

MERKBLATT:

JURISTISCHE ANFORDERUNGEN AN EINEN OP-BERICHT

- ❖ Zweck der Dokumentation: nach ständiger Rechtsprechung ist erforderlich, dass medizinisch kundige Dritte und insbesondere der Weiter- oder Nachbehandler das Behandlungsgeschehen nachvollziehen können. Im Vordergrund stehender Dokumentationszweck ist damit die Sicherheit des Patienten. Die Dokumentation dient damit primär der
 - *Therapiesicherung*, d. h. die sachgerechte Behandlung und Weiterbehandlung des Patienten muss gewährleistet werden, jeder mit- und weiterbehandelnde Arzt muss sich über die bisherigen Behandlungsmaßnahmen und Therapien informieren können,
 - *Rechenschaftslegung*, d. h. Information des Patienten hinsichtlich der durchgeführten Maßnahmen,
 - *ordnungsgemäßen Abrechnung* durch Nachweis der vollständigen Leistungserbringung.

- ❖ Umfang der Dokumentation: Der Arzt schuldet aus Sicht der **BGH-Rechtsprechung** die **ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation der Operation einschließlich der pflegerischen Maßnahmen** → Erfüllung der Dokumentationspflicht durch gewissenhafte schriftliche Dokumentation

Ggf. können sich unter Umständen aus geltenden Qualitätssicherungsrichtlinien oder ähnlichen Bestimmungen konkretere Anforderungen ergeben.

Beispielsweise findet sich in der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung endoskopischer Eingriffe in Ziffer 3.3.2. Nr. 2 hinsichtlich der Sicherung der Prozessqualität lediglich, dass jeder Arzt, der einen endoskopischen Eingriff durchführt, einen ausführlichen Bericht über den endoskopischen Eingriff anzufertigen hat.

Das **LSG Baden-Württemberg** hat mit Urteil vom 25.09.2013 – L 5 KA 3347/11 entschieden, dass aus Qualitätssicherungsgründen die erforderliche Dokumentation ambulanter Operationen nur ihren Zweck erfüllen kann, wenn die Aufschriebe aus sich heraus verständlich sind, sodass es nicht genüge, wenn die Aufschriebe erst weiterer Erläuterungen durch den Vertragsarzt bedürfen. Die Dokumentation müsse selbsterklärend sein. Dies setze voraus, dass die **ambulanten OP-Berichte lesbar, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar** seien.

- ❖ Inhalt der OP-Dokumentation: Maßgeblich nach ständiger Rechtsprechung ist die **medizinische Übung und Erforderlichkeit** für die Sicherheit des Patienten. Dies bedeutet, die Dokumentation muss aus medizinischer Sicht erforderlich sein, sodass die **wesentlichen medizinischen Daten und Fakten für den Behandlungsverlauf** sichergestellt werden müssen. Ist eine Dokumentation aus medizinischer Sicht nicht erforderlich, so ist sie aus Rechtsgründen auch nicht geboten. Entscheidend ist somit der therapeutische Nutzen der Aufzeichnungen, sodass eine Maßnahme dann zu dokumentieren ist, wenn dies erforderlich ist, um Ärzte und Pflegepersonal über den

Verlauf der Krankheit und die bisherige Behandlung für ihre künftigen Entscheidungen ausreichend zu informieren (vgl. OLG Oldenburg, Urteil vom 30.01.2008 – 5 U 92/06).

Es müssen folglich **die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die wesentlichen Verlaufsdaten** dokumentiert werden. Der Operationsverlauf muss sich gut nachvollziehen lassen.

Hieraus ergibt sich nach dem derzeitigen Stand der Rechtsprechung insbesondere folgender notwendiger Inhalt eines OP-Berichts, der jedoch nicht abschließend ist:

