

Leserbrief

Dr. med. Maria Böhme
Robert-Koch-Str. 8
04643 Geihain
22. 8. 2005

An den Präsidenten der
Sächsischen Landesärztekammer
Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden

Sehr geehrter Herr Präsident,

erlauben Sie mir bitte, dass ich mich mit einer Frage an Sie wende.

Gibt es verbindliche Richtlinien für Chefärzte von klinischen Abteilungen, die das Lesen und Unterzeichnen der Entlassungsberichte der stationär behandelten Patienten regeln? In Rede stehen nicht die Kurzberichte, die den Patienten mitgegeben werden.

Mir fällt auf, dass in den vergangenen zwei bis drei Jahren die Entlassungsberichte mitunter nur vom Kollegen „ganz unten rechts“ unterschrieben sind. Ich habe mitunter mit Berichten zu arbeiten, in den pathologische Laborwerte nicht erwähnt sind oder in denen Formulierungen stehen wie: „Laborwerte noch schwach pathologisch“, ohne dass die Werte genannt werden; „im Urin coli, empfindlich auf alle“.

Während meiner Ausbildung und später während meiner Tätigkeit habe ich die Entlassungsberichte der Kliniken stets als Lehr- und Lernmittel, auch als „Aushängeschild“ für die jeweilige Klinik gekannt; und nicht zuletzt als wichtiges Erziehungsmittel, uns auf akribische Qualität in der Befunderhebung, Dokumentation, Interpretation und Weitervermittlung auszurichten.

Um keine falsches Bild entstehen zu lassen: Die Mehrzahl der Arztbriefe beinhaltet nach wie vor hochqualifizierte Diagnostik und Therapie und sind unverzichtbare Arbeitsgrundlage.

Mit vorzüglicher Hochachtung und freundlichen Grüßen

Ihre sehr ergebene

Maria Böhme

Antwort:

Anforderungen an das Verfassen und Unterzeichnen von Entlassungsberichten im Krankenhaus

Wir bestätigen die Einschätzung, dass keine eindeutigen gesetzlichen Grundlagen existieren, die eine Unterzeichnungspflicht der Entlassungsberichte durch leitende Ärzte im Krankenhaus vorsehen. Nach allgemeinem Haftungsrecht trägt der leitende Abteilungsarzt die Gesamtverantwortung für die ärztliche Dokumentation und somit auch für die Erstellung von Entlassungsberichten. Dies gilt auch dann, wenn diese Verpflichtung nicht ausdrücklich im Dienstvertrag erwähnt wird. Die Verantwortung für die ordnungsgemäße Dokumentation und Kommunikation ist grundsätzlich Bestandteil der dem leitenden Abteilungsarzt obliegenden gewissenhaften Führung und fachlichen Leitung seiner Abteilung. Zudem trägt jeder Arzt die Verantwortung für die Dokumentation bzw. Kommunikation seiner ärztlichen Anordnungen und deren Durchführung.

Die Dokumentation bzw. Erstellung von Entlassungsberichten kann delegiert werden. Die dem Verantwortlichen obliegenden Dokumentationspflichten muss dieser nicht alle persönlich erfüllen, sondern kann sie weitgehend an nachgeordnete Mitarbeiter übertragen. Für den Fall einer Delegation der Dokumentation müssen klare Anweisungen erteilt werden sowie eine Kontrolle hinsichtlich deren ordnungsgemäßen Ausführung erfolgen. Dies ergibt sich aus der Behandlungsfehlerlehre.

Einen typischen Behandlungsfehler stellt der Kooperationsfehler in Form von Kommunikationsmängeln oder Koordinationsmängeln dar. Der Kooperationsfehler ist aufgrund des arbeitsteiligen Zusammenwirkens verschiedener Ärzte zwischenzeitlich ein Schwerpunkt der Fehlertypen in der Rechtsprechung. Im Zusammenhang mit diesem Kooperationsfehler steht der Dokumentationsfehler. Die Beteiligten sind verpflichtet, bestimmte Zustände und Vorgänge aufzuzeichnen (BGH NJW 1978, 2337). Eine fehlerfreie Kommunikation muss sich der Dokumentation anschließen. Die Figur des Kommunikationsmangels wurde entwickelt im Rahmen des so genannten Säuglingskörbchenfalles (AG Garmisch-Partenkirchen vom 26.2.1982 – AZ: 2 Ds 37 Js 18449/81; LG München II vom 5.8.1982 – AZ: 6 Ns 37 Js 18449/81). Der Kooperationsfehler hat ein Organisationsverschulden des leitenden Arztes und der Geschäftsleitung des Kranken-

hauses zur Folge. Der Bundesgerichtshof hat die Figur des Organisationsverschuldens im Krankenhaus grundlegend im so genannten Wärmflaschenfall entwickelt (BGH vom 1.2.1994 – AZ: VI ZR 55/93 in NJW 24/1994, Seiten 1594 – 1596). Hinzuweisen ist im Rahmen der Organisationsfehlerlehre auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zum so genannten voll beherrschbaren Risiko. Steht fest, dass die Gefahr aus einem Bereich herrührt, der medizinisch oder organisatorisch voll beherrscht werden kann und muss, führt dies zu einer Beweiserleichterung für den Patienten. Die Beweislast im Prozess wird somit umgekehrt. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die Organisation und Koordination von Maßnahmen zum Schutz des Patienten vor Gefahren, die aus dem Krankenhausbetrieb entstehen (Bergmann/Kienzle, Krankenhaushaftung 1996, Randnummer 16; Geiß/Greiner, Arzthaftungsrecht, 3. Auflage 1999, Kapitel B Randnummer 238 ff. mit zahlreichen Hinweisen aus der Rechtsprechung). Eine fehlerhafte Dokumentation, die einen Behandlungsfehler zur Folge hätte, könnte in den Bereich des voll beherrschbaren Risikos fallen.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass keine gesetzliche Regelung die Unterzeichnung des Entlassungsbriefes durch den leitenden Arzt vorschreibt. Entsprechende Rechtsprechung ist ebenfalls nicht bekannt. Allerdings trägt der leitende Abteilungsarzt die Gesamtverantwortung für eine fehlerfreie Dokumentation und Kommunikation zwischen verschiedenen Leistungserbringern. Diese Pflichten kann der leitende Abteilungsarzt delegieren. Eine persönliche Erfüllung der Verpflichtungen ist nicht erforderlich. Allerdings sollten durch Dienstanweisungen klare Richtlinien geschaffen werden. Kontrollen bezüglich der Einhaltung der Anweisungen wären ebenfalls zu dokumentieren.

Ich hoffe, dass ich Ihnen mit dieser Auskunft dienen konnte. Für weitere Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Friedrich R. München
Leiter FB
Rechtsangelegenheiten/
Vertragswesen
Krankenhausgesellschaft Sachsen,
Leipzig
7. Oktober 2005