

Empfehlungen
zur patientenbezogenen
Datenerfassung,
Dokumentation, Registrierung
und Archivierung
im Sanitätsdienst des DRK SAL

Empfehlungen zur patientenbezogenen Datenerfassung, Dokumentation, Registrierung und Archivierung im Sanitätsdienst des DRK SAL

Übersicht:

1. Einführung
2. Begriffsbestimmungen
3. Rechtliche Rahmenbedingungen
4. Systeme zur Erfassung patientenbezogener Daten im DRK SAL
5. Was kann erfasst werden?
6. Wer erfasst?
7. Umgang mit Daten
8. Archivierung und Regeln zur Aufbewahrung

1. Einführung – „*wer schreibt der bleibt*“

Administratives Strukturelement

Die Erfassung von Hilfesuchenden im Sanitätsdienst, wie auch als reine Registrierung im Betreuungsdienst, sind fundamentale administrative Maßnahmen, die im Dienst- bzw. Einsatzfalle unerlässlich sind, den Umgang mit Hilfesuchen erleichtern und zu einer bleibenden Einsatzdokumentation ebenso wie das Einsatztagebuch zwingend dazugehören. Jedwede Hilfesuchen an das Deutsche Rote Kreuz sind ebenso wie jedwede Maßnahme zu dokumentieren. Ein personen- bzw. im Sanitätsdienst patientenbezogenes Vorgehen stellt hier neben der Einsatzerfassung das probateste Mittel dar, eine nachvollziehbare, strukturierte, fortschreibefähige und nachhaltig archivierbare Dokumentation zu erstellen. Im Folgenden wird sich auf die patientenbezogene Erfassung im Sanitätsdienst beschränkt. Entsprechende Erfassungsregeln für den betreuungsdienstlichen Sektor sind zu erstellen.

Forensische Bedeutung

Neben der administrativen Bedeutung hat die Datenerhebung und Erfassung von Hilfesuchen immer auch einen mehrschichtig forensischen Aspekt, z.B. als potentieller

Nachweis von Leistungen unsererseits, aber auch für eventuelle Ansprüche des Patienten oder Dritter. Eine lückenlose Dokumentation kann beispielsweise auch das DRK und sein Personal vor einer möglichen Beweislastumkehr schützen. Daher sollte v.a. aus forensischen Gründen stets auf eine saubere, sichere und lückenlose Dokumentation zu achten sein.

Sonstige Interpretation

Eine Dokumentation zu Entgeltzwecken ist hierbei nicht vorgesehen. Die Nutzung erhobener Daten zu Forschungszwecken darf nur unter Wahrung des Datenschutzes bzw. bei personenbezogenen Daten nach den Vorgaben z.B. zuständiger Ethikkommissionen erfolgen. Eine Weitergabe erhobener Daten an unbefugte Dritte ist nicht zulässig, vgl. Schweigepflichtsregelungen.

Kernmaxime Datenschutz

Ein sicherer Umgang mit erhobenen Informationen erfolgt nur bei Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzvorgaben.

Grundlagen patientenbezogener Erfassung

Jeder Patient ist ausnahmslos wie folgt zu erfassen: (Erläuterungen zu den einzelnen Erfassungsmodi s.u.)

- Mit einem Patientenprotokoll DRK vs. DIVI (Rettungsdienstprotokoll Saarland) ggf. mit Verweigerung von Versorgung/Therapie/Transport; Aufklärung und Einverständnis
- Per Eintrag in die Sammelregistrierungsliste
- Im Einsatzmanagementsystem „Ruatti“
- Im MANV-Falle mittels Verletztenanhängekarte

Ergänzend hinzukommen können:

- Ggf. zusätzliche (vorbeugend forensisch anzulegende) Dokumente (Fotographien, Schemazeichnungen, ergänzende/weiterführende Dokumentation, Aktennotiz etc.)

2. Begriffsbestimmungen

Personenbezogene Daten

Nach §3 Saarländisches Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten (Saarländisches Datenschutzgesetz - SDSG) sind Personenbezogene Daten Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person (Betroffener).

Konkretisierung für den DRK Sprachgebrauch:

Daten sind strukturierbare, kategorisierbare Elemente, die z.B. Adressen, Vitalparameter etc. umfassen können.

Informationen sind darüber hinaus auch unstrukturierte erfassenswerte Elemente, Zusammenhänge, nicht unmittelbar personenbezogene Ereignisse/Aspekte (z.B. Informationen der Polizei, Wetterinformationen), die in direktem oder indirektem Zusammenhang mit personenbezogenen Angaben stehen können.

Datenverarbeitung

Nach §3 Saarländisches Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten (Saarländisches Datenschutzgesetz - SDSG) ist Datenverarbeitung das Erheben, Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren, Löschen sowie Nutzen personenbezogener Daten.

Im Einzelnen ist

1. Erheben das Beschaffen von Daten über den Betroffenen,
2. Speichern das Erfassen, Aufnehmen oder Aufbewahren von Daten auf einem Datenträger zum Zweck ihrer weiteren Verarbeitung,
4. Übermitteln das Bekanntgeben gespeicherter oder durch Datenverarbeitung gewonnener Daten an einen Dritten in der Weise, dass die Daten durch die verantwortliche Stelle weitergegeben oder zur Einsichtnahme bereitgehalten werden oder dass der Dritte zum Abruf in einem automatisierten Verfahren bereitgehaltene Daten abrufen,
5. Sperren das Kennzeichnen gespeicherter Daten, um ihre weitere Verarbeitung einzuschränken,
6. Löschen das Unkenntlichmachen gespeicherter Daten,
7. Nutzen jede sonstige Verwendung von Daten, ungeachtet der dabei angewendeten Verfahren.

Datenerfassung

Eine mit Hilfsmitteln (Patientenprotokoll, Sammelkarte etc.) strukturierte Datenerhebung/-Sammlung

Registrierung

Systematische Datenerfassung in ein (z.B. numerisch, alphabetisch, zahlenwertbasiertes geordnetes) Erfassungssystem (Register). Beispiel: numerisch geordnete Sammelregistrierung für Patienten einer Unfallhilfsstelle oder Helferregistrierung per Barcode im DRKServer-System etc.

Dokumentation

Schriftliche Fixierung erfasster Daten, aber auch unsystematischer Informationen.

Archivierung

Zeitlich definierte Aufbewahrung erfasster Daten und Informationen. Für patientenbezogene Dokumente gibt es nach §10 Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes zeitliche definierte Fristen zur verpflichtenden Aufbewahrung (wird in Kapitel 8 näher beleuchtet).

3. Rechtliche Rahmenbedingungen

Übersicht ausgewählter Rechtsgrundlagen:

- Bürgerliches Gesetzbuch, insbes. §630 sog. „Patientenrechtegesetz“
- Strafgesetzbuch, insbes. §203 Verletzung von Privatgeheimnissen
- Saarländisches Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten (Saarländisches Datenschutzgesetz - SDSG)
- Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes
- Vorschriften/Verpflichtungen zur Verschwiegenheit in der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr

4. Systeme zur Erfassung patientenbezogener Daten im DRK SAL

4.1 Patientenprotokolle

4.1.1 Das Patientenprotokoll DRK

Dieses Patientenprotokoll stellt ein Standarddokumentarium im Sanitätsdienst des Deutschen Roten Kreuzes dar. Mithilfe vorgegebener Struktur erfolgt eine Datenerfassung,

mit systematischen Anteilen (Ifd-Nr.) auch Registriergrundlagen. Z.T. unstrukturierte aber bedeutsame Informationen können in Freitextflächen eingefügt werden, sodass eine umfassende Datenerhebung möglich ist.

Die Möglichkeit des Durchschlages eröffnet die Möglichkeit der Archivierung.

- Farbige Oberseite -> bleibt beim Patienten (Übergabe an weiterbehandelnde Organisationseinheit, z.B. Rettungsdienst etc. oder beim Patienten im Falle einer ambulanten Vor-Ort-Versorgung, sofern vom Patienten gewünscht [gemäß Patientenrechtegesetz])
- Schwarz-Weiß-Durchschlag verbleibt in Archivierung der Sanitätsdienstverantwortlichen (siehe Abschnitt

Abschnitte:

- Registrierabschnitt – umfasst u.a. Kontaktdaten, Geburtsdatum, sanitätsdienstrelevante Angaben
- Abschnitt Notfallsituation/Verletzung/Erkrankung/Vergiftung – Teil zur Hilfe bei Stellen der Verdachtsdiagnose
- Abschnitt Monitoring – Erstbefund und Überwachung, Ereignisdokumentation Vitalparameter
- Abschnitt Maßnahmen – Dokumentation der im Rahmen der sanitätsdienstlichen Versorgung erbrachten Leistungen
- Abschnitt Ergebnis und Übergabe – umfasst Ergebniszusammenfassung, relevante Bemerkung, Übergabemodi (welches Fahrzeug etc.) und die Affirmation der Korrektheit der Angaben durch Unterschrift der beteiligten Helfer
- Abschnitt Entlassungs-Revers bzw. Behandlungs-/Transportverweigerungserklärung (Rückseite) – umfasst eine kurzgefasste Verweigerungserklärung, die ein einwilligungsfähiger Patient bzw. der gesetzliche Betreuer/Erziehungsberechtigte zu unterzeichnen hat. An dieser Stelle sei auf die ärztliche Verpflichtung zur Aufklärung nach Patientenrechtegesetz verwiesen, die die Verantwortlichkeit des Sanitätsdienstpersonals hierfür reduziert, sofern eine verpflichtende Hinzuziehung eines Arztes im Verweigerungsfalle stattfindet. Hierzu sind gesonderte Regelungen zu berücksichtigen bzw. ggf. zu treffen.

Eine Ausfüllanleitung findet sich im Anhang. Die Protokollkennnummer (Ifd-Nr.) ist identisch mit der der Sammelregistrierung (Erläuterung siehe unten) und kann als Patientenidentifikationsnummer (stets aktuelle Fallnummer, bei häufigeren Besuchen) gelten.

4.1.2 Das Rettungsdienstprotokoll nach Empfehlungen der DIVI

Der Rettungsdienst im Saarland nutzt ein nach Empfehlung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) erstelltes Protokoll zur Dokumentation rettungsdienstlicher/notärztlicher Einsätze, ein sogenanntes DIVI-Protokoll. (siehe auch <http://www.divi.de/empfehlungen/notarztprotokoll-mind/176-divi-notarzteinsatzprotokoll-version-5-0.html>)

Dieses Protokoll umfasst eine deutlich umfassendere und detaillierte Möglichkeit der systematischen Datenerfassung und Informationsdokumentation als das Patientenprotokoll des DRK, eignet sich im Sanitätsdienst also optimal erst bei Patienten, die einer rettungs-/notfallmedizinischen Versorgung bedürfen, die über die sanitätsdienstliche Grundversorgung hinausreichen.

In der Regel sind Protokollvarianten mit drei Durchschlägen im Umlauf, so zumindest beim Protokoll, das der Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Saarland nutzt.

