

Die Dokumentationspflicht

Rechtliche Anforderungen – Folge 42 der Reihe „Arzt und Recht“

von Dirk Schulenburg*

Berufsrechtlich ist der Arzt verpflichtet, über die in Ausübung des Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur ärztliche Gedächtnisstützen, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation (§ 10 Abs. 1 Berufordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte).

Zweck und Umfang

Der Umfang der ärztlichen Dokumentationspflicht bestimmt sich nach dem Zweck der Dokumentation. Sie dient primär den therapeutischen Interessen des Patienten und der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Behandlung. Im Kern geht es darum, den Verlauf einer Krankheit und die bisherige Behandlung nachvollziehbar festzuhalten. Die Dokumentationspflicht erstreckt sich auf Umstände, die für die Diagnose und Therapie nach medizinischem Standard wesentlich sind und deren Aufzeichnung und Aufbewahrung für die weitere Behandlung des Patienten medizinisch erforderlich ist. Eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist, ist rechtlich nicht geboten.

Die Dokumentation dient nicht dazu, dem Patienten Beweise für Schadensersatzansprüche in einem möglichen Arzthaftungsprozess zu verschaffen. Der behandelnde Arzt ist daher im vorgeordneten Stadium außerhalb der Dokumentation grundsätzlich auch nicht verpflichtet, Auskunftsbegehren des Patienten zu entsprechen – etwa einen „Fragenkatalog“ im Vorfeld eines Prozesses zu beantworten.

Inhalt und Form

Aufzeichnungspflichtig sind nur die für die ärztliche Diagnose und die Therapie wesentlichen medizinischen Fakten. Zu dokumentieren ist somit alles, was für das Behandlungsgeschehen wichtig ist. Dies sind vor allem Untersuchungsbefunde, Medikation und ärztliche Anweisungen. Ferner sind Verlaufsdaten (Operationsbericht, Narkoseprotokoll, Pflegeprotokoll) festzuhalten. Dokumentationspflichtig ist auch ein diagnose- bzw. therapiewidersetzendes Verhalten des Patienten wie das Verlassen des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat oder die Weigerung, eine zur weiteren Diagnoseabklärung erforderliche Untersuchungsmaßnahme durchführen zu lassen.

Abweichungen von einem Routineverlauf oder einer Standardmaßnahme sind zu dokumentieren, nicht aber die Tatsache, dass keine besonderen Vorkommnisse vorliegen. Die Dokumentation hat vom Grundsatz her umso ausführlicher zu sein, je atypischer und schwieriger die Situation ist.

Die Dokumentation kann aus Stichworten, Abkürzungen oder Symbolen bestehen. Entscheidend ist, dass die Eintragungen einem Fachmann verständlich sind.

Zeitpunkt

Die Dokumentation hat grundsätzlich zeitnah zu dem dokumentierten Geschehen zu erfolgen. Wird die Dokumentation erst Wochen oder Monate später vorgenommen, kann dies Zweifel an der richtigen Wiedergabe des tatsächlichen Geschehens in der Dokumentation begründen. Lediglich bei einfacheren Eingriffen oder Behandlungen wird der Arzt als berechtigt angesehen, nachträglich

die ordnungsgemäße Dokumentation aus dem Gedächtnis zu erstellen.

Beweislastumkehr

Ein Dokumentationsmangel (unterbliebene, unvollständige und lückenhafte Dokumentation) bildet keine eigenständige Haftungsgrundlage und führt im Arzthaftungsprozess nicht unmittelbar zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich der Kausalität zwischen einem Behandlungsfehler und dem eingetretenen Gesundheitsschaden. Ist jedoch eine dokumentationspflichtige Maßnahme nicht dokumentiert, so schließt die Rechtsprechung hieraus, dass diese Maßnahme auch nicht durchgeführt worden ist. Hieraus resultiert eine Beweislastumkehr. Hat üblicherweise der Patient das Unterlassen gebotener Maßnahmen zu beweisen, so ist der Arzt in der Beweispflicht, wenn eine Lücke in der Dokumentation vorliegt. Ein solcher Beweis kann auch ohne Dokumentation, beispielsweise durch Zeugenaussagen, gelingen.

Elektronische Dokumentation

Die elektronische Dokumentation unterliegt im Arzthaftungsprozess der so genannten freien richterlichen Beweiswürdigung, wobei das Gericht einer formell und materiell ordnungsgemäßen Dokumentation bis zum Beweis des Gegenteils Glauben schenken wird. Nach der Rechtsprechung kommt einer EDV-Dokumentation, die nicht gegen eine nachträgliche Veränderung gesichert ist, der volle Beweiswert einer üblichen handschriftlichen Dokumentation zu, wenn der Arzt plausibel darlegt, dass die Dokumentation nicht nachträglich verändert wurde und die Dokumentation aus medizinischen Gesichtspunkten plausibel erscheint.

* Dr. iur. Dirk Schulenburg ist Justitiar der Ärztekammer Nordrhein.