

Die Dokumentationspflichten des Zahnarztes

Zu einer ordnungsgemäßen zahnärztlichen Behandlung gehört als Berufs- und Vertragspflicht auch eine ausreichende und sorgfältige Dokumentation der durchgeführten Behandlung.

I. Einleitung

Zum einen ist die Dokumentationspflicht von erheblicher Bedeutung im Haftpflichtprozess, in dem eine fehlerhafte Dokumentation zur Beweiserleichterung für den Patienten bis hin zu einer Beweislastumkehr führen kann. Zum anderen ist sie von großer Bedeutung bei Prüfverfahren jeglicher Art im vertragsärztlichen Bereich. Bei der sachlich rechnerischen Berichtigung, bei der eine Nichtdokumentation auch das Unterbleiben und damit die Nichtabrechenbarkeit der Leistung indiziert, ist sie von großer Wichtigkeit. Gleiches gilt im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung, bei der im Zweifel eine statistisch signalisierte Unwirtschaftlichkeit durch die Dokumentation des Zahnarztes widerlegt werden kann.

II. Grundlagen der

Dokumentationspflicht

Die Grundlagen der Dokumentationspflicht sind sowohl gesetzlich als auch vertraglich geregelt.¹ Dokumentationspflichtig sind

alle wesentlichen Teilschritte der Diagnostik, der Therapie und der medikamentösen Behandlung. Auf Grundlage dieser Aufzeichnungen muss der behandelnde Arzt sowie gegebenenfalls ein Folgebehandler in der Lage sein, eine Behandlung fortzuführen sowie neue Maßnahmen in die Wege zu leiten.

Die Rechtsprechung hat eine Reihe von Kriterien aufgestellt, anhand derer die Dokumentation auf ihre Zuverlässigkeit geprüft wird. Inhaltlich sind in die Dokumentation aufzunehmen (s. Tabelle unten). Darüber hinaus ist bei der Karteikartenführung zu beachten:

- sie muss zeitnah, also möglichst am Tage der Behandlung erstellt werden. Spätere Eintragungen, Ergänzungen, Änderungen sind mit Daten kenntlich zu machen.
- Kürzel und sonstige Zeichen dürfen verwendet werden. Die Dokumentation muss für einen Fachkollegen, nicht für jedermann verständlich sein.

- Originalnotizen, die später in eine Dokumentation übertragen werden, müssen erhalten bleiben.
- Dokumentationsverantwortlich ist der Praxisinhaber. Die Aufzeichnungen sind von demjenigen zu bewirken, der die Verantwortung für die Behandlung trägt. Er kann sich dazu einer Schreibhilfe bedienen, also die Einzelheiten diktieren. Bei untergeordneten Tätigkeiten, die nicht vom Zahnarzt selbst ausgeführt werden, kann auch die Helferin dokumentieren; die Zuverlässigkeit der Eintragung muss jedoch organisatorisch, also durch entsprechende Belehrung und Aufsicht gesichert sein.
- Routinemaßnahmen können zusammenfassend aufgeführt werden, Abweichungen von der Norm sind ausführlich darzustellen.

Ergänzend ist festzuhalten, dass keine allgemein gültigen Regeln für die Dokumentationspflichten aufgestellt werden können. Diese richten sich nach dem individuellen Einzelfall. So ist z. B. ein Berufsanfänger zu besonders genauer Dokumentation verpflichtet², in einem problematischen, komplikationsbeladenen Behandlungsfall sind genauere Aufzeichnungen zu führen, als im Falle einer einfachen Routinebehandlung. Widersprüchlichkeiten in der Dokumentation gehen zu Lasten des Zahnarztes.³

Die Berufsordnung gibt keine bestimmten Dokumentationsformen vor.⁴ Die genannten Aufzeichnungen sind daher vor allem zu Papier möglich. Die Verwendung elektronischer Medien ist aber nicht ausgeschlossen, soweit Spezialvorschriften nichts anderes regeln. Generell gilt bei der Verwendung elektronischer Medien, dass Aufzeichnungen auf elektronischen Daten-

