FRAGEN&ANTWORTEN 01.06.2014

Welche Form muss bei der OP-Pflege-Dokumentation eingehalten werden?

Frage:

Ein Oberarzt fragt an, welche Form bei der OP-Pflege-Dokumentation einzuhalten ist und ob die Dokumentation allein im PC sich beweisrechtlich nachteilig auswirkt im Gegensatz zur schriftlichen Dokumentation.

Antwort:

Hinsichtlich der Form der Dokumentation ist es nach Ansicht der Rechtsprechung erforderlich, dass medizinisch kundige Dritte und insbesondere der Nachbehandler das Behandlungsgeschehen nachvollziehen können. Im Vordergrund stehender Dokumentationszweck ist nach ständiger BGH-Rechtsprechung die Sicherheit des Patienten. Mit der Sorgfalt, die auf die Dokumentation verwandt wurde, steigt in der Regel auch deren Beweiswert, was beispielsweise in einem auf Schadensersatz gerichteten Haftungsprozess für den Arzt äußerst relevant und entscheidend sein kann. Die Dokumentationspflicht wird mit der gewissenhaften schriftlichen Dokumentation aus Sicht des Verfassers erfüllt. Die OP-Pflege-Dokumentation sollte nach Auffassung des Verfassers durch den jeweiligen Pflegemitarbeiter und den ersten Operateur unterschrieben werden. Auch sollte zu Beweiszwecken und zur Nachvollziehbarkeit erkennbar werden, wer dokumentiert hat.

Im Rahmen eines Zivilprozesses gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Der Urkundenbeweis gilt dabei grundsätzlich als starkes Beweismittel. Die Patientendokumentation gehört i.d.R. zu den Privaturkunden, die den vollen Beweis dafür begründen, dass die in ihnen enthaltenen Erklärungen von dem Aussteller abgegeben sind. Der Beweiswert einer solchen Urkunde ist jedoch an die strengen Voraussetzungen der Authentizität sowie der Integrität geknüpft. Authentizität bedeutet, dass die Urkunde ihren Aussteller erkennen lassen muss. Unter Integrität versteht man, dass die Urkunde im Nachhinein nicht mehr veränderbar sein darf.

In § 371a ZPO wurde ausdrücklich geregelt, wann elektronische Dokumente die Beweiskraft einer Privaturkunde besitzen. Dies ist der Fall, wenn diese mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen sind. § 2 Signaturgesetz liefert hierfür eine Definition der qualifizierten elektronischen Signatur.

Von der Rechtsprechung werden deshalb unmittelbar am PC hergestellte Dateien, die mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen sind, wie Urkunden behandelt. Ihnen kommt somit der urkundenimmanente hohe Beweiswert zu und in einem solchen Fall können nach Ansicht des Verfassers grundsätzlich auch keinerlei Nachteile gegenüber der schriftlichen Patientenakte hergeleitet werden. Auf eingescannte Unterlagen kann dies nebenbei bemerkt jedoch nicht entsprechend angewandt werden, da die Rechtslage hier anders ist. Allein aus diesem Grund ist meiner Meinung nach schon die Erkennbarkeit des Dokumentierenden im Rahmen von EDV-Patientenakten zwingend zu empfehlen.

Gemäß § 630 f Abs. 1 Satz 2 und 3 BGB sind Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen. Die Behandlerseite ist somit aus dem Behandlungsvertrag verpflichtet, zum Schutz von elektronischen Dokumenten eine manipulationssichere Software einzusetzen. Dies ist anzuraten, zum einen um den Beweiswert der Dokumentation nicht zu entkräften. Zum anderen um der Schweigepflicht und dem Datenschutz gerecht zu werden. Aus diesem Grund ist auch die Archivierung besonders gewissenhaft und vor Zugriffen Dritter, beispielsweise durch ein

Passwort, geschützt zu führen. Zu Lasten des Krankenhausträgers bzw. des verantwortlichen Arztes geht nämlich jegliche Veränderung oder jeglicher Zugriff unbefugter Dritter.

Zudem besteht gemäß § 10 Abs. 5 MBO-Ä auch die berufsrechtliche Pflicht, Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien durch besondere Sicherungs- und Schutzmaßnahmen zu schützen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Hierbei sind die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten.

Heberer J. Welche Form muss bei der OP-Pflege-Dokumentation eingehalten werden? Passion Chirurgie. 2014 Juni; 4(06): Artikel 08_02.