

Das Einsichtsrecht in die Krankengeschichte als Patientenrecht zum sog. therapeutischen Privileg

Patientenadvokatin Mag. Gertrud Kalchschmid

I.

Zur Funktion ärztlicher Dokumentationspflichten

- ? Rechtliche Dokumentationspflichten in der Medizin erfüllen wichtige Kontroll- und Rechtsschutzfunktionen für alle am Arzt/Patientenverhältnis beteiligten Personen. Eine ordnungsgemäß geführte Krankengeschichte dient keineswegs nur der Durchsetzung möglicher Schadenersatzansprüche, sondern ist sehr oft auch für den Patienten Entscheidungsgrundlage für die weitere Behandlung. Darüber hinaus ist sie Grundlage für die Aufklärung des Patienten über seinen Gesundheitszustand. Nachbehandelnde Ärzte stützen sich auf die ihnen überlassenen Krankenunterlagen und ziehen Rückschlüsse auf die fortzusetzende oder neu einzuleitende Therapie. Der Krankengeschichte kommt somit besondere Bedeutung für die Dokumentation medizinischer Handlungsabläufe zu, insbesondere auch um im nachhinein jederzeit die vorgenommenen Maßnahmen feststellen zu können. Sie dient daher für den Arzt auch als Gedächtnisstütze. Das Recht auf Einsicht des Patienten in diese Aufzeichnungen unterläuft deshalb nicht die Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient, im Gegenteil, sie soll und kann sie fördern.
- ? Dokumentationspflichten auf der einen und Einsichtsrecht auf der anderen Seite ergeben sich aus verschiedenen Rechtsvorschriften, auf die idF eingegangen wird.

II.

Dokumentationspflicht als vertragliche Nebenpflicht des Arztes

- ? Das Recht von Patienten/innen auf Einsicht in die Krankengeschichte ist ein **vertraglicher Nebenanspruch** aus dem zwischen Krankenanstalt/Arzt und Patient/in abgeschlossenen Behandlungsvertrag. Aus dem vertraglichen Behandlungsverhältnis ergibt sich eine **Dokumentationspflicht** hinsichtlich **patientenrelevanter Daten**. Eine sachgerechte Behandlung und Information von Patienten/innen kann nur erfolgen, wenn Krankenunterlagen korrekt geführt werden. Ohne schriftliche Fixierung der bisherigen Behandlung wäre es für Ärzte nicht mehr überschaubar, welche weitere Therapien sie für den Patienten anordnen sollen.

Diese Erwägung kommt ganz besonders im **Krankenhaus** zum Tragen, wo die Behandlung regelmäßig durch ein **Team von Ärzten** erfolgt und der/ie Arzt/in geradezu angewiesen ist. Das Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen ist somit nach heutigem Verständnis als nebenvertraglicher Anspruch ein "Reflexrecht" aus der Dokumentationspflicht. Somit haben Patienten ein Recht auf Einsicht in das dem Arzt/Krankenhaus zur Verfügung stehende vollständige Entscheidungsmaterial".

III.

Zum Umfang der Dokumentationspflichten

- ? Die Krankenanstalten sind gemäß dem 1995 neu gefassten **§ 15 Tir-KAG** verpflichtet, Krankengeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (**Anamnese**), der Zustand des Patienten zur Zeit der Aufnahme (**status praesens**), der Krankheitsverlauf (**decursus morbi**), die **angeordneten** Maßnahmen sowie die erbrachten **ärztlichen Leistungen** einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Darreichungsform), **Aufklärung des Patienten** und gegebenenfalls die Durchführung von Transplantationen darzustellen sind.
- ? Somit müssen die wichtigsten **Personaldaten** des Patienten, die **Bezeichnung der Krankheit**, der **Aufnahme- und Entlassungstag** sowie gegebenenfalls der Todestag und die Todesursache aus der Krankengeschichte hervorgehen. Darüber hinaus sind nunmehr nach der neuen gesetzlichen Bestimmung auch sonstige angeordnete und erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere pflegerische, psychologische, psychotherapeutische und medizinisch technische Leistungen, in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Das heißt, dass Patienten einen Anspruch auf Einsicht in die wissenschaftlich konkretisierbaren physischen Befunde sowie Berichte über Behandlungsmaßnahmen (z.B. Angaben über Medikation, EKG, EEG, Blutbildwerte, Operationsberichte, Narkoseprotokolle usw.) haben. Gerade bezüglich dieser Dokumentationspflichten bestehen weitverbreitete falsche Vorstellungen.
- ? Über **Operationen** müssen eigene Operationsniederschriften geführt und der Krankengeschichte beigelegt werden. Röntgenbilder oder andere abbildende Aufzeichnungen wie Fotos, MR und CT- Bilder ect. gelten ebenfalls laut Gesetz als Bestandteil der Krankengeschichte. Bei Ableben eines Patienten ist auch eine Niederschrift der etwaigen **Obduktionsniederschrift** beizugeben.

IV.

