

Die Aufbewahrung von Unterlagen

Beginn der zu beachtenden Aufbewahrungsfrist

Die ärztliche Berufsordnung und verschiedene gesetzliche Vorschriften schreiben Aufbewahrungsfristen für Unterlagen der Arztpraxis vor.

Auch wenn die Aufbewahrungsfristen unterschiedlich sind, beginnen sie doch alle mit demselben Ereignis, nämlich dem Ende des Behandlungsverhältnisses.

Wann ein Behandlungsverhältnis tatsächlich endet, ist mitunter nicht immer leicht festzustellen.

Insbesondere im hausärztlichen Bereich ist dies oft schwer zu beurteilen, da die Patienten auch nach längerer Pause zu Ihnen zurückkommen. Eindeutig endet das Behandlungsverhältnis somit erst mit dem Tod des Patienten bzw., wenn er Ihnen ausdrücklich mitteilt, dass er den Hausarzt wechselt. Sie sollten aus Beweisgründen auf eine schriftliche Erklärung des Patienten bestehen.

Auch kann in der Internen Datenschutzrichtlinie ein Konzept erstellt werden, durch das festgelegt wird, wann eine Aufbewahrungsfrist beginnt, bspw. wenn er Patient seit 5 Jahren nicht mehr in der Praxis war oder wenn bekannt ist, dass der Patient den Hausarzt gewechselt hat.

Im fachärztlichen Bereich stellt sich die Festlegung des Endes des Behandlungsverhältnisses deutlich schwerer dar.

Im kinderärztlichen Bereich beginnt die Aufbewahrungsfrist im Zweifel mit dem 18. Geburtstag des Kindes oder auch, wenn die Eltern oder das einwilligungsfähige Kind Ihnen ausdrücklich, wenn möglich schriftlich, anzeigen, dass zu einem anderen Kinderarzt gewechselt werden soll.

Minderjährige Kinder gelten mit Vollendung des 15. Lebensjahres als einsichtsfähig (§ 36 Sozialgesetzbuch Erstes Buch). Das schließt allerdings nicht aus, dass auch 14 jährige Minderjährige die gebotene Einsichtsfähigkeit haben können. Diese ist durch den Arzt einzelfallspezifisch und selbständig festzustellen.

Die einzelnen Aufbewahrungsfristen:

	Art der Unterlagen	Frist in Jahren
A	Abrechnung eines Labors	6
	Abrechnung mit der KV mittels EDV (Sicherungskopie der Quartals-Abrechnung)	2
	Ambulantes Operieren – Aufzeichnungen und Dokumentationen	10
	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Durchschrift des gelben Dreifachsetzes)	1
	Arztakten; Ärztliche Behandlungsunterlagen	10
	Arztbriefe (eigene und fremde)	10
	Ärztliche Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde z.B.: Gutachten/Unfallunterlagen, Laborbefunde, Sonographische Untersuchungen	10
B	Befunde	10
	Behandlung mit radioaktiven Stoffen und ionisierenden Strahlen	30
	Berichte (Überweiser und Hausarzt)	10

