Newsletter Juli 2015
„Alles zu seiner Zeit !“

Thema : Datenschutzkonforme Entsorgung von Patientenunterlagen

Quelle: Ärztekammer Sachsen-Anhalt; Berufsordnung der Ärztekammer , Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Grundsatz: Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren aufzubewahren

Zunächst scheint alles ganz einfach. Musterberufsordnung (MBO) und Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bestimmen, dass ärztliche Aufzeichnungen für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren sind, soweit nicht eine gesetzlich geregelte längere Aufbewahrungspflicht besteht.

Vorschriften	Frist in Jahren
§ 28 (3) Röntgenverordnung (RöV)	30
§ 85 (3) Strahlenschutzverordnung (StrlschVO)	30
Berufsgenossenschaftliche Verletzungsartenverfahren (u. a. gemäß den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung an der besonderen stationären Behandlung von Schwer-Unfallverletzten Kindern (Verletzungsartenverfahren-VAV)	15
Durchgangsarztverfahren nach Unfällen (Richtlinie für die Bestellung von Durchgangsärzten)	15
H-Ärzte-Verfahren (gem. den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am H-Arzt-Verfahren)	15
§§ 11 (1), 14 (3) Transfusionsgesetz (TFG)	15, 20 bzw. 30

Quelle: Ärztekammer Sachsen-Anhalt; Berufsordnung der Ärztekammer , Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Wann kann was weg?

Darüber hinaus existieren zivilrechtliche Verjährungsfristen, die eine längere Aufbewahrung von Patientenunterlagen ratsam erscheinen lassen. Zwar verjähren die Ansprüche eines Patienten gegen seinen Arzt nach § 195 BGB grundsätzlich nach drei Jahren. Diese Frist beginnt aber erst mit dem Ende des Jahres zu laufen, in dem der Anspruch entstanden ist und der Patient von den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen. Und das kann bis zu 30 Jahre nach Abschluss der Behandlung sein – erst dann tritt die sogenannte absolute Verjährung ein.
Ratschlag von Rechtsanwalt Joachim H. Griesang: „Wer also als Arzt in seiner Praxis sichergehen will, darf und sollte beweisrelevante Behandlungsunterlagen daher so lange aufbewahren".
Ist die Aufbewahrungsfrist abgelaufen, eine Dokumentationspflicht von vornherein nicht gegeben und die Aufbewahrung auch aus den oben genannten Gründen nicht mehr erforderlich, so ist der Arzt zur Vernichtung der Unterlagen **verpflichtet !!**

Aufbewahrungsfristen

In der nachstehenden Tabelle sind die verschiedenen Aufbewahrungsfristen nach Art der Unterlagen aufgelistet:

Art der Unterlagen	Frist in Jahren
Abrechnung mit der KV mittels EDV (Sicherungskopie der Quartals-Abrechnung)	2
Arztbriefe (eigene und fremde)	10
Ärztliche Aufzeichnungen und Untersuchungs-befunde z. B.: Gutachten/ Unfallunterlagen, Labor-befunde, Sonographische Untersuchungen	10

Art der Unterlagen	Frist in Jahren
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Durchschrift des gelben Dreifachsatzes)	1
Berufsgenossenschaftliches Verletzungsarten-verfahren (Unterlagen)	15
Berufsunfähigkeitsgutachten	10
Betäubungsmittel (BTM-Rezeptdurchschriften, -Karteikarten, BTM-Bücher)	3

Art der Unterlagen	Frist in Jahren
Blutprodukte	15
D-Arzt-Verfahren (Behandlungsunterlagen einschl. Röntgenbilder)	15
EEG- und EKG-Streifen	10
Einweisungen (Durchschrift)	10
Geschlechtskrankheiten (Aufzeichnungen über die Behandlung)	10
Gesundheitsuntersuchungen (Durchschrift der Dokumentation)	5
Gutachten über Patienten	10
Gutachterliche Stellungnahme (Gutachter)	2
Heilmittelverordnungen	10
H-Arzt-Verfahren (Behandlungsunterlagen einschließlich R-Bilder)	15
Jugendarbeitsschutzbogen	10
Kinder-Krankheitsfrüherkennung U 1 – U 10 (Aufzeichnung in Kartei)	10
Krankenhausberichte	10
Labor-Befunde	10
Labor-externe Qualitätssicherung (Zertifikate)	5
Labor-interne Qualitätssicherung (Kontrollkarten)	5

