

# A. Grundlagen der Dokumentation

## I. Vorbemerkung

### 1. Allgemeines

Zur ordnungsgemäßen Versorgung der Patienten ist die Dokumentation der Krankenhausbehandlung unerlässlich. Sie stellt zudem eine rechtliche Verpflichtung gegenüber dem Patienten dar und dient als Mittel zum Nachweis der vorgenommenen ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen. Aber auch der Aspekt der Qualitätssicherung und vor allem – aufgrund zahlreicher Abrechnungsüberprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen – leistungsrechtliche Gesichtspunkte verlangen eine ordnungsgemäße und damit möglichst detaillierte Dokumentation, die als wichtige Grundlage für die Abrechnung der erbrachten Krankenhausleistungen dient.

Gerade die Vielfalt der ärztlichen und pflegerischen Funktionsabläufe im Krankenhaus trägt dazu bei, dass der Dokumentation der Krankenhausbehandlung ein hoher Stellenwert zukommt. Sie dient zugleich der Information der behandelnden Ärzte, des beteiligten Pflegepersonals und der mit- und nachbehandelnden Ärzte. Die Krankengeschichte, die die Dokumentation der Krankenhausbehandlung enthält, umfasst primär die ärztliche und die pflegerische Dokumentation, deren Inhalt im Folgenden konkretisiert wird. Aus Beweissicherungsgründen besitzt auch die Dokumentation der Aufklärung des Patienten eine besondere Bedeutung. Ihr ist ein gesonderter Abschnitt gewidmet.

Die Broschüre soll einen Überblick darüber geben, aufgrund welcher rechtlichen Grundlagen die Dokumentation im Einzelnen zu erfolgen hat und welchen Umfang sie notwendigerweise haben sollte. In diesem Zusammenhang ist es allerdings nicht möglich, konkrete Hinweise zur Organisation der Dokumentation und Archivierung zu geben, da die Ausgestaltung vor Ort letztlich in die Entscheidungshoheit des einzelnen Krankenhausträgers fällt.

Zur praktikablen Handhabung sind den detaillierten Textausführungen Kurzzusammenfassungen der jeweiligen Themenabschnitte in Fettdruck vorangestellt. Hierdurch soll dem Leser ein – die wesentlichen Gesichtspunkte enthaltender – Überblick verschafft und eine schnelle Information ermöglicht werden. Zudem finden sich diese Kurzzusammenfassungen im Wesentlichen in der im Anhang enthaltenen Formulierungshilfe für den Krankenhausträger zur Erstellung einer Dienstanweisung über die Durchführung der Dokumentation wieder. Diese Dienstanweisung sollte der Krankenhausträger auf jeden Fall zur Vermeidung eines Organisationsverschuldens erlassen und deren Befolgung in regelmäßigen Abständen kontrollieren.

Zur weiteren Information sind darüber hinaus im Anhang Empfehlungen des Bundesbeauftragten für den Datenschutz bzw. der einzelnen Landesdatenschutzbeauftragten sowie relevante Rechtsvorschriften in ihrem Wortlaut abgedruckt. Es findet

sich außerdem eine aktuelle Tabelle über Aufbewahrungspflichten und -fristen von behandlungsbezogenen Dokumenten im Krankenhaus.

## 2. Patientenrechtegesetz

Während die an eine rechtssichere Dokumentation gestellten Anforderungen in der Vergangenheit in der Regel nicht gesetzlich geregelt waren, sondern sich alleine aus der Rechtsprechung ergaben, verpflichtete sich die Bundesregierung im Rahmen ihrer Koalitionsvereinbarung vom 26.10.2009, die Rechte von Patienten in einem eigenen Gesetz zu regeln. Dementsprechend wurde ein Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (sog. Patientenrechtegesetz) verabschiedet, das seit dem 26.02.2013 in Kraft ist.<sup>1</sup> Bei dem Gesetz handelt sich im Wesentlichen nicht um Neuregelungen, sondern um eine Kodifizierung der bisherigen richterrechtlich entwickelten Grundsätze.<sup>2</sup>

Durch das Patientenrechtegesetz ist ein neuer § 630f „Dokumentation der Behandlung“ in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) aufgenommen worden. Daneben sind weitere für die Dokumentation relevante Regelungen in den neuen § 630e „Aufklärungspflichten“ und § 630g „Einsichtnahme in die Patientenakte“ in das BGB aufgenommen worden. Die Vorschriften finden sich in einem Auszug aus dem Patientenrechtegesetz unter **Teil E, Anhang I**.