- die wesentlichen, für eine spätere ärztliche Beurteilung voraussichtlich unerlässlichen Fakten über den Verlauf der OP, daher insbesondere regelmäßig Operationssitus, die angewandte Technik/OP-Methode mit stichwortartiger Beschreibung (vgl. OLG Oldenburg, a. a. O.), die wesentlichen Arbeitsschritte im Einzelnen, jede Abweichung vom Normalverlauf, Komplikationen, unerwartete Zwischenfälle, jede Besonderheit, Erweiterungen der OP
- Wechsel des Operateurs oder im OP-Team während der OP sowie Status bei Wechsel des Operateurs,
- eine etwaige spezielle Lagerung auf dem OP-Tisch,
- Gründe für das Abweichen von einer herkömmlichen OP-Methode,
- Befunde während des OP-Verlaufs; negative Befunde nur, wenn ein medizinischer Anlass dazu besteht,
- bei Anfängeroperationen ist eine möglichst umfassende Dokumentation vorzunehmen, insbesondere ist hier die Kontrolle des Eingriffs unter Aufsicht durchführenden Assistenzarztes zu dokumentieren sowie
- Anweisungen über postoperative Maßnahmen gegenüber den Pflegekräften.

Allerdings müssen erforderliche Routinemaßnahmen und aus ärztlicher Sicht selbstverständliche Bestandteile einer bestimmten klinischen Methode nicht im OP-Bericht aufgeführt werden. Hierzu zählen beispielsweise Routinekontrollen ohne Befund, die Einhaltung des üblichen Ausbildungsstandards, das Anlegen eines Druckverbandes oder die vor jeder Injektion durchzuführende Hautdesinfektion. Denn nach der Rechtsprechung ergibt sich schon aus dem Schweigen des OP-Berichts zu den üblichen, jedoch medizinisch unwesentlichen Zwischenschritten, dass diese unter Beachtung der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt worden sind (vgl. OLG Oldenburg, a. a. O., OLG Koblenz, MedR 2007, 305, 307).

Lediglich beim selbständigen Operieren eines sich noch in der Facharztausbildung befindlichen Arztes legt die Rechtsprechung allergrößten Wert auf die ausführliche Dokumentation sämtlichen, auch des routinemäßigen Vorgehens.

- ❖ Form der Dokumentation: grundsätzlich genügt eine Dokumentation in Stichworten, zumindest bei standardisierten Eingriffen, sodass medizinisch kundige Dritte das Behandlungsgeschehen nachvollziehen können. Der OP-Bericht muss also selbsterklärend sein.

Der OP-Bericht sollte aber im Hinblick auf die vorgenannte Rechtsprechung des LSG Baden-Württemberg lesbar sein. Das LSG hat beispielsweise bei einem zunächst handschriftlich verfassten unlesbaren OP-Bericht, der nachträglich maschinengeschrieben übersetzt wurde, die ordnungsgemäße Dokumentation zum Zwecke der Qualitätssicherung im Zusammenhang mit der Abrechnung der Leistung verneint.

Zivilrechtlich wird die Dokumentation durch eine schwere Lesbarkeit zwar nicht entwertet, allerdings kann dies möglicherweise den Beweiswert beeinträchtigen, sodass mit der Sorgfalt auch der Beweiswert steigt.

Sinnvoll und zulässig aus juristischer Sicht sind heutzutage auch die zusätzlich zum OP-Bericht erstellte Dokumentation operativer Maßnahmen per Bild- oder Videoaufzeichnungen. Ebenso ist eine digitale Dokumentation grundsätzlich als zulässig anzusehen.

- ❖ Zeitpunkt der Dokumentation: Die Rechtsprechung geht einheitlich davon aus, dass die Dokumentation und damit auch der OP-Bericht möglichst zeitnah nach der OP zu erstellen ist.

Hierbei können vom Arzt zunächst handschriftliche, stichwortartige Aufzeichnungen während oder unmittelbar nach der OP zur Gedächtnisstütze gemacht werden, die dann nachträglich, ggf. Stunden oder einen Tag nach der OP, übertragen werden. Ist eine skizzenhafte, unmittelbare Dokumentation nicht möglich, wie beispielsweise bei Notfalloperationen, so muss die nachträgliche Erstellung durch den Arzt kenntlich gemacht werden.

Erfolgt keine zeitnahe Dokumentation, z. B. bei erst nach Wochen oder Monaten stattfindender Erstellung des OP-Berichts, so besteht die Gefahr, dass die Dokumentation ihren Nachweiswert verliert.

Aus juristischer Sicht ist deshalb die zeitnahe Erstellung des OP-Berichts dringend zu empfehlen, allenfalls kann eine tageweise Verzögerung angeraten werden.