- Deckblatt: Verbleib beim Patienten
- Erster Durchschlag: Verbleib bei der archivierenden Stelle des Rettungsdienstbetreibers
- Zweiter Durchschlag: Verbleib beim versorgenden Notarzt

Im Rahmen des Sanitätsdienstes ist ein solches Protokoll anstelle des Patientenprotokolls DRK zu verwenden, wenn sich bereits frühzeitig abzeichnet, dass eine rettungs-/notfallmedizinischen Versorgung notwendig wird, deren Dokumentation durch Fortschreiben verlustärmer sichergestellt werden kann. Das durch das Rettungsdienstfachpersonal/Notarzt des Sanitätsdienstes begonnene Protokoll kann dann durch das übernehmende Rettungsdienstfachpersonal/Notarzt fortgeführt werden. Eine Archivierung beim Sanitätsdienstbetreiber erfolgt durch Kopie bis zum Zustand der Weitergabe bzw. durch nachträgliches Anfordern einer Kopie des Gesamtprotokolls beim Rettungsdienstbetreiber und durch Ankreuzen des Vermerks „DIVI Protokoll“ auf der Sammelregistrierliste.

Weitere Hinweise zum DIVI-Protokoll finden sich im Anhang

4.2 Sammelregistrierung von Verletzten und Kranken

Hierbei handelt es sich um ein Übersichtsregister, das eine erleichterte Registrierung von Hilfeleistungen in einem definierten Abschnitt des Sanitätsdienstes ermöglichen soll. Es stellt eine zeitlich fortlaufende Datenerfassung dar, die sowohl eine Gesamtübersicht über alle Hilfesuche/-leistungen ermöglicht, als auch eine Übersicht über den Versorgungspfad bzw. „Verlauf“ eines einzelnen Hilfesuchenden. Sie stellt darüber hinaus eine wichtige Grundlage zur digitalen Erfassung dar und ein eigenständiges handschriftliches, technikenabhängiges Dokument dar.

Dieses Übersichtsregister verbleibt in der Archivierung des Sanitätsdienstbetreibers zusammen mit den individuellen Patientenprotokollen, quasi als Deckblätter für die Protokollsammlung.

Anteile:

- Laufende Nummer – sie stellt ein elementares Registrierelement dar (weitere Erläuterungen siehe unten)
- Uhrzeit – Angabe über die Zeitspanne der Hilfeleistung
- Patientenbezogene Daten
- Maßnahmen und Verlauf – grobe Angaben zum Umfang der Hilfeleistung
- Art des Protokolls/elektronische Erfassung – Hinweise zur Erfassung der patientenbezogenen Daten

Erläuterungen zur Generierung der laufenden Nummer

Komponenten:

Organisationseinheit – Tag – Nummer in der Reihenfolge

- ⇒ Alle Organisationseinheiten sind entsprechend vorher zu katalogisieren und zu beziffern
- ⇒ Tag im Format tt mm
- ⇒ Nummer in der Reihenfolge der jeweiligen Sammelregistrierung der jeweiligen Organisationseinheit

Beispiel:

1-24 07-0012

1 = Katalognummer für Unfallhilfsstelle 1

24 07 15 = 24. Juni 2015

12 = zwölfte registrierte Hilfeleistung

Ziel dieses stringenten Nummerierungssystems soll die direkte Nachverfolgbarkeit und Zuordbarkeit bzw. Zusammenführbarkeit von Daten zu Fällen ermöglichen und darauf basierend weiterführende Maßnahmen ermöglichen, wie z.B. Barcodegenerierung, Etikettendruck für Akten, Unterlagen, Patienteneigentum, Identifikationsarmbänder etc..

Eine detaillierte Anleitung findet sich im Anhang.

4.3 Patientenerfassungsmodul im Einsatzmanagementsystem Ruatti

Mit diesem sicherheitszertifizierten Erfassungsmodul lassen sich Daten entsprechend digitalisieren und für befugte Nutzer von überall webbasiert einsehen.

Dieses System, für das dem DRK Landesverband Saarland e.V. und den Kreisverbänden entsprechende Lizenzen vorliegen, integriert Einsatzmanagement, Einsatzdokumentation, Dokumentation für Stabsarbeit und Patientenregistration. Es ist somit ein integrales System, das in Zukunft neben dem DRK-Server als elementare Software zum Personal-, Einsatz und Datenmanagement zur Verfügung zu nutzen sein wird.

Patientenbezogenen Daten sollen in diesem System sekundär eingefügt werden, ergänzend zu einer technikumabhängigen, händigen Dokumentation mittels Patientenprotokollen und Sammelregistrierung. Es dient im Moment v.a. der nachträglichen Erfassung und elektronischer Datenzusammenführung (Generierung elektronischer Versorgungsbogen, Anhänge von gescanntem Patientenprotokoll und sonstigen Dokumenten). Es stellt ein ergänzendes elektronisches Archivierungssystem dar.

Darüber hinaus hat es ein gewisses Zukunftspotential hinsichtlich Datenarchivierung aber auch geschützter Datenübertragung an weiterbehandelnde Einrichtungen, wie z.B. elektronischer Arztbrief an das weiterbehandelnde Krankenhaus mit Übertragung während Patiententransport oder Grundlagen für die Telemedizin.

4.4 Im MANV-Falle mittels Verletztenanhängekarte

Das inzwischen standardisierte Registrierungsmittel im MANV-Falle stellt die Verletztenanhängekarte dar. Weiterführende Informationen finden sich in den Anlagen.

4.5 Ergänzende Dokumentationen

Es kann notwendig werden zusätzliche (vorbeugend forensisch anzulegende) Dokumente (Fotographien, Schemazeichnungen, ergänzende/weiterführende Dokumentation, Aktennotiz etc.) anzulegen, die ebenfalls zu Archivieren sind. Ergänzende Dokumentationen können durchaus formlos sein und deutlich mehr ergänzende, unstrukturierte Informationen (vgl. Definition) enthalten als formularisierte Datenerfassungssysteme (Protokolle).

5. Was kann erfasst werden

Im Prinzip können alle für die Patientenversorgung relevanten Informationen erfasst werden. Diese können beispielsweise bzw. auszugsweise sein:

Registraturrelevante Daten, z.B.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adress- und Kontaktdaten

Uhrzeiten des Aufenthaltes

Versicherungsdaten

...

Einsatzrelevante Daten, z.B.

Welche versorgende Organisationseinheit (UHS, BHP)

Einsatzort

Einsatzdaten (Einsatzzeiten)

Polizei involviert

...

Krankheits-/Verletzungsbezogene Daten, z.B.

Anamnese

Untersuchungsbefunde
Verletzungsmuster (auch fotografisch festgehalten)
Diagnosen
Vitalparameter
...

Prozeduren, z.B.

Untersuchungen
Maßnahmen
Therapien (z.B. Ruhigstellung, Medikamente)
Verlauf/Zustandsbeschreibungen
Weiterbehandlung (Transport, Entlassung)
...

Zusätzliche Daten, z.B.

Arztbrief
Medikamentenlisten
Vorerkrankungslisten
Allergiepass, Prothesenpass, Schrittmacherausweis etc.
EKG-Streifen
Todesfeststellungsschein (Totenschein)
...

6. Wer erfasst

Jeder vollwertige Helfer im Sanitätsdienst (nach SWD SAL, siehe http://lv-saarland.drk.de/fileadmin/user_upload/Bereitschaften/Bereitschaften/Sanitaetswachdienst/SWD_SAL_150306.pdf) ist dazu angehalten sich an der Dokumentation der Patientenversorgung zu beteiligen.

Rettungsdienstliche/notärztliche Dokumentation soll vorwiegend durch das entsprechende Rettungsdienstfachpersonal/Notärzte erfolgen.

Die elektronische Datenerfassung soll durch eigens dafür unterwiesenes/ ausgebildetes Personal erfolgen, ebenso suchdienstrelevante Maßnahmen.

Jedwede patientenbezogenen Datenerfassung, Dokumentation, Registrierung und Archivierung im Sanitätsdienst sich innerhalb der gesetzlichen Rahmen zu bewegen, Verstöße werden entsprechend geahndet. Jeder erfassende unterliegt weiterhin der Schweigepflicht. Siehe hierzu entsprechende Anlagen.

7. Umgang mit Daten

Ziele jedweden Umgangs mit Daten müssen sein:

- Sicherer Umgang (inklusive des Archivs)
- Saubere und lückenlose Dokumentation
- Verlustfreie Erfassung, Sicherung und Übertragung (sofern notwendig)
- Datenschutz nach entsprechenden gesetzlichen Grundlagen
- Nachvollziehbarkeit
- Geordnete Archivierung

8. Archivierung und Regeln zur Aufbewahrung

Die im Sanitätsdienst erhobenen patientenbezogenen Daten stellen im Prinzip ein Analogon einer Patientenkartei bzw.-akte dar. Deswegen sollen die Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland auch für diesen Bereich gelten. Sie sind als Anlage, inklusive der Aufbewahrungsfristen diesem Dokument angehängt.

Verantwortlich für die jeweilige Archivierung ist die für den Sanitätsdienst gesamtverantwortliche Organisationseinheit, z.B. die Kreisbereitschaftsleitung, die Landesbereitschaftsleitung etc..

Anlagen

1. Schematische Darstellung zu Empfehlungen zur patientenbezogenen Datenerfassung, Dokumentation, Registrierung und Archivierung im Sanitätsdienst des DRK SAL inklusive der Generierung einer Fallnummer
2. §630 BGB, sog. Patientenrechtegesetz
3. §203 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen „Schweigepflichtsparagraph“
4. §8,9,10 Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes
5. Vorschriften zur Verschwiegenheit in der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr
6. Liste zur Sammelregistrierung
7. Patientenprotokoll DRK
8. Erläuterungen zum Ausfüllen des Patientenprotokolls DRK
9. DIVI-Protokoll
10. Hinweise/Informationen/Empfehlungen der DIVI zum Notarztprotokoll
11. Hinweise zum Gebrauch der Verletztenanhängekarte
12. Hinweise zur Datenarchivierung nach der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage 1

