

Das Arzthaftungsrecht – aus einer Fülle von einzelnen Entscheidungen entwickelt und in ständiger Entwicklung begriffen – versucht, eine Konfliktlösung und einen Interessenausgleich zwischen Arzt und Patient herbeizuführen, wenn ausbleibt, was beide anstreben, nämlich der Erfolg einer ärztlichen Behandlung, und eintritt, was keiner wünscht: ein Schaden.

Behauptet der Patient, dieser Schaden sei ihm in Folge einer Sorgfaltswidrigkeit, in Folge eines Behandlungsfehlers seitens des Arztes entstanden, so muß er dies beweisen. An dieser Beweislast trägt er – wie die Erfahrung zeigt – oftmals schwer. Die Entscheidung fällt letztendlich nicht der Richter, sondern ein medizinischer Sachverständiger.

Die Rechtsprechung hat allerdings im Laufe der Jahrzehnte den Katalog von ärztlichen Pflichten aus dem Behandlungsvertrag um zwei Punkte bereichert, deren Verletzung geeignet ist, die prozeßentscheidende Beweislastregelung zu Lasten des in Anspruch genommenen Arztes umzukehren: die Aufklärungspflicht und die Pflicht zur Dokumentation des Behandlungsverlaufes.

Diese Pflichten – richtig verstanden – stellen nicht eine den Medizinern von den Juristen auferlegte Bürde dar; ihre Kenntnis und Beachtung ist im Hinblick auf eine eventuelle haftungsrechtliche Inanspruchnahme vielmehr die beste Vorsorge.

Dokumentationspflicht – rechtliche Hintergründe und Konsequenzen

Die Zeiten, in denen die ärztlichen Aufzeichnungen nur als eine „interne Gedächtnisstütze“ ohne eigene rechtliche Bedeutung galten, deren „ob“ und „wie“ in das Belieben des Arztes gestellt blieb (1), sind lange vorbei. Vorbereitet durch einen Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahre 1972 (2) hat der Bundesgerichtshof erstmals in seiner Grundsatzentscheidung vom 14. März 1978 (3) eine ausdrückliche – sowohl vertraglich wie auch deliktisch begründete – Rechtspflicht des Arztes zur Dokumentation der Behandlungsumstände festgeschrieben. In dieser Grundsatzentscheidung sind bereits die prozessualen Folgen für den Fall eines Pflichtverstoßes vorgegeben:

Dokumentation als Haftungsprophylaxe

Konfrontiert ein Patient seinen behandelnden Arzt mit einem Behandlungsfehlervorwurf, so liegt die Beweislast beim Patienten. Eine Umkehr der Beweislastregelung zu Lasten des Arztes erfolgt nur dann, wenn der Arzt seiner Aufklärungs- und Dokumentationspflicht nicht nachgekommen ist.

von Gabriela Schwarz-Schilling

„Der Grundsatz der ‘Waffengleichheit‘ im Arztfehlerprozeß erfordert zunächst, daß der Arzt dem klagenden Patienten Aufschluß über sein Vorgehen in dem Umfang gibt, in dem ihm dies ohne weiteres möglich ist, und insoweit auch zumutbare Beweise erbringt. Dieser Beweispflicht genügt der Arzt weithin durch Vorlage einer ordnungsgemäßen Dokumentation im Operationsbericht, Krankenblatt oder der Patientenkarte, wie sie auch gutem ärztlichen Brauch entspricht. Vertrauenswürdigen Unterlagen dieser Art kann und soll in der Regel der Richter bis zum Beweis der Unrichtigkeit Glauben schenken. ... die ‘Waffengleichheit‘ erfordert es, daß die Beklag-

tenseite gleichzeitig in zumutbarem Umfang Umstände darlegt und unter Beweis stellt, aus denen sich die allgemeine Vertrauenswürdigkeit der Aufzeichnung ergibt.“ (BGH VersR 1978, 572)

Konsequenzen aus dieser Entscheidung, die auch zur Übernahme der Dokumentationspflicht durch die ärztlichen Standesorganisationen und in spezialgesetzliche Vorschriften (4) geführt hat, sind folgende:

- Eine unzureichende oder unterlassene Dokumentation indiziert, daß die zu dokumentierende Maßnahme unterblieben ist (Indizwirkung).
- Unzulängliche Dokumentation bringt dem Patienten Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr für den Nachweis eines ärztlichen Behandlungsfehlers (Beweiserleichterung).

