





# Rechtliche Aspekte der Wunddokumentation

(Version 1, Februar/2014)

WUNDDOKU VERLAUF¶  
DGKP Peter Jäger¶

Max Mustermann 26.3.2010, 12340¶

¶ Foto¶				
Datum/HZO	22.4.2010	29.4.2010	6.5.2010	20.5.2010
Lokalisation	li. US außen	li. US außen	li. US außen**	li. US außen
Größe (Lx B cm)	8x3	7x2,5	5x2	2x1
Wundtiefe (cm)	2	2	1,5	0,3
Fisteln/Taschen	7** 0,5cm	7** 0,3cm	7** 0,2cm	keine
Wundzustand	Biofilm	Fibrinbelag	Fibrinbelag	Granulierend
¶	***	***	***	***
Sekretion	Serös stark	Serös stark	Serös mäßig	Serös mäßig
Wundgeruch	unangenehm	unangenehm	unangenehm	Kein Geruch
Schmerzen	7	6	6	3
Wundrand	wulstig	wulstig	wulstig	intakt
Wundumgebung	Ekzem	Ekzem	brocken	intakt
¶	¶	¶	¶	¶
Wundversorgung	¶	¶	¶	¶
Debridement	Ringcurette	Ringcurette	Keine	Keine
Reinigung	Betadodona	Octenisept	Ringer	Ringer
Wundschutz	Zinkcreme	Zinkcreme	Zinkcreme	Zinkcreme
Wundfüller	keiner	Nugelf	Nugelf	Nugelf
Wundauflage	Acticoat	Suprasorb AO	Suprasorb AO	Suprasorb AO
Sekundärverband	Sorbion sachte	Vivazell	Vivazell	Vivazell
Fixierung	Geklatf	Metix	Metix	Metix
¶	¶	¶	¶	¶
Spez. Massn.	¶	¶	¶	¶
Hautpflege mit	luft und liebe	hirschtalg (-)	hirschtalg (-)	hirschtalg (-)
Kompression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zusatzernährung	uff	uff	uff	uff

¶ Ganzer Bildschirm schließen

Abb. 1, „Wunddokumentation“

von  
**DGKP (Wundmanagement) Peter Jäger**  
**Bregenz/ Austria**  
 peter\_johannes\_jaeger@yahoo.com



**WUNDMANAGEMENT VORARLBERG**

[www.wundmanagement-vlbg.at](http://www.wundmanagement-vlbg.at)

Bregenz, 2014

# Inhalt

1. Vorwort .....	3
2. Auf welchen rechtlichen Grundlagen basiert die Dokumentation? .....	4
3. Was ist grundsätzlich bei der Pflegedokumentation zu beachten? .....	9
4. Wer muss dokumentieren und was ist zu dokumentieren? .....	11
5. Zur Notwendigkeit einer Wunddokumentation .....	13
6. Zu Form und Inhalt einer Wunddokumentation .....	16
6.1. Wo sind Wunden zu dokumentieren? .....	17
6.2. Inhalt der Wunddokumentation .....	19
6.3. Wunddiagnose durch wen? .....	21
6.4. Häufigkeit der Wunddokumentation .....	21
7. Was ist bei der Fotodoku rechtlich zu beachten? .....	22
7.1. Muss prinzipiell eine Fotodokumentation durchgeführt werden? ..	22
7.2. Soll ich jede Wunde fotografieren? .....	24
7.3. Warum sollte eine Fotodokumentation durchgeführt werden? .....	24
7.4. Welche rechtlichen Aspekte müssen bei der Fotodokumentation beachtet werden? .....	24
• Information + Aufklärung des Patienten über die Fotos und deren Verbleib... 25	
• Einholen einer schriftlichen (widerrufbaren) Einverständniserklärung des Patienten/Vertretungsbefugten: .....	25
• Eindeutige Zuordnung zum Patient gewährleistet .....	27
• Gewährleistung der Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Fotos .....	28
• Häufigkeit der Fotodokumentation .....	29
• Einhaltung der Aufbewahrungspflicht: .....	30
• Einhaltung des Datenschutzes .....	35
8. Was ist bei EDV-gestützter Wunddokumentation zu beachten? .....	35
9. Wie lange muss die Wunddokumentation aufbewahrt werden? .....	39
10. Einsichtsrecht des Patienten und Auskunftspflicht .....	39
11. Weitergabe von Daten und Informationen, Verschwiegenheitspflicht .....	42
11.1. Beiträge in Vorträgen/Fachzeitschriften, etc. ....	45
12. Zusammenfassung und Interpretation .....	47
13. Nachwort, Angaben zum Autor, Rechte und Zitation .....	48
14. Versionsinformation .....	49
15. Abbildungsverzeichnis .....	49
16. Quellenverzeichnis .....	50

**HINWEIS:** Diese Arbeit enthält Informationen, welche die zum Thema im Internet und Bibliotheken gefundene Literatur reflektieren und wurde von einer dipl. Pflegeperson ohne juristische Ausbildung verfasst. Sie kann also nicht als verbindliche Grundlage für Entscheidungen herangezogen werden. Beachten Sie weiters, dass der Inhalt keineswegs vollständig sein kann und in heutigen Zeiten einem stetigen Wandel unterzogen sein wird. Diese Arbeit ist keine rechtliche Beratung und ersetzt eine solche auch nicht. Der Autor übernimmt keine Verantwortung für eventuelle Schäden, welche unter Bezug auf diese Arbeit entstehen.

# 1. Vorwort

**V**orliegende Arbeit widmet sich dem Thema rechtlicher Aspekte der Wunddokumentation. Der Dokumentation im Gesundheitswesen weht allgemein oft ein rauer Wind entgegen. Aussagen, wie „Ich habe Krankenpflege als Beruf gewählt, nicht Sekretärin“ oder „Vor lauter Schreibkram kann ich meine Arbeit nicht mehr machen“ sind oft zu hören. Natürlich geht es grundlegend um die Arbeit direkt am Patienten, es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass Dokumentation ein integrierter Bestandteil des Berufsbildes ist- eine Berufsausübung ist ohne adäquate Dokumentation nicht möglich! Die sorgfältige Dokumentation gehört zu den wesentlichen Qualitätsmerkmalen. So ist diese gerade auch im Bereich der Wundversorgung unumgänglich, wenn es um team- und institutionsübergreifende Behandlungen geht. Zudem verringert sie das Risiko, aufgrund von Fehleinschätzungen oder falsch beurteilter Voraussetzungen Fehlentscheidungen zu treffen (vgl. auch <sup>66</sup> S. 60, 61). Weitere Gründe werden ua in Kapitel 2 behandelt.

**D**iese Arbeit entstand auf Basis einer Buch- und Internetrecherche in den Jahren 2013/2014 und versucht, vor allem rechtliche Aspekte abzudecken. Die Literaturrecherche wurde bewusst auf juristische Datenbanken ausgeweitet, um anhand konkreter Beispiele die Wichtigkeit des Themas zu unterstreichen. Da gerade in Deutschland bedeutend mehr Literatur zu diesem Thema zu finden ist, wurde auch diese integriert, als solche jedoch immer erkennbar gemacht. Grundsätzlich überschneiden sich das österreichische und deutsche Recht in diesem Punkt sehr häufig. Österreichische Gesetzestexte sind im RIS online gratis abzufragen, die hier erwähnten Texte beziehen sich auf die zum 14.9.2013 gültige Fassung.

**D**iese Arbeit wurde auf freiwilliger Ebene, ohne Sponsoring und in meiner Freizeit durchgeführt. Es besteht kein Interessenskonflikt.

Beachten Sie bitte die Urheberrechte. Angaben zu den Abbildungen und Textquellen finden sich im Quellenverzeichnis. Diese Arbeit steht auf der Website [www.wundmanagement-vlbg.at](http://www.wundmanagement-vlbg.at) zum Download zur Verfügung. Die Rechte dieser Arbeit liegen beim Autor (weitere Angaben im Kapitel 13 ).

Der Autor würde Rückmeldungen an auf dem Deckblatt angegebene email-Adresse oder in facebook sehr begrüßen.

Peter Jäger; Bregenz, 8.2.2014

## 2. Auf welchen rechtlichen Grundlagen basiert die Dokumentation?

Die Dokumentationspflicht basiert in Österreich auf verschiedenen Grundlagen: Berufspflichten (zB ÄrzteG §51, GuKG §§ 5, 14), Patientenrechte (Patientencharta Art. 21, etc.), Organisationsrechtliche Regelungen (KAKuG § 10, Landesspitalsgesetze, Landesheimgesetze), Spezialgesetze (Heimaufenthaltsgesetz § 6, AMG, MPG, SMG, UbG,...), Bestimmungen bezüglich der Qualität des Gesundheitswesens (GQG) und Behandlungs-/Pflegevertrag. (vgl. <sup>1,2</sup>)

**D**ie **ärztliche Dokumentationspflicht** als Berufspflicht ist in §51 ÄrzteG festgelegt und dient nach dem Rechtssatz RS0108525 des Obersten Gerichtshofs der „Therapiesicherung, Beweissicherung und Rechenschaftslegung“. <sup>3</sup>

„Die Dokumentation hat so zu erfolgen, dass ein – mit dem konkreten Fall bis dato nicht befasster – Fachmann im Nachhinein die Schritte der erfolgten Behandlung genau nachvollziehen kann.“ (<sup>4</sup> S. 73)

Eine lückenhafte Dokumentation stellt eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht dar. Es gelte die Vermutung, dass eine nicht dokumentierte Maßnahme von einem Arzt auch nicht getroffen wurde. (vgl. <sup>4</sup> S. 74; <sup>2</sup> S.245)

Diese Aussage findet sich auch in einer rechtlichen Beurteilung <sup>5</sup> des Obersten Gerichtshofs wieder. Hier wird unter anderem auch auf die beweisrechtliche Konsequenz einer je nach Schwere der Dokumentationspflichtverletzung entsprechenden Beweiserleichterung für den betroffenen Patienten hingewiesen.

**D**ie **pflegerische Dokumentationspflicht** als Berufspflicht ist im § 5 GuKG festgelegt:

§ „Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. (...)

2) Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.“ (GUKG, §5)

Die Dokumentation des Pflegeprozesses fällt gemäß § 14 GuKG in den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Dies bedeutet zwar für diesen Bereich einerseits Weisungsfreiheit, andererseits auch eine eigene Haftung für Schäden, die infolge nicht ordnungsgemäßer Erfüllung dieses Tätigkeitsbereiches verursacht werden. (vgl. <sup>6,7</sup>)

🇩🇪 Während in Österreich bereits zu Beginn des Kapitels erwähnte Rechtsgrundlagen gelten, sind in Deutschland für die pflegerische Dokumentation zB bedeutend: Krankenversicherungsgesetz §§ 112, 137, 294; Pflegeversicherungsgesetz §§ 80, 104, 105; Krankenpflegegesetz § 3, Abs. 2,1; Altenpflegegesetz § 3; Heimgesetz §§ 11, 13; Vertragsrecht in Gestalt des Pflegevertrags. (vgl. <sup>8</sup> S.78f)

**A**ls Zweck der Pflegedokumentation werden angelehnt an die ärztliche Dokumentation Therapiesicherung in medizinischer und pflegerischer Hinsicht, Rechenschaftslegung und Beweissicherung angegeben (vgl. <sup>1</sup>). Ähnlich dazu auch Höfert/Meißner: Die Pflegedokumentation diene der Qualitätssicherung, Therapiesicherung, Abrechnungssicherung und Beweissicherung (vgl. <sup>8</sup> S.78).

Rechtsanwalt Kamm <sup>9</sup> unterscheidet drei Aspekte als Zweck der Pflegedokumentation:

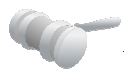
- Organisatorisch (Informationsaustausch mit anderen an der Betreuung, Versorgung, Pflege und Behandlung des Pflegebedürftigen Beteiligten)
- Rechtlich („Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Pflegebedürftige sein aus dem Pflege-/Heimvertrag abgeleitetes Informationsrecht über den Pflege-/Behandlungsablauf wahrnehmen kann. Keinesfalls ist die Dokumentation ausschließlich Gedächtnisstütze für die Mitarbeiter der Pflege“)
- Wirtschaftlich (u.a. auch als Grundlage zur Abrechnung pflegerischer Tätigkeiten gegenüber den Kostenträgern)

Abschließend schreibt er: „Ein haftungsrechtlicher Zweck der Pflegedokumentation wird weder im SGB XI noch im SGB V ausdrücklich beschrieben.“ <sup>9</sup>

Aus dieser Sicht könnte interpretiert werden, dass „Beweissicherung“ im haftungsrechtlichen Sinne kein Grundzweck der Pflegedokumentation ist. Dies würde korrespondieren mit der Aussage von Rechtsanwalt Roßbruch <sup>10</sup>, nach welcher eine

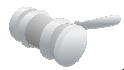
Dokumentation, die aus pflegerischer Sicht (im Sinne davon, „dass die Aufzeichnung der Maßnahme geboten war, um Pflegepersonal und Ärzte über den Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung für ihre künftigen Entscheidungen ausreichend zu informieren“) nicht erforderlich ist, „auch nicht aus Rechtsgründen geboten [ist], sodaß aus dem Unterbleiben derartiger Aufzeichnungen keine beweisrechtlichen Folgerungen gezogen werden können.“<sup>10</sup>

Inhalt und Umfang der Dokumentation haben sich also nicht daran auszurichten, Beweise für einen eventuellen Haftungsprozess zu sammeln (vgl. <sup>2</sup> S. 241).



Dies wird auch in einem Urteilsspruch des OLG München (🇩🇪, Urteil vom 15.7.2010, Az. 1U5309/09) bestätigt: „Voraussetzung für die Beweiserleichterung ist zunächst, dass eine Aufzeichnung in dem Operationsbericht unterblieben ist, die geboten war, um Ärzte oder Pflegepersonal für ihre zukünftigen Entscheidungen ausreichend zu informieren. Die Dokumentationspflicht dient der Sicherstellung wesentlicher medizinischer Daten und Fakten für den Behandlungsverlauf und ist deshalb nach ihrem Zweck nicht auf die Sicherung von Beweisen für einen späteren Haftungsprozess des Patienten gerichtet. Sofern eine Dokumentation medizinisch nicht erforderlich ist, ist sie auch aus Rechtsgründen nicht geboten, so dass aus ihrem Unterbleiben keine beweisrechtlichen Folgerungen gezogen werden können (BGH ...). Erst wenn feststeht, dass eine gebotene ärztliche Maßnahme bzw. eine für die Weiterbehandlung erforderliche Information nicht dokumentiert sind, indizieren die fehlenden Aufzeichnungen, dass eine ärztlich gebotene Maßnahme unterblieben ist.“

74



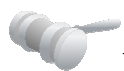
Ähnlich dazu auch in einem Urteilsspruch des OLG Naumburg (🇩🇪, Urteil vom 12.06.2012, Az. 1 U 119/11): „Die Dokumentation und Kontrolle allgemeiner Hygieneregeln und –standards erfolgt nicht patientenbezogen oder in einzelnen Krankenakten, denn eine Dokumentation, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist, ist auch aus Rechtsgründen nicht geboten.“<sup>75</sup>

**D**ie Dokumentation hat nach diesen Aussagen also nicht einen eigentlichen haftungsrechtlichen Zweck, hat aber im Falle eines Rechtsstreits als solche höchste Beweiskraft.



So wird nach Rechtsanwalt Sträßner <sup>11</sup> eine vollständige, ordnungsgemäße und in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang erstellte Dokumentation vor Gericht als Wahrnehmung der Sorgfaltspflicht gewertet (es wird also vermutet, dass die dokumentierten Leistungen richtig und vollständig unter Beachtung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt durchgeführt worden sind) (vgl. auch <sup>8</sup> S.77).

Sie ist somit das wichtigste Beweismittel für die Abwehr einer Haftung (vgl. <sup>12</sup> S. 108). Eine mangel- oder fehlerhaft geführte Dokumentation kann zu Beweiserleichterungen für die klagende Partei bis zur Beweislastumkehr führen (vgl. <sup>13</sup>).

