

SOZIETÄT DR. REHBORN  
RECHTSANWÄLTE



Rechtsanwalt Matthias Hein Leipzig

Fachanwalt für Medizinrecht/Fachanwalt für Versicherungsrecht

„Anforderungen an die Dokumentation aus juristischer Sicht“

11. Deutscher Medizinrechtstag

Göttingen 18. September 2010

Nikolaistraße 27 - 29  
04109 Leipzig  
Telefon: 0341 | 96474-0  
Telefax: 0341 | 96474-15  
Mail: [zentrale@rehborn-l.de](mailto:zentrale@rehborn-l.de)

## Grundsätze

§ 10 Abs. 1, Satz 1 MBO/Ärzte „Dokumentationspflicht“

*„Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen.“*

Zweck: Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Behandlung bzw. Behandlungsfortführung hinsichtlich der Diagnose und Therapie

→ Der Umfang richtet sich der Erforderlichkeit aus medizinischen Gesichtspunkten

Folgen (eines Verstoßes): Beweiserleichterungen im Arzthaftpflichtprozess

→ Vermutung, Behandlungsmaßnahmen, die nicht dokumentiert sind, wurden auch nicht vorgenommen.

## Einzelheiten:

1. Umfang der Dokumentation
2. Art der Dokumentation
3. Dokumentationsfehler als Behandlungsfehler
4. Dokumentation der Aufklärung
5. Nachträgliche Veränderungen

## Umfang der Dokumentation (1)

OLG Oldenburg, Urteil vom 30.01.2008 – 5 U 92/06 -

Maßnahmen sind nur dann in den Krankenunterlagen zu dokumentieren, wenn dies erforderlich ist, um Ärzte und Pflegepersonal über den Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung im Hinblick auf künftige medizinische Entscheidungen ausreichend zu informieren.

Ein Operationsbericht muss eine stichwortartige Beschreibung der jeweiligen Eingriffe und Angaben über die hierbei angewandte Technik enthalten. Nicht erforderlich ist hingegen die Wiedergabe von medizinischen Selbstverständlichkeiten wie z. B. einer spannungsfreien Verknotung der Anastomosennähte bei einer Prostataktomie.

## Umfang der Dokumentation (2)

**Fall:** (angelehnt an OLG München, Urteil vom 08.07.2010 – 1 U 4550/08 -, Vorinstanz LG Ingolstadt Urteil vom 06.08.2008 – 42 O 882/07 -)

Bei der Geburt der Klägerin kam es zu einer Schulterdystokie, nachdem sich Arzt und Hebamme entschlossen hatten, die Geburt der Klägerin mittels Vakuumentextraktion zu beenden. Die Klägerin blieb mit der rechten Schulter am Schambein der Mutter hängen. Es kam zum Absinken der Herzschläge und in Folge der Kompression der Nabelschnur zur Unterbrechung der Sauerstoffversorgung. Den beklagten Arzt und der Hebamme gelang es, die Geburt kurzfristig zu beenden. Hierzu zwingend notwendige Maßnahmen – Manöver nach McRoberts bzw. nach Rubin - sind nicht dokumentiert, im Prozess aber behauptet und von Klägerseite bestritten.

Im Rahmen der (erstinstanzlich durchgeführten) Beweisaufnahme kommt es zu Detailwidersprüchen, wer wann welche Maßnahme durchgeführt haben will. Beklagtenseits wird vorgebracht, die zeitnahe Geburt indiziere die Anwendung der sachgerechten Maßnahmen. Der Geburtsstillstand konnte schließlich überwunden werden, die Plexuslähmung sei schicksalhaft.

## **LG Ingolstadt (42 O 882/07):**

Die Klage wird abgewiesen.

