

## 1. DOKUMENTATION

Ärzte sind verpflichtet, die Behandlung ihrer Patienten ausreichend zu dokumentieren. Dies ergibt sich aus

- ▶ der Berufsordnung (§ 10 BO der ÄKWL)
- ▶ dem Bundesmantelvertrag-Ärzte (§ 57 BMV-Ä) und
- ▶ dem Patientenrechtegesetz (§ 630f Bürgerliches Gesetzbuch – BGB).

Danach hat der Arzt sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung aufzuzeichnen, insbesondere

- ▶ die Anamnese,
- ▶ die Diagnosen,
- ▶ die Befunde,
- ▶ die Behandlungsmaßnahmen einschließlich der Medikation,
- ▶ das Ergebnis der Behandlung,
- ▶ Therapien und ihre Wirkungen,
- ▶ Eingriffe und ihre Wirkungen,
- ▶ besondere Behandlungsmethoden,
- ▶ Einwilligungen und Aufklärungen,
- ▶ den Tag der Behandlung und
- ▶ die veranlassten Leistungen.

Ferner sind Arztbriefe (eigene und fremde) in die Patientenakte aufzunehmen.

### Dokumentation in elektronischer Form

Die ärztliche Dokumentation kann auch in elektronischer Form geführt werden (§ 630f Abs. 1 Satz 1 BGB). Dabei ist sicherzustellen, dass die Aufzeichnungen innerhalb der Aufbewahrungsfrist jederzeit wieder verfügbar gemacht werden können. Darüber hinaus bedürfen Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

### Nachträgliche Berichtigungen und Änderungen in der Patientenakte

Nach § 630f Abs. 1 Satz 2 BGB sind Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte grundsätzlich zulässig. Dies gilt aber nur dann, wenn der ursprüngliche Inhalt in der Akte erkennbar bleibt und das Datum hinzugefügt wird, an dem die Änderung vorgenommen worden ist. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen (§ 630f Abs. 1 Satz 3 BGB). In diesem Fall muss die eingesetzte Software gewährleisten, dass nachträgliche Änderungen erkennbar bleiben.

## 2. AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Ärztliche Unterlagen sind grundsätzlich für die Dauer von **zehn Jahren** nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften längere oder kürzere Aufbewahrungsfristen bestehen (vgl. § 10 Abs. 3 BO der ÄKWL, § 57 Abs. 2 BMV-Ä und § 630f Abs. 3 BGB).

Die wesentlichen (patientenbezogenen) Unterlagen und deren Aufbewahrungsfristen sind in der **Tabelle auf der Rückseite** wiedergegeben.

### Erforderliche fristüberschreitende Aufbewahrung

Die seit Mai 2018 geltende Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) enthält selbst keine speziellen Regelungen zu Aufbewahrungsfristen. Nach dem in der DSGVO verankerten Grundsatz der Datenminimierung sind personenbezogene Daten jedoch zu löschen, soweit ihre Aufbewahrung nicht mehr erforderlich ist. Dies dürfte regelhaft nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen der Fall sein. Bei anhängigen Widerspruchs- und Klageverfahren sollten die Unterlagen dennoch unabhängig von den vorgenannten Aufbewahrungsfristen bis zum Abschluss dieser aufbewahrt werden.

Das Gleiche gilt bei der Durchsetzung von Schadensersatz-, Versicherungs- und Rentenansprüchen des Patienten, soweit der Arzt davon Kenntnis hat. Ebenso kann auch der gesundheitliche Zustand des Patienten eine über die Fristen hinausgehende Aufbewahrung erforderlich machen.

Zivilrechtliche Schadensersatzansprüche des Patienten gegen seinen Arzt verjähren gemäß § 199 Abs. 2 BGB erst nach 30 Jahren. Daher kann es im Zweifelsfall sogar empfehlenswert sein, ärztliche Aufzeichnungen und Unterlagen für die Dauer von 30 Jahren aufzubewahren.

Denn nach § 630h Abs. 3 BGB wird vermutet, dass der Arzt eine Maßnahme nicht getroffen hat, wenn diese in der Patientenakte nicht aufgezeichnet oder die Patientenakte entgegen § 630f Abs. 3 BGB nicht aufbewahrt worden ist.