Dies bedeutet, dass nicht mehr der Patient einen Behandlungsfehler und den ursächlichen Zusammenhang zur Schädigung beweisen muss, sondern der Beklagte nachweisen muss, dass keine Behandlungsfehler vorliegen. Jenes kann in einem solchen Fall zwar unter Umständen zB durch Zeugenaussagen geschehen (vgl. <sup>10,11,14</sup>), jedoch: „Bei einem häufig erst Jahre später geführten Rechtsstreit kann es (...) zu einer Abschwächung des Beweiswertes von Zeugenaussagen kommen. Dies findet seinen Grund darin, dass es für den einzelnen Krankenhausmitarbeiter in der Regel schwierig sein dürfte, sich auch nach einer längeren Zeit noch an Einzelheiten der Behandlung erinnern zu können. Das mangelnde Erinnerungsvermögen führt daher im Prozess häufig dazu, dass der Mitarbeiter nur noch unzureichende Aussagen machen kann. Ferner ist zu befürchten, dass der Richter einer derartigen Zeugenaussage nicht mehr allzu viel Gewicht beimessen wird.“ <sup>15</sup>



Im Folgenden einige Beispiele aus der Rechtssprechung zu Mängeln in der Dokumentation:

- VG Göttingen () , Urteil vom 8.1.2009, Az. 2 A 3/08: „Mängel in der Pflegedokumentation rechtfertigen eine heimrechtliche Anordnung ohne Rücksicht darauf, ob die Pflege tatsächlich mangelhaft ist.“ <sup>16</sup>
- OLG Köln () , Urteil vom 4.8.1999, Az. 5 U 19/99: „Zu Recht ist das Landgericht den weiteren Beweisangeboten der Beklagten nicht nachgegangen, nach deren Vortrag über die dokumentierten Maßnahmen hinaus weitere pflegerische Maßnahmen erfolgt sein sollen.“ „Im übrigen haben die Beklagten auch - wie bereits erwähnt - keine auch nur einigermaßen

nachvollziehbare Erklärung dafür angeboten, weshalb weitergehende Maßnahmen in den Pflegeberichten nicht vermerkt worden sein sollen, obwohl angesichts des Vorhandenseins dieser formularmäßig vorgefertigten Pflegebögen es bei den Beklagten doch gerade zum pflegerischen Standard gehören musste, eine ausreichende Dekubitusprophylaxe durchzuführen und auch zu dokumentieren.“<sup>17</sup>

- BGH (🇩🇪), Urteil vom 18.3.1986, Az. VI ZR 215/84: „Im Krankenblatt eines Krankenhauspatienten, bei dem die ernste Gefahr eines Durchliegegeschwürs (Dekubitus) besteht, sind sowohl die Gefahrenlage als auch die ärztlich angeordneten Vorbeugungsmaßnahmen zu dokumentieren.“, „Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats kommen zugunsten eines Patienten Beweiserleichterungen dann in Betracht, wenn die gebotene ärztliche Dokumentation lückenhaft bzw. unzulänglich ist und deswegen für ihn im Falle einer Schädigung die Aufklärung des Sachverhalts unzumutbar erschwert wird (...). Dasselbe hat zu gelten, wenn erforderliche Aufzeichnungen über Maßnahmen der Krankenpflege fehlen, die nicht die normale Grundpflege betreffen, sondern wegen eines aus dem Krankheitszustand des Patienten folgenden spezifischen Pflegebedürfnisses Gegenstand ärztlicher Beurteilung und Anordnung sind. Ebenso wie die vom Arzt angeordnete Medikation in das Krankenblatt aufzunehmen ist, sind auch ein derartiges besonderes Pflegebedürfnis und die aus diesem Anlaß erforderlichen Maßnahmen zu dokumentieren.“ „Die Unterlassung der erforderlichen Dokumentation ist ein Indiz dafür, daß im Krankenhaus der Bekl. die ernste Gefahr der Entstehung eines Durchliegegeschwürs nicht erkannt und die Durchführung vorbeugender Maßnahmen nicht in ausreichender Form angeordnet wurde und daß daher das Pflegepersonal nicht so intensiv auf die Prophylaxe geachtet hat.“<sup>18</sup>
- OGH (🇦🇹), Urteil vom 25.1.1994, Geschäftszahl 1Ob532/94: Lückenhafte ärztliche Dokumentation ist eine Sorgfaltspflichtverletzung.<sup>19</sup>
- OGH (🇦🇹), Urteil vom 1.12.1998, Geschäftszahl 7Ob337/98d: „Schließt man aufgrund der unterlassenen Dokumentation über den Operationsverlauf während der letzten dreiviertel Stunden darauf, daß die Blutdruckmessungen an der Klägerin unterlassen worden sind, so begründet dies allein schon eine Sorgfaltspflichtenverletzung. Verletzt der Arzt seine Dokumentationspflicht in bezug auf Umstände, die für den Schadenseintritt erheblich sein können, greift die Beweislastumkehr Platz.“<sup>20</sup>



### 3. Was ist grundsätzlich bei der Pflegedokumentation zu beachten?

Pflegedokumentationen gelten als Urkunden (vgl. 1,10,21(S.17),22(S.200)) und haben folgende sich unter anderem daraus ergebende rechtliche Anforderungen zu erfüllen (Zusammenstellung aus: 8(S.77),10,11,23,24,25(s.16),26(S.50),27(S.180)):

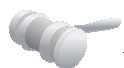
Fälschungssicherheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwendung dokumentenechter Stifte (Kugelschreiber)</li> <li>• Irrtümliche/fehlerhafte Einträge werden in der Mitte waagrecht durchgestrichen, sodass der ursprüngliche Text lesbar bleibt</li> <li>• Die Korrektur wird als solche mit Datum und Handzeichen gekennzeichnet</li> <li>• Radierungen, Tipp-ex, Überklebungen und Überschreibungen sind verboten</li> <li>• - Entwertung von Leerzeilen/-Spalten</li> </ul>
Eindeutigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klientenbezogenheit</li> <li>• Klare und verständliche Formulierungen</li> <li>• Vermeiden subjektiver Bewertungen und Interpretationen</li> <li>• Verwendung allgemein anerkannter pflegerischmedizinischer Fachbegriffe</li> <li>• Lesbare Schrift</li> </ul>
Nachvollziehbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkennbarkeit, wer welche Maßnahmen geplant hat und wer sie durchgeführt hat</li> <li>• Anordnungen im Sinne der Anordnungsverantwortung und Durchführung im Sinne der Durchführungsverantwortung (Einfache Nachvollziehbarkeit: „Wer hat WAS, WANN und WARUM angeordnet und wer hat WAS, WANN und WARUM durchgeführt?“)</li> <li>• Angaben von Datum und Uhrzeit</li> <li>• Keine Übertragung der Dokumentationstätigkeit an andere Pflegepersonen</li> <li>• Kennzeichnung mit identifizierbarem Handzeichen (Vorhandensein von Handzeichenlisten in der Organisation)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennzeichnung der einzelnen Dokumentationsblätter mit dem Patientennamen</li> <li>• Systematische Nummerierung und Ordnung</li> </ul>
Vollständigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle relevanten Informationen sind dokumentiert</li> <li>• Auch Weigerungen des Pat., bestimmten pflegerischen Maßnahmen zu zustimmen, dokumentieren</li> <li>• Maßnahmen als Reaktion auf Auffälligkeiten/atypische Verläufe müssen erfasst und im Ergebnis dokumentiert werden</li> </ul>
Aktualität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitnahes Dokumentieren</li> <li>• Keine Voreintragungen</li> </ul>
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbot der schriftlichen Lüge</li> </ul>

Es gilt also das Verbot der schriftlichen Lüge und ein Gebot objektiver Wahrhaftigkeit.

„Die Vorschrift zur Urkundenfälschung gemäß § 267 StGB (🇩🇪) (ANM: analog dazu § 223 StGB in Österreich) schützt als Rechtsgut das Vertrauen in die Richtigkeit von Urkunden.“ (28,S.126)

Urkunden haben also „regelmäßig die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit für sich.“ 11



Diese Aussage wird auch zB in folgendem Spruch des Landesgerichtes Hamburg (🇩🇪) unterstrichen: „Soweit der Pflegebericht (...) und die Hautstellendokumentation (...) Sachverhaltsfeststellungen enthalten, sind diese bereits als unstreitig zugrunde zu legen.“ (LG Hamburg (D), Urteil vom 5.11.2010, Az. 324 O 187/08) 29

Ein Beispiel für rechtliche Konsequenzen eines Verstoßes findet sich in einem Urteilsspruch des OGH (🇦🇹), in welchem es um die Fälschung eines Erstberichtes geht. (OGH (A), Urteil vom 22.11.2000, 9 ObA 229/00t) 30

Ein weiteres Urteil diesbezüglich gab es am OLG Frankfurt (🇩🇪) 1991, wo aufgrund

eines medizinischen Sachverständigengutachtens festgestellt wurde, dass die vorhandenen Originalunterlagen nachträglich ins Reine geschrieben wurden und Radierungen vorgenommen wurden, um den ursprünglichen Text zu beseitigen. Als Folge wurde die Dokumentation vom Gericht als unzulänglich eingestuft und die Beweislast zu Lasten des Arztes umgekehrt. (2 S. 248)

Am OLG Koblenz (🇩🇪) wurde der Leiter einer Privatklinik wegen Urkundenfälschung gemäß §267 StGB verurteilt, „weil er Blutzuckerwerte, die vom Laborpersonal am Tag der Messung ermittelt wurden, nachträglich nach oben oder unten geändert hatte. Dies stelle eine „Verfälschung“ im Sinne des § 267 StGB dar, da auch der jeweilige Aussteller der Urkunde „Krankenakte“ diese Tatbestandsalternative begehen könne und die gemessenen Blutzuckerwerte „zum Beweis für die Richtigkeit der während der Behandlung in der Klinik angewandten Therapie wie auch der in den Berichten an die weiterbehandelnden Ärzte vorgegebenen Medikation, hier der Menge des den Patienten zu verabreichenden Insulins“ dienten.“ (31 S.462)

Eine arbeitsrechtliche Gerichtsverhandlung, in welcher es um Voreintragungen im Pflegebericht ging, fand am LAG Hamm (🇩🇪) statt. (LAG Hamm, Urteil vom 7.7.2006, Az. 10 Sa 332/06) 32

## 4. Wer muss dokumentieren und was ist zu dokumentieren?

Grundsätzlich hat jeder, „der pflegerische Maßnahmen am Patienten durchführt, die Pflicht diese zu dokumentieren. Dies bezieht sich somit nicht nur auf examiniertes Pflegepersonal, sondern auch auf Auszubildende, Praktikanten, Zivildienstleistende und andere berufsmäßig tätigen Gehilfen des Pflegepersonals.“ 10,1

**G**emäß §5 des GUKG hat die Pflegedokumentation „insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.“ 33

Neben diesen Bereichen des Pflegeprozesses sind außerdem die weiteren Tätigkeitsbereiche (mitverantwortlich, interdisziplinär, lebensrettende Sofortmaßnahmen) zu dokumentieren. 1

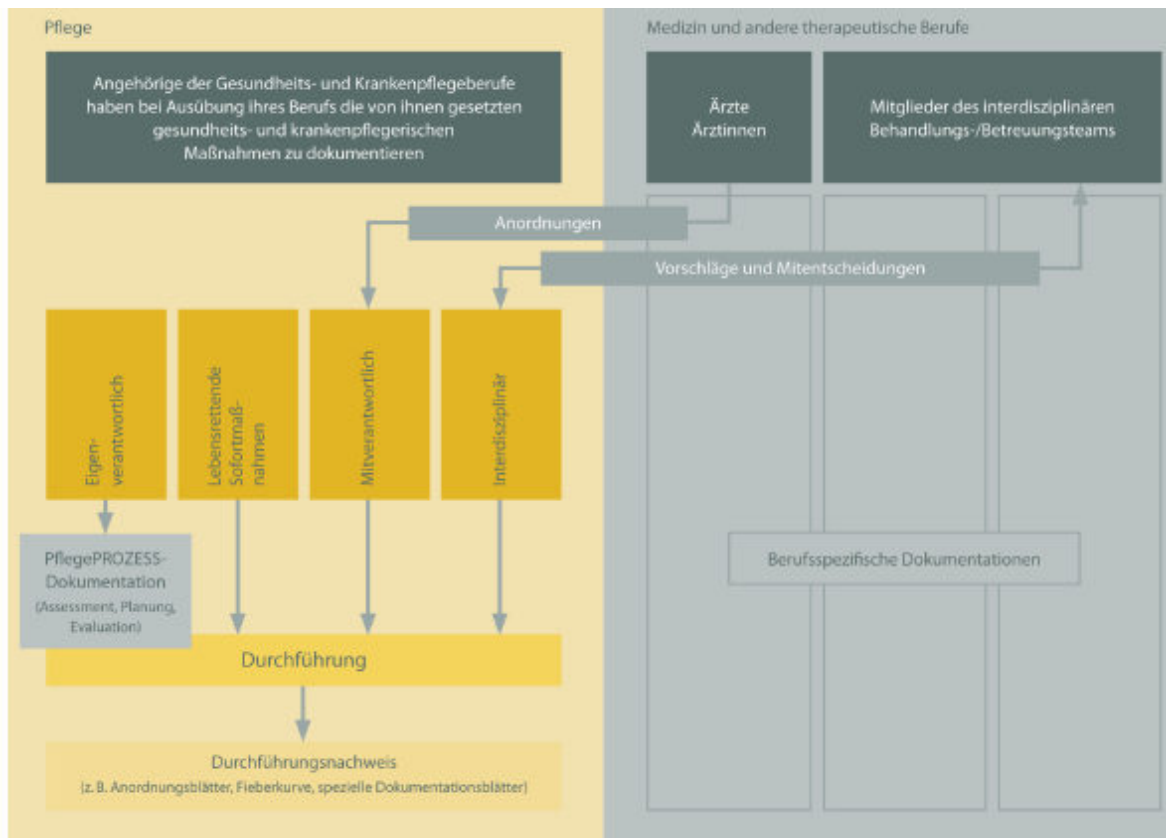


Abb.2: GÖG/ÖBIG, in <sup>1</sup>

**P**flegerische Anordnungen werden im Rahmen der Pflegeplanung festgelegt. Insbesondere in deren Rahmen können institutionelle Standards hilfreich und arbeitserleichternd sein. Als Beispiel sei ein Standard erwähnt, der festlegt welche Maßnahmen im Falle eines erhöhten Dekubitusrisikos zu treffen sind (vgl. <sup>10</sup>). Besteht also ein solcher Standard als schriftliche Anweisung, so müssen die sich daraus ergebenden Maßnahmen nicht extra dokumentiert werden. Wichtig ist jedoch, dass in der Dokumentation dann auf diesen Standard Bezug genommen wird, Abweichungen begründet dokumentiert werden und der entsprechende Standard nachlesbar ist (vgl. <sup>9,1</sup>).

Im Rahmen der Anamnese und des fortlaufenden Berichtes sind „alle pflegerisch und medizinisch relevanten Wahrnehmungen, insbesondere alle atypischen Verläufe zu dokumentieren. Dies gilt erst recht für Risikopatienten.“ <sup>10</sup>

Dazu erläutert Rossbruch: „Da die Pflegedokumentation als Nachweis für die erbrachte pflegerische Tätigkeit dient, bewirkt ein „Schweigen“ in der Pflegedokumentation die oft zum Indiz führende Vermutung, daß die nicht

eingetragene pflegerische Maßnahme auch nicht durchgeführt wurde. Allerdings sollten die aus haftungsrechtlicher Sicht unsinnigen und oft gebetsmühlenhaft sich wiederholenden Floskeln wie: „Patient geht’s gut“, „unauffällig“, „o.B.“, „unverändert“, „keine Beschwerden“ oder „keine Vorkommnisse“ vermieden werden. Abgesehen davon, daß das Nicht-vorliegen von Vorkommnissen im Sinne von Abwesenheit eines Etwas nur schwerlich dokumentierbar ist und solche Kürzel wenig aussagekräftig sind, bedarf es einer solchen Eintragung nicht, da unterstellt wird, daß es bei einem „Schweigen“ der Dokumentation auch nichts zu dokumentieren gab. Denn ginge es dem Patienten schlecht bzw. hätte sich etwas an seinem Gesundheitszustand verändert, so müßte dies zwingend dokumentiert werden.“ <sup>10</sup>

**F**erner sind alle pflegerisch und/oder medizinisch relevanten Maßnahmen zu dokumentieren. Dies geschieht im Regelfall im Zuge des Durchführungsnachweises, einmalige Maßnahmen werden mit Beschreibung von Ursache und Wirkung der Intervention im Pflegebericht festgehalten (vgl. <sup>1</sup>)

**Ä**rztliche Anordnungen sind vor Durchführung der Maßnahmen durch die Pflege von Seiten des Arztes schriftlich zu fixieren (vgl. §15 Abs 3 GuKG). §15 Abs 4 des GuKG regelt weiters: „Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.“ <sup>33</sup>

## **5. Zur Notwendigkeit einer Wunddokumentation**

Bei Durchsicht der Literatur zum Thema lässt sich ein Konsens zur Notwendigkeit der Führung einer Wunddokumentation erkennen. Besonders auch dadurch, dass hier unter Umständen viele Personen/Institutionen an der Behandlung über einen langen Zeitraum teilnehmen, ist Kontinuität und Nachvollziehbarkeit (u.a. von Veränderungen an der Wunde) ein wesentlicher Faktor. Um den geforderten

Qualitätsansprüchen zu entsprechen und eine adäquate Wundbehandlung sicher zu stellen, ist eine Wunddokumentation unabdingbar.

