

RECHT

Die zahnärztliche Dokumentation: Aktueller Stand

von Rechtsanwältin Doris Mücke, Bad Homburg

I Die zahnärztliche Dokumentationspflicht ist in den Berufsordnungen der Landes Zahnärztekammern geregelt, wobei die Regelungen auf § 12 der Musterberufsordnung (MBO-Z) der Bundeszahnärztekammer zurückgehen. Demnach ist der Zahnarzt verpflichtet, Befunde und Behandlungsmaßnahmen chronologisch und für jeden Patienten getrennt zu dokumentieren und mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht anderweitige Aufbewahrungsfristen bestehen. Die Dokumentationspflicht ist mit Einführung des Patientenrechtegesetzes (PRG) in 2013 in § 630f BGB auch gesetzlich geregelt und konkretisiert worden. **I**

Der aktuelle Stand nach dem Patientenrechtegesetz

Nach dem PRG ist der Behandelnde verpflichtet, zum Zwecke der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen wurden. Dies gilt auch für die elektronische Patientenakte, die diese Erkennbarkeit gewährleisten muss.

Schmerzensgeld, weil die elektronische Karteikarte manipuliert wurde

Zu nachträglichen Änderungen in der elektronischen Karteikarte gibt es ein Urteil des OLG Köln vom 25. November 2013 (Az. 5 U 164/12, Abruf-Nr. 142408 unter pa.iww.de). Hier wurde ein Zahnarzt zur Zahlung von Schmerzensgeld verurteilt, weil das Gericht es als erwiesen ansah, dass er die elektronische Karteikarte nachträglich manipuliert hatte. Dazu heißt es in der Urteilsbegründung: „Es besteht vielmehr der Verdacht, dass diese, die Risikoaufklärung betreffende Dokumentation erst im Nachhinein erstellt worden ist. Die außergewöhnlich detaillierte Beschreibung des Aufklärungsinhalts passt nicht zur ansonsten recht knapp gehaltenen Dokumentation ...“ Dieser Fall zeigt: Die Praxissoftware sollte möglichst über ein Datenprotokoll verfügen, in dem Änderungsdaten jederzeit nachzuvollziehen sind, damit der Verdacht einer nachträglichen Manipulation vermieden wird.

§ 630f Abs. 1 BGB erlaubt zeitlich verzögerte Eintragungen, soweit sie nur im unmittelbaren Zusammenhang mit der Behandlung, das heißt zum nächst möglichen Zeitpunkt erfolgen. Hierdurch sollen Unrichtigkeiten in der Dokumentation vermieden werden. Bei fortgeschrittenem Zeitablauf zwischen Behandlung und Dokumentation oder Berichtigung vermutet der Gesetzgeber eine höhere Wahrscheinlichkeit von Unrichtigkeiten.

Grundsatz: Nicht dokumentiert = Maßnahme nicht durchgeführt

Sinn und Zweck der (zahn-)ärztlichen Dokumentationspflicht ist die sachgerechte therapeutische Behandlung und Weiterbehandlung des Patienten durch denselben Zahnarzt oder dessen Nachfolger (zum Beispiel Vermeidung

Dokumentationspflicht seit 2013 gesetzlich geregelt

Zeitpunkt von Änderungen muss erkennbar sein



IHR PLUS IM NETZ

pa.iww.de

Abruf-Nr. 142408

Eintragungen sollten zum nächst möglichen Zeitpunkt erfolgen

von Doppelbehandlungen), die Rechenschaftslegung (Anfragen des Patienten, von Krankenversicherungen, Gutachtern etc.), da dem Patienten selbst die Behandlung in medizinischer oder faktischer Hinsicht regelmäßig nicht nachvollziehbar ist, und die Sicherung beweiserheblicher Daten.

Gemäß § 630h Abs. 3 BGB wird als Folge der Dokumentationspflicht vermutet, dass der Behandler, der eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis nicht in der Patientenakte aufgezeichnet hat, diese Maßnahme auch nicht getroffen hat. Den Behandler trifft dann die Beweislast, dass die Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahme dennoch erfolgt ist.

**Maßnahme nicht aufgezeichnet:
Beweislast beim Behandler**

Inhalt und Umfang der zahnärztlichen Dokumentationspflicht

Gemäß § 630f Abs. 2 BGB ist der Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Dazu zählen insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind aufzunehmen. § 630f Abs. 2 BGB umreißt den in der Regel erforderlichen Inhalt einer Patientenakte, die Gegenstand der zehnjährigen Aufbewahrungspflicht (§ 630f Abs. 3 BGB) und des Einsichtnahmerechts des Patienten ist (§ 630g BGB).

Nur Umstände, die für Diagnose und Therapie medizinisch erforderlich sind

Die Dokumentationspflicht erstreckt sich nur auf Umstände, die für Diagnose und Therapie medizinisch erforderlich sind (zum Beispiel OLG München, Urteil vom 29. Januar 2009, Az. 1 U 3836/05). Eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist, ist auch nicht aus Rechtsgründen geboten (OLG Düsseldorf, 10. Oktober 2002, Az. 8 U 19/02, Abruf-Nr. 040883 unter pa.iww.de). Medizinische Selbstverständlichkeiten und Routinemaßnahmen müssen nicht dokumentiert werden (BGH, 29. Januar 1984, Az. VI ZR 203/82). Die Dokumentation verlangt nur die Darstellung aller wichtigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.



IHR PLUS IM NETZ
pa.iww.de
Abruf-Nr. 040883

Stichpunktartig ist okay, aber nachvollziehbar und lesbar muss es sein

Die Aufzeichnungen müssen auch nicht für den Laien verständlich sein und können stichpunktartig geführt werden. Die Dokumentation muss aber für den fachkundigen Leser – den nachbehandelnden Zahnarzt bzw. Urlaubsvertreter oder Gutachter – nachvollziehbar sein. Die Verwendung fachspezifischer Abkürzungen oder Symbole ist gestattet (OLG Oldenburg, 30. Januar 2008, Az. 5 U 92/06). Allerdings müssen die Aufzeichnungen lesbar sein.

Die Verwendung fachspezifischer Abkürzungen oder Symbole ist gestattet

Minimum: Befunde, Diagnosen, Maßnahmen, Leistungen, Behandlungstag

Die vom Behandelnden zu führende Patientenakte – dies gilt insbesondere für die elektronisch geführte Patientenakte – kann dann nicht als ordnungsgemäße Dokumentation angesehen werden, wenn der Informationsgehalt inhaltlich nicht über die Leistungsbeschreibung in der Liquidation hinausgeht. Der Mindestinhalt elektronisch geführter Dokumentationen muss die Befunde, die Diagnosen, Maßnahmen und Leistungen sowie den Behandlungstag umfassen (LG Köln, Beschluss vom 11. Mai 2010, Az. 3 O 477/08, Abruf-Nr. 102943).



IHR PLUS IM NETZ
pa.iww.de
Abruf-Nr. 102943