



ARZTHAFTUNG

Das leidige Thema Behandlungsdokumentation – Teil 2: „Damoklesschwert Beweislastumkehr“

von Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht Rainer Hellweg, armedis Rechtsanwälte, Hannover, www.armedis.de

In Arzthaftungsprozessen ist die ärztliche Dokumentation häufig entscheidend. Der Chefarzt kann hier als medizinisch Gesamtverantwortlicher seiner Abteilung schnell in die Schusslinie geraten. Teil 1 der vorliegenden Beitragsserie hatte sich damit befasst, worauf der Chefarzt bei der Dokumentation generell achten sollte. Dieser zweite und letzte Teil erläutert, in welchen Fällen die Beweislastumkehr bei nicht dokumentierter Befunderhebung für den Chefarzt zum Damoklesschwert werden kann. |

Beweislastumkehr beim Kausalzusammenhang

Äußerst praxisrelevant in Haftungsprozessen und gefährlich für den Arzt ist die Beweislastumkehr beim Kausalzusammenhang. Die Frage nach der Kausalität des Behandlungsfehlers für den vom Patienten behaupteten Schaden ist oft prozessentscheidend. Häufig lassen sich medizinische Kausalzusammenhänge im Nachhinein nicht mit hundertprozentiger Sicherheit bejahen oder verneinen. Dann gilt: Wer die Beweislast trägt, verliert den Prozess.

Alternative 1: Nicht dokumentierte Befunderhebung

Die nicht dokumentierte und daher als nicht durchgeführt vermutete Befunderhebung stellt einen groben Behandlungsfehler dar. Dies wurde etwa angenommen für den Fall der nicht dokumentierten postoperativen Kontrolle über 90 Minuten sowie für eine unterlassene Dokumentation von eingesetztem Tubus und Druck bei einer Intubation. Dann kommt es zur Beweislastumkehr zugunsten des Patienten mit der Folge, dass der Arzt das Gegenteil beweisen muss – sonst verliert er den Prozess.

Alternative 2: Unterlassene Befunderhebung

Die unterlassene Befunderhebung selbst ist „einfach“ fehlerhaft, stellt also keinen „groben“ Behandlungsfehler dar. Allerdings kann als wahrscheinlich angenommen werden, dass sich – wäre die Befunderhebung durchgeführt worden – ein reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt hätte und sich die Verken- nung dessen oder die Nichtreaktion als grob fehlerhaft darstellen würde. Hier wird gewissermaßen eine doppelte theoretische Betrachtung vorge- nommen, woraus ebenfalls eine Beweislastumkehr zum Nachteil des Arztes resultieren kann.

■ Praxisfall

Ein Patient berichtet über Herz- und Magenschmerzen. Der Arzt stellt nach der Anamnese und der Untersuchung den Verdacht auf eine stabile Angina pectoris und verabreicht Nitrospray. Eine sofortige Krankenhauseinweisung erfolgt nicht.

Frage der Kausalität
entscheidet häufig
den Prozess

Grober Behand-
lungsfehler

Einfacher Behand-
lungsfehler

Später stellt sich heraus, dass sich ein akuter Hinterwandinfarkt ereignet hatte. Der Patient macht vor Gericht Haftungsansprüche geltend. Die Kausalität ist – wie häufig in solchen Konstellationen – unklar: Ob mit einer sofortigen Klinik-einweisung der Schaden gänzlich vermieden worden wäre, kann man im Nachhinein nicht sicher beurteilen.

In dieser Situation würde der Patient eigentlich den Prozess verlieren, da er den Beweis der Kausalität nicht führen kann. Vom Grundsatz her trägt nämlich erst einmal er die Beweislast. Wenn es aber nach den Grundsätzen der unterbliebenen Befunderhebung zu einer Beweislastumkehr kommt, dreht sich die juristische Wertung komplett um: Nun muss der Arzt beweisen, dass eine Kausalität nicht vorliegt. Gelingt ihm dies nicht, verliert er den Prozess und muss womöglich Schadensersatz und Schmerzensgeld zahlen.

Dokumentation der Befunderhebung entscheidet

Entscheidend für den Prozessausgang im beschriebenen Fall wird die Dokumentation der Befunderhebung sein. Wenn dort festgehalten ist, dass der Patient eingehend untersucht und die Anamnese genau erhoben wurde – etwa, dass das Auftreten von Angina pectoris häufiger vorkam und bekannt war –, sind die Erfolgsaussichten für den Arzt gut. Der schlechte Ausgang für den Patienten wäre als schicksalhaft zu bewerten. Finden sich in der Dokumentation keine entsprechenden Eintragungen, liegt der Vorwurf eines Befunderhebungsfehlers nahe mit der Konsequenz einer Prozessniederlage.

