

Wichtige ergänzende Hinweise zur Dokumentation

In Auseinandersetzungen zwischen Anästhesisten und Kostenträgern / Patienten spielt immer wieder die Dokumentation eine wichtige Rolle. Generell wurde zur Dokumentation im Jusletter Sept. 2004 und in A&I 1/2005 Stellung genommen. Die bisher erschienenen Jusletter sind nach wie vor auf der Homepage (www.bda.de) geschlossener Bereich, zu finden.

Die berufsrechtliche Pflicht zur Dokumentation bietet aber nicht nur die Möglichkeit, als betroffener Arzt jederzeit nachweisen zu können, dass der Patient rechtswirksam aufgeklärt wurde und eingewilligt hat, sondern hilft auch nachzuweisen, dass die Behandlung ordnungsgemäß erfolgte und die Abrechnung der Leistungen korrekt durchgeführt wurde. Deshalb muss ein Zugriff auf den Aufklärungsbogen / die Einwilligung und das Narkoseprotokoll nebst und auf die anderen, abrechnungstechnisch notwendigen Unterlagen (z.B. Karteikarte) jederzeit möglich sein. Zur Erinnerung: Im EBM ist die Dokumentation ausdrücklich als Leistungsbestandteil erwähnt.

Die Unterlagen, die für den Arzt forensisch und abrechnungstechnisch unerlässlich sind, werden u. U. aber auch von anderen benötigt. So möchte ein (Beleg-)Krankenhaus selbstverständlich ebenfalls eine vollständige Krankenakte geführt sehen; eine Gemeinschaftspraxis wird beim Ausscheiden eines Arztes die Kartei und alle Unterlagen / das Praxisprogramm weiter führen wollen, zumal dieser „Goodwill“ auch für die an den Ausscheidenden zu zahlende Abfindung von Bedeutung ist.

Wer aber seine Daten völlig aus der Hand gegeben hat, kann Probleme bekommen. Beispiele: Ein belegärztlich tätiger Anästhesist hat, der Vereinbarung mit dem Krankenhaus entsprechend, dort alle Unterlagen deponiert. In einem Prüfverfahren (Wirtschaftlichkeitsprüfung) konnte er die angeforderten Narkoseprotokolle nicht vorlegen. Diese waren in der Klinik nach einem Trägerwechsel angeblich nicht mehr auffindbar. Da die korrekte Leistungserbringung im Detail wegen der fehlenden Dokumentation nicht nachweisbar war, musste der Arzt im Regressverfahren in einem Vergleich der Rückforderung von ca. 50.000 Euro zustimmen, da im Detail die korrekte Erbringung der Leistungen wegen der fehlenden Dokumentation nicht mehr nachweisbar war.

Ähnliche Probleme hatte ein ermächtigter Krankenhausanästhesist, gegen den nach Eintritt in den Ruhestand noch ein Regressverfahren wegen unwirtschaftlicher Verordnung (Medikamente) eröffnet wurde. Nur weil sein Nachfolger ihm großzügigerweise den Zugang zu Büro und Patientenakten umfänglich gestattete, konnten Probleme in der Beweisführung abgewendet werden. Auch hier ging es immerhin um eine Regressforderung in Höhe von ca. 20.000 €.

Fazit: Es ist dringend anzuraten, für sich selbst und evtl. für den Todesfall auch für die Hinterbliebenen Vorsorge zu treffen, damit, wenn nötig, der Zugriff auf die notwendige Dokumentation erhalten bleibt. Mit den Krankenhäusern, die die Abrechnungs- bzw. prüfrelevanten Behandlungsunterlagen archivieren, sollten Vereinbarungen darüber getroffen werden, dass ein Zugriff auf die Unterlagen möglich bleibt. In gleicher Weise sollte eine Vereinbarung zwischen einem ausscheidenden Arzt und der Praxis, soweit diese weitergeführt wird, getroffen werden.

Die Dokumentation ist zumindest 10 Jahre aufzubewahren. Sind die Unterlagen bei Dritten archiviert und bestehen Zweifel daran, dass ein entsprechend langer Zugriff gewährleistet ist, dann bleibt nur der Weg, von vornherein alle Unterlagen doppelt anzufertigen oder zu fotokopieren und dann selbst zu archivieren.

Elmar Mertens