PATIENTENSICHERHEIT 01.12.2012

Safety Clip: OP-Protokoll und OP-Bericht – Anforderungen an die ärztliche Dokumentation

Die ärztliche Dokumentation dient dazu, einen Krankheitsverlauf und durchgeführte Behandlungsmaßnahmen für Fachleute transparent zu machen. Auch ist die Dokumentation eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag sowie eine berufsrechtliche Pflicht.

In der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (§ 10 MBO-Ä) ist geregelt, dass Vertreterinnen und Vertreter dieses Berufsstands über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen haben. Dabei sind ärztliche Aufzeichnungen nicht nur Gedächtnisstützen, sie dienen auch dem Interesse der Patientinnen und Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

Doch was bedeutet dies für die Praxis? Was muss und was sollte dokumentiert werden? Wie umfangreich muss ein OP-Protokoll, ein OP-Bericht sein? Und was geschieht, wenn Dokumentationspflichtiges nicht dokumentiert wurde?

Der Umfang der Dokumentation richtet sich nach den tatsächlichen medizinischen Begebenheiten des Falles. Denn eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist, ist auch aus Rechtsgründen nicht geboten.

Die Dokumentation dient nämlich nicht der Beweissicherung für eine spätere gerichtliche Auseinandersetzung, sondern in erster Linie der Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Nachbehandelnde sollen über die Operation und die Besonderheiten in Kenntnis gesetzt werden. Somit ist die Dokumentation weit mehr als eine Gedächtnisstütze für die Chirurginnen und Chirurgen.

Formell genügt es – gemäß allgemeiner Rechtsprechung zumindest bei standardisierten Eingriffen –, bei der Dokumentation die klinikü blichen Kürzel und Zeichen zu verwenden, denn die Aufzeichnungen müssen für Fachleute verständlich sein, nicht für Laien.

Einige Beispiele hierzu:

- Appendektomie: „Stumpf in üblicher Weise“
- Magenresektion nach Billroth II: „typische B-II-Resektion“
- Lagerung in Häschenstellung: Symbol genügt
- Tonsillektomie: „TE“

Auch für das OP-Protokoll ist eine stichpunktartige Auflistung ausreichend. Selbst OP-Berichte können, etwa bei kleineren Routineeingriffen, in Stichpunkten abgefasst werden.

Zeitlich sollte die Dokumentation so „nah wie möglich am Geschehen“ gefertigt werden. Dies ist in der Praxis jedoch nicht immer möglich, beispielsweise bei Notfallbehandlungen. Erfolgt die Dokumentation nachträglich, muss dies auch kenntlich gemacht werden.

Ein Beispiel aus der Praxis

Ein Patient wird wegen einer Wirbelsäulenverkrümmung operiert. Das OP-Team nimmt eine umfangreiche Versteifung der Wirbelsäule mittels Titanstiften vor. Wegen neurologischer Ausfälle des linken Beins erfolgt tags darauf die Revision. Es bleibt jedoch ein Querschnittssyndrom zurück.

Der Patient moniert auf dem Gerichtswege die unzureichende Dokumentation, da beide OPs in einem Bericht zusammengefasst worden sind.

Die Klage wird abgewiesen. Grundsätzlich sei es selbstverständliche Pflicht von Ärztinnen und Ärzten, OP-Berichte zeitnah zur erstellen. Dass jedoch im konkreten Fall der Bericht der ersten OP nicht am selben Tag des Eingriffs erstellt wurde, sei ebenso wenig zu beanstanden wie die Zusammenfassung beider OPs in einem Bericht.

Gerade das Fehlen der üblichen, jedoch medizinisch unwesentlichen Zwischenschritte im Bericht, so das Gericht, spreche nämlich üblicherweise dafür, dass alle Schritte unter Beachtung der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt worden seien.

Bitte beachten Sie!

Gemeinhin gilt dennoch: Je später eine Dokumentation erfolgt, desto geringer ist ihr Beweiswert.

Zunehmend setzt sich die Speicherung der Dokumentation auf elektronischen Medien durch (elektronische Patientenakte). Dies hat enorme Vorteile. In der elektronischen Akte lassen sich große Datenmengen hinterlegen, etwa die Dokumentation von bildgebenden Verfahren, sodass alle Daten des Behandlungsgeschehens praktisch „auf einen Blick“ abrufbar sind. Aber die elektronische Ablage birgt auch Risiken, z. B. die – versehentliche oder absichtliche – Manipulation oder Löschung von Daten.

