

Der Gynäkologe

Fortbildungsorgan der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Elektronischer Sonderdruck für D. Berg

Ein Service von Springer Medizin

Gynäkologe 2011 · 44:637–646 · DOI 10.1007/s00129-011-2839-y

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

D. Berg · T. Gaibler

Aufklärung und Dokumentation

Teil II: Dokumentation

Gynäkologie 2011 · 44:637–646
 DOI 10.1007/s00129-011-2839-y
 Online publiziert: 31. Juli 2011
 © Springer-Verlag 2011

Redaktion

D. Berg, Amberg
 T. Dimpfl, Kassel
 W. Janni, Düsseldorf
 R. Kreienberg, Ulm
 N. Maass, Aachen
 O. Ortman, Regensburg
 T. Strowitzki, Heidelberg
 K. Vetter, Berlin
 R. Zimmermann, Zürich



Punkten Sie online auf
CME.springer.de

Teilnahmemöglichkeiten

- kostenfrei im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- individuelle Teilnahme durch den Erwerb von CME-Tickets auf CME.springer.de

Zertifizierung

Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH
 Fachzeitschriften Medizin / Psychologie
 CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
 69121 Heidelberg
 E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

D. Berg¹ · T. Gaibler²

¹ Amberg

² Rechtsanwälte Ulsenheimer & Friederichs, München

Aufklärung und Dokumentation

Teil II: Dokumentation

Zusammenfassung

Die Dokumentation ist Bestandteil des Behandlungsvertrages und ärztliche Pflicht. Sie muss nicht nur richtig sein, sondern auch konkret und das Krankheits- und Behandlungsgeschehen für einen Dritten nachvollziehbar abbilden. Im Prinzip gilt der Grundsatz: Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht geschehen – unbeschadet der Möglichkeit, den Nachweis einer korrekten Dokumentation auch mit Zeugenaussagen zu belegen (Vorsicht!). Nicht zwingend sind Selbstverständlichkeiten wie z. B. die Desinfektion der Haut vor einer Injektion zu dokumentieren. Vor allem ist jede Abweichung von der Norm dokumentationspflichtig. Die schriftlich festgelegte Organisation und Belehrung der Mitarbeiter ist Aufgabe des Abteilungs-/Praxisleiters, der auch Belange des Datenschutzes und der Aufbewahrungsfristen sowie der digitalen Dokumentation beachten muss.

Schlüsselwörter

Risikomanagement · Haftungsrecht · Behandlungsfehler · Gutachten · Einverständnis

Informed consent and documentation · Part II: Documentation

Abstract

Documentation is an inherent component of the treatment contract and medical obligation. The documentation must not only be correct but also concrete and accurately describe the illness and treatment procedure in a manner understandable for a third party. The basic principle is that that which is not documented, never took place, irrespective of the possibility of providing evidence of correct documentation even with witness statements (caution!). It is not necessary to document actions which are taken for granted, such as disinfection of the skin before giving an injection. In particular all deviations from standard procedure must be documented. The documented organization and instruction of staff members is the duty of the head of the department or medical practice who must also observe the requirements of data protection and storage limits as well as the digital documentation.

Keywords

Risk management · Liability · Treatment errors · Expert report · Informed consent

Den Anforderungen an eine regelrechte Dokumentation wird immer noch zu wenig Beachtung geschenkt; dabei ist sie nicht nur Teil des Behandlungsvertrages. Vielmehr schützt sie nicht nur den Arzt im Fall eines Haftungsprozesses, sondern auch, beispielsweise bei notwendiger (Weiter-/Mit-)Behandlung durch andere im Bereich der Gesundheitsversorgung Tätige, den Patienten. Vermittelt werden im Folgenden wichtige Vorbedingungen und Voraussetzungen einer ausreichenden und vollständigen Dokumentation.

► Behandlungsvertrag

Nur eine fehlende, lückenhafte oder falsche Dokumentation ist riskant

► Zeitaufwendige Rechtsstreitigkeiten

Die ordnungsgemäße Dokumentation ist Bestandteil des ► **Behandlungsvertrages** und ebenso Pflicht wie die standardgemäße Ausführung einer ärztlichen Maßnahme selbst. Im Arzthaftungsprozess genießt der Arzt, bezogen auf die Dokumentation, einen bedeutenden Vertrauensvorsprung, weil die Rechtsprechung primär von der Richtigkeit und Vollständigkeit des dokumentierten Behandlungsverlaufs ausgeht. Die Dokumentation muss daher nicht nur richtig, sondern auch sehr konkret sein und das Krankheits- und Behandlungsgeschehen nachvollziehbar abbilden. Die Dokumentation ist entgegen einer oft gehörten Meinung nur dann gefährlich, wenn sie fehlt, lückenhaft oder falsch ist.

Der Zeitaufwand für die Dokumentation ist im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement zum Ärger der Ärzte und Pflegekräfte deutlich gestiegen. Zudem betrifft nur ein Teil die unmittelbar der Patientenversorgung dienenden Leistungen. Eine ausführlichere Dokumentation ist jedoch unabdingbar, um spätere ► **zeitaufwendige Rechtsstreitigkeiten** zu vermeiden.