Zeitliche Aufbewahrungspflichten

- ? In öffentlichen Krankenanstalten müssen **Krankengeschichten** ab Abschluss der Behandlung nach § 15 Abs 1 lit d. Tir-KAG mindestens **30 Jahre**, allenfalls in Form von Mikrofilmen oder auf sonst geeigneten Datenträgern in doppelter Ausfertigung, **Obduktionsniederschriften** sind **30 Jahre** aufzubewahren. Röntgenbilder und andere Hilfsmittel zur Erstellung von Befunden sind nach § 15 Abs 1 lit d Tir-KAG mindestens **10 Jahre** aufzubewahren.
- ? Auch in **Ambulanzen** sind für ambulante Patienten Krankengeschichten (Ambulanzaufzeichnungen) anzulegen. Die Aufbewahrungsfrist der Ambulanzaufzeichnungen beträgt nach § 15 Abs 5 Tir-KAG mindestens **10 Jahre**.
- ? Die **Verwahrung der Krankengeschichten** hat so zu erfolgen, dass eine missbräuchliche Kenntnisnahme ihrer Inhalte ausgeschlossen ist. Das heißt, dass für sorgfältige Verwahrung zu sorgen ist.

V.

Wem steht das Einsichtsrecht zu?

Ein Recht auf **Einsichtnahme und Ausfolgung von Kopien/Abschriften** haben grundsätzlich:

- ? der **Patient selbst** und sein **gesetzlicher Vertreter**, soweit Patienten selbst nicht einsichts- und urteilsfähig sind. - Auch **Sachwalter** iS der §§ 273 ff ABGB eines Patienten haben im Rahmen ihrer Befugnisse ein Recht auf Einsichtnahme und Ausfolgung von Kopien. - **Angehörige** haben zu Lebzeiten dann ein Recht auf Einsichtnahme und Ausfolgung von Kopien der Krankengeschichte, wenn sie eine Vollmacht vorweisen können, dass der Patient mit der Einsichtnahme einverstanden ist. Nach dem Tod des Patienten haben Angehörige dann ein Recht auf Einsichtnahme, wenn ein berechtigtes Interesse daran gegeben ist (z.B. Auskunft über die Todesursache und nicht nur zur prozessualen Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen) und der verstorbene Patient mutmaßlich der Einsicht zugestimmt hätte.
- ? Darüber hinaus haben auch **Sozialversicherungsträger, Gerichts- und Verwaltungsbehörden** in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist sowie **einweisende und weiterbehandelnde Ärzte** ein Recht auf Einsichtnahme und Ausfolgung von Kopien der Krankengeschichte. **Rechtsanwälte** oder **sonstige Personen** von Patienten haben nur dann ein Einsichtsrecht, wenn sie eine Vollmacht des Patienten oder der sonstigen zur Einsicht berechtigten Personen (z.B. Angehörige) vorweisen können und der Patient mit der Einsichtnahme einverstanden ist. Auch die **Patientenvertretung** besitzt vorbehaltlich der Zustimmung des/r Patient/in oder seines gesetzlichen Vertreters, Zugang zu allen medizinischen patientenbezogenen Aufzeichnungen.
- ? Das Verweigerungsrecht ist mit größter Verantwortung zu verfolgen und darf keinesfalls leichtfertig im Rang eines absoluten Persönlichkeitsrechtes geschmälert oder abgelehnt werden. Gerade diese Frage erscheint als wichtiger Prüfstein zwischen Arzt und Patient.
- ? Kann nunmehr das Einsichtsrecht des Patienten nicht verwirklicht werden, weil die Krankengeschichte fehlt, unvollständig ist oder widerrechtlich zurückgehalten wird, so hat dies beweisrechtliche Konsequenzen und hilft Patienten den erschwerten Beweis eines behaupteten Behandlungsfehlers zu erbringen.

VI.

Das sog. therapeutische Privileg:

Einschränkungen des Einsichtsrechts aus medizinischen Gründen

- ? Die Informationspflicht gegenüber Patienten oder deren Vertretern ist grundsätzlich eine unbeschränkte und umfassende. Im Einzelfall haben Ärzte aber die Möglichkeit abzuwägen, ob die Information aus medizinischer Rücksichtnahme allenfalls beschränkt werden soll. Dies wird als **"therapeutisches Privileg"** bezeichnet. In Einzelfällen hat der OGH SZ

57/98, JBl 1985, 161 ein therapeutisches Privileg befürwortet: " Nur bei Unterbringung in psychiatrischen Krankenanstalten wird das Einsichtsrecht sehr beschränkt sein müssen". Psychiatrische Patienten haben jedoch grundsätzlich ein Recht auf Einsicht in ihre Krankengeschichte, wenn keine schützenswerten Interessen des Patienten, entgegenstehen.