---

<sup>1</sup> Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) vom 20.02.2013, BGBl. I, S. 277

<sup>2</sup> BT-Drucksache 17/10488 vom 15.08.2012, S. 9

## **II. Zweck und Begriff der Dokumentation**

**Die Dokumentation ist als Instrument für die ordnungsgemäße Versorgung des Patienten unverzichtbar. Sie informiert den behandelnden Arzt, die mit- und nachbehandelnden Ärzte und die zuständigen Pflegekräfte. Durch sie wird die Koordination des arbeitsteiligen Zusammenwirkens der für die Behandlung Verantwortlichen sichergestellt. Durch sie sollen der Krankheitsverlauf und die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen für einen Fachmann erkennbar werden.**

**Die Dokumentation ist die Aufzeichnung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten. Sie erstreckt sich insbesondere auf Anamnese, Diagnose, Therapie, Krankheitsverlauf sowie die getroffenen Maßnahmen und deren Wirkung. Um eine den medizinischen Erfordernissen und Standards adäquate Patientenversorgung zu gewährleisten, ist eine Arbeitsteilung im Krankenhaus notwendig, sinnvoll und üblich. Die Dokumentation soll die wesentlichen medizinischen und tatsächlichen Feststellungen des Behandlungsgeschehens beinhalten und damit primär patientenbezogen erfolgen. Inhalt und Umfang der Dokumentation sollten sich nicht in erster Linie nach haftungsrechtlichen Aspekten richten.**

Zum Inhalt der ärztlichen und pflegerischen Dokumentation und zum erforderlichen Umfang der Dokumentation vgl. Teil B.

### III. Dokumentationspflicht und Rechtsgrundlagen

**Die Dokumentation ist eine Pflicht und Teil der dem Patienten geschuldeten Leistungen aus dem Behandlungsvertrag, wobei die Krankenhausärzte, das Pflegepersonal und sonstige nichtärztliche Mitarbeiter als Erfüllungsgehilfen des Krankenhausträgers tätig werden. Darüber hinaus ergibt sich die Dokumentationspflicht aus § 630f BGB, dem Berufsrecht der Ärzte sowie aus spezialgesetzlichen Regelungen.<sup>3</sup>**

In Abkehr von der früheren Rechtsprechung, die Aufzeichnungen des Arztes bzw. die Führung ordnungsgemäßer Krankenunterlagen lediglich als eine im Belieben des Arztes stehende Gedächtnisstütze qualifizierte, ist seit vielen Jahren allgemein anerkannt, dass eine Pflicht des Arztes zur ordnungsgemäßen Dokumentation – als Bestandteil einer sorgfältigen Behandlung – besteht.<sup>4</sup> Dies resultiert u.a. daraus, dass durch eine unzureichende Dokumentation die weitere Behandlung des Patienten sowohl durch denselben Arzt, als auch durch dessen Nachfolger entscheidend erschwert werden kann.<sup>5</sup>

Durch das Patientenrechtegesetz<sup>6</sup> ist die durch die Rechtsprechung schon seit vielen Jahren bejahte Dokumentationspflicht in § 630f Abs. 1 und 2 BGB gesetzlich verankert worden. Danach ist der Behandelnde verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

Zudem ergibt sich die Dokumentationspflicht des Arztes aus § 10 Abs. 1 der (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 (Stand 2018)<sup>7</sup>, wonach Ärzte über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellun-

---

<sup>3</sup> Wie bereits unter Teil A, Kap. I.2. dargestellt, ist die bestehende Verpflichtung zur Dokumentation in § 630f Abs. 1 und 2 BGB gesetzlich verankert worden. Hinsichtlich des Wortlautes von § 630f Abs. 1 und 2 BGB vgl. auch Teil E, Anhang I. Vgl. zur Begründung auch BT-Drucksache 17/10488 vom 15.08.2012, S. 9

<sup>4</sup> BGH, Urteil vom 23.11.1982 – VI ZR 222/79 = NJW 1983, 328; OVG NRW – Landesberufsgericht für Heilberufe NRW, Urteil vom 25.11.2015 – 6 t A 2679/13.T. = MedR 2016, 731 m. Anm. v. Schlund = GesR 2016, 114; Fiekas, MedR 2016, 32, 33; vgl. auch Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 7. Auflage 2014, Teil B, Rn. 202 mit weiteren Nachweisen

<sup>5</sup> BGH, Urteil vom 27.06.1978 – VI ZR 183/76 = NJW 1978, 2337; OVG NRW – Landesberufsgericht für Heilberufe NRW, Urteil vom 25.11.2015 – 6 t A 2679/13.T. = MedR 2016, 731 m. Anm. v. Schlund = GesR 2016, 114; OLG Nürnberg, Urteil vom 20.04.2017 – 5 U 458/16 = GesR 2017, 650; LG Dortmund, Urteil vom 17.05.2018 – 12 O 388/16 = MedR 2018, 975 m. Anm. v. Dahm