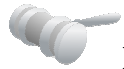
So heißt es unter anderem in der S3-Leitlinie „Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz“: „Die Wunddokumentation ist Teil der allgemeinen Dokumentation und somit auch des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Sie dient darüber hinaus als Nachweis für durchgeführte Maßnahmen und erbrachte Leistungen. Im Rahmen des Behandlungsvertrages dient sie der rechtlichen Absicherung des Leistungserbringers. Als Instrument zur interdisziplinären und interprofessionellen Kommunikation wird die Wunddokumentation den unterschiedlichen sektoralen und interprofessionellen Anforderungen der Wundbehandlung gerecht und kann Grundlage für einen koordinierten und evaluierbaren Versorgungsablauf sein.“ <sup>41</sup>

Probst und Vasel-Biergans dazu: „Neben der rechtlichen Verpflichtung ist eine sorgfältige Dokumentation der Befunde und der eingeleiteten Therapie- und Pflegemaßnahmen unabdingbare Voraussetzung für eine nachvollziehbare und kontinuierliche Arbeit des Wundbehandlungsteams, das sich in seiner personellen Zusammensetzung häufig verändert. Eine transparente und lückenlose Dokumentation erhöht die Sicherheit des Patienten und gilt als Qualitätsnachweis der Behandlung.“ (44 S.77f)

Ein weiterer Aspekt der Wunddokumentation ist, dass durch ein systematisches Vorgehen Analysen im Rahmen des Qualitätsmanagements möglich werden. So können etwa die Kosten oder die Effekte der Versorgung auf die Wundheilung oder die Lebensqualität analysiert werden. (40 S. 156)

Bereits in einem Grundsatzurteil Ende der 80er Jahre in Deutschland hieß es zum Thema Wunddokumentation, es müsse „organisatorisch sichergestellt sein, dass die Prophylaxe überwacht und die Durchführung der allgemein oder für den speziellen Fall angeordneten Maßnahmen in irgendeiner Weise schriftlich festgehalten werden“

34



Einige Fälle aus der Rechtsprechung bestätigen die Forderung nach einer Wunddokumentation:

So bekam etwa ein Kärntner (🇦🇹) Altenwohn- und Pflegeheim unter anderem die behördliche Auflage: „Die Wunddokumentation muss ab sofort nachvollziehbar sein und kontinuierlich erfolgen.“ Als Begründung wurde angegeben, die Wunddokumentation sei „fixer Bestandteil einer fortlaufenden Pflegedokumentation.“<sup>35</sup> Der Verwaltungsgerichtshof schreibt dazu in seinem Spruch: „Der Träger einer Einrichtung hat nach § 8 Abs. 1 K-HG (Kärntner Heimgesetz, Anm.) dafür zu sorgen, dass über jeden betreuungsbedürftigen Bewohner eine Pflegedokumentation geführt wird.“<sup>35</sup>

Auf Selbiges bezieht sich der VwGH in einem Spruch zur Angelegenheit eines weiteren Heimes, welches unter anderem folgende behördliche Auflage bekommen hatte: „Es ist ab sofort eine Wunddokumentation zu führen. Diese hat u.a. eine exakte Wundbeschreibung zu beinhalten mit wichtigen Parametern, wie die Lokalisation der Wunde, die Wundtiefe, den Wundzustand (nekrotisch, fibrinös, belegt etc.), Angaben über etwaiges Exsudat, Beschreibung der Wundumgebung sowie allfällige Infektionszeichen.“<sup>36</sup>

Ein ähnlicher Fall wurde vor dem Verwaltungsgericht München (🇩🇪) verhandelt. Auch hier wurde ein Pflegeheim behördlich unter anderem zu folgender Maßnahme verpflichtet: „Nach Feststellung von behandlungsbedürftigen Wunden, insbesondere von Dekubitalgeschwüren, sei das weitere Vorgehen und speziell die Wundbehandlung unverzüglich mit dem Hausarzt abzustimmen (...). Außerdem seien nach dem Nationalen Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ Wunddokumentationen baldmöglichst anzulegen, die Wundentstehung nachweislich festzuhalten sowie Behandlungsstrategie und Wundverlauf kontinuierlich und nachvollziehbar zu dokumentieren (...). Bei jedem dekubitusgefährdeten Bewohner oder bei Bewohnern mit vorhandenem Dekubitalgeschwür seien entsprechend dem Nationalen Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ Lagerungsmaßnahmen, insbesondere auch Mikrolagerungen, in erforderlichem Umfang zu planen, durchzuführen und lückenlos zu dokumentieren. Für jeden dekubitusgefährdeten Bewohner sei ein individueller Bewegungsplan zu erstellen, aus dem die Positionswechsel und die

Bewegungsintervalle hervorgingen. Abweichungen vom erstellten Bewegungsplan seien zu begründen (...).“ <sup>37</sup>

Das Verwaltungsgericht München (🇩🇪) dazu in seinem Urteilsspruch: „Der Verweis auf Expertenstandards ist in diesem Zusammenhang rechtmäßig und sogar sinnvoll und nützlich.“ (VG München, Urteil vom 23.8.2012, Az. M17K11.287) <sup>37</sup>

Den Verweis auf die rechtliche Beurteilung des Expertenstandards führt auch der Bayerische Verwaltungsgerichtshof (🇩🇪): „Insbesondere mit dem Hinweis auf den einschlägigen Expertenstandard hat das Landratsamt der Klägerin eine Fundstelle an die Hand gegeben, die den allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse im Sinne des Art. 3 Abs. 2 Nr. 4 PflWoqG wiedergibt und dementsprechend bei der Durchführung, Planung und Dokumentation pflegerischer Tätigkeiten zu berücksichtigen ist.“ (Bayerischer VGH, Beschluss vom 28.7.2011, Az. 12ZB09.3198) <sup>38</sup>

Ebenso nimmt das OVG Nordrhein Westfalen (🇩🇪) auf die Expertenstandards und die Notwendigkeit einer Wunddokumentation Bezug (OVG Nordrhein Westfalen, Beschluss vom 17.2.2011, Az. 12A241/10) <sup>39</sup>

Eine Implementierung der Expertenstandards ist zwar im österreichischen Gesetz im Gegensatz zu Deutschland nicht konkret erwähnt, es ist jedoch davon auszugehen, dass diese auch hier im Sinne vorweggenommener ExpertInnengutachten und als Grundlage eines Qualitätsmanagements durchaus herangezogen werden können.

## **6. Zu Form und Inhalt einer Wunddokumentation**

Es bestehen also Einigkeit in der Literatur und Aussagen der Rechtsprechung darüber, dass eine Dokumentation von Wunden zu führen ist. Auf welche Art (im Rahmen der Pflegedokumentation, auf extra Dokumentationsblättern, etc.), bei welcher Art Wunden/ab welchem Zeitpunkt und in welchem Ausmaß diese zu führen ist- darüber gibt es in der Literatur unterschiedliche Angaben, eine allgemeingültige Antwort hierzu wird auch vermutlich nicht möglich sein.



Folgendes Zitat fasst die Lage dazu zusammen: „Grundsätzlich gibt es weder Gesetze noch Vorschriften, welche die Inhalte einer Wunddokumentation regeln. Dies muss die Fachwissenschaft verständlicherweise selber tun (DNQP, 2008). Man kann aber festhalten, dass es ein Urteil aus dem Jahre 1999 gibt, demzufolge eine Wunde grundsätzlich schriftlich und nach Möglichkeit fotografisch dokumentiert werden muss.“ (40 S. 170)

## 6.1. Wo sind Wunden zu dokumentieren?

Bezug nehmend auf den vorhergehenden Absatz und das Kapitel „Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation“ müssen jegliche relevanten Beobachtungen im Zusammenhang mit einer Wunde prinzipiell in der Dokumentation aufscheinen. Muss jedoch für jede Wunde eine gesonderte Wunddokumentation (zB auf einem Wunddokumentationsbogen, in einem Wund-EDV-Programm, o.ä.) geführt werden?

Hierbei ist nun zunächst auf eine Schwierigkeit, welche besonders auf ein umfassendes Wundmanagement zutrifft einzugehen. Durch das notwendige und erwünschte Zusammenarbeiten mehrerer Personen, Institutionen und Berufssparten mit den jeweiligen Verpflichtungen zur Dokumentation kann es einerseits zu uU nicht notwendigen Überschneidungen kommen, andererseits aber auch zu Lücken in der Dokumentation aus Sicht des Patienten, da möglicherweise keine übersichtliche Darstellung an einem Ort erfolgt. Dies kann dann insbesondere an Schnittstellen zu Einbußen in der Qualität von Wundversorgungen führen. Hier müssen vor Ort geeignete Instrumente gefunden werden, Genaueres würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Dennoch muss im Folgenden darauf Rücksicht genommen werden, da allgemeine Aussagen aufgrund dieser Diversitäten sehr schwierig sind. Desweiteren ist in der Literatur oft nicht genau auszumachen, welche Dokumentationsart unter „Wunddokumentation“ jeweils verstanden wird.

**W**unddokumentationen (wie sie der Autor versteht- also Wundprotokolle, Wunddokumentationsbögen, -formulare oder EDV-Programme) haben den großen Vorteil der Übersichtlichkeit, Nachvollziehbarkeit und Analysierbarkeit. Da dies im Sinne eines Qualitätsmanagements auch gefordert wird, sind institutionsinterne Regelungen, ab wann solche zu führen sind, sinnvoll. Darin kann zB geregelt werden, welche Art Wunden solcherart dokumentiert werden.

Vorgefertigte Dokumentationsbögen (welche zT auch von Medizinprodukteherstellern angeboten werden), -formulare und EDV-Programme haben unter anderem folgende Vorteile:

- Zeiteinsparung durch standardisiertes Ankreuzsystem
- Alle wichtigen Informationen über Heilungsverlauf und durchzuführende Pflegemaßnahmen sind rasch aufzufinden
- Wenig aussagende subjektive Wundbeschreibungen werden vermieden

(44 S.81)

Ein Beispiel, wie die Dokumentation von Wunden institutionsintern geregelt werden kann: „Das Wundprotokoll ist zwingend bei allen sekundären Wundheilungen oder Wunden mit verzögertem oder gestörtem Wundheilungsverlauf auszufüllen. Es besteht aus Wundbeurteilung, Wundbehandlung und Verlauf. Der Wundverlauf ist auf dieser Dokumentation nachvollziehbar zu notieren und nicht im P-Bericht.“<sup>43</sup>

Daumann fordert diesbezüglich dennoch: „Werden besondere Beobachtungen, z.B. bei Auftreten akuter Veränderungen, in diesem Formular (Anm.: Wunddokumentationsbogen) festgehalten, muss im Pflegebericht ein entsprechender Hinweis (mit Datum und Uhrzeit) erfolgen, z.B.: Veränderungen im Bereich der Wunde sh. Wunddokumentationsblatt.“<sup>(25 S. 96)</sup>

Ihm zufolge ist die Wunddokumentation Bestandteil der Pflegedokumentation und „unterliegt somit auch den gleichen Anforderungen. Daher findet bei der Wunddokumentation der gleiche Regelkreis Anwendung wie beim Pflegeprozess: Informationssammlung, Erkennen der Ressourcen und Probleme, Festlegung der Pflegeziele, Planung der Maßnahmen, Durchführen der Maßnahmen, Kontrolle der Wirksamkeit der Maßnahmen.“<sup>(25 S. 93f)</sup>

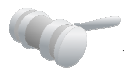
Allerdings sind diesbezüglich Aspekte des ärztlichen Tätigkeitsfeldes (zB Diagnose, Anordnung, Kontrolle) zu beachten. Auch hier gilt es, in den jeweiligen Institutionen vernünftige Lösungen zu finden.


Nach Lunau et al. gehört die Wunddokumentation zur ärztlichen Gesamtverantwortung für die Patientenversorgung, da er auch die Aufsichts- und Weisungspflicht innehat. Soweit aber das Pflegepersonal Maßnahmen der

allgemeinen oder speziellen Pflege durchführt, obliege ihm auch die damit verbundene Dokumentation. (vgl. <sup>50</sup>S. 25)

Generell kann gesagt werden: „Aus der medizinischen Behandlung resultierende Interventionen, die dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege zugeordnet werden, sind ebenfalls als Pflegeinterventionen zu bezeichnen. Diese sind grundsätzlich nicht in die Planung aufzunehmen, da sie von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten schriftlich angeordnet werden. Es spricht jedoch nichts dagegen, diese, wenn sie ebenfalls zur Zielerreichung beitragen, in die Planung aufzunehmen, unter der Voraussetzung, dass sie nicht an anderer Stelle bereits erfasst sind.“ <sup>1</sup>

„Bei Patienten, bei denen eine Hautschädigung vorhanden ist, sollte immer eine Wunddokumentation geführt werden.“ (<sup>27</sup>, S.173)



Das OLG Hamm () in einem Urteil: „Eine Wunddokumentation ist schließlich nur bei problematischen Wunden bzw. Hautdefekten erforderlich, die eine besondere Wundversorgung erfordern.“ (OLG Hamm, 21.4.2009, Az. 26 U 151/08) <sup>42</sup>

## 6.2. Inhalt der Wunddokumentation

Bei einer Recherche bezüglich des notwendigen Inhalts einer Wunddokumentation fallen große Unterschiede auf. Dies mag einerseits daran liegen, dass diese nicht einheitlich geregelt sind, andererseits auch daran, dass verschiedene Dokumentationssysteme verwendet werden und nicht immer einheitlich alles in einer gesonderten Wunddokumentation zusammengefasst wird. In der folgenden Tabelle ein Vergleich:

### INHALTE EINER WUNDDOKUMENTATION (Literaturvergleich), Abb. 3

Expertenstandard (gem Panfil <sup>40</sup> S.159f)	S3-LL ( <sup>41</sup> Litrech)	S3-LL ( <sup>41</sup> Konsens)	Voggenreiter ( <sup>45</sup> S.56)	Panfil (Litrech <sup>40</sup> S.159f)	Schmidt ( <sup>27</sup> S.173f)
Wundart	Wundart/-ursache	Kausaldiagnose			Wundart
Lokalisation	Lokalisation		Lokalisation		
Dauer	Dauer				
Rezidivzahl					
Größe	Größe	Größe	Größe	Länge/Breite	Größe
Wundgrund	Wundgrund/-fläche	Beschreibung von sichtbarer Wundfläche	Aussehen der Wunde	Oberflächenbeschaffen heit/Beläge	Aussehen der Wunde/Belag/Farbe
Trans/Exsudat	Exsudat		Wundexsudat/Charakte r der Wunde	Menge/Aussehen Exsudat	
Wundgeruch			Wundgeruch		Geruch
Wundrand	Wundrand	Wundrand	Wundrand	Wundrandbeschaffenhe it	Wundränder
Wundumgebung	Wundumgebung	Wundumgebung	Wundumgebung		
Infektionszeichen	Infektionen				
	Wundstadium			Wundstadium	Wundstadium
	Schmerzen	Schmerzen	Schmerzangaben		
	Wundheilung				Verlauf der Heilung
				Wundtiefe	Wundtiefe
					Besonderheiten
		Therapieanordnung	Wundtherapie		Ärztlich verordnete Therapie
		Therapiedurchführung/ Anlass für T.-wechsel			Durchführungsnachwei s
			Maßnahmen (Ernährung, BZ- Einstellung, Kompression)		Prophylaktische Maßnahmen
			Wundheilungsbeeinflus sende Faktoren		Kontrollen (Ernährung,..)
					Lagerungsplan/- protokoll
					Nachweis Beratung/Anleitung
			Foto/Skizze der Wunde		

Weitere Aspekte der Wunddokumentation betreffen unter anderem eine gewünschte einheitliche Terminologie sowie die Verwendung bestimmter Monitoring-Instrumente für Wunden. Darauf wird in dieser Arbeit jedoch nicht näher eingegangen

### 6.3. Wunddiagnose durch wen?

Die Diagnostik fällt grundsätzlich in den ärztlichen Aufgabenbereich, womit auch die Wunddiagnose vom Arzt zu stellen ist (vgl. <sup>40</sup> S. 160, 46, 47, 48)

Die Einteilung der Wunde in das jeweilige Stadium kann dabei in Zusammenarbeit Arzt-Pflege durchgeführt werden (vgl. <sup>40</sup> S.160), bzw. erfolgt vom Arzt im Rahmen der medizinischen Wunddiagnose (vgl. <sup>49</sup>)

Nach Panfil et al. besteht die Kernaufgabe der Pflegenden darin, „die Wunde zu beschreiben, nicht zu bewerten! Die Bewertung und die daraus folgende Anordnung obliegen dem Arzt.“ <sup>40</sup> S. 159

### 6.4. Häufigkeit der Wunddokumentation

Um die Häufigkeit der Wunddokumentation zu beurteilen, muss diese in ihre einzelnen Aspekte untergliedert werden:

**Assesement:** Zu Beginn der Behandlung

**Planung/Ziele:** Zu Beginn der Behandlung, evt. Neubeurteilung nach Evaluation

**Therapieanordnung:** Bei jeder Änderung

**Durchführungsnachweis:** Nach jedem Verbandswechsel

„Die Durchführung der therapeutischen Maßnahmen sollte immer dokumentiert werden.“ (Zustimmung 17/19)“ <sup>41</sup>

**Wundbeurteilung/Status:**

„Die Häufigkeit der detaillierten Wundbeurteilung ist der Literatur nicht eindeutig zu entnehmen, sie schwankt zwischen mindestens wöchentlich und monatlich.“ <sup>41</sup>

„Die Wundbeurteilung im Rahmen des Heilungsverlaufs sollte regelhaft erfolgen und bei jeder Veränderung mit therapeutischer Konsequenz. (Zustimmung 16/19)“ <sup>41</sup>

„Die Wundbeurteilung sollte regelhaft und bei jeder Veränderung des Wundzustandes mit therapeutischer Konsequenz durchgeführt und dokumentiert werden. Die Häufigkeit richtet sich nach den spezifischen Gegebenheiten wie z. B. überwiegende Gewebeart, Hautsituation des Wundrandes und der Wundumgebung und/oder den individuellen Risikofaktoren. Die Wundbeurteilung geht mit der Evaluation der verordneten Therapiemaßnahmen einher. Die Häufigkeit der Wundbeurteilung kann daher nicht an dieser Stelle festgelegt werden. Sinnvoll ist eine einrichtungsinterne Regelung, die sich an der patientenspezifischen Ausprägung von Risikofaktoren orientiert.“ <sup>41</sup>

„Nachdem der Ausgangspunkt zu Therapiebeginn dokumentiert wurde, sollte bei jedem Verbandswechsel ein neuer Wundstatus erhoben werden, (...)“ <sup>45</sup>

„Eine ausführliche Befunderhebung mit Ausmessen der Wunde alle 7 Tage reicht in der Regel aus, um Heilungstendenzen erkennen zu können und bei Bedarf die Therapie beizubehalten oder zu ändern. Bei akuten Veränderungen (z.B. starker Geruch des Exsudats) werden zu jedem Zeitpunkt die Therapiemaßnahmen neu überdacht.“ <sup>44</sup> S. 76

## **7. Was ist bei der Fotodoku rechtlich zu beachten?**

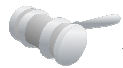
### **7.1. Muss prinzipiell eine Fotodokumentation durchgeführt werden?**

In der Literatur bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, ob Fotodokumentationen verpflichtend durchzuführen sind.