Daten des Patienten

Anamnese	sowohl die aktuelle wie auch die Eigenanamnese, möglichst ohne Wertungen
Untersuchungsmaßnahmen	nicht dokumentierte Untersuchungen können als nicht vorgenommen gelten
Diagnose	einschließlich der Verdachtsdiagnose
Patientenaufklärung	muss aus Beweisführungsgründen nachvollzogen werden können, daher dringend zu empfehlen
Therapiemaßnahmen und Medikation	einschl. eines Hinweises darauf, wer sie vorgenommen hat
Empfehlungen an den Patienten	einschließlich derer, deren Befolgung er verweigert

1) § 295 Abs. 1 Nr. 2 SGB V;
§ 5 Abs. 2 Pkt. 2 der Satzung der KZV;
§ 5 Abs. 1 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte
§ 4 Abs. 2 Satz 1 Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte
§ 5 Abs. 1 Berufsordnung

2) BGH NJW 1978, 1682

3) SG Hannover Aktenzeichen S 21 Ka 90/83

4) § 10 Abs. 1 MBO

Gutes Beispiel

Blatt Nr. 1Name SCHNEIDER Vorname Kathrin geb. 08.06.70 Krankenkasse ADK

Datum	Zahn Gebiet	Behandlung	Anzahl	Bema-Nr.	Bemerkung
24.03.03		Befund aufgenommen Anamnese: Pat. beobachtet Blutung beim Putzen Befund: Sondierungsblutung in allen Quadranten API = 100% Aufklärungsgespräch - Therapiemöglichkeiten Pat. ist an PA-Therapie interessiert ⇒ MutHy-Programm Zahnstein entfernt	1	01	
31.03.03		MutHy Demo: Zahnseide + Interdentalbürste, Ursachen PA erklärt API = 60%		107	ZMF
08.04.03		Motivation: gut - Pat. wendet Hilfsmittel noch nicht konsequent an. Zahnstein entfernt	1	107	ZMF
	16	F3 mod + Anästhesie * Lip, Harv., AgF, Papillenblutung!	1	40	
			1	13c	
			1	12	
	27	Füllungsrand mesial poliert	1	106	
15.04.03		API = 25% ; Motivation gut! OPG: horizontale + vertikale Atrophie, apikale + laterale Osteolyse 46, 27 zerstört Vipi alle Zähne + außer 46, 27(?) PA-Status aufgenommen Abformung OK/ÜK f. PA-Modelle	1	A 935d	ZMF PAR
17.04.03		PA-Plan + OPG an KZVH geschickt			
05.05.03	17, 15, 13,	11, 21, 23, 25 Anästhesie	7	40	PAR
	27	Anästhesie	1	40	
		x2, MAV ☺	1	44	

trägern oder anderen Speichermedien besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.⁵

Einer nach diesen Grundsätzen geführten Kartei wird von der Rechtsprechung weitgehend vertraut. Eine schlecht geführte Dokumentation dagegen läuft Gefahr, sowohl von den Gerichten als auch von den Prüfinstanzen verworfen zu werden.

III. Dokumentationspflichten im Haftpflichtprozess

Die Dokumentation des ärztlichen Vorgehens hat zunehmend Bedeutung für einen Schadensersatzanspruch des Patienten gewonnen. Zunächst ist festzuhalten, dass

dem Patienten ein Anspruch auf Herausgabe der Krankenunterlagen zusteht, soweit er ein berechtigtes Interesse darlegen kann⁶. Das berechtigte Interesse reicht vom Übergang der Behandlung auf einen anderen Behandler bis zur Prüfung von Ansprüchen wegen möglicher Fehlbehandlung.

Werden jedoch wesentliche Daten der Behandlung nicht erhoben oder wenigstens nicht dokumentiert, bilden sie für den Patienten gravierende Hindernisse auf dem Weg zur Rechtsverwirklichung, da dieser grundsätzlich die Beweislast für den Behandlungsfehler und dessen Kausalität für den eingetretenen Schaden trägt.⁷

Da dem Patienten ein solcher Beweis nur auf Grundlage der Dokumentation des be-

handelnden Zahnarztes gelingen kann, werden in der Praxis aus einer mangelhaften oder fehlenden Dokumentation, die dem Patienten eine Beweisführung faktisch unmöglich macht, beweisrechtliche Konsequenzen gezogen.

