

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Verstreicht ein Monat, bevor die Dokumentation zur Vorstellung einer Patientin erfolgt, kann das zu einem Dokumentationsfehler führen. Im vorliegenden Fall scheidet eine Haftung nach Auffassung der Schlichtungsstelle trotz Dokumentationsmangel aus.

Anlass für die Schlichtung

Die Patientin ging davon aus, dass eine Rippenfraktur und eine Lebereinblutung fehlerhaft nicht diagnostiziert worden seien. Es war nach der beanstandeten Diagnose seinerzeit bereits ein MDK-Gutachten eingeholt worden, das zu dem Ergebnis kam, dass ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen nicht festzustellen sei. Anschließend wurde zusätzlich die Schlichtungsstelle konsultiert, um den Fall unabhängig sowie neutral begutachten und bewerten zu lassen.

Die strittige Behandlung

Die 29-jährige Patientin hatte sich am 15. Dezember – einem Samstag – in der Notaufnahme einer niedersächsischen Klinik vorgestellt, nachdem sie am Vortag (14. Dezember) eine Treppe hinuntergestürzt war. Angegeben wurden vorrangig thorakale Schmerzen. Es erfolgten in der Klinik eine Röntgendiagnostik des Thorax und des knöchernen Hemithorax rechts, wobei Rippenfrakturen ausgeschlossen wurden. Es wurden multiple Prellungen am Thorax diagnostiziert und eine konservative Therapie eingeleitet. Die Patientin wurde in die ambulante Behandlung entlassen. Am Tag nach der Entlassung – Sonntag, 16. Dezember – wurde die Patientin erneut in der Notaufnahme vorgestellt.

Der weitere Verlauf

Eine hausärztliche Vorstellung erfolgte dann am Montag, 17. Dezember: Hier wurde ein weiches Abdomen dokumentiert; Herz und Lunge waren ohne Befund. Es wurde ausschließlich eine Schmerzmedikation verordnet.

Am Dienstag, 18. Dezember, wurde die Patientin in einer anderen Klinik vorstellig. Nunmehr wurde das Abdomen als druckschmerzhaft mit Abwehrspannung im rechten oberen Quadranten beschrieben. Mittels Röntgendiagnostik wurde die Verdachtsdiagnose einer Rippenfraktur gestellt. Mittels Sonografie und CT wurde zudem eine zweiseitige Leberruptur diagnostiziert. Am Mittwoch, 19. Dezember, erfolgte eine operative Therapie (Lebersegmentresektion).

Das MDK-Gutachten

Es wurde damals anschließend von der Patientin der Medizinische Dienst der Krankenkassen konsultiert. Ein chirurgischer Gutachter kam hier zu der Schlussfolgerung, dass

ärztliche Behandlungsfehler nicht festzustellen seien. Insbesondere sei eine Sonografie am 15. Dezember (noch) nicht indiziert gewesen.

Das externe medizinische Gutachten

Der im Nachgang von der Schlichtungsstelle konsultierte chirurgische Gutachter kam ebenfalls zu der Schlussfolgerung, dass die Behandlung am 15. Dezember fehlerfrei erfolgt sei. Hinsichtlich der Wiedervorstellung am 16. Dezember liege allerdings keine ärztliche Dokumentation vor.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen schloss sich dem Gutachter beziehungsweise den Gutachtern insofern an, als dass die Behandlung am 15. Dezember aus der Sicht ex ante fachgerecht erfolgt sei: Beschwerdeführend waren zu dem Zeitpunkt thorakale Schmerzen; Hinweise auf eine abdominale Symptomatik lagen nicht vor. Auf den Röntgenbildern waren Rippenfrakturen nicht erkennbar.

Hinsichtlich der Wiedervorstellung am 16. Dezember fehlte jedoch jegliche ärztliche Dokumentation. Insofern ist ein Dokumentationsfehler anzunehmen. Im Einzelnen:

Die fehlende Dokumentation

Es war unstrittig, dass eine Wiedervorstellung am 16. Dezember tatsächlich erfolgt war. Mangels Dokumentation konnte jedoch nicht eruiert werden, welche Beschwerden an diesem Tag, dem Sonntag, angegeben und welche Therapieempfehlungen ärztlicherseits ausgesprochen wurden.

Die Besonderheit im vorliegenden Fall

Seitens der Klinik wurde ein „Gedächtnisprotokoll“ des seinerzeit behandelnden Arztes nachgereicht. Das Gedächtnisprotokoll datierte vom 15. Januar des Folgejahres und betraf die Vorstellung der Patientin am 16. Dezember in der Notaufnahme.

