

## “... what’s not documented is not done!” Documentation: Annoying obligation, but important evidence

S. Wittmann<sup>1,2</sup> · O. Radke<sup>2,3</sup> · A.R. Heller<sup>2,4</sup>

► **Zitierweise:** Wittmann S, Radke O, Heller AR: „... was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht!“. Dokumentation: Lästige Pflicht, aber wichtiges Beweismittel. Anästh Intensivmed 2024;65:129–136. DOI: 10.19224/ai2024.129

### Zertifizierte Fortbildung

### CME online

BDA- und DGAI-Mitglieder müssen sich mit ihren Zugangsdaten aus dem geschlossenen Bereich der BDA- und DGAI-Webseite unter der Domain [www.cme-anesthesiologie.de](http://www.cme-anesthesiologie.de) anmelden, um auf das Kursangebot zugreifen zu können.

- 1 Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Regensburg (Direktor: Prof. Dr. Bernhard Graf, M.Sc.)
- 2 Gemeinsamer Arbeitskreis Anästhesie und Recht der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbands Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten
- 3 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH, Bremerhaven (Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. O. Radke)
- 4 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Augsburg (Direktor: Prof. Dr. med. A.R. Heller)

#### Interessenkonflikt

Autor ARH gibt an, im Auftrag unterschiedlicher Gerichte und Schlichtungsstellen als Gutachter tätig zu sein. Die anderen Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

#### Schlüsselwörter

Patientenunterlagen – Behandlungsdokumentation – Gesetzliche Aufbewahrungsfristen – Einsichtsrecht

#### Keywords

Patient Records – Treatment Documentation – Legal Storage Periods – Right Of Inspection

### Zusammenfassung

Die ärztliche Dokumentation ist ein essenzieller Teil jeder medizinischen Behandlung. Befunde und Maßnahmen, die nicht dokumentiert sind, gelten als nicht existent bzw. nicht durchgeführt. In der Konsequenz öffnen sich die Behandelnden durch unzureichende Dokumentation selbst Einfallstore für vermeidbare Schwierigkeiten. Ärztinnen und Ärzte sind gesetzlich zu einer adäquaten Dokumentation verpflichtet. Dieser Artikel fasst die wichtigsten rechtlichen Vorgaben zur ärztlichen Dokumentation zusammen und enthält wertvolle Tipps zum richtigen Umgang mit Krankenunterlagen.

### Summary

Physicians are required by law to provide adequate documentation. Diagnostic findings and measures that are not documented are considered as not existent or not carried out. Those who are responsible for their patients will open themselves up to avoidable litigation risks if they fail to provide adequate documentation. This article summarises the most important aspects of the German laws pertaining to medical documentation and includes valuable suggestions for daily practice.

### Einleitung

Befunde und Maßnahmen, die nicht dokumentiert sind, gelten als nicht durchgeführt. In der Konsequenz ma-

## „... was nicht dokumentiert ist, ist nicht gemacht!“

## Dokumentation: Lästige Pflicht, aber wichtiges Beweismittel

chen sich die Behandelnden durch unzureichende Dokumentation angreifbar, wenn es zu Auseinandersetzungen über die Behandlungsverläufe kommt. Sowohl in der zivilrechtlichen Auseinandersetzung als auch bei Strafprozessen erschweren es Dokumentationsmängel, erhobene Vorwürfe zu entkräften. Dies gilt insbesondere nach Zwischenfällen und Komplikationen, wo die **Qualität der Dokumentation** ausschlaggebend, wenn nicht sogar entscheidend für das Ergebnis eines Verfahrens sein kann. Eine besondere Härte für betroffene Ärztinnen und Ärzte ergibt sich in Fällen von **Beweislastumkehr** bei fehlerhafter Dokumentation. Sie müssen dann ohne existierende Nachweise nachträglich den Behandlungsfehlervorwurf entkräften. Bei Strafprozessen droht eine persönliche Haftung, wenn der Vorwurf eines Fehlverhaltens nicht entkräftet werden kann.

Abgesehen von der Rolle bei Vorwürfen einer fehlerhaften Behandlung ist die Dokumentation erbrachter Leistungen **Grundlage für die Rechnungstellung** gegenüber den Kostenträgern und **Rechtfertigung gegenüber dem Medizinischen Dienst** bis hin zu nachgelagerten **sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen**. Auch hier bedeutet eine fehlende oder unzureichende Dokumentation ein nicht zu unterschätzendes finanzielles Risiko.

Besonders bei **interdisziplinärer Behandlung** bildet eine eindeutige Dokumentation schließlich den auch nach-

träglich nachvollziehbaren roten Faden der Behandlung mit Abgrenzung von Verantwortlichkeiten ab und ist darüber hinaus ein Instrument, um Informationsverlusten oder Verwechslungen vorzubeugen.

Dieser Artikel vermittelt die wichtigsten Fakten zu den rechtlichen Grundlagen der ärztlichen Dokumentation. Sie werden lernen, dass uns die häufig als lästig empfundene Dokumentationspflicht in juristischen Auseinandersetzungen schützt, den Behandlungsweg nachvollziehbar macht, Fehlbehandlungen vermeidet und letztlich die Behandlungseffektivität steigert.

