



Wer schreibt, der bleibt



Rechtssichere Dokumentation im Rettungsdienst

4. Deutscher Rettungsdiensttag • Köln • 21.10.2022



⇒ **Aufzeichnung** der Behandlung

(▶ Gedächtnisstütze für den Behandler)

▶ Information von Mit-/Weiterbehandlern

▶ Nachweis und Information für die Patienten

(⇒ **Abrechnungsgrundlage**)

⇒ **Qualitätssicherung**

▶ Überprüfung (erweiterter) Behandlungsmaßnahmen

▶ statistische Auswertungen (Reanimationsregister, usw.)

⇒ **Beweismittel** im (Rechts-)Streit

▶ Gedächtnisstütze zur Darstellung des Vorgangs

▶ Nachweis des Behandlungsverlaufs



Eine **Pflicht zur Dokumentation** – und deren **notwendige Inhalte** – können sich im Rettungsdienst (primär in der **Notfallrettung**) aus verschiedenen Rechtsquellen ergeben:

⇒ **Nebenpflicht** aus dem **Behandlungsverhältnis**

- ▶ aufgrund **Behandlungsvertrag** (§ 630a BGB): § 630f BGB
- ▶ Auch bei **öffentlich–rechtlichen Behandlungsverhältnissen** wird von einer vergleichbaren Dokumentationspflicht auszugehen sein.

*Patientenrechtegesetz:
Kodifikation von Richterrecht*

⇒ **Gesetzliche Verpflichtung**

- ▶ soweit im jeweiligen Landesrettungsdienstgesetz vorgeschrieben
- ▶ ggf. durch untergesetzliche Normen näher geregelt

⇒ **Berufspflicht**

- ▶ für **Ärzte** aus § 10 MBO–Ä



§ 630f Abs. 1 BGB: Dokumentation der Behandlung

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.

Anforderungen an die Dokumentation



⇒ Wer?

- ▶ Verantwortung für den Patienten ⇒ Verantwortung für die Dokumentation
- ▶ Die Durchführung der Dokumentation kann **delegiert** werden.

⇒ Wann?

- ▶ „in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang“
- ▶ zu vervollständigen mit Abschluss des Einsatzes (schon wegen der Notwendigkeit der Übergabe)

⇒ Wie?

- ▶ **beleghaft** (auf Papier) oder **elektronisch**
- ▶ verständlich für **Fachleute** (Notfallmediziner)
- ▶ **Änderungen** müssen (mit Zeitpunkt!) **erkennbar** sein.
- ▶ **Verfälschen** Sie niemals die Dokumentation!
Das ist **strafbar** – und **entwertet** die Dokumentation komplett.



§ 630f Abs. 2 BGB: Dokumentation der Behandlung

*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.



⇒ Was?

- ▶ Patientendaten und Behandler
- ▶ sämtliche relevanten
 - aus fachlicher Sicht
 - jetzt und künftig
 - Erkenntnisse (Befunde)
 - Maßnahmen und Ergebnisse
- ▶ Dazu gehören:
 - Anamnese und Untersuchungsergebnisse
 - Diagnose, ggf. Differentialdiagnosen
 - Therapien und Maßnahmen
 - Verlaufsdokumentation
- ▶ zusätzlich:
 - Aufklärung und Einwilligung
 - einsatztaktische und statistische Daten
 - anlassbezogen: Gedächtnisprotokoll!



§ 630h Abs. 3 BGB: Beweislast bei Haftung

*Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 **nicht in der Patientenakte aufgezeichnet** oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird **vermutet**, dass er diese Maßnahme **nicht getroffen** hat.*

- ⇒ Sie können natürlich diese Vermutung **entkräften** und den **Gegenbeweis** führen.
 - ▶ Erinnern Sie sich genau, was Sie vor 6 Monaten oder 5 Jahren getan haben?
- ⇒ Nicht dokumentiert werden müssen
 - ▶ **Selbstverständlichkeiten**
 - ▶ **unauffällige (Vital-)Werte**



- ⇒ **Vorwürfe** kommen nicht selten **spät** – und danach können Strafverfahren **viele Monate**, Zivilprozesse **viele Jahre** dauern.
- ⇒ Ohne Dokumentation wird Ihnen schon die **Erinnerung** an den Einsatz, Ihre Befunde und Maßnahmen **fehlen**.
- ⇒ Zudem wird regelmäßig Ihre Aussage gegen die Aussage des Patienten stehen.
Eine **sorgfältige, vollständige, widerspruchsfreie** Dokumentation hat aber einen **hohen Beweiswert**.
- ⇒ Dokumentieren Sie deshalb **sorgfältig**.
 - ▶ **Je schwieriger** der Einsatz (oder der Patient), **desto gründlicher**.
 - ▶ **Wer schreibt, der bleibt**.

Danke!



Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Thomas Hochstein

<https://thomas-hochstein.de/>



ARGE
Arbeitsgemeinschaft
RettungsdienstRecht