Art der Unterlagen	Frist in Jahren
Langzeit-EKG-Auswertungen (keine Tapes)	10
Notfall- und Vertretungsscheine (Durchschrift Muster 19)	10
Patienten-Unterlagen	10
Röntgen (Konstanzprüfungen)	2
Röntgenaufnahmen (Ausnahme: D-Arzt!, H-Arzt) Röntgenaufnahmen von Personen bis zum 18. Lebensjahr müssen bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt werden.	10
Röntgenbehandlung (Aufzeichnungen)	30
Strahlenbehandlung (Aufzeichnungen, Berechnungen)	30
Aufzeichnung über Spenderentnahmen und die Anwendung von Blutprodukten (§ 11 Abs. 1 Satz 2 1. Variante, § 14 Abs. 3 TFG)	15
Dokumentation über Spenderimmunisierung und Separation von Blutstammzellen u. anderen Blutbestandteilen (§ 11 Abs. 1 Satz 2, 2. Variante TFG)	20
Angaben, die für die Rückverfolgung benötigt werden (§ 11 Abs. 1 Satz 2, 3. Variante TFG) und Angaben gemäß § 14 Abs. 2 TFG	30
Überweisungsscheine (nur EDV-abrechnende Ärzte)	1
Untersuchung mittels radioaktiver oder ionisierender Stoffe	10
Zytologische Präparate/Befunde	10

Quelle: Ärztekammer Sachsen-Anhalt; Berufsordnung der Ärztekammer , Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Umfang der Entsorgung

Die Verpflichtung, diese Unterlagen datenschutzgerecht zu entsorgen, entspringt der ärztlichen Schweigepflicht: Sensible Medizindaten dürfen unbefugten Personen nicht zugänglich gemacht werden.
Das bezieht sich zunächst auf die klassische Patientendokumentation in elektronischer oder Papierform.
Was aber oft übersehen wird:
Die Pflicht zur richtigen Entsorgung umfasst auch alle anderen Aufzeichnungen, die sich auf einen bestimmten Patienten beziehen, also etwa Telefonnotizen, Briefumschläge, Terminkalender und Patientenlisten. Denn bereits die Tatsache, dass ein bestimmter Patient bei einem Arzt in Behandlung ist, fällt unter dessen Schweigepflicht.
Im Praxisalltag muss deshalb auch darauf geachtet werden, dass keine personenbezogenen Patientendaten im normalen Papiermüll landen. Ein typisches Beispiel sind beim Drucken oder Kopieren entstandene Fehlexemplare, die oft gedankenlos ins Altpapier geworfen werden, obwohl sie ebenfalls Patientendaten enthalten.
Auch in medizinischen Labors anfallende, mit Patientennamen gekennzeichnete Proben müssen datenschutzkonform entsorgt werden.

Wie entsorgen?

Grundsätzlich ist von einer datenschutzgerechten Entsorgung dann auszugehen, wenn die ursprünglichen Daten nicht mehr lesbar sind und eine Wiederherstellung nur mit sehr großem Aufwand möglich wäre.

Daten müssen nach der geltenden DIN 66399 vernichtet werden !

Seit Anfang 2013 sind in einer neuen Norm, der DIN 66399, Schutzklassen und Sicherheitsstufen für die Vernichtung von Datenträgern (zu denen auch Papier gehört) präzisiert.
(siehe Anhang)

Ordnungsgemäße Vernichtung von Patientenakten

An die Datenvernichtung werden hohe Ansprüche gestellt. Zuwiderhandlungen berühren neben dem Bundesdatenschutzgesetz auch den Paragraphen 203 Strafgesetzbuch (Verschwiegenheitspflicht) und können einen Straftatbestand darstellen.
Nach Ablauf der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen sind die Patientendaten ordnungsgemäß zu vernichten.

Die neue Norm entstand unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz sowie des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik
Sie beschreibt drei Schutzklassen mit insgesamt sieben Sicherheitsstufen, in der alten Norm DIN 32757 waren es nur fünf.
Für jede Sicherheitsstufe sind die technischen Anforderungen zum Beispiel für Aktenvernichter genau präzisiert.(siehe Anhang)

Grundsatz einer ordnungsgemäßen Vernichtung

Mit der Akten- und Datenvernichtung darf der Arzt Praxismitarbeiter betrauen. Die Vernichtung direkt vor Ort kann die Sicherheit verbessern, da die Daten die Praxis gar nicht erst verlassen.
Eine ordnungsgemäße Vernichtung ist sichergestellt durch eine Zerkleinerung in einem eigenen Schredder (auf Angabe der Sicherheitsstufe achten!)
Für medizinische Dokumentationen sollte die *Stufe 4* (besonders sensible und vertrauliche Daten, Reproduktion nur mit außergewöhnlichem Aufwand) erfüllt sein.
Für einen Aktenvernichter bedeutet das: Die verbleibende Materialteilchenfläche darf nicht größer als 160 mm^2 sein, was bei einer Partikelgröße von 4 x 40 mm erfüllt ist.
Digitale Daten müssen vollständig und unumkehrbar gelöscht werden.
Das bedeutet Schreddern oder thermische Vernichtung optischer Datenträger, Festplatten können durch Überschreiben mit spezialisierten Programmen wie Eraser oder Disk Wipe gelöscht werden. Dabei müssen auch versteckte und geschützte Bereiche des Datenträgers erfasst werden – etwa Temporär- und Backupdateien, Cache-Inhalte oder Auslagerungsdateien. Die Befehle „löschen" oder „formatieren" genügen dazu keinesfalls.