Ziele

Diente die Dokumentation früher ausschließlich als Gedächtnisstütze für den Arzt, so erfüllt sie heute neben dieser wichtigen Funktion vielfältige zusätzliche Aufgaben:

- Information mitbehandelnder Pflegekräfte und Ärzte im therapeutischen Interesse des Patienten,
- Information des Patienten,
- Abrechnungsgrundlage („diagnosis related groups“, DRGs, Disease-Management-Programme, DMP),
- Information Dritter (Medizinischer Dienst der Krankenkassen, MDK, eventuell auch Gutachter und Gericht) und
- Nachweis der durchgeführten Maßnahmen im Arzthaftungsprozess.¹

Dokumentationsdefizite

Dokumentationsdefizite begründen für sich noch keine Haftung und Anspruch auf Schadenersatz,² was medizinische Sachverständige immer wieder verkennen. Doch sie führen in der Praxis des Arzthaftungsprozesses leicht zu Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten bis hin zur ► **Beweislastumkehr**. Denn grundsätzlich gilt das, was nicht dokumentiert ist, als nicht gemacht. Ist dieses bei fehlender oder unzureichender Dokumentation unterstellte Unterlassen als behandlungsfehlerhaft zu bewerten, kann der Arzt zwar den Gegenbeweis sorgfältigen Handelns führen, doch dies gelingt häufig nicht. Die verlorene, nicht mehr auffindbare Dokumentation ist der unterlassenen Dokumentation gleichzustellen. Dokumentationsfehler kommen bei etwa 20% der Fälle der Gutachterstelle bei der Landesärztekammer Bayern vor und sind häufig Anlass für die Annahme eines Behandlungsfehlers, auch wenn dieser konkret nicht nachzuweisen ist.

- Im Falle einer kindlichen Plexusparese wurde lediglich „sehr schwierige Schulterentwicklung“ dokumentiert. Die Frage der Gutachterstelle, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler für die Plexusparese verantwortlich ist, konnte der Gutachter nicht beantworten, weil die Abfolge der getroffenen und unterlassenen Maßnahmen nicht dokumentiert war. Die gebotenen, aber nicht dokumentierten Einzelmaßnahmen wurden als nicht durchgeführt unterstellt und damit die Annahme eines Behandlungsfehlers begründet (s. dazu auch unten).
- In einem anderen Haftungsfall ließ eine nirgendwo dokumentierte Rhesus-Sensibilisierungsprophylaxe vermuten, dass sie – entgegen der Aussage des Arztes – nicht durchgeführt wurde. Für die Blindheit und den Zerebralschaden des Kindes haftete der Arzt mit etwa 2,5 Mio. EUR!

Es gilt der Grundsatz: Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht geschehen.³

¹ BGH VersR 1995, 340.

² BGH NJW 1988, 2949 ff.

³ BGHZ 99, 391, 396 f.

► Beweislastumkehr

Dokumentationsfehler sind oft Anlass, einen Behandlungsfehler anzunehmen, auch wenn er nicht nachzuweisen ist

Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht geschehen

Inhalt der Dokumentation

Die ärztlichen Aufzeichnungen müssen wahr, klar und vollständig sein, brauchen jedoch nur das medizinisch Wichtige, d. h. die wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in einer für den Fachmann hinreichend klaren Form zu enthalten.⁴ Eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist, ist auch nicht aus Rechtsgründen geboten, „sodass aus dem Unterbleiben derartiger Aufzeichnungen keine beweisrechtlichen Folgerungen gezogen werden können“.⁵ Die forensische Praxis zeigt allerdings, dass auch hier Vorsicht geboten ist, zumal das, was als „medizinisch wesentlich“ angesehen wird z. T. sehr unterschiedlicher Bewertung der jeweiligen Sachverständigen unterliegt.

Zu dokumentieren ist alles, was für die Behandlung wesentlich und im Sinne der Patientensicherheit notwendig ist. Behandelnde Ärzte und Pflegekräfte, im Schadensfall auch der Gutachter müssen in der Lage sein, die Behandlung fortzusetzen bzw. nachzuvollziehen. Die Dokumentation umfasst deshalb die Anamnese, Beschwerden und Symptome, Befunde, Diagnosen, Medikation etc. Wichtig sind auch Anweisungen zur Pflege und Lagerung, die genauen Inhalte der Patientenberatung und Aufklärung sowie eventuelle Hinweise auf die notwendige Hinzuziehung eines Spezialisten und einzuhaltende Kontrolltermine. Insbesondere Abweichungen von der Standardbehandlung sind dokumentationspflichtig.

Will der Patient das Krankenhaus auf eigene Verantwortung verlassen, muss auch dokumentiert werden, dass er auf mögliche Gesundheitsgefährdungen und deren Folgen, ggf. mit drastischen Worten, aufmerksam gemacht wurde. Gerade der Hinweis auf die mit der selbstbestimmten Entscheidung einhergehenden Risiken ist sehr sorgfältig zu dokumentieren. Bei Operationsberichten ist daran zu denken, dass ein Dritter in der Lage sein muss, die Indikation, den intraoperativen Befund und die Operationsschritte nachzuvollziehen. Zudem ist alles Ungewöhnliche zu dokumentieren. Zunächst ist der Operationssitus zu beschreiben, dem eventuelle Abweichungen von der Norm und besondere pathologische Befunde zu entnehmen sein müssen. Ferner sind alle wesentlichen Schritte zu dokumentieren, insbesondere solche Phasen, in denen relativ häufig Verletzungen von Nachbarorganen oder andere Komplikationen auftreten. Zur Kontrolle seines Berichtes sollte sich der Arzt folgende Frage stellen: Ist einem Dritten die nahtlose Übernahme der Behandlung möglich, beziehungsweise kann er den gesamten Operationsverlauf nachvollziehen? Bei einer „Anfängeroperation“ kommt der sehr sorgfältigen Dokumentation besondere Bedeutung zu: Sie sollte ausführlicher als üblich erfolgen, auch Routineschritte umfassen⁶ und erkennen lassen, wer den Anfänger und den Operationsverlauf überwachte.