- ? Nach § 39 Unterbringungsgesetz steht dem Patienten ein Einsichtsrecht insofern zu, "als die Einsicht seinem gesundheitlichen Wohl nicht abträglich ist". Der Gesetzgeber hat "das therapeutische Privileg" bei der Verweigerung der Einsichtnahme durch psychisch Kranke für den Bereich der Unterbringung ausdrücklich festgelegt und die Einsicht so wie die ärztliche Aufklärung begrenzt. Die **Einsichtsverweigerung ist bei untergebrachten Patienten** jedoch als Ausnahmeregel im Gesetz festgelegt. Grundsätzlich ist auch hier davon auszugehen, dass auch diesen Personen volle Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren ist. Die Einsichtsverweigerung darf nicht schon bei jeder möglichen "Beunruhigung" des Patienten oder allein deswegen erfolgen, weil dieser an einer psychischen Krankheit leidet.
- ? Bei **gänzlicher** oder **teilweiser Einsichtsverweigerung aus therapeutischen Gründen** sind diese Gründe dem Einsichtswerber bekanntzugeben. Bei teilweiser Einsichtsverweigerung ist in den Rest der Krankengeschichte Einsicht zu gewähren. Die Verweigerungsgründe sind in der Krankengeschichte auf einem eigenen Beiblatt zu dokumentieren. Ein pauschaler Hinweis auf therapeutische Kontraindikationen genügt nicht.
- ? Die Frage der Rechtmäßigkeit der Verweigerung kann sodann außergerichtlich oder im Prozessweg durch Sachverständige überprüft werden, die auf Grund der Einsichtnahme in die Krankengeschichte ein Gutachten darüber zu erstatten haben, ob die Einsicht dem Patienten oder Angehörigen aus therapeutischen Gründen zu verweigern war. Der genesene Patient hat aber jedenfalls, wenn auch zeitlich verzögert, das Einsichtsrecht.

VII.

Die Dokumentationspflicht als ärztliche Berufspflicht

Die Dokumentationspflicht der wichtigsten Behandlungsdaten stellt darüber hinaus auch eine **ärztliche Berufspflicht** dar. Ärzte sind nach **§ 22 a ÄrzteG** verpflichtet, "Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneispezialitäten und der jeweiligen Chargen; im Sinne des Arzneimittelgesetzes erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenden oder behandelten oder der zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person, alle Auskünfte zu erteilen".

- ? **Im Zweifel besteht volle Informationspflicht.** Mit dem Ende des einzelnen Behandlungsabschnittes oder mit dem Ende oder dem Abbruch der gesamten Behandlung ist spätestens von einer Vollständigkeit der Unterlagen auszugehen. Die Dokumentationspflicht entsteht somit sukzessive und parallel

zu den einzelnen Behandlungsabschnitten. Andererseits besteht die Gefahr, dass die Dokumentation ungenau wird, wenn Diagnose und Therapie womöglich erst am Ende einer monatelangen Behandlung vermerkt werden. Ein zu langes Hinausschieben der gesetzlichen Dokumentationspflicht stellt auch eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht dar.

VIII. Abschluss der Krankengeschichten

- ? Vor Abschluss der Krankengeschichte ist auf die Vollständigkeit aller Unterlagen zu achten. Krankengeschichten und Operationsniederschriften sind vom behandelnden Arzt, der für den Inhalt verantwortlich ist und vom Abteilungs-Vorstand zu unterfertigen. Krankengeschichten sind entweder im Original oder in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung aufzubewahren.
- ? Bei der Entlassung eines Patienten ist unverzüglich (= ohne schuldhaftes Zögern) ein **Arztbrief** zu verfassen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen zu enthalten hat. Dieser Brief ist je nach Entscheidung des Patienten diesem selbst, dem einweisenden oder dem weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln.

IX. Das Einsichtsrecht als öffentlichrechtliche Verpflichtung der Krankenanstaltsträger

- ? Die Krankenanstaltenträger sind nach dem 1995 neu gefassten § 9a Tir-KAG auch verpflichtet, unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes dafür zu sorgen, dass Patienten ihr Recht auf Einsicht ausüben können.
- ? Der Einsichtsanspruch in die Krankengeschichte steht unter **verfassungsrechtlichem Schutz**, da das Recht auf Achtung des Privatlebens iSd. Art.8 der Europäischen Menschenrechtskonvention grundsätzlich eine Garantie des Zuganges zu Aufzeichnungen über personenbezogene, insbesondere gesundheitsbezogene, Daten beinhaltet.

Literatur

- 1) Krückl K., Der Anspruch des Patienten auf Einsicht in seine Krankengeschichte: in ÖJZ 1983, 281 ff.
- 2) Kopetz M., Dokumentation der Krankenbehandlung in der Arztpraxis, RdM 1995, 12 ff.
- 3) Tir-KAG in der Novelle vom 5.7.1995.
- 4) Gaisbauer G., in ÖKZ 526 (1982).

5) Feil E./Feil F, Ärztegesetz (Linde, Wien, 1994).

6) Dittrich R./Tades H., ABGB, 34. Auflage, (1994).

7) Kopetzki Ch., Unterbringungsrecht, (Springer, Wien/New York, 1995).

Impressum: © Copyright 1996 Mag. Gertrud Kalchschmid - Autor. - Alle Rechte vorbehalten.