

## MERKBLATT

# Führung von Krankengeschichten

---

Mit Bezug auf die Führung von Krankengeschichten durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt stellen sich immer wieder Fragen. Dieser Artikel versucht, die häufig gestellten Fragen zu beantworten.

## 1. Pflicht zur Führung einer Krankengeschichte

Die Beziehung zwischen der behandelnden freipraktizierenden Ärztin<sup>1</sup> und der Patientin untersteht dem Privatrecht. Es handelt sich um einen Behandlungsvertrag, welcher dem Auftragsrecht nach Obligationenrecht (Art. 394 ff OR) untersteht. Die Pflicht zur Führung einer Krankengeschichte ergibt sich aus der in Art. 400 OR statuierten Rechenschaftspflicht des Beauftragten. Diese Pflicht wird im weiteren auch öffentlich-rechtlich verstärkt, indem kantonale Gesundheitsgesetze ausdrücklich die Führung einer Krankengeschichte vorschreiben.

Um diesen Anforderungen zu genügen, ist in der Krankengeschichte schriftlich festzuhalten was folgt:

- Anamnese
- Lückenloses Kalendarium aller Arzt-/Patientenkontakte (einschliesslich Telefonate und entsprechende Kontakte mit Drittpersonen)
- Befunde inkl. Angaben zu allfälliger Selbst- oder Fremdgefährdung
- Diagnose, gegebenenfalls Differentialdiagnosen
- Die jeweils angeordneten Therapiemassnahmen (zeitlich und quantitativ umschriebene Medikationen, eingeholte Konsilien, allfällige Zuweisungen, angeordnete physikalische und andere Therapieformen)
- Krankheitsverlauf
- Hinweis über die Aufklärung der Patientin bezüglich allfälliger Risiken einer Behandlung, aber auch deren Unterlassung

Die Aufzeichnungen, die selbstverständlich nach Ermessen der Ärztin erweitert werden können, müssen chronologisch nachvollziehbar (Kalendarium), lückenlos und wahr sein. **Die Krankengeschichte ist Teil der sorgfältigen Behandlung der Patientin, sie dient der durch das OR geforderten Rechenschaftsablage und schliesslich im Konfliktfall auch der Beweissicherung.**

---

<sup>1</sup> In diesem Text wird nur die weibliche Form verwendet, sie gilt in gleicher Weise auch für männliche Personen

**Die kantonalen Gesundheitsgesetze sehen in der Regel eine Mindestdauer vor, während der die Krankengeschichte seit der letzten Behandlung aufbewahrt werden muss. Häufig werden dabei 10 Jahre vorgeschrieben. Mit dem am 1.1.2020 in Kraft getretenen neuen Verjährungsrecht wurde aber die Verjährungsfrist für alle Körperschäden und Todesfälle auf 20 Jahre verlängert. Dies hat zur Folge, dass die Ärztin, welche mit einer rechtlichen Auseinandersetzung rechnen muss, die Krankengeschichte auch nach Ablauf der in den kantonalen Gesetzen vorgeschriebenen Aufbewahrungsdauer nicht vernichten sollte, da sie ansonsten im haftpflichtrechtlichen Forderungsprozess mit Nachteilen rechnen muss. Es wird deshalb empfohlen, die Krankengeschichte zumindest in diesen Fällen während 20 Jahren aufzubewahren.**

Die Anforderungen sind für Papier-Krankengeschichten und elektronische Krankengeschichten gleich. Bei der elektronischen Krankengeschichte muss das eingesetzte Informatiksystem deshalb sicherstellen, dass die Daten ihrem Ursprung zugeordnet werden können (Authentizität), während der Bearbeitung unverfälscht, vollständig und widerspruchsfrei bleiben (Integrität) und dass dokumentiert wird, wer welche Daten zu welchem Zeitpunkt im System eingegeben, verändert oder gelöscht hat (Revisionsfähigkeit). Beim Übertragen der alten Krankengeschichte auf eine elektronische sollen die Originalunterlagen mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden.