Routinemaßnahmen einer Behandlung sind nicht im Einzelnen zu dokumentieren (z. B. Desinfektion vor i.m.-Injektionen), wenn sie aus ärztlicher Sicht verständlich und wesentlicher Bestandteil einer etablierten klinischen Methode sind. Andererseits kommt einer Routineblutdruckuntersuchung erhebliche Bedeutung zu, wenn sie bei einem Hochdruckpatienten oder einer Gebärenden vorgenommen wurde.

Die Dokumentation von Normalbefunden ist medizinisch unüblich. Zu empfehlen ist die Dokumentation negativer Befunde jedoch dann, wenn konkreter Anlass zur Ausräumung eines bestimmten Verdachts besteht oder es sich um medizinisch besonders wichtige Befunde handelt.⁷ Die Dokumentation des **► regelrechten Heilungsverlaufs** ist in jedem Fall sinnvoll. Fehlt im Pflegebericht, im Partogramm oder im Arztbrief die Mitteilung „normaler Heilungsverlauf“⁸ oder „rascher Geburtsfortschritt ohne besondere Beschwerden der Gebärenden“, kann später im Prozess der Einwand erhoben werden, dass Abweichungen nicht notiert, weil nicht beachtet wurden. Darüber hinaus kann dem Vorwurf eines Patienten, eine stattgehabte Komplikation sei zu spät erkannt worden, da sich niemand um ihn gekümmert habe, oft wenig entgegengehalten werden.

Dokumentationspflichtiger

Zunächst ist der **► Krankenhausträger** für die ordnungsgemäße Dokumentation in seinem Hause verantwortlich. Er wird in der Regel diese Verantwortung an den leitenden Arzt einer Abteilung delegieren, wobei dies sicherheitshalber schriftlich erfolgen sollte. Empfehlenswert ist daher eine

⁴ BGH VI ZR 170/89, NJW 1989, 2330; BGH VersR 1995, 340.

⁵ BGH NJW 1973, 2375, 2376.

⁶ BGH NJW 1985, 2193

⁷ Martis/Winkhart, aaO., D 389, S. 588.

⁸ Von der Bemerkung „alles o.B.“ ist aus Abrechnungsgründen abzuraten.

Eine medizinisch nicht erforderliche Dokumentation ist auch nicht aus Rechtsgründen geboten

Anhand der Dokumentation muss es möglich sein, die Behandlung fortzusetzen bzw. nachzuvollziehen

Im Operationsbericht müssen Indikation, intraoperativer Befund und Operationsschritte dargelegt sein

► Regelrechter Heilungsverlauf

► Krankenhausträger

► Konkrete Handlungsvorgaben

Dienst- oder Verfahrensanweisung, die ► **konkrete Handlungsvorgaben** enthält, die ihrerseits vom Krankenhausträger gelegentlich zu kontrollieren sind.⁹ Der mit der Kontrolle und Durchführung der Dokumentation beauftragte Leiter der Abteilung ist seinerseits gut beraten, wenn er eine schriftliche Anweisung über Form, Zeitpunkt und Inhalt der Dokumentation erstellt, diese mit den Mitarbeitern bespricht und ihre Einhaltung gelegentlich kontrolliert.

Natürlich sind auch Hebammen und Pflegekräfte zur sorgfältigen Dokumentation verpflichtet. Die Dienstanweisung sollte daher mit den jeweils Vorgesetzten abgestimmt bzw. die Pflichten in einer Hebammenordnung niedergelegt werden, wenn freiberufliche Hebammen tätig sind. Auf diese Weise kann eine einheitliche, ► **rechtssichere Handhabung** sichergestellt werden.

► Rechtssichere Handhabung

Karteikarten und Krankenblattsysteme sind rechtlich als Urkunden anzusehen

Form der Dokumentation

Die Dokumentation eines Behandlungsverlaufs erfolgt in der Regel auf handelsüblichen Karteikarten und Krankenblattsystemen. Diese sind rechtlich als Urkunden anzusehen und begründen daher die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit. Im Streitfall muss der Patient die Unrichtigkeit der Aufzeichnungen beweisen bzw. die Glaubwürdigkeit der Dokumentation erschüttern.

Die Dokumentation muss für einen fachkundigen Dritten hinreichend klar sein und diesem erlauben, den Krankheitsverlauf nachzuvollziehen. Abkürzungen, Symbole oder individuelle Vermerke sind erlaubt, sind diese jedoch durch einen fachkundigen Dritten (den Sachverständigen!) nicht mehr verständlich, sollte im Haftungsprozess unbedingt eine Leseabschrift übergeben werden, damit Wesentliches nicht übersehen wird. Bei der Verwendung von Namenskürzeln ist dringend zu empfehlen, eine Handzeichenliste anzulegen und regelmäßig zu aktualisieren, damit u. U. Jahre später ein wichtiger Zeuge identifiziert werden kann.