Zwar gewährt die Verletzung der Dokumentationspflicht keinen eigenen Haftungsanspruch⁸, ist jedoch eine Klärung des Behandlungsverlaufes aufgrund unzurei-

5) § 10 Abs. 1 MBO

6) BGHZ 85, 853

7) BGH VersR 1981, 730 – Tubenligatur

8) BGH VersR 1989, 80 – Dokumentationsmangel keine Anspruchsgrundlage



Neues Kinderuntersuchungsheft

Die **Landeszahnärztekammer Hessen** hat ein neues **zahnärztliches Kinderuntersuchungsheft** mit dem dazugehörigen **Wartezimmerplakat** herausgebracht.

In den letzten Jahren haben immer mehr hessische Kollegen das zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft genutzt, um Eltern von Kindern ab dem 3. Lebensjahr auf die Bedeutung und die Chancen der zahnärztlichen Prophylaxe aufmerksam zu machen.

Die Zahngesundheit der Kinder beginnt aber eigentlich schon in der Schwangerschaft der Mutter, nämlich bei ihrer eigenen Zahnpflege. Zudem sind Eltern in der ersten Lebensphase ihres Kindes besonders interessiert und aufgeschlossen für alle Tipps, denn sie wollen das Beste für ihr Kind.

Hier setzt das neue Kinderuntersuchungsheft an: Es bietet Ihnen einen leichten Weg werdende Eltern, junge Familien und kleine Patienten in eine (zahn)gesunde Zu-

kunft zu begleiten. Denn je früher Kinder an eine regelmäßige zahnärztliche Betreuung herangeführt werden, umso höher ist die Chance für das, was wir uns alle wünschen „Gesunde Zähne – ein Leben lang!“ Wir freuen uns auf Ihr reges Interesse an diesem neuen Produkt!

Die neuen Kinderuntersuchungshefte können bei einer Mindestabnahme von 10 Stück zu einem Stückpreis von 0,60 € inkl. MwSt. bei der Landes Zahnärzte-

Ein kostenloses Ansichtsexemplar des neuen Kinder-Untersuchungsheftes inklusive Wartezimmerplakat geht allen Praxen in Kürze zu.



kammer Hessen per Fax angefordert werden. (BO)

chender Dokumentation nicht möglich, kann das für den in seiner Gesundheit geschädigten Patienten zur Beweiserleichterung bis hin zur Umkehr der Beweislast führen. Grundsätzlich trägt der Patient – wie oben erläutert – die Beweislast. Im Falle einer Beweislastumkehr hat jedoch der Behandler zu beweisen, dass er den vereinbarten Eingriff bzw. die therapeutische Maßnahme überhaupt bzw. ordnungsgemäß durchgeführt hat.⁹

Wird nämlich eine aufzeichnungspflichtige diagnostische oder therapeutische Maßnahme nicht dokumentiert, so indiziert dies, dass sie nicht getroffen wurde. Ist der anzunehmende Behandlungsfehler als grob zu bewerten oder stellt er sich als Verletzung einer spezifischen Pflicht zur Befund-sicherung dar, kann (mittelbar) das Dokumentationsversäumnis sogar zur Beweislastumkehr führen.¹⁰ Von einem groben Behandlungsfehler wird ausgegangen bei Verstößen gegen elementare medizinische Erkenntnisse und bei Fehlern, die aus objektiver ärztlicher Sicht unverständlich sind, wie sie einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfen.¹¹ Andererseits kann der Zahnarzt anhand einer korrekten Dokumentation den Beweis für eine fehlerfreie Behandlung erbringen.

Um der haftungsrechtlichen Gefahr, die aus einer Beweislastumkehr entsteht, entgegenzutreten, ist eine umfassende und nachvollziehbare Dokumentation der gewählten Behandlungsmethoden, insbesondere unter Herausstellung der individuellen Besonderheiten des Patienten wie z. B. Vorerkrankungen, Komplikationen, nicht beachtete ärztliche Empfehlungen etc. unerlässlich, da der Beweis ordnungsgemäßer Leistungserbringung ohne das Vorliegen der Behandlung dokumentierender Unterlagen nahezu unmöglich sein dürfte.