## Rechtliche Grundlagen

Grundlegende Vorgaben zur ärztlichen Dokumentation finden sich u. a. in der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) bzw. in den Berufsordnungen der Landesärztekammern sowie im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und für Vertragsärztinnen und -ärzte zudem im Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä):

### (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä)

#### § 10 Dokumentationspflicht

(1) Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

### Bundesmantelvertrag – Ärzte

#### § 57 Dokumentation

(1) Der Vertragsarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren.

Aus den rechtlichen Vorgaben ergibt sich für die Ärztin und den Arzt, dass Dokumentation eine **Pflicht** darstellt, die nicht nur einen ärztlichen Selbst-

zweck z. B. als Erinnerungsstütze für den Therapieverlauf erfüllt. Vielmehr haben jede Patientin bzw. jeder Patient einen gesicherten Anspruch auf die Dokumentation und bedarfsweise deren Bereitstellung. Eine sorgfältige Dokumentation ist zudem für ein fachgerechtes Weiterführen einer Behandlung durch andere ärztliche Kolleginnen und Kollegen essenziell.

### Dokumentation gehört zu den gesetzlich verankerten ärztlichen Pflichtaufgaben

Dabei müssen nicht nur die für die derzeitige, sondern auch die für die künftige Behandlung wesentlichen Inhalte dokumentiert werden. Detaillierte Vorgaben zur Dokumentation finden sich in der durch das **Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten** (Patientenrechtegesetz) u. a. neu eingeführten Regelung in § 630f BGB (Abb. 1).

### Die Dokumentation muss Inhalte der Patientenbehandlung umfassend und nachvollziehbar widerspiegeln

## Verständlichkeit von Dokumentation

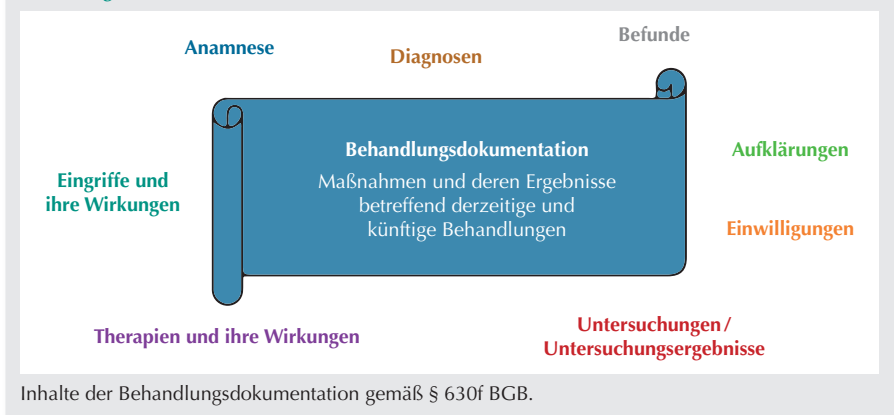
Die Dokumentation muss **verständlich** sein, allerdings nicht unbedingt für die Patientin bzw. den Patienten als medizinische Laien. Der Bundesgerichts-

hof (BGH) hat in einem Urteil vom 24.01.1989 (VI ZR 170/88) zur Dokumentation festgestellt, dass „... **die für die ärztliche Diagnostik und Therapie wesentlichen medizinischen Fakten in einer für den Fachmann hinreichend klaren Form** ...“ aufzuzeichnen sind [1].

Ein Problem bzgl. der **Klarheit und Eindeutigkeit** von dokumentierten Inhalten stellen **Abkürzungen** dar, die in unterschiedlichem Kontext verwendet werden. Als Beispiele seien „HWI“ für Harnwegsinfekt oder Hinterwandinfarkt sowie „LE“ für Lungenembolie oder Laryngektomie genannt. Bei der Dokumentation ist darauf zu achten, dass der geschilderte medizinische Sachverhalt **eindeutig formuliert** ist, was durch die alleinige Verwendung der Abkürzung nicht immer gegeben ist. Wird aber z. B. in einem Narkoseprotokoll eine Spinalanästhesie beschrieben mit „SPA L3/4“, wird jede Fachärztin bzw. jeder Facharzt für Anästhesiologie nachvollziehen können, welche Maßnahme gemeint ist.

Die Verständlichkeit manch analoger Dokumentation ist oft durch die **nicht leserliche Handschrift** der Ärztin bzw. des Arztes ggf. nicht oder nur mit starken Einschränkungen gegeben. Trotz aller aktueller Bemühungen zur Digitalisierung und einer Vielzahl von Fördertatbeständen z. B. im Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) ist eine flächendeckende Abkehr von der handschriftlichen zur digitalen Anästhesie- bzw. Intensivdokumentation noch nicht erfolgt. Vorteilhaft sind dabei **standardisierte Narkosepro-**

Abbildung 1



tokolle, die eine Dokumentation von Standardinformationen (z. B. Cormack-Lehane Grade bei der Intubation) durch **Ankreuzen** ermöglichen.