<sup>6</sup> Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) vom 20.02.2013, BGBl. I, S. 277

<sup>7</sup> MBO-Ä 1997 in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt, zuletzt geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018, abrufbar unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)

gen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen haben. Für den Vertragsarzt gilt zusätzlich die Vorschrift des § 57 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vom 01.10.2013 (Stand: 01.01.2019).<sup>8</sup>

Darüber hinaus ergeben sich aus einigen **spezialgesetzlichen Regelungen** weitere gesonderte Dokumentationspflichten:

- § 85 des Gesetzes zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung (**Strahlenschutzgesetz – StrlSchG**)<sup>9</sup>

Gemäß § 85 Abs. 1 StrlSchG hat der Strahlenschutzverantwortliche dafür zu sorgen, dass über die Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe am Menschen Aufzeichnungen angefertigt werden. Die Aufzeichnungen müssen Folgendes enthalten:

1. Angaben zur rechtfertigenden Indikation,
2. den Zeitpunkt und die Art der Anwendung,
3. Angaben zur Exposition
  - a) der untersuchten oder behandelten Person oder zur Ermittlung dieser Exposition, einschließlich einer Begründung im Falle der Überschreitung diagnostischer Referenzwerte, sowie
  - b) von Betreuungs- und Begleitpersonen, sofern nach der Rechtsverordnung nach § 86 Satz 2 Nummer 3 ihre Körperdosis zu ermitteln ist,
4. den erhobenen Befund einer Untersuchung,
5. den Bestrahlungsplan und das Bestrahlungsprotokoll einer Behandlung.

Die Aufzeichnungen sind gegen unbefugten Zugriff und unbefugte Änderung zu sichern.

Darüber hinaus hat der Strahlenschutzverantwortliche gemäß § 124 Abs. 1 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)<sup>10</sup> dafür zu sorgen, dass eine Person, an der ionisierende Strahlung oder radioaktive Stoffe angewendet werden, vor der Anwendung über das Risiko der Strahlenanwendung informiert wird. Gemäß § 124 Abs. 2 StrlSchV hat der Strahlenschutzverantwortliche außerdem dafür zu sorgen, dass Betreuungs- oder Begleitpersonen vor dem Betreten des Kontrollbereichs über mögliche Gefahren der Exposition aufgeklärt werden und

---

<sup>8</sup> Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vom 01.01.2019, abrufbar unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

<sup>9</sup> Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) vom 27.06.2017, BGBl. I, S. 1966, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 27.06.2017, BGBl. I, S. 1966

<sup>10</sup> Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), Artikel 1 der Verordnung zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts vom 29.11.2018, BGBl. I, S. 2034

geeignete schriftliche Hinweise angeboten und auf Wunsch ausgehändigt bekommen.<sup>11</sup>

Die zuvor zitierten Vorschriften des StrlSchG und der StrlSchV sind im **Anhang** abgedruckt. Auf die hierbei zu beachtenden Aufbewahrungsfristen wird unter Teil D, Kap. II.4. eingegangen.

- Das Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (**Transfusionsgesetz – TFG**)<sup>12</sup> regelt das Blutspende- und Transfusionswesen. Die Krankenhäuser werden hierdurch zu einer produkt- und chargenbezogenen sowie patientenbezogenen Dokumentation insbesondere als Grundlage für ggf. erforderliche Rückverfolgungsmaßnahmen und für das Meldewesen verpflichtet. Zentrale Dokumentationspflichten existieren vor allem für den Bereich der Spendeentnahme, des Erwerbs und der Abgabe von Blutprodukten und Plasmaproteinen sowie der Anwendung der Blutprodukte/Plasmaproteine. Darüber hinaus haben Krankenhäuser für den Bereich der Rückverfolgung sicherzustellen, dass die Daten der Dokumentation patienten- und produktbezogen genutzt werden können.<sup>13</sup> Zu den im TFG bestimmten Aufbewahrungsfristen vgl. Teil D, Kap. II.4.
- Die Vorschriften des Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (**Transplantationsgesetz – TPG**)<sup>14</sup> verlangen unter anderem die Dokumentation der Beteiligung von Angehörigen bzw. von Personen, die dem möglichen Organspender bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit nahestehend haben, im Zusammenhang mit der Zustimmung zur Organentnahme, sofern weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organspenders vorliegt. Ferner sind die Untersuchungsergebnisse im Rahmen der Feststellung des Todes, die Aufklärung bei Organentnahmen von lebenden Personen und die Organentnahme,