Die Dokumentation muss zeitnah erfolgen, nicht jedoch während der Bewältigung einer Krisensituation

Zeitpunkt und Ergänzung der Dokumentation

Die Dokumentation muss zeitnah erfolgen; das heißt jedoch nicht, dass noch während der Bewältigung einer Krisensituation aufgezeichnet werden muss. Auf der anderen Seite sind Glaubwürdigkeit und Beweiswert eines Operationsberichtes beschränkt, wenn er erst Wochen oder gar Monate später erstellt wird. Sind mehrere Fachgruppen (Ärzte, Pflegekräfte und anderes Personal) an der Behandlung beteiligt und zur Dokumentation verpflichtet, sollten sich alle nach Bewältigung einer eventuellen Krise zusammensetzen, um divergierende Darstellungen zu vermeiden, die häufig aus einer unterschiedlichen Wahrnehmung der akuten Situation resultieren.

Schriftliche Aufzeichnungen dürfen nach ihrem Abschluss nicht mehr verändert werden

Da Pflegekräften meistens mehr Zeit für einen Patientenkontakt zur Verfügung steht, sind ihre schriftlich niedergelegten Beobachtungen von mitunter ganz erheblicher Bedeutung für den weiteren Krankheitsverlauf und die spätere gutachterliche Beurteilung. Es muss auch sichergestellt werden, dass z. B. im Kreißsaal Hebammen und Ärzte die jeweiligen Einträge wechselseitig zur Kenntnis nehmen. Das Partogramm sollte daher von beiden abgezeichnet werden.¹⁰ Schriftliche Aufzeichnungen sind Urkunden und dürfen nach ihrem Abschluss nicht mehr verändert werden, sonst ist der Tatbestand der Urkundenfälschung erfüllt.¹¹ Ergänzungen zur Dokumentation können jedoch – idealerweise zeitnah! – auch nachträglich vorgenommen werden,¹² wenn diese unter Angabe des Autors, des Datums bzw. der Uhrzeit erfolgt, also als Nachtrag gekennzeichnet werden. Die EDV-Dokumentation ist mittlerweile in vielen Bereichen üblich und unentbehrlich, muss allerdings nach berufsrechtlichen Vorgaben gegen eine nachträgliche Manipulation gesichert sein.¹³ Zwar wird – rechtstechnisch gesehen – die Reproduktion elektronisch gespeicherter Daten lediglich als „Augenscheinobjekt“ angesehen, das im Gegensatz zur Urkunde der freien Beweiswürdigung des Richters (§ 286 Zivilprozessordnung, ZPO) unterliegt. Nach einer vielfach zitierten Entscheidung des Oberlandesgerichts (OLG) Hamm¹⁴ kommt aber auch der nicht gegen nachträgliche Änderung gesicher-

⁹ Formulierungshilfe zur Erstellung einer Dienstanweisung siehe Deutsche Krankenhausgesellschaft: Die Dokumentation in der Krankenhausbehandlung, 3. Aufl., 2007, ISBN-13: 978-3-935762-99-1.

¹⁰ AG Medizinrecht der DGGG: Empfehlungen zur Dokumentation der Geburt – das Partogramm. <http://www.dggg.de/Leitlinien>.

¹¹ OLG Koblenz, MedR 1995, 29 ff.

¹² OLG Oldenburg vom 30.04.1991: 5 U 120/90; MedR 1992, 111.

¹³ Z. B. § 10 V BayBOÄ.

¹⁴ OLG Hamm, VersR 2006, 842.

ten EDV-Dokumentation der volle Beweiswert zu, wenn der Arzt plausibel darlegt, dass die Dokumentation nicht nachträglich verändert wurde und dies auch unter medizinischen Gesichtspunkten plausibel scheint. Wird keine ► **fälschungssichere Software** benutzt, ist es sicher sinnvoll, die Daten regelmäßig auf nachträglich nicht veränderbare Datenträger zu speichern.

Zu bedenken ist aber, dass durchaus fraglich ist, ob zukünftige EDV-Anlagen in der Lage sein werden, Daten zu lesen, die vor einem Jahrzehnt abgelegt wurden. Bundesärztekammer und kassenärztliche Bundesvereinigung haben dazu Stellungnahmen abgegeben.¹⁵

Einsichtsrecht des Patienten

Der Patient hat das Recht auf Einsicht in seine Krankenunterlagen. Dieses Recht beschränkt sich allerdings auf objektive (Bild-)Befunde, Aufzeichnungen über Behandlungsmaßnahmen, den Verlauf von Krankheit und Behandlung, Arztbriefe etc. Das Einsichtsrecht umfasst nicht subjektive Wertungen von persönlichen Eindrücken über den Patienten und dessen Umfeld. Von einer Selektion (z. B. durch Schwärzen einzelner Passagen) ist jedoch in der Praxis dringend abzuraten, da hierüber in der Regel heftiger Streit entstehen wird. In solchen Fällen empfiehlt sich – wenn überhaupt – eine sog. duale Aufzeichnung.

Der Patient kann Fotokopien der ärztlichen Aufzeichnungen verlangen, die er allerdings bezahlen muss. Auf keinen Fall sollten Originalunterlagen ausgehändigt werden.¹⁶ Steht eine Beschlagnahme der Unterlagen an, sollte sich der Arzt unbedingt Fotokopien fertigen. Auch Erben eines verstorbenen Patienten dürfen Einsicht erhalten, etwa um gerichtliche Verfahren einzuleiten, sofern nicht der ausdrückliche Wille des verstorbenen Patienten dem entgegensteht. Der Patient braucht – anders als die Angehörigen des Verstorbenen – sein Einsichtsgesuch jedoch nicht zu begründen.¹⁷

Dokumentation der Beratung

Viele bei der Gutachtenstelle der Bayerischen Landesärztekammer oder bei Gericht anhängige Verfahren stützen sich auf die tatsächliche oder vermeintliche Unterlassung einer gebotenen Beratung. Die Dokumentation muss also auch die sog. therapeutische Aufklärung belegen, die v. a. Verhaltenshinweise umfasst und der Sicherstellung des Behandlungserfolgs dient.