Trotz dieser haftungsrechtlichen und auch berufsrechtlichen Bedeutung ist die Dokumentation – ebenso wie die Aufklärung – für viele Ärzte nach wie vor eine lästige Pflicht, aufgebürdet von Juristen, die wertvolle Behandlungszeit raubt. Wer diese verbreitete Auffassung teilt, der verkennt die Chancen, die in einer sorgfältigen Führung von Patientenunterlagen liegt:

Eine ordnungsgemäße Dokumentation schafft die besten Voraussetzungen dafür, erfolgreich eventuell Haftungsansprüche abzuwehren.

Dokumentation – Inhalte

Wie sieht nun eine „ordnungsgemäße Dokumentation“ aus? Mindestinhalte der ärztlichen Aufzeichnungen

T H E M A

schreibt etwa der Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) fest, in dem es heißt, daß „... über den Befund und die Behandlungsmaßnahmen ... die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen“ und „... zehn Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren“ sind, soweit nicht andere Vorschriften – zum Beispiel die Röntgenverordnung – oder „medizinische Erfordernisse“ eine längere Aufbewahrung fordern (§ 5 BMV-Ä).

Was konkret „erforderlich“ ist, dazu fehlt es auch in der Rechtsprechung an allgemein gültigen und verbindlichen Richtlinien (5). Grundsätzlich werden an die Behandlungsdokumentation inhaltlich hohe Anforderungen gestellt (6). Welche Maßnahme im Einzelfall aufzeichnungspflichtig gewesen wäre, erfährt man manchmal – und dann unter Umständen zu spät – erst durch einen Gerichtsentscheid.

Dokumentiert werden sollte daher möglichst eingehend und umfangreich alles, was medizinisch für die Behandlung relevant ist oder relevant sein könnte. Maßstab einer ordnungsgemäßen Dokumentation sind folgende Kriterien:

- Vollständigkeit
- Wahrheit
- Klarheit

Dokumentationszweck

Eine Leitlinie bei der Entscheidung über das „ob“ und „wie“ der Aufzeichnung geben die Dokumentationszwecke. Sie bestimmen Art, Inhalt und auch Umfang der ärztlichen Dokumentationspflicht. Diese Dokumentationszwecke sind:

- Therapiesicherung
- Rechenschaftspflicht
- forensische Beweissicherung

Therapiesicherung

In der Pflicht zur Dokumentation des Behandlungsgeschehens hat der BGH, wie er vielfach betont, immer und in erster Linie eine notwendige Grundlage für die Sicherheit des Patienten in der Behandlung gesehen (7).

Sie soll eine sachgerechte Erst- und Anschlußbehandlung gewährleisten. Es ist angesichts der Arbeitsteilung auch und gerade im Bereich der ärztlichen Versorgung unverzichtbar, daß jeder mit- und nachbehandelnde Arzt sich jederzeit anhand der Dokumentation über den Behandlungsverlauf und die Krankengeschichte umfassend zu informieren vermag.



*Die ordnungsgemäße Dokumentation ist keine „lästige Pflicht“, sondern eine vertrauensbildende Maßnahme zwischen Arzt, Patient und Gericht, die für den Arzt die bestmögliche Haftungsprophylaxe darstellt.
Karikatur: Reinhold Löffler*

Die Pflicht zur Sammlung von Patientendaten und Führung einer Krankengeschichte ist also vorrangig und in erster Linie von Therapieerfordernissen bestimmt (8). Angesichts dieser Tatsache verlangt die Rechtsprechung von der Dokumentation auch nicht mehr als das, was medizinisch erforderlich ist (9).

Rechenschaftslegung

Dem Dokumentationszweck Rechenschaftslegung entspricht eine grundsätzliche Rechenschaftspflicht des Arztes. Der BGH hat diese Rechenschaftspflicht – sozusagen in einem Nebensatz – in seinem „Dokumentationsurteil“ (10) begründet, indem er die ärztliche Tätigkeit im Verhältnis zum Patienten der Tätigkeit eines

Treuhänders bei der Verwaltung fremden Vermögens gleichgestellt hat.

