

## Beweiswert der Patientendokumentation

Eintragungen in einer Behandlungsdokumentation haben nur Indizwirkung und führen nicht zu einer Beweislastumkehr. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden.

Streitig war im vorliegenden Fall, wem die Beweislast für den Behandlungsfehler oblag. Das Berufungsgericht war den Eintragungen der Beleghebamme gefolgt und bejahte eine Haftung des Arztes für den Geburtsschaden des betroffenen Kindes.

Grundsätzlich sei es Sache des Klägers oder der Klägerin, einen behaupteten ärztlichen Behandlungsfehler nachzuweisen. Der Rechtsfehler liege darin, dass das Berufungsgericht eine Umkehr der Beweislast zugunsten der klagenden Krankenkasse und Pflegekasse daran geknüpft habe, dass in der Dokumentation des Geburtsverlaufs durch die Beleghebamme vermerkt ist, sie habe das CTG dem beklagten Arzt gezeigt. Dieser hatte dagegen

unter anderem notiert, dass er keine Informationen über das CTG hatte. Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts sei der Inhalt der Dokumentation nicht zugunsten des Beweisführers (Krankenkasse) als richtig zu unterstellen, soweit nicht der Beweisgegner (hier der Arzt) das Gegenteil beweist. Eine derart weitgehende Wirkung komme der Dokumentation des Behandlungsgeschehens nicht zu. Die Dokumentation des Behandlungsgeschehens in Papierform – hier das von der Hebamme unterschriebene Geburtsprotokoll – sei eine Urkunde im Sinne der §§ 415 ff. ZPO. Sie begründe den vollen Beweis allein dafür, dass die in der Urkunde enthaltenen Erklärungen von der ausstellenden Person abgegeben worden sind. Sie beweise aber noch nicht deren inhaltliche Richtigkeit. Ob die Angaben zutreffen, insbesondere ob die darin bezugten Vorgänge wirklich so geschehen sind, hänge von den Umständen des

Einzelfalls ab und unterliege der freien tatrichterlichen Beweiswürdigung nach § 286 Abs. 1 ZPO. In diese Würdigung seien auch alle Gesichtspunkte einzubeziehen, die von der Beweisgegnerin oder vom Beweisgegner vorgebracht wurden. Letztere müssten nicht die inhaltliche Richtigkeit des in der Urkunde Erklärten widerlegen. Vielmehr genüge es, wenn sie darlegen, dass die inhaltliche Richtigkeit zweifelhaft bleibt.

Eine andere Beurteilung folge auch nicht aus § 630 h Abs. 3 BGB. Dieser kodifiziert die bisherige Rechtsprechung zur Beweislastumkehr bei Dokumentationsversäumnissen. Eine positive Beweisvermutung spricht die Norm nicht aus, so der BGH. Das Berufungsurteil war deshalb aufzuheben und die Sache zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

BGH, Urteil vom 5. Dezember 2023, Az.: VI ZR 108/21 *RAin Barbara Berner*

## Vorläufige versus eingehende Leichenschau – Vergütung nach GOÄ

Zum 1. Januar 2020 wurden die Gebühren und Leistungsbeschreibungen der Leichenschau in dem ansonsten seit 1996 nicht novellierten Gebührenverzeichnis der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angepasst (siehe Veröffentlichung der Bundesärztekammer, *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 46 vom 15. November 2019, Seiten A 2124–25 und A 2155).

Seitdem wird erstmals zwischen der **vorläufigen** Leichenschau (Nr. 100 GOÄ) und der **eingehenden** Leichenschau (Nr. 101 GOÄ) unterschieden. Das Ausfüllen der Todesbescheinigung (oft als Leichenschauschein bezeichnet) ist Bestandteil beider Leistungen. Die Leistungslegende bei der eingehenden Leichenschau (Nr. 101 GOÄ) umfasst, anders als bei der Leistungslegende der vorläufigen Leichenschau (Nr. 100 GOÄ), auch **Angaben zur Todesart und Todesursache** auf der Todesbescheinigung.

Das Ausfüllen der Todesbescheinigung richtet sich immer nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorgaben (Bestattungsgesetz des Bundeslandes, zum Beispiel BestG NRW). So gibt es beispielsweise in NRW nur eine Todesbescheinigung (ein Formular), gleich ob eine vorläufige oder eingehende Leichenschau durchgeführt wird. Zwei unterschiedliche Formulare für die vorläufige versus eingehende Leichenschau gibt es hingegen zum Beispiel in Hessen und Sachsen.

In einzelnen Bundesländern sind Notärzte im Rettungsdienst laut Bestattungsgesetz nicht zur Durchführung einer Leichenschau verpflichtet (zum Beispiel § 9 Abs. 3 Satz 2 BestG NRW): „*Notärztinnen und Notärzte im öffentlichen Rettungsdienst sind während der Einsatzbereitschaft und während des Einsatzes, sobald*

*sie den Tod festgestellt haben, weder zur Leichenschau noch zur Ausstellung der Todesbescheinigung verpflichtet ...*“

Es empfiehlt sich, die landesrechtliche Regelung nachzulesen, bei dem jeweiligen Arbeitgeber nachzufragen und unbedingt auch arbeitsrechtliche Vorgaben aus dem eigenen Arbeitsvertrag zu beachten.

Weitere wichtige Hinweise zur korrekten Rechnungslegung finden sich in den drei 2020 im *Deutschen Ärzteblatt* erschienen GOÄ-Ratgebern: „*Zur Abrechnung der ärztlichen Leichenschau ab 1. Januar 2020*“ (Heft 3 vom 17. Januar 2020), „*Zur Abrechnung der ärztlichen Leichenschau – Rechnungslegung*“ (Heft 7 vom 14. Februar 2020) und „*Zur Abrechnung der ärztlichen Leichenschau – Steigerungssatz*“ (Heft 13 vom 27. März 2020).

*Dr. med. Anja Pieritz*