

WISSENSCHAFTLICHE MITTEILUNG

Die Pflicht zur Dokumentation

Arzt und Zahnarzt sind verpflichtet, im Zusammenhang mit der Betreuung eines Patienten über alle im Hinblick auf Anamnese, Befund, Diagnose und Therapie relevanten Punkte die aus objektiver medizinischer Sicht erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese Pflicht ist nach allgemeiner Auffassung Bestandteil der Sorgfaltspflicht und leitet sich als vertragliche Pflicht unmittelbar aus dem Behandlungsvertrag ab. Als Berufspflicht ist sie darüber hinaus auch in den ärztlichen und zahnärztlichen Berufsordnungen niedergelegt. Forensische Bedeutung erlangt die Dokumentationspflicht im Arzthaftungsprozess und da insbesondere im Beweisrecht. Im Zivilprozess trägt jede Partei die Beweislast dafür, dass die Voraussetzungen des von ihr gestellten Anspruches vorliegen. Lässt sich der Sachverhalt, aus dem eine Prozesspartei Rechte herleiten möchte, mit den verfügbaren Beweismitteln nicht aufklären, so verliert normalerweise die Partei den Prozess, die die Beweislast trägt. Führt z. B. ein Patient einen Schadensersatzprozess gegen seinen Arzt, weil er von ihm geschädigt wurde, bzw. sich von ihm geschädigt glaubt, so trägt er grundsätzlich die Beweislast für seinen Vortrag, der Arzt habe ihm bei der Behandlung sorgfaltswidrig und schuldhaft einen Schaden zugefügt. Dabei befindet sich der Patient in den meisten Fällen aufgrund des Informationsrückstandes als Laie zunächst einmal in erheblicher Beweisnot. Aufgeklärt werden kann der Sachverhalt oft nur unter Zuhilfenahme der Aufzeichnungen des behandelnden Arztes. Fehlen die oder sind sie unvollständig, so würde bei konsequenter Anwendung der prinzipiellen Beweislastregeln der Patient aufgrund der nicht behebbaren Beweisnot in eine ausweglose Prozesssituation geraten.

In solchen Fällen wurden daher von der Rechtsprechung Beweiserleichterungen geschaffen. Insbesondere in Fällen, in denen eine Prozesspartei der anderen den Beweis schuldhaft erschwert oder gar vereitelt, können solche Beweiserleichterungen bis hin zur vollständigen Umkehr der Beweislast gehen. Das ist z. B. dann der Fall, wenn der Arzt

seine Dokumentationspflicht verletzt, also gebotene Aufzeichnungen unterlässt, verspätet vornimmt oder gar beschönigt.

Kann der Arzt im Prozess dem klagenden Patienten nicht durch eine ordnungsgemäße Dokumentation Aufschluss über sein Vorgehen geben, so geht die Unaufklärbarkeit zu seinen Lasten. Dabei indiziert das Fehlen einer Aufzeichnung zunächst einmal, dass die aufzeichnungspflichtige Maßnahme unterblieben ist. Geht es demnach beweisrechtlich darum, ob eine notwendige ärztliche Maßnahme erfolgt ist oder nicht, so wirkt sich die unterlassene Dokumentation zugunsten des Patienten dahingehend aus, dass nicht mehr der Patient das Unterbleiben der Maßnahme beweisen muss; vielmehr muss nun der Arzt beweisen, dass er die Maßnahme vorgenommen hat, obgleich sie nicht dokumentiert wurde.

