

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Mangelnde Dokumentation im Falle eines Patienten mit Rückenschmerzen: Die Dokumentation der Befunde muss während oder zeitnah nach Abschluss der Therapie erfolgen. Spätere Änderungen müssen in der Akte kenntlich gemacht werden.

Anlass für die Schlichtung

Der Patient ging davon aus, dass fehlerhaft ein Spritzenabszess verursacht worden sei. Der Versuch einer außergerichtlichen Streitbeilegung verlief erfolglos, sodass die Schlichtungsstelle angerufen wurde, um den Fall unabhängig und neutral zu begutachten und zu bewerten.

Die strittige Behandlung

Der 37-jährige Patient stellte sich wegen bestehender Rückenschmerzen bei einem niedergelassenen Orthopäden in Niedersachsen vor. Anamnestisch war ein vorangegangener Bandscheibenvorfall in der Halswirbelsäule erwähnenswert. Zunächst erfolgte eine manuelle Therapie. Über einen Zeitraum von circa drei Monaten erfolgten insgesamt drei Infusionen, dreizehn Akupunktur-Behandlungen sowie zehn Injektionen im Rahmen einer Periradikulären Therapie (PRT) durch den in Anspruch genommenen Arzt.

Der weitere Verlauf

Einen Tag nach dem letzten Termin in der orthopädischen Praxis stellte sich der Patient bei seinem Hausarzt vor. Der Hausarzt wies ihn sofort in ein Krankenhaus ein, in dem multiple Abszesse vom Hals bis in den Rücken festgestellt wurden. Diagnostiziert wurde schließlich eine Infektion mit *Staphylococcus epidermidis* und *Enterococcus faecium*. Im weiteren Verlauf waren insgesamt sechs operative Therapien notwendig.

Das externe medizinische Gutachten

Der orthopädische Gutachter kam zu der Schlussfolgerung, dass die ärztliche Dokumentation unzureichend gewesen sei. Aus gutachterlicher Sicht seien fehlerbedingte Gesundheitsschäden jedoch nicht ersichtlich.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen schloss sich dem Gutachter insofern an, als die Dokumentation als absolut unzureichend

bewertet wurde – mit weitreichenden Folgen. Im Ergebnis war die Entwicklung der multiplen Abszesse nebst Notwendigkeit diverser operativer Maßnahmen als kausal fehlerbedingter Schaden zu qualifizieren. Im Einzelnen:

Die unzureichende Dokumentation

Im Rahmen der diversen Wiedervorstellungen des Patienten waren über einen Zeitraum von knapp drei Monaten keinerlei Befunde dokumentiert worden. Lediglich anlässlich der Erstvorstellung war eine Dokumentation über die erhobenen Befunde vorhanden.

Die medizinischen Konsequenzen

Mangels verwertbarer Dokumentation war die Indikation für die erfolgten Behandlungen nicht nachvollziehbar. Spätestens ab der vierten PRT-Behandlung war der Grund für eine weitere Fortführung der Therapie aus der vorgelegten Dokumentation nicht mehr ersichtlich.

Die rechtlichen Konsequenzen

Mangels (dokumentierter) erhobener Befunde war außerdem ein Befunderhebungsfehler anzunehmen. Eine entsprechende Anamnese- und Befunderhebung über die Erstvorstellung hinaus konnte (mangels Dokumentation) nicht unterstellt werden. Das heißt über einen Zeitraum von circa drei Monaten erfolgte keinerlei Anamnese- und Befunderhebung. Aus rechtlicher Sicht ist damit nicht nur ein Dokumentationsfehler, sondern ein Befunderhebungsfehler anzunehmen.

Die Besonderheit im vorliegenden Fall

Der in Anspruch genommene Arzt erstellte circa ein Jahr später ein Erinnerungsprotokoll hinsichtlich der letzten Vorstellung und Behandlung des Patienten. Hierin wurde eine umfassende Anamnese- und Befunderhebung geschildert. Dieses Erinnerungsprotokoll wurde in der EDV-Karteikarte des Patienten unter dem Datum der letzten Vorstellung dokumentiert. Tatsächlich war das Erinnerungsprotokoll erst ein Jahr später erstellt worden – zu diesem Zeitpunkt war zwar der Schlichtungsantrag noch



Foto: Bernhard Schmeier / adobe.stock.com

Bei der ärztlichen Dokumentation ist es wichtig, bestimmte gesetzliche Vorgaben und Regelungen zu beachten.

nicht gestellt, der Behandlungsfehlervorwurf war seitens der legitimierten Rechtsanwälte jedoch bereits unterbreitet worden.

