

Der Beweiswert elektronischer Patientenakten

Immer häufiger stellen Ärzte die Frage nach einer elektronischen Patientendokumentation, die sowohl den berufsrechtlichen Vorgaben als auch den Anforderungen des Patientenrechtegesetzes entspricht und zudem im Haftungsprozess taugliches Beweismittel ist.

von Dirk Schulenburg und Katharina Eibl

Die Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten zur Dokumentation ergibt sich berufsrechtlich aus § 10 Abs. 1 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte (BO) und im Zivilrecht aus § 630 f Abs. 1 BGB. Eine elektronische Dokumentation ist nach beiden Vorschriften möglich, es sollten allerdings Besonderheiten beachtet werden.

Das Berufsrecht

Nach § 10 Abs. 1 BO haben Ärztinnen und Ärzte über die in Ausübung ihres Berufs gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. In § 10 Abs. 5 BO ist geregelt, dass *Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien* besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

Hierdurch ist klargestellt, dass die Dokumentation durchaus auch mit Hilfe elektronischer Medien erfolgen kann.

Das Patientenrechtegesetz

Mit dem Patientenrechtegesetz wurde die Dokumentationspflicht des Arztes im Bürgerlichen Gesetzbuch normiert. Nach § 630 f Abs. 1 BGB ist der behandelnde Arzt verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Im Grundsatz ist also eine elektronisch geführte Akte zulässig.

Auch hier gilt, dass nachträgliche Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen nur dann zulässig sind, *wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt,*

wann sie vorgenommen worden sind (§ 630 f Abs. 1 S. 3 BGB).

Im Falle eines Haftungsprozesses muss der Patient darlegen und beweisen, dass dem Arzt ein Fehler unterlaufen ist und dieser Fehler zu einem Schaden geführt hat. Ist die Dokumentation lückenhaft, führt dies zu einer Beweiserleichterung für den Patienten (§ 630 h Absatz 3 BGB). Ein Verstoß gegen die Pflicht zur Dokumentation einer medizinisch gebotenen wesentlichen Maßnahme führt zu der Vermutung, dass der Behandler diese Maßnahme nicht getroffen hat. Fehlt es bei einer elektronisch geführten Patientenakte an der Möglichkeit, Änderungen nachzuverfolgen, ist dies einer fehlenden Dokumentation gleichzustellen.

Es handelt sich hierbei allerdings lediglich um eine Vermutung, die nach § 292 ZPO widerlegbar ist und nur bis zum Beweis des Gegenteils gilt, der beispielsweise durch eine Zeugenaussage einer Mitarbeiterin erbracht werden kann.

Die Dokumentation als Urkundsbeweis

Unabhängig von der Frage des geschilderten Anscheinsbeweises kann es sich bei der Patientendokumentation um eine Privaturkunde handeln, die als Urkundsbeweis im Zivilprozess verwendet werden kann. Privaturkunden begründen gemäß § 419 ZPO vollen Beweis dafür, dass die in ihnen enthaltenen Erklärungen vom Aussteller abgegeben sind. Dies ist allerdings nur dann der Fall, wenn sich aus der Patientendokumentation der Aussteller ergibt und diese nicht mehr veränderbar ist.

Dies ist bei einer elektronisch geführten Patientendokumentation nicht selbstverständlich. Eine solche elektronische Patientendokumentation ist nur dann ein der handschriftlichen Patientendokumentation ebenbürtiges Beweismittel, wenn sie eine elektronische Signatur enthält (§ 371a ZPO, § 2 Signaturgesetz).

Das bedeutet nicht, dass elektronisch geführte Patientenunterlagen ohne eine solche Signatur keinen Beweiswert haben, der hohe Beweiswert eines Urkundsbeweises kommt ihnen allerdings nicht zu. Es handelt sich vielmehr nur um den oben geschilderten widerlegbaren Anscheinsbeweis (so auch OLG Naumburg, Urteil vom 26.01.2012, Az.: 1 U 45/11).

Eingescannte Schriftstücke

Durch den Urkundsbeweis ist der Beweis darüber zu führen, dass die Erklärung, die in den Patientenunterlagen vorhanden ist, vom Aussteller abgegeben wurde. Dies kann also insbesondere bei den vom Patienten unterzeichneten Aufklärungsbögen und Einverständniserklärungen eine Rolle spielen. Hier ist davor zu warnen, diese Dokumente einzuscannen und den Patientenunterlagen hinzuzufügen. Eingescannte Schriftstücke können vor dem Einscannen verändert werden. Die eingescannte Unterschrift kann zudem nicht mehr für ein Schriftgutachten verwendet werden. Sofern also im Prozess berechnete Zweifel an der Echtheit des Dokuments aufkommen, beispielsweise wenn der Patient bestreitet, den Aufklärungs- bzw. Einwilligungsbogen selbst unterzeichnet zu haben, muss der beklagte Arzt beweisen, dass das Dokument weder lückenhaft ist noch nachträglich verändert wurde. Sofern das Original-Dokument dann nicht mehr vorhanden sein sollte, kann dies zulasten des Arztes ausgehen. Es ist mithin auch den Ärzten, die eine elektronische Patientenakte führen, selbst wenn diese durch eine Signatur gesichert ist, in jedem Fall zu empfehlen, die maßgeblichen Original-Unterlagen, insbesondere Aufklärungs- und Einwilligungsbögen, aufzubewahren.

Was für die vom Patienten unterzeichneten Schriftstücke gilt, das gilt auch für alle anderen, z.B. Schreiben vom mitbehandelnden Kollegen. Auch diese haben nur beschränkten Beweiswert, wenn sie eingescannt sind und die Originale vernichtet werden.

Im Falle eines Haftungsprozesses wegen eines Behandlungsfehlers hängt der Ausgang des Verfahrens meist von der Frage ab, wer welche Tatsachen beweisen kann. Um sich für den Fall des Falles nicht unnötig in eine schwache Position zu bringen, sollten bei der elektronischen Patientenakte die Originale der Aufklärungs- und Einwilligungsbögen und der Unterlagen der Mitbehandler verwahrt werden. Zudem bietet es sich an, eine elektronische Signatur anzuwenden. RA

Dr. iur. Dirk Schulenburg, MBA, ist Justiziar der Ärztekammer Nordrhein, Katharina Eibl, Fachanwältin für Medizinrecht, ist Referentin der Rechtsabteilung.