

Dr. U. Paschen QM-Beratung in Medizin und Wissenschaft
QM-Handbuch der guten Hospital-Praxis
Anlage 1 zu VA 4.1.18



Muster-Archivordnung	Letzte Änderung: 11.08.2014
-----------------------------	--------------------------------

§ 1 Geltungsbereich

(1) Diese Archivordnung regelt die Erstellung, den Transport, die Herausgabe, die Aufbewahrung und den Umgang mit Krankenakten sowie deren Vernichtung, unabhängig davon, in wessen Verantwortungsbereich sich die Krankenakten innerhalb des Krankenhauses befinden.

(2) Das Zentralarchiv befindet sich in Gebäude.../Haus.../Straße. Eine Archivierung außerhalb dieser Räumlichkeiten ist unzulässig.

§ 2 Definitionen

(1) Archiv im Sinne dieser Archivordnung sind die Krankenaktenarchive sowie Archive für Bilddokumentationen (z. B. Röntgenfilme, sonographische Aufnahmen usw.) unabhängig von ihrer Speicherform. Nicht erfasst sind elektronisch gespeicherte Patienteninformationen sowie personenbezogene Akten und Unterlagen der Krankenhausverwaltung zum Zweck der Abrechnung (evtl. Hinweis, welche Regelungen für diese gelten).

(2) Krankenakten sind personenbezogene Aufzeichnungen über die Untersuchung und Behandlung von stationär und ambulant versorgten Patienten.

§ 3 Verantwortlichkeiten

(1) Verantwortlich für die Einhaltung dieser Archivordnung und der zu Grunde liegenden Rechtsvorschriften sind alle Beschäftigten des Krankenhauses, insbesondere alle Personen, die Kontakt zu Krankenakten und zu den darin enthaltenen Patientengeheimnissen haben. Diese sind zu einem verantwortlichen und datenschutzgerechten Umgang mit dem Patientengeheimnis verpflichtet.

(2) Die Verantwortung für die Wahrung des Patientengeheimnisses liegt aufgrund berufsrechtlicher Vorschriften (siehe MBO-Ä) und gemäß dem Behandlungsvertrag beim ärztlichen Personal. Der ärztlichen Leitung obliegt es, die Wahrung des Patientengeheimnisses zu überwachen.

(3) Die Dokumentation in den Krankenakten ist gemäß Berufsordnung ärztliche Standespflicht. Verantwortlich für die Ordnungsgemäßheit der Dokumentation ist der Chefarzt der Abteilung oder Klinik, auf der sich der betroffene Patient befindet bzw. zuletzt befand. Befindet sich der Patient während seines Aufenthaltes im Krankenhaus auf verschiedenen Stationen, so liegt die Verantwortung bei den Chefarzten gemeinsam. Über Konflikte entscheidet die ärztliche Leitung des Krankenhauses.

(4) Die Dokumentation in der Krankenakte kann unter der Aufsicht des nach Abs. 3 verantwortlichen Chefarztes auf andere medizinische Beschäftigte des Krankenhauses übertragen werden. Die Übertragung von Dokumentationsarbeiten auf Mitarbeiter des Archives ist unzulässig.

(5) Die Gesamtverantwortung für die ärztliche Dokumentation obliegt der ärztlichen Leitung des Krankenhauses (ärztlicher Direktor). Diese überwacht die Einhaltung der Vorschriften zur Wahrung des Patientengeheimnisses und die Ordnungsgemäßheit der Dokumentation nach dieser Archivordnung.

(6) Die Mitarbeiter des Archives unterstehen den fachlichen Weisungen der ärztlichen Leitung.

§ 4 Form der zu archivierenden Krankenunterlagen

(1) Die Krankenakten sind nach einer einheitlichen Struktur aufgebaut. Ambulante und stationäre Behandlungen werden (z.B. farblich) gesondert gekennzeichnet. Das Deckblatt enthält die identifizierenden sowie langfristig gleichbleibenden Angaben (z.B. zur Krankenversicherung) über den Patienten. Unterlagen werden in folgender Reihenfolge abgeheftet:

- Anamnese
- Sonstige Befundunterlagen
- Arztbrief
- Einverständniserklärungen
- (...)

(2) Die Krankenakte ist gut sichtbar und deutlich zu beschriften. Die Beschriftung der Vorderseite beschränkt sich auf den Familiennamen, Vornamen und Geburtsdatum.

