



Die zahnärztliche Dokumentation

Eine allgemeine Hilfestellung für die Zahnarztpraxis

Die Bedeutung (zahn-)ärztlicher Aufzeichnungen wird häufig unterschätzt. Gleichzeitig herrscht Unsicherheit über den Umfang einer ausreichenden Dokumentation in der Praxis. Der nachfolgende Artikel soll dazu dienen, allgemeine Hilfestellungen zu geben. Eine allumfassende und ins Detail gehende Abhandlung würde Gefahr laufen, den Blick für das Wesentliche zu erschweren.

Die Grundlagen: Natürlich Paragraphen

§ 6 der Berufsordnung der bayerischen Zahnärzte (BerufsO) verpflichtet den Zahnarzt, über die „in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen fortlaufend“ zu erstellen. Nähere inhaltliche Konkretisierungen enthält die Berufsordnung nicht. Für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung wird diese Obliegenheit durch eine Vielzahl von Vorschriften ergänzt. So bestimmt § 295 Sozialgesetzbuch Teil 5 (SGB V), daß der „Leistungserbringer“ verpflichtet ist, die von ihm erbrachten „Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung“ und mit „Zahnbezug und Befunden aufzuzeichnen und zu übermitteln“. Die kassenzahnärztlichen Verträge beinhalten weitere Vorschriften. Sowohl § 5 Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) als auch § 4 Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z) legen fest, daß über die Behandlung jedes Patienten Aufzeichnungen zu machen sind, die die einzelnen Leistungen und die Behandlungsdaten erkennen lassen. In den neuen Behandlungs-Richtlinien ab 1.1.2004 wird ebenfalls klargestellt, daß die Befunderhebung und Diagnose sowie ihre Dokumentation zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören (Abschnitt B I).

Funktion der Dokumentation:

Nicht nur Selbstzweck

Bereits die Berufsordnung (§ 6 Abs. 1) bringt zum Ausdruck, daß die Dokumentation nicht

allein als Gedächtnisstütze für den Behandler dient. Vielmehr wird ausdrücklich auch das „Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation“ erwähnt. Damit wird der Rechtsprechung insbesondere des Bundesgerichtshofes (BGH) Rechnung getragen, der bereits im Jahr 1978 festgestellt hatte, die „Führung ordnungsgemäßer Krankenunterlagen“ sei eine „dem Patienten gegenüber obliegende Pflicht“. Hintergrund für diese höchstrichterliche Begründung war im wesentlichen die Überlegung, die Unterlagen müßten auch einen fachkundigen Dritten in die Lage versetzen, die durchgeführte Behandlung nachzuvollziehen, um ggf. eine sachgerechte Weiterbehandlung des Patienten zu ermöglichen. Als Dritter in diesem Sinne sind dabei auch die vertragszahnärztlichen Gutachter oder die bei der KZVB gebildeten Ausschüsse zu sehen. Hier besteht nicht nur das Recht, sondern auf entsprechende Anforderung auch die Pflicht des betroffenen Zahnarztes, neben den Röntgenaufnahmen im Einzelfall die Karteikarte bzw. eine Kopie hiervon zur Verfügung zu stellen. Besteht eine solche Befugnis oder Verpflichtung, steht die ärztliche Schweigepflicht der Übersendung nicht entgegen.

Bestandteile: Geschriebenes und Angefertigtes

Als Dokumentationsmittel wird nicht selten nur die Karteikarte angesehen. Hierzu zählen aber ebenso die Röntgenaufnahmen, Modelle und Fotos, die den Zahnzustand belegen. Von selbst versteht sich dabei die Forderung, die Dokumentationsmittel müßten auswertbar sein. Eine unleserliche Handschrift, nicht erklärbare Abkürzungen oder aber auch schlecht belichtete Röntgenaufnahmen führen nicht nur zu vermeidbaren Mißverständnissen, sondern erhöhen auch die Gefahr, allein wegen mangelhafter Dokumentation Regreßansprüche von Patienten oder Krankenkassen zu riskieren. Für eine EDV-gestützte Dokumentation gilt nichts anderes. Die Berufsordnung (§ 6 Abs. 3)



fordert dabei aber besondere Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um eine „Veränderung, vorzeitige Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern“. Der Datenschutz ist dabei in besonderer Weise zu gewährleisten.

