



Archiv für Krankenunterlagen	4.1.18 Version 01
-------------------------------------	-----------------------------

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

1 Zweck und Ziel

- Sicherstellung der Aufbewahrung mit jederzeitiger Verfügbarkeit durch die zugriffsberechtigten Personen
- Voraussetzungen einer (vorübergehenden) Aufbewahrung im Patientenbehandlungsbereich
- Regelungen über die Zugriffsberechtigung einzelner Personen, Kontrolle dieser Berechtigung bei der Anforderung von Krankenunterlagen aus dem Archiv sowie Sicherstellung ihrer ordnungsgemäßen Rückgabe
- Regelungen zur Aussonderung und Vernichtung der Unterlagen unter Beachtung der archivrechtlichen Vorgaben einschließlich einer ausreichenden Dokumentation
- Regelung zu einzelnen Sicherungsmaßnahmen
- sichere Aufbewahrung (zum Beispiel in verschlossenen, ausschließlich für Archivzwecke vorgesehenen Räumen; des weiteren Kontrolle über Aus- und Rückgabe von Schlüsseln für die Archivräume an zuständige Bedienstete)
- sicherer, die Kenntnisnahme Unbefugter ausschließender Transport

2 Anwendungsbereich

Alle schriftlichen Aufzeichnungen und Röntgenbilder

Neben der schriftlichen Dokumentation sind auch andere Formen möglich, wie Fotodokumentation, Videoaufnahmen bei mikroinvasiver Chirurgie usw. Stellen sie die einzige Form der Dokumentation dar, sind sie auch aufzubewahren, sind sie jedoch als schriftliche Befunde fixiert, unterliegen sie nicht der Aufbewahrungspflicht.

Erfolgen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung Entnahmen von Blut, Gewebeproben etc. ist es ausreichend, wenn die schriftlichen Untersuchungsergebnisse wie Laborbefunde, Histologie-Befunde usw. aufbewahrt werden. Wird jedoch in der Pathologie / Neuropathologie Gewebe oder Zellmaterial histologisch oder zytologisch untersucht, so müssen neben den Befundberichten auch die entsprechenden Präparate der histologischen und zytologischen Untersuchung aufbewahrt werden. Das gleiche gilt auch für die Präparate der gynäkologischen Vorsorgezytologie.

3 Beschreibung

3.1 Allgemeines

Die Krankenunterlagen sind nach Entlassung des Patienten dem zuständigen Archiv zuzuführen.

Bei Ausleihung oder Weiterleitung ist dafür Sorge zu tragen, dass die Unterlagen in angemessener Zeit zurückkommen. Zweckmäßig ist eine Dokumentierung der Zeit der Abgabe und an wen.

3.2 Zusammenführung der Krankenakte

Nach Abschluss aller Behandlungen im KRANKENHAUS sollen die einzelnen Akten zu einer Akte zusammengeführt werden. Ist das aus technischen Gründen nicht möglich, muss jedoch über den Zentralcomputer der Zugriff auf alle Dokumente möglich sein.

3.3 Eigentumsverhältnisse

Die Krankenunterlagen stehen grundsätzlich im Eigentum des Krankenhauses, unabhängig von allgemeinen oder wahlärztlichen Leistungen.

Krankenhausunterlagen aus dem Bereich der ambulanten Nebentätigkeit eines Chefarztes sind Eigentum des erstellenden Arztes. Die Verantwortung für die Aufbewahrung liegt beim Arzt und sind bei Aufgabe der Tätigkeit nach § 10 der MBO-Ä 1997 (Stand: 2004) in gehörige Obhut zu geben. Der Nachfolger muss die Aufzeichnungen (Akten) unter Verschluss halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen und weitergeben.