Quelle: (www.bsi-fuer-buerger.de).

Ordnungsgemäße Delegation der Aktenvernichtung

Eine weitere Möglichkeit der ordnungsgemäßen Vernichtung besteht durch ein Aktenvernichtungsunternehmen.
Datenschutzrechtlich handelt es sich um Datenverarbeitung im Auftrag, d.h. hier sind die Anforderungen nach Paragraph 11 Bundesdatenschutzgesetz zu beachten.

Wichtig : Der Arzt/Praxisbetreiber bleibt die verantwortliche Stelle
Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht: Patientenunterlagen in einem – i. d. R. von dem Entsorgungsunternehmen – bereitgestellten, abgeschlossenen Behältnis zur Vernichtung freigeben.
Kenntnisnahme von Patientendaten ist auch im Rahmen des originären Vernichtungsvorgangs durch das Unternehmenspersonal durch entsprechende Maßnahmen auszuschließen (Beschreibung z.B. im QM-Systemhandbuch)
Wer sich den Arbeitsaufwand und die Anschaffung eines entsprechenden Aktenvernichters ersparen will, kann auch einen externen Dienstleister beauftragen.
Um ein Delegationsverschulden auszuschließen rät Rechtsanwalt Joachim Griesang :"Der Dienstleister muss neben normgerechter Vernichtung der Akten und anderen Datenträger auch **vertraglich sicherstellen**, dass dessen Mitarbeiter keine Einsicht in die Krankenakten erhalten".

Die neue Datenträgervernichter DIN 66399

Die neue DIN 66399 ersetzt die in die Jahre gekommene DIN 32757 und legt genaue Anforderungen an die ordnungsgemäße Datenvernichtung fest, damit unsere Daten nicht eines Tages als Konfetti auf der Straße für jedermann sichtbar liegen....so geschehen auf der Thanksgiving-Parade in New York, da regneten „geschräderte" Dokumente des NYPD als Konfetti auf die Straßen herab. Dabei waren Textpassagen aus den Polizeiakten komplett zu lesen.

Die Norm unterscheidet:

A. Die drei Schutzklassen

- Schutzklasse 1:
  Normaler Schutzbedarf für **interne Daten**

- Schutzklasse 2:
  Hoher Schutzbedarf für **vertrauliche Daten**

- Schutzklasse 3:
  Sehr hoher Schutzbedarf für **besonders vertrauliche und geheime Daten**

B. Die Datenträger in 6 Gruppen

- Informationen in Originalgröße (z.B. Papier, Röntgenfilm)
- Optische Datenträger (DVD, Blu-ray)
- Magnetische Datenträger (ID-Karten mit Magnetstreifen)
- Elektronische Datenträger (USB-Sticks, Flash-Speicher)
- Informationen in verkleinerter Form (Film, Folie, Negative)
- Festplatten mit magnetischem Datenträger

C. Die 7 Sicherheitsstufen

- Sicherheitsstufe 1:
  Allgemeines Schriftgut, das unlesbar oder entwertet werden soll
- Sicherheitsstufe 2:
  Interne Unterlagen, die unlesbar gemacht oder entwertet werden sollen
- Sicherheitsstufe 3:
  Sensible und **vertrauliche Date**n sowie personenbezogene Daten, die einem erhöhten Schutzbedarf unterliegen.
- **Sicherheitsstufe 4:für Ärztliche Dokumente relevant**
  Besonders sensible und **vertrauliche Daten** sowie personenbezogenen Daten, die einem erhöhten Schutzbedarf unterliegen.
- Sicherheitsstufe 5:
  Geheim zu haltende Informationen mit **existenzieller Wichtigkeit** für eine Person, ein Unternehmen oder eine Einrichtung.
- Sicherheitsstufe 6:
  Geheim zu haltende Unterlagen, **wenn außergewöhnliche Sicherheitsvorkehrungen** einzuhalten sind.
- Sicherheitsstufe 7:
  Strengst geheim zu haltende Daten, bei denen **höchste Sicherheitsvorkehrungen** einzuhalten sind.

Ihr Ansprechpartner unterstützt Sie gerne aktiv in allen Fragen zum Thema :
Geschäftsführung Best Performance:

Rechtsanwalt
Joachim H. Griesang
Email: sekretariat@alchimedus.com
Telefon: 0911 956663-0
AQM3 GmbH