

# SOH

## Herzlich Willkommen!

Prof. Dr. Regine Cramer

Fachanwältin für Medizinrecht

Rüttenscheider Straße 26, 45128 Essen

0201/7200225

cramer@soh.de

www.soh.de

Schmidt, von der Osten & Huber  
Rechtsanwälte Steuerberater Partnerschaft mbB

Dieses Dokument kann dem Anwaltsgeheimnis unterliegende oder andere vertrauliche Informationen enthalten. Jede Vervielfältigung, Weiterleitung oder sonstige Verwendung dieses Dokuments ohne ausdrückliche Genehmigung der Schmidt, von der Osten & Huber Rechtsanwälte Steuerberater Partnerschaft mbB ist ausdrücklich untersagt.

---

## **AWMF Tagung**

Urteil des BGH vom 05.12.2023 – VI ZR 108/21 (OLG Koblenz)  
Beweisrechtliche Bedeutung der Behandlungsdokumentation.

## Zum Sachverhalt

---

**10.09.2009**

**Vorstellung der Mutter des Kindes im Krankenhaus. Behandlung durch eine gynäkologische und geburtshilfliche Gemeinschaftspraxis. Die Beklagten zu 2) und 3) waren die Belegärzte, der Beklagte zu 4) war angestellter Assistenzarzt in Weiterbildung bei der Praxis. Die Beklagte zu 5) war Beleghebamme.**

**Betreuung ab 08:00 Uhr durch eine angestellte Hebamme des Krankenhauses. Übernahme der Beklagten zu 5) ab 11:00 Uhr. Pathologisches CTG ab 15.00 Uhr, ab 15:30 Uhr eindeutig pathologisch, ab 15:55 Uhr hochpathologisch. Keine Reaktion.**

**Behauptung der Hebamme 19:10 Uhr Verständigung des Beklagten zu 4) (Assistenzarztes) mit Hinweis auf auffälliges CTG. 19:36 Uhr Anruf der Hebamme mit der Bitte den Kreißsaal aufzusuchen, Eintreffen des Beklagten zu 4) 19:45 Uhr.**

**Das CTG zeigte eine Bradykardie, Vornahme einer Notfalltokolyse und Information des Facharztes (Beklagter zu 2). Dieser ordnete eilige Sectio, anschließend nach einem massiven Abfall der Herztöne eine Notsectio an. Geburt des Kindes 20:20 Uhr, kein OP-Bericht über den Kaiserschnitt.**

## Dokumentation der Hebamme (Beklagte zu 5)

---

Übernahme der Entbindenden um 11.00 Uhr am 10.09.2009

Veranlassung von CTGs um 15:00 Uhr, 15:30 Uhr, 15:55 Uhr

### Eintrag

19:10 Uhr DIP I, H.S (Beklagter zu 4) CTG gezeigt

19.36 Uhr Anruf des Beklagten zu 4) mit der Aufforderung in den Kreißaal zu kommen.

## Dokumentation des Beklagten zu 4) Assistenzarzt

---

Information durch die Hebamme über stationäre Aufnahme am Nachmittag

16:20 Uhr

Information über Blasensprung und Eröffnung des Muttermundes bis auf 7 cm, keine Information über CTG

19:36 Uhr

Anruf durch die Hebamme, Muttermund sei vollständig, selbständiges Aufsuchen des Kreißsaales, Feststellung der Bradykardie anhand des CTGs

## Dokumentation des beklagten Facharztes (Beklagter zu 2) (Nachtrag vom Folgetag)

---

**Geburtsbetreuung durch die Hebamme, keine Information an ihn oder seinen Kollegen**

**18:00 Uhr**

**Nachfrage bei der Hebamme nach dem Befund und dem CTG  
Hinweis auf Eröffnung des Muttermundes bis 7 cm, ein DIP im CTG  
dann Normalisierung**

**19:55 Uhr**

**Anruf durch den Assistenzarzt, Aufforderung in den Kreißsaal zu kommen, sofortiger Entschluss zur Sectio Caesarea,  
massiver Abfall des Herztons**

**20:15 Uhr**

**sofortiger Entschluss zur Notsectio mangels feststellbarer Herztöne**

**20:20 Uhr**

**Entbindung eines schlaffen Neugeborenen**

## Bedeutung der ärztlichen Dokumentation

---

### Gesetzliche Regelung:

#### § 630f BGB Dokumentationspflicht

Der Behandelnde ist verpflichtet zum Zweck der Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen (§ 630f Abs. 1 S. 1 BGB)

#### § 630f Abs. 2 S. 1 BGB

Der Behandelnde ist verpflichtet in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und deren Wirkungen, Eingriffe und deren Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen (§ 630f Abs. 2 S. 1 BGB)

#### § 630f Abs. 1 S. 2 BGB

Berichtigungs- und Änderungseintragung in der Papierakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen (Manipulationssicherheit erforderlich).

## Negative Indizwirkung der Dokumentation

---

### § 630h Abs. 3 BGB

Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Abs. 1 oder Abs. 2 BGB nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Abs. 3 BGB nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

## Indizwirkung der ärztlichen Dokumentation

---

- **Positive Indizwirkung (zugunsten des Arztes):**
  - Plausible, zeitnahe und formell korrekte Dokumentation gilt als Beweis dafür, dass Maßnahmen tatsächlich durchgeführt wurden.
  - Beweisregel: § 416 ZPO – Privaturkunde begründet vollen Beweis der Erklärung des Ausstellers.
- **Negative Indizwirkung (zugunsten des Patienten):**
  - Nicht dokumentierte Maßnahmen gelten als nicht durchgeführt (§ 630h Abs. 3 BGB).
- **Wichtig:**
  - Indizwirkung ist nicht automatisch gegeben.
  - Zweifel oder Widersprüche in der Dokumentation können diese entkräften.

## Leitsätze

---

1. Einer ordnungsgemäßen, zeitnah erstellten Dokumentation in Papierform, die keine Anhalt für Veränderungen, Verfälschungen oder Widersprüchlichkeiten bietet, kommt zugunsten der Behandlungsseite Indizwirkung zu, die im Rahmen der freien tatrichterlichen Beweiswürdigung nach § 286 Abs. 1 ZPO zu berücksichtigen ist.
2. In die Beweiswürdigung sind alle vom Beweisgegner vorgebrachten Gesichtspunkte einzubeziehen. Der Beweisgegner muss nicht die inhaltliche Richtigkeit der Dokumentation widerlegen. Ihm obliegt nicht der Beweis des Gegenteils. Vielmehr genügt es, wenn er Umstände dartut, die bleibende Zweifel daran begründen, dass das Dokumentierte der Wahrheit entspricht, das Beweisergebnis also keine Überzeugung i.S.v. § 286 ZPO rechtfertigt. So verhält es sich insbesondere, wenn der Beweisgegner Umstände aufzeigt, die den Indizwert – die abstrakte Beweiskraft – der Dokumentation in Frage stellt.
3. An dem erforderlichen Indizwert der Dokumentation fehlt es dann, wenn der Dokumentierende Umstände in der Patientenakte festgehalten hat, die sich zu Lasten des im konkreten Fall in Anspruch genommenen Mitbehandlers (Beweisgegners) auswirken, und nicht ausgeschlossen werden kann, dass dies aus eigenem Interesse an einer Vermeidung oder Verringerung der eigenen Haftung erfolgt ist

# SOH

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

SOH Titel Master – Schlussfolie