

Rubrik

RECHT deutlich

Wissenswertes aus dem Medizinrecht

Die Bedeutung der ärztlichen Dokumentation im Prozess



Bettina O. fiel aus allen Wolken als sie las, was ihre Zahnärztin Sabine G. in der EDV-geführten Patientenkartei dokumentiert hatte: „Pat. heute nochmals ausführlich erklärt, wie notwendig es ist, die kaputten Zähne ziehen zu lassen, da auch Entzündungen an den Zähnen sichtbar waren!“ Was war geschehen?

Bettina O. hatte ihrer Zahnärztin vorgeworfen, ihr ohne medizinische Notwendigkeit und gegen ihren Willen mehrere erhaltungsfähige Zähne gezogen zu haben. Sie wandte sich an eine Rechtsanwältin, die die Zahnärztin mit diesem Vorwurf konfrontierte und zugleich um Übersendung der Behandlungsunterlagen bat. Aus den daraufhin vorgelegten Unterlagen ging hervor, dass die Patientin angeblich ausführlich aufgeklärt wurde und mit der vorgeschlagenen Behandlung einverstanden war. Wie also ist die Rechtslage?

Nach ständiger Rechtsprechung erfüllt jeder (zahn-) ärztliche Eingriff den Tatbestand einer Körperverletzung, wenn und soweit keine wirksame Einwilligung des Patienten in die Behandlung vorliegt. Allerdings hat der Bundesgerichtshof (BGH) bereits 1978 entschieden, dass



Marc Chérestal, Jahrgang 1966, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht mit Sitz in Hannover

der Grundsatz der „Waffengleichheit“ es erfordere, dass der Arzt dem klagenden Patienten Aufschluss über sein Vorgehen bei seiner Behandlung (nur) in dem Umfang gibt, in dem ihm dies ohne weiteres möglich ist, und insoweit auch zumutbare Beweise erbringt. Der BGH führte aus: „Dieser Beweispflicht genügt der Arzt weiterhin durch Vorlage einer ordnungsgemäßen Dokumentation in Operationsbericht, Krankenblatt oder Patientenkartei, wie sie auch gutem ärztlichen Brauch entspricht.“

(Urteil vom 14.03.1978, VI ZR 213/76). Sind die Unterlagen äußerlich ordnungsgemäß und bestehen keine konkreten Anhaltspunkte, die Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit begründen, sei deshalb z. B. bei der Frage, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt, der dokumentierte Behandlungsverlauf zugrunde zu legen (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 17.03.2005, 8 U 56/04). Der BGH begründet dies im Wesentlichen damit, dass der Arzt zum Zeitpunkt der Dokumentation nicht weiß, ja nicht

wissen könne, dass es mit dem Patienten später zum Streit kommt. In der Praxis wird der ärztlichen Dokumentation deshalb zumeist Glauben geschenkt, was den Patienten in der gerichtlichen Auseinandersetzung nicht selten vor große Probleme stellt. Besteht, wie im Ausgangsfall, der Verdacht, dass die ärztliche Dokumentation nachträglich manipuliert wurde, lässt sich dies in der Regel nicht nachweisen. Dies könnte sich durch das am 26.02.2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz ändern, denn § 630f Abs. 1 S. 2 BGB n. F. bestimmt:

„Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt.“

Es bleibt zu hoffen, dass die Hersteller von Praxissoftware auf diese Gesetzesänderung reagieren, damit rechtsmissbräuchliche Eintragungen in der Patientenkartei zukünftig unterbleiben oder zumindest erschwert werden.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.wilhelm-rechtsanwaelte.eu oder telefonisch unter 0511 / 89 83 64 0