So finden sich in der Literatur viele Aussagen, welche eine Fotodokumentation zwar empfehlen, jedoch keineswegs eine Verpflichtung daraus ableiten. (<sup>27</sup> S. 173, <sup>45</sup> S. 54)

Andererseits findet die Fotodokumentation in der Rechtsprechung zunehmend Beachtung und wird nicht zuletzt aus Gründen der Qualitätssicherung gefordert:

So findet sich etwa bei Prutsch und Ploier folgende Aussage: „Über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehend ist mittlerweile anerkannt, dass die ärztliche Dokumentation auch in Form von (...) Lichtbildern und allen sonstigen Aufzeichnungen als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag geschuldet wird und diese Art der Dokumentation nicht mehr nur der internen Gedächtnisstütze des Arztes dient.“ (4 S. 73f)



In einem Spruch des LSG Niedersachsen-Bremen (🇩🇪, Urteil vom 26.5.2010, Az. L 1 KR 1/09) wird ein Urteil des SG Oldenburg (13.11.2008) zitiert: „Es gebe keine Vorschrift, wonach die Pflegedokumentation zwangsläufig als Fotodokumentation zu führen sei; die Beklagte habe jedoch zutreffend darauf verwiesen, dass es inzwischen gängige Praxis sei, die Wunddokumentation mit einer Fotodokumentation zu begleiten. Grundsätzlich hätte der Leistungserbringer für alle medizinisch erbrachten Leistungen nämlich eine transparente und lückenlose Dokumentation zu erstellen, die u.a. der Qualitätssicherung in der Versorgung diene. Zu dieser Dokumentation gelte bei Wundbehandlungen und hautärztlich veranlassten Behandlungen in aller Regel noch eine Fotodokumentation, die die schriftliche Dokumentation ergänze. Die Fotodokumentation sei dementsprechend Bestandteil der Pflegedokumentation“ <sup>51</sup>

Im Buch „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ heißt es: „Eine schriftliche Wundbeschreibung wird durch die Fotografie nicht ersetzt, aber ergänzt. So sah es auch das Oberlandesgericht Köln 1999 in einem Urteil: Ein klagender Patient erhielt in seinem Vorwurf einer falschen und fehlerhaften Prophylaxe und Therapie Recht, weil die Fotografie einer Wunde eine für die Therapie zwingend erforderliche Grundlage sei. Das heißt: Wird die Wunde nicht fotografiert, kann nach diesem Urteil nicht richtig therapiert worden sein.“ (40 S. 167)

Die Fotodokumentation ist also aus der Praxis der Wundversorgung nicht mehr wegzudenken. Sie ersetzt die schriftliche Dokumentation zwar keinesfalls, bekommt

aber als Aspekt der Qualitätssicherung auch immer mehr rechtliche Relevanz und ist vor diesem Hintergrund aus Sicht des Autors dringend zu empfehlen.

## **7.2. Soll ich jede Wunde fotografieren?**

Dabei gelten ähnliche Überlegungen wie im Kapitel 6.1. Zudem können die in der nächsten Fragestellung beschriebenen Vorteile als Argument angeführt werden.

## **7.3. Warum sollte eine Fotodokumentation durchgeführt werden?**

Das Hauptargument der Fotodokumentation stellt die Qualitätssicherung (neben den therapeutischen Zielsetzungen ua auch mit den rechtlichen Auswirkungen) dar.

Vorteile der Fotodokumentation sind unter anderem:

- Das Erkennen von Feinheiten am Bildschirm
- Der Heilungsverlauf ist übersichtlich nachvollziehbar
- Rechtliche Absicherung bei Aufnahme von Patienten mit bestehenden Wunden
- Motivation des Patienten durch Vorzeigen der Fotografien
- Vorhandenes Schulungsmaterial für Fortbildungen

(vgl. <sup>44</sup> S.81f)

Weiters ist die Fotodokumentation ein wichtiger Aspekt in der interdisziplinären Zusammenarbeit.

## **7.4. Welche rechtlichen Aspekte müssen bei der Fotodokumentation beachtet werden?**

Die aktuell meist verbreitete und sinnvolle Technik der Fotodokumentation ist mittels digitaler Kameras. Diese werde mittlerweile auch von der Polizei angewendet und gilt als juristisch anerkannt. (vgl. <sup>52</sup> S. 22, <sup>25</sup> S.26, <sup>53</sup>, <sup>54</sup>).

Anfängliche Bedenken bezüglich der Fälschungs- bzw. Nachbearbeitungsmöglichkeiten gelten mittlerweile als nicht begründet. Zumal nach Röhlich auch im Rahmen der herkömmlichen Fototechnik die Möglichkeit bestünde, verändernd einzuwirken. Jedoch könne allein der mögliche Missbrauch eines




Systems seine ordnungsgemäße und sachgerechte Anwendung nicht einschränken, da sonst jegliche Dokumentationsart in Frage zu stellen wäre. Grundsätzlich sei auch auf den Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes für ärztliche und pflegerische Mitarbeiter hinzuweisen: ihrer nachvollziehbar dokumentierten Leistung komme höchste Glaubwürdigkeit und ein kaum erschütterbarer Beweiswert zu.“<sup>34</sup>

**Z**ur juristischen Anerkennung der Fotodokumentation wird jedoch in der Literatur die Erfüllung bestimmter Kriterien gefordert:

- **Information und Aufklärung des Patienten über die Fotos und deren Verbleib**

Basierend auf den Persönlichkeits- und Patientenrechten müssen Patienten/Vertretungsbefugte vor der ersten Fotodokumentation über Art, Zweck und den Verbleib der Fotografien informiert und aufgeklärt werden (vgl. <sup>47, 53</sup>). Dies ist Voraussetzung, um also eine wirksame Zustimmung geben zu können (sh. nächster Punkt).

- **Einholen einer schriftlichen (widerrufbaren) Einverständniserklärung des Patienten/Vertretungsbefugten:**


Bezüglich des Persönlichkeitsrecht spielt in Deutschland v.a. §201a StGB  eine Rolle. Röhlig dazu: „Der ambulante Patient im häuslichen Bereich befindet sich ebenso wie der stationär versorgte Mitbürger im Patientenzimmer, Eingriffs- oder Behandlungsraum, etc. „in einem gegen Einblick besonders geschützten Raum“. Die Zulässigkeit der Fotodokumentation wie jeder bildlichen Ablichtung des Patienten partiell oder in toto hängt dabei vom Prüfkriterium der Befugnis zu der speziellen Bildaufnahme ab. Da u. a. die individuelle Ausgestaltung eines Dekubitus dem „höchstpersönlichen Lebensbereich“ des jeweiligen Patienten zuzurechnen ist, obliegt es auch seiner Entscheidung, der fotografischen Erfassung seiner Wunde zu therapeutischen und/oder dokumentarischen Zwecken zuzustimmen oder nicht. Ein dieser Vorgabe nicht entsprechendes Aktionsmanagement indiziert einen strafbewehrten Eingriff in den höchstpersönlichen Lebensbereich des betroffenen Patienten.“

**A**uf welche Art die Dokumentation der Zustimmung erfolgen soll, darüber gibt es in der Literatur unterschiedliche Ansichten:

Bindschedler etwa vergleicht die Situation mit der Erstellung einer Röntgenaufnahme. „Wird das Bild lediglich für die an der Therapie Beteiligten benötigt und ausschliesslich in der Patientenakte abgelegt, genügt eine kurze mündliche Information des Patienten zu Beginn der Behandlung, aus welchem Grund seine Wunde fotografiert wird. Dies ist mit einer kurzen Notiz im Pflegebericht zu vermerken.“ <sup>56</sup>

Einige Autoren (<sup>8, 47, 55</sup>) fordern in jedem Fall eine schriftliche (widerrufbare) Einverständniserklärung.

Protz wiederum schreibt vom „Einholen der Zustimmung vom Patienten und schriftliche Fixierung in der Akte“ <sup>53</sup>.

Dieser Grundsatz findet sich auch bei Richter Röhlig im Artikel „Aktualisierte gesetzliche Bestimmungen zur Fotodokumentation“ (2005, <sup>57</sup>), welcher zwar in Bezug auf §201 a des StGB () notiert: „Eine Fotodokumentation ohne Einwilligung des Patienten ist wie keine Fotodokumentation.“ Weiters jedoch: „Einer schriftlichen Patientenerklärung bedarf es ebenso wenig wie z. B. bei einer Injektion oder einer routinemäßigen Blutentnahme.“

Röhlig empfiehlt einen hinterlegten Standard mit entsprechender Ausweisung in der Dokumentation, dass der über Art und Zweck der Fotodokumentation informierte Patient hierin eingewilligt hat. „Der entsprechende Ausweis der Patienteneinwilligung mit Signatur von Arzt und/oder Pflegekraft weist dann die Befugnis zur fotodokumentarischen Erfassung und Verwertung nach.“ (<sup>57</sup>, S. 5ff)

Ähnlich dazu im Artikel „Der transparent dokumentierte Wundstatus“ (<sup>34</sup>), ebenfalls von Röhlig: „Die Ablichtung des Patienten mit anschließender Dokumentation des Photos stellt dabei rechtlich einen Eingriff in seine geschützte Persönlichkeitssphäre dar. Grundsätzlich bedarf es daher der vorherigen Zustimmung des Patienten in diese Dokumentationsmaßnahme.“

Zum Thema Einverständnisformular schreibt er dort: „Der Dokumentation, dass der bewusstseinsklare Patient um die Photodokumentation weiß und ihr zustimmt, ist sogar ein noch höherer Beweiswert zuzumessen als einer vom Patienten unterzeichneten Formularerklärung, die verwertbar nichts dazu besagt, ob der Patient überhaupt verstanden hat, was er unterschrieben hat. Wenn insoweit eine doppelte Absicherung erfolgt, ist das nicht schlecht, jedoch mehr als erforderlich.“ <sup>34</sup>

Einen weiteren Aspekt- nämlich den der Fotodokumentation als Teil des Behandlungsvertrags beschreibt Lorenzen. Auch sie macht auf die Notwendigkeit einer informierten Zustimmung aufmerksam, fügt als Ausnahme jedoch an: „Die Fotodokumentation kann Bestandteil des Behandlungsvertrages sein, dem der Patient zugestimmt hat und bedarf keiner Einwilligung mehr.“ <sup>58</sup>

Entsprechend der unterschiedlichen Betrachtungsweisen gibt es auch unterschiedliche Formulare zur Einverständniserklärung zu finden (zB.: <sup>59,60</sup>)

- **Eindeutige Zuordnung zum Patient gewährleistet**

Eine eindeutige Zuordnung wird in der gesamten gesichteten Literatur gefordert. Verwechslungen müssen ausgeschlossen werden können.

Als relativ einheitliche Lösung wird das Mit-Abfotografieren eines vorgefertigten Papierstreifens erwähnt. Welche Daten auf diesen Papierstreifen enthalten sein müssen, wird unterschiedlich bewertet:

Laue-Ogal <sup>47</sup>	Erstellungsdatum, Vor- und Zuname, sowie Geburtsdatum des Patienten
Protz <sup>53</sup>	Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum oder Patientencode und Erstellungsdatum
Lorenzen <sup>58</sup>	Datum, Name d. Patienten/Code, fortl. Nummerierung der Wunde
Schmidt/Meißner <sup>27</sup>	Personalien des Patienten, Datum und Lokalisation der Wunde
Daumann <sup>25</sup>	Name und Erstellungsdatum
Paetz <sup>52</sup>	Vor- und Nachname, Geburtsdatum, oder Patientencode

Die alleinige Verwendung der Initialen des Patienten könnte noch aus der Zeit analoger Kameras stammen, womit versucht wurde, den Persönlichkeitsrechten des Patienten zu entsprechen, da der Fotolaborant auf diese Weise nicht den vollen

Namen des Patienten erfuhr (vgl. 55). Eine eindeutige Zuordnung ist hierbei jedoch nicht möglich.

Bei Ausdruck der Fotografie und nachträglichem Beschriften mit den Daten (ohne dass ein entsprechend beschriftetes Etikett mit-abfotografiert wurde) sind Verwechslungen nie ausgeschlossen und eine eindeutige Zuordnung wäre somit im Grunde nicht gewährleistet.

Grundsätzlich zeigt sich also, dass im Wesentlichen zugleich den Vorgaben des Datenschutzes wie auch der eindeutigen Zuordenbarkeit entsprochen werden muss.

**Zusammenfassung und Interpretation:** Einheitlich verlangt wird nach den vorangegangenen Darstellungen als Einziges der Vor- und Zuname des Patienten. Da jedoch besonders in großen Krankenhäusern die Möglichkeit besteht, dass sich namensgleiche Patienten stationär aufhalten, sollte in diesem Fall auf jeden Fall zusätzlich das Geburtsdatum ebenfalls mitnotiert werden. Die Verwendung des Patientencodes („Aufnahmenummer“ o.ä.) setzt wohl voraus, dass dieser unveränderlich ist und über die Jahre intern stets leicht nachvollziehbar bleibt. Anzumerken wäre hier jedoch vielleicht das Entstehen eines inkongruenten Erscheinungsbildes, wenn der Wundverlauf über verschiedene Institutionen fotodokumentiert wird. Das Erstellungsdatum könnte zwar am Computer nachvollzogen werden können, setzt unter Umständen aber erweiterte Computerkenntnisse voraus bzw. ist bei Ausdruck des Fotos und späterem Verlust der Daten uU nicht mehr nachvollziehbar, was die Notierung bestimmt sinnvoll machen würde. Die Lokalisation der fotografierten Wunde ist bei Vorliegen mehrerer Wunden, welche über die Jahre uU entstehen bestimmt ebenso sinnvoll.

Der Autor würde insofern das Mit-Abfotografieren eines vorgefertigten Papierstreifens (inkl. Skalierung) mit der Notierung von Vor- und Zuname plus Geburtsdatum, Erstellungsdatum und Lokalisation der Wunde empfehlen. Auf vielen vorgefertigten Papierstreifen sind diese Parameter vorgedruckt.

- **Gewährleistung der Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Fotos**

Dazu ist einerseits auf die Qualität der Fotografien zu achten. Hier spielen ua die Auflösung, realistische Farben, Schärfe/Fokus, Belichtung (Nicht über- oder

unterbelichtet, keine Schattenbildung), Abbildungsgröße der Wunde (mind. 1/3), Abstand und Winkel (immer gleich und 90°), Hintergrundgestaltung (einfärbig, am besten grün/blau), etc. eine Rolle (vgl. <sup>52</sup> S.22, <sup>53, 25</sup> S.30/121).

Zudem sollten die Fotos erst nach erfolgter Wundreinigung erfolgen. (vgl. <sup>53</sup>)

Anhand einer mitfotografierten Skalierung (häufig bereits auf den vorgedruckten Papierstreifen) wird die Größeneinschätzung unterstützt. (vgl. <sup>52</sup> S.22, <sup>53, 25</sup> S.122)

Wird ein einheitlicher institutioneller Standard zur Fotodokumentation anhand dieser Kriterien erstellt und eingehalten, kann eine Vergleichbarkeit gewährleistet werden.

- **Häufigkeit der Fotodokumentation**

Dazu gibt es in der Literatur wiederum verschiedene Angaben: Während in manchen Publikationen dazu keine Angaben zu finden sind (zB Daumann <sup>25</sup>), wird die Wundfotografie zu Beginn überwiegend empfohlen (zB <sup>53</sup> S.22, <sup>45</sup> S.54, <sup>54</sup>)

Für den weiteren Verlauf werden Fotos „Alle 14 Tage oder bei relevanten Veränderungen“ <sup>47</sup>, „ca. alle 14 Tage“ (<sup>53</sup> S. 22), „in regelmäßigen Abständen“ (<sup>45</sup> S. 54), „alle 14 tage und zusätzlich bei Wundveränderungen“ <sup>61</sup>, „alle 1-2 Wochen und bei relevanten Wundveränderungen“ <sup>63</sup> oder „in 2- bis 4-wöchigen Abständen, je nach optischer Veränderung der Wunde“ <sup>54</sup> empfohlen.