Verwertbarkeit einer nachträglichen Dokumentation

Das nachträgliche Erinnerungsprotokoll war aus mehreren Gründen nicht verwertbar.

Zeitpunkt der ärztlichen Dokumentation

Grundsätzlich muss die ärztliche Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung erstellt werden, vgl. § 630 f Abs. 1 S. 1 BGB. Ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang konnte bei einer ambulanten Behandlung, die zum Zeitpunkt der Dokumentation bereits circa ein Jahr zurücklag, nicht mehr angenommen werden – zumal diese nachträgliche Dokumentation in dem Wissen um den Behandlungsfehlervorwurf erstellt wurde.

Nachträgliche Änderungen einer Dokumentation

Darüber hinaus müssen nachträgliche Änderungen in der elektronischen Dokumentation erkennbar werden, vgl. 630 f Abs. 1 S. 2 und S. 3 BGB. Das war hinsichtlich der Dokumentation, die letzte Vorstellung des Patienten betreffend, nicht der Fall. Zumal das Erinnerungsprotokoll unter dem Datum der letzten Vorstellung und nicht etwa unter dem Erstellungsdatum in der EDV-Karteikarte dokumentiert wurde. Aus dem Eintrag selber war aber nicht nachvollziehbar, dass er nachträglich (zu einem späterem Datum als das der letzten Patientenvorstellung) erfolgt war.

Grundsätzliches zur ärztlichen Dokumentation

Grundsätzlich sind die wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse zu dokumentieren, vgl. § 630 f Abs. 2 S. 1 BGB. Vollkommen standardisierte Vorgänge müssen aber beispielsweise nicht dokumentiert werden. Insbesondere Anamnese- und Befunderhebung stellen aber wesentliche Maßnahmen dar, die sorgfältig zu dokumentieren sind.

Bei fehlender Dokumentation wird vermutet, dass der behandelnde Arzt die entsprechende (nicht dokumentierte) Maßnahme tatsächlich nicht getroffen hat, vgl. § 630 h Abs. 3 BGB – gegebenenfalls mit der Folge eines Befunderhebungsfehlers nebst Beweislastumkehr. Andersherum entfaltet eine sorgfältige ärztliche Dokumentation vor Gericht eine Indizwirkung dahingehend, dass die dokumentierten Maßnahmen auch entsprechend erfolgt sind.

Take-Home-Message

Achten Sie auf eine sorgfältige Dokumentation. Hierdurch können Sie sich (rechtlich) weitestgehend schützen. Auch bei mehrmaligen Wiedervorstellungen sollten die bestehenden Beschwerden regelmäßig dokumentiert werden. Nur so lässt sich im Streitfall die Indikation für Ihre Maßnahmen nachvollziehen.

Sollten Sie die Dokumentation einmal nachträglich ändern wollen, machen Sie erkennbar, wann diese nachträgliche Dokumentation konkret erstellt wurde. Insbesondere dürfen vormalige Einträge, Entlassungsbriefe oder ähnliches nicht einfach nachträglich überschrieben werden, ohne dass der ursprüngliche Inhalt und das tatsächliche Erstellungsdatum der Änderungen erkennbar wird.

Justine Launicke, Ass. jur.

Leiterin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen

Professor Dr. med. Karl-Dieter Heller

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Rheumatologie, Spezielle orthopädische Chirurgie, Kinderorthopädie, Physikalische Therapie und Balneologie, Sportmedizin, Chirotherapie, Chefarzt der Orthopädischen Klinik am Herzogin Elisabeth Hospital Braunschweig

Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen ist Ansprechpartnerin für die Prüfung von Behandlungsfehlervorwürfen in Niedersachsen. Weitere Infos unter Telefon 0511 380-2346 oder der Mail-Adresse schlichtungsstelle@aekn.de.