

Rechtliche Konsequenzen einer unzureichenden Dokumentation in der Patientenakte

Ein aktuelles Urteil des Bundesgerichtshofs zur Frage, welche rechtlichen Konsequenzen eine unzureichende Dokumentation in der Patienten- bzw. Krankenakte nach sich zieht (BGH, Urt. vom 22.10.2019 – Az.: VI ZR 71/17), sollte Pflichtlektüre für Mediziner sein. Schließlich kann es sich im Gerichtsprozess rächen, wenn man bei diesbezüglichen Aufzeichnungen nachlässig ist. Im konkreten Fall ist es zwar für den auf Schadensersatz und Schmerzensgeld verklagten Arzt glimpflich ausgefallen, heißt aber nicht, dass man nicht gleichwohl von vornherein einen sich durch sämtliche Instanzen ziehenden Haftungsprozess vermeiden bzw. sein Risiko minimieren sollte. Schließlich ist er, selbst wenn er für die Behandlungsseite gut ausgeht, mit ruf- und existenzgefährdenden Risiken sowie Neben- und Wechselwirkungen verbunden.

Die Relevanz bzw. Brisanz der BGH-Entscheidung erschließt sich unmittelbar, wenn man deren Leitsatz liest: „Ein Verstoß gegen die Pflicht zur Erhebung und Sicherung medizinischer Befunde und zur ordnungsgemäßen Aufbewahrung der Befundträger lässt im Wege der Beweiserleichterung für den Patienten zwar auf ein reaktionspflichtiges positives Befundergebnis schließen. Dies ist jedoch nur dann der Fall, wenn ein solches Ergebnis hinreichend wahrscheinlich ist. Es geht zu weit, als Folge der Unterlassung medizinisch gebotener Befunderhebung oder Befundsicherung unabhängig von der hin-

reichenden Wahrscheinlichkeit des Befundergebnisses eine Vermutung dahingehend anzunehmen, dass zugunsten des Patienten der von diesem vorgetragene Sachverhalt für den Befund als bestätigt gilt.“

Sachverhalt

Wenngleich der zugrunde liegende Fall in der Chirurgie spielt, kann er sich ebenso für andere (Fach-)Ärzte stellen. Der Kläger wurde Opfer eines tätlichen Angriffs, bei dem er eine Verletzung am rechten Fuß erlitt. Er stellte sich daraufhin beim beklagten Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie vor und berichtete von Schmerzen und einer Schwellung am rechten Fuß.

Nach Fertigung von Röntgenbildern veranlasste der Beklagte eine Computertomographie, durch die sich sein Verdacht einer dislozierten schalenförmigen Absprengung am Felsenbein des Sprunggelenks bestätigte. Um sie zu heilen, verpasste der Beklagte dem Kläger zunächst einen sog. OPED-Stiefel zur Ruhigstellung und Entlastung des Fußes. Bei einer Kontrolle kurze Zeit darauf nahm der Beklagte den Stiefel wegen Druckbeschwerden ab und legte stattdessen einen Gipsverband an, der vom Fuß bis auf die Höhe des Knöchels reichte und die Zehen frei ließ. Ob der Gipsverband aufgeschnitten („gespalten“) war, ist zwischen den Parteien streitig, ohne dass die Patienten- bzw. Krankenakte entsprechenden Aufschluss geben könnte.

In der Folge erfolgten mehrere Wiederstellungen des Klägers beim Beklagten. Beim ersten Termin vermerkte der Beklagte in der Patientenakte „Gips oB“. Bei einer späteren Kontrolle fertigte der Beklagte Röntgenbilder an und hielt den Befund „gute Stellung, beginnende Konsolidierung“ fest. Später entfernte der Beklagte den Gipsverband. Der Kläger leidet nunmehr unter CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom). Er hat geltend gemacht, der Wechsel auf einen zirkulären Gipsverband, der nicht aufgeschnitten gewesen sei, habe gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen. Er rügt damit einen Behandlungsfehler und nimmt den Beklagten wegen fehlerhaf-

ter ärztlicher Behandlung auf Ersatz materiellen und immateriellen Schadens in Anspruch.

