

Checkliste zur zahnärztlichen Dokumentation

Stand November 2010

I. Rechtsgrundlagen

§ 5 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z): „Der Kassenzahnarzt ist verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, die Diagnose sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen.“

§ 9 Berufsordnung M-V: „Der Zahnarzt ist verpflichtet, Anamnesen, Befunde, Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen chronologisch und für jeden Patienten getrennt zu dokumentieren.“

II. Zweck/Funktion der Pflicht zur Führung von Behandlungsunterlagen

Früher galten die Aufzeichnungen des Zahnarztes nur als interne Gedächtnisstütze, zu deren sorgfältiger und vollständiger Führung dem Patienten gegenüber keine Pflicht bestand.

Diese Auffassung ist überholt: Nach der Rechtsprechung des BGH aus dem Jahr 1978 besteht die Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Dokumentation auch dem Patienten gegenüber. Eine vollständige Dokumentation dient der Sicherheit des Patienten. Zum Beispiel sollen trotz eines hohen Patientenaufkommens und bei Zeitablauf die zurückliegenden Dokumentationen und durchgeführten Maßnahmen berücksichtigt werden können. Von Bedeutung ist die Dokumentation auch bei arbeitsteiliger Behandlung, z. B. in Gemeinschaftspraxen, durch Angestellte u.ä.

Aber: Die Dokumentationspflicht ergibt sich nicht aus der Möglichkeit eines späteren Schadenersatzprozesses. Eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist, ist daher auch aus Rechtsgründen nicht geboten.

III. Notwendiger Inhalt der Dokumentation
Anamnese; Befund; Diagnosen; Diagnostische und therapeutische Behandlungsmaßnahmen; Erfolgreiche Aufklärungen; Herausgabe von Unterlagen

Die Dokumentation ist chronologisch zu sortieren.

Routinemaßnahmen und Kontrollen müssen regelmäßig nicht dokumentiert werden, z. B. die Einzelheiten einer ergebnislosen Kontrolluntersuchung, die beanstandungslose Prüfung des Randschlusses einer Krone u.ä.

IV. Wann und wie ist zu dokumentieren?

Die Dokumentation muss zeitnah zur Behandlung erfolgen. Nicht erforderlich ist, dass dies während oder unmittelbar nach der Behandlung erfolgt. Es muss aber sichergestellt sein, dass sich der Behandler noch an die Behandlung erinnern kann (am selben oder folgenden Tag noch möglich).

Die Aufzeichnungen brauchen nicht allgemein verständlich zu sein. Da sie in erster Linie dem Zahnarzt als Gedächtnisstütze dienen sollen, genügen Stichworte, gebräuchliche Abkürzungen oder Symbole. Entscheidend ist, dass die Eintragungen für einen Zahnarzt verständlich sind. Es reicht nicht aus, in der Dokumentation nur die Abrechnungsziffern zu bezeichnen. Daraus lässt sich z. B. nicht der individuelle Befund ableiten. Auch lassen die Gebührenpositionen hinsichtlich der tatsächlich durchgeführten Maßnahmen häufig mehrere Alternativen zu.

Grundsätzlich gilt: Es ist umso detaillierter zu dokumentieren, umso schwieriger oder atypischer die Behandlung verläuft.

Beispiele:

Es ist nicht ausreichend, lediglich den Umstand zu dokumentieren, dass eine ViPr durchgeführt wurde. Es sind auch der Zahn und das Ergebnis festzuhalten.

Aus der Angabe des Medikaments kann nicht auf die Diagnose geschlossen werden.

Ausführlich zu dokumentieren ist die Begründung für eine von einem üblichen Vorgehen abweichende Behandlung.

Bei einer operativen Weisheitszahnentfernung sollte ein OP-Bericht gefertigt werden, der intraoperativen Befund, operatives Vorgehen sowie Kontroll- und Schutzmaßnahmen aufzeigt.

Befunde und Behandlungen, die einer Nachkontrolle bedürfen, sind ausführlich zu dokumentieren.

Es dürfte zwischenzeitlich auch zulässig sein, ausschließlich auf elektronischen Datenträgern zu dokumentieren. Dies setzt allerdings nach der Berufsordnung voraus, dass besondere Schutz- und Sicherungsmaßnahmen eine Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung verhindern.

V. Folgen unzureichender Dokumentation

- Verstoß gegen das Berufsrecht → Rüge oder berufsgerichtliches Verfahren
- Verstoß gegen BMV-Z → Verlust des Honoraranspruches, Disziplinarmaßnahme

- Zivilrechtlich, also bei einer Schadenersatzklage des Patienten, kann bei nicht dokumentierten Behandlungs- oder Aufklärungsmaßnahmen nicht zugunsten des Zahnarztes davon ausgegangen werden, diese seien tatsächlich erfolgt → Beweislastumkehr
- Allein die unzureichende Dokumentation als solche ohne Behandlungsfehler oder Aufklärungsmangel vermag allerdings keine Schadenersatzansprüche des Patienten zu begründen.

Fazit: Eine ordnungsgemäße vollständige Dokumentation kann nicht nur Nachteile vermeiden, sondern auch die eigene Position in einem Prozess verbessern.

VI. Aufbewahrungsfristen

§ 5 Abs. 2 BMV-Z: 4 Jahre

Berufsordnung M-V: keine Vorgabe

§ 28 Abs. 3 RöV: 10 Jahre für Röntgenbilder

VII. Herausgabe der Dokumentation

Die Dokumentation steht im Eigentum des Zahnarztes, ein Herausgaberecht des Patienten besteht daher nicht.

Der Patient kann allerdings Einsicht in die Behandlungsunterlagen verlangen. In diesem Zusammenhang sind ihm auf Verlangen gegen Kostenerstattung auch Kopien der Unterlagen auszuhändigen. Üblicherweise können 0,50 Euro je Kopie plus Porto im Vorab verlangt werden. BGH beschränkt das Einsichtsrecht des Patienten allerdings auf naturwissenschaftlich konkretisierbare Befunde und Aufzeichnungen über Behandlungsmaßnahmen. Subjektive Wertungen, persönliche Eindrücke oder vorläufige Verdachtsdiagnosen, die sich später nicht bewahrheiten, müssen daher nicht offenbart werden.

Röntgenbilder sind nach der RöV bei **ausdrücklichem Einverständnis des Patienten** dem nachbehandelnden Zahnarzt vorübergehend im Original zu überlassen. Auch der Patient kann Röntgenbilder im Original heraus verlangen, wenn dadurch weitere Untersuchungen mit Röntgenstrahlen vermieden werden können. In diesen Fällen empfiehlt es sich, für sich selbst Kopien von den Röntgenbildern zu ziehen, soweit möglich.

Besonderheiten sind zu beachten bei:

- Anforderung der Unterlagen durch ein Gericht
- Praxisabgabe

**RA Peter Ihle, Hauptgeschäftsführer
Zahnärztekammer M-V**