

Dokumentation

Verschiedenste Gesetze des Gesundheitsbereiches enthalten Bestimmungen über die Dokumentationspflicht. Auch aus dem Behandlungsvertrag ergibt sich die vertragliche Nebenverpflichtung zur Führung einer Dokumentation. Die Hauptpflicht des Behandlungsvertrages ist die fachgerechte medizinische Behandlung. Für die ärztlichen Aufzeichnungen ist der verantwortliche Arzt zuständig, für die pflegerischen der betreffende Angehörige des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes.

Der Begriff Dokumentation im Gesundheitsbereich umfasst neben der Krankengeschichte mit Röntgenbildern auch ärztliche Aufzeichnungen, die Dokumentation der Sanitäter, Obduktionsniederschriften und sonstige Vermerke. Laut Judikatur des Obersten Gerichtshofes müssen in der Dokumentation alle wesentlichen diagnostischen Ergebnisse und therapeutischen Maßnahmen enthalten sein. Der Zweck der Dokumentation ist insbesondere jener der Therapiesicherung, Beweissicherung und der Rechenschaftslegung. Die Dokumentation dient somit nicht nur der Information des Behandlers, sondern liegt auch im Interesse der Patienten.

Korrekturen der Dokumentation sind grundsätzlich zulässig, es darf allerdings keinesfalls zu einer Verfälschung der Krankengeschichte kommen. Frühere Eintragungen dürfen nicht vollkommen gelöscht oder unleserlich überschrieben werden. Jede vorgenommene Änderung muss für Dritte nachvollziehbar sein und begründet werden. Eine Richtigstellung oder Löschung von Daten nach dem Datenschutzgesetz ist ausgeschlossen, da der Dokumentationszweck nachträgliche Änderungen nicht zulässt. Die erforderliche Richtigstellung kann nur durch eine zusätzliche Anmerkung erfolgen.