(3) Das letzte Behandlungsjahr ist äußerlich erkennbar (z.B. farblich) zu kennzeichnen.

§ 5 Fortschreiben der bereits archivierten Krankenakte

(1) Wird ein Patient im Krankenhaus erneut aufgenommen, so wird eine bestehende Krankenakte fortgeschrieben, soweit ein medizinischer Zusammenhang besteht. Ist dies nicht der Fall, so wird eine neue Krankenakte angelegt. Die Entscheidung über die Zusammenführung obliegt dem aktuell behandelnden Arzt.

(2) Röntgenaufnahmen werden stets als separate Krankenakte geführt.

§ 6 Archivierung von Krankenunterlagen

(1) Nach Abschluss der Behandlung eines Patienten bzw. nach Entlassung bei stationärer Versorgung sind die erstellten Krankenakten an das Archiv abzugeben.

(2) Eine Aufnahme der Krankenakten im Zentralarchiv erfolgt durch Meldung der behandelnden Abteilung. Hierzu ist das Formular.....zu verwenden, auf dem Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten, die behandelnde Abteilung sowie letztes Behandlungsjahr vermerkt sind. Der Archivar quittiert den Empfang der Akte

auf der Meldung und notiert den Ablageort der Akte. Dieses Blatt wird in einer gesondert geführten Datei abgelegt (bzw. in einem entsprechenden Verwaltungsprogramm gespeichert).

(3) Die Ablage im Archiv erfolgt nach dem Geburtsdatum, innerhalb des Geburtsdatums nach dem Namen (auch vorrangig alphabetische Ordnung nach Nachnamen, Vornamen möglich).

(4) Werden Teile von Krankenakten aus früheren Behandlungen zum Gegenstand der aktuellen Behandlung, sind diese in Kopie in die aktuelle Akte gesondert aufzunehmen.

§ 7 Aussortieren alter Bestände

(1) Krankenakten, bei denen das letzte Behandlungsjahr 30 Jahre zurückliegt, werden vom Archiv einer ordnungsgemäßen Vernichtung zugeführt (evtl. Sonderregelung bei Akten zu Krankheiten mit längerfristigen Wirkungen). Dem Leiter der die Archivierung veranlassenden Abteilung wird vom Archiv rechtzeitig vor der Vernichtung, spätestens jedoch 2 Monate vorher, eine Liste der zur Vernichtung anstehenden Krankenakten zur Verfügung gestellt.

(2) Der Leiter der Abteilung kann eine Verlängerung der Aufbewahrungsfrist schriftlich festlegen, wenn einer der nachfolgenden Gründe vorliegt:

1. laufende rechtliche Auseinandersetzung, bei der die Akte beweiserheblich ist,
2. medizinische Gründe,
3. wissenschaftliche Gründe,
4. (...)

(3) Bei einer Fristverlängerung wird die Akte entsprechend gekennzeichnet. In den Fällen nach Absatz 2 Ziff. 1. hat der Leiter der Abteilung dies durch besondere Markierung festzuhalten; der Wegfall der Beweiserheblichkeit ist dem Archiv umgehend mitzuteilen. In den Fällen der Ziff. 2. sind die Gründe für die Fristverlängerung in der Akte schriftlich festzuhalten und eine neue Frist ist festzulegen. In den Fällen von Ziff. 3. sind die Akten (nach einem festzulegenden Verfahren) zu pseudonymisieren oder zu anonymisieren und ordnungsgemäß zu kennzeichnen (bzw. gesondert zu verwahren). Die Überschreitung der Archivierfrist von 30 Jahren und deren Dauer sind in einem Verzeichnis zu vermerken.

(4) (Vor Vernichtung der Krankenakten wird vom Archiv geprüft, ob eine Anbietung der Unterlagen nach archivrechtlichen Vorschriften erfolgen muss - gilt nur für öffentliche Krankenhäuser).

§ 8 Aktenanforderungen

(1) Akten werden schriftlich (Vordruck evtl. per Fax) durch die die Archivierung veranlassende Abteilung angefordert. Das Anforderungersuchen wird binnen Tagesfrist erledigt. Kurzfristige Anforderungen (z.B. bei Notfallbehandlung) sind besonders zu kennzeichnen. In diesem Falle wird die Akte persönlich durch einen medizinischen Abteilungsmitarbeiter abgeholt, der einen schriftlichen Auftrag

(Vordruck) des anfordernden Arztes vorlegt. Die Anforderungsersuchen und deren Erledigung werden gesondert dokumentiert (ggfls. elektronisch).