Prozessverlauf

Das zunächst mit der Sache befasste Landgericht hat die Klage abgewiesen. Das Oberlandesgericht als Berufungsgericht hat es anders gesehen und den Beklagten dem Grunde nach verpflichtet, dem Kläger ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen. Dabei hat es ausgeführt, dass die Behandlung des Klägers mit dem Gipsverband grob behandlungsfehlerhaft gewesen sei und damit zugunsten des Klägers vermutet werde, dass das Schmerzsyndrom dadurch verursacht worden sei. Der Beklagte habe zwar angegeben, pathologische Veränderungen im Sinne von Schwellungen, Druckspuren oder Druckmalen nicht gesehen zu haben, bevor er den Gipsverband gelegt habe. Es sei aber die Schilderung des Klägers in den entscheidenden Punkten zugrunde zu legen, weil zu seinen Gunsten von Beweiserleichterungen aufgrund einer unzureichenden Dokumentation auszugehen sei. Auf Basis der – vom Beklagten bestrittenen – Angaben des Klägers sei es angesichts diffuser Schmerzen und Schwellungen behandlungsfehlerhaft gewesen, den Gips nicht aufzuschneiden und den Kläger nicht zur Gipskontrolle binnen 24 Stunden einzubestellen. Dass der Gips nicht gespalten worden sei, sei zugunsten des Klägers anzunehmen, weil eine Spaltung vom Beklagten nicht dokumentiert worden sei. Die Spaltung sei jedoch erforderlich gewesen, denn es müsse davon ausgegangen werden, dass der Kläger über diffuse Schmerzen am Fuß geklagt und sich bei Abnahme des OPED-Stiefels ein diffuses Schwellungsbild gezeigt habe, nachdem der Beklagte den klinischen Befund bei Abnahme des Stiefels pflichtwidrig nicht gesichert (dokumentiert) habe. Wegen der unterlassenen Sicherung des zu dokumentierenden Befundes werde vermutet, dass der Befund den Vortrag des Klägers stütze. Dabei sei nicht erforderlich, dass der Befund, dessen Erhebung oder Sicherung unterlassen



wurde, mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges Ergebnis erbracht hätte.

Damit oblag der Entlastungsbeweis gemäß § 630h Abs. 3 BGB dem Beklagten. Danach wird „vermutet“, dass der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche „Maßnahme nicht getroffen hat“, wenn er sie „und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet“ hat. Von daher war der Beklagte am Zuge. Dabei wiederum wurde dem Beklagten zum Verhängnis, dass die Patientenakte, soweit es den Wechsel von Stiefel auf Gipsverband betrifft, Lücken aufweist. Denn der Beweis, dass dabei nicht fehlerhaft behandelt worden sei, lasse sich bloß führen, wenn man von der Richtigkeit der Dokumentation ausgehe. Die Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Dokumentation sei vorliegend aber schon deshalb erschüttert, weil feststehe, dass die Dokumentation am entsprechenden Behandlungstag unvollständig sei. Wenn aber die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit in einem entscheidenden Punkt erschüttert sei, gehe es nicht an, andere Teile der Dokumentation isoliert zu betrachten und hinsichtlich dieser an der Richtigkeits- und Vollständigkeitsvermutung festzuhalten. Dies müsse jedenfalls für den Fall gelten, dass die nachweisliche Lücke – wie hier – einen nicht bloß untergeordneten, sondern im Gegenteil ganz zentralen Punkt betreffe und zwischen dem lückenhaften Teil der Dokumentation und dem weiteren Teil ein enger zeitlicher und sachlicher Zusammenhang bestehe. Mit dieser Begründung hat das Oberlandesgericht dem Kläger Schmerzensgeld zugesprochen.