Dokumentationsinhalt: Weniger ist nicht mehr

Was aber ist nun genau zu dokumentieren? Der Jurist kann hier natürlich keine detailgenauen zahnmedizinischen Antworten geben. Als Leitlinien können aber zunächst folgende Anmerkungen gelten: Aufzuzeichnen sind alle zahnmedizinisch relevanten Daten und Vorgänge. Aus sich selbst verständliche Abkürzungen sind möglich, allerdings gilt es zu beachten, daß die Eintragung einer Gebührennummer allein nur selten als ausreichend angesehen wird. Die Eintragungen in der Karteikarte sollten neben den Grunddaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse des Patienten) zunächst einmal erkennen lassen, wer die Aufzeichnung vorgenommen hat, also ob z.B. der behandelnde Zahnarzt selbst oder seine Helferin aktiv war. Auf die Richtigkeit von Datum und ggf. Uhrzeit (z.B. bei Leistungen außerhalb der Sprechstunde) ist zu achten. Nicht selten ist festzustellen, daß z.B. das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes in Karteikarte und auf dem Heil- und Kostenplan differiert.

Die zahnmedizinischen Befunde und Diagnosen als Ausgangspunkt für die Behandlung sind festzuhalten; dabei sollte bei der Anfertigung von Röntgenaufnahmen deren genaue Bezeichnung und bei der Durchführung von Vitalitätsprüfungen der Zahnbezug nicht vergessen werden. Danach folgen die einzelnen Behandlungsschritte. Erklärungen des Patienten, auch wenn diese in einer gesonderten Vereinbarung enthalten sind, sollten auch in der Karteikarte selbst noch einmal vermerkt werden.

Sonderthema: Risikoaufklärung

Besondere Bedeutung hat die Aufklärung von zahnärztlichen Eingriffen, die mit Folgerisiken verbunden sind. Wenn auch die Rechtsprechung hierzu keine einheitliche Linie aufweist und die Problematik eher im ärztlichen Bereich auftritt, läßt sich doch folgende allge-

meine Aussage treffen: Die Aufklärung muß typische, mit der Behandlung verbundene Risiken erfassen. So haben sowohl das Oberlandesgericht (OLG) München (Urteil vom 23.6.1994) als auch das OLG Köln (Urteil vom 22.4.1998) eine Pflicht zur Aufklärung über die Gefahr der – gleichwohl seltenen – Durchtrennung des nervus lingualis bei der Entfernung eines Weisheitszahnes bejaht.

Die Verwendung von Formularen, in denen die Behandlungsmaßnahme bzw. der Eingriff genauer beschrieben ist und der Patient die Aufklärung mit seiner Unterschrift bestätigen soll, kann im Streitfall neben dem Eintrag in der Karteikarte als Indiz dafür dienen, daß eine ordnungsgemäße Risikoaufklärung erfolgt ist. Auch die Hinzuziehung einer Praxismitarbeiterin bei der Aufklärung kann im Einzelfall sinnvoll sein.

Problem Wunschbehandlung:

Vorsicht ist geboten

Immer wieder wird der behandelnde Zahnarzt im Einzelfall mit Behandlungswünschen konfrontiert, die zwar zahnmedizinisch möglich, aber aus seiner fachlichen Sicht nicht angezeigt sind. Unabhängig von der Tatsache, daß solche Behandlungen dann nicht Gegenstand des Leistungsanspruches des Patienten gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse sein können, ist eher davon abzuraten, einem solchen Wunsch nachzukommen.

In eine aus Sicht des Zahnarztes medizinisch nicht indizierte Behandlung kann der Patient nach Auffassung des BGH nicht wirksam einwilligen; tut er dies trotzdem, hilft im Streitfalle auch nicht eine schriftliche Erklärung, wie sie oben beschrieben wurde. Vielmehr setzt sich der Behandler der Gefahr aus, nicht nur seinen Honoraranspruch zu verlieren, sondern auch weiteren Ansprüchen des Patienten ausgesetzt zu sein (z.B. Schmerzensgeld). Als letztes Mittel bleibt in solchen Fällen häufig nur die Behandlungsablehnung.

Folge unzureichender Dokumentation:

Man macht es sich selbst schwer

Versäumnisse bei der Dokumentation zeigen ihre Wirkung insbesondere dann, wenn es „etwas zu beweisen gilt“. Die Rechtsprechung des BGH (z.B. Urteil vom 3.2.1987) beschreibt dies wie folgt: Der Dokumentations-



mangel ist als schuldhaftes Unterlassen anzusehen und führt zu der Vermutung, die nicht oder nicht ausreichend dokumentierte Maßnahme sei unterblieben. Im Streitfalle hat dies eine sogenannte Beweislastumkehr zugunsten des Patienten zur Folge – nicht er, sondern der Zahnarzt muß dann beweisen, daß die Behandlung ordnungsgemäß durchgeführt wurde. Allein wegen einer mangelhaften Dokumentation kann also ein Honorarprozeß verloren gehen oder aber der Patient mit Schadensersatzforderungen durchdringen. Ähnlich die Rechtssituation im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung: Eine nicht dokumentierte Leistung gilt als nicht erbracht (so z.B. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 28.11.2001). Wird sie dennoch abgerechnet, ist dies von der KZV zu berichtigen. Daneben droht auch weiteres Ungemach: Die unzureichende Dokumentation steht im Widerspruch zu berufsrechtlichen und vertragszahnärztlichen Pflichten (s.o. Rechtsgrundlagen) und kann somit Ausgangspunkt für die Einleitung eines Disziplinarverfahrens sein.