### Zeitpunkt der Dokumentation

Das Patientenrechtgesetz weist in § 630f BGB darauf hin, dass die Behandlerin bzw. der Behandler „... **in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung** ...“ die Dokumentation anzufertigen hat. Bei der Versorgung von akuten Notfällen ist eine umfassende sofortige Dokumentation oft nicht möglich, da die Patientenversorgung im Vordergrund steht. Der **Juristische Notfallkoffer**<sup>®</sup> von Ulsenheimer et al. führt hierzu an, dass in solchen Fällen die Krankenakte zeitnah und „... **ohne schuldhaftes Zögern** ...“ zu vervollständigen ist [1]. Laut den Bekanntmachungen von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung ist die Dokumentation „... **zum nächstmöglichen Zeitpunkt** ...“ nachzuholen [2]. Es ist also völlig in Ordnung, erst eine Reanimation zu Ende zu führen und dabei nur das Nötigste zu dokumentieren (z. B. wann Adrenalin gegeben und wann defibrilliert wurde), und erst nach Abschluss der Versorgung das Behandlungsprotokoll zu vervollständigen. In Abbildung 2 sind die Vorgaben zum Zeitpunkt der Dokumentation schematisch zusammengefasst.

### Dokumentation hat zeitnah zur Behandlung bzw. ohne schuldhaftes Zögern zu erfolgen

### Analoge versus elektronische Dokumentation

In zivilrechtlicher Hinsicht stellt § 630f BGB ausdrücklich klar, dass die Ärztin bzw. der Arzt die Patientenakte sowohl analog als auch elektronisch führen kann. Auch im Vertragsarztrecht ist explizit eine elektronische Dokumentation in § 57 BMV-Ä vorgesehen [3]. Die Ärztin bzw. der Arzt hat aber bei elektronischer Dokumentation besondere Sicherungs- und Schutzmaßnahmen betreffend die elektronischen Datenträger oder andere Speichermedien zu treffen [3]. So muss es beispielsweise einen **Audit-Trail** geben, d. h. die elektronische Akte muss protokollieren, wer wann auf die Akte zugreift und welche Änderungen durchgeführt wurden.

Zahlreiche Praxen und Kliniken gehen aus Platzgründen zu einer sekundären Digitalisierung von primär in Papierform angelegten Akten über. Beim so genannten **ersetzenden Scannen** werden die Originalakten gescannt und anschließend die analogen Unterlagen vernichtet. Dieses Vorgehen stellt unter bestimmten Bedingungen keine strafrechtlich relevante Urkundenunterdrückung gemäß § 274 StGB dar. Voraussetzung ist allerdings die ausschließliche Verwendung von entsprechend zertifizierten Scanprogrammen. Auf diesem Wege erzeugte elektronische Dokumente sind geeignet, die Originaldokumente zu ersetzen. Aus zivilprozessualer Sicht ist zu beachten, dass bei eingescannten elektronischen Unterlagen – im Gegensatz zu von

vornherein elektronisch angelegter Dokumentation mit qualifizierter elektronischer Signatur – der Beweiswert im Vergleich zum Original gemindert ist, da diese nicht mehr dem Beweismittel einer Urkunde gleichgestellt sind [3]. Ist es dagegen möglich, zusätzlich zur elektronischen Speicherung die Originalakten bis zum Ende der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist (s. u.) nicht zu vernichten, wird dieses Problem umgangen.

### Abänderung von Dokumenten-inhalten

Nachträgliche Berichtigungen oder Änderungen von Einträgen in der Patientendokumentation sind so vorzunehmen, dass die ursprünglichen Eintragungen erkennbar bleiben. Ferner muss der Zeitpunkt der Änderung ersichtlich sein. Nach dem Gesetzeswortlaut muss aus der Dokumentation nicht hervorgehen, **wer** die Änderung vorgenommen hat [4]. Von **vollständigem Unkenntlichmachen** der berichtigten Daten mit Stift oder Korrekturrollern ist daher dringend abzuraten (Abb. 3). Gemäß § 267 StGB wäre bei Änderungen, die die ursprünglichen Inhalte unkenntlich machen, ggf. sogar der Tatbestand der Urkundenfälschung nach § 267 StGB erfüllt [1].

Wie für die Patientenakte in Papierform gilt auch für die elektronische Patientenakte, dass nachträgliche Berichtigungen und Änderungen nur zulässig sind, wenn neben diesen der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt und wenn erkennbar ist, wann entsprechende Berichtigungen bzw. Änderungen vorgenommen wurden. Wie bereits oben angeführt, hebt auch § 10 MBO-Ä die besonderen Sicherungs- und Schutzmaßnahmen hervor, die bei Aufzeichnung auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien erforderlich sind, um Veränderungen, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung der Daten auszuschließen.

Der BGH stellt in einem Urteil vom 27. April 2021 (VI ZR 84/19) klar, dass einer elektronischen Dokumentation, die „... **nachträgliche Änderungen entgegen § 630f Abs. 1 Satz 2 und 3 BGB nicht erkennbar macht** (...), keine po-