Wie der Vermögensverwalter gegenüber seinem „Geschäftsherrn“, so hat auch der Arzt nach Abschluß seiner Behandlung auf Wunsch des Patienten diesem das Behandlungsgeschehen detailliert und umfassend darzulegen (11). Die ärztlichen Aufzeichnungen über die von ihm getroffenen Feststellungen und Maßnahmen sollen dem Patienten die Möglichkeit geben, den eigenen Krankheits- und Behandlungsablauf nachzuvollziehen. Sie dienen gegebenenfalls als Grundlage für die Einholung einer „second opinion“: Will ein Patient sich mit einer bestimmten Diagnose oder mit einer vorgeschlagenen Behandlungsweise nicht abfinden, so soll er die Möglichkeit erhalten, einen anderen Arzt mit der Überprüfung – nicht Kontrolle (!) – der zugrundeliegenden ärztlichen Feststellungen zu beauftragen. Insofern ist die Dokumentationspflicht, wie Steffen immer wieder betont (12), „ausschließlich der medizinischen Seite der Behandlung verhaftet“. Sie dient nicht dazu, die Grundlagen für Schadenersatzansprüche zu schaffen. Sie soll allerdings dem Kostenträger eine Kontrollmöglichkeit im Hinblick auf die Erstattungsfähigkeit der erbrachten ärztlichen Leistungen geben.

Beweissicherung

Dieser Dokumentationszweck ist nach wie vor kein unumstrittener. Im Ergebnis heißt das, daß der Arzt verpflichtet ist, durch seine eigenen Aufzeichnungen „Material“ zu sammeln, das den Patienten Beweismittel liefert für den Fall, daß er seinen Arzt wegen fehlerhafter Behandlung in Anspruch zu nehmen beabsichtigt.

Es besteht nach wie vor eine weit verbreitete Scheu, diese sicher weitgehende Zweckbestimmung der ärztlichen Dokumentation als solche festzuschreiben. Fakt ist

aber, daß die höchstrichterliche Rechtsprechung die unzureichende Dokumentation im Rahmen der Beweiswürdigung mit erheblichen Nachteilen für den betroffenen Arzt „bestraft“. Im Hinblick auf diese tatsächlichen prozessualen Konsequenzen hat deshalb die Dokumentationspflicht auch den Zweck der Beweissicherung (13).

Dokumentationsumfang

Um den Grundsatz zu Inhalt und Umfang der ärztlichen Dokumentation nochmals zu betonen: Zu dokumentieren ist nur – das allerdings detailliert und umfassend –, was für die Behandlung aktuell von Bedeutung ist oder Bedeutung gewinnen könnte. Konkret gehören zu einer ordnungsgemäßen Dokumentation folgende Aufzeichnungen:

► die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

- Anamnese
- Diagnoseuntersuchungen aller Art
- Laborbefunde
- Medikation
- Ärztliche Hinweise für und Anweisungen an die Funktions- und Behandlungspflege
- Abweichung von der Standardbehandlung

► Verlaufsdaten

- Aufklärungsgespräch/Beratung, möglichst mit kurzer Inhaltsangabe auch der Patientenerklärung
- Operationsbericht
- Narkoseprotokoll
- Zwischenfälle (im Eingriff angetroffene anatomische Abweichungen, Komplikationen)
- Wechsel des Operateurs während der Operation
- Anfängerkontrolle
- Intensivpflege
- Verlassen des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat
- Verweigerung der Behandlung durch den Patienten gegen ärztlichen Rat

Zu dokumentieren sind, wie sich aus dieser Aufstellung ergibt, Fakten, nicht bloße Vermutungen oder ungesicherte Befunde. Eine Verdachtsdiagnose allerdings, auch wenn sie sich später nicht bestätigt, sollte als solche gekennzeichnet und aufgezeichnet werden (15).

Dokumentation – Art und Weise

Grundsatz der Rechtsprechung: Die Dokumentation muß für den Fachmann verständlich sein. Zeitsparende allgemein anerkannte Kürzel, Stichworte oder Symbole – etwa zwei Hasenohren für die Lagerung des Patienten bei Bandscheiben-OP in der typischen „Häschenstellung“ – genügen. Verwandt werden können auch eigene persönliche Abkürzungen. Dann allerdings muß im Falle eines Einsichtsbehrens zusammen mit den Unter-

lagen auch ein „Abkürzungsverzeichnis“ zur Verfügung gestellt werden.

