

### Aufbewahrung und Löschung der Behandlungsdokumentation

Eine sorgfältige und gute Dokumentation ist im psychotherapeutischen Alltag von großer Bedeutung – doch wie ist sie aufzubewahren und wann darf sie gelöscht werden?

#### **Aufbewahrung gem. § 630 f BGB/§ 9 BO LPK RLP:**

„(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in **Papierform oder elektronisch** zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) 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, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“

(3) Die Dokumentationen nach Absatz 1 sind **zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung oder Beratung** aufzubewahren, soweit sich nicht aus gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsdauer ergibt.

#### **Art und Umfang der Aufbewahrung:**

Grundsätzlich obliegt es Ihnen, in welcher Form Sie die Behandlungsdokumentation führen und aufbewahren. In Betracht kommt sowohl die Aufbewahrung in Papierform, als auch in elektronischer Form. Bitte beachten Sie, dass die elektronische Aufbewahrung nicht mit der elektronischen Patientenakte (ePA) gleichzusetzen ist.

Wichtig ist, dass Sie jegliche Dokumentation unter Wahrung des Grundsatzes der Datensicherheit sowie Ihrer psychotherapeutischen Schweigepflicht aufbewahren – somit geschützt vor jeglichem Zugriff Unbefugter. Besondere Sorgfalt erfordert hierbei die elektronisch geführte Dokumentation.

Sofern Sie Ihre Behandlungsdokumentation in **Papierform** führen, gilt es diese so aufzubewahren, dass sie sicher verwahrt ist, sobald Sie als Behandler\*in den betreffenden Raum verlassen (z.B. verschlossener Aktenschrank). Sind Sie in einer Gemeinschaftspraxis tätig, in der der Behandlungsvertrag mit allen Therapeut\*innen geschlossen wird, dürfen alle dort praktizierenden Therapeut\*innen auf die Akten zugreifen, ansonsten jedoch niemand.

Sie können die Behandlungsdokumentation auch außerhalb der Praxis aufbewahren, wenn der Ort für die Lagerung datenschutzrechtlich und von den tatsächlichen Begebenheiten her für die Lagerung von vertraulichen Dokumenten geeignet ist.

In beiden Varianten gilt es sicherzustellen, dass Unbefugte keinen Zugriff auf die Akten haben und dass die Patientenakte vor beschädigenden oder zerstörenden Einflüssen geschützt gelagert wird.

Sollten Sie die Dokumentation in **elektronischer Form** führen, so muss der Computer auf welchem sich die Daten befinden, mindestens passwortgeschützt und mit einer automatischen Bildschirmsperre (kurze Zeitspanne), versehen sein. Ebenso sollten Sie immer bedenken, dass Sie nur dann auf die Dokumentation zugreifen, wenn niemand Unbefugtes diese einsehen kann. So darf die Dokumentation beispielsweise nicht in der Bahn, im Café oder anderen Orten geöffnet werden.

Beachten Sie zudem bei elektronischer Führung, dass einzelne Teile der Dokumentation, z.B. Patientenvereinbarungen und Schweigepflichtentbindungen, die von Patient\*innen zu unterschreiben sind, eine geringere Beweiskraft in etwaigen Rechtsverfahren haben können, wenn diese digital eingelese und die Originale vernichtet wurden. Insofern raten wir Ihnen derartige Unterlagen im Original aufzubewahren.

Unabhängig davon, wie Sie Ihre Dokumentation führen, müssen Sie stets bedenken, dass den Patient\*innen und unter Umständen auch deren Angehörigen oder Erben, ein Akteneinsichtsrecht zusteht, welches sich auf alle Unterlagen erstreckt, die zur Patientenakte gehören. Dazu zählen beispielsweise die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen und deren Ergebnisse, Befunde, Einwilligungen, Aufklärungen, Berichte an den Gutachter, Notizen über Gespräche mit Dritten oder Bezugspersonen und die Abrechnungsunterlagen. Diese Unterlagen müssen also so aufbewahrt werden, dass die Möglichkeit zur Einsichtnahme auch nach Beendigung der Therapie gegeben ist.

