

Die ordnungsgemäße Dokumentation der Behandlung

Liebe BDHN-Mitglieder,

in der heutigen Rechtskolumne möchte ich über einen Aspekt der Behandlung schreiben, dem häufig nicht genug Beachtung geschenkt wird – obwohl dieser gerade für Sie als Heilpraktiker sehr wichtig ist. Die Rede ist von der ordnungsgemäßen Dokumentation der Behandlung.



Foto © didecs/istock – getty images

Gem. § 630 f BGB sind Sie als Heilpraktiker verpflichtet, eine Patientenakte zu führen und die Behandlungsabläufe dort zu dokumentieren. Die Norm lautet:

§ 630 f BGB

- (1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.
- (2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.
- (3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Die Norm gilt übrigens für sämtliche Behandlungspersonen, also auch für Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten usw.

Wie sich aus dem Gesetz ergibt, können Sie die Patientenakte entweder in Papierform oder elektronisch führen, das überlässt das Gesetz Ihnen. Wichtig ist, dass die Patientenakte ordentlich und vor allem vollständig geführt wird. Das Gesetz spricht in § 630 f Abs. 2 BGB exemplarisch (jedoch nicht abschließend) davon, dass „Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungser-

gebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen“ in die Patientenakte aufzunehmen sind. Wie der Begriff „insbesondere“ zeigt, ist diese Aufzählung jedoch nicht abschließend. Alles, was mit der Behandlung zu tun hat, sollte möglichst in die Patientenakte aufgenommen werden, auch beispielsweise Telefonvermerke, E-Mail-Korrespondenz usw.

Die Dokumentationspflicht dient zum einen dem Patientenwohl. Denn wenn Sie die Behandlung gut dokumentieren, vermeiden Sie z.B. unnötige Mehrfachuntersuchungen des Patienten. Wenn der Patient länger nicht mehr bei Ihnen in der Praxis war, können Sie sich durch einen Blick in die Patientenakte wieder an den Patienten und den bisherigen Behandlungsverlauf erinnern. Eine ordnungsgemäße Dokumentation stellt eine ordnungsgemäße Behandlung und Weiterbehandlung des Patienten sicher, d.h. die Behandlung hat letztlich den Zweck, dass Sie die Behandlung lege artis durchführen können.

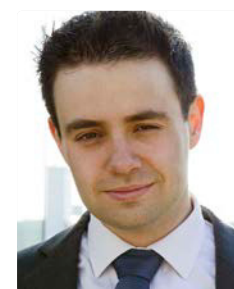
Ein weiterer wichtiger Punkt, der häufig unterschätzt wird ist, dass eine ordnungsgemäße Dokumentation auch Ihnen als Heilpraktiker helfen soll, sich im Falle eines Haftungsprozesses gegen Ansprüche des Patienten verteidigen zu können. Wie sollen Sie sich gegen mögliche Vorwürfe verteidigen, wenn schon mehrere Monate seit dem Ende der Behandlung vergangen sind und Sie sich nicht mehr an die Behandlung erinnern können? Das ist nur möglich, wenn Sie eine ordnungsgemäß geführte Patientenakte haben, aus der hervorgeht, wie Sie den Patienten behandelt haben, welche Beschwerden dieser hatte, wie und worüber Sie ihn aufgeklärt haben, wann Sie welche Untersuchungen gemacht haben usw. Das Gesetz sieht etwa in § 630 h Abs. 3 BGB bei einer nicht ordnungsgemäßen Dokumentation der Behandlung Beweiserleichterungen für den Patienten vor. Wenn etwa eine medizinisch notwendige Untersuchung nicht in der Patientenakte dokumentiert

ist, wird in einem Haftungsprozess vermutet, dass diese schlicht und einfach nicht durchgeführt wurde – auch wenn die Untersuchung tatsächlich stattgefunden hat. Ohne eine entsprechende Dokumentation in der Patientenakte ist es in der Regel sehr schwer den Gegenbeweis zu führen.

Häufig werde ich gefragt, was man eigentlich genau in die Patientenakte aufnehmen soll, damit man auf der sicheren Seite ist. Hierfür gibt es leider keine allgemein gültige Antwort, da das stark vom Patienten, seiner Vorgeschichte, der Behandlungsart usw. abhängt. Einen Merksatz, den ich sehr praktisch finde, möchte ich Ihnen dennoch mitgeben:

Es sollte das in die Patientenakte aufgenommen werden, was den Heilpraktiker nach einer nicht unerheblichen Zeitspanne nach Abschluss der Behandlung in die Lage versetzt, sich durch das Studium der Patientenakte an die Behandlung soweit zu erinnern, dass er die Person und die Krankheit des Patienten sowie wesentliche Schritte der von ihm durchgeführten Behandlung soweit nachvollziehen kann, dass er hierüber gegenüber einem unbeteiligten Dritten Rechenschaft abgeben kann.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, die Patientenakte ordnungsgemäß zu führen, auch wenn hierfür im Praxis-Alltag nicht immer genug Zeit bleibt. Eine gut geführte Patientenakte dient dem Patientenwohl – und auch Ihnen als Heilpraktiker.



Michael Dligatch
Verbandsanwalt des BDHN e. V.