Zu dokumentieren sind daher Informationen des Patienten über:¹⁸

- die Notwendigkeit oder Empfehlung weiterführender Diagnostik,
- die Anordnung einer Kontrolle unter Angabe eines konkreten Zeitpunkts,
- den Hinweis auf mögliche Konsequenzen, wenn der Termin nicht wahrgenommen wird,
- Stichpunkte des Patientengesprächs.

Nach einer aktuellen Entscheidung des OLG Koblenz¹⁹ besteht i. d. R. keine rechtliche Pflicht, den Patienten an die Terminwahrnehmung zu erinnern, wenn der Arzt auf die Notwendigkeit einer Wiedervorstellung (einer Vorsorgeuntersuchung) hingewiesen und dabei einen Zeitkorridor genannt hat. Allerdings – so das OLG Koblenz – seien „abweichende Fallkonstellationen aufgrund des konkreten Einzelfalls (...) denkbar“. Vorsicht bleibt hier also geboten. Aus forensischen Gründen sollte daher auch festgehalten werden, wenn der Patient die vorgeschlagene Untersuchung ablehnt oder zum vereinbarten Kontrolltermin nicht erscheint.

Pränataldiagnostik

Wurde eine kindliche Fehlbildung erst bei der Geburt festgestellt, wird nicht selten von der Patientin oder ihrer Krankenkasse der Vorwurf erhoben, die Fehlbildung sei nicht rechtzeitig festgestellt worden, wodurch der Patientin die Möglichkeit genommen worden sei, die Schwangerschaft abzuberechen. Es werden dann die Aufwendungen für den Unterhalt des behinderten Kindes als Schaden gel-

¹⁵BÄK: Deutsches Ärzteblatt 1996, B-2201-B-2205; KBV: DÄ 1989, A-3624 ff.

¹⁶Im Einzelfall kann jedoch die Ausgabe von Originalröntgenaufnahmen geboten sein.

¹⁷BGH NJW 1983, 2627.

¹⁸Stellungnahme der AG Medizinrecht der DGGG: Das „nicht erkannte“ Mammakarzinom; <http://www.dggg.de/Leitlinien>.

¹⁹OLG Koblenz, Urt. v. 24.06.2010, NJOZ 2011, 907.

► Fälschungssichere Software

Originalunterlagen sollten nie ausgehändigt werden

Der Patient braucht sein Einsichtsgesuch nicht zu begründen

Die Dokumentation muss auch die therapeutische Aufklärung belegen

Festgehalten werden sollte auch, wenn der Patient vorgeschlagene Untersuchungen oder einen Kontrolltermin nicht wahrnimmt

Nicht selten wird der Vorwurf erhoben, eine Fehlbildung sei nicht rechtzeitig festgestellt worden

► Fehlbildung

Alle in den Mutterschaftsrichtlinien vorgeschriebenen Bilder und Maße müssen abgespeichert werden

Die Patientin ist darauf hinzuweisen, dass die Krebsfrüherkennungsuntersuchung keinen Krebsausschluss bedeutet

► Verfahrensstandard

► Primäre Sectio

Erläuterte Alternativen und die selbstbestimmte Entscheidung sind unbedingt präzise zu dokumentieren

tend gemacht. Der die Schwangerschaft betreuende Arzt ist verpflichtet, nach den geltenden Mutterschaftsrichtlinien vorzugehen. Dabei sind die Anforderungen an einen Ultraschalldiagnostiker ohne besondere Qualifikation geringer als an einen Arzt, der über die Qualifikation DEGUM II verfügt oder der die entsprechende Gebührenordnungsziffer abrechnet (s. dazu auch die Leitlinien der ARGUS der DGGG).²⁰

Vor der Ultraschalluntersuchung ist die Schwangere

- auf die Möglichkeiten und Grenzen des Ultraschallscreenings hinzuweisen.
 - Sie muss wissen, dass auch bei regelrechter Ultraschalldiagnostik nicht alle Fehlbildungen zu erkennen sind. Die Leitlinie der AG Medizinrecht der DGGG enthält dazu einen Mustervordruck.²¹
- darauf hinzuweisen, dass jede Schwangerschaft mit einem Basisrisiko für Fehlbildungen und Erkrankungen des Kindes von 2–4% belastet ist.
 - Beim Schwangerschaftsdiabetes und Mehrlingen ist dieses Risiko erhöht.
- darüber aufzuklären, dass sie ein Recht auf Nichtwissen hat.
 - Allerdings muss sie dabei erfahren, welche möglichen Folgen sich aus dem Verzicht auf eine gezielte Ultraschalldiagnostik ergeben könnten.

All dies ist sorgfältig zu dokumentieren!

Ultraschalluntersuchung

Die bildliche Dokumentation der Ultraschalluntersuchung²² ist im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien vorgeschrieben und Inhalt der ärztlichen Leistung. Fehlt die Dokumentation, besteht die Gefahr der Annahme, dass entweder die Untersuchung nicht stattgefunden hat oder dass die dem Haftungsfall zugrunde liegende Fehlbildung doch zu erkennen gewesen wäre. Eine sorgfältige Dokumentation (Papierausdruck oder digitale Speicherung auf ROM-Diskette) ist notwendig; dabei sollten alle im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien vorgeschriebenen Bilder und Maße abgespeichert werden.