Eine weitere prozessuale Erleichterung, die für den Patienten von erheblicher beweisrechtlicher Bedeutung ist, ergibt sich aus einem Urteil des Bundesgerichtshofes aus dem Jahre 1982, welches dem Patienten sowohl innerhalb als auch außerhalb eines Rechtsstreites ein grundsätzliches Einsichtsrecht bezüglich der ärztlichen Aufzeichnungen und Röntgenbilder (erfüllbar z. B. durch Herausgabe entsprechender, auf Kosten des Patienten anzufertigender Kopien) gewährt. Inhaltlich sollte die Dokumentation umfassen:

- Anamnese, daraus sich ergebende Besonderheiten (z. B. Allergien, Prädispositionen für bestimmte Erkrankungen, Risiken aus vorbestehenden Erkrankungen oder Unfällen)
- klinische Befunde
- medizinisch-technische Untersuchungen und Laborbefunde
- Röntgenaufnahmen
- Diagnosen
- therapeutische Maßnahmen
- verwendete Materialien
- verordnete Medikamente
- Ratschläge und Empfehlungen an den Patienten

- insbesondere Stichworte über das Aufklärungsgespräch und die Einwilligung des Patienten
- das alles in geordneter Reihenfolge, aus der sich auch die Behandlungstermine und der zeitliche Ablauf der Behandlung ergeben.

Es ist durchaus üblich und rechtlich unbedenklich, Abkürzungen zu verwenden, soweit sie sich jederzeit irrtumsfrei und nachvollziehbar erklären lassen.

Sehr vorsichtig sollte man sein mit nachträglichen Änderungen, Ergänzungen, Streichungen oder gar Unkenntlichmachungen. In einer späteren Auseinandersetzung gelingt es meist eher, eventuelle Ungereimtheiten der Dokumentation zu erklären, als nachträgliche Manipulationen zu rechtfertigen.

Von der höchstrichterlichen Rechtsprechung bislang noch nicht abschließend geklärt ist der Beweiswert einer EDV-Dokumentation gegenüber einer handgeschriebenen Karteikarte, der in der Vergangenheit wegen ihrer wesentlich schwierigeren Manipulierbarkeit die größere Authentizität beigemessen wurde. Unabhängig davon hat sich indessen in der Praxis die EDV-Dokumentation etabliert, und im gerichtlichen Alltag zeigt sich, dass sie pragmatisch als Beweismittel verwendet wird. Auf der rechtlich sicheren Seite bewegt sich, wer mit einer elektronischen Dokumentation arbeitet, die gegen nachträgliche Manipulation gesichert ist bzw. spätere Änderungen eindeutig nachvollziehen lässt.

Die Aufbewahrungsfristen für die Dokumentation sind in verschiedenen Rechtsgrundlagen geregelt (Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer, Berufsordnungen der einzelnen Landeszahnärztekammern, BMVZ, VdAK/AEV-Vertrag, Röntgenverordnung, Abgabenordnung). Bei unterschiedlich lang geregelten Aufbewahrungsfristen ist im Zweifel die jeweils längste zu beachten, im allgemeinen 10 Jahre.

Nach allem ist eine exakte, rechtlichen Anforderungen genügende Dokumentation durchaus mit Mühe und Zeitaufwand verbunden. Dieserhalb dagegen vorgebrachte Einwände wurden gleichwohl sämtlich von der Rechtsprechung zurückgewiesen.

Andererseits bieten sorgfältige Aufzeichnungen aber auch ganz abgesehen von ihrer medizinischen Notwendigkeit die Chance, sich vor unberechtigtem Schadensersatzbegehren unzufriedener Patienten zu schützen. Denn stellt die Rechtsprechung einerseits hohe Ansprüche an die Qualität ärztlicher Aufzeichnungen, so steht sie andererseits auf dem Standpunkt, dass einer angemessenen Dokumentation in der Regel Glauben zu schenken ist, auch wenn Parteibehauptungen des Patienten entgegenstehen. Das setzt natürlich voraus, dass die Dokumentation vollständig, inhaltlich nachvollziehbar, zeitlich richtig geordnet und ohne Widersprüche ist.

L. Figgenger Münster

Version 09/2010

Ersetzt alte Versionen:

DZZ 50 (95)

Stellungnahme der DGZMK 10/94 V 2.0, Stand 11/94

Stellungnahme 3/84