1. Kategorie festlegen

MANV- / KatS-Fall



- Verletztenanhängerkarte
- Sammelregistrierung



Orientierende Erfassung

Im Rahmen einer Sekundärerfassung bei beherrschter Lage

Regelhafter Sanitätsdienst



- Patientenprotokoll
- Sammelregistrierung
- Einsatzmanagementprogramm

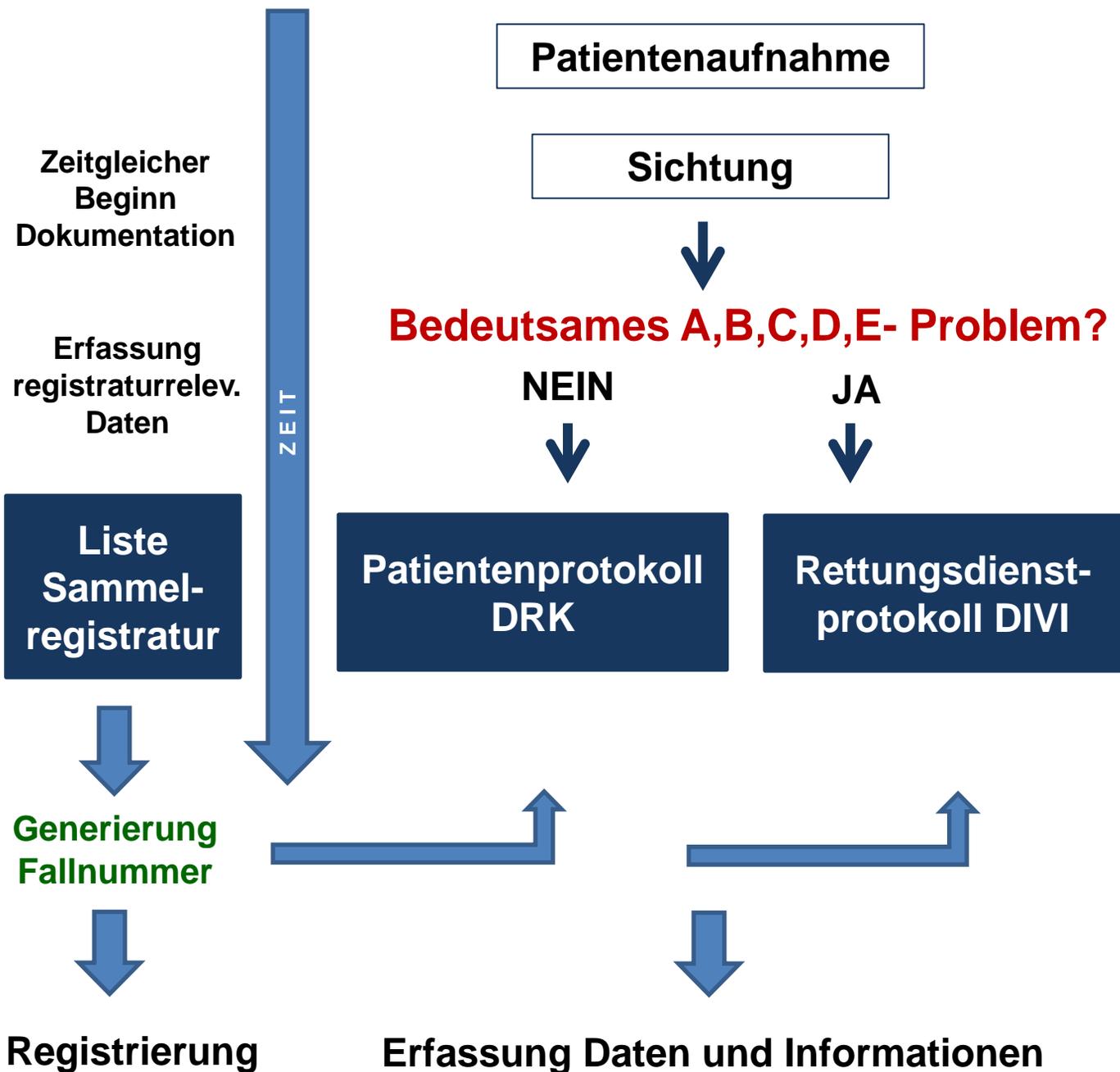


Detaillierte Erfassung





2. Priorität festlegen



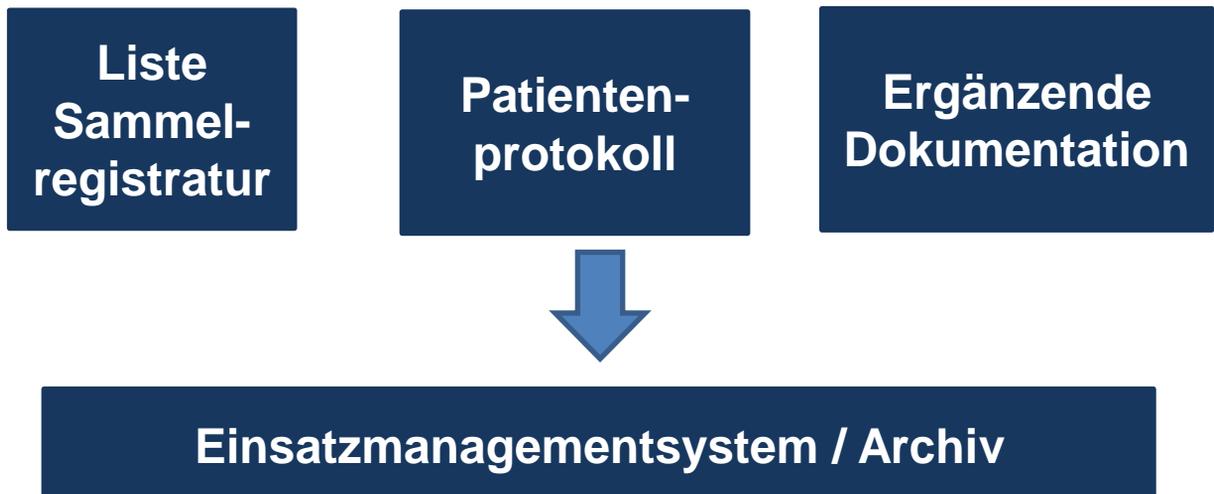


3. Datenerfassung

Strukturierte Datenerfassung

- Sauber, leserlich
- So vollständig wie möglich
- Nachvollziehbar
- Strukturiert
- Wahrung des Datenschutzes

4. Zusammenführung



5. Sicherung/Archivierung

Generierung Fallnummer

XX - TTMM - NNNN



Katalognummer
versorgende
Organisationseinheit

Datum im Format
T=TAG; M=Monat

Reihenfolgenummer
der Hilfeleistung



SAN-Wache Hilfsstelle MoSan-Team

lfd.-Nr.

Beispiel:

SAN-Wache ¹²Hilfsstelle MoSan-Team

Ort

Veranstaltung

Datum

Uhrzeit von/bis

lfd.-Nr.

Fallnummer: 1228070021

Klartext: 21 Patient am 28.07. an UHS (mit Nr. 12)

Anlage 2

§ 630 a BGB: Vertragstypische Pflichten beim Behandlungsvertrag

(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

630 b BGB: Anwendbare Vorschriften - (Behandlungsverhältnis)

Auf das Behandlungsverhältnis sind die Vorschriften über das Dienstverhältnis, das kein Arbeitsverhältnis im Sinne des § 622 ist, anzuwenden, soweit in diesem Untertitel nichts anderes bestimmt ist.

§ 630 c BGB: Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten

(1) Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten darüber auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren. Erfolgt die Information nach Satz 2 durch denjenigen, dem der Behandlungsfehler unterlaufen ist, darf sie zu Beweis Zwecken in einem gegen ihn geführten Strafverfahren oder in einem Verfahren nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten nur mit seiner Zustimmung verwendet werden.

(3) Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.

(4) Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

§ 630 d BGB: Einwilligung

(1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die

Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Falle des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e aufgeklärt worden ist.

(3) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

§ 630 e BGB: Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören in der Regel insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Befähigung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,

2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann, 3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

§ 630 f BGB: Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

§ 630 g BGB: Einsichtnahme in die Patientenakte

(1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

(3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

§ 630 h BGB: Beweislast bei der Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

(1) Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

(2) Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.

(3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

(5) Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.

Quelle: <http://www.patienten-rechte-gesetz.de>

§ 203

Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,
3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist.
- 4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder
6. Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,
5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung

seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder

Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der
6. Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist,

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(2a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.

(3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

Quelle: <http://dejure.org/gesetze/StGB/203.html>

Anlage 4

§ 8 Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen. Die Aufklärung hat der Patientin oder dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihnen verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen. Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist, soweit möglich, eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.

§ 9 Schweigepflicht

(1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist - auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus - zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.

(3) Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(4) Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

§ 10 Dokumentationspflicht

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur

Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

(3) Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, so weit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

(4) Der Arzt kann seine Patientenunterlagen bei Aufgabe oder Übergabe der Praxis grundsätzlich nur mit schriftlicher Einverständniserklärung des betroffenen Patienten an den Praxisnachfolger übergeben; die Einholung des Einverständnisses darf nicht mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden sein. Soweit ein Einverständnis des Patienten nach entsprechenden Bemühungen nicht zu erlangen ist, hat der bisherige Praxisinhaber die Unterlagen aufzubewahren. Ist eine Aufbewahrung beim bisherigen Praxisinhaber nicht möglich, dürfen die Unterlagen nur verschlossen an den Praxis-nachfolger übergeben werden. Der Praxisnachfolger hat die Unterlagen getrennt von seinen eigenen Unterlagen unter Verschluss zu halten. Er darf die Unterlagen nur mit Einverständnis des Patienten einsehen oder weitergeben. Aufzeichnungen auf elektro-nischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Der Arzt hat hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten.

(5) Der Arzt darf Angaben zur Approbation oder Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Ärztlichen Berufs sowie zu Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung nur durch eine von der Ärztekammer betriebene oder mit der Ärztekammer durch einen Kooperationsvertrag verbundene Zertifizierungsstelle in Signaturschlüssel - Zertifikate oder Attribut - Zertifikate aufnehmen lassen.

Ministerium für Inneres und Europaangelegenheiten
Postfach 10 24 41 66024 Saarbrücken

Dienstgebäude:
Franz-Josef-Röder-Straße 21
66119 Saarbrücken
Tel.: 0681 501 00
E-Mail Adresse:
poststelle@innen.saarland.de

An die

Aufsichtsbehörden im Brandschutz
- nach Verteiler -

unteren Katastrophenschutzbehörden
- nach Verteiler -

Herren Brandinspektore
- nach Verteiler -

Herrn Landesbrandinspekteur
- i m H a u s e -

**Zweckverband für Rettungsdienst
und Feuerwehralarmierung Saar**
Saarpfalz-Park 9
66450 Bexbach

3. Dezember 2009
Bearbeiter: H. Thome
Durchwahl: 2202
Fax: 0681 501-2110
Az.: E 4 - AKSH

Pflicht zur Verschwiegenheit in der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr

Auf Anregung des Arbeitskreises „Hilfsorganisationen im Saarland“ werden die folgenden Grundsätze zur Verschwiegenheitspflicht im ehrenamtlichen Bereich der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr festgelegt:

1. Die ehrenamtlichen Feuerwehrangehörigen, die Helferinnen und Helfer im Katastrophenschutz sowie die im Rettungsdienst ehrenamtlich Tätigen haben als eine Dienstpflicht Verschwiegenheit über die ihnen bei ihrer Tätigkeit bekannt gewordenen Angelegenheiten zu bewahren. Die Pflicht zur Verschwiegenheit gilt nicht gegenüber Vorgesetzten, den Aufsichtsbehörden oder anderen Ermittlungsbehörden. Eine Ausnahme gilt auch für Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung nach keiner Geheimhaltung bedürfen.
2. Bei der Tätigkeit im Brandschutz und der Technischen Hilfe, im Rettungsdienst sowie im Katastrophenschutz erworbene Informationen dürfen grundsätzlich in keiner Form, also weder in mündlicher oder schriftlicher Form noch in Form von Bild- oder Tondokumenten an Dritte weitergegeben werden.
3. Ausgenommen von dem Auskunftsverbot nach Nummer 2 sind die Einsatzleitung oder die von ihr Beauftragten gegenüber der Presse.

Der Staatssekretär

Franz-Josef-Röder-Straße 21 | 66119 Saarbrücken
Tel. 0681-501-2113 | Fax 0681-501-2270
E-Mail: g.jungmann@innen.saarland.de



4. Werden Fotos oder andere Bilddokumente an der Einsatzstelle oder auf dem Weg zur oder von der Einsatzstelle gefertigt, dürfen diese nur innerhalb der Einsatzorganisation zur Ausbildung und Dokumentation Verwendung finden. Das Abspeichern von Bilddokumenten auf Datenträger ist nur erlaubt, wenn diese nicht der Allgemeinheit zugänglich sind. Eine Ausnahme gilt für Bildmaterial, das von der Einsatzleitung oder der von ihr Beauftragten freigegeben wird, ohne dass hier Betroffene oder Fahrzeugkennzeichen von Einsatzfahrzeugen oder beteiligten Fahrzeugen erkennbar sein dürfen.