Es fehle im Zusammenhang mit der Schulterdystokie am Nachweis eines Behandlungsfehlers. Auch wenn ein konkretes (angezeigtes) Manöver unterlassen worden sei, bedeutet dies noch keinen Behandlungsfehler. Maßgeblich sei, dass die Lösung der Schulter gelungen sein. Die Verletzungen seien auch bei fachgerecht durchgeführten Manövern nicht sicher vermeidbar. Auch bei fehlender Dokumentation müsse die Klägerin den Behandlungsfehler und dessen Kausalität nachweisen. Das sei nicht gelungen.

## **OLG München (1 U 4550/08):**

Nach ständiger Rechtsprechung bestehe eine Dokumentationsbedürftigkeit der durchgeführten Maßnahmen zur Lösung der Schulterdystokie aus medizinischen und nicht aus juristischen Gründen (OLG München vom 12.11.1998, Az. 1 U 3671/97 = OLGR München 2000, 61/62 und vom 16.09.1999, Az. 1 U 3549/98 = OLGR München 2000, 94, 95).

Auch vorliegend hatte der Sachverständige keinen Zweifel, dass die Dokumentation nach dem Facharztstandard unzureichend war und aus medizinischer Sicht erforderlich gewesen wäre, festzuhalten, wie man vorgegangen ist, um die Schulterdystokie zu überwinden.

Die mangelhafte Dokumentation hat zur Folge, dass zugunsten der Klägerin von einem behandlungsfehlerhaften Vorgehen des Beklagten im Zusammenhang mit der Schulterdystokie auszugehen ist, soweit dem Beklagten nicht der Beweis des Gegenteils gelingt.

Den Nachweis eines fachgerechten Vorgehens hat der Beklagte nicht geführt.

## Umfang der Dokumentation (3)

OLG Oldenburg, Urteil vom 23.07.2008 - 5 U 28/08 –

Behauptet der Arzt, er habe die Untersuchungsmaßnahme vorgeschlagen, der Patient habe sie aber verweigert, so hat der Arzt diese Behauptung jedenfalls dann zu beweisen, wenn die Weigerung des Patienten nicht dokumentiert ist.

→ Es ist zu empfehlen, die Ablehnung indizierter Behandlungsmaßnahmen durch den Patienten ebenso wie das Verlassen des Krankenhauses auf eigenen Wunsch immer sorgfältig zu dokumentieren. Regelmäßig wird dergleichen von Patientenseite im Prozess bestritten. Liegt die Beweislast beim Arzt (wie anzunehmen), bleibt zwar die Möglichkeit durch Zeugenbeweis. Der Zeuge muss aber das Gericht überzeugen. Bei entsprechenden Indizien in der Dokumentation gelingt dies oft nicht.

## Umfang der Dokumentation (4)

### Dokumentation negativer Befunde

BGH, Urteil vom 23.03.1993 – VI ZR 26/92 -

Ist es medizinisch nicht üblich, Kontrolluntersuchungen auch dann in den Krankenaufzeichnungen zu dokumentieren, wenn sie ohne positiven Befund geblieben sind, dann kann nicht schon aus dem Schweigen der Dokumentation auf das Unterbleiben entsprechender Untersuchungen geschlossen werden (hier: Kontrolle auf Symptome eines Sudeck-Syndroms).

Aber: OLG Stuttgart, Urteil vom 29.07.1997 - 14 U 20/96 -

Darüber hinaus ist bei einem Verdacht auf eine bakterielle Infektion eine Pflicht des behandelnden Arztes gegeben, den lokalen Befund auch dann zu dokumentieren, wenn dieser negativ ist.

→ Empfehlung:

Auch negative Befunde sind großzügig zu dokumentieren. Jedenfalls, wenn ein konkreter Anlass zur Ausräumung eines bestimmten Verdachts besteht oder es sich um medizinisch besonders wichtige Befunde handelt, ist damit zu rechnen, dass die Gerichte auch eine Dokumentationspflicht negativer Befunde annehmen. Ein Schweigen der Dokumentation führt dann zu der Vermutung, dass die Untersuchung unterblieben ist (mit den beweisrechtlichen Nachteilen).

