Wer einmal löscht, dem glaubt der Richter nicht Patientenakten ändern kann teuer werden!

Eine nicht veranlasste Koloskopie hat einen Arzt 50.000 Euro Schmerzensgeld gekostet – und den betreffenden Patienten vermutlich das Leben. Zum Verhängnis wurde dem Mediziner seine lückenhafte und nachträglich veränderte EDV-Dokumentation.

Wer als Arzt beweisen will, dass eine von ihm vorgeschlagene, unbedingt gebotene Maßnahme vom Patienten verweigert wurde, tut gut daran, dies sorgfältig zu dokumentieren. Nimmt er an den Unterlagen später Veränderungen vor, mindert dies deren Beweiswert beträchtlich. Dies musste ein Arzt erfahren, der als Beklagter vor dem Oberlandesgericht (OLG) Oldenburg stand.

Koloskopie vergessen?

Dabei ging es um den Fall eines Patienten, der im Mai 1999 mit einem positiven Test auf Blut im Stuhl bei seinem Hausarzt auffällig geworden war. Trotz des Befundes wurde keine Koloskopie vorgenommen. Weitere Stuhltests im Herbst des Jahres blieben negativ. Doch im Juli 2000 erschien der Mann erneut und klagte über gehäuften Stuhlgang. Nun wurde der Darm gespiegelt – Diagnose: mäßig differenziertes Adenokarzinom. Es folgten eine tiefe Rektumresektion und eine Chemotherapie. Metastasen waren nicht zu verhindern. Im Mai 2007 verstarb der Mann.

Witwe klagte weiter

Zuvor allerdings hatte er seinen Hausarzt verklagt, und seine Witwe führte den Prozess weiter. Dem Mediziner wurde vorgeworfen, er habe es im Mai 1999 versäumt, die notwendige Koloskopie zu

veranlassen. Der Arzt wies dies zurück: Er habe eine Koloskopie vorgeschlagen, der Patient sie aber abgelehnt. In den Krankenunterlagen fand sich tatsächlich ein Computerausdruck vom Januar 2004: „Hämofec: 1+pos., will keine Koloskop...“. Allerdings gab es auch einen Ausdruck vom Dezember 2003, darauf von abgelehnter Koloskopie keine Rede war. Der Mediziner wollte darin keinen Widerspruch erkennen. Es handle sich bei dem Ausdruck vom Dezember 2003 um ein Dokument, so seine Einlassung, das er der Ehefrau des Patienten ausgehändigt habe. Vorher habe er alle Eintragungen getilgt, die nicht für die Augen des Patienten bestimmt gewesen seien. Anschließend habe er sie wieder eingefügt.

Veränderung der Dokumentation erwiesen

Für das Gericht war nun erwiesen, dass die Dokumentation tatsächlich verändert worden war. Für den Arzt verlief zudem ein Ortstermin in seiner Praxis im Januar 2007 wenig vorteilhaft. Ein Sachverständiger fertigte dabei einen Ausdruck der fraglichen Eintragungen vom Mai 1999 an. Zum Vorschein kam eine dritte Variante: „will keine weitere Di...“ hieß es nun statt wie ehemals „will keine Koloskop...“.

Das Vertrauen der Richter in die Dokumentation vermochte dies nicht zu festigen. Im Gegenteil. Da auf die Dokumentation kein Verlass sei,

habe der beklagte Arzt die damalige Koloskopieverweigerung des Patienten zu beweisen. „Diesen Beweis ist er fällig geblieben“, urteilten die Richter. Sie verwarfen damit einen vorinstanzlichen Spruch des Landgerichts Aurich. Dieses hatte noch befunden, es stehe nicht fest, dass der Arzt dem Patienten seinerzeit nicht zu einer Koloskopie geraten habe.

50.000 Euro Schmerzensgeld

Das OLG ging indes von einem Fehler bei der Befunderhebung aus. Zudem sei grundsätzlich zu vermuten, dass sich der Patient bei ordnungsgemäßer Aufklärung „aufklärungsrichtig“ verhalten hätte – sprich: zur Koloskopie gegangen wäre. „Ein positiver Befund ist im vorliegenden Fall überwiegend, also hinreichend wahrscheinlich gewesen“, meinten die Richter. Objektiv betrachtet wäre dem Befund eines Rektumkarzinoms die entsprechende Therapie gefolgt. Der Fehler des Arztes sei daher geeignet gewesen, den Gesundheitsschaden für den Patienten herbeizuführen. Mit dieser Begründung verurteilte der OLG-Senat den Arzt, der Witwe des Patienten 50.000 Euro Schmerzensgeld zu zahlen.

(Robert Bublak)

Dettmeyer R. Rechtsreport, Beweiswert einer nachträglich veränderten EDV-Dokumentation. Rechtsmedizin 2012, 22: 58 (OLG Oldenburg, Grund- und Teilurteil vom 23.07.2008 – 5 U 28/08 [LG Aurich])

Befund

© [M] iStockphoto / thinkstock.com