5. Die Pflicht zur Verschwiegenheit besteht auch nach Beendigung der ehrenamtlichen Tätigkeit fort.

6. Bei den hauptberuflich in der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr Tätigen ergibt sich die Pflicht zur Verschwiegenheit aus dienstrechtlichen sowie arbeits- und tarifrechtlichen Vorschriften.

7. Datenschutzrechtliche und strafrechtliche Vorschriften bleiben unberührt.

Ich bitte, diese Grundsätze an die Freiwilligen Feuerwehren, die Einheiten im Katastrophenschutz und an die ehrenamtlich im Rettungsdienst Tätigen weiter zu geben.



Georg Jungmann

Sammelregistrierung von Verletzten und Kranken

Veranstaltung:

Datum:

TT / MM / JJJJ

Seite:

Seite x von y

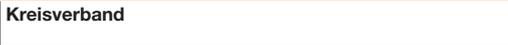


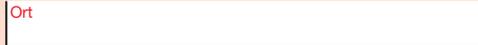
**Deutsches
Rotes
Kreuz**

Lfd.-Nr.	Uhrzeit		Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Adresse				Geschlecht	
	von	bis								m	w
Verletzung/Erkrankung			Maßname			Protokoll		Tranport		Verantw. Helfer (Name)	elektr.erf.
DRK		DIVI	ja	nein							
Verletzung/Erkrankung			Maßname			Protokoll		Tranport		Verantw. Helfer (Name)	elektr.erf.
DRK		DIVI	ja	nein							
Verletzung/Erkrankung			Maßname			Protokoll		Tranport		Verantw. Helfer (Name)	elektr.erf.
DRK		DIVI	ja	nein							
Verletzung/Erkrankung			Maßname			Protokoll		Tranport		Verantw. Helfer (Name)	elektr.erf.
DRK		DIVI	ja	nein							
Verletzung/Erkrankung			Maßname			Protokoll		Tranport		Verantw. Helfer (Name)	elektr.erf.
DRK		DIVI	ja	nein							

SAN-Wache Hilfsstelle MoSan-Team

Datum 

Kreisverband 

Ort 

Uhrzeit von/bis 

Ortsverein / Bereitschaft 

Veranstaltung 

lfd.-Nr. 

Patientenprotokoll männl. weibl.

Name des Patienten  geb. am 

Vorname 

Straße 

PLZ  Wohnort 

Telefon Patient Familie Freunde Krankenkasse 

ggf. Fundort 

Der Hilfsstelle zugeführt durch:

Polizei 

RTW/KTW 

San-Team 

Security Angehörige

Selbst Passanten

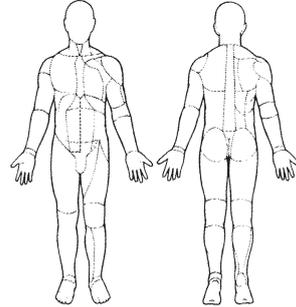


NOTFALLSITUATION

VERLETZUNG

<input type="checkbox"/> Prellung / Fraktur	<input type="checkbox"/> Wunde / Verletzung	<input type="checkbox"/> Verbrennung			
<input type="checkbox"/> Inhalationstrauma	<input type="checkbox"/> Elektrounfall	<input type="checkbox"/> Sonstiges			
	offen	geschlossen	leicht	mittel	schwer
Schädel-Hirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BWS / LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

keine



ERKRANKUNG / VERGIFTUNG

keine

Atmung Vergiftung Kindernotfall Schwindel

Herz-Kreislauf Unterkühlung Neurologie Übelkeit / Erbrechen

Baucherkrankung Gynäkologie Psychatrie

Stoffwechsel Geburtshilfe alkoholisiert

Hitzschlag Hitzeerschöpfung Sonstiges 

MASSNAHMEN

keine

stabile Seitenlage Extremitätenschiemung Sauerstoffgabe

Oberkörperhochlage Wundversorgung Intubation

Flachlagerung EKG-Monitoring Beatmung

Schocklagerung venöser Zugang Herzdruckmassage

Vakuummatratze Infusion Erstdefibrillation

HWS-Stützkragen Atemwege freimachen Betreuung

Medikamente Notkompetenzmaßnahmen

Sonstiges: 

ERSTBEFUND

kein

BEWUSSTSEINSLAGE

orientiert getrübt bewusstlos

PUPILLENFUNKTION

re eng li mittel weit entrundet Lichtreaktion

SCHMERZEN

keine mittelstarke starke

KREISLAUF

Schock Kreislaufstillstand Puls regelmäßig Puls unregelmäßig

EKG

Sinusrhythmus Rhythmusstörung Kammerflimmern Asystolie

ATMUNG

spontan / frei Atemnot Hyperventilation Atemstillstand

MESSWERTE

	RR syst.
	RR diast.
	Puls
	AF
	SpO ₂
	BZ

ERSTHELFERMASSNAHMEN

suffizient insuffizient AED keine

ERGEBNIS / ÜBERGABE

Zustand verbessert Notarzt nachgefordert Tod am Notfallort

Zustand unverändert Notarzt abbestellt

Zustand verschlechtert Patient lehnt Trsp. ab

Trsp. nicht erforderlich Hausarzt/ÄBD informiert Zeit: 

Übergabe Wertsachen:

Zeit: 

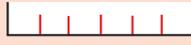
BEMERKUNGEN

Nachforderung / Notruf

KTW RTW NEF NAW Zeit: 

RTH Feuerwehr Polizei Sonstiges 

Transport / Übergabe / Entlassung

Funkruf  Zeit: 

RTH RTW KTW Polizei

Ziel 

eigenständig nach Hause ÖPNV

Taxi / PKW Angehörige zurück zur Veranstaltung

Sonstiges 

Patient hat Entlassungs-Revers unterschrieben (Rückseite)

Ja Nein

Helfername  Helfername 

Unterschrift Helfer 

Unterschrift Helfer 

Symbole	Zeit																				
Puls 		300																			
RR 		280																			
HLW 		260																			
AF (R) 		240																			
In-/Extubation 		220																			
Beatmung: 		200																			
spontan 		180																			
assistent 		160																			
kontrolliert 		140																			
Defibrillation 		120																			
Transport 		100																			
		80																			
		60																			
		40																			
		20																			
		2																			

Behandlungs-/Transportverweigerungserklärung
Refusal of transportation by ambulance car of medical treatment

Patient _____

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am _____, vom Sanitätsdienst/
Rettungsdienst über meine Erkrankung bzw. Verletzung und deren Konsequenzen aufgeklärt worden bin und
eine Behandlung oder/und Beförderung in ein Krankenhaus entgegen der Belehrung ablehne.

Für hieraus entstandene Schäden trage ich selbst die Verantwortung. Ich wurde darüber informiert, dass ich
späterhin keinerlei Ersatzansprüche wegen dieser nicht ausgeführten Beförderung/Behandlung und den sich
evtl. daraus ergebenden gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

*Herewith I declare, that I have been informed today _____ by the paramedics/
emergency physicians about my illness/injuries with all the possible consequences and that I refuse medical
treatment or a transportation to a hospital. I am fully responsible for all possible damages to my health and I
have been informed, that there will be no indemnifications in case of a deterioration of my medical situation.*

Datum/Date

Uhrzeit/Time

Unterschrift/Signature Patient

Art.-Nr. 410200



4 051794 027847

Patientenprotokoll

***Prinzipiell wird
jeder Patient,
jeder Parameter und
jede Maßnahme
dokumentiert !!!***

Ausfüllanleitung

Kopf - Patientendaten

Deutsches Rotes Kreuz 

SAN-Wache Hilfsstelle MoSan-Team

Kreisverband **Ort**

Ortsverein/Bereitschaft **Veranstaltung**

Datum

Uhrzeit von/bis

lfd.-Nr.

Patientenprotokoll

Name des Patienten **geb. am**

Vorname **männl.** **weibl.**

Straße

PLZ **Wohnort**

Telefon Patient Familie Freunde Eltern

ggf. Fundort

Der Hilfsstelle zugeführt durch:

Polizei

RTW/KTW

San-Team

Security Angehörige

Selbst Passanten

Ausfüllanleitung



Kopf - Patientendaten

Ausfüll - Beispiel

Deutsches Rotes Kreuz 

SAN-Wache Hilfsstelle MoSan-Team

Kreisverband Saarlouis **Ort** Gasthaus Donnerkegel

Ortsverein/Bereitschaft Hüttersdorf **Veranstaltung** Kegeln - Landesmeisterschaft

Datum 06042010

Uhrzeit von/bis 14301800

lfd.-Nr. siehe Anlage 1

Patientenprotokoll

Name des Patienten MUSTERMANN **geb. am** 04091986

Vorname MARKUS männl. weibl.

Straße BERLINER-ALLEE 12

PLZ 66839 **Wohnort** SCHMELZ

Telefon 06887-5678 Patient Familie Freunde Eltern

ggf. Fundort
Zweite
Bahn

Der Hilfsstelle zugeführt durch:

Polizei RTW/KTW San-Team

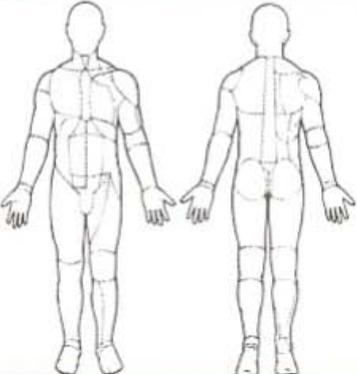
Security Angehörige

Selbst Passanten

Mitspieler

Ausfüllanleitung

Verletzung

NOTFALLSITUATION	VERLETZUNG						☐ keine
	☐ Prellung/Fraktur	☐ Wunde/Verletzung	☐ Verbrennung				
	☐ Inhalationstrauma	☐ Elektrounfall	☐ Sonstiges				
		offen	geschlossen	leicht	mittel	schwer	
	Schädel-Hirn	☐	☐	☐	☐	☐	
	Gesicht	☐	☐	☐	☐	☐	
	HWS	☐	☐	☐	☐	☐	
	Brustkorb	☐	☐	☐	☐	☐	
	Bauch	☐	☐	☐	☐	☐	
	BWS/LWS	☐	☐	☐	☐	☐	
	Becken	☐	☐	☐	☐	☐	
	Arme	☐	☐	☐	☐	☐	
	Beine	☐	☐	☐	☐	☐	
	Weichteile	☐	☐	☐	☐	☐	

Ausfüllanleitung

Verletzung

Ausfüll - Beispiel

NOTFALLSITUATION	VERLETZUNG					keine	
<p>Pat. ist beim Abwurf der Kugel ausgerutscht, dabei mit Ellenbogen abgestützt u. ist auf Hinterkopf gefallen (Platzwunde); Keinerlei Bewusstseinsstörung Pat. gibt starke Schmerzen in Unterarm re., Knie re. und Hinterkopf an.</p>	Prellung/Fraktur		Wunde/Verletzung		Verbrennung		
	Inhalationstrauma		Elektronfall		Sonstiges		
	offen	geschlossen	leicht	mittel	schwer		
	Schädel-Hirn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Gesicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	BWS/LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Arme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Beine	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Weichteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Ausfüllanleitung