Krebsvorsorge

Bei der Gutachterstelle Bayern betreffen etwa 5% der im Bereich der Gynäkologie erhobenen Vorwürfe das zu spät erkannte Genitalkarzinom. Vorsorglich sollte die Patientin daher darauf hingewiesen werden, dass die Krebsfrüherkennungsuntersuchung nicht zuverlässig einen Krebsausschluss bedeutet. Hier – wie auch sonst bei standardisierten Abläufen – hilft ein im Rahmen des Klinik- oder Praxisqualitätsmanagements schriftlich niedergelegter, stets befolgter ► **Verfahrensstandard**, der beschreibt, wie in der Regel bei der Krebsvorsorge verfahren, untersucht und beraten wird, damit nicht in jedem Einzelfall alle Einzelheiten dokumentiert werden müssen.

Geburtsalternativen

In der Geburtshilfe ist bei fetaler Makrosomie und anderen Risikofaktoren für eine Schulterdystokie sowie auch bei Beckenendlage eine Aufklärung über die ► **primäre Sectio** als echte Behandlungsalternative zur vaginalen Geburt erforderlich. Im Falle einer geplanten Beckenendlagegeburt hat die Gebärende seit Langem ein Entscheidungsrecht über den Geburtsweg.²³ Generell ist immer dann rechtzeitig (sobald deutliche Anzeichen für bestehende Risiken erkennbar sind) über alternative Geburtsmodi aufzuklären, wenn bei einer vaginalen Entbindung ernst zu nehmende Gefahren für das Kind drohen und daher gewichtige Gründe für eine Schnittentbindung sprechen. Die erläu-

²⁰Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft für Ultraschalldiagnostik (ARGUS), Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin – Sektion Gynäkologie (DEGUM-Stufe III): Standards zur Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft. <http://www.DGGG.de/Leitlinien/Pränatal- und Geburtsmedizin>.

²¹Stellungnahme der AG Medizinrecht der DGGG: Ultraschalldiagnostik im Rahmen der Schwangerenvorsorge <http://www.dggg.de/Leitlinien/Medizinrecht>.

²²Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft für Ultraschalldiagnostik (ARGUS), Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin – Sektion Gynäkologie (DEGUM-Stufe III): Standards zur Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft.

²³Leitlinien zur Beckenendlage und zur Schulterdystokie s. www.dggg.de/leitlinien.

terten Geburtsalternativen und die selbstbestimmte Entscheidung der Mutter sind unbedingt präzise zu dokumentieren.

Unterschiedliche Operationsverfahren

In der Gynäkologie ist ein ► **endoskopisches Vorgehen** immer häufiger eine echte Behandlungsalternative zum klassischen vaginalen oder abdominalen Operationsverfahren. Auch dieser Aspekt bedarf der sorgfältigen Dokumentation (zur gebotenen Aufklärung über diese Alternativen s. "Teil I: Aufklärung").

Aufbewahrung und Sicherung der Krankenunterlagen

Nach der Berufsordnung müssen Unterlagen – das betrifft auch CTGs und Ultraschallbilder – zehn Jahre lang archiviert werden. Alle Aufzeichnungen zur Röntgenuntersuchung einschließlich der Bilder sind für zehn Jahre nach der letzten Untersuchung, mindestens jedoch bis Vollendung des 28. Lebensjahres der untersuchten Person zu archivieren. Für Aufzeichnungen zur Röntgenbehandlung liegt die Dauer bei 30 Jahren nach der letzten Behandlung (§ 28 Röntgenverordnung, RöV).

Für die Aufbewahrung der Unterlagen haften der Arzt oder das Krankenhaus. Gehen Unterlagen verloren, führt dies zu erheblichen ► **Beweisnachteilen** im Haftungsprozess. Hier empfiehlt sich eine klare Regelung und Dokumentation der Weitergabe von (Bild-)Befunden, da jederzeit über den Verbleib Gewissheit bestehen muss.

Aufbewahrungsort

Krankenunterlagen sind gesichert im Krankenhaus bzw. in der Praxis aufzubewahren. Gegen eine externe Archivierung bestehen unter Beachtung ► **datenschutzrechtlicher Vorgaben** keine Bedenken.²⁴ Wird eine externe Archivierung geplant, sollte man sich mit dem zuständigen Datenschutzbeauftragten in Verbindung setzen und ggf. juristische Hilfe in Anspruch nehmen.²⁵

Dokumentation im Schnittstellenbereich

Die Dokumentation im Bereich der Schnittstellen zwischen Frauenarzt, Anästhesist, Radiologe, Stationsarzt und Labor, Operateur und pathologischem Institut ist besonders problematisch. Hier müssen Aufgabenverteilung und Kommunikation eindeutig festgelegt werden. Besondere Beachtung verdienen folgende Schnittstellen:

- Krankenblatteintragungen durch Arzt und Pflegekraft (Cave: Pfliegerberichte mit belastenden Inhalten!),
- Dokumentation bei kritischen Operationen durch Operateur und Anästhesist,
- Kontrolle und Unterzeichnung der Dokumentation im Partogramm durch Geburtshelfer und Hebamme,
- Überprüfung und Abzeichnung der Eintragungen der Pflegekräfte bei telefonischen ärztlichen Anweisungen,
- Angabe von Uhrzeiten für Probenversand und Befundeingang bei eiligen Untersuchungen,
- Anforderungen an den mituntersuchenden Radiologen (Mammographie!),
- Dokumentation der Vollständigkeit der Materialien nach einer Operation (Instrumente, Tücher, Kompressen) durch Pflegekräfte und Operateur (im Operationsbericht).

