

AWMF

Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“

**Stellenwert und
Ausführlichkeit der
Medizinischen
Dokumentation**

Referent: R. Rosenberger, VROLG a. D.



Stellenwert und Ausführlichkeit der Medizinischen Dokumentation

- **Gliederung:**
 - ▶ **Rechtsgrundlagen**
 - ▶ **Zweck der Dokumentation**
 - ▶ **Dokumentationspflichtige**
 - ▶ **Dokumentationszeitpunkt**
 - ▶ **Dokumentationsinhalt/Umfang**
 - ▶ **Die rechtlichen Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation.**

Rechtsgrundlagen

- **Die Dokumentationspflicht beruht als Maßnahme zur Sicherung des Behandlungserfolgs**
 - ▶ auf dem *Behandlungsvertrag*
 - und als Folge der faktischen Übernahme der Behandlung
 - ▶ auf der dadurch begründeten *Garantenstellung*.

Rechtsgrundlagen

- **Rechtliche Regelungen**

- ▶ **§ 630f Abs. 1 BGB**

„Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zwecke der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.“

- ▶ **§ 10 Abs. 1 MBO-Ä**

„Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen.“

Zweck der Dokumentation

- **Patientensicherheit**
- **Die Dokumentation dient der Information des**
 - ▶ **Behandelnden,**
 - ▶ **Mitbehandelnden und**
 - ▶ **Nachbehandelnden**

Zweck der Dokumentation

- **Rechenschaftslegung**
- **Wahrung des Persönlichkeitsrechts**
- **Beweisfunktion:**

Nach § 630h Abs. 3 BGB wird zu Gunsten des Patienten vermutet, dass eine ärztliche Maßnahme oder Anordnung unterblieben ist, wenn sie, obwohl dokumentationspflichtig, nicht aufgezeichnet worden ist.

Zweck der Dokumentation

- Die Dokumentation bezweckt *nicht*

- ▶ die Beweissicherung

im Hinblick auf einen möglichen Haftungsprozess
oder den Honoraranspruch des Arztes.

Der Dokumentationspflichtige

- **Im Rahmen eines Behandlungsvertrags**
 - ▶ **der jeweilige Vertragspartner des Patienten**
(§ 630f i. V m. § 630a BGB)
 - ansonsten**
 - ▶ **der jeweils behandelnde Arzt**

Dokumentationszeitpunkt

- **In unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung (§ 630f Abs. 1 BGB)**
- **Behandlung = Behandlungsschritt**
- **Fehlt es am unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang, ist der Beweiswert gemindert oder aufgehoben (OLG Hamm, Urteil vom 13.6.2017 – 26 U 59/16 – juris).**

Was ist zu dokumentieren?

- **§ 630f Abs. 2 BGB bestimmt:**
 - ▶ ***Es sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnis zu dokumentieren.***

Was ist zu dokumentieren?

► insbesondere:

- - Anamnese
- - Diagnosen
- - Untersuchungen und deren Ergebnisse
- - Befunde
- - Therapien und ihre Wirkungen
- - Eingriffe und ihre Wirkungen
- - Einwilligungen
- - Aufklärungen.
- **Arztbriefe sind in der Patientenakte aufzubewahren.**

Was ist zu dokumentieren?

- Es kommt auf die *fachliche* Sicht an, nicht auf die Beweissicherung im Hinblick auf ein mögliches gerichtliches Verfahren.
- Es gilt seit jeher der Satz, dass eine Dokumentation, *die aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist, auch aus Rechtsgründen nicht geboten ist* (BGH NJW 1994, 799).

Was ist zu dokumentieren?

- **Beispiel (und rechtliche Relevanz):**

Die Parteien stritten darüber, ob eine Weisheitszahnextraktion wegen einer akuten Entzündung kontraindiziert gewesen ist.

In der Dokumentation war zu einem etwaigen Entzündungszustand nichts vermerkt.

Anders als das OLG meinte, gereicht das dem Zahnarzt aber nicht zum Nachteil, denn das Nichtvorliegen einer Entzündung ist nicht dokumentationspflichtig, weil der "Normalzustand" aus medizinischen Gründen eben keinen entsprechenden Vermerk erfordert.

Was ist zu dokumentieren?

