

„Dokumentieren statt riskieren“

Berufspolitisches Forum des BDIZ EDI zur Dokumentation

Wie wird rechtssicher dokumentiert? Eine Frage, die in vielen Zahnarztpraxen noch immer für Verunsicherung sorgt. Das Berufspolitische Forum des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) im vollbesetzten Vortragssaal des Zahnärztheuses München lieferte Antworten. Die Veranstaltung beleuchtete die zahnärztliche Dokumentation aus Sicht des Gerichts, der Staatsanwaltschaft, der Körperschaften und des beratenden Anwalts.

Um die Frage nach der Rechtssicherheit vorwegzunehmen: „Die abrechenbaren Leistungen folgen der Behandlung – und nicht umgekehrt“, betonte der Justiziar des BDIZ EDI, Prof. Dr. Thomas Ratajczak. Konkret: Die abrechenbaren Leistungen müssen sich aus der Behandlungsdokumentation ergeben. Nach Ratajczaks Aussage reicht es nicht, mit einer entsprechenden Abrechnungssoftware zu dokumentieren.

Die Sicht des Arzthaftungsrichters

Dies untermauerte auch die Vorsitzende Richterin am Landgericht Stuttgart, Dr. Kerstin Gröner. „Zahnärzte verstehen die Dokumentation oft nur als Nachweis der erbrachten Leistungen für ihre Abrechnung und verkennen deren medizinische Relevanz!“ Sie ging auf die Bedeutung der zahnärztlichen Dokumentation aus Sicht des Arzthaftungsrichters ein und vermittelte in ihrem Vortrag fundiertes Wissen aus jahrzehntelanger Erfahrung in vielen Arzthaftungsprozessen. Gröner forderte die 200 Teilnehmer auf, die Dokumentation nicht als Last zu sehen, sondern deren Möglichkeiten zu erkennen: „Damit besitzen Sie ein großes Machtinstrument vor Gericht.“ Voraussetzung sei allerdings, dass die Erfordernisse an die Behandlungsdokumentation erfüllt seien. Eine ausführliche Dokumentation stärke die Position des Behandlers im Prozess enorm. „Leider wird diese Chance viel zu selten genutzt“, sagte sie.

Laut § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ist der Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnah-



Foto: Anita Wuttke

200 Zahnärzte informierten sich beim Berufspolitischen Forum des BDIZ EDI in München über die Dokumentation in Zahnarztpraxen. Die Fortbildungsveranstaltung stand unter dem Motto „Zahnärztliche Dokumentation – aber rechtssicher“.

men und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen. Die Folgen einer mangelhaften Dokumentation, wie sie in § 630h BGB zur Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler festgeschrieben ist: „Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f nicht in der Patientenakte aufgezeichnet (...), wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.“ Übrigens besteht die Hälfte der Dokumentationen, die bei Dr. Kerstin Gröner auf dem Richtertisch landen, „nur“ aus Abrechnungsziffern. Damit ist die zahnärztliche Dokumentation unzureichend. Ihr Tipp an die Teilnehmer des BDIZ EDI-Forums: „Dokumentieren statt riskieren!“

Wenn der Staatsanwalt ermittelt

Typische Tatvorwürfe, die im Ermittlungsverfahren und damit im Strafrecht erhoben werden, sind laut Thomas Hochstein, 1. Staatsanwalt der Staatsanwaltschaft Stuttgart, Behandlungsfehler, Abrechnungsbetrug, Verletzung der Schweigepflicht und Urkundenfälschung. „Nachträge müssen als solche gekennzeichnet sein“, verdeutlichte er in Bezug auf Änderungen der ursprünglichen Dokumentation. Die bloße Verbesserung stelle eine Verletzung von Vorschriften dar (cave: Urkunden-

fälschung). Auch der Staatsanwalt zitierte aus dem BGB: „(...) Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.“

Hochstein betonte in der anschließenden Diskussion, dass die Dokumentation nicht nur dem Zahnarzt, sondern auch dem Patienten zum Beweis im Rechtsverkehr diene. Sie dürfe daher nicht nachträglich verändert, sondern nur erkennbar ergänzt werden. Des Weiteren verwies er darauf, wie der Behandler dem Vorwurf des Behandlungsfehlers begegnen sollte. Aus der zahnärztlichen Dokumentation müsse sich erschließen lassen:

