



KZD-ZH Merkblatt: Patientendokumentation (Krankengeschichte)

Hinweis: Aus Gründen der Lesbarkeit wird im folgenden Text die personenbezeichnende männliche oder weibliche Sprachform verwendet; die andere Form ist stets miteingeschlossen.

1. Patientendokumentation im Allgemeinen

1.1. Inhalt

Die Patientendokumentation (Krankengeschichte) dient einerseits der Patientensicherheit. Andererseits ist sie im Falle einer Streitigkeit zwischen Patient und Behandler wichtig als Nachweis einer sorgfältigen Berufsausübung. Der Verlauf einer Behandlung muss in allen Aspekten lückenlos nachvollziehbar dokumentiert werden, inklusive regelmässig aktualisierter Anamnese, Einverständnis des Patienten mit der Therapie, Komplikationen und telefonische Auskünfte. Gemäss Gesundheitsgesetz (GesG) ist deshalb, wer einen Beruf des Gesundheitswesens ausübt, verpflichtet, über seine Patienten eine Patientendokumentation anzulegen und diese laufend nachzuführen. Diese gibt Auskunft über die Aufklärung und Behandlung der Patienten. Als Behandlung gelten insbesondere Untersuchungen, Diagnosen, Therapie und Pflege. Die Urheberchaft der Einträge muss unmittelbar ersichtlich sein¹.

Die Aufklärung des Patienten umfasst adäquate Informationen zu den Befunden und Diagnosen, Prognosen und Behandlungsentscheiden (Indikationen), Behandlungsoptionen (einschliesslich Notwendigkeit bzw. möglicher Aufschub) sowie zu Vorteilen bzw. häufigsten Risiken (auch bei Unterlassung einer Behandlung), Kosten und Ablauf.

1.2. Form

Die Patientendokumentation kann in schriftlicher oder elektronischer Form geführt werden. Wird eine elektronische Aufzeichnungsform gewählt, müssen die Eintragungen in der Patientendokumentation datiert, unabänderlich gespeichert werden und jederzeit abrufbar sein². Die Patientendokumentation muss laufend und zeitnah nachgeführt und darf nicht mit Bleistift geschrieben werden. Korrekturen an schriftlichen Einträgen und Änderungen an elektronischen Eintragungen müssen ersichtlich und nachvollziehbar sein.

1.3. Aufbewahrung

Die Patientendokumentation wird während 10 Jahren nach Abschluss der letzten Behandlung aufbewahrt³. Es empfiehlt sich, Patientenunterlagen, die Zahnunfälle betreffen, länger aufzubewahren, sofern sie den Patienten nicht bereits nach Abschluss der Behandlung in Kopie ausgehändigt wurden.

1.4. Herausgabe

Die Patienten haben Anspruch auf Herausgabe der Patientendokumentation in Kopie⁴. Röntgenbilder, Modelle etc. sind gegen Quittung im Original herauszugeben. Es ist sicherzustellen, dass auch bei Tod oder Verlust der Handlungsfähigkeit des verantwortlichen Zahnarztes die Patientendokumentationen für die Patienten unter Wahrung des Berufsgeheimnisses zugänglich bleiben⁵.

¹ § 13 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes (GesG).

² § 13 Abs. 2 GesG.

³ § 13 Abs. 3 GesG.

⁴ § 13 Abs. 4 GesG.

⁵ § 13 Abs. 5 GesG.



Die Herausgabe der Patientendokumentation in Kopie und der Röntgenbilder im Original erfolgen in der Regel kostenlos. Die Herausgabepflicht erstreckt sich über die Praxisaufgabe hinaus, auch im Falle der Pensionierung.

1.5. Verantwortung

Zahnärzte, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, sind für die Befunde und Aufzeichnungen in den Patientendokumentationen sowie für deren Aufbewahrung und Herausgabe an die Patienten verantwortlich. Diese Verantwortung erstreckt sich auch auf Behandlungen, die von Assistenz Zahnärzten sowie weiterem Personal, für dessen Tätigkeit sie verantwortlich sind, durchgeführt wurden.