- **Routinemaßnahme (zum Beispiel die vor jeder Injektion durchzuführende Desinfektion) oder**
- **ohne Befund gebliebene Routinekontrollen müssen nicht dokumentiert werden**
(OLG Oldenburg VersR 2008, 691).
- **Überhaupt müssen negative, also nicht krankhafte Befunde nur dokumentiert werden, wenn ein *konkreter Anlass zur Ausräumung* eines bestimmten Verdachts bestanden hat**
(OLG Stuttgart VersR 1998, 1550).

Was ist zu dokumentieren?

- Die Konkretisierung der Dokumentationspflicht kann im Einzelfall schwierig sein.
- Sie unterliegt sachverständiger Beurteilung.
- Es muss die *Nachvollziehbarkeit der Behandlung aus fachlicher Sicht gewährleistet sein.*
- Das betrifft insbesondere die Indikationsstellung.

Was ist zu dokumentieren?

- **Einzelne dokumentationspflichtige Maßnahmen:**
 - **Weigerung des Patienten, eine Untersuchung vornehmen zu lassen, OLG Düsseldorf VersR 2003, 1310.**
 - **Operations- und Narkoseprotokolle, hierin beschriebener Verlauf einer Operation, unerwartete Zwischenfälle, Wechsel des Operateurs während der Operation, BGH VersR 1989, 512.**
 - **Kontrolle eines den Eingriff unter Aufsicht durchführenden Assistenzarztes, BGH VersR 1985, 782**
 - **Vermerk über eine spezielle Lagerung auf dem Operationstisch, BGH VersR 1984, 386.**
 - **Verlassen des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat, BGH VersR 1987, 1091.**

Was ist zu dokumentieren?

- Die Art und Weise der Dokumentation ist nicht besonders geregelt.
- Es genügt, sofern fachlich üblich und verständlich, die Verwendung von *Stichworten und Kürzeln*.
- Zur Dokumentation gehört auch die Aufbewahrung der Behandlungsdokumentation, die nach § 630f Abs. 3 BGB zehn Jahre nach Behandlungsabschluss beträgt.

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- **Dokumentationsmangel als eigenständige Haftungsgrundlage**
 - Die Auffassung, dass ein Dokumentationsmangel als solcher keine Haftung auf Schadensersatz nach sich ziehe, wird damit begründet, dass die Dokumentationspflicht das *Integritätsinteresse* des Patienten nicht unmittelbar schütze.
- ▶ Das erscheint zweifelhaft.

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- **Beispiel:**
- **Es wird nicht dokumentiert, dass die notwendige Koloskopie erfolgt ist (ohne krankhaften Befund).**
- **Der am nächsten Tag weiter behandelnder Arzt führt die Koloskopie nochmals durch.**
- **Es kommt ohne sein Verschulden zu einem Schaden (Perforation des Darms) kommt.**

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- Wären die Durchführung und das Ergebnis der ersten Koloskopie ordnungsgemäß dokumentiert worden, wäre die objektiv überflüssige zweite (wiederholte) Koloskopie unterblieben, so dass es nicht zum Schaden gekommen wäre.
- In solchen Fällen bezweckt die Dokumentationspflicht offensichtlich auch und gerade den Schutz des Patienten vor überflüssigen und potenziell schädigenden therapeutischen Maßnahmen, die in Kenntnis des Geschehenen unterblieben wären.

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- Die gleichen rechtlichen Konsequenzen können sich ergeben wenn die Dokumentation unvollständig ist, etwa weil eine invasive Maßnahme zwar als durchgeführt niedergelegt ist
 - ▶ aber nicht dessen Ergebnis, so dass sie deshalb wiederholt werden muss
 - ▶ oder das Ergebnis -Laborwert- unrichtig niedergelegt ist, so dass nur deshalb zum Beispiel die spätere Medikamentengabe Schaden auslösend zu niedrig oder zu hoch erfolgt.

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- **Beweisrechtliche Konsequenzen:**
 - ▶ **Zu Gunsten des Patienten wird vermutet, dass eine Maßnahme oder Anordnung des Behandelnden unterblieben (nicht geschehen) ist, wenn sie, obwohl dokumentationspflichtig, nicht aufgezeichnet worden ist (§ 630h Abs. 3 BGB).**

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- **Beispiel:**

Bei einem nach einer Knieoperation immobilisierten Patienten stellt sich nach einigen Tagen eine tiefe Beinvenenthrombose ein, die zu einer Lungenembolie führt. Der Patient behauptet, die notwendige Heparin-gabe (Thromboseprophylaxe) sei unterblieben, deshalb sei es zur Thrombose mit den Folgen gekommen. Der Arzt behauptet dagegen, Heparin sei sehr wohl gespritzt worden, das sei nur versehentlich nicht dokumentiert worden. Thrombose könne man auch bei Heparin-gabe bekommen.