- welche Befunde zur Diagnose führten,
- weshalb die konkrete Therapieform gewählt wurde,
- dass der Patient aufgeklärt wurde und in die Behandlung eingewilligt hat,
- wie die Behandlung verlaufen ist,
- welche Komplikationen sich gegebenenfalls ergeben haben, wie und wann sie erkannt und wie ihnen begegnet wurde, und
- zu welchem Ergebnis die Behandlung führte.

Dokumentation aus Sicht der Körperschaften

Christian Berger ging als Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer und Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns auf die Haftungsfallen ein, die von der Einwilligungserklärung bis zum Einsichtsrecht und vom Umgang mit Wunschbehandlungen bis zu Zwischenfällen reichen. Dokumentationspflichten und -inhalte ergeben sich laut Berger aus § 12 der Berufsordnung, §§ 294f. SGB V, § 5 Bundesmantelvertrag für Zahnärzte, § 7 Ersatzkassenvertrag für Zahnärzte und § 630f BGB. Die Einträge – elektronisch oder händisch – müssten auch aus Sicht der zahnärztlichen Körperschaften den Zeitpunkt, den Eintragenden (Kürzel), die „Non-Compliance“, Auffälligkeiten, Behandlungsabbruch sowie Erhalt und Herausgabe von Röntgenbildern beinhalten. Beim

Eintrag riet er zu Leserlichkeit sowie neutralen und sachlichen Formulierungen. Um Unstimmigkeiten zu vermeiden, müssten nachträgliche Änderungen mit Zeitangabe gekennzeichnet und der ursprüngliche Inhalt bei Änderungen erhalten werden.

Aus zahnärztlicher Sicht sei es sinnvoll, beim Aufklärungsgespräch auch einen Praxismitarbeiter als Zeugen hinzuzuziehen, so Berger. Ergänzend zu den Vorträgen der Juristen gab der BLZK-Präsident und KZVB-Vorsitzende Aufschluss über die Einsichtsrechte. So erhält der Patient auf Verlangen unverzüglich volles Einsichtsrecht. Für Abschriften könne Kostenersatz verlangt werden. Mit Bezug auf § 630g BGB sollten Originale jedoch nicht herausgegeben werden.

Die Erfahrung des beratenden Anwalts

Der häufigste und gravierendste Fehler, den Zahnärzte nach den Erfahrungen von Prof. Dr. Thomas Ratajczak bei der Dokumentation machen, ist die fehlende Information über Gespräche mit Patienten. „Vielfach lässt sich weder erkennen, über welche Behandlungsoptionen der Patient beraten wurde, noch worin er eingewilligt hat.“ Zudem gebe es nach wie vor Behandlungsdokumentationen, die aus einer Aneinanderreihung von Gebührenordnungsziffern bestehen. Dies sei „Murks“, so Ratajczak. „Die Behandlungsdokumentation ist unzureichend, wenn sich mit ihr für einen anderen Behandler nicht weiterarbeiten lässt, ohne dass Befunde et cetera komplett neu erfasst werden müssen!“ Der Justiziar des BDIZ EDI wies auf einen weiteren wichtigen Aspekt im Umgang mit der Dokumentation hin: Bei einem Strafverfahren gegen einen Zahnarzt drohe immer auch der Verlust der Approbation.

Zum Schluss gab Ratajczak den Teilnehmern folgende Leitsätze mit auf den Weg: „Aus der Eintragung einer Gebührenziffer in der Kartei folgt nicht, dass eine dieser Ziffer zuzuordnende Leistung erbracht wurde. Aus der Eintragung der Leistung folgt dagegen, dass sie erbracht wurde!“

Anita Wuttke
München

Anzeige



tischlerei
staudinger.at
planung_fertigung
der komplettausstatter für Ihre praxis

Staudinger GmbH | 4400 Steyr | Dukartstr. 15 | Tel. 0 72 52 / 760 08 | www.staudinger.at | tischlerei@staudinger.at