„Nicht-Operation“

Besondere Aufmerksamkeit verdienen hinsichtlich ihrer Dokumentation erwogene, doch letztlich ► **unterlassene Maßnahmen**, die sogenannte „Nicht-Operation“, z. B. die von der schmerz erfüllten Gebärenden gewünschte oder die im Geburtsverlauf tatsächlich diskutierte sekundäre Sectio oder vaginal-operative Geburt, die letztendlich nicht durchgeführt wurde.

²⁴Computer und Recht 1997, 536.

²⁵Deutsche Krankenhausgesellschaft: Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung, 1999, S. 34.

► Endoskopisches Vorgehen

CTGs und Ultraschallbilder müssen zehn Jahre lang archiviert werden

► Beweisnachteile

► Datenschutzrechtliche Vorgaben

► Unterlassene Maßnahmen

Darzulegen ist, dass und warum die erwogene oder erbetene Operation nicht vorgenommen wurde

Bei geburtsbedingter Plexuslähmung ist zu prüfen, ob die Manöver zur Behebung der Schulterdystokie korrekt durchgeführt und fehlerhafte Maßnahmen unterlassen wurden

Die angestellten Überlegungen und die Gründe für die tatsächlich getroffene Entscheidung sollten unbedingt sorgfältig dokumentiert werden. Dabei ist darzulegen, dass und warum die zunächst erwogene oder erbetene Operation doch nicht vorgenommen wurde. Ein entsprechender Eintrag könnte etwa lauten: „... späte Dezelerationen seit 10 min, MBU 7,28, keine vaginal-operative Geburt, da Spontangeburt in Kürze zu erwarten“.

Schulterdystokie

Klagen wegen einer Schulterdystokie sind relativ häufig, sie machen etwa 10% der geburtshilflichen Schadensfälle der Gutachtenstelle Bayern aus. Der Gutachter wird dabei befragt, ob die monierte Plexuslähmung angeboren oder während der Geburt entstanden ist. Ist Letzteres der Fall, ist zu prüfen, ob der Geburtshelfer die Manöver zur Behebung der Schulterdystokie korrekt durchgeführt und fehlerhafte Maßnahmen (Kristellern!) unterlassen hat. Dann kann ihm nämlich eine trotz korrekter Operation entstandene Plexuslähmung nicht angelastet werden. Notwendig sind dabei, dass

- die Gebärende vor oder bei Geburtsbeginn auf die Alternative der primären Sectio hingewiesen wurde, wenn besondere Befunde und/oder anamnestiche Daten die Entwicklung einer späteren Schulterdystokie wahrscheinlich machen (Zustand nach Schulterdystokie, Adipositas, Makrosomie, Gestationsdiabetes, protrahierte Geburt).²⁶
- der Ablauf der Manöver zur Behebung der Schulterdystokie so deutlich dokumentiert wurde, dass der Gutachter fehlerhafte Maßnahmen (Kristellern, übermäßiger Zug am und Drehung oder Abbiegung des Köpfchens etc.) ausschließen und die indizierten erkennen konnte (z. B. Notfalltokolyse, 3x McRoberts, Episiotomie, suprasymphysärer Druck, kein Kristellern, vaginale Manipulationen im Einzelnen etc.).

Auch hier wird verwiesen auf die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.²⁷

Fazit für die Praxis

- Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Dokumentation im Haftungsprozess gegen den Arzt im Hinblick auf die hier drohenden Beweismachteile tragende Bedeutung zukommt.
- Der Arzt, die Hebamme oder die Pflegekraft müssen sich immer wieder vergegenwärtigen, dass gerichtliche Verfahren oft erst Jahre später in Gang kommen, zu einem Zeitpunkt also, wenn die Erinnerung an die Vorgänge verblasst und ein korrektes Vorgehen bei der Behandlung wie bei der Aufklärung kaum noch zu belegen ist, wenn Dokumentationsdefizite die Rekapitulation und den Nachweis des Vorgehens erheblich erschweren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. D. Berg
Schwaigerstr. 33, 92224 Amberg
dberg@asamnet.de

Dr. jur. T. Gaibler
Rechtsanwälte Ulsenheimer & Friederichs
Maximilianplatz 12, 80333 München

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

²⁶ Diese Aufklärung und die darauf basierende Patientenentscheidung sind sorgfältig zu dokumentieren.

²⁷ <http://www.dggg.de>

CME-Fragebogen

kostenfreie Teilnahme für Abonnenten

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: CME.springer.de
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Die Dokumentation ...

- dient primär als Gedächtnisstütze des Arztes.
- ist in einer für den Patienten verständlichen Form zu verfassen.
- dient primär der Absicherung in einem eventuellen Arzthaftungsprozess, erfolgt also aus forensischen Gründen.
- dient primär dem therapeutischen Interesse des Patienten.
- von Selbstverständlichkeiten ist zwingend erforderlich.

Dokumentationsdefizite ...

- begründen per se einen Schadensersatzanspruch.
- führen in der Praxis des Arzthaftungsprozesses zu Beweis erleichterungen zugunsten des Patienten.
- erschweren zwar einem Gutachter die Beurteilung des Sachverhaltes, „in dubio pro reo“ darf aber kein Fehlverhalten des Arztes angenommen werden.
- führen generell zur Beweislastumkehr zulasten des Arztes.
- sind selten Anlass für die Annahme eines Behandlungsfehlers.