---

<sup>11</sup> Durch die Reform des Strahlenschutzrechts sind Arztpraxen und Krankenhäuser seit dem 01.01.2019 nicht mehr gesetzlich verpflichtet, Patienten Röntgenpässe anzubieten und darin Eintragungen vorzunehmen. Das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) weist aber auf seiner Homepage darauf hin, dass der Röntgenpass ein wichtiges Instrument ist, um unnötige Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden und Vergleichsmöglichkeiten mit vorherigen Aufnahmen zu schaffen. Daher empfiehlt das BfS Patienten, vor jeder neuen Röntgenuntersuchung den Röntgenpass vorzulegen und um Eintragung ihrer Röntgenaufnahmen zu bitten. Dazu kann der bestehende Röntgenpass weiter verwendet oder ein neues Formular auf der Homepage des BfS heruntergeladen werden. Auf Wunsch des Patienten sollten also weiterhin wie bisher die entsprechenden Eintragungen vorgenommen werden.

<sup>12</sup> Transfusionsgesetz (TFG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28.08.2007, BGBl. I, S. 2169, zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 06.05.2019, BGBl. I, S. 646

<sup>13</sup> Vgl. zu diesem Themenkomplex auch die Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), aufgestellt gemäß §§ 12a und 18 TFG, Gesamtnovelle 2017 vom 04.10.2017, BAnz AT 06.11.2017 B5, sowie das Votum (V34) des Arbeitskreises Blut des BMG „Verfahren zur Rückverfolgung (Look Back) gem. § 19 TFG“ vom 14.06.2006, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2006, 49: 940–957, zuletzt geändert am 07.11.2012 durch Votum 42 (V42), Bundesgesundheitsblatt 2013, 56: 476–478

<sup>14</sup> Transplantationsgesetz (TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 04.09.2007, BGBl. I, S. 2206, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22.03.2019, BGBl. I, S. 352

-vermittlung und -übertragung zu dokumentieren. Zu den hierbei zu beachtenden Aufbewahrungsfristen vgl. Teil D, Kap. II.4.

- Gemäß § 15 **Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)**<sup>15</sup> bestehen besondere Pflichten bei implantierbaren Medizinprodukten. Dazu zählen gemäß § 15 Abs. 2 MPBetreibV auch besondere Dokumentationspflichten. Danach hat der Betreiber einer Einrichtung, in der die in Anlage 3 der MPBetreibV genannten Medizinprodukte implantiert werden, die Dokumentation zu diesen Implantaten, mit der Patienten im Falle von korrektiven Maßnahmen eindeutig identifiziert und erreicht werden können, **seit dem 01.10.2015** so aufzubewahren, dass der betroffene Patientenkreis innerhalb von **drei Werktagen** über den Typ und die Chargen- oder Seriennummer des Implantates sowie über den Namen des Herstellers ermittelt werden kann. Bezüglich des genauen Umfangs der in § 15 Abs. 2 MPBetreibV geforderten Dokumentation kann eine Anleihe bei der vorherigen Regelung in § 16 Abs. 2 Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung (MPSV) genommen werden. Es handelt sich hierbei um den Namen, das Geburtsdatum und die Anschrift des Patienten, das Datum der Implantation, den Typ und die Chargen- oder Seriennummer des Implantats sowie den Verantwortlichen nach § 5 des Medizinproduktegesetzes.
- §§ 35 ff. der Berliner Verordnung über Errichtung und Betrieb von Krankenhäusern, Krankenhausaufnahme, Führung von Krankengeschichten und Pflegedokumentationen und Katastrophenschutz in Krankenhäusern (**Berliner Krankenhaus-Verordnung – KhsVO**) vom 30. August 2006 (GVBl. Nr. 32, S. 907).<sup>16</sup>

Soweit keine gesetzliche Regelung der Dokumentationspflicht festgelegt ist, muss die rechtliche Bewertung anhand der Rechtsprechung (vgl. Teil B, Kap. IV) erfolgen.

---

<sup>15</sup> Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 21.08.2002, BGBl. I, S. 3396, zuletzt geändert durch Artikel 9 der Verordnung vom 29.11.2018, BGBl. I, S. 2034

<sup>16</sup> Berliner Krankenhaus-Verordnung (KhsVO) vom 30.08.2006, GVBl. Nr. 32, S. 907, zuletzt geändert durch Artikel 1 der Ersten ÄndVO vom 27.03.2017, GVBl. S. 284; außerdem abgedruckt in Krankenhausrecht 2017/2018, Rechtsvorschriften der Länder, 7. Auflage 2017, DKVG mbH, Düsseldorf, und Kohlhammer Verlag, Stuttgart