Die rechtlichen Konsequenzen

Das Gedächtnisprotokoll entfaltet aus rechtlicher Sicht keine Indizwirkung. Denn die Dokumentation wurde nach-



Foto: Reale Fotodesign / adobe-stock.com

Die ärztliche Dokumentation muss innerhalb eines angemessenen Zeitraums erfolgen.

Grundsätzliches zum Zeitpunkt einer Dokumentation

Grundsätzlich ist die Dokumentation „in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung“ zu erstellen, vgl. § 630 f Abs. 1 S. 1 BGB. Hierbei lässt die Formulierung hinsichtlich des maßgeblichen Zeitpunkts einen weiten Spielraum für Interpretationen. Aus rechtlicher Sicht empfehlenswert ist es aber, die Dokumentation während, beziehungsweise direkt nach der Behandlung vorzunehmen. Je zeitnaher die Dokumentation erfolgt, desto mehr kann von den (frischen) Eindrücken profitiert werden. Je nach Art und Umstand der Behandlung (ambulant, stationär, Notfallbehandlung et cetera) könnten unterschiedliche Maßstäbe gelten.

träglich, circa einen Monat nach der streitgegenständlichen Behandlung, erstellt. Erfahrungsgemäß herrscht in den Notaufnahmen reger Publikumsverkehr, insbesondere an den Wochenenden: Der 16. Dezember war ein Sonntag. Von einer zeitnahen Dokumentation, wie rechtlich gefordert, kann nicht ausgegangen werden, wenn bis zur Niederschrift vier Wochen verstreichen. Infolgedessen entfaltet das nachträglich erstellte Gedächtnisprotokoll keine Indizwirkung, sodass ein Dokumentationsfehler anzunehmen ist.

Aber: Die Wendung des Falls

Ein Dokumentationsmangel führt aber nur dann zu Beweiserleichterungen hinsichtlich eines Behandlungsfehlers, wenn angesichts des Verlaufs auch Hinweise auf in Betracht kommende Behandlungsfehler vorliegen. Dies war hier aus folgenden Gründen nicht der Fall: Am Folgetag nach der zweiten Vorstellung im Krankenhaus, also am Montag, 17. Dezember, wurde die Patientin bei ihrem Hausarzt vorgestellt. Neben den bereits diagnostizierten Prellungen wurden hier keine weiteren pathologischen Befunde erhoben, sodass lediglich eine Schmerzmedikation rezeptiert wurde. Insbesondere wurde ein weiches Abdomen dokumentiert; Herz und Lunge waren ohne pathologischen Befund. Ein Anlass zu einer weitergehenden Diagnostik wurde seitens des Hausarztes nicht gesehen. Erst bei der Vorstellung am 18. Dezember wurde erstmals ein druckschmerzhaftes Abdomen mit Abwehrspannungen im rechten oberen Quadranten beschrieben und eine zweiseitige Leberruptur diagnostiziert. Es kann nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass diese bereits am 16. Dezember vorhanden war und fehlerhaft nicht erkannt wurde.

In jedem Fall gilt es aber, Folgendes zu beachten: Die ärztliche Dokumentation entfaltet aus rechtlicher Sicht eine Indizwirkung – sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht. Bei fehlender Dokumentation wird vermutet, dass der behandelnde Arzt die entsprechende (nicht dokumentierte) Maßnahme tatsächlich nicht getroffen hat, vgl. § 630 h Abs. 3 BGB. Auch eine verspätete Dokumentation kann zu einer Unverwertbarkeit führen – gegebenenfalls mit weitreichenden Konsequenzen (Befunderhebungsfehler).

Bereits in der November-Ausgabe des „niedersächsischen ärzteblatts“ wurde im vorigen Monat auf die Wichtigkeit der ärztlichen Dokumentation hingewiesen.

Take-Home-Message

Achten Sie nicht nur auf eine sorgfältige, sondern auch auf eine zeitnahe Dokumentation. Das gilt auch für mehrmalige Vorstellungen innerhalb eines kurzen Zeitraums. Sollte es Ihnen nicht möglich sein, die Dokumentation unmittelbar während, beziehungsweise im Anschluss an eine Behandlung zu erstellen, versuchen Sie zumindest, einen angemessenen Zeitrahmen einzuhalten, um dabei auch von Ihren (frischen) Erinnerungen zu profitieren.

Ass. jur. Justine Launicke
Leiterin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Niedersachsen

Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen erreichen Sie unter Telefon 0511 380-2346 oder der Mail-Adresse schlichtungsstelle@aekn.de