Welche Aussage zum Inhalt der Dokumentation ist *nicht* korrekt?

- Zu dokumentieren ist das für Diagnose, Therapie und Weiterbehandlung Wesentliche.
- Die Desinfektion der Haut vor einer Injektion muss nicht dokumentiert werden.
- Bei einer Operation sind insbesondere die Schritte zu dokumentieren, bei denen es erfahrungsgemäß zu Komplikationen kommen kann.
- Der Gutachter muss die Behandlung nachvollziehen können.
- Auf die Beschreibung des Operationssitus kann bei präoperativer Befunddokumentation verzichtet werden.

Welche Aussage zu Karteikarten und Krankenblattunterlagen ist *falsch*?

- Krankenblattunterlagen sind Urkunden und begründen die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit.
- Bis zum Beweis der Unrichtigkeit ist der Dokumentation Glauben zu schenken.
- Im Streitfall muss der Patient die Glaubwürdigkeit der Dokumentation erschüttern.
- Die Dokumentation muss für einen Dritten hinreichend klar sein.
- Karteikarten sind in der Regel 5 Jahre aufzubewahren, sofern spezialgesetzliche Regelungen keine längere Aufbewahrungszeit vorsehen.

Welche Antwort zur Dokumentation ist *nicht* korrekt?

- Sie ist in erster Linie Sache des Krankenhausträgers/Praxisinhabers und kann delegiert werden.
- Die Dokumentation erfolgt durch Ärzte, Hebammen und Pflegekräfte.
- Sie gründet sich idealerweise auf eine Dienstanweisung des Hauptverantwortlichen.
- Die Einhaltung sollte kontrolliert werden.
- Freiberufliche Hebammen sind juristisch freigestellt.

Welche Aussage zur Form der Dokumentation ist *nicht* zutreffend?

- Eine digitale Dokumentation ist von lediglich vermindertem Beweiswert.
- Die verwendete Software einer digitalen Dokumentation muss nach der Berufsordnung vor nachträglichen Veränderungen schützen.
- Auch wenn eine Software verwendet wird, die nicht vor nachträglichen Veränderungen schützt, kommt der Dokumentation voller Beweiswert zu, wenn der Arzt plausibel erklärt, keine Veränderungen vorgenommen zu haben.
- Daten sollten regelmäßig auf nachträglich nicht veränderbaren Datenträgern gespeichert werden.
- Schriftliche Aufzeichnungen dürfen nach Abschluss nicht mehr verändert werden.

Der Patient ...

- hat nur dann ein Einsichtsrecht in ärztliche Aufzeichnungen, wenn er gegenüber dem Behandler ein berechtigtes Interesse glaubhaft macht.
- hat einen Anspruch auf Auslieferung der Behandlungsdokumentation im Original, wenn er die sichere Rückgabe gewährleistet.
- hat auch ohne Angabe von Gründen das Recht, seine Krankenakte einzusehen bzw. Kopien gegen Kostenerstattung zu erhalten.
- Das Einsichtsrecht des Patienten geht nach dessen Tod automatisch auf dessen Erben über.
- hat ein Anrecht auf Einsicht sämtlicher subjektiver Wertungen.

Welche Teile der Beratung sind *nicht* dokumentationspflichtig?

- Besprechung über Behandlungs- und Operationsalternativen.
- Dauer des Aufklärungsgesprächs.
- Der Hinweis auf Konsequenzen einer Ablehnung angebotener diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.
- Die therapeutische Aufklärung.
- Datum und Zeitpunkt der Beratung.



Mitmachen, weiterbilden und CME-Punkte sichern durch die Beantwortung der Fragen im Internet unter CME.springer.de

Welche Aussage zum Verlust der Krankenunterlagen ist nicht zutreffend?

- Bei Verlust der Krankenunterlagen während der vorgeschriebenen Aufbewahrungszeit kann es zu Beweinschweigen kommen.
- Der teilweise Verlust der Behandlungsdokumentation führt immer zur Beweislastumkehr zulasten des Arztes, auch wenn sich der Sachverständige anhand der noch vorliegenden Dokumentation ein vollständiges Bild von der Behandlung machen kann.
- Der Arzt/Krankenhausträger hat dafür zu sorgen, dass über den Verbleib der Krankenunterlagen jederzeit Klarheit besteht, die Weiterleitung ist zu dokumentieren.
- CTG und Ultraschallbilder müssen 10 Jahre archiviert werden.
- Aufzeichnungen zur Röntgenbehandlung müssen 30 Jahre archiviert werden.

Welche Aussage zur Dokumentation einzelner Maßnahmen ist juristisch nicht korrekt?

- Grundsätzlich gilt: Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht.
- Die fehlende Dokumentation einzelner Maßnahmen indiziert deren Unterbleiben – die Vermutung des Unterbleibens kann widerlegt werden, z. B. durch Zeugenaussagen von beteiligten Ärzten und Pflegekräften.

- Sie kann jederzeit nachgeholt werden, eine gesonderte Kennzeichnung als Nachtrag ist nicht zwingend erforderlich, wenn der Zeitpunkt der Dokumentation auf Nachfrage geklärt werden kann.
- Eine fehlende Dokumentation begründet für sich noch keine Haftung auf Schadenersatz.
- Auch negative Befunde sind immer zu dokumentieren.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf CME.springer.de verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter CME.springer.de