Wird eine elektronische Patientenakte verwendet, muss diese so gestaltet sein, dass Änderungen im Nachhinein entweder gar nicht möglich oder nach Inhalt und Autorenschaft kenntlich gemacht und damit für Dritte nachvollziehbar sind. Wenn im OP-Protokoll oder im OP-Bericht noch Änderungen vorzunehmen sind, dann kann dies, ebenso wie bei der hand- oder maschinenschriftlichen Dokumentation, wie oben beschrieben oder durch nachträglich erstellte Gedächtnisprotokolle geschehen.

Inhaltlich nicht gesondert zu dokumentieren sind Routinevorgänge sowie selbstverständliche Maßnahmen. Handelt es sich jedoch um so genannte Anfängeroperationen – d. h. Eingriffe, die von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung vorgenommen wurden – sind diese in jedem Fall und möglichst umfassend zu dokumentieren. Hier hat die Rechtsprechung hohe Anforderungen an die Dokumentation herausgearbeitet. So wird z. B. die Nichtdokumentation des Situs zum Zeitpunkt eines Operateurinnen- bzw. Operateurwechsels für beide Ärztinnen/Ärzte als fehlerhaft angesehen.

Zu dokumentieren sind die wesentlichen Arbeitsschritte und jede Abweichung vom Normalverlauf. Hierzu zählen neben anatomischen Abweichungen und Besonderheiten auch Erweiterungen einer OP, aufgetretene Komplikationen oder Zwischenfälle und deren Beherrschung, ein Personenwechsel im OP-Team oder spezielle Lagerungen auf dem OP-Tisch etc. Bei Abweichung von einer herkömmlichen Operationsmethode sind die Gründe dafür zu dokumentieren. Auch Anweisungen an die Pflegekräfte über das postoperative Management sind aufzuzeichnen.

Bitte beachten Sie!

Zum Inhalt der Dokumentation gilt: Je komplizierter ein Eingriff, desto höher die Anforderungen an den Umfang und die Genauigkeit der Aufzeichnungen.

Negative Befunde sind nur zu dokumentieren, wenn ein medizinischer Anlass dazu besteht – etwa, wenn dadurch eine Verdachtsdiagnose ausgeräumt wird.

Dokumentationsmängel sind grundsätzlich nicht haftungsbegründend und geben der Patientin/dem Patienten keinen eigenen Haftungsanspruch. Bewirken diese Dokumentationsmängel allerdings eine fehlerhafte Weiterbehandlung, kann dies in Ausnahmen anders aussehen.

Dennoch kann die Dokumentation in einem Haftungsprozess beweisrechtliche Konsequenzen haben, die nicht selten streitentscheidend sind. Wird ein Dokumentationsmangel festgestellt, sind viele Richter geneigt, zugunsten der Patientin/des Patienten zu vermuten, dass das, was nicht dokumentiert wurde, auch nicht stattgefunden hat.

Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, eine solche Annahme mit Hilfe von Zeugen zu widerlegen und das Gegenteil zu beweisen. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass zwischen einer streitgegenständlichen Behandlung und einem Prozess oft viele Jahre liegen und sich die an der OP beteiligten Personen daher mitunter nicht mehr an Einzelheiten erinnern können.

Man sollte dennoch nicht vergessen, dass das Ziel und der Zweck der Dokumentation in erster Linie nicht die forensische Beweissicherung ist, sondern die Gewährleistung sachgerechter medizinischer Arbeit.

Was ist zu dokumentieren?

- Bei standardisierten Eingriffen reichen klinikübliche Kürzel aus.
- Bei Anfängeroperationen sind alle Details zu dokumentieren.
- Negative Befunde sind nur zu dokumentieren, wenn dies medizinisch notwendig ist.
- Nicht gesondert zu dokumentieren sind Routinemaßnahmen und -vorgänge.

Wie ist zu dokumentieren?

- Bei kleinen Routineeingriffen reichen auch im OP-Bericht Stichpunkte aus.
- Details sind nur anzugeben, wenn andernfalls die Verständlichkeit (für die qualifizierte Fachfrau/den qualifizierten Fachmann) leiden würde.

Kuschniriuk S. Safety Clip: OP-Protokoll und OP-Bericht. Passion Chirurgie. 2012 Dezember; 2(12): Artikel 03_03.