Im Hinblick auf den fachkundigen „Adressaten“ der Dokumentation bedürfen selbstverständliche Routinehandlungen nicht einer besonderen Aufzeichnung.

Etwas anderes gilt allerdings für den in der Facharztweiterbildung stehenden Anfänger: An ihn stellt der BGH besonders hohe Anforderungen hinsichtlich der Genauigkeit der Aufzeichnungen auch bei Routineeingriffen (16). Für den Berufsanfänger gilt die Regel: Lieber zu viel als zu wenig. Eine weitere Ausnahme von dem Grundsatz, daß für Routinemaßnahmen keine Dokumentationspflicht besteht, stellt auch die Behandlung eines hoch infektiösen Patienten, insbesondere eines HIV-Infizierten dar. In diesen Fällen sollte der Hinweis „sorgfältige Desinfektion (Aids-Patient)“ in den Behandlungsunterlagen vermerkt werden.

Dokumentation – Zeitpunkt

Grundsatz: Es muß zeitnah dokumentiert werden. Eine Rolle spielt dieses Kriterium allerdings nur dann, wenn der Patient die Unrichtigkeit der vorgelegten Dokumentation rügt – wofür er allerdings dann die Beweislast trägt. Vor diesem Hintergrund ist die grundsätzliche Forderung der Rechtsprechung nach zeitnaher Dokumentation eher theoretisch, zumal auch eine nachträgliche Ergänzung der Aufzeichnung – jedenfalls bei einfachen und unkomplizierten Eingriffen und Behandlungen – möglich und zulässig ist. Dies allerdings nur unter der Voraussetzung, daß der zunächst nicht dokumentierte Befund entweder in anderen Unterlagen nachweisbar oder doch nachträglich zu ermitteln ist.

Vor einer solchen nachträglichen und/oder behandlungsfernen Dokumentation muß sowohl unter strafrechtlichen (möglicher Verdacht der Urkundenfälschung gemäß § 267 StGB), standesrechtlichen (die Berufsordnungen verlangen „unverzögliche“ Aufzeichnung) als auch unter haftungsrechtlichen (Umkehr der Beweislast für den Fall der Aufdeckung einer nachträglichen Ergänzung) Gründen gewarnt werden.

Verboten ist selbstverständlich eine nachträgliche Ergänzung der Behandlungsunterlagen durch unwahre Angaben. Verboten ist aber auch jede Ergänzung oder Änderung ab dem Zeitpunkt, in dem der Patient oder Dritte die Forderung auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen gestellt haben.

Die von der Rechtsprechung eingeräumte Möglichkeit, mit Hilfe einer ordnungsgemäßen Dokumentation den Beweis zu erbringen sowohl für eine sachgerechte Aufklärung des Patienten als auch für eine fehlerfreie Behandlung, ist im Interesse des gesamten Berufsstandes viel zu wertvoll, als daß diese beweisrechtlichen Vorteile in Einzelfällen durch Manipulationen oder auch nur durch den Anschein einer Manipulation gefährdet werden dürfen. Es gilt, im Interesse aller Ärzte das grundsätzliche Vertrauen der Rechtsprechung in die

Zuverlässigkeit der Behandlungsdokumentation zu erhalten.

Probleme bei EDV-gestützter Dokumentation

Dieses Anliegen sollte insbesondere bei der Verwendung einer EDV-gestützten Dokumentation – die jedenfalls in niedergelassenen Praxen zwischenzeitlich weit verbreitet ist – nicht vernachlässigt werden. Zwar haben sich grundsätzliche haftungsrechtliche Bedenken gegen den Einsatz von EDV zum Zwecke der Dokumentation bislang jedenfalls in der veröffentlichten Rechtsprechung noch nicht gezeigt. Um den Beweiswert der ärztlichen Dokumentation jedoch auch unter dem Einsatz von EDV zu erhalten, muß eine nachträgliche Veränderbarkeit von Eintragungen und Aufzeichnungen durch die Software-Konstruktion zuverlässig ausgeschlossen werden. Jede Form von Löschungen oder Korrekturen muß als solche erkennbar sein. Schlicht durch die Wahl eines falschen – nämlich nicht manipulationssicheren – Programms kann ein Aufklärungshindernis geschaffen werden und der Arzt sich dem Vorwurf der Beweisvereitelung ausgesetzt sehen.

