

Ohne Dokumentation kein Honorar?

Dr. Susanna Zentai

Grundsätzlich besteht die Pflicht zur Dokumentation. Das war schon immer so und ist nunmehr seit einigen Jahren im Patientenrechtegesetz vorgeschrieben. Nach §630f BGB, erster Absatz, ist der Behandelnde verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Zu beachten ist, dass mögliche Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte nur zulässig sind, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Entsprechendes gilt für elektronisch geführte Patientenakten. Mit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes hat sich die Rechtslage damit insoweit geändert. Es dürfen nicht mehr wie früher persönliche Bemerkungen komplett gestrichen werden, da sonst die Veränderung der Dokumentation nicht mehr, wie vom Gesetz verlangt, nachverfolgbar bleibt.

Gemäß §630f BGB, zweiter Absatz, ist der Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Auch Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

Wird nun versäumt, einen Teil der Behandlung zu dokumentieren, kann die Durchsetzung des Honorars in einem Streitfall erschwert werden. Hier gilt die Rechtsprechung seit Jahrzehnten als gefestigt. Danach begründet das Fehlen der Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen Maßnahme die Vermutung, dass die Maßnahme unterblieben ist. Das Sozialgericht Itzehoe stellt in seinem Urteil vom 30.11.2017 (Az. S 30 U 57/16) ergänzend klar: „Diese Vermutung entfällt weder deshalb, weil in der Praxis mitunter der Pflicht zur Dokumentation nicht nachgekommen wird [...], noch deshalb, weil die Dokumentation insgesamt lückenhaft ist.“

Dagegen kommt der ärztlichen Dokumentation durchaus eine Indizwirkung zu. Ist eine Maßnahme dokumentiert, wird von der tatsächlich erfolgten Durchführung dieser

Maßnahme ausgegangen. Auch hier hat das Patientenrechtegesetz einen Aspekt bezüglich der Anforderungen an eine ordnungsgemäße Dokumentation deutlich unterstrichen, indem §630f Abs. 1 Satz 2 und 3 BGB eine fälschungssichere Software, die die ursprünglichen Einträge erhält und gegen Änderungen sichtbar macht, verlangt. Das OLG Frankfurt (Urteil vom 13.01.2015, Az. 8 U 141/13) macht deutlich: „Eine EDV-Dokumentation ohne Sicherung gegen Veränderungen ist nicht mehr zulässig und sollte auch keinen Beweiswert wie eine herkömmliche schriftliche Dokumentation ohne Änderungen haben, selbst wenn der Arzt nachvollziehbar darlegt, dass sie nicht nachträglich verändert wurde und dass sie medizinisch plausibel ist.“

Neben diesen Anforderungen an die ärztliche Dokumentation hat die Rechtsprechung eine inhaltliche Begrenzung des notwendigen Inhalts der Dokumentation formuliert. Demnach ist eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist, auch aus Rechtsgründen nicht geboten. Das bedeutet, dass in einem solchen Fall aus dem Unterbleiben von Aufzeichnungen keine beweisrechtlichen Folgerungen gezogen werden könnten, also gerade nicht zwingend davon ausgegangen werden müsste, dass es an der tatsächlichen Ausführung gefehlt hätte. Unabhängig davon wird die Durchsetzung von Honorarforderungen in Bezug auf nicht dokumentierte Maßnahmen regelmäßig sehr schwierig sein, da sie in der Regel medizinisch notwendige Leistungen betreffen, die wiederum der Dokumentationspflicht unterliegen und von der Annahme betroffen sind: Was nicht dokumentiert ist, ist auch nicht erbracht.

Kontakt



Dr. Susanna Zentai

Kanzlei Dr. Zentai – Heckenbücker
Hohenzollernring 37
50672 Köln
Tel.: 0221 1681106
kanzlei@d-u-mr.de
www.dentalundmedizinrecht.de