IV. Erfordernisse einer ausreichenden Dokumentation im Prüfverfahren

Der Vertragszahnarzt hat gegenüber dem Patienten und dem Sozialversicherungsträger nur dann einen Leistungsanspruch, wenn er die Erbringung der Leistung im Zweifelsfall beweisen kann. Dabei ergibt

Leistung:	fehlende Dokumentation:
Nr. Ä1 (Ber)	worüber der Patient beraten wurde
Nr. Ä925 (Rö) (im Anschluss an ein OPG)	über die behandlerische Notwendigkeit der zusätzlichen Röntgenaufnahme(n)
Nr. 8 (ViPr) (mehrfach innerhalb eines Quartals)	über die Notwendigkeit der 2. und 3. Vitalitätsprüfungen
Nr. 12 (bMF)	über die Notwendigkeit und die erbrachten Maßnahmen
Nr. 28 (VitE)	über die Vitalität des Zahnes (fehlende Vitalitätsprüfung, fehlende Röntgenaufnahme)
Nr. 32 (WK)	über die Kanallänge und wie weit aufbereitet wurde (fehlende Röntgenmessaufnahme)
Nr. 34 (Med) (in Verbindung mit der VitE)	über die Notwendigkeit der medikamentösen Einlage (z. B. Trockenlegung des Kanals nicht möglich)
Nr. 35 (WF)	Füllmaterial, ggf. Dimension der Füllkörper, fehlende Kontrollaufnahme der Wurzelfüllung
Nr. 40 (I) (mehrfach bei Chirurgie)	wie lange der Eingriff andauerte
Nr. 56c (Zy3)	über den erforderlichen operativen Mehraufwand (OP-Bericht)
Nr. 105 (Mu)	über Befund und/oder Therapiemaßnahmen
Nr. 107 (Zst) (mehrfach innerhalb eines Quartals)	über die Notwendigkeit der 2. und 3. Zahnsteinentfernung
Nr. P200	über die Anleitung des Patienten zur Mundhygiene und/oder eine Bemerkung über die Mitarbeit des Patienten bzw. dessen verbesserter Mundhygiene, ob es sich um eine Kürettage oder Lappenoperation gehandelt hatte, über die Notwendigkeit einer Schienenbehandlung (das Ankreuzen auf dem Deckblatt im PAR-Status allein reicht nicht aus)

sich ein erster Beweis auch für die zweckmäßige und ausreichende Behandlung aus der Dokumentation. Grundsätzlich können die Grundsätze des Arzthaftungsrechts auch auf das Sozialrecht angewandt werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Dokumentationen der tatsächlichen Lage entsprechen. Festsetzung und Geltendmachung des Leistungsentgelts erfolgen somit auf Grundlage der Dokumentation. Die Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Abrechnung einer Gebührenposition sind grundsätzlich vom Vertragszahnarzt

nachzuweisen. Diesen Voraussetzungen genügt er in der Regel durch die Einreichung der Behandlungsausweise. Kommt es jedoch zu Beanstandungen der Abrechnung durch die Krankenkassen oder Prüfinstanzen, so hat der Vertragszahnarzt im Einzelfall die Voraussetzungen unter Tragen des Beweislastrisikos nachzuweisen.¹²

9) BGH VersR 1981, 730 – Tubenligatur

10) BGH NJW 1996, 779; BGH NJW 1996, 1589

11) BGH NJW 1998, 1782

12) SG Frankfurt am Main, Az.: S 27 Ka 1670/95

Im Rahmen von **sachlich-rechnerischer Berichtigung und Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren** kommt nach alledem einer ausreichenden Dokumentation größte Bedeutung zu. Ist aus der Dokumentation nicht erkennbar, von welchem Geschehen der Vertragszahnarzt ausgegangen ist, welche objektiven Befunde der Behandlung zugrunde lagen und welche Maßnahmen er ergriffen hat, erfolgt eine Umkehr der Beweislast. In diesem Falle muss der Vertragszahnarzt anhand seiner Aufzeichnungen eine vertragsgerechte und wirtschaftliche Behandlungsweise nachweisen¹³.

Die Beweiskraft einer Dokumentation reicht zunächst nicht weiter als die Summe der einzelnen Aufzeichnungen. Deshalb darf die Dokumentation, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeitsprüfung, nicht nur auf die Angaben beschränkt werden, die für den Patienten oder die Gerichte wichtig sind, sondern der Vertragszahnarzt tut gut daran, die Dokumentation auch auf die Wirtschaftlichkeitsfrage zu erstrecken. Grundsätzlich ist von den in der Dokumentation enthaltenen Vorgängen auszugehen, während andererseits auch davon ausgegangen werden

muss, dass Vorgänge, die nicht oder nicht ausreichend dokumentiert sind, auch nicht stattgefunden haben und hier honorarberichtigende Maßnahmen erfolgen. Absetzungsgründe aufgrund nicht oder mangelhaft dokumentierter Leistungen können beispielsweise sein (s. Tabelle auf Seite 295).