Gemäß EBM2000 („Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen“) gehört zum obligaten Leistungsinhalt von chronisch venösen Ulzera eine Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung und alle 4 Wochen.(vgl. <sup>62</sup>)

Die auffallende Häufung des zweiwöchigen Abstandes dürfte auf Untersuchungen zur Wundheilungsgeschwindigkeit zurück zu führen sein. So zB Protz: „Da eine Wunde pro Tag max. um einen Millimeter abheilt, ist eine häufigere Aufnahme [Anm.: sie empfiehlt ein Intervall von 14 Tagen] nicht notwendig.“ <sup>61</sup>

Oder Panfil et al.: „Die Intervalle der Wundvermessung ergeben sich vor allem aus der Wundheilungsgeschwindigkeit: Martin (2000) hat berechnet, dass eine Dekubitalwunde im Mittel eine Radiusverkürzung von ca. 0,2755mm täglich zeigt.

Bei der Wundvermessung lassen sich jedoch nur Unterschiede von mehr als ca. 5 mm realistisch erfassen. Von daher genügt es, wenn die Wunde ca. alle 10 Tage vermessen wird, weil kürzere Zeitintervalle keine messbaren Veränderungen ergeben würden.“  
(<sup>40</sup> S. 159)

**Zusammenfassung und Interpretation:** Bezüglich des Aspektes der Wundheilung (wobei bei der unterschiedlichen Genese von Wunden wie auch den verschiedenen Voraussetzungen und somit Heilungsgeschwindigkeiten auch hierin eine Relativierung vorliegen muss) bzw. einer aus diesem Intervall potentiell ersichtlichen Stagnation mit einer eventuellen Infragestellung der Therapie mag dieses Intervall sinnvoll sein. Da jedoch nicht alleine die Änderung der Wundgröße von Relevanz ist, stellt sich die Frage, ob dem Ruf nach einer grundsätzlichen Intervallangabe überhaupt nachgegeben werden kann, oder ob den individuellen Gegebenheiten zufolge eine solche gar nicht allgemein angegeben werden kann. Aspekte der Wundvergrößerung, der Wundumgebung, des Wundrandes, der Beschaffenheit des Wundgrundes (inkl. Beläge, Nekrosen, etc.) können sich durchaus in wesentlich kürzerer Zeit ändern. Führen diese zB zu einer Änderung des Therapieschemas, liegt eine „kritische“ Wunde vor (zB bei Infektionen) und/oder sind hier verschiedene Behandler beteiligt, könnte aus meiner Sicht eventuell auch eine häufigere Fotodokumentation sinnvoll sein. Auch hier spielen jedoch viele Überlegungen eine Rolle und die Frage, ob dies institutionell standardisiert werden kann/soll. Als rahmengebende Norm erscheint mir jedoch die Aussage „Fotodokumentation zu Beginn, alle 2 Wochen und bei relevanten Veränderungen“ sinnvoll.

- **Einhaltung der Aufbewahrungspflicht:**

Bei diesem Aspekt geht es um die Fragen, wie und wie lange die Wundfotografien aus rechtlicher Sicht aufbewahrt werden müssen. Gelten andere Voraussetzungen wie für die Wund-/Pflegedokumentation? 10 Jahre oder 30 Jahre? Gibt es unterschiedliche Anforderungen in D/A, für Institutionen (KH vs. Ambulant vs. Praktiker etc.)?

Auffällig in der Literaturrecherche ist, dass „10 Jahre“ und „30 Jahre“ relativ durchmischt aufscheinen.

## Zunächst Quellen zur deutschen Rechtslage (🇩🇪):

Laue-Odal erwähnt in seinem Vortrag eine Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren für die Fotodokumentation. (vgl. 47)

Großkopf/Klein: „Krankenunterlagen sind schließlich sicher aufzubewahren. Für Aufzeichnungen allgemeiner Krankenunterlagen, wie Wunddokumentationen, gilt nach dem ärztlichen Berufsrecht (vgl. § 10 Abs. 3 MusterBO) und nach Ansicht der juristischen Literatur (...) eine Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren.“ 77

Gemäß Paetz müssen die angefertigten Bilder „(...) der Patientenakte beigelegt und 30 Jahre lang aufbewahrt werden.“ (52 S. 22)


Protz schreibt, ebenfalls mit Verweis auf §199 BGB (🇩🇪) auf eine 30-jährige Aufbewahrungspflicht. (vgl. 53)

Lorenzen schreibt in ihrem Vortrag: „Aufbewahrungs-, Klage- und Verjährungsfrist ist prinzipiell 30 Jahre“ 58

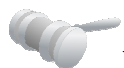
Im Verfahrensstandard „Digitale Fotodokumentation“ des Wundzentrum Hamburg (Stand 18.4.2013) wird eine 10-jährige Aufbewahrungspflicht für vertragliche Ansprüche vermerkt, eine 30-jährige Aufbewahrungspflicht für deliktische Ansprüche (mit Verweis auf BGB §199 (🇩🇪)).

Richter Röhlig im Gegensatz dazu: „Klarstellend ist zu vermerken, dass mit dem Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts mit Wirkung für Behandlungsfälle ab dem 01.01.2002 die Verjährungsfrist für vertragliche und deliktische Schadenersatzansprüche aus dem gesundheitsrechtlichen Haftungsbereich einheitlich auf 30 Jahre ab dem in Betracht kommenden Schadensereignis festgesetzt ist (§ 199 Abs. 2 BGB 🇩🇪). Es muss also sichergestellt sein, dass die Photodokumentation gegebenenfalls in einem Jahrzehnte nach der Behandlung geführten Rechtsstreit noch das transparent hergibt, was sie schließlich zur Absicherung von Arzt- und Pflegepersonal und ihrer Einrichtungen beweisen soll.“ 64

**Zusammenfassung und Interpretation:** Die Unterschiede in den Jahresangaben dürften auf verschiedene zugrunde liegende Aspekte zurück zu führen sein. So besteht zB unter Umständen für Freiberufliche Ärzte eine 10-jährige Aufbewahrungspflicht nach Ende der Behandlung (mit Ausnahmen). In diesem Fall wird insbesondere, wenn es im Verlauf der Behandlung zu Komplikationen kommt, eine Aufbewahrung bis zum Ende der zivilrechtlichen Verjährungspflicht, welche 2002 auf 30 Jahre ab dem Schadensereignis festgesetzt wurde, empfohlen. (vgl. <sup>69</sup>)


Gemäß der gefundenen Literatur wird das Inkrafttreten von §199 des BGB () mit einer Verlängerung der Aufbewahrungspflicht de facto gleich gesetzt (wie zB „Seit dem 1. Januar 2002 wurde die Aufbewahrungspflicht für medizinische Unterlagen auf 30 Jahre erhöht.“ <sup>70</sup> suggeriert), die gesetzliche Aufbewahrungspflicht an sich scheint jedoch zumindest gemäß Berufsordnung (vgl. <sup>71</sup>) nicht verändert. Die Unterschiede 10 bzw. 30 Jahre dürften demnach aus beschriebener Sachlage entstehen. Zusammenfassend könnte also interpretiert werden: Für die Dauer der Aufbewahrungspflicht gelten die jeweils gesetzlichen Berufsordnungen und Gesetze, im Sinne der deliktischen Verjährungsfrist ist jedoch in jedem Fall eine Aufbewahrung von 30 Jahren nach Behandlungsende empfehlenswert. (vgl. auch <sup>76</sup>)

So findet sich etwa in einer Dienstanweisung des Klinikum Passau: „Unter Zugrundelegung der berufsrechtlichen Regelung sind Krankenunterlagen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Aus Beweissicherungsgründen empfiehlt sich jedoch unter Berücksichtigung der Verjährungsfristen des Bürgerlichen Gesetzbuches grundsätzlich eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren. Aus medizinischer Sicht kann in Einzelfällen eine längere Aufbewahrungsfrist in Frage kommen. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist erfolgt eine Vernichtung der aufbewahrten Krankengeschichten unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.“ <sup>72</sup>



Bezüglich gerichtlicher Urteile konnte gefunden werden (dies bezieht sich jedoch auf CT-Unterlagen, für welche wiederum andere Vorschriften gelten könnten):



„Wenn CT-Unterlagen nicht mehr vorliegen, da die 10-jährige Aufbewahrungspflicht abgelaufen ist, bedeutet dies keine Beweiserleichterung für die klagende Patientin (OLG Hamm  VersR 2005. 412).“ (73 S. 50)

### Die Rechtslage in Österreich ()...

verhält sich ähnlich, auch hier sind verschiedene Gesetze zu beachten.

So regeln einerseits die Berufsordnungen:

§ 51 Abs 3 des ÄrzteG: „Die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation im Sinne des Abs.1 dienlichen Unterlagen sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren.“ <sup>67</sup>

§ 5 GuKG Abs 4: „Bei freiberuflicher Berufsausübung (...) sind die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation dienlichen Unterlagen mindestens zehn Jahre aufzubewahren.“ <sup>68</sup>

Im § 10 KAKUG wiederum heißt es: „(...) die Krankengeschichten mindestens 30 Jahre, allenfalls in Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder auf anderen gleichwertigen Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss, aufzubewahren; für Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sowie bei ambulanter Behandlung kann durch die Landesgesetzgebung eine kürzere Aufbewahrungsfrist, mindestens jedoch zehn Jahre vorgesehen werden.“ <sup>65</sup>

Hierauf beziehen sich auch Krepler et al.: „Röntgenbilder, Patientendokumentationen in Form von Videos, digitalen Bildern, Darstellungen bildgebender Verfahren, etc. gelten als Bestandteil der Krankengeschichte. Sofern die Beweiskraft der bildgebenden Verfahren nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, sind diese mindestens 10 Jahre aufzubewahren.“ (<sup>66</sup> S. 62)

Auch in Österreich gilt gemäß § 1489 ABGB eine Verjährungsfrist von bis zu 30 Jahren. <sup>80</sup>

In einem Beschluss des OGH (GZ 1 Ob 162/10w) werden die von der Rechtssprechung vertretenen Grundsätze zum Beginn der Verjährungsfrist dargelegt.


81

**D**a auch in Österreich eine objektive Verjährungsfrist von bis zu 30 Jahren für Schadensersatzansprüche gilt, wird auch den nicht im vom KAKUG erfassten Tätigkeitsbereich arbeitenden Ärzten eine Aufbewahrung von 30 Jahren nahe gelegt. (vgl. <sup>82</sup>) Aus dieser Sicht dürfte die Situation bezüglich diesen Punktes in Österreich und Deutschland ähnlich gelagert sein und alle Bereiche (Niedergelassener Arzt, Hauskrankenpflege, Krankenhaus, etc.) ähnlich betreffen:

Wenn nicht sowieso schon eine Verpflichtung zur 30-jährigen Aufbewahrungspflicht (Übersicht der verschiedenen gesetzlichen Regelungen unter: <sup>2</sup> S. 261ff ) besteht, so ist eine solche (mit Startpunkt des letzten Patientenkontakts- <sup>83</sup>) hinsichtlich der 30-jährigen Verjährungsfrist dennoch anzuraten.

**W**as jedoch würde passieren, wenn zB die Unterlagen nach 10 Jahren (im extramuralen Bereich) vernichtet werden und 5 Jahre später ein Schadensersatzprozess angeregt wird?

Dazu konnte kein konkretes Gerichtsurteil gefunden werden bis auf das bereits erwähnte bezüglich CT-Unterlagen. Eine daraus folgende Interpretation könnte lauten, dass nach einer eventuellen 10-jährigen Aufbewahrungspflicht vernichtete Unterlagen bei einem später durchgeführten Schadensersatzverfahren zwar nicht automatisch zu einer Beweislastumkehr führen, als Beweismittel bei strittigen Fragen jedoch auf jeden Fall fehlen würden.

**S**ind Patientenunterlagen jedoch vor dem gesetzlich festgeschriebenen Ende der Aufbewahrungsfrist nicht mehr auffindbar, so sei dies ein Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht bei der Aufbewahrung von Patientenunterlagen und führe zu einer Beweislastumkehr. (Urteil des BGH , vgl. <sup>2</sup>)

**E**ine weitere Frage, die es zu stellen gibt, ist jene nach der Form der Aufbewahrung von digitalen Fotos. Müssen diese ausgedruckt und den Krankenunterlagen beigefügt werden? Reicht eine digitale Archivierung? Wie hat eine solche zu erfolgen?

Grundsätzlich ist zum Beispiel die langjährige Aufbewahrungspflicht ein Argument gegen die Verwendung von Polaroidbildern, da diese nach einer bestimmten Zeit stark verblässen.<sup>64</sup>

Selbiges könnte auch für den eigenen Ausdruck auf Fotopapier gelten.

„Die Aufnahmen werden mit den Dokumentationsunterlagen aufbewahrt und können nach Beendigung der Wundbehandlung in der Bewohnerakte archiviert werden.“ (25 S. 30)

Genaue Angaben dazu konnten nicht gefunden werden, schließlich hängt dies auch davon ab, welcher Art die Fotodokumentationen in die Wunddokumentation eingebunden wird. So könnte davon ausgegangen werden, dass Wunddokumentationen mittels EDV und am PC archivierte Fotos mittels geeigneter Datenträger gesammelt aufbewahrt werden. Ausgedruckte Fotos werden zusammen mit der Patientenakte aufbewahrt.

- **Einhaltung des Datenschutzes**

Die Anwendung herkömmlicher Fototechniken mit zu entwickelndem Film stellte datenschutzrechtlich eine große Herausforderung dar.<sup>64</sup>

Diese wurde jedoch mittlerweile größtenteils von der digitalen Fototechnik abgelöst, welche ein selbständiges Archivieren/Ausdrucken ermöglicht. Dies stellt auch eine datenschutzrechtliche Erleichterung dar.

Bezüglich weiterer Fragestellungen sh. Kapitel 11


## **8. Was ist bei EDV-gestützter Wunddokumentation zu beachten?**

In den letzten Jahren wurden gerade im Bereich der Wundversorgung zahlreiche EDV-gestützte Dokumentationsprogramme entwickelt.

Diese bieten unter anderem die Vorteile einer Zeitersparnis (wenn das Personal gut eingearbeitet wurde und eine einfache Bedienbarkeit gegeben ist), der statistischen Auswertung, der Übernahme der Daten in Abrechnungsprogramme und der



grafischen Darstellung. Ebenso besteht die Möglichkeit, Übersichten auszudrucken/archivieren und unter Umständen eine institutionsübergreifende Anwendung durchzuführen. Mithilfe moderner Programme können Wundgrößen, Wundgrundqualitäten, etc. am Computer bestimmt werden. (27 S. 171, 40 S. 171)

Die diesbezügliche Entwicklung (auch die Anwendung mobiler Versionen) steht jedoch noch nicht an ihrem Ende und auch hier sind einige rechtliche Aspekte zu beachten. Dabei geht es hauptsächlich um die Frage, inwieweit EDV-Dokumentation als Urkunden oder lediglich als Augenscheinbeweis gemäß der Zivilprozessordnung (ZPO/ D und A) gelten, bzw. welche Voraussetzungen gegeben sein müssen.

„Eine Urkunde ist eine verkörperte Gedankenäußerung, deren Aussteller erkennbar ist (§416 ZPO ). Sie besitzt die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit, wenn sie vom Aussteller unterschrieben ist, m.a.W.: Der Richter ist an ihren Erklärungsinhalt gebunden. Die Urkunde ist damit das wohl stärkste Beweismittel. Leider sind digitale Dokumente keine solchen Urkunden. Dem elektronisch gespeicherten Wunddokument fehlt die Schriftform, die Visualisierung auf einem Bildschirm ist unverkörpert und der Computerausdruck lediglich eine Kopie – ihm fehlt die Unterschrift des Ausstellers. Die digitale Wunddokumentation kann daher lediglich Gegenstand eines Augenscheinbeweises sein. Daher unterliegt sie der freien Beweiswürdigung des Richters, dieser ist an ihren Inhalt nicht gebunden.“ (50 S.27)


Daumann dazu: „Digitale Dokumente sind dann keine Urkunden, wenn sie nicht fälschungssicher gespeichert und mit einer qualifizierten digitalen Signatur versehen sind.“ (25 S. 26)

Daumann empfiehlt für diesen Fall, dass die EDV-gestützte Wunddokumentation zur Erlangung der notwendigen Rechtsverbindlichkeit nach ihrer Erstellung ausgedruckt und von ihrem „Verursacher“ unterschrieben wird. (25 S. 26)

„Beweisrechtlich gelten digitale Dokumentationen im Gegensatz zu schriftlichen Dokumentationen nicht als Urkunden im Sinne von § 416 ZPO , sondern als Gegenstände des Augenscheins i.S. von § 371 ZPO . Sie werden vom Gericht im Rahmen der freien richterlichen Beweiswürdigung herangezogen.“ 77

„Durch die Erfassung der dokumentierenden Person mit Namen und Zeit, ist es im Falle eines Rechtsstreits ergänzend immer möglich, einen Strengbeweis durch Zeugenvernehmung des Dokumentierenden zu führen. Die EDV-Dokumentation steht damit hinsichtlich ihres Beweiswertes nur unwesentlich der der Papierdokumentation nach.“ <sup>77</sup>

Auch Streckel: „Damit lässt sich ein gewisses Prozessrisiko in Verbindung mit der digitalen Krankenakte nicht leugnen. Indessen dürfte dieses Risiko als gering einzuschätzen sein, wenn das digitale Archiv nach den handels- und steuerrechtlichen Grundsätzen ordnungsmäßiger Archivierung fälschungssicher organisiert worden ist. Dann dürfte der Patient in die Lage kommen, falls er den Inhalt der digitalen Akte anzweifelt, das Gegenteil beweisen zu müssen“. <sup>78</sup>

