

Dokumentationsrichtlinie

Richtlinie des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und
Konsumentenschutz aufgrund eines Beschlusses des Psychologenbeirats

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen und Autoren: Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitsressorts

Druck: BMSGPK

Wien, Juni 2020

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Präambel

Die Sicherung der Qualität in den Gesundheitsberufen zeigt sich als schwerpunktmäßiges Anliegen der diesen zugrundeliegenden Gesetzen. Im Sinne des Patientinnenschutzes/ Patientenschutzes werden in diesen Gesetzen eine Reihe von Pflichten der jeweiligen Angehörigen der Gesundheitsberufe genannt, wie die Sorgfaltspflicht, Aufklärungspflicht, Pflicht zur Auskunftserteilung, Verschwiegenheitspflicht, Pflicht zur beruflichen Fortbildung und Dokumentationspflicht.

So ist auch im § 35 Psychologengesetz 2013, BGBl. I Nr. 182/2013, die Basis für die Dokumentationspflicht der Berufsgruppe der Klinischen Psychologinnen/Klinischen Psychologen und/oder Gesundheitspsychologinnen/Gesundheitspsychologen gelegt. Die Dokumentationspflicht ist Ausdruck der Berufsausübung nach besten Wissen und Gewissen, wobei auf den Schutz des therapeutischen Bereiches besonders Bedacht zu nehmen ist.

Dokumentation ist somit aus rechtlichen, ethischen und wissenschaftlichen Gründen unerlässlich.

Regelungen zur Dokumentationspflicht in Krankenanstalten finden sich auch im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz des Bundes (KAKuG) und den entsprechenden Landesausführungsgesetzen zum Krankenanstaltenrecht

Die Dokumentation hat jene Inhalte gemäß § 35 Abs. 1 Psychologengesetz 2013 zu umfassen, insbesondere Inhalte, die Gegenstand der gesundheits- oder klinischen-psychologischen Behandlung, Beratung, Betreuung, Diagnostik oder für diese bedeutsam geworden sind.

Inhalt

Präambel	3
1 Auskunft und Einsichtnahme	5
2 Aufbewahrungspflicht	6
3 Zweck der Dokumentation.....	7
4 Dokumentation in Krankenanstalten	8
Abkürzungen.....	11

1 Auskunft und Einsichtnahme

Patientinnen/Patienten oder den gesetzlichen Vertreterinnen/Vertretern oder deren Vorsorgebevollmächtigten sind unter besonderer Bedachtnahme auf die therapeutische Beziehung auf Verlangen alle Auskünfte über die geführte Dokumentation sowie Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen, soweit diese das Vertrauensverhältnis zur Patientin/zum Patienten nicht gefährden.

Patientinnen/Patienten haben das Recht die Berichtigung sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten in der Dokumentation zu verlangen (gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 des europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung)

Darüber hinaus kann der Kreis der Personen, die in die Dokumentation Einsicht nehmen dürfen, auf jene Personen erweitert werden, die von der behandelten Person als einsichtsberechtigt benannt wurden.

Im Rahmen der Auskunft an gesetzliche Vertreterinnen/Vertretern oder Vorsorgebevollmächtigte und deren Einsicht in die Dokumentation ist darauf zu achten, dass die Verschwiegenheit im Hinblick auf Inhalte einer klinisch-psychologischen und/oder gesundheitspsychologischen Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen oder mit durch eine/n Erwachsenenvertreter/in vertretenen Personen gegenüber der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter nicht verletzt werden. Es ist daher die Auskunft und Einsicht insbesondere auf Art, Umfang und Entgelt reduziert und wahrt die Geheimnisse der Behandlung, Beratung, Betreuung, Diagnostik. Die Patientin/der Patient ist zu Beginn der professionellen Beziehung darüber zu informieren, welche Auskünfte der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter zu erteilen sind. Darauf beschränkt sich auch die Einsicht in die Dokumentation.