In der Wirtschaftlichkeitsberechnung lässt sich die Notwendigkeit der Leistungen und Verordnungen (insbesondere deren Häufigkeit) bei der Einzelfallprüfung nur anhand einer ordnungsgemäßen Dokumentation erklären.

Im Falle einer Einzelfallprüfung muss dem Vertragszahnarzt die Unwirtschaftlichkeit seiner Behandlung im Einzelfall nachgewiesen werden. Unklarheiten gehen in diesem Falle nicht zu seinen Lasten, wenn seine Dokumentation den allgemeinen Anforderungen genügt.

Auch bei der Einzelfallprüfung kann es jedoch zu einer Beweislastumkehr kommen, wenn die Dokumentation derart vernachlässigt wird, dass sie mit Recht vom Prüfungs- oder Beschwerdeausschuss verworfen wird.

Auch bei der statistischen Vergleichsprüfung sind die Praxisbesonderheiten oder

kompensatorischen Einsparungen nur zu erklären und damit auch von den Prüfungsgremien zu berücksichtigen, wenn der Vertragszahnarzt auf eine ordnungsgemäße Dokumentation zurückgreifen kann.

Ohne präzise Aufzeichnungen kann der Vertragszahnarzt außerdem auch die Ansprüche der Krankenkassen auf Auskunftserteilung nicht ordnungsgemäß erfüllen.

Ist die Dokumentation unvollständig oder un schlüssig, so ist sie nicht beweiskräftig, sondern es bedarf anderer Beweismittel, etwa einer Nachuntersuchung des Patienten.

Die „Qualität“ der Aufzeichnungen kann im Ergebnis entscheidend für oder gegen honorarberichtigende Maßnahmen zu Lasten des Vertragszahnarztes sein.

Bereits um solche Zweifel und die daraus resultierenden Konsequenzen und Unannehmlichkeiten für Behandler und insbesondere Patient zu vermeiden, empfiehlt es sich, die größtmögliche Sorgfalt auf die Dokumentation der Behandlung zu verwenden. *(Elvira Menz/Martina Losch)*

13) OLG Düsseldorf NJW 1978, 2337; NJW 1987, 1482

Qualitätszirkel

Moderatorent raining

Die ersten beiden Trainingsveranstaltungen für die Moderation von Qualitätszirkeln fanden im September unter der Leitung eines erfahrenen Moderatorentainers statt. Viele Kolleginnen und Kollegen waren der Einladung nach Frankfurt gefolgt. Inhalt waren Grundlagen der Kommunikation und Moderation sowie eine allgemeine Einführung in die Qualitätszirkelarbeit.

In Hessen hat sich bereits eine Anzahl zahnärztlicher Qualitätszirkel gebildet. Die Erfah-

rungen der bestehenden Qualitätszirkel sind so positiv, dass die Landeszahnärztekammer Hessen die Bildung weiterer Qualitätszirkel fördern möchte.

In vielen Kreisstellen finden regelmäßig kollegiale Treffen statt, bei denen fachliche Themen erörtert werden. Diese Treffen erfüllen oft die Kriterien eines Qualitätszirkels, ohne dass es den Mitgliedern der Gruppe bewusst ist. Ein wesentliches Merkmal der Qualitätszirkelarbeit ist die Führung der Gruppe durch einen Moderator. Häufig scheidet allerdings

die Gründung eines Qualitätszirkels auch daran, dass Vorbehalte bestehen, als Moderator tätig zu werden.

Um diese unbegründete Zurückhaltung abzubauen bietet die Landeszahnärztekammer Hessen interessierten Kolleginnen und Kollegen ein Moderatorent raining an.

Ziel des Seminars war es, die Gründung eines Qualitätszirkels zu erleichtern und bestehende Hemmschwellen abzubauen. Nach einheitlicher Meinung der Teilnehmer ist dies hervorragend gelungen. Weitere Veranstaltungen dieser Art werden folgen, Interessenten wenden sich bitte an Dr. Wolfgang Klenner, Mitglied im Vorstand der LZKH. Mittwochs telefonisch zu erreichen unter 0 69/42 72 75-1 52.

(Dr. Wolfgang Klenner)