Abbildung 2

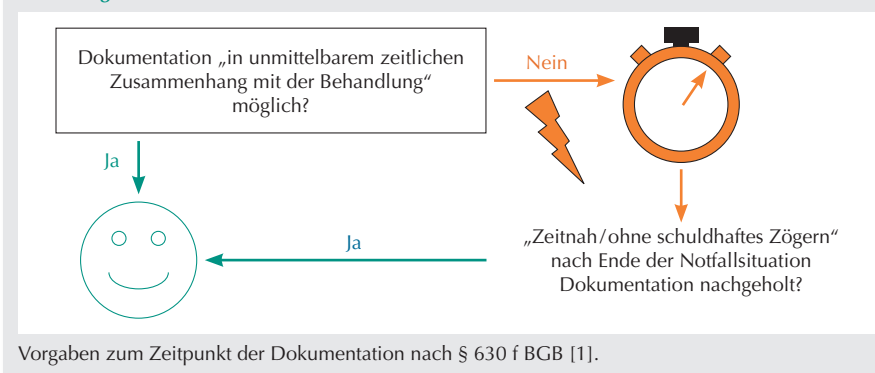
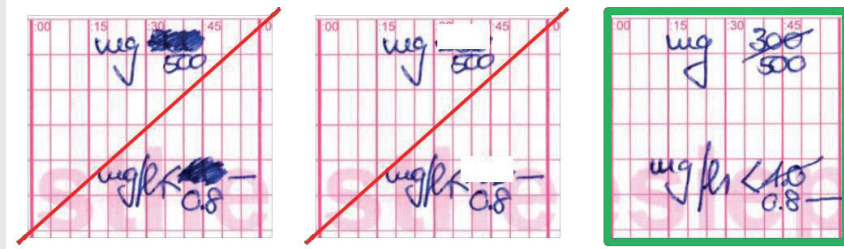


Abbildung 3



Abänderung von Inhalten in der analogen Dokumentation. Die ursprüngliche Dokumentation ist in a) und b) nicht mehr erkennbar. In c) können der ursprüngliche Eintrag und die neue Information nachvollzogen werden.

sitive Indizwirkung zukommt ...“ [1]. Dies bedeutet, dass die Dokumentation einer Maßnahme dann nicht als Beweis dafür gilt, dass die Maßnahme definitiv durchgeführt wurde, wenn die verwendete Software vorgenommene Änderungen nicht erkennen lässt.

Vorliegende schriftliche Krankenblattunterlagen bzw. Beweismittel dürfen nachträglich keinesfalls verfälscht, vernichtet oder anderweitig beiseitegeschafft werden. Andernfalls kann neben dem Vorwurf der Urkundenfälschung bzw. Urkundenunterdrückung auch der Vorwurf der (versuchten) Strafreitelung (zugunsten Dritter) erhoben und strafrechtlich geahndet werden [1].

### Stellenwert der Dokumentation in Gutachten und Prozessen

Konkret lässt sich aus dem Patientenrechtegesetz (§ 630h BGB) der Grundsatz ableiten, dass eine Maßnahme als nicht durchgeführt gilt, wenn sie nicht dokumentiert ist oder die Dokumentation nicht vorgelegt werden kann.

### § 630h BGB Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis (...) nicht in der Patientenakte aufgezeichnet (...), wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

Bei der Beurteilung einer Behandlung stützen sich Gutachter und Gerichte vorrangig auf die **ärztlichen Unterlagen**. In Arzthaftungsprozessen kommt der Dokumentation somit ein entscheidender Stellenwert zu. Eine vertrauenswürdige, zeitnah erstellte Dokumentation gilt bis zum Beweis der Unrichtigkeit als **glaubwürdig** [1]. Primär ist **Vollständigkeit** und **Richtigkeit** dieser Dokumentation zu vermuten. Der dokumentierte Behandlungsverlauf bzw. alle sonstigen Inhalte der Dokumentation werden der Beurteilung primär zugrunde gelegt. Fehlen aber wichtige Informationen oder gibt es Mängel in der Dokumentation, dann können die beklagten Ärztinnen bzw. Ärzte eine durchgeführte Behandlung nicht oder nur erschwert nachweisen [4]. Abbildung 4 gibt Anhaltspunkte, unter welchen Voraussetzungen Doku-

mentationslücken beweismäßige Relevanz gewinnen.

Eine unterlassene oder nur lückenhaft vorgenommene ärztliche Dokumentation stellt keine eigenständige Anspruchsgrundlage für Schadensersatz- und/oder Schmerzensgeldansprüche dar. Dokumentationsmängel, die für Patientinnen und Patienten im Falle einer Schädigung die Aufklärung des Sachverhalts unzumutbar erschweren, führen jedoch zivilrechtlich zu Beweiserleichterungen und in der Praxis fast immer zur Beweislastumkehr zu Lasten der Ärztin bzw. des Arztes gemäß § 630h BGB [1].

Eine fehlende, lückenhafte oder gar unzulängliche Dokumentation einer aufzeichnungspflichtigen Maßnahme legt den Schluss nahe, dass die Maßnahme nicht durchgeführt wurde. Die Behandlungsseite muss dann diese Vermutung widerlegen. Dies kann gelingen, wenn z. B. durch andere Unterlagen oder Zeugenaussagen bewiesen werden kann, dass die nicht dokumentierte Behandlungsmaßnahme trotzdem durchgeführt wurde. Im Einzelfall kann es jedoch extrem schwierig sein, v. a., wenn der Vorfall bereits längere Zeit zurückliegt [6].

