch automationsunterstützt (Passwort, System, Datum, Zeit) erfolgen. Grundsätzlich ist überhaupt festzuhalten, dass der Zugang zu den medizinischen Daten in der EDV so gut als möglich abgesichert werden sollte (Passwort, Verschlüsselung, etc.). Löschvorgänge sollten mit dem Zeitpunkt der Löschung protokolliert werden.

Die elektronische Übermittlung von patientenbezogenen Daten zwischen verschiedenen Ärzten bzw. Gesundheitseinrichtungen hat den Anforderungen des Datenschutzes an personenbezogene Gesundheitsdaten zu genügen. Bei Datenfernübertragung (DFÜ) sind die Daten, unabhängig von der Art der Übermittlung, mit nach dem jeweiligen Stand der Technik geeigneten Verfahren zu verschlüsseln. Diese Verschlüsselungsverfahren sowie die Anforderungen für eine elektronische Signatur sind aus der Verordnung zum Signaturgesetz, der MAGDA-LENA-Richtlinie und/oder, sobald verfügbar, im Gesundheitstelematikgesetz zu ersehen.

Um den Verlust von Datenmaterial durch Störungen in der EDV (zB Plattencrash) zu verhindern, ist eine Doppelsicherung von Daten (zB auf zwei verschiedenen Festplatten,

Plattenspiegelung, RAID-Systeme) unbedingt notwendig. Absolut empfehlenswert ist darüber hinaus die Speicherung auf einem wechselbaren Medium, getrennt vom PC (zB Streamer-Band, CD-Rom), um bei totaler Vernichtung der EDV-Anlage immer noch auf diese Daten zurückgreifen zu können. Diese Sicherungsmedien sind unbedingt räumlich getrennt von der EDV-Anlage, am Besten feuer- und wassersicher, aufzubewahren. Alle Datenschutzmaßnahmen im Zusammenhang mit den medizinischen Daten von Patienten sind systemunabhängig regelmäßig zu überprüfen.

3. Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt nach Beschlussfassung in der Kurie niedergelassener Ärzte am 1.3.2004 in Kraft. Alle vorherigen Versionen treten mit diesem Datum automatisch außer Kraft.