Österreich (§294 ZPO 

**I**nsbesondere die digitale Signatur zur Erlangung von Rechtssicherheit scheint zunehmend an Bedeutung zu gewinnen (vgl. <sup>79</sup>). Dennoch sind dabei weitere Aspekte zu beachten, welche die Hersteller der Programme teils in Rechtsgutachten überprüfen lassen (zB <sup>77</sup>)

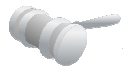
**W**ichtige rechtliche Aspekte bei der EDV-Dokumentation sind zB: Beweissicherheit, Schutz vor Verfälschungen, Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit, Therapiesicherheit, ausreichende Erfassung der Anamnese, ausreichende und geschützte Datenerfassung. (vgl. <sup>77</sup>)

„EDV-gestützte Dokumentationen bedürfen des besonderen Schutzes vor unbeabsichtigtem Verlust der elektronisch gespeicherten Daten. Es ist eine regelmäßige Datensicherung durch ergänzende Datenspeicherung erforderlich.“ <sup>77</sup>

„Um eine fälschungssichere EDV-Dokumentation zu gewährleisten, muss jeder Mitarbeiter über ein Kennwort verfügen, damit Eintragungen einer Person

zugeordnet werden können. Außerdem müssen die Zugriffsrechte eindeutig geregelt sein, um nachträgliche Änderungen auszuschließen.“ (27 S. 171)

**W**ichtig ist es ebenso, eine Verhinderung der Einsichtnahme in elektronisch gespeicherte Daten durch Unbefugte zu gewährleisten (Passwortschutz). „In technischer Hinsicht sind Mechanismen zu installieren, die das unbefugte Lesen, Kopieren, Verändern oder Entfernen von Patientendaten verhindern“. (= kein Änderungen im Nachhinein); eine ärztliche oder pflegerische Dokumentation muss ihren Aussteller erkennen lassen und unter Angabe von Datum und Uhrzeit die zu dokumentierende Maßnahme unveränderbar speichern. 77



Dazu zwei Gerichtsurteile aus Deutschland :

OLG Hamm (🇩🇪, 26.1.2005, Az 3U 161/04), beschrieben von Rechtsanwalt Christmann: „Die nachträglich veränderbare elektronische Dokumentation hat danach zwar nur den Beweiswert eines Augenscheinbeweises (und nicht den einer "Urkunde"). Der Arzt habe aber glaubhaft versichert, dass die Dokumentation nicht nachträglich verändert worden sei. Auch die im Prozess aufgetretenen Sachverständigen hätten die Dokumentation als medizinisch plausibel angesehen.“ 85

OLG Naumburg (🇩🇪, 26.1.2012, Az 1U 45/11), beschrieben von Rechtsanwalt Christmann: „1. Einer formell und materiell ordnungsgemäßen Dokumentation kann bis zum Beweis des Gegenteils Glauben geschenkt werden. Um die Vollständigkeit der Dokumentation zu erschüttern, müssen konkret erkennbare Anhaltspunkte vorliegen, z. B. das Vorliegen nachträglicher Änderungen oder eine Fertigung erst mit langem zeitlichem Abstand.

2. Der Beweiswert einer ärztlichen Behandlungsdokumentation wird nicht dadurch gemindert, dass ein EDV-Programm verwendet wird, das nicht gegen nachträgliche Veränderbarkeit gesichert ist, wenn der Arzt plausibel darlegen kann, dass seine Eintragung richtig ist und sie aus medizinischen Gründen schlüssig erscheint.“ 85

Rechtsanwalt Christmann jedoch in seinem Kommentar zu diesen Urteilen: „Gegen diese Urteile spricht, dass sie dem Arzt, der sich einer für ihn bequemen und nicht beweissicheren Form der Aktenführung bedient, einen durch nichts gerechtfertigten

prozessualen Vorteil verschafft. Denn der Arzt kann seine Akten technisch auch mittels elektronischer Signatur dokumentenecht führen (vgl. §§ 371a und 416a ZPO). (...). Das Gericht benötigt auch im Zeitalter elektronischer Dokumentation eine verlässliche Beurteilungsgrundlage, um Verfahren rechtssicher und auch für den Bürger nachvollziehbar entscheiden zu können.“ <sup>85</sup>

Christmann weiter: „Nach der Einführung des Patientenrechtegesetzes wird sich diese Rechtsprechung jedenfalls für künftige Fälle nicht halten lassen. In der Begründung zu dem neuen § 630f Absatz 1 Satz 2 BGB heißt es:

Ziel dieser Regelung ist es, "eine fälschungssichere Organisation der Dokumentation in Anlehnung an die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung, wie sie bereits im Handelsgesetzbuch sowie in der Abgabenordnung geregelt sind, sicherzustellen".

Dies ist gerade nicht gewährleistet bei einer elektronischen Patientenakte, in die auch im Nachhinein Eintragungen vorgenommen werden können, ohne dass dabei erkennbar wird, wann die Eintragung vorgenommen wurde. Eine "fälschungssichere" Dokumentation ist vielmehr nur bei elektronischen Akten möglich, die mit einer elektronischen Signatur geschützt sind, so wie es auch in §§ 371a und 416a ZPO für die elektronischen Dokumente geregelt ist.

Der für den Arzt sicherste Weg ist mithin die Verwendung einer Software, die veränderungssicher ist.“ <sup>85</sup>

## **9. Wie lange muss die Wunddokumentation aufbewahrt werden?**

Siehe dazu das Kapitel „Aufbewahrung der Fotos einer Wunddokumentation“

## **10. Einsichtsrecht des Patienten und Auskunftspflicht**

Das Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen ergibt sich für den Patienten zB aus den Patientenrechten, dem KAKuG, den Berufsordnungen, den Behandlungs-/Pflegeverträgen, persönlichen Rechten und dem Datenschutzgesetz.

In der Patientencharta Artikel 19, Absatz 1: „(1) Das Recht der Patienten und Patientinnen auf Einsichtnahme in die über sie geführte Dokumentation der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen einschließlich allfälliger Beilagen, wie Röntgenbilder, ist sicherzustellen.“ <sup>86</sup>

Gemäß § 5 GuKG Abs 3 heißt es: „Den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen oder deren gesetzlichen Vertretern ist auf Verlangen Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren.“

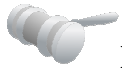
Gemäß § 51 ÄrzteG § Abs. 1: „Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.“

§ 5 a Abs 1 KAKuG: “Durch die Landesgesetzgebung sind die Träger von Krankenanstalten unter Beachtung des Anstaltszwecks und des Leistungsangebotes zu verpflichten, dass 1. Pfleglinge Informationen über die ihnen zustehenden Rechte erhalten sowie ihr Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte ausüben können (...)“

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkasse (🇩🇪) fasst für Deutschland folgend zusammen: „Der Patient hat das Recht, die ihn betreffenden Kranken- und Behandlungsunterlagen einzusehen und auf seine Kosten Kopien fertigen zu lassen. Das Einsichtsrecht ist Ausfluss des Persönlichkeitsrechts und kann vertraglich nicht ausgeschlossen werden. Ein besonders schutzwürdiges Interesse muss nicht bestehen. (...)“

**E**inschränkungen können sich in engen Grenzen nur beim Vorliegen schützenswerter Interessen des Patienten (psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungen), des Arztes (subjektive Einschätzungen und Eindrücke des Arztes) oder Dritter (subjektive Aufzeichnungen über in die Behandlung eingebundener Angehöriger) ergeben. (...) Daneben besteht gegen Arzt und Krankenhaus nach § 810 BGB ein gesetzlicher Anspruch auf Einsicht, da Kranken- und Behandlungsunterlagen regelmäßig auch im Interesse des Patienten erstellt werden.<sup>22</sup>“ (<sup>87</sup>, S. 15)





Beispielhaft hierzu drei Gerichtsurteile aus Deutschland:

1) LG Karlsruhe (🇩🇪): **„Einsichtsrecht des Heimbewohners in die Pflegedokumentation**

1. Nach Ansicht der Kammer gelten die gleichen durch den Bundesgerichtshof entwickelten Grundsätze (...) des Einsichtsrechts im Rahmen des Behandlungsvertrages in Krankenunterlagen auch für das Recht auf Einsichtnahme in die Pflegedokumentation.

2. Ein allgemeines Einsichtsrecht des Pflegeheimbewohners in die ihn betreffende Pflegedokumentation folgt insoweit aus § 11 Abs. 1 Nr. 7 HeimG. (...) Ein Heimbewohner hat insoweit ebenso ein berechtigtes Interesse an der Einsichtnahme in die seine Person betreffenden Dokumente, um nachvollziehen zu können, ob die Pflegedokumentation des Heimträgers den rechtlichen Anforderungen entspricht. Das Einsichtsrecht ist nicht nur höchstpersönlicher Natur, sondern es hat auch eine vermögensrechtliche Komponente (BGH, Urteil vom 31.05.1983, NJW 1983, 2627-2630). Der Heimbewohner kann mithin ihr Einsichtsrecht auch dafür nutzen festzustellen, ob Hinweise auf Pflegemängel vorliegen.

2. Für den vertraglichen Anspruch der Klägerin auf Einsichtnahme ist das Bestehen und die Darlegung eines berechtigten Interesses (...) ohne Belang, (...).“ <sup>88</sup>

2) AG München (🇩🇪), **„Einsichtsrecht des Patienten in Pflegedokumentation**

1. Grundsätzlich hat der Patient aus seinem Recht auf Selbstbestimmung und der personalen Würde ein Einsichtsrecht in seine Pflegedokumentation.

2. Eine Übertragung dieses Rechts an Dritte ist als Nebenrecht aus dem Heimvertrag nicht nur möglich, da es kein höchstpersönliches Recht darstellt, sondern sogar indiziert, soweit es persönlich geltend gemacht eine Einsicht durch einen medizinischen Sachverständigen ermöglicht. Unschädlich bleibt hierbei eine mögliche inhaltliche Änderung des Einsichtsanspruchs oder eine Zweckbindung desselben.“ <sup>88</sup>


3) LG Kiel (🇩🇪), Urteil vom 4. April 2008, Az. 8 O 50/07

„1. Nach allgemein anerkannter Rechtsprechung hat der Patient grundsätzlich ein Einsichtsrecht in die Originalbehandlungsakten, was zum

einen aus einer Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag, zum anderen aus **§810BGB** hergeleitet wird und darüber hinaus von der Rechtsprechung u. a. mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und seiner personalen Würde begründet wird (**BGHZ 85, S. 327ff**). Daneben hat der Patient grundsätzlich auch Anspruch auf Überlassung von Kopien der Behandlungsunterlagen gegen Kostenerstattung. Der Anspruch auf Herausgabe von Kopien ersetzt aber nicht das Einsichtsrecht in die Originalbehandlungsunterlagen. Vielmehr bedarf es der Gewährung des Einsichtsrechts in die Originalbehandlungsunterlagen, da nur so es dem Patienten möglich ist, zu kontrollieren, ob die ihm überlassenen Kopien vollständig sind und mit den Originalen übereinstimmen.“ <sup>89</sup>

In den jeweiligen Landesgesetzen sind weitere Angaben zu diesem Thema zu finden.

## **11. Weitergabe von Daten und Informationen, Verschwiegenheitspflicht**

Das Datenschutzgesetz () normiert in §1, Abs 1: „Jedermann hat, insbesondere auch im Hinblick auf die Achtung seines Privat- und Familienlebens, Anspruch auf Geheimhaltung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten, soweit ein schutzwürdiges Interesse daran besteht.“

Gesundheitsbezogene Daten gehören zu den „sensiblen Daten“ (vgl. §4 des Datenschutzgesetzes) und sind insofern besonders schutzwürdig.

Um im Gesundheitswesen Vertrauen aufbauen zu können, ist es unerlässlich, dass der Patient darauf vertrauen kann, dass die den Fachpersonen bekannt gewordenen Fakten äußerst sorgfältig behandelt werden.

Dies regeln etwa die Berufordnungen in folgender Form:

§54 Abs 1 des ÄrzteG: „Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.“ In den Absätzen 2-6 werden die Ausnahmen beschrieben

(zB Anzeige- und Meldepflicht, Abrechnung, höherwertige Interessen, Entbindung von der Geheimhaltung durch Patienten, etc.).

§6 Abs 1 des GuKG: „Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.“ Im Absatz 2 werden die Ausnahmen beschrieben (Entbindung von der Geheimhaltung durch Patient, höherwertige Interessen, Abrechnung; Anzeige- und Meldepflicht werden in §7 und §8 geregelt)

Desweiteren finden sich entsprechende Texte in der Patientencharta, den Landesgesetzen, etc.

In §9 des KAKuG wird die Verschwiegenheitspflicht für den Bereich der Krankenanstalten beschrieben, darunter findet sich auch eine Aufzählung, welche die umfassende Pflicht zur Verschwiegenheit zeigt: „Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit erstreckt sich auf alle den Gesundheitszustand betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Pfleglinge, die ihnen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind (...).“

**W**ie im vorigen Kapitel bereits beschrieben, hat der Patient selbst grundsätzlich ein Einsichtsrecht in die Dokumentation. Aufgrund des Datenschutzes und der Verschwiegenheitspflicht ist jedoch im Einzelfall genau zu prüfen, ob bei Anfragen Daten an Dritte weitergegeben werden dürfen.

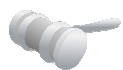
Aufzählungen jener Personen, an welche – neben dem Patienten selbst - entsprechende Daten weitergegeben werden dürfen, unterscheiden sich in der Literatur teilweise (vgl. <sup>66</sup> S.43ff, <sup>4</sup> S. 75, <sup>1</sup>)

- Gesetzlicher Vertreter
- Sachwalter im Rahmen seiner Befugnisse
- Patientenanwaltschaft (wenn dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendig ist)
- andere Personen
  - Wenn sie eine schriftliche Ermächtigung vorweisen können, dass der Patient mit der Einsichtnahme einverstanden ist;

- Nach dem Tod des Patienten, wenn ein berechtigtes Interesse gegeben ist und der verstorbene Patient mutmaßlich der Einsicht zugestimmt hätte
- Wenn der Patient nicht ansprechbar ist bzw. bewusstlos und keine Vollmacht vorgewiesen werden kann, nach den Bestimmungen des vorigen Absatzes
- Weiters können Gerichte, Behörden, Sozialversicherungsträger sowie Einweisende, weiterbehandelnde Ärzte oder Krankenanstalten und Patientenvertretungen ein Einsichtrecht haben. (sh. zB <sup>66</sup> S.43ff)

„Angehörige haben – auch bei nahen Beziehungen – grundsätzlich kein Recht auf Informationen. Der Patient ist nicht verpflichtet, Details seiner Erkrankung bekannt zu geben, selbstverständlich kann er aber die Zustimmung geben, dass bestimmte Personen über seinen Krankheitszustand voll oder teilweise informiert werden.“ <sup>66</sup> S. 46

**D**ie Dokumentation an sich ist Eigentum der jeweiligen Pflege-/Behandlungseinrichtung (<sup>8</sup> S. 85f, S.68), was zB in Bezug auf Kopien von Relevanz ist.



In Österreich und Deutschland finden sich einige Urteile zur Herausgabe von Patientendaten z.B. an das Sozialamt oder an Krankenkassen, darunter:

- UVS Steiermark () , Geschäftszahl 20.1-10/2004 (<sup>90</sup>)
- AG München () , Urteil vom 24. Februar 2009; Az. 282 C 26259/08 (<sup>91</sup>)
- BGH () , Urteil vom 26. Februar 2013; Az. VI ZR 359/11 (<sup>92</sup>)
- AG Essen () , Urteil vom 3. April 2010; Az. 18 C 462/07 (<sup>93</sup>)
- BGH () , Urteil vom 23. März 2010 · Az. VI ZR 249/08 (<sup>94</sup>)
- LG Bielefeld () , Urteil vom 27. August 2008; Az. 22 S 49/08 (<sup>95</sup>)
- LG Essen () , Urteil vom 28. Oktober 2008; Az. 15 S 120/08 (<sup>96</sup>)

**N**eben den Bestimmungen zur Weitergabe von Informationen ist ein wesentlicher Aspekt des Datenschutzes auch der Schutz der Daten vor unbefugter Einsichtnahme durch Dritte. Hierbei ist ua die Zugangs- und Zugriffkontrolle elektronischer Daten, die sichere elektronische Weiterleitung (einige Bestimmungen zur Regelung des elektronischen Datenverkehrs im Gesundheitswesen finden sich im österreichischen Gesundheitstelematikgesetz) und der Schutz der händisch erstellten Dokumente.

Liegen zB entsprechende Dokumentationen bei Patienten auf, so sollte vom Patienten eine Bestätigung vorliegen, dass die geführte Dokumentation in der Häuslichkeit aufbewahrt werden darf. (vgl. <sup>8</sup> S.67)

### **11.1. Beiträge in Vorträgen/Fachzeitschriften, etc.**

Fotos und Fallbeispiele von Wundversorgungen sind wesentlicher Bestandteil von Schulungen im Wundmanagement und werden teilweise auch in Fachzeitschriften veröffentlicht. Unter Umständen werden diese auch in Internetforen oder sozialen Netzwerken zur Diskussion gezeigt. Welche Voraussetzungen gelten, was ist zu beachten?