### Aufbewahrung von Krankenunterlagen bei Praxisaufgabe

Der Arzt muss nach § 10 Abs. 4 der Berufsordnung ärztliche Aufzeichnungen über seine Patienten und Untersuchungsbefunde auch nach Praxisaufgabe aufbewahren oder dafür Sorge tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Werden bei einer Praxisaufgabe oder -übergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben, müssen diese Aufzeichnungen dort unter Verschluss gehalten werden. Zur Übergabe an einen Praxisnachfolger oder zur Einsicht durch Dritte muss der Arzt die Zustimmung der Patienten einholen. Die Zustimmung der Patienten bedarf dabei grundsätzlich der Schriftform, und zwar unabhängig davon, ob die Patientenakte manuell oder elektronisch geführt wird.

### Aufbewahrung nach dem Tod des Arztes

Nach dem Tod des Arztes sind die Erben verpflichtet, Krankenunterlagen aufzubewahren. Die Erben sind an die Aufbewahrungspflichten und an die Schweigepflicht gebunden (§ 203 Abs. 4 S. 2 Nr. 3 StGB).



Unterlage	Frist	Rechtsgrundlage
Ärztliche Unterlagen, z. B.: - Arztbrief - EEG/EKG-Streifen - Krankenhausberichte Verordnungen (Krankenhausbehandlungen, Heilmittel etc.) - Notfall-/Vertretungsschein - Patientenakte, Untersuchungsbefunde und sonstige ärztliche Aufzeichnungen (z. B. Gutachten) - Laborbuch, Laborbefunde	10 Jahre	§ 10 Abs. 3 Berufsordnung, § 630f Abs. 3 BGB, § 57 Abs. 2 BMV-Ä
Abrechnungsunterlagen (Honorarbescheid)	bis zu 10 Jahre	z. B. aus Steuergründen (Höchstfrist nach § 147 Abs. 3 Abgabenordnung)
Abrechnungsdaten (EDV)	16 Quartale	Aus Beweisführungsgründen bei möglichen Regressverfahren
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	12 Monate	Erläuterung zur Vordruckvereinbarung
Betäubungsmittel (z. B. Rezeptdurchschrift)	3 Jahre	§ 8 Abs. 5 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung
DMP-Unterlagen (soweit diese personenbezogene Daten enthalten)	15 Jahre	§ 2 DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie
Dokumentation über Anwendung von Blutprodukten und genetisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen	30 Jahre	§ 14 Abs. 3 Transfusionsgesetz
D-Arzt-Verfahren (Behandlungsunterlagen und Röntgenbilder)	15 Jahre	Ziffer 5.6 der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren
Ergebnisse genetischer Untersuchungen und Analysen	10 Jahre	§ 12 Gendiagnostikgesetz
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Berichtsvordrucke, Dokumentation)	10 Jahre	Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (C.1.,2.) i. V. m. § 10 Abs. 3 Berufsordnung, § 630f Abs. 3 BGB, § 57 Abs. 2 BMV-Ä
Krebsfrüherkennungsuntersuchung (zytologische Befunde und Präparate, Berichtsvordrucke)	10 Jahre	§ 8 Abs. 6 Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, § 8 Abs. 3, 4 i. V. m. § 10 Abs. 3 Berufsordnung, § 630f Abs. 3 BGB, § 57 Abs. 2 BMV-Ä
Röntgen-/Strahlenbehandlung (Aufzeichnungen, Berechnungen)	30 Jahre	§ 28 Abs. 3 Röntgenverordnung (RöV) § 42 Abs. 1, § 85 Abs. 3 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV)
Überweisungsscheine	4 Quartale	Nach § 7 Abs. 2 der 1. Ergänzung der Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte (Anlage 4 zum BMV-Ä)
Röntgen-/Strahlendiagnostik (Röntgenaufnahmen, ärztliche Aufzeichnungen)	10 Jahre	§ 28 Abs. 3 RöV, § 85 Abs. 3 StrlSchV <b>Achtung: Aufbewahrung bei Kindern / Jugendlichen bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres (§ 28 Abs. 3 RöV)</b>