(2) Die Leiter der die Archivierung veranlassenden Abteilungen haben dem Archiv eine Liste derjenigen Mitarbeiter mit Namensnennung und Unterschriftenprobe zu überreichen, die berechtigt sind, Krankenakten anzufordern und ggfls. abzuholen. Eine Auslieferung von Akten erfolgt nur an autorisierte Personen.

(3) Die Archivmitarbeiter prüfen, ob die die Krankenakte anfordernde Abteilung sowie die beauftragten Personen im Sinne dieser Archivordnung autorisiert sind und Gründe für die Aktenanforderung im Sinne des § 9 Abs. 1 vorliegen. Für die Rechtmäßigkeit der Aktenanforderung ist der Arzt der anfordernden Abteilung verantwortlich.

§ 9 Gründe für die Aktenanforderung und Auskünfte aus den Akten

(1) Zulässige Gründe für die Aktenanforderung sind ausschließlich:

1. Einsichtnahmebegehren durch den betreffenden Patienten,
2. Behandlung des Patienten,
3. Forschung und Lehre,
4. gerichtliche oder außergerichtliche Verfahren oder Anordnungen,
5. Auskunftsbegehren von Behörden auf Grund gesetzlicher Vorschriften,
6. Einsichts- oder Auskunftsbegehren sonstiger berechtigter Dritter (i.d.R. nur mit schriftlichem Einverständnis des Patienten und nach Dokumentation der Legitimation des Dritten)

(2) Die Nutzung der Patientenunterlagen innerhalb des Krankenhauses erfolgt grundsätzlich an Hand der Originalakte. Die Herausgabe von Aktenteilen an andere Stellen erfolgt grds. an Hand von Kopien. Bedarf es der Herausgabe der Originalakte (z.B. in gerichtlichen Verfahren), so verbleibt eine Kopie im Archiv.

§ 10 Aktenauslieferung

(1) Die Auslieferung von angeforderten Krankenakten sowie deren Rücklieferung an das Archiv erfolgt außer in den Fällen des § 8 Abs. 1 S. 3 u 4 über den Postlauf in verschlossenen Behältern. Der Erhalt einer Akte ist durch die jeweilige Abteilung zu bestätigen.

(2) Die Aktenausgabe und Rückgabe ist in der Akte auf dem Patientenstammblatt zu dokumentieren.

(3) Entlehene Akten sind verschlossen aufzubewahren.

§ 11 Einsichtnahme in Krankenakten im Archiv

(1) In den Fällen des § 9 Abs. 1 Ziff. 1, 3 und 6 kann die Einsichtnahme durch die Berechtigten unter der Aufsicht der die Archivierung veranlassenden Abteilung in deren Räumlichkeiten oder im Archiv selbst erfolgen.

(2) Erfolgt die Einsichtnahme in den Fällen des § 9 Abs. 1 Nr. 3 durch Praktikanten, Doktoranden oder externe Wissenschaftler, so hat die Einsichtnahme in den Räumlichkeiten des Archives zu erfolgen.

§ 12 Datensicherheit

(1) Das Archivräume sind generell verschlossen zu halten.

(2) Der Zugang zum Archiv wird durch Mitarbeiter des Archives überwacht. Nicht Berechtigte erhalten keinen Zugang.

(3) Der Zugang zum und die Nutzung des Archives durch andere Personen als die Mitarbeiter des Archives ist unter Angabe von Zeit und Zweck zu dokumentieren.

(4) Der Zugang zum Archiv außerhalb der Öffnungszeiten bedarf einer gesonderten Zulassung durch die ärztliche Leitung.

Weiterer Hinweis:

Die Archivierung von Patientenakten von **Belegärzten** oder von **Chefärzten** im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung hat unter der Verantwortung der jeweiligen Ärzte zu erfolgen. Eine Integration von Chefarztakten in das Krankenhausarchiv bedürfte der schriftlichen Einwilligung der jeweiligen Patientin bzw. des Patienten.

W:\Aktiv\GHP\4.1DOK\4.1.18_01_IQ_Archivordnung_Muster.doc

Hamburg, den 12.06.2007

U. Paschen

nach einer Vorlage des DSB SH