

Nachträgliche Veränderungen müssen kenntlich gemacht werden

Mit dem Patientenrechtegesetz wurde die berufsrechtliche Pflicht des Behandelnden zur Dokumentation in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aufgenommen. Auch die Pflicht zur Kenntlichmachung von nachträglich vorgenommenen Änderungen der Patientendokumentation ist nun gesetzlich festgelegt. Ihre Verletzung kann die Position des Arztes oder der Ärztin in einem Arzthaftungsprozess schwächen und strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

von Dirk Schulenburg und
Luisa Roßnagel

Die Dokumentation gemäß § 630f BGB ist sowohl in Papierform als auch in elektronischer Form möglich. Sie erfüllt den Zweck, eine sachgerechte Behandlung zu gewährleisten, indem die Aufzeichnung für den Behandler eine Gedächtnisstütze darstellt und dem Nachbehandler das bisherige Behandlungsgeschehen erläutert. Außerdem können Unterlagen des Arztes oder der Ärztin selbst beziehungsweise ihrer medizinischen Mitarbeiter, aber auch fremde Aufzeichnungen wie Berichte, Überweisungen und Einwilligungen als Beweis in einem Rechtsstreit herangezogen werden. Somit dient die Dokumentation auch der Absicherung des Honoraranspruchs des Arztes.

Grundsätze der Dokumentation

Die Dokumentation hat gemäß § 630f Abs. 1 S. 1 BGB „in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang“ mit der Behandlung zu erfolgen. Zwar wird damit kein konkreter Zeitpunkt festgelegt, die Vorschrift sieht jedoch einen straffen Maßstab vor. Der Zeitrahmen kann von den Umständen des Einzelfalls und der Art und Weise der Maßnahme beeinflusst werden. Erfolgt die Dokumentation allerdings erst nach einigen Wochen, wird regelmäßig ein Dokumentationsversäumnis angenommen. Es wird also empfohlen, die Dokumentation grundsätzlich während oder

zumindest noch am Tag der Behandlung beziehungsweise des abgeschlossenen Behandlungsabschnitts vorzunehmen.

Im Rahmen einer ordnungsgemäßen Dokumentation sind in die Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse leserlich aufzunehmen. Erfasst werden zum Beispiel Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Befunde, Therapieverlauf, Aufklärungen sowie Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Untersuchungen wie Röntgenaufnahmen oder Videos. Auch der Zeitpunkt, an dem die Dokumentation erstellt wurde, sollte festgehalten werden. Die Patientenakte ist nach Abschluss der Behandlung für zehn Jahre aufzubewahren, sofern gesetzlich keine längere Frist vorgesehen ist.

Nachträgliche Änderungen korrekt vornehmen

Nachträgliche Veränderungen der Dokumentation sind nicht grundsätzlich verboten, allerdings müssen sie kenntlich gemacht werden (§ 630f Abs. 1 S. 2 BGB). Das bedeutet, dass Änderungen im Text durch Berichtigungen, Ergänzungen oder Streichungen vorgenommen werden dürfen, der ursprüngliche Inhalt sowie das Änderungsdatum aber erkennbar bleiben müssen. Hierauf ist insbesondere dann zu achten, wenn das Dokument bereits einem Außenstehenden zugänglich gemacht wurde. Das Herausnehmen von Blättern aus der Akte ist nicht zulässig.

Bei elektronisch geführten Patientenakten müssen der Zeitpunkt der Änderung sowie der ursprüngliche Inhalt ebenfalls erkennbar bleiben. Es sollte daher eine dementsprechende Software zur Sicherstellung der Unversehrtheit des Dokumenteninhalts verwendet werden.

Strafbarkeit des Arztes

Nimmt der Arzt Änderungen der Patientendokumentation ohne datierten Änderungs- oder Berichtigungsvermerk vor, kann er sich einer Urkundenfälschung mit Täuschungsabsicht schuldig machen, die

mit einem Strafraum von Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe geahndet wird (§ 267 StGB).

Krankenakten stellen regelmäßig Urkunden im Sinne des *Strafgesetzbuchs* (StGB) dar, ganz gleich ob es sich um Aufzeichnungen des Arztes selbst oder an ihn oder einen Dritten gerichtete Schriftstücke wie Überweisungen oder Einwilligungserklärungen handelt. Bei elektronisch geführten Krankenakten gelten die hier beschriebenen Grundsätze entsprechend.

Eine Strafbarkeit kommt dann in Betracht, wenn die Dokumentation zum Zeitpunkt ihrer Änderung dazu geeignet und bestimmt ist, im Rechtsverkehr Beweis für eine Tatsache zu erbringen. Wenn für den Behandelnden also erkennbar ist, dass mindestens ein weiterer Beteiligter (z. B. der Patient oder ein Gutachter) das Schriftstück zur Kenntnis nehmen könnte, er dieses dennoch ohne Kenntlichmachung verändert, kann ihm Täuschungsabsicht unterstellt werden. Als Beweismittel kann die Urkunde beispielsweise in einem Arzthaftungsprozess oder einem Rechtsstreit bezüglich der Abrechnung herangezogen werden.

Soweit die Dokumentation von dem Behandelnden ausschließlich als Gedächtnisstütze bei eigenen Therapieentscheidungen verwendet wird und nicht in die Hände Dritter gelangen soll, kommt eine Zuordnung zum Rechtsverkehr und damit eine Urkundenfälschung dagegen nicht in Betracht.

Im Übrigen kann die nachträgliche Veränderung einen Abrechnungsbetrug darstellen, sofern dadurch tatsächlich so nicht vorgenommene Maßnahmen dokumentiert und anschließend berechnet werden.

Dr. iur. Dirk Schulenburg, MBA, ist Justiziar, Luisa Roßnagel ist Rechtsreferendarin der Rechtsabteilung der Ärztekammer Nordrhein.

Die Reihe „Arzt und Recht“ im Internet

Alle Folgen der Reihe „Arzt und Recht“ seit dem Jahr 2000 lesen Sie auf unserer Internetseite www.aekno.de/RhAe/ArztundRecht.