Weitere Informationen zum Akteneinsichtsrecht der Patient\*innen finden Sie in unserem Praxis-Tipp Nr. 14:

<https://www.lpk-rlp.de/detail/praxis-tipp-nr-14-akteneinsichtsrecht-und-verweigerungsgruende.html>

### **Aufbewahrungsfrist und Vernichtung:**

Die standardmäßige Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren beginnt mit dem letzten Patientenkontakt und bezieht sich sodann auf die Dokumentation des gesamten Behandlungsverhältnisses.

Nach 10 Jahren ist die Dokumentation daher grundsätzlich zu vernichten bzw. zu löschen.

Die Vernichtung bzw. Löschung bezieht sich hierbei auf die gesamte Dokumentation.

Das grundsätzliche Recht der Patient\*innen auf Löschung der Daten besteht gemäß § 35 Abs. 3 BDSG n.F. vs. BO – Art. 17 Abs. 3 DS-GVO nicht während der 10-Jahres-Frist, da die berufsrechtliche Aufbewahrungsfrist hier entgegensteht. Nach 10 Jahren haben Patient\*innen das Recht auf Löschung.

Die 10-Jahres-Frist darf gemäß § 9 Abs. 3 der Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz nur dann überschritten werden, wenn entweder gesetzliche Vorgaben dies erfordern oder begründete Ausnahmen bestehen. Handelt es sich um eine begründete Ausnahme, so sind die Gründe darzulegen.

Ein Beispiel für eine begründete Ausnahme ist z.B. eine anhängige oder konkret drohende Rechtsstreitigkeit. Bitte beachten Sie jedoch, dass eine rein vorsorgliche Aufbewahrung sowohl berufsrechtlich als auch datenschutzrechtlich nicht vorgesehen ist.

Zusammenfassend ist die Dokumentation daher 10 Jahre nach Behandlungsende zu vernichten bzw. zu löschen, es sei denn, es besteht eine von Ihnen individuell begründbare Ausnahme.

Bitte beachten Sie stets sowohl die Vorgaben des Datenschutzes, als auch Ihre Schweigepflicht!

Die Möglichkeit der Kenntnisnahme von Unbefugten muss auch bei der Vernichtung bzw. Löschung ausgeschlossen werden. So gilt insbesondere bei der Beauftragung von Fremdunternehmen die besondere Beachtung des Datenschutzes. Wir verweisen für Einzelheiten diesbezüglich auf die Ausführungen der Homepage „Mit Sicherheit gut behandelt“, die die LPK RLP gemeinsam mit dem Landesamt für Informationssicherheit und Datenschutz, der Kassenärztlichen Vereinigung RLP sowie der Landesärztekammer RLP betreibt:

<https://www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de/praxisorganisation/einsatz-dienstleister>

Die Vernichtung der Akten muss stets unter vorheriger Zerkleinerung durch einen Aktenvernichter erfolgen. Für diese Art der Vernichtung gelten DIN-Vorschriften, die einzuhalten sind und die Sie beachten sollten, auch wenn Sie ein Unternehmen zu diesem Zweck beauftragen. Gleiches gilt für die Löschung elektronischer Dokumentation. In Rheinland-Pfalz gilt insofern die DIN 66399. Weitere Informationen, welche Standards bei welchem Speichermedium eingehalten werden müssen, etc. finden Sie in folgendem Arbeitspapier des Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz:

[3.3.3.006/003/012 \(rlp.de\)](https://www.datenschutz.rlp.de/files/2019/03/3.3.3.006/003/012_rlp.de)

Auch für die ordnungsgemäße Löschung der elektronischen Dokumentation bestehen DIN-Vorschriften, die zu beachten sind. Weitere Informationen finden Sie hier:

[https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/08/20180727\\_bptk\\_praxisinfo\\_datenschutz-web.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/08/20180727_bptk_praxisinfo_datenschutz-web.pdf)