**Nur eine ordnungsgemäße und vollständige Dokumentation hilft schlüssig darzulegen, dass ärztliche Maßnahmen tatsächlich und lege artis durchgeführt wurden.**

Abbildung 4

#### Dokumentation ...

... enthält keine Information zu selbstverständlichen Routinemaßnahmen

Keine Dokumentationslücke

... enthält keine Information für die Begutachtung nicht relevanter Umstände

Irrelevante Dokumentationslücke

... enthält keine Information zu dokumentationspflichtigem Tatbestand  
ABER: Klärung offener Fragen durch andere Unterlagen möglich

Irrelevante Dokumentationslücke

... enthält keine Information zu dokumentationspflichtigem Tatbestand  
**Klärung offener Fragen durch andere Unterlagen nicht möglich**

Relevanter Dokumentationsmangel

Beweismäßige Relevanz von Dokumentationslücken (in Anlehnung an das BGH-Urteil vom 24. Januar 1984 – VI ZR 203/82; mit Genehmigung modifiziert nach [5]).

## Dokumentation „außerhalb“ der Patientenunterlagen

Nach Zwischenfällen sollten betroffene Ärztinnen und Ärzte für sich persönlich genaue Aufzeichnungen, d. h. ein so genanntes **Gedächtnisprotokoll**, anfertigen. Zwischen einem Zwischenfall und einem Gerichtsverfahren liegen regelmäßig Jahre. Nach so langer Zeit kann sich keine Ärztin und kein Arzt mehr an alle Details des Falls erinnern. Sinn des Gedächtnisprotokolls ist daher, das Geschehen so detailliert und umfassend festzuhalten, dass man auch bei länger zurückliegenden Vorfällen alle Informationen detailliert in diesem Dokument nachlesen kann. Enthalten sein sollten

- Angaben zum detaillierten Ablauf des Zwischenfalls bzw. der Komplikation,
- wichtige zeitliche Eckpunkte bzw. Ablaufphasen inkl. möglichst genauer Zeitangaben,
- weitere Beteiligte,
- patientenspezifische und andere Auffälligkeiten bzw. Besonderheiten [1].

Gedächtnisprotokolle sind **persönliche Notizen** der Ärztin bzw. des Arztes und sollten sicher aufbewahrt werden. Diese Notizen sollten keinesfalls in die analoge oder elektronische Patientendokumentation gelangen, da im Falle einer Beschlagnahme der Patientendokumentation die Strafverfolgungsbehörden auch auf das Gedächtnisprotokoll Zugriff erhalten würden [1]. Insbesondere Wertungen, Interpretationen oder Mutmaßungen über Befunde und Sachverhalte sowie Ursachen und Wirkungen eigener Maßnahmen oder die anderer Fachabteilungen, Berufsgruppen, Vorbehandler usw., die in einem persönlichen Gedächtnisprotokoll enthalten sein können, haben in der Patientendokumentation keinen Platz. Die Bewertungen der Befunde und Sachverhalte im Kontext mit den Maßnahmen ist allein Sache der bestellten Gutachter und Gutachterinnen“ z. B. zur Klärung eines erhobenen Behandlungsfehlervorwurfs.

Sind Befunde, Monitoringdaten bzw. Sachverhalte in der ggf. beschlagnahmten Krankenakte erkennbar lückenhaft

oder inkonsistent, so sollte gemeinsam mit der eigenen Klinikleitung eine **klärende Stellungnahme** als reiner Sachenvortrag zur Verwendung durch den eigenen Rechtsbeistand vorbereitet werden. Die Dokumentation hiervon ist keinesfalls der Krankenakte beizufügen.

## Aufbewahrungspflichten

Gemäß § 630f haben Behandelnde die Patientenakten für die **Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung** aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen. Die Frist von 10 Jahren stellt in der Praxis eine Mindestaufbewahrungsfrist dar, da die erwähnten **anderen Vorschriften** eine erheblich längere Aufbewahrungsfrist bedingen können. Eine auszugsweise Übersicht über die gesetzlichen Grundlagen sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Im niedergelassenen Bereich gibt es bzgl. der Aufbewahrung/Archivierung von Patientendaten für den Fall einer **Praxisaufgabe- bzw. übergabe** weitere Aspekte zu beachten. Gemäß § 10 MBO-Ä haben Praxisinhaberinnen und -inhaber bei Aufgabe der Praxis die

ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde aufzubewahren oder „... dafür Sorge zu tragen, dass sie in **gehörige Obhut gegeben werden ...**“. Bei Übernahme einer Praxis müssen die neue PraxisinhaberIn/der neue Praxisinhaber „... **diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten ...**“ und dürfen sie „... **nur mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten**“ einsehen oder weitergeben ...“.

Gesetzliche Aufbewahrungsfristen sollten unbedingt eingehalten werden. Ein Nicht-Aufbewahren der Dokumentation führt nach § 630h BGB zu der Annahme, eine Maßnahme sei nicht durchgeführt worden, wie auch im Falle einer nicht durchgeführten Dokumentation.

## § 630h BGB Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

(3) ... hat er (Anmerkung: Der Behandelnde) die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

Im Juristischen Notfallkoffer® wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass im Falle einer nicht sorgfältigen Aufbe-

**Tabelle 1**

Gesetzliche Aufbewahrungsfristen der Dokumentation ärztlicher Behandlungen.

