

Aus der Klinik und Poliklinik für kleine Haustiere
der Freien Universität Berlin

DOKUMENTATION IN DER TIERMEDIZIN

N. Wohllebe

Die Dokumentation ist ein wesentlicher Bestandteil tiermedizinischer Tätigkeit. Sie hat nicht nur in der Medizin sondern auch in der Veterinärmedizin in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen. Zum einen hat eine gewachsene Judikatur der Veterinärmedizin zu einer stärkeren Gewichtung einer ordnungsgemäßen Dokumentation medizinischer Tätigkeit geführt. Zum anderen sind das sich ständig vermehrende Fachwissen und die Vielzahl an Informationen, die es bei der korrekten Anamnese, Diagnostik, Diagnose, Prognose und Therapie eines Patienten zu bedenken und zu behalten gilt, ohne eine exakte Dokumentation nicht mehr realisierbar. Die tierärztliche Dokumentation umfasst alle im Rahmen der Behandlung des Patienten durch den Tierarzt oder durch das nichttierärztliche Personal angefertigten Aufzeichnungen, unabhängig davon, ob der Tierarzt die Dokumentation seines Patienten in einem Papierarchiv aufbewahrt oder in einem Computer speichert.

Stellenwert und Bedeutung der tierärztlichen Dokumentation waren in vielen Bereichen nicht klar definiert und sind es z.T. auch heute noch nicht. Der tiermedizinischen Dokumentation mangelt es gelegentlich, vor allem hinsichtlich der elektronischen Dokumentation, an konkretisierten gesetzlichen Vorschriften. Vor Gericht wird dann häufig mit humanmedizinischen Standards und Regelungen vergleichend argumentiert.

Rechtliche Grundlagen

Die tierärztliche Dokumentationspflicht ist eine standesrechtliche Berufspflicht. Sie ergibt sich unter anderem aus der Musterberufsordnung für Tierärzte der Bundestierärztekammer §5 Absatz 1: „Der Tierarzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen Aufzeichnungen zu fertigen und diese mindestens 5 Jahre aufzubewahren; diese Frist gilt auch für technische Dokumentationen“. In den Berufsordnungen der jeweiligen Tierärztekammern auf Landesebene wird die Pflicht zur Dokumentation ebenso vorgeschrieben. Beispielhaft sei die Berufsordnung der Tierärztekammer Berlin §26 erwähnt. Auch das Berliner Kammergesetz in seiner Novelle vom 10. Mai 2007 begründet die Pflicht zur Dokumentation im §4a, Absatz 1, Punkt 4: „Zu den Berufspflichten der Kammerangehörigen gehört es insbesondere, über in Ausübung ihres Berufs gemachte Feststellungen und getroffene Maßnahmen Aufzeichnungen zu fertigen...“. Das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) schreibt im §56a, Absatz 3, Nummer 1 vor, dass „Tierärzte über die Verschreibung und Anwendung von für den Verkehr außerhalb der Apotheken nicht freigegebenen Arzneimitteln Nachweise führen müssen“. Im Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) §17 ist festgeschrieben, fortlaufende Aufzeichnungen getrennt für jede Betriebsstätte und jedes Betäubungsmittel zu führen. Die Verpflichtung zur Dokumentation im Bereich der Strahlendiagnostik ist in der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (RöVo) §34, Absatz 2, §28c, Absätze 3 bis 5, §28, Absätze 3 bis 6, §43 sowie in der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (StrSchVo) §42, Absatz 1 festgelegt.

Ob die in den Berufsordnungen postulierte Verpflichtung zur Dokumentation vielleicht nur internen Befehlscharakter innerhalb des dem Berufsstand angehörenden Personenkreises hat, ist nicht eindeutig. Obschon nach Auffassung der Judikatur ein selbständig einklagbarer Anspruch des Patienteneigentümers auf eine ordnungsgemäße Dokumentation des Behandlungsverlaufes nicht besteht, da vertragliche Nebenpflichten in der Regel nicht selbständig einklagbar sind, muss dem Tierarzt dennoch eindringlich empfohlen werden, eine ordentliche Dokumentation zu erstellen. Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes resultiert die

Dokumentationspflicht aus der selbstverständlichen therapeutischen Pflicht gegenüber dem Patienten. Somit ist die Dokumentationspflicht eine selbstverständliche Nebenpflicht zum stillschweigend geschlossenen Behandlungsvertrag, nicht etwa eine vertragliche Hauptverpflichtung.