	Berufsgenossenschaftliches Verletzungsartenverfahren (Unterlagen)	20
	Berufsunfähigkeitsgutachten	10
	Betäubungsmittel (BTM-Rezeptdurchschriften–Karteikarten, BTM-Bücher)	3
	Bilanzen und Bilanzunterlagen	10
	Blutprodukte	30
D	D-Arzt-Verfahren (Behandlungsunterlagen einschl. Röntgenbilder)	15
	DMP - Unterlagen	15
E	EEG- und EKG-Streifen	10
	Einheitswertbescheide	6
	Einweisungen (Durchschrift)	10
	Ersatzverfahren, Abrechnungsscheine	1
G	Geschlechtskrankheiten (Aufzeichnungen über die Behandlung)	10
	Gesundheitsuntersuchungen (Durchschrift der Dokumentation)	5
	Gewinn – und Verlustrechnung	10
	Gutachten über Patienten	10
	Gutachterliche Stellungnahme	2
H	Heilmittelverordnungen	10
	H-Arzt-Verfahren (Behandlungsunterlagen einschließlich R-Bilder)	15
	Häusliche Krankenpflege	10
J	Jahresabschlüsse	10
	Jugendarbeitsschutzbogen	10
	Jugendgesundheitsuntersuchung (Berichtsvordrucke, Dokumentation)	5
K	Karteikarten (einschließlich ärztlicher Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde)	10
	Kassenbücher – und blätter	10
	Kinder-Krankheitsfrüherkennung U 1 – U 10 (Aufzeichnung in Kartei)	10
	Koloskopie (Teil B des Berichtsvordruckes)	5
	Kontoauszüge	10
	Kontrollkarten über interne Qualitätssicherung und Zertifikate über erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen	5
	Krankenhausberichte	10
	Krankenhausbehandlung (Verordnung, Krankenhauseinweisung Teil C)	10
	Krankenkassenanfragen (Durchschriften)	10
	Krebsfrüherkennung Frauen (Berichtsvordruck Teil A)	4 Quartale
	Krebsfrüherkennung Frauen (Berichtsvordruck Teil B)	5
	Krebsfrüherkennung Männer (Berichtsvordruck Teil A)	4 Quartale
	Krebsfrüherkennung Männer (Berichtsvordruck Teil B)	5
L	Labor-Befunde	10
	Labor-externe Qualitätssicherung (Zertifikate)	5
	Labor-interne Qualitätssicherung (Kontrollkarten)	5
	Langzeit-EKG Auswertungen (keine Tapes)	10
	Lungenfunktionsdiagnostik (Diagramme)	10
M	Mahnbescheide – sofern keine Buchungsunterlagen	6
N	Notfall – und Vertretungsscheine (Durchschrift Muster 19),	10
	Notfall – und Vertretungsscheine (EDV abrechnende Ärzte)	1
P	Patienten-Unterlagen (nach der letzten Behandlung)	10
	Psychotherapie (Mitteilungen der Krankenkasse)	10

R	Rechtsstreitfälle (wenn – unterlagen; nach Abschluss)	30
	Röntgen (Konstanzprüfungen)	10
	Röntgenaufnahmen (Ausnahme: D-Arzt!, H-Arzt) Röntgenaufnahmen von Personen bis zum 18. Lebensjahr müssen bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt werden	10
	Röntgen – Aufzeichnungen der Abnahmeprüfung (§ 16 Abs. 4 RöV)	Dauer des Betriebes bzw. mind. 3 Jahre nach Abschluss der nächsten vollständigen Abnahmeprüfung
	Röntgen – Aufzeichnungen über die Belehrung der Praxismitarbeiter gem. § 36 RöV	5
	Röntgentherapie (Aufzeichnungen)	30
S	Sonographie (Aufzeichnungen, Fotos, Prints)	10
	Strahlenbehandlung (Aufzeichnungen, Berechnungen)	30
	Strahlen-/Röntgendiagnostik. (Unterlagen von Personen bis zum 18. Lebensjahr müssen bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt werden)	10
	Strahlenschutzprüfung (Unterlagen)	5
	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 und anderen Blutbestandteilen (§ 11 Abs. 1 Satz 2, 2. Variante TFG)	20
T	Transfusionsgesetz: Angaben, die für die Rückverfolgung benötigt werden (§ 11 Abs. 1 Satz 2, 3. Variante TFG) und Angaben gemäß § 14 Abs. 2 TFG	30
U	Überweisungsscheine (nur EDV-abrechnende Ärzte)	1
	Untersuchung mittels radioaktiver oder ionisierender Stoffe	10
V	Vertreterschein Teil A (EDV abrechnende Ärzte)	1
	Vertreterschein Teil B und C	10
	Vermögensverzeichnis	10
Z	Zertifikate von Ringversuchen	5
	Zytologische Präparate/Befunde	10

Die ärztliche Deliktshaftung

Ansprüche aus ärztlicher Deliktshaftung unterliegen nach dem Zivilrecht der 30 jährigen Verjährungshöchstfrist. Wenn ein Patient im Laufe dieser 30 Jahre nach Ende des Behandlungsverhältnisses Kenntnis von einer von Ihnen begangenen (angeblichen) Fehlbehandlung erlangt und dem Patienten aus dieser Fehlbehandlung heraus ein Schaden entstanden ist, hat er ab Ende des Jahres in dem er davon Kenntnis erlangt, immer noch drei Jahre Zeit diesen Schaden gegen Sie geltend zu machen, zumindest bis die 30 jährige Höchstfrist erreicht ist.