Jedenfalls ist nach Maßgabe der bisherigen Rechtsprechung kaum zu prognostizieren, wie konkret eine Abgrenzung nach Maßgabe dieser Kriterien erfolgen soll. Es besteht deshalb das Risiko, dass das entscheidende Gericht eine Dokumentationspflicht sieht (Beispiel: über mehrere Jahre unerkannte Kreuzbandruptur, Schubladentest, Steinmann I und II, Lachmann).

## Art und Weise der Dokumentation

Regelmäßig bleibt die Art und Weise der Aufzeichnungen dem Arzt überlassen, ob nun in Papierform – handschriftlich oder mit Maschine geschrieben – oder mittels EDV. Die EDV-Dokumentation ist nach allgemeiner Meinung zulässig, kann aber dann problematisch werden, wenn ein EDV-Programm verwendet wird, dass nicht gegen nachträgliche Veränderbarkeit gesichert ist.

Allerdings tendiert auch diesbezüglich die Rechtsprechung dazu, von der Richtigkeit der Dokumentation auszugehen, jedenfalls dann, wenn die Dokumentation medizinisch plausibel ist und der Arzt glaubhaft versichert, sie nicht nachträglich verändert zu haben.

**Hierzu konkret das OLG Hamm, Urteil vom 26.01.2005 – 3 U****161/04 - :**

„Der Senat verkennt nicht, dass der Beklagte seinerzeit kein EDV-Programm benutzte, welches gegen nachträgliche Veränderung gesichert war. Soweit ersichtlich, hat die Rechtsprechung jedoch bisher keine Bedenken gegen die Veränderbarkeit geäußert (Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 4. Auflage, Rn. B 204). Auch der vorliegende Fall gibt keinen Anlass dazu. Denn im Senatstermin hat der Beklagte glaubhaft versichert, dass die Dokumentation nicht nachträglich verändert worden sei. Auch der Sachverständige hat die Dokumentation bei seiner Anhörung im Senatstermin als medizinisch plausibel angesehen und festgestellt, dass er eine solche auch in seiner Klinik erwarten würde.“

**Anders:** OLG Oldenburg, Urteil vom 23.07.2008 – 5 U 28/08 –

„Einer ärztlichen EDV-Dokumentation kommt dann kein voller Beweiswert zu, wenn sie nachträglich inhaltlich verändert worden ist.“

Konkret konnte der Beklagte nicht plausibel erklären, warum ein Vermerk „will keine Coloskopie“ auf einem früheren Computerausdruck fehlte. Der allgemeine Verweis, auf unterschiedlich umfangreiche Ausdrucke, diejenigen für Patienten, enthielten nur Befunderhebungen, wurde nicht als plausibel bewertet.

## Dokumentationsfehler als Behandlungsfehler

Grundsätzlich ist ein „Dokumentationsfehler“ kein Behandlungsfehler und deshalb kein eigenständiges Tatbestandsmerkmal eines Arzthaftpflichtanspruches. Er führt lediglich zu Beweiserleichterung und dann zur Annahme eines Behandlungsfehlers, wenn die anzunehmende Vermutung einen solchen indiziert.

Beweiserleichterungen für das Tatbestandsmerkmal der Kausalität folgen erst dann, wenn aufgrund der vorzunehmenden Vermutung ein grober Behandlungsfehler anzunehmen wäre oder aber die Grundsätze der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur „unterlassenen Befunderhebung“ vorlägen.

Zum Teil wird die Auffassung vertreten, dass die Dokumentation ausnahmsweise auch bezwecken kann, dem Patienten eine Beweiserleichterung zu verschaffen (vgl. Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppen Kommentar, 3. Auflage, D 436).