3.4 Dauer der Aufbewahrung

Unter Zugrundelegung der berufsrechtlichen Regelungen (§ 10 MBO-Ä von 1997 (Stand 2004) sind Krankenunterlagen mindesten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Nach haftungsrechtlichen Überlegungen wird an einer Aufbewahrung für 30 Jahre festgehalten (Verjährung nach § 199 Abs. 2 BGB)

Krankenunterlagen sowie Aufzeichnungen über Behandlungen mit Röntgenstrahlen, Zytostatika, radioaktiven Stoffen oder ionisierenden Strahlen sind 30 Jahre aufzubewahren. Die Frist beginnt mit dem Ablauf des Jahres in dem die letzte Behandlung stattgefunden hat.

Röntgenbilder und Aufzeichnungen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 RöV sind 10 Jahre aufzubewahren.

Darüber hinaus müssen Röntgenbilder und Aufzeichnungen von Untersuchungen an Jugendlichen unter 18 Jahren bis zur Vollendung ihres 28. Lebensjahres aufbewahrt werden (Ziffer 4.5 der Richtlinie Aufzeichnungen nach RöV des BMU)

Karteikarten, Betäubungsmittelbücher oder andere Nachweise über den Verbleib und den Bestand von Betäubungsmitteln: 3 Jahre

Ärztliche Unterlagen einschließlich Röntgenbilder bei Schwerunfallverletzten nach Maßgabe der Berufsgenossenschaften: 15 Jahre

Unterlagen der durchgangsärztlichen Versorgung: 15 Jahre

Aufbewahrung für histologische Präparate von Tumorpatienten und Präparaten der Pathologie?

Immunisierungsprotokolle sowie Blutstammzellpräparationen sind mindestens 20 Jahre aufzubewahren

Aufzeichnungen in Zusammenhang mit der Anwendung von Blutprodukten und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostase-Störungen müssen zwecks Rückverfolgbarkeit (patienten- und produktbezogen) 30 Jahre unverzüglich verfügbar sein

(Transfusionsgesetz vom 01.07.198)

Aufzeichnungen über die Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen, sowie gutachterliche Stellungnahme, sind mindesten 15 Jahre aufzubewahren. Jedoch sind personenbezogene Daten spätestens nach Ablauf eines weiteren Jahres zu vernichten.

(Transplantationsgesetz)

3.5 Vernichtung von Krankenunterlagen

Die Krankenunterlagen sollen jahrgangsweise vernichtet werden. Dies ist zu protokollieren (Protokollbuch)

Die ordnungsgemäße Vernichtung wird unter Berücksichtigung des Datenschutzes vorgenommen, d.h. dass es eine vollständige Zerkleinerung aller Aufzeichnungen erfolgt.

Weitere Anweisungen in 4.1.21

3.6 Mikroverfilmung

Siehe 4.1.20

3.7 Aufbewahrungsort

Aufbewahrung auf Station ist grundsätzlich nicht zulässig.

Archiviert wird im Zentralarchiv. Der Zugriff auf die Patienten – Daten kann über Bildschirm dort abgefragt werden

Kliniken, die über ein eigenes Archiv verfügen, müssen jedoch dem Zentralarchiv ihre Daten zur Verfügung stellen, damit jederzeit Zugriff besteht.

3.8 Einsichtnahme durch den Patienten

Der Patient besitzt grundsätzlich einen einklagbaren Anspruch auf Einsichtnahme in seine Krankenunterlagen. Bei dem Recht auf Selbstbestimmung kann der Patient auch außerhalb eines Rechtsstreites vom Arzt oder

Krankenhaus Einsichtnahme in die ihn betreffenden Unterlagen nehmen und auf seine Kosten Fotokopien erbitten. Es kann sich hierbei jedoch nur um Aufzeichnungen objektiver, psychischer Befunde sowie Maßnahmen über therapeutische und medikamentöse Behandlungen handeln.