Maßnahmen
Übergabe
Unterschrift



MASSNAHMEN			<input type="checkbox"/> keine
<input type="checkbox"/> stabile Seitenlage	<input type="checkbox"/> Extremitätenschienerung	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe	
<input type="checkbox"/> Oberkörperhochlage	<input type="checkbox"/> Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Intubation	
<input type="checkbox"/> Flachlagerung	<input type="checkbox"/> EKG-Monitoring	<input type="checkbox"/> Beatmung	
<input type="checkbox"/> Schocklagerung	<input type="checkbox"/> venöser Zugang	<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage	
<input type="checkbox"/> Vakuummatratze	<input type="checkbox"/> Infusion	<input type="checkbox"/> Erstdefibrillation	
<input type="checkbox"/> HWS-Stützkragen	<input type="checkbox"/> Atemwege freimachen	<input type="checkbox"/> Betreuung	
<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Notkompetenz-Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

ERSTHELFERMASSNAHMEN			
<input type="checkbox"/> suffizient	<input type="checkbox"/> insuffizient	<input type="checkbox"/> AED	<input type="checkbox"/> keine

ERGEBNIS/ÜBERGABE		
<input type="checkbox"/> Zustand verbessert	<input type="checkbox"/> Notarzt nachgefordert	<input type="checkbox"/> Tod am Notfallort
<input type="checkbox"/> Zustand unverändert	<input type="checkbox"/> Notarzt abbestellt	
<input type="checkbox"/> Zustand verschlechtert	<input type="checkbox"/> Patient lehnt Trsp. ab	
<input type="checkbox"/> Trsp. nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> Hausarzt/ÄBD informiert	Zeit: _____

Übergabe
Wertsachen: _____ Zeit: _____

BEMERKUNGEN	

Nachforderung/Notruf			
<input type="checkbox"/> RTW	<input type="checkbox"/> NEF	<input type="checkbox"/> NAW	Zeit: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> RTH	<input type="checkbox"/> Feuerwehr	<input type="checkbox"/> Polizei	

Transport/Übergabe/Entlassung			
Funkruf: <input type="text"/>	Zeit: <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> RTH	<input type="checkbox"/> RTW	<input type="checkbox"/> KTW	<input type="checkbox"/> Polizei
Ziel: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> eigenständig	<input type="checkbox"/> nach Hause	<input type="checkbox"/> ÖPNV	
<input type="checkbox"/> Taxi/PKW	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> zurück zur Veranstaltung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			

Patient hat Entlassungs-Revers unterschrieben (Rückseite)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heffername	Heffername
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift Helfer	Unterschrift Helfer

Ausfüllanleitung

Maßnahmen
Übergabe
Unterschrift

Ausfüll - Beispiel



MASSNAHMEN keine

<input type="checkbox"/> stabile Seitenlage	<input checked="" type="checkbox"/> Extremitätenschiening	<input checked="" type="checkbox"/> Sauerstoffgabe
<input type="checkbox"/> Oberkörperhochlage	<input checked="" type="checkbox"/> Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Intubation
<input type="checkbox"/> Flachlagerung	<input checked="" type="checkbox"/> EKG-Monitoring	<input type="checkbox"/> Beatmung
<input type="checkbox"/> Schocklagerung	<input type="checkbox"/> venöser Zugang	<input type="checkbox"/> Herzdruckmassage
<input type="checkbox"/> Vakuummatratze	<input type="checkbox"/> Infusion	<input type="checkbox"/> Erstdefibrillation
<input checked="" type="checkbox"/> HWS-Stützkragen	<input type="checkbox"/> Atemwege freimachen	<input type="checkbox"/> Betreuung
<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Notkompetenz-Maßnahmen	<input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges

Coolpack für Knie u. Unterarm, Knieschiening mit Vakuumschiening; Samsplint für Unterarm

ERSTHELFERMASSNAHMEN

suffizient insuffizient AED keine

ERGEBNIS/ÜBERGABE

Zustand verbessert Notarzt nachgefordert Tod am Notfallort

Zustand unverändert Notarzt abbestellt

Zustand verschlechtert Patient lehnt Trsp. ab

Trsp. nicht erforderlich Hausarzt/ÄBD informiert Zeit: _____

Übergabe Bei Angehörigen verblieben!!!

Wertsachen: Nur Medikamentenzettel mitgegeben Zeit: _____

BEMERKUNGEN

Pat. ist Diabetiker, bek. Hypertonus, Z.n. Herzinfarkt 06/2005; ASS 100 Einnahme, Rest Medik.zettel

Nachforderung/Notruf

RTW NEF NAW Zeit 1 5 2 6

RTH Feuerwehr Polizei

Transport/Übergabe/Entlassung

Funkruf 3 3 3 2 Zeit 1 5 4 2

RTH RTW KTW Polizei

Ziel KH Lebach - Chirurgie

eigenständig nach Hause ÖPNV

Taxi/PKW Angehörige zurück zur Veranstaltung

Sonstiges _____

Patient hat Entlassungs-Revers unterschrieben (Rückseite)

Ja Nein

Helfer 1 Helfer 2

Helfer 1 Helfer 2

Unterschrift Helfer Unterschrift Helfer

Behandlungs-/ Transportverweigerung



Auf der Rückseite des Patientenprotokolls

Behandlungs-/Transportverweigerungserklärung
Refusal of transportation by ambulance car of medical treatment

Patient _____

Hiermit erkläre ich, dass ich heute, am _____, vom Sanitätsdienst/Rettungsdienst über meine Erkrankung bzw. Verletzung und deren Konsequenzen aufgeklärt worden bin und eine Behandlung oder/und Beförderung in ein Krankenhaus entgegen der Belehrung ablehne.

Für hieraus entstandene Schäden trage ich selbst die Verantwortung. Ich wurde darüber informiert, dass ich späterhin keinerlei Ersatzansprüche wegen dieser nicht ausgeführten Beförderung/Behandlung und den sich evtl. daraus ergebenden gesundheitlichen Schäden geltend machen kann.

Herewith I declare, that I have been informed today _____ by the paramedics/ emergency physicians about my illness/injuries with all the possible consequences and that I refuse medical treatment or a transportation to a hospital. I am fully responsible for all possible damages to my health and I have been informed, that there will be no indemnifications in case of a deterioration of my medical situation.

Datum/Date

Uhrzeit/Time

Unterschrift/Signature Patient

Dieses Protokoll ist Urheberrechtlich geschützt. Unveränderte Vervielfältigungen sind ungeschützt. Verwertung sowie jede Änderung bedarf der Genehmigung durch die DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin - www.divi.de)

PAT-STAMMDATEN (GGF. MIT AUFKLEBER ÜBERLEBEN / ÜBERDRUCKEN)
Name
Vorname
Geb. Dat.
Straße
Plz, Ort
Kasse / Nr.
Vers. Nr.
Geschlecht
BMI
Alter
Jahre

NOTARZT-EINSATZPROTOKOLL VERSION 5.0
EMPFEHLUNG DER DIVI 2013 (www.divi.de)
Einsatz Nr.
Pat. Nr.
Pers. Nr.
Standort

EINSATZTECHNISCHE DATEN
Einsatz-Datum
Einsatz-Ort
Einsatz-Art
Transportziel
Notarzt
Assistenz
RTW-Team

Beteiligt
Symptom-Beginn
Alarm
Ankunft (Einsatzort)
Ankunft (am Pat.)
Abfahrt
Übergabe
Einsatzbereit
Ende

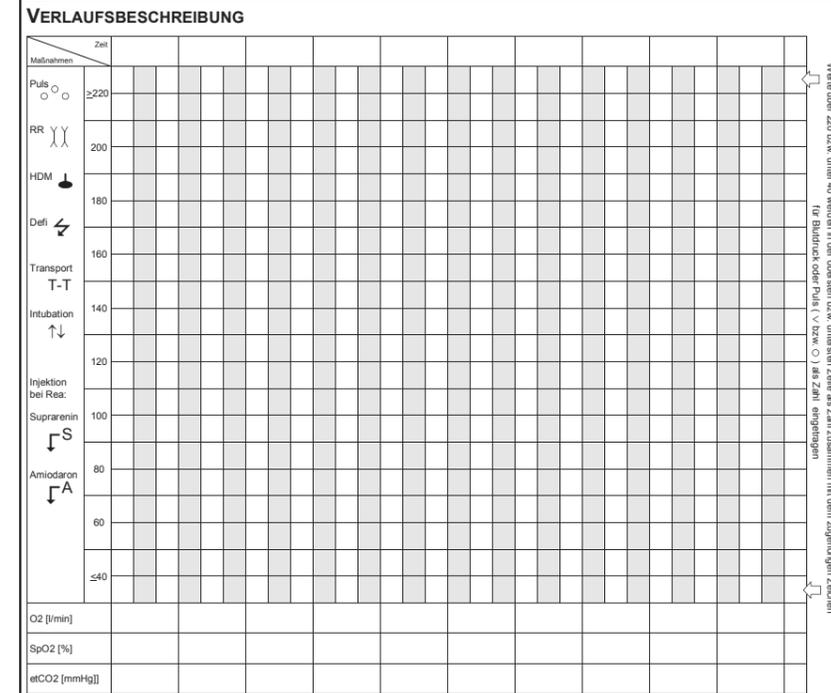
NOTFALLGESCHEHEN, ANAMNESE, ERSTBEFUND, VORMEDIKATION, VORBEHANDLUNG
AZ des Pat. vor dem Ereignis
Erstthelfermaßnahmen (Laien)
First Responder

ERSTBEFUNDE - NEUROLOGIE
Augen öffnen
beste verbale Reaktion
beste motorische Reaktion
Glasgow Coma Scale

MESSWERTE INITIAL
Schmerzen
RR
HF
BZ
AF
SpO2
Temp
etCO2
EKG
ATMUNG
HAUT
PSYCHE

ERKRANKUNGEN
ZNS
Herz-Kreislauf
Atmung
Abdomen
Psychiatrie
Stoffwechsel
Pädiatrie
Gynäkologie
Sonstige

VERLETZUNGEN
Schädel-Hirn
Gesicht
Hals
Thorax
Abdomen
Wirbelsäule
Becken
Obere Extremitäten
Untere Extremitäten
Weichteile
ERSTDIAGNOSEN
NACA
SCORE
INITIAL



MEDIKATION
Table with columns for medication type (Infusionen, Katecholamine, Sonstige, Kardiaka, Analgetika, Lysetherapie), Handelsname, and Dosis.

REANIMATION / TOD / TODESFESTSTELLUNG
Reanimation
KH-Aufnahme
Beginn Rea
TOD

ÜBERGABE
Zeitpunkt
Glasgow Coma Scale
EKG
ATMUNG
BEWUSSTSEIN

EINSATZVERLAUF - BESONDERHEITEN
ÜBERGABE
ÜBERGABE
ÜBERGABE
ÜBERGABE

MASSNAHMEN
ZUGÄNGE
ATEMWEG
BEATMUNG
DEFIBRILLATION

REANIMATION
Herzdruckmassage
Aktive Kühlung
Vorab: Telefonanleitung zur Reanimation
SONSTIGE

BEMERKUNGEN (Z.B. VERLAUF, HAUSARZT, NOTKOMPETENZ-MASSNAHMEN)
NACA-Score
Unterschrift Notarzt

DIVI-NOTARZTEINSATZPROTOKOLL - VERSION 5.0

Das bundeseinheitliche Notarzteinsetzprotokoll, das oftmals vereinfachend kurz als „das **DIVI**-Protokoll“ bezeichnet wird, stellt seit über 25 Jahren zusammen mit den davon abgeleiteten Instrumenten einen deutschlandweit akzeptierten, medizinischen Dokumentationsstandard dar.