BGH-Entscheidung

Damit war der Beklagte aber nicht einverstanden und hat Revision beim BGH eingelegt, und zwar erfolgreich. Nach seinem Urteil habe das Oberlandesgericht „Voraussetzungen und Reichweite der Beweiserleichterungen verkannt, die dem Patienten bei Dokumentationsmängeln und Verstößen gegen die Pflicht zur Befundensicherung zu Gute kommen, und rechtsfehlerhaft allein aus dem Umstand, dass der Beklagte den klinischen Befund bei Abnah-

me des OPED-Stiefels nicht dokumentiert bzw. gesichert hat, die Vermutung abgeleitet, der erhobene Befund entspreche dem vom Kläger behaupteten Befund.“

Weiter heißt es: „Grundsätzlich ist es Sache des klagenden Patienten, einen von ihm behaupteten Behandlungsfehler des Arztes nachzuweisen. Allerdings kommen [...] Beweiserleichterungen in Betracht. Dies gilt etwa für den Fall, dass die gebotene ärztliche Dokumentation lückenhaft bzw. unzulänglich ist. Nach gefestigter Rechtsprechung [...] begründet das Fehlen der Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen Maßnahme die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist. Der Behandlungsseite obliegt es dann, die Vermutung zu widerlegen [...]“

Während bis zu diesem Punkt der Kläger zu obsiegen scheint, sprechen die folgenden Ausführungen dagegen eine andere Sprache, nämlich für den Beklagten: „Weiter reicht die Beweiserleichterung in der Regel aber nicht. Sie führt grundsätzlich weder unmittelbar zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich des Ursachenzusammenhanges [...] noch rechtfertigt sie den Schluss auf ein für den Patienten positives Befundergebnis im behaupteten Sinne [...]. Ein Verstoß gegen die Pflicht zur Erhebung und Sicherung medizinischer Befunde und zur ordnungsgemäßen Aufbewahrung der Befundträger lässt im Wege der Beweiserleichterung für den Patienten zwar auf ein reaktionspflichtiges positives Befundergebnis schließen. Dies ist jedoch entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts nur dann der Fall, wenn ein solches hinreichend wahrscheinlich ist [...]“

Anschließend formuliert der BGH noch sein Fazit zum vorliegenden Fall: „Es geht danach zu weit, als Folge der Unterlassung medizinisch gebotener Befunderhebung oder Befundensicherung unabhängig von der hinreichenden Wahrscheinlichkeit des Befundergebnisses eine Vermutung dahingehend anzunehmen, dass zugunsten des Patienten der von diesem vorgetragene Sachverhalt für den Befund als bestätigt gilt.“ Damit „hätte das Berufungsgericht hinsichtlich der – hier (wahlweise) offengelassenen – fehlenden Befunderhebung oder fehlenden Befundensicherung in Bezug auf die Weichteilverhältnisse bei Abnahme des OPED-Stiefels und vor Anpassung des Gipses Feststellun-



Prof. Dr. iur.
Matthias Krüger,
Juristische Fakultät der
Universität München.

gen dazu treffen müssen, ob der von ihm zugrunde gelegte Befund, wonach der Kläger über diffuse Schmerzen am Fuß geklagt und sich dort ein diffuses Schwellungsbild gezeigt habe, (objektiv) hinreichend wahrscheinlich war.“ Im Übrigen weist der BGH abschließend noch darauf hin, „dass eine vom Berufungsgericht möglicherweise angenommene Beweisregel, wonach dann, wenn die Vermutung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation in einem entscheidenden Punkt erschüttert ist, andere Teile der Dokumentation nicht isoliert betrachtet werden dürfen und hinsichtlich dieser an der Richtigkeits- und Vollständigkeitsvermutung nicht festzuhalten ist, nicht existiert“.

Fazit

Damit ist es für den Arzt (noch einmal) gut ausgegangen. Gleichwohl sollten Ärzte das Humanexperiment eines sich durch sämtliche Instanzen ziehenden Gerichtsprozesses ob seines ungewissen Ausgangs und rufschädigenden Charakters tunlichst vermeiden. Dieses Risiko sinkt, wenn man die Kranken- bzw. Patientenakte ordnungsgemäß führt. § 630f Abs. 2 BGB schreibt in dieser Hinsicht vor, dass der Arzt verpflichtet ist, „in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen“. Wenn man dies tut, schließt man das Risiko einer Klage zwar nicht komplett aus, wohl aber § 630h Abs. 3 BGB. Damit wiederum sinkt das Klagerisiko nicht unwesentlich, weil Kosten- und Beweislast nunmehr voll beim klagenden Patienten liegen. ◀

Verfasser: Prof. Dr. iur. Matthias Krüger, München,
E-Mail: matthias.krueger@jura.uni-muenchen.de