2 Aufbewahrungspflicht

Die Dokumentation ist mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Die Aufbewahrung in geeigneter automationsunterstützter Form ist zulässig. Bei Beendigung der Berufstätigkeit ist die Dokumentation von in freier Praxis tätig gewesenen Berufsangehörigen für die Dauer von zumindest zehn Jahren ab Ende der Behandlung, Beratung, Betreuung, Diagnostik aufzubewahren.

Bei Berufsausübung im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses zu einer Einrichtung, ist mit der Einrichtung zu klären, ob die Dokumentation in der Einrichtung zu verbleiben hat und dort unter Wahrung der Verschwiegenheit aufbewahrt wird.

Bei Berufstätigkeit in einer Krankenanstalt siehe Punkt 4 (Dokumentation in Krankenanstalten).

Im Falle des Todes von in freier Praxis tätig gewesenen Berufsangehörigen ist der Erbe (die Erbin) oder sonstige Rechtsnachfolger unter Wahrung des Datenschutzes verpflichtet, die Dokumentation über klinisch-psychologische und gesundheitspsychologische Leistungen für die Dauer der noch bestehenden Aufbewahrungspflicht gegen Kostenersatz einem von der (dem) verstorbenen Berufsangehörigen rechtzeitig dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz schriftlich benannten, außerhalb einer Einrichtung tätigen Berufsangehörigen (in freier Praxi zu übergeben. Die (Der) Übernehmende muss in die Benennung und Pflichtenübernahme schriftlich eingewilligt haben, wofür ein entsprechendes Formular auf der Website des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zum Download zur Verfügung steht.

Sofern diese Erfordernisse nicht vorliegen, ist vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eine Dritte/ein Dritter zur Aufbewahrung zu bestimmen.

3 Zweck der Dokumentation

Die Dokumentation dient nicht nur der Information des Behandelnden, sondern liegt vor allem auch im Interesse der Patientin/des Patienten. Nur durch eine umfassende Aufzeichnung des Behandlungsablaufs kann eine ordnungsgemäße Behandlung sichergestellt werden. Hinsichtlich Auskunftserteilung, Therapiesicherung, Beweissicherung und Rechenschaftslegung lässt sich folgender Zweck der Dokumentation feststellen:

Die Dokumentation ist als Element der Qualitätssicherung der Behandlung zu betrachten. Sie stellt eine Gedächtnisstütze für die behandelnde Person dar und ist so auch Hilfsmittel für die Reflexion, die Planung der fortlaufenden Behandlung und die allfälligen Nachbehandlungen.

Dokumentation dient der Evaluation der eigenen Tätigkeit und darüber hinaus der grundlegenden Wirksamkeitsforschung (Evaluation) . Dokumentation kann die empirischen Grundlagen für Versorgungsforschung und -planung liefern, wie z.B. die Daten der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, die ein wesentliches Element für die Beobachtung, Einschätzung und Planung der akutstationären Versorgung darstellen.

Dokumentation dient der Nachvollziehbarkeit der geleisteten Arbeit und stellt auch die Grundlage für die entsprechende Auskunftserteilung an die Patientin/den Patienten dar. Der Dokumentation kommt in ihrer Rechenschaftsfunktion/Beweissicherungsfunktion gegenüber der betreuten und behandelten Person eine bedeutende Rolle zu. Ebenso könnte diese Rechenschaft durch jeweilige Kostenträger des gesundheitlichen oder sozialen Versorgungsangebots und - soweit die Behandlung und Betreuung in einem institutionellen Setting erfolgt, durch den Dienstgeber eingefordert werden.