Es entstand im April 1987, als der Sektion Rettungswesen der **DIVI** - basierend auf regional unterschiedlichen Entwicklungen - erstmals ein sog. „bundeseinheitliches Notarzteinsetzprotokoll“ vorgestellt und 1988 von der **DIVI** Mitgliederversammlung verabschiedet wurde. Die erste frei verfügbare Version dieses Dokumentationsinstruments wurde 1992 publiziert¹. Das letzte Update des Protokolls, das zwischenzeitlich zum Goldstandard für den Inhalt der Notarzteinsetzdokumentation in Deutschland wurde, erfolgte 2004².

Seither wird dieses Protokoll in unzähligen Variationen, sei es auf Papier, als elektronische Applikation oder in hybrider Technologie eingesetzt. Dabei wurden die empfohlenen Dokumentationsinhalte des Notarzteinsetzprotokolls nicht selten modifiziert, erweitert oder gekürzt. So gibt es spezielle Ausprägungen z.B. zum Zweck des Qualitätsmanagements oder zur Abrechnung der notärztlichen Leistungen, die aus dem Notarzteinsetzprotokoll abgeleitet wurden.

Das Notarzteinsetzprotokoll der **DIVI** stellt in seiner Originalversion eine Mischung aus freier und strukturierter Dokumentation zur Verfügung, die alle Aspekte der notärztlich relevanten Einsatzdokumentation berücksichtigt. Sinn und Zweck des Protokolls war und ist es, den Notarzt im Einsatz zu unterstützen. An erster Stelle dient das Protokoll dabei der fachgerechten Übergabe des Patienten an den nachbehandelnden Arzt, sei es in der Notaufnahme eines Krankenhauses, sei es als Bericht an den Hausarzt. Es soll also primär helfen eine schlüssige und vollständige Dokumentation der relevanten medizinischen Informationen des Einsatzes bereitzustellen, um so diese Übergabe zu vereinfachen. An zweiter Stelle unterstützt das Protokoll den Notarzt, alle forensisch relevanten Aspekte des Einsatzes zu dokumentieren, so dass den in Folge eines Notfalleinsatzes leider immer häufiger werdenden juristischen Auseinandersetzungen ggf. sachgerecht begegnet werden kann. Auch Aspekte des Qualitätsmanagements, der Datenerfassung für die klinischen Register der Fachgesellschaften und der Einsatzvergütung wurden und werden im Protokoll seit jeher berücksichtigt.

Die bundesweite, hohe Akzeptanz des **DIVI**-Notarzteinsetzprotokolls fand ihre Ursache nicht nur in den im Konsens der unterschiedlichen Fachdisziplinen stets mit großer Kompromissbereitschaft zusammengestellten Inhalten, sondern auch in der Tatsache, dass die Autoren des Protokolls von Beginn an bewusst auf Urheberrechte an Formular und Inhalten verzichtet hatten. Der Protokollentwurf war bereits zu einem Zeitpunkt als der Begriff „public domain“ noch nicht bekannt war, inhaltlich und formal freigegeben und wurde dementsprechend genutzt.

Nach einigen Wirrungen und Missverständnissen rund um Entwicklungen im Umfeld des Notarzteinsetzprotokolls wurde die Vorab-Version 5 des bundeseinheitlichen Notarzteinsetzprotokolls auf dem Jahreskongress der **DIVI** im Jahr 2012 vorgestellt und von der Sektion Notfall- und Katastrophenmedizin verabschiedet. Eingang in die Inhalte des Protokolls fanden neben den zeitgemäß modifizierten medizinisch-juristisch relevanten Daten auch darüber hinausgehende inhaltlichen Empfehlungen der notfallmedizinisch relevanten Register (z.B. Reanimationsregister, Traumaregister), des am Qualitätsmanagement orientierten Datensatzes MIND3³, aus den notfallmedizinisch relevanten Leitlinien, sowie von weiteren, im Bereich der notärztlichen Versorgung und Dokumentation aktiven Gruppierungen.

Beim Layout des neuen Protokolls wurde im Interesse von Akzeptanz und Orientierung der Dokumentierenden großer Wert darauf gelegt, das Design des bisherigen Notarzteinsetzprotokolls so weit wie möglich zu erhalten. Auch wurde großer Wert darauf gelegt, die zu dokumentierenden Inhalte auf nur einer DIN-A3 Seite unterzubringen, da das Vorhalten mehrerer, unterschiedlicher Formulare für den Notarzdienst aus Praktikabilitätsgründen vermieden werden sollte.

Naturgemäß war es unvermeidbar - wie bei jeder neuen Version des Protokolls - zahlreiche neue Elemente im Protokoll unterzubringen, während gleichzeitig nur wenige zwischenzeitlich überflüssig gewordene Dokumentationsinhalte entfernt werden konnten. Dies war auch Resultat der Bemühung um einen inhaltlichen Abgleich mit den anderen im deutschen Sprachraum eingesetzten Dokumentationsinstrumenten für den Notarztdienst. Dennoch wurde aber auch sichergestellt, dass sich der Dokumentationsaufwand beim Einsatz des neuen Protokolls im Vergleich zu früheren Versionen nicht oder nur unwesentlich erhöht.

Dass das **DIVI**-Notarzteinsatzprotokoll auch in seiner aktuellen Version primär als Papier-Protokoll entwickelt wurde hat drei einfache Gründe: So konnten und können alle Kolleginnen und Kollegen unkompliziert und ohne technisches Fachwissen prüfen, was der Dokumentationsstandard der **DIVI** empfiehlt. So haben alle konkurrierenden Unternehmen im Markt der technischen Notarzdokumentationssysteme die gleiche Ausgangsbasis. Nur was sich im Zweifelsfall auch auf Papier darstellen lässt, ist tauglich für jeden Notfall, und sei es das der Notfall darin besteht, dass das eigentlich zur Dokumentation vorgesehene technische Gerät defekt ist.

Durch den aufwändigen, integrativen Prozess bei der Entwicklung des neuen **DIVI**-Notarzteinsatzprotokolls in Version 5.0 sollte gewährleistet werden, dass es - unabhängig davon, welche regional unterschiedlichen Dokumentationswünsche, -bedürfnisse oder -anforderungen neben der in jedem Fall erforderlichen medizinischen Einsatzdokumentation bestehen - auch weiterhin von der **DIVI** als Basis der notärztlichen Dokumentation empfohlen werden kann. Nach einer abschließenden Überarbeitung des Protokolls im Rahmen und in Folge einer Konsensus-Runde im April 2013 wurde das nun in finaler Version vorgelegte **DIVI**-Notarzteinsatzprotokoll Version 5.0 dem **DIVI**-Präsidium am 27. Juni 2013 vorgestellt und einstimmig verabschiedet.

Zwei Publikationen hierzu befinden sich in Arbeit, die einerseits darstellen, warum welche Dokumentationsinhalte gewählt und als relevant angesehen wurden und andererseits zeigen, wie das Dokumentationsinstrument idealerweise eingesetzt werden kann. Zudem hat die Sektion Informationstechnologie und Medizintechnik der **DIVI** - die bereits im Vorfeld bei der Entwicklung des Notarzteinsatzprotokolls beteiligt war - die Aufgabe übernommen, eine Datensatzbeschreibung zu entwickeln, die die Inhalte des **DIVI**-Notarzteinsatzprotokolls abbildet und mit den übrigen im Umfeld publizierten Datenstrukturen in einen interoperablen Standard umsetzt. So soll einerseits ein Modell erarbeitet werden, das mittelfristig die Interoperabilität aller von der **DIVI** empfohlenen Dokumentationsinstrumente auf inhaltlich-technischer Ebene garantieren soll, andererseits kann mit Hilfe dieser Datensatzbeschreibung einfach geprüft werden, ob ein angebotenes technisches Dokumentationsinstrument den Standard des **DIVI**-Notarzteinsatzprotokolls erfüllt.

Abschließend bleibt noch zu erwähnen, dass sich die Autoren des **DIVI**-Notarzteinsatzprotokolls auch in der vorliegenden Version bereit erklärt haben, auf alle Urheberrechte am Protokoll zu verzichten, was die Formulierung am linken Rand des Protokolls belegt: „Dieses Protokoll ist Urheberrechtlich geschützt. Unveränderte Vervielfältigungen sind uneingeschränkt zulässig, jegliche kommerzielle Verwertung sowie jede Änderung bedarf der Genehmigung durch die **DIVI** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin - www.divi.de)“. Die Einschränkung, dass Änderungen der Genehmigung durch die **DIVI** bedürfen ist notwendig, denn wo **DIVI** draufsteht soll auch **DIVI** drin sein.

M. Reng und HP. Moecke im Juli 2013 für die Mitarbeiter der Arbeitsgruppe **DIVI**-Notarzteinsatzprotokoll

KORRESPONDENZ-ADRESSE:

PD Dr. Michael Reng
Innere Medizin II
Goldberg-Klinik Kelheim
Traubenweg 3
93309 Kelheim
Email: michael.reng@medicdat.de

-
- ¹ Herden HN, Moecke Hp. Bundeseinheitliches Notarzteinsetzprotokoll in Deutschland. Intensivmedizin (1992) 29: 103–106
- ² DIVI-Notarzteinsetzprotokoll Version 4.2. Hp. Moecke, B. Dirks, H.-J. Friedrich, H.-J. Hennes, C. K. Lackner, M. Messelken, C. Neumann, F.-G. Pajonk, M. Reng, M. Ruppert, U. Schächinger, Th. Schlechtriemen, M. Weinlich, S. Wirtz. Notfall & Rettungsmedizin 2004 · 7:259–261
- ³ Der Minimale Notfalldatensatz MIND3. M. Messelken, T. Schlechtriemen, H.-R. Arntz, A. Bohn, G. Bradschet, D. Brammen, J. Braun, A. Gries, M. Helm, C. Kill, C. Mochmann, T. Paffrath. DIVI 3 (2011), 130

Hinweise zum Gebrauch der Anhängkarte für Verletzte/Kranke mit beiliegendem Formularsatz Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke

Inhaltsverzeichnis

Grundsätzliches.....	1
Anhängkarte für Verletzte/Kranke mit beiliegendem Formularsatz	
Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke	2
Wer hält die Karten vor?	2
Beschriftung und Befestigung	3
Wer dokumentiert und registriert?	3
Anhängkarte für Verletzte/Kranke	3
Sichtung	3
Ausfüllen und Handhabung	4
Formularsatz Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke in der Anhängkarte für	
Verletzte/Kranke	7
Wann und wo wird registriert?	7
Wie wird registriert?	7
Schicksal der Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke	8

Grundsätzliches

Die Sichtung und Registrierung von Verletzten/Kranken bei einem Großschadensereignis oder bei einer Katastrophe ist eine unverzichtbare und dringende Maßnahme.

Bundesweit kamen und kommen die unterschiedlichsten Systeme zur Dokumentation der Sichtung und Registrierung von Verletzten/Kranken zum Einsatz.

Im Jahr 2002 hat die Schutzkommission beim Bundesminister des Inneren zwei Konsensus-Konferenzen „Sichtungs-Kategorien“ einberufen, um mit den Teilnehmenden eine übergreifende Lösung, im Sinne der Harmonisierung bei Großschadensereignissen und Katastrophen, der Konzeption einheitlicher Richtlinien und Kriterien der Sichtungskategorien und deren Dokumentation abzustimmen. Im abschließenden Bericht wurden

- Mindestanforderungen zur Sichtungsdokumentation mit inhaltlichem Rahmen und der
- organisatorische und zeitliche Rahmen für die künftige Umsetzung des Verfahrens festgelegt.