Art der Unterlagen	Aufbewahrungsfrist	Gesetzliche Grundlage
Alle ärztlichen Aufzeichnungen, Patientendokumentationen inkl. eigene und fremde Arztbriefe	10 Jahre	§ 57 BMV-Ä § 10 BO-Ä § 630f BGB
Aufzeichnungen sowie Röntgenbilder, digitale Bilddaten und sonstige Untersuchungsdaten im Falle von Untersuchungen einer volljährigen Person	10 Jahre	§ 85 StrSchG*
Aufzeichnungen sowie Röntgenbilder, digitale Bilddaten und sonstige Untersuchungsdaten im Falle von Untersuchungen bei einer minderjährigen Person	bis zur Vollendung des 28. Lj	§ 85 StrSchG*
Aufzeichnungen sowie Röntgenbilder, digitale Bilddaten und sonstige Untersuchungsdaten im Falle von Behandlungen	30 Jahre	§ 85 StrSchG*
Aufzeichnungen einschließlich elektronisch erfasste Daten bei Anwendung von Blutprodukten, aber: Angaben wie z. B. Patientenidentifikationsnummer, Chargenbezeichnung	15 Jahre 30 Jahre	§ 14 TFG

\* Die Röntgenverordnung (RöV) ist seit 2018 außer Kraft; entsprechende gesetzliche Inhalte finden sich jetzt im Strahlenschutzgesetz (StrSchG).

wahrung von Krankenunterlagen ggf. der Sachverhalt der Urkundenunterdrückung bzw. -vernichtung gemäß § 274 StGB vorliegt und dass dies in einem Zivilprozess zur Beweislastumkehr führt [1].

### Einsichtsrecht

Gemäß der Berufsordnung für Ärzte (§ 10 BO-Ä) sowie gemäß Patientenrechtegesetz (§ 630g BGB) hat jede Patientin und jeder Patient das Recht auf Einsicht in seine/ihre Behandlungsunterlagen. Das Patientenrechtegesetz konkretisiert dieses Recht weiter und gewährt dem Patienten laut § 630g BGB „... **unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte** ...“. Das Recht auf Einsichtnahme umfasst somit alle in den Patientenunterlagen befindlichen Aufzeichnungen inkl. Fremdbefunde und Arztbriefe sowie sonstige Unterlagen wie z. B. Niederschriften über persönliche Eindrücke [7]. Sowohl in der BO-Ä als auch im BGB findet sich in den entsprechenden Paragraphen jedoch die Einschränkung, dass die Einsichtnahme ggf. nicht gewährt werden muss, wenn „... **erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen** ...“. Diese Möglichkeiten beschränken sich eher auf psychiatrische und psychotherapeutische Fälle und kommen in der somatischen Medizin in der Regel nicht zum Tragen.

**Subjektive Bemerkungen und Verdachtsbewertungen** dürfen im Einzelfall ausnahmsweise zurückgehalten oder vor Aushändigung der Krankenblattunterlagen an die Patientin bzw. den Patienten geschwärzt werden. Allerdings kann bei Schwärzen von Unterlagen leicht der Anschein einer Manipulation erweckt werden [1].

Die Bayerische Landesärztekammer (BLAEK) führt zu den Einschränkungen weiter aus, die Einsichtnahme dürfe z. B. verweigert werden, wenn „... **durch die Einsichtnahme eine Behandlung in nicht nur geringfügigem Ausmaß nachteilig beeinflusst würde**...“ [8]. Laut § 630 BGB ist die Ablehnung der Einsichtnahme zu begründen.

### Patientinnen und Patienten haben das Recht, ihre vollständigen Behandlungsunterlagen einzusehen; nur in speziell zu begründenden Fällen kann diese Einsichtnahme verweigert werden.

Andere Personen als die Patientin bzw. der Patient selbst haben nur unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Einsichtnahme in die Patientenunterlagen. Bevor Dritten ein Einsichtsrecht gewährt wird, muss sichergestellt werden, dass es sich um eine berechtigte Einsichtnahme handelt. Die in Abbildung 5 aufgeführte Checkliste kann ggf. hierfür eine Hilfestellung geben [9]. **Dritte Personen** können nach ausdrücklicher Bevollmächtigung durch die Patientin bzw. den Patienten Einsicht nehmen. **Erbinnen und Erben** können nach dem Tod der Patientin bzw. des Patienten zur Wahrung vermögensrechtlicher Interessen nach § 630g BGB ein Einsichtnahmerecht geltend machen. Daneben können die **nächsten Angehörigen** (wie Ehegatten, Lebenspartnerinnen und -partner, Kinder, Eltern, Geschwister, Enkelinnen und Enkel) zur Verfolgung immaterieller Interessen (z. B. zur Klärung der Todesursache in einem strafrechtlichen Verfahren) Einsicht nehmen. Voraussetzung für diese

Abbildung 5

#### Checkliste

- ✓ **Wer fordert Akteneinsichten?**  
Ausreichende Vollmacht oder Schweigepflichtsentsbindungserklärung vorliegend?
- ✓ **Wurden bereits Schadenersatzansprüche angemeldet?**  
Wenn ja – Unverzügliche Meldung an die Haftpflichtversicherung!
- ✓ **Liegen Gründe vor, die einer Einsichtnahme entgegenstehen?**  
Betreffen diese Gründe nur die vollständige oder auch eine teilweise Einsichtnahme?
- ✓ **Sind die zu versendenden Unterlagen vollständig und lesbar?**

Checkliste Einsicht in Patientenunterlagen (modifiziert nach [9]).

