

# Recht auf Einsicht in das eigene Patientendossier der Klient\*innen und Dokumentationspflicht der Ergotherapeut\*in

Die **Dokumentationspflicht** der Ergotherapeut\*in bestimmt sich nach dem **Auftragsrecht** und den **kantonalen Gesundheitsgesetzen**. Das **Auskunfts-/Einsichtsrecht der Patient\*innen stützt sich hingegen in erster Linie auf das DSG und die entsprechende Verordnung**.

## 1. Recht auf Einsicht in das Patientendossier:

Gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. b DSG erstreckt sich das Einsichtsrecht der Patient\*innen auf alle Bestandteile des Dossiers, also auf sachliche Feststellungen der Ergotherapie (Diagnose, Krankheitsverlauf usw.) und Einzelheiten der Behandlung (Resultate von Untersuchungen, Gutachten usw.). Grundsätzlich können die Patient\*innen auch externe Berichte etc. herausverlangen, denn sie sind Teil der Krankengeschichte der Ergotherapie, die sie erhalten haben. Es ist allerdings sinnvoll, die Patient\*innen aufzufordern, solche Berichte direkt beim absendenden Institut/Arzt etc. zu verlangen. Die Aushändigung einer Kopie der Krankengeschichte ist i.d.R. unentgeltlich (Art. 25 Abs. 6 DSG i.V.m. Art. 19 DSV).

Nicht darunter fallen sog. persönliche Notizen der Ergotherapeut\*in. Dass eine Feststellung oder Bemerkung handschriftlich aufgezeichnet wurde, bedeutet aber nicht, dass es sich dabei um «persönliche Notizen» handelt. Auch handschriftliche Notizen gehören zum Patientendossier und dürfen eingesehen werden. *Persönliche Notizen sind solche, welche die Ergotherapeut\*in ausschliesslich für den Eigengebrauch erstellen*, und die nicht der eigentlichen Behandlung dienen, z. B. reine Gedächtnisstützen oder Aufzeichnungen, die ausschliesslich der Analyse des eigenen Verhaltens gegenüber einer Klient\*in dienen. Notizen, die für die Behandlung notwendige Angaben enthalten und z. B. auch von Hilfspersonen eingesehen und verwendet werden, gehören zur Krankengeschichte und unterliegen dem Auskunftsrecht.

Ebenfalls vom Einsichtsrecht ausgenommen sind Informationen, die andere Personen betreffen und unter das Berufsgeheimnis fallen (überwiegendes privates oder öffentliches Interesse; Art. 26 Abs. 1 lit. a und b DSG). Dazu gehören Auskünfte, die von Dritten – z.B. Angehörigen – stammen, solange diese nicht eingewilligt haben, dass die Klient\*in die Information erhält. Solche Aussagen dürfen aber nur dann eingeschwärzt werden, wenn das Interesse der Dritten, dass die Klient\*in keine Kenntnis von ihrer Aussage erhält, überwiegend erscheint.

## 2. Die Dokumentationspflicht

Wie bereits erwähnt, hängt der Umfang der Dokumentationspflicht vor allem vom einschlägigen kantonalen Erlass ab. Nachfolgend finden Sie zwei Beispiele.

Gemäss Art. 26 GesG-BE (BSG 811.01), Kanton Bern, muss die Fachperson die Behandlung der Patient\*in fortlaufend aufzeichnen und den Behandlungsverlauf angemessen dokumentieren. Die Dokumentation muss insbesondere die Sachverhaltsfeststellungen, die Diagnose, die angeordnete Therapieformen sowie Ablauf und Gegenstand der Aufklärung enthalten. (Gegenstand der Aufklärung: Die medizinische Information umfasst die Aufklärung einer Patient\*in über Art, Ausmaß und Schwere ihrer Krankheit, die Diagnose und mögliche therapeutische Massnahmen sowie deren jeweilige Vorteile und Risiken im Rahmen einer Heilbehandlung.)

Gemäss Art. 13 GesG-ZH (SRZH 810.1), Kanton Zürich, muss die Patientendokumentation laufend nachgeführt werden. Sie muss Auskunft über die Aufklärung und Behandlung der Patient\*innen geben. Als Behandlung gelten insbesondere Untersuchungen, Diagnosen, Therapie und Pflege.