



Dokumentation von ärztlichen Befunden und durchgeführten Maßnahmen

Ärztinnen und Ärzte¹ sind verpflichtet, die im Rahmen seiner Berufsausübung gemachten Feststellungen zu dokumentieren (§ 10 Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen²). Daraus resultiert das Recht von Patientinnen und Patienten³ auf eine ordnungsgemäße Dokumentation über die erhobenen Befunde und durchgeführten ärztlichen Maßnahmen (§ 10 Abs. 1 a.E. BO).

I. Zweck der Dokumentation

Die Dokumentation dient nicht nur dem Arzt als Gedächtnisstütze, sondern soll im Rahmen einer Therapiesicherung eine sachgerechte Weiterbehandlung ermöglichen. Mit der Dokumentation soll jeder mit- und nachbehandelnde Arzt in die Lage versetzt werden, sich mittels der Aufzeichnungen über die durchgeführten Maßnahmen und angewandten Therapien zu informieren. Außerdem soll der Patient jederzeit die Möglichkeit haben, das Ergebnis einer Behandlung anhand der Dokumentation von einem anderen Arzt überprüfen zu lassen.

Eine ordnungsgemäße Dokumentation kann zudem in einem möglichen Arzthaftungsprozess dem Arzt als Beweis dafür dienen, dass kein Behandlungsfehler vorliegt, während bei einer lückenhaften Dokumentation eine Beweislastumkehr stattfinden kann, der Arzt somit beweisen muss, dass die Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt ist.

II. Inhalt und Umfang der Dokumentation

Die Dokumentation muss sich nach der Rechtsprechung (BGH NJW 1978, 2337) auf alle objektiven Feststellungen über das körperliche Befinden des Patienten und die Umstände und den Verlauf der durchgeführten Behandlung und angewandten Therapie beziehen und somit u.a. folgende Bereiche umfassen:

- Anamnese
- Diagnose
- Therapie
- Diagnostische Bemühungen
- Funktionsbefunde
- Art und Dosierung einer ärztlichen Medikation
- Ärztliche Hinweise und Anweisungen an die Funktions- und Behandlungspflege
- Abweichen von Standardbehandlungen
- Verlaufsdaten: einer OP, Narkose
- Aufklärung (nach Rechtsprechung nicht erforderlich, LG Dortmund MedR 1993, 392)
- Name des behandelnden Arztes und der tätigen Schwestern bei der OP
- Wechsel des Operateurs während einer OP
- Anfängerkontrolle

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form „Arzt“ verwendet.

² Im Folgenden: „BO“.

³ Im Folgenden wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form „Patient“ verwendet.

- Intensivkontrolle
- Überweisungsempfehlung/ Wiedereinbestellung
- Uhrzeiten, wenn Zeitpunkt maßgeblich
- Verlassen des Krankenhauses gegen den ärztlichen Rat
- Strittig bei bloßen Verdachtsdiagnosen, jedenfalls zweckmäßig, wenn sich die Verdachtsdiagnose trotz eingeleiteter Behandlung nicht bestätigt

Keine Dokumentation ist erforderlich bei Routinekontrollen und Routinehandreichungen.

III. Form der Dokumentation

Die Rechtsprechung stellt hohe, aber keine spezifischen Ansprüche an die Form der Dokumentation. Die Anforderungen sollen sich im jeden Einzelfall an dem Schutzzweck der Dokumentation, nämlich der Sicherung einer ordnungsgemäßen Behandlung und Aufklärung des Patienten orientieren.

Daher sollen alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Gegebenheiten in einer für einen Fachmann, nicht einen medizinischen Laien, verständlichen Form festgehalten werden, wobei auch Stichworte ausreichend sein können.

Die Dokumentation ist auch in digitaler Form möglich (§ 10 BO). Hinsichtlich der eigenen Dokumentation muss der Arzt beachten, dass Aufzeichnungen, die auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien gespeichert werden, besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen, um die Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung der Daten zu verhindern. Für eine beweissichere, elektronische Dokumentation ist zudem eine qualifizierte, elektronische Signatur des Arztes erforderlich.