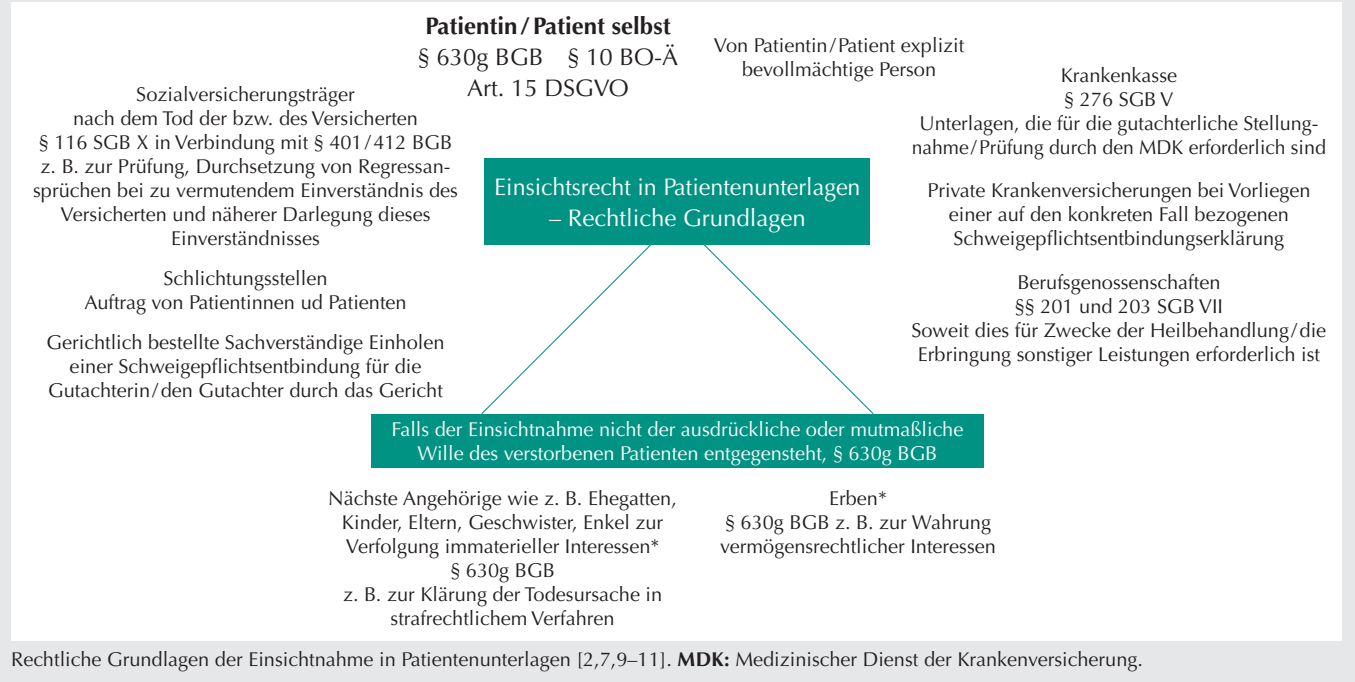
vorgenannten Rechte ist es jedoch, dass der Einsichtnahme nicht der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des verstorbenen Patienten entgegensteht. Auch z. B. **Versicherungen, Berufsgenossenschaften und Krankenkassen** haben unter bestimmten Voraussetzungen ein Einsichtsrecht (Abb. 6). Zu beachten ist, dass das Einsichtsrecht nicht automatisch die Einsicht in alle vorhandenen Patientenunterlagen rechtfertigt, sondern dass z. B. im Falle einer Versicherung nur die kontextbezogenen Daten eingesehen werden dürfen. Eine auszugsweise Übersicht, unter welchen Voraussetzungen dritten Personen sowie z. B. Versicherungen und Krankenkassen ein Einsichtsrecht in die Unterlagen gewährt werden muss, gibt Abbildung 6.

Einer Ärztin/einem Arzt steht nicht automatisch das uneingeschränkte Einsichtsrecht in die Dokumentation jedes Patienten zu. Wenn eine Einsicht erfolgt, der kein berechtigter Anlass wie z. B. eine medizinische Behandlung zugrunde liegt, dann können einer Ärztin oder einem Arzt auch dienstrechtliche Konsequenzen drohen. Galla beschreibt in diesem Zusammenhang das Beispiel des Flugzeugpiloten, der in suizidaler Absicht eine Maschine zum Absturz gebracht hatte: In der psychiatrischen Klinik, in der der Pilot vorher in Behandlung war, folgten Abmahnungen gegen Mitarbeiter, die aus Neugier die Patientenakte nach dem Ereignis eingesehen hatten [11].

### Erfolgt die Einsicht in Behandlungsunterlagen ohne Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten und ohne berechtigten Anlass, dann können Ärztinnen und Ärzten dienstrechtliche Konsequenzen drohen.