Das **DRK**, Teilnehmender an den Konsensuskonferenzen, hat im Jahr 2003 seine Anhängerkarte für Verletzte/Kranke überarbeitet und zu einer **fixen Kartenkombination**: Anhängerkarte für Verletzte/Kranke mit beiliegendem Formularsatz Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke gefunden. Das DRK stellt damit weiterhin ein umfassendes Dokumentations- und Registrierungssystem zur Verfügung, das alle Kriterien der Konsensus-Konferenzen erfüllt und, wie gewohnt, medizinische und suchdienstliche Belange berücksichtigt.

Die **Sichtung** dient der ersten dokumentierten Einschätzung des Zustandes der betroffenen Personen und legt Behandlungsprioritäten fest. Darüber hinaus werden auf der Anhängerkarte für Verletzte/Kranke die getroffenen Erst-Maßnahmen dokumentiert und zu einem späteren Zeitpunkt, abhängig von der Lage, die Transportpriorität festgelegt. Die Angaben zum Transportmittel und -ziel geben den Führungskräften und letztlich der Einsatzleitung einen Überblick über die Gesamtsituation und somit wichtige Hinweise, zum Beispiel für die lageabhängige Nachforderung von Einsatzkräften oder -mitteln.

Durch die **Registrierung** auf dem beiliegenden Formularsatz Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke wird u.a. die Auskunftsfähigkeit des Suchdienstes sichergestellt. Eine Familienzusammenführung wird genauso ermöglicht wie die Nachforschung nach vermissten Personen.

Die Dokumentation der medizinischen Daten gewährleistet die Anhängerkarte für Verletzte/Kranke. Dort werden auch einige Personaldaten erhoben.

Die eigentliche Registrierung der Verletzten/Kranken erfolgt grundsätzlich auf der Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke, die sich in der Anhängerkarte für Verletzte/Kranke befindet.

Anhängerkarte für Verletzte/Kranke mit beiliegendem Formularsatz Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke

Die vom Deutschen Roten Kreuz entwickelte Kartenkombination berücksichtigt sowohl die medizinischen als auch die suchdienstlichen Belange.

Wer hält die Karten vor?

Da bei einem Massenanfall von Verletzten und Kranken die Kartenkombination: Anhängerkarte für Verletzte/Kranke und Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke auch bereits vor der ggf. folgenden behördlichen Feststellung des Katastrophenfalles verwendet werden muss, sind die in Frage kommenden Dienste und Stellen damit auszustatten. Es muss sichergestellt werden, dass die Kartenkombination sowohl in Transportmitteln des Rettungsdienstes als auch in Ausstattungen des Sanitätsdienstes und der anderen Fachdiensten ständig verfügbar ist. Die Normen für die Sanitätstasche (DIN 13160) und den Sanitätskoffer (DIN 13155) sehen Anhängerkarten für Verletzte/Kranke ausdrücklich vor.

Beschriftung und Befestigung

Die Beschriftung der Anhängerkarte für Verletzte/Kranke erfolgt im Idealfall mit einem wasserfesten Stift. Zum Ausfüllen der Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke muss z.B. ein Kugelschreiber verwendet werden, damit die Daten auf allen Blättern des Formularsatzes gut erkennbar sind.

Grundsätzlich gilt: Groß, deutlich und leserlich schreiben!

Die sichere Befestigung erfolgt mittels Befestigungsschnur.

In die Anhängerkarte für Verletzte/Kranke können weitere Dokumentationsbogen (z.B. Behandlungsplatzprotokoll, Rettungsdienst- oder Notarzteinsatzprotokoll gemäß DIVI-Empfehlung, Personalausweis, Gesundheitspass) eingesteckt werden. Ein ausgefülltes Notarzteinsatzprotokoll ersetzt jedoch nie das Ausfüllen der Anhängerkarte für Verletzte/Kranke oder der Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke.

Wer dokumentiert und registriert?

Im Schadensgebiet sind gemäß Konsensuskonferenzen von den Sichtungsfeld-Ärzten **mindestens** folgende Eintragungen auf der Anhängerkarte für Verletzte/Kranke vorzunehmen:

- Sichtungskategorie, Uhrzeit, Name (des sichtenden Arztes)
- Patientenummer
- Kurz-Diagnose.

Weiteres Ausfüllen der Anhängerkarte erfolgt durch das ärztliche Personal oder durch die Helfer, die mit dem Betroffenen in Kontakt kommen, also z.B. durch Rettungsdienstpersonal, Personal des Sanitätsdienstes oder durch Helfer anderer Fachdienste. Die Registrierung Verletzter/Kranker mittels Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke erfolgt in erster Linie durch die Helfer des Sanitätsdienstes, die bei Bedarf Unterstützung durch weitere Einsatzkräfte erhalten.

Anhängerkarte für Verletzte/Kranke

Sichtung

Mit der Sichtung der Verletzten/Erkrankten erfolgt die Einordnung in eine der Sichtungskategorien und die Zuordnung der „Patientenummer“. Die Patientenummer ist in das rot umrandete Feld der Verletztenanhängerkarte einzutragen. In dem entsprechenden Feld der Verletztenanhängerkarte wird das Sichtungsergebnis, der Name des sichtenden Arztes und die Uhrzeit der Sichtung vermerkt. Die Farbkarte ist entsprechend der Sichtungskategorie zu falten und in die dafür vorgesehene Tasche zu geben. Die Farbcodierung muss beiderseitig sichtbar sein. Ungesichtete Verletzte/Kranke sind an der weißen Farbkarte zu erkennen.

Die Sichtungskategorien bedeuten:

I	:	Akute vitale Bedrohung
	Konsequenz:	Sofortbehandlung
II	:	Schwer verletzt/erkrankt
	Konsequenz	Aufgeschobene Behandlungspriorität
III	:	Leicht verletzt/erkrankt
	Konsequenz	Spätere (ambulante) Behandlung
IV	:	Ohne Überlebenschance
	Konsequenz:	Betreuende (abwartende) Behandlung.

Wird bei der Sichtung der Tod festgestellt, so werden die Personen entsprechend gekennzeichnet und Uhrzeit und Name (des Sichtenden) dokumentiert.

Das obengenannte Übersichtsschema stellt das Ergebnis der Konsensuskonferenzen dar und ist sowohl im rettungsdienstlichen Einsatz als auch bei Katastrophen einheitlich zu verwenden.

Zur Farbcodierung sind zu nutzen für:

I	:	rote Farbkarte
II	:	gelbe Farbkarte
III	:	grüne Farbkarte
IV	:	blaue Farbkarte
Tote:	:	schwarze Farbkarte.

Hierzu werden die Farbtafeln entsprechend dem Sichtungsergebnis so gefaltet, dass die Farbe beidseitig erkennbar ist. Ungesichtete Verletzte/Kranke sind an der weißen Farbkarte zu erkennen.

Der Vorgang der Sichtung ist nach den jeweiligen Gegebenheiten so oft wie möglich und/oder nötig zu wiederholen. Hierfür sind die weiteren Rubriken im Vorderteil der Anhängkarte vorgesehen.

Weitere medizinische Angaben werden durch den Arzt oder von seinen Helfern auf die Karte übertragen.

Zu einem späteren Zeitpunkt wird in Abhängigkeit von der Lage (auch Personal- und Transportmittelkapazitäten) die Transportpriorität festgelegt und dokumentiert.

Ausfüllen und Handhabung

Zunächst werden bei der Sichtung durch den Arzt **mindestens** folgende Angaben der Anhängkarte für Verletzte/Kranke erforderlich:

- Sichtungskategorie, Uhrzeit, Name (des sichtenden Arztes)
- Patientenummer
- Kurz-Diagnose.

Die **Patientennummern** werden von der Führungskraft vor Ort (z.B. Leitender Notarzt/Organisatorischer Leiter) vergeben. Es ist nicht beabsichtigt, bundesweit geltende Patientennummern zu vergeben. In der Regel wird eine einfache Nummerierung ausreichen, die jedoch innerhalb eines Einsatzes eineindeutig sein muss!

Deshalb empfiehlt es sich, beim Zusammenwirken mehrerer Einheiten Kürzel für die Herkunft der Einheit (z.B. Polizeiliches Kennzeichen, Codierungsnummer des Kreisverbandes) zu verwenden. Es muss aber auf jeden Fall sichergestellt sein, dass eine Patientennummer im Gesamteinsatz nicht doppelt vergeben wird!

Die vom Leitenden Notarzt/Organisatorischen Leiter vergebene Patientennummer auf der Anhängkarte für Verletzte/Kranke dient nicht nur der Identifizierung des Patienten, sondern kann auch zur Beschriftung von Patientengut (z.B. Beutel mit Bekleidung) benutzt werden.

Zu diesem Zweck sollten entsprechende Aufkleber, mindestens fünf, in der Anhängkarte vorgehalten werden.

Neben der **Kurz-Diagnose** ist die **weitere Dokumentation** auf der Rückseite der Anhängkarte wünschenswert (Ankreuzfelder, die bei Bedarf durch Freitext ergänzt werden können):

- Verletzung
- Verbrennung
- Erkrankung
- Vergiftung
- Verstrahlung
- Psyche (darunter sind auffallende psychische Verhaltensweisen zu verstehen, die einer weiteren Beobachtung/Behandlung bedürfen).

Die betroffenen Körperregionen sind in der **Abbildung der Körperumrisse** anzucreuzen (bei Verletzung, Verbrennung).

Die Leitdiagnose ist durch Einkreisung des entsprechenden Kreuzes zu kennzeichnen. Es sind mehrere Leitdiagnosen möglich.

Der **Zustand** des Betroffenen bei der 1. Sichtung wird hinsichtlich Bewusstsein, Atmung und Kreislauf wird in aller Kürze durch Ankreuzfelder dokumentiert:

- o.B.
- ↓ (für reduziert oder eingeschränkt).

Die Eintragung der Uhrzeit ist nur vorzunehmen, wenn der Zustand des Betroffenen nochmals und zu einem späteren als dem ersten Sichtungszeitpunkt beurteilt und dokumentiert wird (und noch kein anderes Dokumentationsmedium, z.B. Behandlungsplatzprotokoll o.ä. zur Verfügung steht).

Die bei der **Erst-Therapie** verabreichten Medikamente sind in aller Kürze **mindestens** mittels Ankreuzfelder zu dokumentieren:

Infusion

- Analgetika
- Antidote
- sonstige Medikamente.

Wenn möglich sollte eine ausführlichere Dokumentation erfolgen: Bezeichnung der Medikamente, Dosis, Applikationsweg, Uhrzeit.

Zu einem späteren Zeitpunkt wird in Abhängigkeit von der Lage die **Transportpriorität** festgelegt und dokumentiert.

Bei der Festlegung des **Transportes** sind die jeweils zutreffenden Angaben

- liegend
- sitzend
- mit Notarzt
- isoliert

durch Ankreuzen des/der entsprechenden Feldes/Felder am unteren Rand der Karte vorzunehmen.

Der Arzt gibt im Feld **Transportziel** auf der Vorderseite die gewünschte medizinische Einrichtung (Klinik, Fachrichtung etc.) an, in der der Betroffene weiterbehandelt werden soll.

