tung entbinden. Zu berücksichtigen ist ferner, dass der vom Berufsgericht verhängten Geldbuße angesichts des insgesamt eröffneten Rahmens von bis zu 50.000 € (§ 60 Abs. 1 lit. d HeilBerG NRW) und der gehobenen wirtschaftlichen Verhältnisse des Besch. ohnehin eher symbolischer Charakter zukommt.

DOI: 10.1007/s00350-016-4398-7

**Anmerkung zu OVG Nordrh.-Westf. –
1. Senat des LandesberufsG f. Heilberufe,
Urt. v. 25. 11. 2015 – 6 t A 2679/13. T (VG Münster)**

Gerhard H. Schlund

Die vorstehend abgedruckte Entscheidung verdient schon deshalb eine kurze Anmerkung, weil sie ein im ärztlichen Alltag nicht selten anzutreffendes, juristisch aber bedeutsames Problem anspricht, das der ärztlichen Verpflichtung zu einer umfassenden und zeitgerechten Erstellung der Dokumentation nach Abschluss der Diagnostik oder Therapie beim Patienten.

Bei Generationen von Ärzten war es gang und gäbe, über jeden Patienten Krankenunterlagen zu führen, diese dienten aber lediglich als Gedankenstütze für den Arzt für die weitere Behandlung und schlussendlich auch für eine ordnungsgemäße Abrechnung den Krankenkassen und dem Privatpatienten gegenüber. Dieser Gepflogenheit und Ansicht unter den Ärzten wurde mit der Entscheidung des BGH vom 27. 6. 1978¹ ein Ende gesetzt. Mit diesem Urteil wurde eine Dokumentationspflicht des Arztes statuiert. Inzwischen hat diese Pflicht auch in die jeweiligen Berufsordnungen der Ärzte Eingang gefunden. Seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes vom 20. 2. 2013 findet sich diese Pflicht auch in § 630f BGB manifestiert. Wer als Arzt diese seine Verpflichtung missachtet, oder es mit ihr nicht so genau nimmt, riskiert nicht nur ein Berufsordnungsverfahren, er verletzt auch – sofern er angestellt ist – seine Pflichten aus dem Arbeitsvertrag und kann damit seinen Arbeitgeber bei einem Haftungsfall in Schwierigkeiten bringen, denn eine fehlende oder auch nur fehlerhafte Dokumentation kann im Haftungsverfahren dazu führen, dass es zu einer Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes und seines Arbeitsgebers kommt.

Eine nicht selten zeitraubende Dokumentation wird weitgehend von den Dokumentationszwecken bestimmt. Diese dienen bei jeder ärztlichen Behandlung einmal der Therapiesicherung, zum anderen der Beweissicherung und auch noch der Rechenschaftslegung. Nach Ansicht des BGH in seiner Grundsatzentscheidung wird diese Pflicht zur Dokumentation als eine „selbstverständliche therapeutische Pflicht“ dem Patienten gegenüber erachtet. Der Inhalt und der Umfang dieser Pflicht zur Dokumentation bezieht sich auf die Anamnese, die Diagnose und Therapie, die diagnostischen Bemühungen des Arztes, die Funktionsbefunde, die Art und die Dosis der verordneten Medikation und auch die ärztlichen Hinweise und Empfehlungen des Arztes an seinen Patienten für die zukünftige Zeit.

In dieser Dokumentation dürfen aber nicht fehlen Notizen über Verlaufsdaten, Hinweise über die durchgeführte Aufklärung, ein Operationsbericht, das Narkoseprotokoll (dieses bedarf auch bedeutsamer Eintragungen und Vermerke²), eingetretene unerwartete Zwischenfälle, ein Wechsel des Operateurs während des Eingriffs und vieles andere mehr; evt. auch noch erforderlich sind Hinweise für den Patienten beim Verlassen des Krankenhauses oder der

Praxis. Von besonderer Bedeutung bei der Erstellung dieser ärztlichen Dokumentation ist neben der Vollständigkeit vor allem der Zeitpunkt. Sie hat nach ganz herrschender Ansicht in Rechtsprechung und Literatur³ im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Beendigung der Behandlung oder des Eingriffs zu erfolgen. Dieser Zeitpunkt ist nicht beliebig nachholbar und auch nicht einklagbar. Eine nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Behandlungsende oder dem Eingriff niedergeschriebene Aufzeichnung muss ausdrücklich (zeitlich) gekennzeichnet sein. Lediglich bei unkomplizierten Eingriffen und Behandlungen wird der Arzt für berechtigt gehalten, erst zeitlich versetzt eine Dokumentation aus dem Gedächtnis zu erstellen.

