

Aufbewahrungsvorschriften für ärztliche Aufzeichnungen und Patientenunterlagen

Die Aufbewahrung der Patientenunterlagen soll nach den berufsrechtlichen Vorschriften "in gehöriger Obhut" erfolgen. Die Akten dürfen nicht in unverschlossenen Räumen gelagert werden, die für die Patienten und andere unbefugte Personen ohne Aufsicht durch das Praxispersonal zugänglich sind.

Während der Sprechstunden sind sie auch im Sprech- und Behandlungszimmer so zu legen, dass Unbefugte (z. B. Patienten, Pharmavertreter, Servicetechniker, usw.) sie nicht einsehen können bzw. zu verschließen.

Nach Praxisschluss sind die Patientenakten sicher zu verwahren.

Nach den geltenden Vorschriften sind ärztliche Aufzeichnungen **mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung** aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht (z.B. Strahlentherapie, berufsgenossenschaftliche Behandlung). Eine längere Aufbewahrung ist auch dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Erfahrung geboten ist.

Es ist jedoch auch zu beachten, dass Daten dann zu löschen bzw. zu sperren sind, wenn die Aufbewahrungsfrist geendet hat und kein sachlicher Grund für die weitere Vorhaltung der Daten vorliegt.

Die Dokumentation auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien ist dann zulässig, wenn besondere Sicherungs- und Schutzmaßnahmen getroffen werden, um deren Veränderungen, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern (§ 10 Abs. 5 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns bzw. § 10 Absatz 1 der Berufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Bayerns). Zu Beweis Zwecken sollten die Originalunterlagen (z. B. Arztbriefe) aufbewahrt werden.

Nachfolgend die wichtigsten Aufbewahrungsvorschriften:

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Teil 1d)	1 Jahr
Betäubungsmittelrezepte (Durchschriften)	3 Jahre
Betäubungsmittelkartei	3 Jahre
Befunddokumentationsblätter: - Gesundheitsuntersuchung (Erwachsene) - Früherkennung auf Krebserkrankungen Frauen/Männer	10 Jahre
Laborqualitätssicherung (Kontrollkarten, Ringversuchszertifikate)	5 Jahre

Patientenkartei (nach der letzten Behandlung), z. B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ärztliche Aufzeichnungen einschließlich Untersuchungsbe- funde, Laborbuch ▪ Befundmitteilungen z. B. über <ul style="list-style-type: none"> ○ EEG ○ EKG (auch Langzeit-EKG) ○ Röntgendiagnostik ○ Sonographische Untersuchungen (Fotos) ▪ Durchschriften von Arztbriefen (eigene und fremde) 	10 Jahre
Röntgenbilder	10 Jahre
Röntgenbilder von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	Bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person
Untersuchungsbogen über Jugendarbeitsschutzuntersuchungen	10 Jahre
Aufzeichnungen bei Kinder-Früherkennungsuntersuchung	10 Jahre
Zytologische Befunde und Präparate	10 Jahre
Aufzeichnungen einschließlich EDV - erfasste Daten bei Anwendung von Blutprodukten und von genetisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen aber: Angaben nach § 14 Abs. 2 TFG (u.a. Patientenidentifikationsnummer, Chargenbezeichnung, Pharmazentralnummer, Datum und Uhrzeit der Anwendung)	15 Jahre 30 Jahre
Aufzeichnungen über ein Durchgangsarztverfahren einschließlich Röntgenbilder	15 Jahre
Berufsgenossenschaftliche Verletzungsartenverfahren	20 Jahre
Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen sowie über Behandlungen mit radioaktiven Stoffen und ionisierenden Strahlen	30 Jahre
Sicherungskopien der Quartalsabrechnung	16 Quartale
Überweisungs- und Anforderungsscheine (EDV abrechnende Ärzte, auch im Ersatzverfahren) * Aus Gründen der Beweisführung in Regressverfahren sollten diese 5 Jahre aufbewahrt werden.	empfohlen 5 Jahre
Muster 19: Notfall-/Vertretungsschein (Teil B und C)	10 Jahre