



Gesetzliche Grundlagen zur Dokumentationspflicht und zu Aufbewahrungsfristen in der Arztpraxis

Berufsordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Nach § 10 Abs. 1 bis 3 sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, 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 der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen grundsätzlich in die sie betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind in besonders begründeten Fällen diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen der Ärztin oder des Arztes enthalten. Auf Verlangen sind der Patientin oder dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

Die in der Berufsordnung geregelte Frist ist eine Mindestfrist.

Bürgerliches Gesetzbuch

Nach § 630f Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) hat der Arzt/ die Ärztin die Patientenakte für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Strahlenschutzgesetz

§ 85 des Strahlenschutzgesetzes (StrlSchG) regelt Aufzeichnungs-, Aufbewahrungs- und behördliche Mitteilungspflichten von Daten und Bilddokumenten bei der Anwendung am Menschen; Verordnungsermächtigung. Inhaltlich lautet er wie folgt:

- (1) Der Strahlenschutzverantwortliche hat dafür zu sorgen, dass über die Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe am Menschen unverzüglich Aufzeichnungen angefertigt werden. Die Aufzeichnungen müssen Folgendes enthalten:
 1. Angaben zur rechtfertigenden Indikation und den Zeitpunkt der Indikationsstellung,
 2. den Zeitpunkt und die Art der Anwendung,
 3. Angaben zur Exposition
 - a) der untersuchten oder behandelten Person oder zur Ermittlung dieser Exposition 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.



- (1a) Der Strahlenschutzverantwortliche hat dafür zu sorgen, dass eine Überschreitung diagnostischer Referenzwerte sowie die Gründe für diese Überschreitung aufgezeichnet werden.
- (2) Der Strahlenschutzverantwortliche hat dafür zu sorgen, dass die Aufzeichnungen sowie Röntgenbilder, digitale Bilddaten und sonstige Untersuchungsdaten aufbewahrt werden, und zwar
1. im Falle von Behandlungen für eine Dauer von 30 Jahren,
 2. im Falle von Untersuchungen
 - a) einer volljährigen Person für eine Dauer von zehn Jahren,
 - b) bei einer minderjährigen Person bis zur Vollendung ihres 28. Lebensjahres.

Die zuständige Behörde kann verlangen, dass im Falle der Praxisaufgabe oder sonstigen Einstellung des Betriebes die Aufzeichnungen sowie die Röntgenbilder, die digitalen Bilddaten und die sonstigen Untersuchungsdaten unverzüglich bei einer von ihr bestimmten Stelle zu hinterlegen sind; dabei ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Wahrung des Patientengeheimnisses durch die bestimmte Stelle gewährleistet ist.

- (3) Der Strahlenschutzverantwortliche hat
1. der zuständigen Behörde auf Verlangen die Aufzeichnungen vorzulegen; dies gilt nicht für medizinische Befunde,
 2. der ärztlichen oder zahnärztlichen Stelle auf Verlangen die Aufzeichnungen sowie die Röntgenbilder, die digitalen Bilddaten und die sonstigen Untersuchungsdaten zur Erfüllung ihrer nach der Rechtsverordnung nach § 86 Satz 2 Nummer 9 festgelegten Aufgaben vorzulegen,
 3. einem weiter untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt Auskünfte über die Aufzeichnungen zu erteilen und ihm die Aufzeichnungen sowie die Röntgenbilder, die digitalen Bilddaten und die sonstigen Untersuchungsdaten vorübergehend zu überlassen.

Bei der Weitergabe oder Übermittlung sind geeignete Maßnahmen zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht zu treffen. Der untersuchten oder behandelten Person ist auf deren Wunsch eine Abschrift der Aufzeichnungen zu überlassen.

- (4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen,
1. dass einer Person, die unter Anwendung von ionisierender Strahlung oder radioaktiven Stoffen untersucht wurde, Informationen über die durchgeführte Untersuchung anzubieten sind, welchen Inhalt diese Informationen haben müssen und in welcher Form diese Informationen zur Verfügung zu stellen sind,
 2. welche Anforderungen an die Aufbewahrung von Aufzeichnungen, Röntgenbildern, digitalen Bilddaten und sonstigen Untersuchungsdaten zu stellen sind, insbesondere zur Sicherung ihrer Verfügbarkeit und Verhinderung von Datenverlusten,
 3. welche Anforderungen an die Weitergabe und Übermittlung von Aufzeichnungen, Röntgenbildern, digitalen Bilddaten und sonstigen Untersuchungsdaten zu stellen sind.

Die Rechtsverordnung kann auch diejenigen Vorschriften der Rechtsverordnung festlegen, für deren Einhaltung der Strahlenschutzverantwortliche zu sorgen hat.



Bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge für beruflich strahlenexponierte Personen regelt §§ 79 und 167 StrlSchG, dass die hierzu ermächtigten Ärztinnen/Ärzte verpflichtet sind, für jede ärztlich zu überwachende beruflich strahlenexponierte Person eine Gesundheitsakte zu führen.

Sie ist so lange aufzubewahren bis die Person das 75. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte, mindestens jedoch 30 Jahre nach Beendigung der Wahrnehmung von Aufgaben als beruflich strahlenexponierte Person.

Sie ist spätestens 100 Jahre nach der Geburt der überwachten Person zu vernichten.

Strahlenschutzverordnung

§§ 109, 127, 140 Strahlenschutzverordnung (StrSchV) in Verbindung mit § 85 StrlSchG regeln die Aufzeichnungen über die Befragung, die Untersuchung und die Behandlung von Patienten.

Die Aufzeichnungen über die Untersuchung und über die Behandlung müssen 30 Jahre lang nach der letzten Untersuchung oder Behandlung aufbewahrt werden.

Die zuständige Behörde kann verlangen, dass im Falle der Praxisaufgabe oder sonstiger Einstellung der Tätigkeit die Aufzeichnungen bei einer von ihr bestimmten Stelle zu hinterlegen sind; dabei ist die ärztliche Schweigepflicht zu wahren.

Arzthaftungsrechtlicher Aspekt

Wenn es während der Behandlung zu einem schadensführenden Ereignis kommt, für das der Arzt/ die Ärztin haftbar gemacht werden könnte, empfiehlt es sich, die Patientenunterlagen für einen erheblich längeren Zeitraum aufzubewahren.

In diesem Fall sollten die Unterlagen bis zum Ende der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von 30 Jahren (§ 199 Abs. 2 BGB) aufbewahrt werden.

Dies gilt insbesondere im Bereich der Geburtshilfe und der kinderärztlichen Behandlung.

In Haftpflichtprozessen führen Dokumentationsversäumnisse z.B. zu Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten. Im schlimmsten Fall kann der Arzt die Vorwürfe der Gegenpartei wegen bereits vernichteter Unterlagen nicht widerlegen und kann somit zu Unrecht verurteilt werden.

Transfusionsgesetz

Nach § 11 Abs. 1 Transfusionsgesetz (TFG) ist jede Spendeentnahme und die damit verbundenen Maßnahmen sind unbeschadet ärztlicher Dokumentationspflichten für die in diesem Gesetz geregelten Zwecke, für Zwecke der ärztlichen Behandlung der spendenden Person und für Zwecke der Risikoerfassung nach dem Arzneimittelgesetz zu protokollieren. Die Aufzeichnungen sind mindestens 15 Jahre, im Falle der §§ 8 und 9 TFG mindestens 20 Jahre und die Angaben, die für die Rückverfolgung benötigt werden, mindestens 30 Jahre lang aufzubewahren und zu vernichten oder zu löschen, wenn die Aufbewahrung nicht mehr erforderlich ist. Sie müssen so geordnet sein, dass ein unverzüglicher Zugriff möglich ist. Werden die Aufzeichnungen länger als 30 Jahre nach der letzten bei der Spendeinrichtung dokumentierten Spende desselben Spenders aufbewahrt, sind sie zu anonymisieren. Nach § 14 Abs. 3 TFG vom 28. August 2007 müssen Aufzeichnungen über die Anwendung von Blutprodukten sowie gentechnisch hergestellter Plasmaproteine mindestens 15 Jahre aufbewahrt werden.



Angewendete Blutprodukte und Plasmaproteine sind mit den folgenden Angaben zu dokumentieren:

- Patientenidentifikationsnummer oder entsprechende eindeutige Angaben zu der zu behandelnden Person, wie
 - Name,
 - Vorname,
 - Geburtsdatum,
 - Adresse.
- Chargenbezeichnung,
- Pharmazentralnummer

oder

1. Bezeichnung des Präparates,
 2. Name oder Firma des pharmazeutischen Unternehmers,
 3. Menge und Stärke,
- Datum und Uhrzeit der Anwendung.

Diese Daten müssen mindestens 30 Jahre aufbewahrt werden.

Aufzeichnungen die länger als 30 Jahre aufbewahrt werden, sind zu anonymisieren.

Richtlinien für die Bestellung von Durchgangärzten

Durchgangsarzte sind verpflichtet,

- alle Unterlagen über das Durchgangsarztverfahren einschließlich der Röntgenbilder mindestens 15 Jahre,
- ärztliche Unterlagen über Schwer-Unfallverletzte beim berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren mindestens 15 Jahre

aufzubewahren.

Betäubungsmittelverschreibungsverordnung

Nach § 13 Abs. 3 der Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (BtMVV) sind Karteikarten, Betäubungsmittelbücher und EDV-Ausdrucke zur Verordnung von Betäubungsmitteln 3 Jahre von der letzten Eintragung an gerechnet, aufzubewahren.