Auch negative Befunde kennzeichnen

Hieran zeigt sich, wie wichtig eine hinreichende Dokumentation bei der Befunderhebung ist. Wenn es um konkrete Verdachtsmomente oder um besonders wichtige medizinische Befunde geht, sollte in jedem Fall auch der negative Befund oder „o. B.“ dokumentiert werden.

Was hat das Patientenrechtegesetz Neues gebracht?

Durch das Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes Anfang 2013 haben sich folgende Neuerungen ergeben, welche die Dokumentation betreffen:

- Im Gesetz ist nunmehr ausdrücklich vorgeschrieben: „Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.“

Hieraus folgt: Im Falle elektronisch geführter Patientenakten muss eine manipulationssichere EDV mit elektronischer Signatur und speziellem Änderungsmodus verwendet werden. Wenn in der Klinik eine nicht schreibgeschützte und entsprechend fälschungssichere EDV-Dokumentation eingesetzt wird, birgt dies das Risiko, dass der Dokumentation im Prozess kein voller Beweiswert mehr zukommen könnte. Dies wäre fatal für mögliche Arzthaftungsprozesse. Der Chefarzt sollte den Klinikträger gegebenenfalls explizit auf den Missstand hinweisen.

Umkehr der
juristischen
Bewertung

Ohne Dokumentation
wird ein Fehler bei
der Befunderhebung
vermutet

EDV muss vor
Manipulationen
sicher sein

Dem Patienten
Unterlagen zur
Aufklärung mitgeben

- Dem Patienten müssen alle Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, in Abschrift ausgehändigt werden – selbst ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten. Hieraus folgt für die Praxis, dass ihm insbesondere sämtliche Patienteneinwilligungen und Aufklärungsformulare in Abschrift mitzugeben sind.

Was muss der Chefarzt bei Wahlleistungen beachten?

Gleich ob der Chefarzt über ein eigenes Liquidationsrecht verfügt oder eine participationsvergütung mit dem Krankenhausträger vereinbart hat: Die abrechenbarkeit der wahlärztlichen Leistungen ist für ihn von besonderer Bedeutung. Die Beachtung folgender Aspekte kann sich auszahlen, um die Durchsetzbarkeit der Vergütungsansprüche in Prozessen zu erhöhen:

Dokumentation bei
GOÄ-Streitigkeiten

- In GOÄ-Streitigkeiten rund um das sogenannte Zielleistungsprinzip kommt es entscheidend auf die Dokumentation im OP-Bericht an. Je genauer die einzelnen operativen Schritte und die medizinischen Indikationen hierfür beschrieben werden, desto größer die Erfolgsaussichten im Prozess.

PRAXISHINWEIS | Wenn zum Beispiel im Hinblick auf eine Synovektomie bei Hüft-TEP-Operationen dokumentiert ist, dass und in welchem Ausmaß die Synovia entzündet war und entfernt wurde, ist die Abrechenbarkeit der Ziffer 2113 GOÄ auch für den medizinischen Sachverständigen im Prozess wesentlich leichter zu begründen als wenn dieser Passus im OP-Bericht zu kurz gehalten ist.

Persönliche
Leistungserbringung
im Fokus

- In letzter Zeit gibt es häufiger Probleme mit der persönlichen Leistungserbringung bei Rechtsstreitigkeiten mit Privatpatienten beziehungsweise den hinter diesen stehenden privaten Krankenversicherern – insbesondere bei den konservativen Fächern. Hier fordern die Gerichte oft den Nachweis, dass der Wahlarzt der Behandlung im konkreten Fall sein „persönliches Gepräge“ gegeben hat. Lässt sich die Beteiligung des Chefarztes am Behandlungsgeschehen und die engmaschige Überwachung des Behandlungsregimes durch regelmäßige Eintragungen mit dem Chefarztkürzel in der Patientenakte belegen, erhöht dies die Erfolgschancen bei einem Gerichtsprozess deutlich.

Chefarzt sollte
Mitarbeiter ent-
sprechend anweisen

Da der Chefarzt als Verantwortlicher für die medizinische Organisation in seiner Abteilung haftungsrechtlich besonders im Fokus steht, sollte er durch klare – und am besten schriftliche – Anweisungen an seine nachgeordneten Mitarbeiter sicherstellen, dass richtig und ausreichend dokumentiert wird. Zudem sollte er stichprobenartig und regelmäßig prüfen, ob seine Vorgaben auch eingehalten werden.

PRAXISHINWEIS | Wichtig ist, dass alle Ärzte und auch das Pflegepersonal der Abteilung einheitlich dokumentieren. Wenn etwa die Medikamentengabe durch einige Mitarbeiter jeweils mit einem Häkchen bestätigt wird, während andere Mitarbeiter dies nicht immer abzeichnen, entfällt aufgrund der Uneinheitlichkeit der Vorgehensweise der Beweiswert im Prozess gänzlich.