Was passiert, wenn man später bemerkt, daß die Dokumentation unvollständig ist? Selbstverständlich sind Nachträge oder Korrekturen erlaubt, sofern sie zutreffend sind. Ist ein Prüf- oder Regreßverfahren angekündigt, sollte die Dokumentation vor Übersendung der Unterlagen an die jeweiligen Prüfungsgremien durchgesehen werden. Wird nämlich – was hin und wieder vorkommt – zunächst einem Ausschuß eine Kopie der Karteikarte übermittelt, danach eine Ergänzung der Eintragungen im Original vorgenommen und dieses dann später (z.B. in einem gerichtlichen Verfahren) ebenfalls vorgelegt, besteht erheblicher Erklärungsbedarf im Hinblick auf die unterschiedlichen „Versionen“ über die Behandlung in Original und Kopie.

Einsichtnahme: Originale behalten

Der BGH hat bereits vor längerer Zeit (Urteil vom 23.11.1982) die Patientenrechte gestärkt, indem er ein Einsichtnahmerecht des Patienten in die ihn betreffenden Aufzeichnungen auch außerhalb einer gerichtlichen Auseinandersetzung bejaht hat. Realisiert wird die Einsichtnahme fast ausschließlich durch die Übersendung einer Kopie der Behandlungsunterlagen. Hier gilt es aber einem weitverbreiteten Miß-

verständnis entgegenzuwirken: Die Originale sind Eigentum der Praxis und nicht vom Recht des Patienten auf Herausgabe umfaßt. Auch die Kosten für die Anfertigung der Kopien (ggf. von Röntgenaufnahmen) trägt der Patient. Fordert ein Rechtsanwalt für den Patienten diese Kopien an, ist auf die gleichzeitige Vorlage einer sogenannten Schweigepflichtentbindungserklärung zu achten, da eine Übersendung sonst im Widerspruch zur ärztlichen Schweigepflicht stehen könnte. Letztere besteht im übrigen – was nicht selten vergessen wird – grundsätzlich auch gegenüber dem Ehepartner des Patienten oder einem Kollegen, außer es ist zweifelsfrei von einem entsprechenden Einverständnis des Patienten auszugehen.

Unberührt hiervon bleibt die Verpflichtung, einem Gutachter, den bei der KZVB gebildeten Ausschüssen oder einem Nachbehandler die Unterlagen vorübergehend zu überlassen, auch wenn Originale angefordert sind.

Aufbewahrung: Achtung Platzbedarf

Die Fristen, innerhalb derer die Unterlagen über die Behandlung eines sozialversicherten Patienten aufzubewahren sind, ergeben sich aus einer Vielzahl von Rechtsvorschriften. Zusammengefaßt finden sich diese in der roten Abrechnungsmappe der KZVB (Abschnitt Info 3-1). Für Röntgenaufnahmen ist eine Aufbewahrung von zehn Jahren, gerechnet von der letzten Untersuchung, geregelt (§ 28 Abs. 4 RöV). Bei Karteikarten beträgt die Frist drei Jahre ab Behandlungsende (§ 5 Abs. 2 BMV-Z, § 4 Abs. 2 EKV-Z); bei Planungsmodellen richtet sich die Aufbewahrungsdauer nach der Art der Behandlung (ZE zwei Jahre, KB ein Jahr, KFO drei Jahre). Diese Fristen bezeichnen allerdings einen Mindestzeitraum; ist aus anderen Gründen (z.B. Rechtsstreit mit Patient) eine längere Aufbewahrung geboten, sollte entsprechend verfahren werden. Die Berufsordnung (§ 6 Abs. 2) fordert demzufolge, vorbehaltlich anderer Bestimmungen, die zahnärztlichen Aufzeichnungen – auch auf elektronischen Datenträgern – als Urkunde zehn Jahre aufzubewahren. Große Schränke zur Aufbewahrung scheinen also unerlässlich ...

Andreas Mayer,
stv. Justitiar der KZVB