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- **Rechtsfolgen:**

- Die Nichtgabe von Heparin ist ein Behandlungsfehler.
- Das Unterlassen wird aufgrund des Dokumentationsversäumnisses vermutet.
- Wenn der Arzt das Gegenteil nicht beweisen kann (Vermutungswiderlegung), steht der Behandlungsfehler fest.
- Damit ist die Kausalität aber noch nicht bewiesen.
- Hier gilt: das Unterlassen ist ein grober Fehler (ob das Dokumentationsversäumnis für sich genommen ein grober Fehler ist, ist unerheblich), deshalb kehrt sich die Beweislast um, d.h. der Arzt müsste beweisen, dass die Unterlassung nicht ursächlich gewesen ist, was er nicht kann.

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- **Weitere Beispiele:**

- die notwendige Beatmung des Neugeborenen auf der Station ist nicht dokumentiert worden, BGH VersR 2009, 1406
- Verlassen der Klinik gegen ärztlichen Rat nicht dokumentiert, BGH VersR 1997,2300
- keine Eintragung der Weigerung des Patienten, einer dringenden Diagnosemaßnahme zuzustimmen, OLG Düsseldorf VersR 2003, 1310
- keine Dokumentation der Aufklärung über die Möglichkeit einer sectio als echte Entbindungsalternative, OLG Koblenz VersR 2009, 70
- Dekubitusprophylaxe nicht dokumentiert, OLG Köln NJW-RR 2000, 1268

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- **Wichtig:**
 - ▶ ein Dokumentationsversäumnis führt grundsätzlich nur zur *Fehlervermutung*,
 - ▶ nicht zur Kausalitätsvermutung.
- Eine Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs (Kausalitätsvermutung) findet aber statt, wenn der Behandlungsfehler, der aufgrund des Dokumentationsversäumnisses anzunehmen ist, als *grob* zu qualifizieren ist oder es sich um einen Befunderhebungsfehler handelt.

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- Die Anwendung von § 630h Abs. 3 BGB stößt auf Schwierigkeiten,
- wenn feststeht, dass eine ärztliche Maßnahme zwar getroffen worden ist, aber Aufzeichnungen über Einzelheiten der konkreten Durchführung fehlen,
- so dass anhand der Dokumentation nicht festgestellt werden kann, ob Behandlungsfehler vorliegen und diese gegebenenfalls einen eingetretenen Schaden verursacht haben.

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- **Beispiel:**
- *Findet eine Operation an einer Extremität in Blutleere statt, die mittels eines von einer Manschette bewirkten Drucks erzeugt worden ist, kann es vorkommen, dass weder die Druckstärke noch deren Dauer aufgezeichnet werden.*
- *Dann steht zwar fest, dass der Manschettendruck ausreichend war, um die erforderliche Blutleere zu bewirken, aber nicht ob der Druck möglicherweise fehlerhaft zu stark war oder zu lange angedauert hatte und dadurch die eingetretene Nervschädigung verursacht worden ist, weil jene zum Beispiel auch auf unvermeidbarem Hakenzug (oder anderen Ursachen) beruhen kann.*

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

Als Behandlungsfehler kommen in Betracht:

- *eine von vornherein unsachgemäße Druckerzeugung,*
 - *die unterlassene Kontrolle des erzeugten Drucks und*
 - *eine überlange Dauer des Drucks.*
- ▶ **Mangelnde Aufklärbarkeit geht zulasten des Behandelnden !**

Rechtliche Konsequenzen einer mangelhaften Dokumentation

- **OLG München VersR 2012, 111:**
 - ▶ **Der Arzt muss beweisen, dass die bei dem Kind eingetretene Nervschädigung *nicht* auf seinem Vorgehen bei der Schulterdystokie beruht,**
 - ▶ **wenn das dokumentationspflichtige Vorgehen des Arztes zur Lösung der Schulterdystokie nicht dokumentiert und auch sonst nicht aufklärbar ist.**
 - ▶ **der Feststellung eines groben Fehlers bedarf es darüber hinaus nicht.**

Stellenwert und Ausführlichkeit der Medizinischen Dokumentation

- **Der Referent dankt für Ihre freundliche Aufmerksamkeit**