Grundsätzlich erfolgen diese Darstellungen außerhalb einer regulären Wundversorgung die zB innerhalb eines Behandlungsvertrages abgedeckt ist. Somit sind mit Sicherheit erhöhte rechtliche Absicherungen erforderlich. Folgende Zitate zeigen dies:

Bindschedler: „Möchte man die gemachten Bilder ausserhalb der Patientenakte einsetzen, z.B. für Schulungen oder Vorträge, ist eine schriftliche Einwilligung des Patienten oder der Angehörigen nötig, in der die Verwendungszwecke klar aufgeführt sind. Der Patient unterzeichnet dieses Dokument mit seiner Unterschrift.“ <sup>56</sup>

Röhlig: „Die Präsentation z.B. eines per Photo dokumentierten Wundstatus bedarf im Rahmen einer einrichtungsinternen Fortbildung nicht zum Behandlungsteam des Patienten zählender Mitarbeiter ebenso wie selbstverständlich bei einem externen Symposium der ausdrücklich eingeholten und erklärten Einwilligung des betroffenen Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters; hoffentlich wird auch dies immer beachtet.“ <sup>64</sup>

Lorenzen: „Bilder dürfen nicht außerhalb des therapeutischen Teams zugänglich gemacht werden (z.B. Präsentation eines Fotos auf einer hausinternen Schulung nur mit Einwilligung des Betroffenen).“ <sup>58</sup>

Röhlig: „(...) dass es neben der unbefugten Ablichtung an sich ebenso sanktioniert wird, wenn unbefugt erstellte Bildaufnahmen von Mitarbeitern im Behandlungsteam z. B. in die Dokumentation übernommen, auf Datenträger etc. übertragen oder nicht Befugten wie am Behandlungsgeschehen nicht beteiligten Kollegen und Weiterbildungsteilnehmern ohne besonders darauf gerichtete Zustimmung des Patienten zugänglich gemacht werden.“ <sup>57</sup>

Daumann „Bevor eine Aufnahme gemacht wird, muss das Einverständnis der betreffenden Person bzw. ihres gesetzlichen Vertreters vorliegen. Die Genehmigung sollte schriftlich fixiert werden. Dies gilt in besonderem Maße, wenn Aufnahmen in Fachzeitschriften, -büchern o.ä. Medien publiziert werden oder in öffentlichen Fortbildungsveranstaltungen gezeigt werden.“ (<sup>25</sup> S. 123)

**B**ei der Präsentation von Wundfotografien zB im Rahmen von Fallbeispielen auf Vorträgen oder in Fachzeitschriften gelten also erhöhte Anforderungen (vgl. auch §78 des Urheberrechtsgesetzes und §1328a des ABGB) an Aufklärung und Einwilligung des Patienten, sowie Maßnahmen, um dem Datenschutz gerecht zu werden. So werden zB bei den Wundfotografien die Patientendaten digital unkenntlich gemacht.

Des Weiteren muss innerbetrieblich klargestellt sein, wessen Eigentum die Fotografien sind und gegebenenfalls zusätzlich die entsprechende Erlaubnis eingeholt werden.

## 12. Zusammenfassung und Interpretation

Die ärztlich und pflegerische Dokumentation ist ein integrierter Bestandteil des Berufsbildes und hat organisatorische, rechtliche und wirtschaftliche Zwecke. Gerade vor dem Hintergrund eines zunehmenden Qualitätsanspruches und Fortschrittes in der Wundversorgung gewinnt die Wunddokumentation einen immer höheren Stellenwert.

In rechtlicher Hinsicht kann die Wunddokumentation erhebliche Sicherheit bringen: „Die bisherigen Rechtsfälle zeigen, dass der Alltag nicht so kompliziert ist, wie wir ihn häufig machen. Liegt eine Wunddokumentation regelmäßig und fachlich vertretbar vor, können Regressklagen meist abgewiesen werden. Die bisherige Rechtspraxis zeigt, dass jedoch eine regelmäßige Dokumentation von Wunden in vielen Fällen gänzlich fehlt.“ (40 S. 170)

Gerade auch im Falle eines Schadensersatzprozesses ist sie von immenser Wichtigkeit:

„In bisherigen Schadensersatzprozessen geht es in der Regel um die Klärung folgender Fragen:

1. Ist die Wunde erfasst und sind die Risiken der Wunde (z.B. Infektion) erkannt worden?
2. Sind die richtigen Maßnahmen regelmäßig durchgeführt worden? Sind Veränderungen an den Wundverbänden bzw. den Maßnahmen aufgefallen und sind diese dokumentiert worden?
3. Ist der Arzt/die Ärztin rechtzeitig hinzugezogen worden und hat adäquate Maßnahmen getroffen?“ (40 S. 170)

Auch Röhligs (1997) Aufzählung von Versäumnissen, die haftungsrechtliche Folgen haben können, zeigt die Wichtigkeit der Wunddokumentation:

- Drohende Dekubitusgefährdung bei Risikopatienten wird nicht von Beginn an in den Patientenunterlagen vermerkt
- Erste Wahrnehmung eines beginnenden Dekubitus wird nicht dokumentiert
- Die Prophylaxe und Behandlung entspricht nicht dem anerkannten und aktuellen Stand der Wissenschaft
- Die angeordneten und getroffenen Maßnahmen zur Prophylaxe und Behandlung sind nicht dokumentiert

- Dokumentation erfolgt nicht zeitnah
- Gründe für nicht durchgeführte Prophylaxe oder Therapie- bzw. Pflegemaßnahmen sind nicht erläutert.“ (44 S.79),

Es liegt also nicht nur im Interesse des Patienten und der an der Behandlung mitbeteiligten Personen, sondern auch im eigenen Interesse eine adäquate, regelmäßige und zeitnah geführte Wunddokumentation zu führen.

## 13. Nachwort, Angaben zum Autor, Rechte und Zitation

Die Arbeit wurde von meinem Interesse an diesem Thema geleitet. Es war für mich selbst interessant zu sehen, dass es doch schon einige Gerichtsurteile mit Bezug zu diesem Thema gibt. Mein Ziel, durch diese Arbeit bei den Lesern nicht für Unsicherheit, sondern ganz im Gegenteil für hoffentlich mehr Sicherheit im Umgang mit diesem Thema gesorgt zu haben, hoffe ich erreicht zu haben.

**D**iese Arbeit wurde ohne Auftrag, Sponsoring oder Bezahlung in meiner Freizeit geschrieben. Es besteht kein Interessenskonflikt.

Ich arbeite seit 2006 als dipl. Pflegekraft in der mobilen Krankenpflege, absolvierte 2010 die Weiterbildung „Wundmanagement“ nach §64 GuKG.

Engagement im Non-Profit-Verein „Wundmanagement Vorarlberg“ als Vorstandsmitglied (Obmann, Gründungsmitglied) und Konzeption/Inhalt/Gestaltung der Webseite [www.wundmanagement-vlbg.at](http://www.wundmanagement-vlbg.at)

### Weitere Arbeiten:

- „Auf der Suche nach Daniel- ein Blog über die Wirren einer Recherche zur Klassifikation nach Daniel et al 1979“ (2013)
- „Ausduschen von Wunden- eine Übersicht“ (2012)
- „Manager für Wunden? Eine Übersicht zum Thema Wundmanagement“ (2012)



- „Schmerz in der Wundbehandlung“ (2010)

**D**aten und Fakten für diesen Artikel wurden gewissenhaft recherchiert, ein Obligo kann daraus jedoch nicht abgeleitet werden. Der Autor lehnt jede Haftung ab.

Dieser Artikel und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Fremde Quellen wurden zitiert. Ein Nachdruck oder eine (auch nur auszugsweise) Verwendung bedürfen der schriftlichen Zustimmung des Autors. Zitate mit voller Quellenangabe sind erlaubt. Angabe zur Zitierweise:

*Jäger, Peter: Rechtliche Aspekte der Wunddokumentation, Version 1, Online-Publikation, [www.wundmanagement-vlbg.at](http://www.wundmanagement-vlbg.at), Stand [dd.mm.yyyy]*

Über Rückmeldungen an die angegebene email-Adresse freue ich mich sehr!

DGKP (Wundmanagement) Peter Jäger  
Bregenz, Österreich  
[peter\\_johannes\\_jaeger@yahoo.com](mailto:peter_johannes_jaeger@yahoo.com)

## 14. Versionsinformation

**Version 1:** Originalarbeit mit Online-Publikation Februar 2014

## 15. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Wunddokumentation“, © Peter Jäger

Abbildung 2: „Pflagedokumentation“, GÖG/ÖBIG, sh. Quelle 1

Abbildung 3: „Inhalte der Wunddokumentation- Übersicht“, © Peter Jäger

Die Fahnen-Icons finden Sie unter [www.fatcow.com](http://www.fatcow.com)

## 16. Quellenverzeichnis

1. GÖG (Hrsg.), Rappold et al., „Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2010“, GOEG, Wien, 2. Auflage 2010; [http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Dokumente/Arbeitshilfe\\_Pflegedokumentation\\_2010.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Dokumente/Arbeitshilfe_Pflegedokumentation_2010.pdf) (gesichtet am 14.9.2013, 15.23)
2. Gründling, J., „Die Dokumentationspflicht und das Einsichtsrecht des Patienten in die Krankengeschichte“, Dissertation Universität Wien, 2012; [http://othes.univie.ac.at/16450/1/2011-07-28\\_9755333.pdf](http://othes.univie.ac.at/16450/1/2011-07-28_9755333.pdf) (gesichtet am 14.9.2013, 15.30)
3. OGH, Rechtssatznummer RS0108525, Entscheidungsdatum 28.8.1997; [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJR\\_19970828\\_OGH0002\\_00300B02121\\_96Z0000\\_001/JJR\\_19970828\\_OGH0002\\_00300B02121\\_96Z0000\\_001.html](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJR_19970828_OGH0002_00300B02121_96Z0000_001/JJR_19970828_OGH0002_00300B02121_96Z0000_001.html) (gesichtet am 14.9.2013, 15.34)
4. Prutsch, K., Ploier, M., „Behandlungsfehler in der Medizin“, Leykam Buchverlagsgesellschaft m.b.H. Nfg. & Co. KG, Graz, 2005
5. OGH, Entscheidungsdatum 12.8.2004, Geschäftszahl 10b139/04d; [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT\\_20040812\\_OGH0002\\_0010OB00139\\_04D0000\\_000/JJT\\_20040812\\_OGH0002\\_0010OB00139\\_04D0000\\_000.html](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT_20040812_OGH0002_0010OB00139_04D0000_000/JJT_20040812_OGH0002_0010OB00139_04D0000_000.html) (gesichtet am 14.9.2013, 15.45)
6. UVS Steiermark, Entscheidungsdatum 9.8.2006, Geschäftszahl 30.12-30/2006; [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Uvs/JUT\\_ST\\_20060809\\_3012030\\_06\\_00/JUT\\_ST\\_20060809\\_3012030\\_06\\_00.html](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Uvs/JUT_ST_20060809_3012030_06_00/JUT_ST_20060809_3012030_06_00.html) (gesichtet am 14.9.2013, 15.54)
7. ÖGKV, Websiteinhalt; <http://www.oegkv.at/recht/index-gukg/14.html> (gesichtet am 14.9.2013, 15.56)
8. Höfert, R., Meißner, T., „Von Fall zu Fall- Ambulante Pflege im Recht“, Springer Medizinverlag Heidelberg, 2008
9. Kamm, J., „Rechtliche Bewertung der Pflegedokumentation“, für ManagementCare GmbH, Benediktbeuern, 20.1.2004; <http://www.stmas-test.bayern.de/pflege/stationaer/entb-bew.pdf> (gesichtet am 14.9.2013, 16.07)
10. Rossbruch, R., „Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht“; <http://www.htw-saarland.de/Members/robert.rossbruch/veroeffentlichungen/pflegedokumentation.pdf> (gesichtet am 14.9.2013, 16.11)
11. Sträßner, H., „Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation“, in CNE.fortbildung 01/2010; [https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw\\_pflege/le4\\_110\\_1-schutz.pdf](https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/le4_110_1-schutz.pdf) (gesichtet am 14.9.2013, 16.17)
12. Krause, A., „Haftung und Verantwortung in der ambulanten Pflege“, Schlütersche Verlagsgesellschaft GmbH & Co KG, Hannover 1997
13. Peter, C., „Juristische Aspekte der Wundbehandlung“, in Krankenpflege | soins infirmiers | cure infirmieristiche, 3/2013; <http://www.hep-partner.ch/publikationen-und-referate> (gesichtet am 14.9.2013, 16.29)
14. Pflegewiki, „Beweislastumkehr“; <http://www.pflegewiki.de/wiki/Beweislastumkehr> (gesichtet am 14.9.2013, 16.32)
15. Schell, W., „Dokumentation durch den Arzt bzw. Pflegekraft- bis wann?“, Websiteinhalt; <http://www.wernerschell.de/Rechtsalmanach/Krankendokumentation/dokumentation.php> (gesichtet am 14.9.2013, 16.34)

16. VG Göttingen (D), Urteil vom 8.1.2009, Aktenzeichen 2 A 3/08;  
<http://openjur.de/u/323584.html> (gesichtet am 14.9.2013, 16.38)
17. OLG Köln (D), Urteil vom 4.8.1999, Aktenzeichen 5 U 19/99;  
<http://www.zimmermann-heimrecht.de/urteil1.html> (gesichtet am 14.9.2013, 16.41)
18. BGH (D), Urteil vom 18.3.1986, Aktenzeichen VI ZR 215/84;  
<http://www.recht-der-pflege.de/urteil3.html> (gesichtet am 14.9.2013, 16.44)
19. OGH (A), Urteil vom 25.1.1994, Geschäftszahl 1Ob532/94;  
[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT\\_19940125\\_OGH0002\\_00100B00532\\_940000000/JJT\\_19940125\\_OGH0002\\_00100B00532\\_940000000.html](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT_19940125_OGH0002_00100B00532_940000000/JJT_19940125_OGH0002_00100B00532_940000000.html) (gesichtet am 14.9.2013, 16.46)
20. OGH (A), Urteil vom 1.12.1998, Geschäftszahl 7Ob337/98d;  
[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT\\_19981201\\_OGH0002\\_00700B00337\\_98D000000/JJT\\_19981201\\_OGH0002\\_00700B00337\\_98D000000.html](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT_19981201_OGH0002_00700B00337_98D000000/JJT_19981201_OGH0002_00700B00337_98D000000.html) (gesichtet am 14.9.2013, 16.47)
21. Kiszter, D., „Pflegedokumentation“, Masterarbeit, MedUni Graz;  
<https://online.medunigraz.at> (gesichtet am 14.9.2013, 16.56)
22. Müller, H., „Arbeitsorganisation in der Altenpflege“, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2004
23. PRO PflegeManagement Verlag und Akademie, „Rechtsgrundlagen der Pflegedokumentation“, websiteinhalt; <http://www.ppm-online.org/verlag/artikel-lesen/artikel/pflegedokumentation-rechtsgrundlagen/> (gesichtet am 14.9.2013, 17.30)
24. Allmer, G., „Der eigen- und mitverantwortliche Tätigkeitsbereich der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege beim Verbandswechsel unter besonderer Berücksichtigung des arbeitsteiligen Teamhandelns und der Dokumentationspflicht der Gesundheitsberufe“, Studie, Stand vom 25.6.2001;  
<http://217.196.146.101:8081/bibliothek/Pflege/Diverses/Studie%20von%20Mag%20Dr%20iuris%20Allmer%20Gertrude%20-%20Stand%20010625.pdf?u> (gesichtet am 14.9.2013, 17.35)
25. Daumann, S., „Wundmanagement und Wunddokumentation“, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2005, 2. Auflage
26. Holznagel, Neuroth, Gesenhues, „Schadensmanagement für Ärzte“, Springer 2009
27. Schmidt, S., Meißner, T., Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege, Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2009
28. Sträßner, H., „Haftungsrecht für Pflegeberufe“, W. Kohlhammer Verlag, 2006
29. LG Hamburg (D), Urteil vom 5.11.2010, Aktenzeichen 324 O 187/08;  
<http://openjur.de/u/60007.html> (gesichtet am 14.9.2013, 17.55)
30. OGH (A), Urteil vom 22.11.2000, Geschäftszahl 9 ObA 229/00t;  
[http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT\\_20001122\\_OGH0002\\_0090BA00229\\_00T0000\\_000](http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20001122_OGH0002_0090BA00229_00T0000_000) (gesichtet am 14.9.2013, 17.59)
31. Ulsenheimer, K., „Arztstrafrecht in der Praxis“, Hüthig Jehle Rehm, 4. Auflage, 2008
32. LAG Hamm (D), Urteil vom 7.7.2006, Aktenzeichen 10 Sa 332/06;  
<http://openjur.de/u/114195.html> (gesichtet am 14.9.2013, 18.09)
33. GUKG, Fassung vom 14.9.2013;  
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> (gesichtet am 14.9.2013, 18.19)