Im Rahmen staatsanwaltlicher Ermittlungsverfahren gilt die **ärztliche Schweigepflicht** auch gegenüber den **Ermittlungsbehörden**. Ohne Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten oder Vorliegen eines Beschlagnahmebeschlusses muss eine Ärztin/ein Arzt bzw. ein Krankenhaus die Herausgabe der Krankenunterlagen verweigern. Bei einem Verstorbenen ist dabei dessen

Abbildung 6



erklärter oder mutmaßlicher Wille maßgeblich [11]. Ulsenheimer führt hier allerdings aus: „Die Bitte (an die Kriminalpolizei – Anm. d. Autoren), eine Beschlagnahme auszusprechen (...), halten wir nicht für erforderlich. Denn wenn die Staatsanwaltschaft mit einem Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschluss erschienen ist, kann sie jederzeit die Herausgabe erzwingen.“ [1].

Hätte sich im Beispielfall des Piloten bereits während der Behandlung abgezeichnet, dass der Patient im Zusammenhang mit seinem Beruf eine Gefahr für andere darstellt, dann hätte ein berechtigter Anlass vorgelegen, auch ohne Einwilligung des Patienten die Ermittlungsbehörden zu informieren. Im Zuge der Ermittlungstätigkeit wäre dann auch die Einsichtnahme in die Patientenunterlagen durch den berechtigten Anlass begründbar gewesen [11].

## Fazit

**Die Dokumentation ist ein rechtlich verpflichtender, aber auch medizinisch essenzieller Teil der Behandlung. Befunde**

**und Maßnahmen, die nicht dokumentiert sind, gelten als nicht existent bzw. nicht durchgeführt. In der Konsequenz machen sich Behandelnde durch unzureichende Dokumentation angreifbar, wenn es zu Auseinandersetzungen über die Behandlungsverläufe kommt. Insbesondere bei interdisziplinärer Behandlung bildet die Dokumentation einen auch nachträglich nachvollziehbaren roten Faden der Behandlung mit Abgrenzung von Verantwortlichkeiten ab. Sie ist zeitnah sowie für Fachpersonal verständlich abzufassen und bildet die Grundlage für die Rechnungslegung gegenüber Kostenträgern.**

## Abkürzungsverzeichnis

<b>BGB:</b>	Bürgerliches Gesetzbuch
<b>BGH:</b>	Bundesgerichtshof
<b>BLAEK:</b>	Bayerische Landesärztekammer
<b>BMV-Ä:</b>	Bundesmantelvertrag Ärzte
<b>BO-Ä:</b>	Berufsordnung für Ärzte
<b>DSGVO:</b>	Datenschutzgrundverordnung
<b>KHZG:</b>	Krankenhauszukunftsgesetz
<b>Lj:</b>	Lebensjahr
<b>Rö-V:</b>	Röntgenverordnung
<b>SGB:</b>	Sozialgesetzbuch
<b>StGB:</b>	Strafgesetzbuch
<b>StrlSchG:</b>	Strahlenschutzgesetz
<b>TFG:</b>	Transfusionsgesetz

## Literatur

1. Ulsenheimer K, Bock W: Der Juristische Notfallkoffer: Verhalten nach einem Zwischenfall. Ulsenheimer Friederich Rechtsanwälte München/Berlin
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung – Bundesärztekammer: Hinweise und Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis. Dtsch Arztebl 2021;118:A1–A22
3. Halbe B: Rechtsfragen bei der Digitalisierung von Patientenakten. Dtsch Arztebl 2018;115:A1890–A1891
4. Biermann E: JUS-Letter. Das Patientenrechtgesetz: Risiken und Nebenwirkungen!? Anästh Intensivmed 2013;54:32–37
5. Neu J: Juristische Navigation in Arzthaftungsgutachten 2 / Handout. Berlin; 2011
6. Martis R, Winkhart-Martis M: Arzthaftungsrecht: Beweislastumkehr, Beweisvereitelung. 6. Auflage Köln: Otto Schmidt Verlag; 2021
7. Ärztekammer Berlin: Auskunftsrecht und Einsichtnahme von Patientenunterlagen. 2020. Epub [https://www.aekb.de/fileadmin/migration/pdf/25\\_Merkblatt\\_Einsichtsrechte\\_in\\_Patientenunterlagen.pdf](https://www.aekb.de/fileadmin/migration/pdf/25_Merkblatt_Einsichtsrechte_in_Patientenunterlagen.pdf) (Zugriffsdatum: 02.01.2024)

8. Bayerische Landesärztekammer: Einsichtnahme in Krankenunterlagen. <https://www.blaek.de/arzt-und-recht/einsichtnahme-in-krankenunterlagen> (Zugriffsdatum: 02.01.2024)
9. Halbe B: Recht auf Akteneinsicht – Was Ärzte wissen sollten. Dtsch Arztebl 2017;114:A178–179
10. Weis E: JUS Letter. Die ärztliche Schweigepflicht. Anästh Intensivmed 2015;56:775–777
11. Galla S: Patientenakte: Wer darf was einsehen? Dtsch Arztebl 2016;113:2.

### Korrespondenz- adresse



**Priv.-Doz. Dr. med.  
Sigrid Wittmann,  
DESA**

Sprecherin des gemeinsamen  
Arbeitskreises Anästhesie und Recht  
von DGAI und BDA

Klinik für Anästhesiologie  
Universitätsklinikum Regensburg  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 Regensburg, Deutschland

E-Mail: [sigrid.wittmann@ukr.de](mailto:sigrid.wittmann@ukr.de) bzw.  
[ak-recht@bda-dgai.de](mailto:ak-recht@bda-dgai.de)

ORCID-ID: 0009-0003-6169-232X