Auch der psychisch kranke Patient hat ein Recht auf Einsicht in die Krankenakte

Erben und Angehörige haben nur dann ein Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen wenn es sich um einen Rechtsstreit mit Haftungsregelungen handelt. Der behandelnde Arzt unterliegt ansonsten der Schweigepflicht.

Einsichtnahme und Herausgabe der Krankenunterlagen ist in 4.1.10 näher geregelt.

3.9 Herausgabe von Krankenunterlagen

Krankenunterlagen werden im Original nach Möglichkeit nicht herausgegeben, sondern immer eine Ablichtung vorgenommen.

Gegenüber Privatpersonen und Institutionen ist die Anfertigung von Ablichtungen als gebührenpflichtiger Vorgang zu behandeln (vgl. das Hamburgische Gebührengesetz vom 5. März 1986, GVOBl. S. 27).

Krankenunterlagen - auch in Form von Ablichtungen - sind stets im verschlossenen Umschlag zu versenden. Der Umschlag ist an eine genau bestimmte Person zu adressieren. Originalunterlagen sind im Postverkehr als Einschreiben mit Rückschein zu versenden.

Bei der Überlassung von Original-Krankenakten und anderer Original-Krankenunterlagen ist ein Retent anzulegen, auf dem

die überlassenen Dokumente,

der Empfänger

das Abgangsdatum

der Zweck der Abgabe

Bei der Versendung von Originalen soll im Begleitschreiben eine angemessene Rückgabefrist gesetzt werden.

Die Herausgabe soll in der Akte vermerkt werden.

Werden nicht ausdrücklich alle Krankenunterlagen angefordert, sollen nur die Patientenakte und der Abschlussbericht (Arztbrief) übersandt werden. Dies gilt sowohl für Originale wie für Ablichtungen.

3.10 Zeitbedarf

4 Dokumentation

Archivannahme

Herausgabe

5 Zuständigkeiten

Entscheidung über Herausgabe: auf ärztliche Anordnung

Leitung Krankengeschichtenarchiv

Bei Zweifeln hinsichtlich Herausgabe und vor Änderung wesentlicher Punkte dieser VA soll über den Ärztlichen Direktor oder den Geschäftsführer die die Rechtsabteilung/der Justitiar konsultiert werden.

6 Hinweise und Anmerkungen

Das Archiv soll unter Verantwortung des Ärztlichen Direktors stehen. Nur so sind die hohen Anforderungen an die ärztliche Schweigepflicht zu erfüllen. Solange Krankenkaten unter ärztlichem Gewahrsam stehen, unterliegen die Akten dem Schutz des § 97 Abs. 2 für personenbezogene Patientendaten. Um das ärztliche Zeugnisverweigerungsrecht gemäß § 53, Abs. 1 Nr. 3 nicht auszuhöhlen, unterliegen sie dem Beschlagnahmeverbot. Das gilt nicht im Falle, dass der Arzt selbst beschuldigt wird, aber immer dann, wenn der Arzt als Zeuge genannt wird: dafür braucht er eine Entbindung von der Schweigepflicht.

Geklärt werden muss, ob und wo Bildmaterial (Videoaufzeichnungen, andere Fotodokumentation) aufbewahrt werden soll.

7 Mitgeltende Unterlagen

7.1 Literatur, Vorschriften

DKG; Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung – Hinweise zur Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz, Mai 1999, Düsseldorf

- Berufsordnung für deutsche Ärzte MBO 1997
- Sozialgesetzbuch für den Bereich der Abrechnung des Leistungsumfanges für Kassenärzte
- § 28 der Röntgenverordnung (RöV)
- § 43 der StrlSchv
- Transfusionsgesetz - TFG v. 1998
- Transplantationsgesetz - TPG v. 1997
- Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung DKG 2007, Begriffe

Vorordner: enthält nachlaufende Befunde zur Krankenbehandlung

Nachlaufende Befunde: Befunde, die zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht auf Station eingetroffen sind.

8 Anlagen

Hamburg, den

Autor