4 Dokumentation in Krankenanstalten

Im Rahmen der Krankenanstaltengesetzgebung sind Regeln vorgegeben, dass über die Aufnahme und die Entlassung der Pfléglinge Vormerke zu führen und die dafür jeweils maßgebenden Gründe zu dokumentieren sind. Die Krankenanstalten haben Krankengeschichten anzulegen, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Zustand des Pfléglings zur Zeit der Aufnahme (status praesens), der Krankheitsverlauf (decursus morbi), die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen und gegebenenfalls zahnärztlichen Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Darreichungsform) und die Aufklärung des Pfléglings darzustellen sind. Auch sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch- technischen Dienste, sind festzuhalten.

Innerhalb einer Krankenanstalt kann eine Krankengeschichte also zahlreiche Informationen von Angehörigen unterschiedlicher Gesundheitsberufe enthalten.

Auch Klinische PsychologInnen oder GesundheitspsychologInnen, die in Krankenanstalten tätig sind, haben die Erbringung ihrer Leistungen in den jeweiligen Krankenaufzeichnungen festzuhalten.

Die gemeinsam geführte Dokumentation hat deshalb alle Informationen zu enthalten, die für alle Behandelnden wichtig sind und die es den anderen Personen im Team ermöglicht, sich rasch und effizient über die bisherig erfolgten Maßnahmen und den Verlauf der Therapie zu informieren.

In einer gemeinsam geführten Dokumentation ist jede/jeder BehandlerIn für ihre/seine Aufzeichnungen verantwortlich.

Eine umfassende Betreuung kann in einer großen Behandlungseinrichtung nur fehlerfrei funktionieren, wenn Informationen richtig und rasch weitergeleitet werden.

Die Patientin/Der Patient ist daher zu Beginn der Behandlung über das zu ihrem/seinem Wohl notwendige Gesamtbehandlungskonzept aufzuklären, welches unter Abstimmung der medizinischen bzw. psychologischen Intervention zu erstellen ist.

Dadurch soll der Austausch von grundlegenden Informationen zwischen den einzelnen Mitgliedern eines multiprofessionellen Teams gewährleistet und eine bestmögliche Behandlung des Patienten sichergestellt werden.

Zur Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht der Berufsangehörigen der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie im Rahmen ihrer Arbeit innerhalb einer Krankenanstalt, bestimmt § 10 Abs. 4 KAKuG (und die korrespondierenden landesgesetzlichen Regelungen), dass Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch psychologischen, gesundheitspsychologischen Berufes und ihren Hilfspersonen in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, im Rahmen der Krankengeschichte sowie in sonstigen Vermerken, welche die Aufnahme und Entlassung des Patienten betreffen, nicht geführt werden dürfen.

Das bedeutet, dass Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, zwar selbstverständlich anzulegen sind, diese jedoch nicht in der „allgemein-zugänglichen“, „gemeinsam geführten“ Dokumentation vermerkt werden dürfen und von den medizinischen oder pflegerischen Aufzeichnungen räumlich streng getrennt aufzubewahren sind.

In der gemeinsam geführten Krankengeschichte der Krankenanstalt sind grundsätzlich nur die Rahmendaten wie Grund, Zeit, Frequenz und Art der klinisch-psychologischen Behandlung aufzunehmen.

Die näheren Inhalte klinisch-psychologischen/ gesundheitspsychologischen Behandlung sind in einer eigenen Dokumentation festzuhalten. Diese klinisch-psychologische/ gesundheitspsychologische Dokumentation der Geheimnisse ist in der Krankenanstalt verschlossen und für andere Personen unzugänglich aufzubewahren. Auch bei Auflösung des Dienstverhältnisses zur Krankenanstalt verbleibt diese Dokumentation für die Dauer von 30 Jahren in der Krankenanstalt.

Folgenden Anhang (als Formular) zur Dokumentationsrichtlinie finden Sie auf der Homepage unter „Dokumentationsrichtlinie Anhang (Formular)“:

1. Gesamtübersicht

2. Erstkontakt

3. Behandlungs-/Beratungsprotokoll

Abkürzungen

BGBI. Bundesgesetzblatt

Nr. Nummer



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**
Radetzkystraße 2, 1030 Wien
+43 1 711 00-0
[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)