Der in diesem Verfahren vor dem 1. Senat des Landesberufsgerichts für Heilberufe zur Verantwortung gezogene gynäkologische Oberarzt scheint schon in seiner beruflichen Vita nicht besonders „statisch“ gewesen zu sein, denn die Zeit, die er bei der Antragstellerin als verantwortlicher Operateur verbrachte, betrug lediglich 53 Tage. In diesem Zeitraum führte er insgesamt 75 operative Eingriffe aus. Lediglich bei 9 dieser Operationen forderte die Antragstellerin vom Besch. die Vorlage des jeweils noch fehlenden Operationsberichts. Letztlich war aber Gegenstand der Entscheidung nur noch die Patientenakte der Patientin K. (geb. 1951), bei der u. a. eine vaginale Hysterektomie unter Belassen beider Adnexe vorgenommen worden war. Alle vom Besch. im Prozess vorgetragenen Gründe, warum er nach Beendigung seines operativen Tätigwerdens bei der Patientin nicht in der Lage gewesen sein will, eine ordnungsgemäße Dokumentation zu erstellen, wie etwa die umständliche Handhabung eines Diktiergeräts, oder er sei weder während seines Dienstes und auch nicht bei seinem Ausscheiden zur Erstellung eines Operationsberichts ausgefordert worden, oder aber er sei nach so langer Zeit hierzu nicht mehr in der Lage und letztlich seine Bemerkung: „fehlende Operationsberichte machen keinen Patienten kränker oder gesünder“, und dass er deshalb nicht zu einem berufsrechtlichen Verweis und einer Geldbuße herangezogen werden dürfe, überzeugten den Senat nicht, denn alle diese Behauptungen und Einwände und die von ihm vorgetragenen angeblichen Unzulänglichkeiten im Hospital der Antragstellerin befreiten ihn nach Ansicht des Senats nicht von seiner originären und höchstpersönlichen Verpflichtung zur zeitgerechten und umfassenden Erstellung eines Operationsberichts hinsichtlich dieser Patientin.

Noch dazu sei bei der Entscheidung zu berücksichtigen, dass der Besch. durchaus bei anderen operativen Eingriffen in der Lage gewesen war, seiner Operationsberichtserstellungspflicht zeitgerecht und unbeanstandet nachzukommen.

Etwas Verwunderung löst die Senatsentscheidung denn doch aus, soweit sie nämlich die in der Erstinstanz verhängte Geldbuße von 2.000 € auf 1.500 € reduzierte, obschon § 60 Abs. 1 HeilBerG NRW eine Geldbuße bis zu 50.000 € zulässt. Bei der festgelegten Höhe der Geldbuße hätte man nicht außerachtlassen dürfen, dass die Weigerung des Besch., einen Operationsbericht umfassend und zeitgerecht zu erstellen, dem Krankenhausträger bereits eine Schadensersatzforderung ins Haus gebracht hat und dass der Besch. als Oberarzt vermutlich über ein Bruttoeinkommen verfügte, das sich in der Regel zwischen 80.000 und 120.000 € (Fachoberarzt – Leitender Oberarzt) bewegt. Da bewirkt eine Geldbuße von lediglich 1.500 € nicht das, was sie eigentlich bewirken soll.

1) BGHZ 72, 132 = NJW 1978, 337 = VersR 1978, 1022, 1023.

2) S. hierzu Schlund, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 55, Rdnr. 9.

3) S. Schlund, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 55, Rdnr. 12.