Umfang und Inhalt

Derzeit existieren noch keine klaren Anhaltspunkte bezüglich des Umfangs der tierärztlichen Dokumentation. Die Musterberufsordnung der Bundestierärztekammer §5 lässt das Ausmaß der Dokumentation unerwähnt. Nur wenig konkreter lautet da §10 Absatz der Bundesärztekammer: „Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen“. Was unter „erforderlich“ zu verstehen ist, bleibt zunächst abstrakt. Es existieren bisher keine einheitlichen Regeln, die zu einer Konkretisierung der Mindestanforderungen an die tierärztliche Dokumentation führen könnten. Es finden sich in der Literatur viele Überlegungen über das Ausmaß und den Inhalt ärztlicher Aufzeichnungen: Eine Krankenakte sollte so ausführlich sein, dass sich alle beteiligten Personen aus den vorhandenen Aufzeichnungen einen schnellen Überblick über die Situation des Patienten verschaffen können. Ein nach- oder weiterbehandelnder Kollege sollte sich ein Bild vom bisherigen Krankheits-, Diagnose- und Therapieverlauf machen können. Nach einer Aussage des Bundesgerichtshofes aus dem Jahre 1984 genügt eine Aufzeichnung in Stichworten oder die Verwendung von Symbolen, wenn Missverständnisse bei einem nachbehandelnden Arzt ausgeschlossen sind.

Für Operationsberichte und Anästhesieprotokolle haben das Oberlandesgericht Celle 1978 und das Oberlandesgericht Bamberg 1988 die Mindestanforderungen formuliert, wonach diese Unterlagen so geführt werden müssen, dass der fachkundige Leser anhand des Textes die Operation reproduzieren kann. In der Zeitschrift Medizinrecht von 1989 wird der Bundesgerichtshof zitiert, wonach der Operationsbericht minimal Folgendes enthalten sollte: Angaben zum zeitlichen Ablauf, zum Operationssitus, zur angewandten Technik und die Gründe ihrer Auswahl. Anfängerkontrolle und Wechsel

des Operateurs müssen ebenfalls dokumentarisch festgehalten werden. Verzichtet der Arzt auf einen nach der gewählten Methode in aller Regel medizinisch gebotenen Operationsschritt, weil eine besondere Operationssituation ein Abweichen von der üblichen Technik erforderlich macht, so muss er diesen Verzicht dokumentieren und begründen, so ein Urteil des Amtsgerichtes Freiburg von 1990. Eine Besonderheit bei der Dokumentation einer Operation ergibt sich bei der selbständigen Durchführung der Operation durch einen Anfänger, da dieser zu einer genaueren Dokumentation verpflichtet ist, auch dann, wenn er keine Komplikation beobachtet hat. Anfänger müssen im Gegensatz zum erfahrenen Chirurgen auch sämtliche Routinemaßnahmen genau dokumentieren. Der Bundesgerichtshof führt in einer Entscheidung aus dem Jahre 1985 zu den Aufzeichnungspflichten eines Berufsanfängers aus: „Beim ihm ist es nicht selbstverständlich, dass er von vornherein die medizinisch richtige und übliche Operationstechnik anwendet und beherrscht. Um wenigstens eine gewisse Kontrolle im Interesse seiner Ausbildung und vor allem auch im Interesse des Patienten zu gewährleisten, muss von ihm verlangt werden, dass er den Gang der Operation genau aufzeichnet“.

Zeitpunkt der Dokumentation

Die Zuverlässigkeit tierärztlicher Aufzeichnungen ist auch vom Zeitpunkt ihrer Erfassung abhängig. Im Normalfall sollten die Aufzeichnungen noch während der Behandlung oder unverzüglich danach angefertigt werden. Eine Dokumentation gilt dann als verspätet, wenn sie nicht mehr im zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung steht. Erfolgt die Dokumentation nachträglich, muss der Tierarzt dies kenntlich machen.

Aufbewahrung der Dokumentation

Gemäß §5 Absatz 1 Musterberufsordnung der Bundestierärztekammer sind die in Ausübung des Berufes gefertigten Aufzeichnungen mindestens 5 Jahre aufzubewahren, wobei diese Frist auch bei technischen Dokumentationen gilt. Längere Aufbewahrungspflichten gibt es in einigen Spezialgebieten wie z.B. der Radiologie. In der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen

§28 Absatz 3 müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung und Aufzeichnungen über Röntgendiagnostik 10 Jahre lang nach der letzten Untersuchung aufbewahrt werden. Für einige Autoren wird eine 5-jährige Aufbewahrungsdauer den Erfordernissen einer möglichst umfassenden Prävention von vermeidbaren Haftungsverfahren damit in vollem Umfang gerecht. Andere Autoren hingegen schlagen aus Sicherheitsgründen eine 30-jährige Aufbewahrungszeit vor. Dies entspricht der Verjährungsfrist gemäß §852 in Verbindung mit §823 BGB von 30 Jahren bei Ausführung einer unerlaubten Handlung.