34. Röhlig, H-W., „Der transparent dokumentierte Wundstatus“;  
<http://www.werner-sellmer.de/Downloads/Roehlig/Photo-Dokumentation%20Roehlig.pdf> (gesichtet am 14.9.2013, 19.46)
35. VwGH (A), Entscheidungsdatum 11.12.2009, Geschäftszahl 2008/10/0100;  
[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Vwgh/JWT\\_2008100100\\_20091211Xoo/JWT\\_2008100100\\_20091211Xoo.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Vwgh/JWT_2008100100_20091211Xoo/JWT_2008100100_20091211Xoo.pdf) (gesichtet am 14.9.2013, 19.52)
36. VwGH (A), Entscheidungsdatum 29.01.2010, Geschäftszahl 2008/10/0109;  
[http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Vwgh/JWT\\_2008100109\\_20100129Xoo/JWT\\_2008100109\\_20100129Xoo.pdf](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Vwgh/JWT_2008100109_20100129Xoo/JWT_2008100109_20100129Xoo.pdf)
37. VG München (D), Urteil vom 23.8.2012, Aktenzeichen M17K11.287;  
<http://openjur.de/u/575230.html> (gesichtet am 14.9.2013, 20.02)
38. Bayerischer VGH, Beschluss vom 28.7.2011, Aktenzeichen 12ZB09.3198;  
<http://openjur.de/u/492210.html> (gesichtet am 14.9.2013, 20.05)
39. OVG Nordrhein Westfalen, Beschluss vom 17.2.2011, Aktenzeichen 12A241/10;  
<http://openjur.de/u/447510.html> (gesichtet am 14.9.2013, 20.14)
40. Panfil, E., Schröder, G. (Hrsg.), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Verlag Hans Huber, Bern, 2010, 2. Auflage
41. DGfW, „Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz“, Stand 12.6.2012, Version 1;  
[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/091-001l\\_S3\\_Lokaltherapie\\_chronischer\\_Wunden\\_2012-06.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001l_S3_Lokaltherapie_chronischer_Wunden_2012-06.pdf) (gesichtet am 14.9.2013, 20.24)
42. OLG Hamm (D), Urteil vom 21.4.2009, Aktenzeichen 26 U 151/08;  
<http://openjur.de/u/135949.html> (gesichtet am 14.9.2013, 20.51)
43. M. Winkler et al. (Hrsg.), „Wund- beurteilung, -dokumentation, -behandlung, -material“, Ausgabe 1.6.2010;  
[http://www.spitalilanz.ch/fileadmin/user\\_upload/Home/Angebot/Externe\\_Beratungen/Wundbehandlung\\_2010.pdf](http://www.spitalilanz.ch/fileadmin/user_upload/Home/Angebot/Externe_Beratungen/Wundbehandlung_2010.pdf) (gesichtet am 14.9.2013, 20.56)
44. Probst, W., Vasel-Biergans, A., „Wundmanagement“, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart, 2004
45. Voggenreiter, G., Dold, C., „Wundtherapie“,
46. Großkopf, V., Schanz, M., „Rechtsrisiken in der modernen Wundversorgung“;  
<http://www.wundkompendium.de/cms/rechtsrisiken.html> (gesichtet am 22.9.2013, 16.15)
47. Laue-Ogal, T., „Haftung für Pflegefehler im Bereich der modernen Wundversorgung“, Vortrag;  
[http://www.anwaeltelhaus.net/uploads/tx\\_mibawpubl/Haftung\\_fuer\\_Pflegefehler\\_im\\_Bereich\\_der\\_modernen\\_Wundversorgung\\_-\\_31\\_05\\_2010.pdf](http://www.anwaeltelhaus.net/uploads/tx_mibawpubl/Haftung_fuer_Pflegefehler_im_Bereich_der_modernen_Wundversorgung_-_31_05_2010.pdf) (gesichtet am 22.9.2013, 16.20)
48. Hoffmann, A., „Delegation ärztlicher Leistungen unter juristischen Aspekten“, Vortrag 27.3.2012;  
<http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/a7/e4/00/hoffmann.pdf> (gesichtet am 22.9.2013, 16.24)
49. Protz, K., „Die richtige Wunddiagnose ist Voraussetzung für eine adäquate Therapie“, in DieSchwesterDerPfleger, 51. Jahrgang, 04/12;  
<http://www.werner-sellmer.de/Downloads/Protz/Protz%20Klassifizierungssysteme%20Die%20Schwester%20Der%20Pfleger%204.%202012.pdf> (gesichtet am 22.9.2013, 16.28)
50. Lunau, L. et al., „Wundmanagement in der Klinik- ein Ratgeber zum Umgang mit chronischen Wunden“, Schlütersche, 2006;

- <http://books.google.at/books?id=YITKqVoxk7sC&pg=PA25&lpg=PA25&dq=wunddokumentation+rechtliche+sicht&source=bl&ots=zkJXwd3B9&sig=V-sRN1LYekwYzR836SXeynoTUXc&hl=de&sa=X&ei=UeEDUvqvKuiI4ATv8oD4Cg&ved=0CDsQ6AEwAg#v=onepage&q=wunddokumentation%2orechtliche%2osicht&f=false> (gesichtet am 22.9.2013, 17.10)
51. LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.5.2010, Aktenzeichen L1 KR 1/09; <http://openjur.de/u/325504.html> (gesichtet am 22.9.2013, 17.25)
  52. Paetz, B., „Chirurgie“, Georg Thieme Verlag, 2009; <http://books.google.at/books?id=8okx7OuVBnQC&pg=PA22&lpg=PA22&dq=einverst%C3%A4ndnis+patient+fotodokumentation&source=bl&ots=4PzIOi-kBA&sig=7XLNogPao-yNUTIFfmDEtfUYl1Q&hl=de&sa=X&ei=g98MUvuHDYK24ATPmYDwDA&ved=0CDUQ6AEwATgK#v=onepage&q=einverst%C3%A4ndnis%2opatient%2ofotodokumentation&f=false> (gesichtet am 22.9.2013, 17.30)
  53. Protz, K., „Fotodokumentation“, aus der Serie: Pflegelexikon- die Serie zum Sammeln, in Wundmanagement, MHP Verlag; <http://www.md-institute.com/cms/ressorts/it-dokumentation/fotodokumentation/Fotodokumentation--Pflegelexikon-die-Serie-zum-Sammeln.pdf> (gesichtet am 22.9.2013, 17.35)
  54. Fa. Coloplast, „Rechtliche Aspekte“, Inhalt der website; <http://www.coloplast.de/wundversorgung/wunddokumentation/tippsundrechtlicheaspekte/?PagePos=2> (gesichtet am 22.9.2013, 17.40)
  55. PQSG, „So dokumentieren Sie einen Dekubitus richtig“, Inhalt der website; <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-dekubitus2.htm> (gesichtet am 20.9.2013, 18.08)
  56. Bindschedler Patrick, „Grundlagen der Wunddokumentation“, [http://www.3m.com.cn/3MContentRetrievalAPI/BlobServlet?lmd=1188909334000&locale=de\\_CH&univid=1180578186167%20&fallback=true&assetType=MMM\\_Image&blobAttribute=ImageFile&placeId=7BC6E48B1800BAE180A88E4927002D49&version=current](http://www.3m.com.cn/3MContentRetrievalAPI/BlobServlet?lmd=1188909334000&locale=de_CH&univid=1180578186167%20&fallback=true&assetType=MMM_Image&blobAttribute=ImageFile&placeId=7BC6E48B1800BAE180A88E4927002D49&version=current) (gesichtet am 22.9.2013, 18.15)
  57. Röhlig, H.-W., „Aktualisierte gesetzliche Bestimmungen zur Fotodokumentation“, in Hartmann Wundforum, Heft 1/2005; [http://nl.hartmann.info/images/WundForum\\_2005\\_1.pdf](http://nl.hartmann.info/images/WundForum_2005_1.pdf) (gesichtet am 22.9.2013, 18.25)
  58. Lorenzen, A., „Wunddokumentation und deren rechtlicher Hintergrund“, Vortrag 17.11.2010; <http://www.strehlow.info/web/images/stories/praesentationen/wunddokumentationundderenrechtlicherhintergrund.pdf> (gesichtet am 22.9.2013, 18.35)
  59. Erfülltes Leben, „Informationsblatt und Einwilligung zur fotografischen Wunddokumentation“; [http://www.erfuelltesleben.de/hv7\\_wunddokumentation.pdf](http://www.erfuelltesleben.de/hv7_wunddokumentation.pdf) (gesichtet am 22.9.2013, 18.48)
  60. Jäger, P., „Einverständnis WundFotoDokumentation“, zum Download unter <http://www.wundmanagement-vlbg.at/index.php/service/downloads/viewdownload/6-sonstiges/12-formular-einverstaendniserklaerung-wundfotodokumentation> (gesichtet am 22.9.2013, 18.50)
  61. Protz, K., „Sicher dokumentieren. Machen Sie sich ein Bild“, in Heilberufe 1/2006; <http://www.md-institute.com/cms/ressorts/it-dokumentation/fotodokumentation/Fotodokumentation--Machen-Sie-sich-ein-Bild.pdf> (gesichtet am 22.9.2013, 19.20)

62. KBV, „Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen“, 02312-Behandlungskomplex einer oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris; <http://www.kbv.de/ebm2013/ebmgesamt.htm> (gesichtet am 22.9.2013, 19.25)
63. Wundzentrum Hamburg, „Verfahrensstandard digitale Wundfotografie“, Version 04 vom 12.3.2013; [http://www.wundzentrum-hamburg.de/fileadmin/user\\_upload/standards\\_WZ/Apr\\_2013/WZ-VS-004-Vo4\\_Digitale\\_Fotodokumentation.pdf](http://www.wundzentrum-hamburg.de/fileadmin/user_upload/standards_WZ/Apr_2013/WZ-VS-004-Vo4_Digitale_Fotodokumentation.pdf) (gesichtet am 22.9.2013, 19.35)
64. Röhlig, H.-W., „Der transparent dokumentierte Wundstatus“; <http://www.werner-sellmer.de/Downloads/Roehlig/Photo-Dokumentation%20Roehlig.pdf> (gesichtet am 23.9.2013, 10.20)
65. KAKUG, §10, „Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen“, [http://www.jusline.at/10\\_F%C3%BChrung\\_von\\_Krankengeschichten\\_und\\_sonstigen\\_Vormerkungen\\_KAKUG.html](http://www.jusline.at/10_F%C3%BChrung_von_Krankengeschichten_und_sonstigen_Vormerkungen_KAKUG.html) (gesichtet am 23.9.2013, 10.30)
66. Krepler, R. et al., „Recht im Krankenhausalltag“, LexisNexis Verlag ARD ORAC GmbH & Co KG, Wien, 2002
67. ÄrzteG, §51; <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40022863> (gesichtet am 23.9.2013, 10.35)
68. GUKG, §5; <http://www.oegkv.at/recht/index-gukg/5.html> (gesichtet am 23.9.2013, 10.36)
69. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, „Dokumentationspflicht und Aufbewahrungsfristen (Teil III)“, Bearbeitungsstand 01/2002; <http://www.kvno.de/10praxis/30honorarundrecht/30recht/20dokupflicht/20dokupfl2/> (gesichtet am 23.9.2013, 10.40)
70. „Wunddokumentation“, Juni 2006; <http://www.wundheilung.net/News/2006/Mundi-Wunddoku.pdf> (gesichtet am 23.9.2013, 10.44)
71. Bundesärztekammer, „(Muster)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2011)“; <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143> (gesichtet am 23.9.2013, 10.45)
72. Klinikum Passau, „Dienstanweisung Dokumentation des Behandlungsablaufs Nr. 76, Stand 4.7.08“; [http://www.klinikum-passau.de/fileadmin/chefredakteure/Verwaltung/Dienstanweisungen\\_Aerzte.pdf](http://www.klinikum-passau.de/fileadmin/chefredakteure/Verwaltung/Dienstanweisungen_Aerzte.pdf) (gesichtet am 23.9.2013, 10.50)
73. Holznapel, Neuroth, Gesenhues, „Schadensmanagement für Ärzte“, Springer 2009
74. OLG München, Urteil vom 15.7.2010, Aktenzeichen 1U5309/09; <http://openjur.de/u/485493.html> (gesichtet am 23.9.2013, 14.45)
75. OLG Naumburg (D), Urteil vom 12.06.2012, Aktenzeichen. 1 U 119/11; [http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek\\_Politik\\_und\\_Verwaltung/Bibliothek\\_MJ/gericht/OLG/pdf/2012/OLG-LS\\_2012-05.pdf#page=6](http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Politik_und_Verwaltung/Bibliothek_MJ/gericht/OLG/pdf/2012/OLG-LS_2012-05.pdf#page=6) (gesichtet am 23.9.2013, 14.52)
76. D.A.S., „Dokumentationspflicht Arzt“, Inhalt der website; <https://www.das.de/de/rechtsportal/patientenrecht/arztpflichten/dokumentationspflicht.aspx> (gesichtet am 23.9.2013, 15.50)
77. Großkopf, V., Klein, H., „Expertise“, 8.11.2005; <http://www.md-institute.com/cms/ressorts/it-dokumentation/edv-gestuetzte-wunddokumentation/EDV-Dokumentationssystem-Jalomed-Rechtssicherheitsgutachten.pdf> (gesichtet am 23.9.2013, 16.51)

78. Streckel, S., „Dokumentationspflicht. Rechtliche Anforderungen an eine EDV-gestützte Dokumentation“, 2000; <http://www.wernerschell.de/web/99/dokumentation.php> (gesichtet am 23.9.2013, 16.55)
79. „Die elektronische Signatur im Gesundheitswesen: für mehr Effizienz, bessere Qualität und höhere Rechtssicherheit“, Inhalt der website; <http://www.medizin-edv.de/archivierung/modules/AMS/index.php?storytopic=18> (gesichtet am 23.9.2013, 17.00)
80. ABGB (A), §1489, Stand 1.9.2013; [http://www.jusline.at/1489\\_ABGB.html](http://www.jusline.at/1489_ABGB.html) (gesichtet am 23.9.2013, 17.13)
81. Jusguide, Zusammenfassung des Beschlusses des OGH GZ 1 Ob 162/10w vom 23.11.2010; [http://www.jusguide.at/index.php?id=88&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=4754](http://www.jusguide.at/index.php?id=88&tx_ttnews[tt_news]=4754) (gesichtet am 23.9.2013, 17.20)
82. Voglmaier, C., „Dokumentations-, Auskunfts- und Aufbewahrungspflicht“, 12.4.2011; <http://www.aerzteratgeber.at/index.php/2011/04/dokumentations-auskunfts-und-aufbewahrungspflicht/> (gesichtet am 23.9.2013, 17.21)
83. Herdega, N., „Dokumentation des niedergelassenen Arztes“; [http://www.aekooe.or.at/cms/uploads/media/Dokumentation\\_des\\_niedergelassenen\\_Arztes.pdf](http://www.aekooe.or.at/cms/uploads/media/Dokumentation_des_niedergelassenen_Arztes.pdf) (gesichtet am 23.9.2013, 17.23)
84. ZPO (A), §294, Stand 1.9.2013; <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=15&paid=294&mvp=278> (gesichtet am 23.9.2013, 17.29)
85. Christmann, P., Inhalt der website; <http://www.christmann-law.de/neuigkeiten-mainmenu-66/325-elektronische-patientenakte-ist-taugliches-beweismittel-olg-naumburg-26-01-2012.html> (gesichtet am 23.9.2013, 17.42)
86. Bundesgesetzblatt, „Patientencharta“, 28.3.1006; [http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA\\_2006\\_I\\_42/BGBLA\\_2006\\_I\\_42.html](http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_I_42/BGBLA_2006_I_42.html) (gesichtet am 6.10.2013, 16.40)
87. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, „Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen/Pflegekassen und MDK bei drittverursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern und Pflegefehlern“, 6. Ausgabe November 2009; [http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden\\_November\\_2009.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden_November_2009.pdf) (gesichtet am 3.2.2014, 16.00)
- 88.;Kunz Rechtsanwälte, [http://www.kunzrechtsanwaelte.de/urteile\\_zum\\_arzthaftungsrecht\\_270.html](http://www.kunzrechtsanwaelte.de/urteile_zum_arzthaftungsrecht_270.html) (gesichtet am 3.2.2014, 16.07)
89. LG Kiel, Urteil vom 4. April 2008, Az 8 O 50/07; <http://openjur.de/u/167342.html> (gesichtet am 3.2.2014, 16.20)
90. UVS Steiermark, Entscheidungsdatum 22.10.2007, Geschäftszahl 20.1-10/2004; [http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Uvs&Dokumentnummer=JUT\\_ST\\_20071022\\_2001010\\_04\\_00](http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Uvs&Dokumentnummer=JUT_ST_20071022_2001010_04_00) (gesichtet am 3.2.2014, 18.15)
91. AG München, Urteil vom 24. Februar 2009; Az. 282 C 26259/08; <http://openjur.de/u/474499.html> (gesichtet am 3.2.2014, 18.20)
92. BGH, Urteil vom 26. Februar 2013; Az. VI ZR 359/11; <http://openjur.de/u/618468.html> (gesichtet am 3.2.2014, 18.22)

93. AG Essen, Urteil vom 3. April 2010; Az. 18 C 462/07;  
<http://openjur.de/u/145006.html> (gesichtet am 3.2.2014, 18.24)
94. BGH (D), Urteil vom 23. März 2010 · Az. VI ZR 249/08;  
<http://openjur.de/u/70124.html> (gesichtet am 3.2.2014, 18.26)
95. LG Bielefeld (D), Urteil vom 27. August 2008; Az. 22 S 49/08;  
<http://openjur.de/u/130807.html> (gesichtet am 3.2.2014, 18.28)
96. LG Essen (D), Urteil vom 28. Oktober 2008; Az. 15 S 120/08;  
<http://openjur.de/u/135105.html> (gesichtet am 3.2.2014, 18.30)