Werden dem Arzt externe Dokumente in Schriftform übergeben, kann er diese durch Einscannen in elektronische Dokumente umwandeln. Dabei sollte der Arzt hinsichtlich des Nachweises der Vollständigkeit und inhaltlichen Übereinstimmung von Original und eingescanntem Dokument, Vor- und Rückseite einscannen, auch wenn diese inhaltsleer ist, und das elektronische Dokument mit dem Vermerk der inhaltlichen Übereinstimmung versehen. Allerdings kommt einem solchen Dokument nicht der Beweiswert des Originals zu.

IV. Schutz vor Einsichtnahme Dritter

Sowohl bei konventionellen Patientenakten als auch bei Datenträgern muss der Arzt gewährleisten, dass im Eingangsbereich der Praxis und in den Behandlungsräumen unbefugte Dritte keine Einsichtmöglichkeit in die Patientendaten erhalten.

V. Zeitpunkt der Dokumentation

Die Dokumentation hat in unmittelbarem Zusammenhang begleitend mit der Behandlung zu erfolgen. Sie ist nicht beliebig nachholbar und kann von Patienten nicht unter Fristsetzung eingeklagt werden. Allerdings kann bei einer um Wochen oder Monate verspäteten Dokumentation eine Beweislastumkehr zu Gunsten des Patienten erfolgen.



Falls eine unmittelbare Dokumentation im Rahmen einer gefährlichen oder komplizierten Operation oder Behandlung nicht möglich ist, muss sie unmittelbar nach Beendigung der Maßnahme erfolgen.

Ausnahmsweise kann der Arzt bei einfachen und unkomplizierten Eingriffen eine Dokumentation aus dem Gedächtnis erstellen.

VI. Aufbewahrungsfristen

Ärztliche Unterlagen, insbesondere Patientenkartekarten, Untersuchungsbefunde, Arztbriefe und Auswertungen müssen mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden, wobei auch längere oder kürzere Fristen für bestimmte Unterlagen vorhanden sind, beispielsweise 30 Jahre nach der letzten Behandlung für Röntgenbilder (§ 28 Abs. 3 S. 1 Röntgenverordnung) oder bei Aufzeichnungen über die Anwendung von Blutprodukten (§ 14 Abs. 3 Transfusionsgesetz). Die Frist beginnt nach Abschluss der Behandlung zu laufen.

Zu beachten ist, dass für zivilrechtliche Ansprüche die Verjährungszeit grundsätzlich gem. § 195, 199 BGB drei Jahre ab Ablauf des Jahres der Kenntniserlangung, im Höchstfall gem. § 119 Abs. 2 BGB aber auch 30 Jahre betragen kann.

Einzelne vertragsärztliche Formulare fallen nicht unter die Aufbewahrungsfrist, sodass bspw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bereits nach 12 Monaten vernichtet werden können.

Sofern die Dokumentation mittels EDV erfolgt ist, tritt an die Stelle der Aufbewahrungsfrist eine jeweils gleichlange Speicherungsfrist.

VII. Vernichtung der Patientenunterlagen

Die Patientenunterlagen sind als personenbezogene Daten nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen entsprechend § 35 Abs. 2 BDSG auf Wunsch der Patienten zu vernichten, da ihre Kenntnis für die Erfüllung der ärztlichen Aufgaben nicht mehr erforderlich ist. Möchte der Arzt im Einzelfall, bspw. um Erbkrankheiten zu dokumentieren, die Unterlagen länger aufbewahren, ist hierfür die ausdrückliche Einwilligung des Patienten erforderlich.

Die Unterlagen müssen datenschutzgerecht vernichtet werden, d.h. der Arzt muss sämtliche Unterlagen vernichten und dabei gewährleisten, dass das Patientengeheimnis nicht verletzt wird.

VIII. Rechtsfolgen bei Verstoß gegen die Dokumentationspflicht

Der Verstoß gegen die Dokumentationspflicht stellt einen Verstoß gegen § 10 BO dar, sodass den Arzt berufsrechtliche Sanktionen treffen können.

Im zivilrechtlichen Bereich kann bei Nichtdokumentation eine Beweislastleichterung zu Gunsten des Patienten im Haftpflichtprozess eintreten, die bis hin zur Beweislastumkehr reichen kann, wenn sich aufgrund mangelnder Dokumentation der Sachverhalt nicht mehr hinreichend nachvollziehen lässt. Der Arzt trägt dann die Beweislast dafür, dass die Behandlung



den Regeln der ärztlichen Kunst entsprach. Dies gilt allerdings nicht, wenn sich der nicht dokumentierte Sachverhalt anderweitig rekonstruieren lässt.