Daher lautet unsere Empfehlung, die Unterlagen 30 Jahre aufzubewahren, bis keine Schadensersatzansprüche des Patienten mehr zu erwarten sind, soweit dies für Sie praktikabel ist.

Gesicherte Aufbewahrung der Patientenakten

Die Akten sollten stets in einem abschließbaren Raum und einem verschließbaren Akten-schrank aufbewahrt werden, zu dem weder Patienten noch andere unbefugte Personen ohne Aufsicht Zugang haben. Sonstige Aktenschränke sind zu verschließen sind, wenn sich kein Berechtigter (z.B. Schwester, Arzt) in unmittelbarer Nähe aufhält.

Während der Sprechstunden sind die Akten im Behandlungszimmer so zu legen, dass es Unbefugten nicht möglich ist, diese einzusehen.

Elektronische Datenträger

Unterlagen, die sich auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien befinden, bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um eine Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Bitte sprechen Sie diesbezüglich mit dem Sie betreuenden Computerfachmann.

Zu Beweiszwecken sollten die Originalunterlagen (z.B. Arztbriefe aufbewahrt werden)

Aufbewahrung der Unterlagen nach Praxisaufgabe

Auch nach der Praxisaufgabe hat der Arzt dafür zu sorgen, dass seine Unterlagen ordnungsgemäß aufbewahrt werden. Bei einer Praxisweitergabe kann er dem Praxisübernehmer seine Akten in der Weise in Obhut geben, dass er mit ihm einen Verwahrungsvertrag schließt. Der Praxisübernehmer muss diese Aufzeichnungen dann unter Verschluss halten und darf sie selbst nur dann einsehen oder weitergeben, wenn der Patient eingewilligt hat. Wir empfehlen dazu die sog. 2-Schränke-Methode, die natürlich auch auf elektronischem Wege umsetzbar ist. Informieren Sie sich dazu bitte erneut bei Ihrem Computerfachmann.

Nach dem Tod eines Arztes sind die Erben verpflichtet, Krankenunterlagen aufzubewahren. Die Erben sind an die Aufbewahrungspflichten und an die Schweigepflicht gebunden gemäß § 203 Abs. 3 StGB).

Vernichtung der Unterlagen

Alle oben bezeichneten Unterlagen sind in gesicherter Weise zu vernichten. Ihnen bleibt es unbenommen dies selbst zu tun oder eine Fachfirma damit zu beauftragen.

Wenn die Vernichtung nicht ordnungsgemäß vorgenommen wird, kann das Verstöße gegen das Datenschutzrecht (Datenschutzgrundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz – neu) oder das Strafgesetzbuch zur Folge haben, die geahndet werden können.

Wenn Sie sich dazu entscheiden die Akten selbst zu vernichten, müssen Sie dies mit einem Aktenvernichter tun, der der DIN 66399 entspricht. Die Vernichtung hat dann in der Schutzklasse 3 mit der Sicherheitsstufe 4 oder 5 zu erfolgen.

Wenn Sie eine Firma mit der Aktenvernichtung beauftragen, stellt dies eine Auftragsverarbeitung dar. Das bedeutet, dass Sie als Arzt dennoch verantwortlich sind. Sie müssen daher darauf bedacht sein, dass Sie die ärztliche Schweigepflicht wahren und ggf. Verschwiegenheitsklauseln mit der Fachfirma abschließen. Die Firma sollte Ihnen außerdem ein abgeschlossenes Behältnis zur Vernichtung zur Verfügung stellen. Außerdem muss die Kenntnisnahme der Daten durch das Personal der Firma ausgeschlossen sein. Insbesondere sollten Sie sich schriftlich bestätigen lassen, dass die Mitarbeiter der Firma zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Ein Muster dazu finden Sie unter https://www.kvsd.de/praxis/aktuelles/datenschutz_fuer_die_praxis.html.