Das tierärztliche Aufklärungsgespräch

Der Tierarzt muss den Tierhalter über die Behandlung, mögliche Alternativen, Chancen und Risiken aufklären. Erst eine ordnungsgemäße Aufklärung kann den Patientenhalter in die Lage versetzen, wirksam in die tierärztliche Leistung einzuwilligen. Ohne Aufklärung des Halters ist eine Einwilligung in die Therapie rechtlich ohne Wirkung. Daher gelten Eingriffe in die Tiermedizin ohne Einwilligung als Sachbeschädigung oder unerlaubte Handlung. Die Beweislast für das erfolgte Aufklärungsgespräch liegt beim Tierarzt. Daher empfiehlt der Bundesgerichtshof, auch wenn die Dokumentation der Aufklärung nicht verpflichtend und das persönliche Gespräch zwischen Tierarzt und Patientenbesitzer ausreichend ist, schriftliche Aufzeichnungen im Krankenblatt über die Durchführung und den wesentlichen Inhalt des Aufklärungsgesprächs zu führen. Die Aufklärung erfordert das Aufklärungsgespräch, also die Verbalisierung durch den Tierarzt. Zusätzlich können Formulare verwendet werden, die jedoch das persönliche Gespräch nicht ersetzen können. Es ist empfehlenswert, die Aufzeichnungen über das Aufklärungsgespräch vom Patienteneigentümer abzeichnen zu lassen, da dies die Beweiskraft des Schriftstückes steigert. Jedoch stellt selbst die Unterschrift unter ein korrekt geführtes Aufklärungsformular lediglich ein Indiz für die Durchführung dar, nicht deren Beweis. Wird seitens des Patientenbesitzers behauptet, dass die Erklärung oder das betreffende Formular falsch sei und das Ergänzungen nach seiner Unterschriftleistung und ohne sein Wissen seitens des Tierarztes

vorgenommen wurden, die nicht Gegenstand des Aufklärungsgespräches waren, so liegt die Beweislast beim Patientenbesitzer.

Folgen fehlender bzw. mangelnder Dokumentation

Mangelnde bzw. fehlende tierärztliche Dokumentation haben weder im Zivilrecht noch im Strafrecht unmittelbare Folgen, d.h., dass der Tierarzt allein aufgrund mangelhafter oder fehlender Dokumentation weder Schadensersatzansprüche noch strafrechtliche Verfolgung befürchten muss. Dennoch können mangelhafte oder fehlende tierärztliche Aufzeichnungen zivil- oder gar strafrechtliche Konsequenzen haben. Grundsätzlich ist es der schadensersatzfordernde Tierbesitzer, der das Verschulden des Tierarztes und die Kausalität für den erlittenen Schaden beweisen muss, d.h., die Beweislast liegt zunächst immer auf Seiten des Tierbesitzers. Kann aber der Patientenbesitzer im Rahmen des Zivilprozesses schlüssig und nachvollziehbar die Behauptung aufstellen, dass der Tierarzt einen groben Behandlungsfehler verursacht hat und es dem Patientenbesitzer nicht möglich ist, den Beweis hierfür zu erbringen, weil die Krankenunterlagen unvollständig sind oder gar fehlen, kann sich dies prozessual zum Nachteil des Tierarztes auswirken. Eine mangelhafte oder fehlende Dokumentation ist häufig ein Indiz für den behaupteten Behandlungsfehler. Ist eine aufzeichnungspflichtige Maßnahme nicht dokumentiert, kann unterstellt werden, dass diese Maßnahme tatsächlich nicht durchgeführt worden ist. Die Beweislastverschiebung zu Ungunsten des Tierarztes kann im Extremfall bis hin zur Beweislastumkehr führen.

Recht auf Einsicht in die tierärztliche Dokumentation

Das Einsichtsrecht umfasst den objektiven Teil der tierärztlichen Aufzeichnungen. Nach Ansicht des Bundesgerichtshofes beinhaltet dies alle naturwissenschaftlich konkretisierbaren physischen Befunde sowie Berichte über Behandlungsmaßnahmen. Der Tierarzt ist nicht verpflichtet, den Teil der Aufzeichnungen zu offenbaren, der seine persönlichen Eindrücke umfasst. Dadurch soll verhindert werden, dass der Behandelnde persönliche Anmerkungen und Notizen (z.B. Verdachtsdiagnosen, die sich später nicht verifizieren lassen, oder

Aufzeichnungen, die subjektive Wertungen oder emotionelle Färbungen erkennen lassen), die nur für ihn bestimmt sind, dem Patientenbesitzer zugänglich machen muss. Das Einsichtsrecht kann durch konkrete Einsichtnahme oder durch Anfertigen von Abschriften oder Fotokopien der Krankenunterlagen auf Kosten des Patientenbesitzers sichergestellt werden. Dabei hat der Patientenbesitzer auf die Belange des Praxisbetriebes (Dienstpläne, Öffnungszeiten usw.) Rücksicht zu nehmen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. vet. Nico Wohllebe

Klinik und Poliklinik für kleine Haustiere

Fachbereich Veterinärmedizin

Freie Universität Berlin

Oertzenweg 19b

14163 Berlin

E-Mail: n.wohllebe@arcor.de