1.6. Was ist zu beachten?

Im Zusammenhang mit der Führung der Patientendokumentation ist auf Folgendes besonders zu achten⁶:

- Lesbarkeit bei handschriftlichem Dossier, Verständlichkeit / Allgemeingültigkeit von Abkürzungen, Indizes und Symbolen
- Erhebung und Aktualisierung der für die Behandlung notwendigen Patientendaten (medizinische und allgemeine Anamnese)
- Erkennbarkeit der Urheberschaft der einzelnen Eintragungen
- Dokumentation der durchgeführten Untersuchungen und aller Ergebnisse (z.B. Zahnstatus, Parodontalindizes, Mundschleimhautbefunde, Modelle, Röntgenaufnahmen, Fotografien)
- Dokumentation der Diagnosen und Überlegungen zur Differenzialdiagnostik
- Dokumentation des Inhalts von Besprechungen mit dem Patienten, der Aufklärung über Eingriffe und des Einverständnisses des Patienten
- Dokumentation der Therapien / Therapieschritte einschliesslich Art der verwendeten Materialien, Techniken, Name und Menge von verabreichten Medikamenten (z.B. Lokalanästhetika)
- Dokumentation von Komplikationen und Unvorhergesehenem
- Verfassen von OP-Berichten und bei Eingriffen im gemäss Medizinalprodukteverordnung (MepV) kritischen Bereich Dokumentation der Chargennummern / Lot-Nummern
- Angaben zu zahntechnischen Arbeiten
- Dokumentation von Kostenvoranschlägen und Rechnungsstellung, rechtzeitige Information des Patienten über allfällige Kostenüberschreitungen von mehr als 15%
- Beilage von Überweisungen, Berichten, Kostengutsprachen, Laborscheinen mit Konformitätserklärung bzw. Laborrechnungen, schriftlichen Aufklärungen mit Unterschrift des Patienten

2. Elektronisches Patientendossier im Besonderen

Bei elektronisch geführten Patientendossiers stellen sich zusätzliche Probleme. In diesem Zusammenhang gilt es Folgendes zu beachten:

- In digital geführten Praxen ist für die regelmässige Sicherung der Daten (Back-up) und deren sichere Aufbewahrung zu sorgen.
- Die Daten müssen so geschützt sein, dass der Zugriff durch unberechtigte Dritte unmöglich ist (Wahrung des Arztgeheimnisses).

⁶ Weiterführende Literatur: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften und Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag - ein Leitfaden für die Praxis, 2013; Kurt Pfändler, Saldo Ratgeber: Die Rechte der Patienten - Tipps für den richtigen Umgang mit Ärzten und Spitälern, 2013; Patientenkompass, SPO Patientenstelle, 2015.



- Einträge und nachträgliche Korrekturen sind mit Datum und (elektronischer) Signatur zu versehen und müssen nachvollziehbar sein.
- Röntgenbilder, andere Befunde sowie die volle Patientendokumentation müssen während 10 Jahren nach Abschluss der letzten Behandlung jederzeit in qualitativ vollwertiger und für die Patienten lesbarer Form aus der Datenbank extrahiert werden können.
- Datenbanken von Praxisgemeinschaften und Institutionen sind nach fachlich eigenverantwortlich tätigen Personen zu gliedern (mandantenfähig) und die Patienten sind jeweils der für sie verantwortlichen Person zuzuteilen. Die fachlich eigenverantwortlich tätigen Personen müssen jederzeit (auch nach ihrem Ausscheiden) ungehinderten Zugriff auf die Daten haben bzw. ihre Patientendossiers müssen aus der Datenbank extrahiert werden können⁷.
- Es wird dringend empfohlen, bei Eintritt in eine Praxis/Institution die Extraktion von und den Zugang zu Patientendossiers im Falle des Ausscheidens vertraglich zu regeln und mit dem Softwareanbieter die entsprechenden Vorkehrungen zu treffen. Dabei sind auch separate Schnittstellen zu Röntgensoftwares zu beachten.

Für Fragen wenden Sie sich an

Marcell Hungerbühler, Kantonszahnarzt, MHA, marcell.hungerbuehler@gd.zh.ch

RA lic. iur. Barbara Rutz, juristische Sekretärin, barbara.rutz@gd.zh.ch

⁷ Vgl. KZD-Merkblatt «Umgang mit Patientendokumentation bei Ausscheiden von Zahnärzten aus Praxen und Institutionen».