



Die ärztliche Dokumentation in der digitalen Welt

Der Dreh- und Angelpunkt in Arzthaftungsfällen ist häufig die Dokumentation der beteiligten Ärzte und Kliniken. Dies gerade vor dem Hintergrund, dass Haftungsfälle oftmals erst Jahre nach der ursprünglichen Behandlung überprüft werden. Die Erinnerung der beteiligten Ärzte und des Personals ist dann in der Regel bereits verblasst, wodurch der aktenbasierten Auswertung ein hoher Stellenwert zukommt. Das ärztliche Berufsrecht hat die Dokumentation schon seit jeher als Pflicht des Arztes vorgesehen. Ebenso hat die arzthaftungsrechtliche Rechtsprechung dies bereits seit Jahrzehnten berücksichtigt. Der Gesetzgeber hat dies im Rahmen der Ergänzung des BGB durch das Patientenrechtegesetz im Jahr 2013 aufgegriffen und entsprechende Pflichten zur Dokumentation des Arztes und die Folgen bei einer Unterlassung bzw. nicht ordnungsgemäßen Niederlegung in den §§ 630f BGB geregelt.

Die zunehmende **Digitalisierung** der Arztpraxen hat in der Praxis dazu geführt, dass die Patientenakten inzwischen zumeist elektronisch gespeichert werden und auch Befundberichte, Überweisungen, Rezepte und externe Arztbriefe nur noch digital vorgehalten werden.

Von Patientenseite wird hier teilweise unterstellt, dass diese Art der Dokumentation manipulationsanfällig sei und nachträgliche Änderungen nicht nachvollziehbar seien. Hier hat der Gesetzgeber daher in § 630f Abs. 1 BGB vorgesehen, dass die Dokumentation grundsätzlich „**revisionsicher**“ zu erfolgen hat, also bei Änderungen und Ergänzungen erkennbar sein muss, durch wen und wann die Eintragungen erfolgt sind, und welcher ursprüngliche Inhalt bestand. Bei elektronischer Dokumentation wird dies softwareseitig meist durch eine Versionshistorie bzw. ein Nutzermanagement gewährleistet.

In vielen Arztpraxen ist jedoch weiterhin eine nicht diesen Vorgaben entsprechende Software im Einsatz bzw. es werden teilweise Funktionen zweckentfremdet (Notizen), um dann die Behandlung betreffende Dokumentationen vorzunehmen, die nachträgliche Än-

derungen ohne Nachverfolgung zulässt. Aus der Schadenpraxis sind hier die Fälle zu benennen, in denen in Freitextfeldern, die rein organisatorischen Zwecken dienen sollten, behandlungsrelevante Informationen eingetragen wurden, die dann nicht revisionsicher waren. Während dies von der Rechtsprechung zunächst meist nicht weiter kritisiert wurde und die Indizwirkung der dokumentierten Befunde und Maßnahmen nicht in Abrede gestellt wurde, hat sich dies mit einer Entscheidung des BGH aus dem Jahr 2021 geändert (Urteil vom 27.04.2021, Az. VI ZR 84/19, siehe auch MedLetter 11/2021). Demnach **kommt einer elektronischen Dokumentation, die nachträgliche Änderungen nicht erkennbar macht, keine positive Indizwirkung dahingehend zu, dass die dokumentierte Maßnahme von dem Behandler tatsächlich getroffen worden ist**. Denn anders als bei einer analogen Dokumentation bestehe bei der elektronischen Dokumentation das Risiko einer versehentlichen Löschung oder absichtlichen Veränderung fast ohne Entdeckungsrisiko.

In der Schadenpraxis ist nunmehr zu beobachten, dass die Patientenseite häufiger als früher und teilweise auch ins Blaue hinein Fragen zur fälschungssicheren Dokumentation aufwirft. Soweit dann nicht durch den jeweiligen Arzt gegebenenfalls unter Einbeziehung des IT-Dienstleisters eine den gesetzlichen Anforderungen genügende Softwaredokumentation belegt werden kann, drohen **Beweisschwierigkeiten**, da die Instanzgerichte sich an den Vorgaben des BGH orientieren.

So hat das OLG Saarbrücken in einer Entscheidung vom 25.08.2023 (Az. 1 U 100/22) festgehalten, dass die Patientenseite keine greifbaren Anhaltspunkte dafür benennen muss, dass eine nicht kenntlich gemachte Änderung der Dokumentation zu seinen Lasten vorliegt, um den Einwand einer fehlenden positiven Indizwirkung der nicht revisionsicheren Dokumentation zu erheben. Allerdings dürfen die Gerichte die Eintragungen gleichwohl im Rahmen Ihrer Überzeugungsbildung während der Beweisaufnahme einbeziehen, nur eben nicht mit dem gleichen Stellenwert, wie es bei einer rechtssicheren

Speicherung der Fall wäre. Es wird hier dann eine **kritische Würdigung der fehlenden Veränderungssicherheit** verlangt.

Empfehlung

Um für eine Anspruchsabwehr bestmöglich gerüstet zu sein, sollten Praxisinhaber sich durch ihre IT-Dienstleister bestätigen lassen, dass die verwendete Praxissoftware den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Zudem sollten die Anwender sich mit den verschiedenen Funktionen und ggf. abweichenden Dokumentationsstandards von einzelnen Bestandteilen der Software vertraut machen und beispielsweise Notizen nicht zweckentfremdet nutzen. Auch sollte jeder Nutzer ein eigenes Nutzerkonto, welches auch nur von ihm verwendet wird, haben, um die Nachverfolgbarkeit der Dokumentation vornehmenden Personen zu gewährleisten. Hiermit wird sichergestellt, dass die aufwändige Dokumentationsarbeit aus dem Behandlungsalltag auch im Schadensfalle zur vollen Geltung kommt und nicht aufgrund technischer Fehler ein **vermeidbarer Schadenaufwand** entsteht.

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtssprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter



Autor

Alexander Maurice Berbuir,
Syndikusrechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, HDI