Sicherlich wird es technische und systembedingte Gründe geben, die im Streitfall dem Vorwurf der Manipulation oder Manipulierbarkeit – durchaus auch mit Erfolg – entgegengehalten werden können. Sollten sich allerdings Verdachtsfälle im Hinblick auf die Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit der EDV-gestützten Dokumentation mehren – was derzeit noch nicht abgeschätzt werden kann –, so ist die Prognose schlecht: Der Vertrauensvorschuß, den die Rechtsprechung dem Arzt bei ordnungsgemäßer und zuverlässiger Dokumentation einräumt, ist dann in ernster Gefahr.

Wer den Wert einer ordnungsgemäßen Dokumentation erkannt hat, wird den darauf gestützten Vertrauensvorschuß der Gerichte wissentlich und willentlich wohl kaum aufs Spiel setzen wollen (17).

Dokumentationsmängel und ihre rechtliche Qualifizierung

Ein Dokumentationsmangel als solcher ist in aller Regel kein eigener vertraglicher oder gar deliktischer Haftungsgrund. Versäumnisse und/oder Lücken ebenso wie ersichtlich nachträgliche Veränderungen der Aufzeichnungen haben lediglich die bereits dargestellten beweisrechtlichen Konsequenzen und damit auch durchaus entscheidende Bedeutung in haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen.

Die Rechtsprechung gibt dem betroffenen Arzt zwar die Möglichkeit, nachzuweisen, daß die nicht dokumentierte Maßnahme dennoch vorgenommen worden ist. Wie dieser Nachweis geführt werden kann, ist bislang noch nicht entschieden. Jedenfalls trägt der Arzt die volle Beweislast; Zweifel gehen zu seinen Lasten (18).

Dokumentationsmängel stellen allerdings einen selbständigen Haftungsgrund dar, wenn infolge unsorg-

fältiger Dokumentation eine erneute invasive Diagnostik erforderlich wird oder durch Lücken der Dokumentation des Vorbehandlers bedingt eine falsche Therapie oder Übertherapie stattfindet bzw. Kontraindikationen nicht erkennbar waren (19). Die prozessuale „Hintertür“ sollte keinesfalls als adäquate Möglichkeit fehlverstanden werden, die Pflicht zur möglichst detaillierten und lückenlosen Dokumentation in großzügiger Weise wahrnehmen zu können.

Schlußbemerkung

Die Dokumentation – ebenso wie die Aufklärung – nimmt wertvolle Zeit in Anspruch – wertvoll, weil sich jede Minute, die in Erfüllung dieser Pflichten investiert wird, im Konfliktfall auszahlt. Eine allgemeine Prozeßregel lautet: „Einen Prozeß gewinnt, wer beweisen kann, was er beweisen muß.“ Im Falle einer haftungsrechtlichen Inanspruchnahme muß der Arzt beweisen, daß er seinen Patienten ordnungsgemäß aufgeklärt hat. Beweisen kann er das mit einer ordnungsgemäßen Dokumentation. Die ordnungsgemäße Dokumentation wiederum gibt einen unschätzbaren Beweisvorteil gegenüber dem Patienten, der den Behandlungsfehlervorwurf erhebt.

Die Dokumentation ist, ebenso wie die Aufklärung, eine vertrauenbildende Maßnahme – sowohl im Verhältnis zum Patienten als auch im Verhältnis zum Gericht. Deshalb ist die Wahrnehmung dieser „lästigen“ Pflichten die bestmögliche Haftungsprophylaxe.

Literatur (1)-(19) bei der Verfasserin

*Anschrift der Verfasserin:
Gabriela Schwarz-Schilling,
Rechtsanwältin,
Marburger Straße 2,
57223 Kreuztal*

Nachdruck aus dem
Bayerischen Ärzteblatt, Oktober 1996