## 2. Einsichtsrecht und Herausgabepflicht

Ausfluss der erwähnten privatrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Bestimmung ist, dass die Patientin das Recht hat, jederzeit Einsicht in die Krankengeschichte zu nehmen. Davon ausgenommen sind lediglich persönliche Notizen, welche die Ärztin ausschliesslich für den Eigengebrauch als Gedächtnisstützen erstellt. Diese Ausnahme vom Einsichtsrecht ist indessen sehr restriktiv auszulegen.

Vom Einsichtsrecht erfasst sind schliesslich auch alle übrigen, von der Ärztin oder von Dritten erstellten Dokumente wie Laborbefunde, Röntgenbilder, Ein- und Austrittsberichte von Institutionen, Konsiliarberichte usw. Davon ausgenommen sind Aufzeichnungen über Angaben von und über Drittpersonen.

Alle Unterlagen, in welche die Patientin Einsicht nehmen darf, sind ihr auf Verlangen auch herauszugeben. Bedenken bezüglich der Wirkung des Inhaltes auf die Patientin sollen mitgeteilt und „auf ausdrückliches Verlangen“ in der KG dokumentiert werden. Es kann angeboten werden, die KG zu erläutern oder an den nächstbehandelnden Kollegen weiterzuleiten. Da es sich indessen bei der Krankengeschichte und weiteren Dokumenten um ein unverzichtbares Arbeitsmittel der Ärztin handelt, verbleiben die Originale grundsätzlich bei ihr. Auf Wunsch der Patientin hat die Ärztin Kopien anzufertigen und diese nötigenfalls zu erläutern. Wir empfehlen, einem Herausgabebefehl möglichst kurzfristig zu entsprechen. Grundsätzlich ist es gestattet, das Erstellen der Kopien der Patientin in Rechnung zu stellen. Wir empfehlen indessen im Normalfall eine kostenlose Abgabe. Wird eine Kostenbeteiligung verlangt, ist dies der Patientin vor der Herausgabe der Unterlagen mitzuteilen.

Falls die Ärztin – zum Beispiel bei definitivem Wegzug der Patientin ins Ausland – die Originale herausgibt, hat die Patientin sie schriftlich von der Aufbewahrungspflicht zu befreien und gleichzeitig auf allfällige Haftpflichtansprüche zu verzichten.

---

<sup>1</sup> In diesem Text wird nur die weibliche Form verwendet, sie gilt in gleicher Weise auch für männliche Personen

### 3. Arztgeheimnis

Die behandelnde Ärztin ist verpflichtet, das Patientengeheimnis zu wahren. Das straf-, verwaltungs- und aufsichtsrechtlich geschützte Patientengeheimnis wirkt gegenüber allen Drittpersonen, so auch bei der Praxisübernahme zwischen der Vorgängerin und der neuen Ärztin. Es empfiehlt sich deshalb, dass die übergebende und übernehmende Ärztin die Patientinnen mit einem gemeinsamen Brief oder in einem Inserat über den anstehenden Praxisinhaberwechsel informieren. Den Patientinnen ist durch die behandelnde Ärztin eine Frist anzusetzen, innert welcher sie die Herausgabe der

Krankengeschichte gegen Bestätigung und Enthaftungserklärung verlangen können. Die Patientinnen sind darauf hinzuweisen, dass bei Stillschweigen davon ausgegangen wird, dass sie mit dem Übergang auf die neue Ärztin einverstanden sind. Dies entfällt selbstverständlich bei Patientinnen, die durch die behandelnde Ärztin schon vorgängig über den bevorstehenden Wechsel informiert wurden und die sich damit einverstanden erklärt haben.

Soll auf dieses recht aufwendige Verfahren verzichtet werden, ist sicherzustellen, dass die in der Praxis zurückgelassenen Akten in der ausschliesslichen Obhut der übergebenden Ärztin verbleiben.

---

<sup>1</sup> In diesem Text wird nur die weibliche Form verwendet, sie gilt in gleicher Weise auch für männliche Personen