

Wo ist Dokumentationsaufwand gerechtfertigt?

Notwendige Dokumentation nicht vernachlässigen von Dr. Marion Wüller, Ärztliche Leiterin der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen der ÄKWL

Krankenhausärzte verbringen 44 Prozent ihrer Zeit mit Dokumentation und bürokratischen Aufgaben", berichtete das Deutsche Ärzteblatt im März 2015.¹ Unmut über unangemessenen erscheinenden bürokratischen Aufwand ist verständlich. Er darf aus Sicht der Gutachterkommission aber nicht dazu führen, dass die notwendige ärztliche Behandlungsdokumentation vernachlässigt wird.

Das Patientenrechtegesetz verpflichtet Ärzte, eine Patientenakte zu führen, und beschreibt detailliert, was aufzuzeichnen ist. Es sollen „sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse“ aufgezeichnet werden, „insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen“.²

Das Patientenrechtegesetz droht im Fall der Unterlassung mit Konsequenzen bezüglich der Beweislast: „Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.“³ Dies klingt sperrig. „Das Patientenrechtegesetz hat den ‚dokumentierenden Arzt‘ geschaffen“, argumentiert die Ärztezeitung am 07.04.2014.⁴

Dabei ist die Verpflichtung zu dokumentieren eigentlich nichts Neues und ergab sich bisher schon aus dem Berufsrecht. Sicher wird auch niemand ernsthaft in Zweifel ziehen, dass es notwendig ist, einen Operationsbericht zu verfassen und erhobene Befunde und Therapien schriftlich festzuhalten. Nur so kann ein weiterbehandelnder Arzt sinnvoll agieren und der Patient sicher behandelt werden. Behandlungsdokumentation ist also in erster Linie Informationsquelle für die behandelnden Ärzte

– nicht „für den Staatsanwalt“.⁵ Gleichzeitig kann sie Grundlage einer eventuellen juristischen Auseinandersetzung sein. Sorgfältig geführter Behandlungsdokumentation wird dann nämlich geglaubt. „Sorgfältig“ bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur vollständig, sondern auch lesbar, verständlich und nachvollziehbar.

Ein Mangel in der Dokumentation ist zwar für sich genommen kein Behandlungsfehler, kann aber wie oben ausgeführt zu Beweiserleichterungen für den Patienten führen. Ist die aus medizinischen Gründen gebotene Dokumentation unzureichend oder gar verloren gegangen, kann dies zu der Vermutung führen, dass die infrage stehende Maßnahme nicht durchgeführt wurde. Allerdings muss der Patient weiterhin beweisen, dass diese fehlerhafte Unterlassung für den unerwünschten Verlauf der Erkrankung ursächlich war und dass der Verlauf ohne den Behandlungsfehler sicher günstiger gewesen wäre. Nur wenn aufgrund des Dokumentationsmangels ein völlig unverständlicher Behandlungsfehler oder ein Befunderhebungsmangel anzunehmen sind, kann dies dann auch zu weiteren Beweiserleichterungen für den Patienten führen.

Beispiel

Ein Patient hat eine schwere Wundheilungsstörung. Er führt dies auf unterlassene Verbandswechsel zurück. Wurden notwendige Verbandswechsel nicht dokumentiert, kann dies zu der Annahme führen, dass diese notwendigen Verbandswechsel fehlerhaft unterlassen wurden. Ob die Wundheilungsstörung allerdings bei ordnungsgemäßem Verbandswechsel ausgeblieben wäre, ist damit noch nicht bewiesen.

Dass Dokumentationsmängel zur Annahme eines Behandlungsfehlers führen, ist eher selten.⁶ Die Übersicht auf der folgenden Seite zeigt acht Beispiele aus den Jahren 2010 bis 2014, in denen ein Behandlungsfehler angenommen wurde, weil die Dokumentation un-

zureichend war. In diesen acht Fällen wurde ein Gesundheitsschaden kausal auf diesen Fehler zurückgeführt. In fünf der acht Fälle führte der Dokumentationsmangel zu der Annahme, dass notwendige Befunde nicht erhoben wurden, weil keine Aufzeichnungen vorgelegt wurden. Wären die Befunde erhoben worden, hätte man mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Ergebnisse gefunden, auf die die Ärzte sofort hätten reagieren müssen. In zwei Fällen fehlte es an der Dokumentation über Lagerung und Dekubitusprophylaxe. In einem weiteren Fall waren die Aufzeichnungen über einen operativen Eingriff so widersprüchlich, dass gravierende Fehler angenommen werden mussten.

Ein Dokumentationsmangel führt aber nicht immer zur Annahme eines Behandlungsfehlers, wie die folgende Kasuistik zeigt.

Kasuistik

Eine Patientin stellte sich mit Schmerzen und Schwellung im rechten Knie und Unterschenkel zur notfallmäßigen Untersuchung in einem Krankenhaus vor. Als Grunderkrankung war eine Polymyalgia rheumatica bekannt, die mit Kortison behandelt wurde. Die Patientin wurde zu ihrer Krankengeschichte befragt und körperlich untersucht. Das rechte Kniegelenk wurde geröntgt. Im Rahmen der Blutuntersuchungen wurden auch die D-Dimere bestimmt. An diese Maßnahmen schloss sich eine Kompressionssonographie an. Nach Abschluss der Untersuchungen überwies die von dem Behandlungsfehlervorwurf betroffenen Ärzte die Patientin unter der Diagnose „aktivierte Gonarthrose“ in die hausärztliche Behandlung zurück. Eine sechs Tage später veranlasste Phlebographie zeigte eine frische Beinvenenthrombose der gesamten Unterschenkelvenen.