**Fall:** Entfernung von Hautveränderungen durch einen Laser, fehlende Dokumentation der Impulsdauer bzw. Impulszahl, deshalb fehlende Überprüfbarkeit

Das LG Leipzig hatte in einem (nicht rechtskräftig gewordenen) Urteil vom 17.03.2004 – 06 O 6692/02 – einen Behandlungsfehler angenommen:

„Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen war der Beklagte verpflichtet, den Laservorgang zu dokumentieren. Insbesondere war der Beklagte gehalten, eine Skizze der zu behandelnden Pigmentflecken anzufertigen sowie die Impulsdauer bzw. die Impulszahl zu dokumentieren. Dies ist unstreitig nicht geschehen, so dass nunmehr u. a. nicht mehr nachvollzogen werden kann, welche Dosis bei der Laserbehandlung verwendet wurde. ... Zu Gunsten eines Patienten kommen immer dann Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr in Betracht, wenn die medizinisch gebotene ärztliche Dokumentation lückenhaft bzw. unzulänglich ist und deswegen für den Patienten im Fall einer Schädigung die Aufklärung des Sachverhalts unzumutbar erschwert wird (OLG Saarbrücken, VersR, 88, 916).“

**Anders:** AG Bremen, Urteil vom 23.04.2008 – 23 C 296/06 -:

„Im Arzthaftungsprozess ist eine Beweislastumkehr aufgrund von Dokumentationslücken nur dann anzunehmen, wenn diese Lücken einen groben Behandlungsfehler indizieren (hier Gegenstand der Behandlung: Laseroperation bei Pigmentstörungen im Gesicht).

Die ärztliche Dokumentationspflicht dient nicht in erster Linie der Beweissicherung für ein eventuell anzustrengenden Arzthaftungsprozess. Eine lückenhafte ärztliche Dokumentation selbst ist noch keine ausreichende Grundlage für einen Schadenersatzanspruch.“

## Dokumentation der Aufklärung

*Klarstellend:* Bezüglich der Aufklärung selbst besteht nach den dargelegten Grundsätzen keine Dokumentationspflicht. Auch Formvorschriften (z. B. schriftliche Einwilligung) gibt es nicht. Allerdings ist mit Nachdruck eine aussagekräftige Dokumentation zu empfehlen. Die Beweislast für die ordnungsgemäße Einwilligung als Rechtfertigungsgrund für den Eingriff liegt beim Arzt. Die Einwilligung ist nur dann rechtswirksam, wenn zuvor ein ordnungsgemäßes Aufklärungsgespräch vorausgegangen ist.

Der Nachweis der ordnungsgemäßen Risikoaufklärung gelingt dem Arzt zumeist auf Basis vorgefertigter Einwilligungsbögen. Die Verwendung erfolgt in Krankenhäusern routinemäßig und wird entsprechend kontrolliert. In Verbindung mit den Grundsätzen der höchstrichterlichen Rechtsprechung zum Nachweis eines Aufklärungsgespräches gelingt auf Basis solcher Bögen dem Arzt zumeist der Nachweis der ordnungsgemäßen Aufklärung.

## **Dokumentation der Aufklärung**

### **Aufklärung über Behandlungsalternativen**

Über echte Behandlungsalternativen (vergleichbare Erfolgschancen bei unterschiedlichem Risikospektrum) ist der Patient aufzuklären. Kann der Arzt eine solche Aufklärung nicht nachweisen, wird der dann durchgeführte ärztliche Heileingriff grundsätzlich als rechtswidrige Körperverletzung juristisch gewertet.

Die Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass der Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung über Behandlungsalternativen oft deshalb schwierig ist, weil eine vergleichbare Dokumentation wie bei der Risikoaufklärung nicht erfolgt.

#### Beispiele:

Vorfestlegung auf eine Behandlungsmethode durch einen Vorbehandler bzw. Entscheidung in der Chefarztsprechstunde; Behandlungsalternative der Sectio bei Beckenendlage (Fehlen eines geeigneten Aufklärungsbogens)

## Nachträgliche Veränderungen

Von nachträgliche Veränderungen im Sinne einer Manipulation ist dringend abzuraten, allenfalls kann ein Nachtrag aus der Erinnerung unter dem Datum der Ergänzung der Dokumentation erfolgen.

Beispiele aus der Praxis ....

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