ÜBERSICHT: ACHT FÄLLE MIT UNZUREICHENDER DOKUMENTATION

Ort	Behandlungsanlass, Therapie	Dokumentationsmangel	Unerwünschtes Ereignis
K-amb.	Bridenileus	Keine Aufzeichnungen über Untersuchungsbefunde bei unklarem Abdomen => Befunderhebungsmangel	Diagnoseverzögerung, zwei Tage stärkste Schmerzen bis zur operativen Therapie
MVZ	Bandscheibenvorfallrezidiv	Keine Aufzeichnungen über notwendige Untersuchungen vor chirotherapeutischer Behandlung → Befunderhebungsmangel	Vier Tage starke Schmerzen durch Diagnoseverzögerung
K-stat.	Analerkrankung	Keine Dokumentation bzgl. Lagerung des Armes während eines proktologischer Eingriffes, keine Lagerungsstandards	Dauerschaden des Nervus ulnaris
K-stat.	Sturz auf den Hinterkopf, Abrissfraktur des Dens axis, Bruch des Atlasbogens	Keine Dokumentation zu Unfallhergang und körperlichen Untersuchungen; keine Röntgenbilder → Befunderhebungsmangel	Diagnoseverzögerung, zwei Wochen Schmerzen bis zur osteosynthetischen Versorgung
K-stat.	Hüftluxation, Fraktur der Hüftpfanne, distale Femurfraktur	Fehlerhafte und unzureichende Dokumentation der durchgeführten Hüftoperation	Verspätete Revisionsoperation bei fehlerhaft implantierter Pfanne, Schmerzen
P	Schnittwunde mit Eindringen eines Fremdkörpers	Keine Aufzeichnungen über Befunde bei der ersten Wundinspektion und Wundversorgung → Befunderhebungsmangel	Wundinfektion, Notwendigkeit einer Wundrevision
K-stat.	Kolonkarzinom	Keine Dokumentation der Untersuchungen bei Anzeichen einer postoperativen Peritonitis nach Hemikolektomie → Befunderhebungsmangel	Anastomosensinsuffizienz, Diagnoseverzögerung und Prognoseverschlechterung der Revisionsoperation, Multiorganversagen, Tod
K-Stat.	Gonarthrose	Keine Dokumentation zu Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe nach Knie-TEP	Ausgedehnter Dekubitus

Die Patientin wandte sich mit einem Antrag an die Gutachterkommission. Sie vermutete Fehler bei der ambulanten Untersuchung in der Klinik. Die Diagnose Beinvenenthrombose sei bei der Erstuntersuchung nicht gestellt worden. Die Antragstellerin machte Schadenersatzansprüche geltend.

Grundlage der Entscheidung war die Behandlungsdokumentation. Das Krankenhaus reichte Aufzeichnungen über die körperliche Untersuchung, Laborwerte und eine Röntgenaufnahme des durch eine schwere Arthrose veränderten Kniegelenkes ein. Die von dem Behandlungsfehlervorwurf betroffenen Ärzte konnten der Gutachterkommission jedoch keine Bilder der Kompressionssonographie vorlegen. Zu der Untersuchung war in der Behandlungsdokumentation lediglich vermerkt, dass sie von einem Arzt in Gegenwart zweier weiterer Ärzte zu Demonstrationszwecken durchgeführt worden sei. Eine Beinvenenthrombose sei zu diesem Zeitpunkt nicht nachzuweisen gewesen.

Die beiden ärztlichen Gutachter, die sich ausführlich mit dem Behandlungsverlauf befassten, sahen darin einen schweren Dokumentationsmangel. Gerade die Kompressionssonographie sei der zentrale Bestandteil der Thrombosedagnostik und wesentlicher Teil der gesamten Untersuchung. Deshalb sei eine aussagekräftige Dokumentation unbedingt erforderlich.

Die Gutachter führten jedoch weiter aus, dass bei der Erstuntersuchung noch nicht sicher von einer Beinvenenthrombose auszugehen gewesen sei. Die notfallmäßige Untersuchung der Patientin sei leitliniengerecht durchgeführt worden. Der Verdacht auf eine Beinvenenthrombose sei nach der Kompressionssonographie verworfen und eine Kontrolluntersuchung bei Beschwerdepersistenz angeraten worden. Die Gutachter sahen trotz des schweren Dokumentationsmangels die Haftpflichtansprüche der Patientin nicht als gerechtfertigt an, da nicht sicher davon auszugehen sei, dass die Beinvenenthrombose

bereits durch die Kompressionssonographie bei der Erstuntersuchung zu diagnostizieren gewesen sei.

- <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62266/Klinikaerzte-verbringen-44-Prozent-ihrer-Zeit-mit-Dokumentation>
- [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl113s0277.pdf#_bgbl__%2F%2F\[%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27\]__1440408947666](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl113s0277.pdf#_bgbl__%2F%2F[%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27]__1440408947666)
- [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl113s0277.pdf#_bgbl__%2F%2F\[%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27\]__1440408947666](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl113s0277.pdf#_bgbl__%2F%2F[%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27]__1440408947666)
- http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp-specials/patientenrechtgesetz/article/858404/inflation-paragrafen-gesetze-defensivmedizin-fuehren.html
- Neu, J. Die eingetretene Komplikation, in: Wirth C.J., Mutschler, M., Bischoff, H.-P., Püschmann H., Neu, J. (HRS) Komplikationen in Orthopädie und Unfallchirurgie, S. 23, Thieme 2010
- Weber, B. Rosenberger, R. Folgen ärztlicher Dokumentationsmängel, Rheinisches Ärzteblatt 3/2013 S. 25 (<http://www.aekno.de/page.asp?pagelD=10328&noedir=True>)