Unter **Transportmittel** können Angaben zum gewünschten Transportmittel gemacht werden, z.B. RTH.

Abschließend sind dort die tatsächlich genutzten Transportmittel und das endgültige Transportziel einzutragen.

Die Rubrik **Bemerkungen** steht allen Einsatzkräften offen.

Ärzte können hier z.B. Hinweise für den weiterbehandelnden Arzt eintragen oder die vorher in Kurzform gemachten medizinischen Angaben präzisieren sowie ergänzen (Bsp.: neurologischer Ausgangsstatus bei Schädel-Hirn-Trauma).

Auch alle weiteren Hinweise zum Betroffenen können hier eingetragen werden.

Formularsatz Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke in der Anhängkarte für Verletzte/Kranke**Wann und wo wird registriert?**

Die Registrierung von Verletzten und Kranken muss so früh wie möglich erfolgen. Das bedeutet, dass die Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke nach Möglichkeit bereits im Schadensgebiet, spätestens jedoch auf dem Behandlungsplatz ausgefüllt werden muss. Die Möglichkeit des Suchdienstes, bei einem Massenanfall von Verletzten und Kranken oder bei einer Katastrophe Angehörigen schnellstmöglich Auskunft über den Verbleib und ggf. Zustand geben zu können, kann nicht hoch genug bewertet werden.

In der Frühphase des Einsatzes kommt es zunächst darauf an, die Anhängkarten mit beiliegenden Suchdienstkarten zu verteilen und dafür zu sorgen, dass sie an jedem Verletzten/Kranken sicher befestigt werden.

Wie wird registriert?

Der Formularsatz erfordert folgende Angaben:

Patienten-Nummer

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Wohnort
- Straße
- Fundort (je nach Situation, z.B. Straße, sonstige geographische Angaben)
- Geschlechtsangabe (Ankreuzen, m = männlich und f = weiblich)
- Religion (gebräuchliche Abkürzungen, z.B. ev., rk.)
- Nationalität
- Besonderheiten
- Datum
- Uhrzeit
- Transportziel
- Verbleib

Die Angaben zum Namen, Vornamen, Geburtsdatum, Wohnort, Straße, Religion, Nationalität werden vom Registrierungshelfer aufgrund der Patientenangabe eingetragen. Die übrigen Angaben werden ergänzt.

Sofern, z.B. bei Bewusstlosen, keine Personalangaben zu erlangen sind, müssen zumindest das Geschlecht, das ungefähre Alter und ggf. besondere Merkmale (Besonderheiten) angegeben werden.

Die Personaldaten müssen teilweise auf die Anhängkarte für Verletzte/Kranke übertragen werden!

Da die Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke im Durchschreibeverfahren angelegt ist, muss der Stift (Kugelschreiber) fest aufgedrückt sowie groß und deutlich geschrieben werden. Es empfiehlt sich, eine harte Unterlage zu nutzen.

Schicksal der Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke

Schnellstmöglich, spätestens jedoch vor dem Abtransport des Betroffenen, wird die erste Ausfertigung der **Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke** (gelb) entnommen, von der Führungskraft gesammelt und schnellstmöglich über den Einsatzleiter an das Kreisauskunftsbüro (Suchdienst) weitergeleitet. Die Weiterleitung ist auf der Vorderseite der Anhängkarte für Verletzte/Kranke zu dokumentieren (Ankreuzfeld)! Die zweite und dritte Ausfertigung verbleiben in der Anhängkarte für Verletzte/Kranke.

Nach der Einlieferung in die weiterbehandelnde Gesundheitseinrichtung, z.B. in ein Krankenhaus, wird der Verbleib des Verletzten/Kranken (z.B. Name des aufnehmenden Krankenhauses) in die entsprechenden Felder der Anhängkarte für Verletzte/Kranke (Transportziel) und der Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke (Verbleib) eingetragen. Die zweite Ausfertigung des Formularsatzes (weiß mit gelbem Diagonalbalken) wird von der Besatzung des Transportmittels abgetrennt und über den Einsatzleiter an das (Kreis-)Auskunftsbüro (Suchdienst) weitergeleitet.

Die Weiterleitung ist auf der Vorderseite der Anhängkarte für Verletzte/Kranke zu dokumentieren (Ankreuzfeld).

Die **Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke** selbst (weiß) verbleibt in der Anhängkarte für Verletzte/Kranke und wird (z.B. im aufnehmenden Krankenhaus) zu den Patientenunterlagen genommen.

Leicht Verletzte/Erkrankte werden ebenfalls mit der Suchdienstkarte für Verletzte/Kranke registriert. Wenn sie nach der Sichtung entlassen oder z.B. in ambulante Weiterbehandlung empfohlen werden, wird dieses auf der zweiten Ausfertigung des Formularsatzes vermerkt. Diese wird von der Führungskraft ebenfalls über die Einsatzleitung an das (Kreis-)Auskunftsbüro (Suchdienst) weitergeleitet.

Ansprechpartner bei Fragen:

DRK Generalsekretariat
 Team Erste Hilfe, Rettungsdienst, Katastrophenschutz; Team Suchdienst
 Carstennstraße 58, 12205 Berlin; Tel. 030/ 85404-0

Diese Hinweise dürfen zu Übungs- und Einsatzzwecken vervielfältigt werden.

1. Ärztliche Dokumentation

Die Verpflichtung des Arztes zur Dokumentation ergibt sich aus § 10 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes, § 57 Abs. 3 BMV-Ä sowie aus anderen gesetzlichen Vorschriften (z. B. § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung) und aus dem Behandlungsvertrag. Nach § 10 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes haben Ärzte über die in Ausübung ihres Berufs gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation. Das Erstellen einer ärztlichen Kartei (Krankenakte) ist datenschutzrechtlich das Erheben und Speichern personenbezogener Daten. Der Arzt ist im Rahmen der Zweckbestimmung des Behandlungsvertrags verpflichtet und berechtigt, die von ihm als notwendig erachteten Daten zu dokumentieren (erheben und speichern, § 28 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz). Entsprechend dieser vertraglichen Verpflichtung bedarf es zur bloßen Erstellung einer Patientenkartei keiner gesonderten Einwilligung des Patienten.

2. Aufbewahrung

Der Arzt ist Eigentümer der Patientenunterlagen. Er hat die Patientenunterlagen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist besteht (z.B. für Aufzeichnungen über Röntgenbehandlung gem. § 28 Abs. 3 Satz 1 der Röntgenverordnung). Patientenunterlagen können auch außerhalb der Praxisräume in eigenen oder vom Arzt angemieteten Räumen gelagert werden, vorausgesetzt die Patientenunterlagen sind gegen den Zugriff von Unbefugten hinreichend gesichert. Wechselt der Patient seinen Arzt etwa infolge eines Wohnortwechsels, sollte sichergestellt sein, dass auf Wunsch des Patienten seine Krankenakte dem weiterbehandelnden Arzt – gegen Empfangsbestätigung – übersandt wird. Die eigene Aufbewahrungspflicht besteht grundsätzlich unabhängig davon fort. Nach dem Tod des Arztes geht die Pflicht zur Aufbewahrung auf dessen Erben über (bis zum Ende der genannten 10-Jahres-Frist).

3. Rechte des Patienten

Jeder Patient hat das Recht, die über ihn geführte Krankenakte beim Arzt einzusehen. Das Einsichtsrecht bezieht sich auf alle dokumentationspflichtigen objektiven Sachverhalte und medizinischen Feststellungen. Dies sind i.d.R. die naturwissenschaftlichen konkretisierbaren Befunde über Behandlungsmaßnahmen, Angaben über Medikation und Operationsberichte, aber auch EKG, EEG, Röntgenaufnahmen und Laborergebnisse. Nicht vom Einsichtsrecht umfasst werden Aufzeichnungen über persönliche Eindrücke des Arztes über den Patienten oder dessen Angehörige.

Das Einsichtsrecht des Patienten ist bei herkömmlicher Dokumentation durch die konkrete Einsichtnahme des Patienten in den entsprechenden Teil der ärztlichen Aufzeichnungen zu gewähren (§ 10 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes). Darüber hinaus kann der Patient auch Kopien der Aufzeichnungen oder Ausdrücke (gegen Kostenerstattung) verlangen. Originalunterlagen darf und sollte der Arzt dem Patienten – im Hinblick auf die eigene Dokumentationspflicht – nicht überlassen. Etwas anderes gilt insoweit für Röntgenbilder. Gem. § 28 Abs. 8 der Röntgenverordnung hat der Arzt der untersuchten oder behandelten Person Aufzeichnungen und Röntgenbilder zur Weiterleitung an einen später untersuchenden oder behandelnden Arzt oder Zahnarzt vorübergehend zu überlassen, wenn zu erwarten ist, dass dadurch eine weitere Untersuchung mit Röntgenstrahlung vermieden werden kann.

4. Datenschutz bei gemeinschaftlicher Berufsausübung

a. Gemeinschaftspraxen

Bei einer Gemeinschaftspraxis kommt der Behandlungsvertrag des Patienten grundsätzlich mit allen

Praxispartnern gemeinschaftlich zustande. Die Ärzte sind zur gegenseitigen Vertretung berechtigt und insoweit auch von der ärztlichen Schweigepflicht befreit. Gemeinschaftspraxen haben deshalb in der Regel einen gemeinsamen Patientenstamm, eine gemeinsame Dokumentation und damit verbunden auch einen gemeinsamen Datenbestand, auf den jeder Arzt bei Bedarf zugreifen kann.

Anders verhält es sich in dem Fall, dass der Patient ausdrücklich nur mit einem der Ärzte einen Behandlungsvertrag eingehen will oder die Gemeinschaftspraxis so organisiert ist, dass jeder Praxispartner über einen eigenen Patientenstamm verfügt. In diesen Fällen gilt die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber den ärztlichen Kollegen in der Gemeinschaftspraxis. Insoweit sind entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen erforderlich, die eine eindeutige Zuordnung und Beschränkung der Zugriffsrechte auf die Patientendaten durch den behandelnden Arzt ermöglichen. Bildet ein niedergelassener Arzt mit einem anderen niedergelassenen Arzt eine Gemeinschaftspraxis, kann nicht ohne weiteres angenommen werden, dass die bisherigen Patienten der Einzelpraxen mit einer gemeinsamen Behandlung durch die Partner der neu gebildeten Gemeinschaftspraxis einverstanden sind. Eine Zusammenführung der Patientendaten sollte erst dann erfolgen, wenn der Patient der gemeinsamen Behandlung nicht widerspricht oder ihr zugestimmt hat. Auch bei der Erweiterung bestehender Gemeinschaftspraxen ist diese Vorgehensweise zu empfehlen.

Scheidet ein Praxispartner aus der Gemeinschaftspraxis aus, hat dieser ein berechtigtes Interesse an den gemeinsamen Patientendaten, insbesondere dann, wenn er seine ärztliche Tätigkeit an anderer Stelle fortführen will. Datenschutzrechtlich hat er jedoch nur Anspruch auf die Daten derjenigen Patienten, die ihm aus der Gemeinschaftspraxis in seine neue Praxis folgen. Insoweit ist damit erst eine nachträgliche Herausgabe der entsprechenden Patientenunterlagen an den ausgeschiedenen Praxispartner (gegen Empfangsbestätigung) und die Löschung der Daten im EDV-System der (bisherigen) Gemeinschaftspraxis möglich.

b. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Sucht der Patient zur ärztlichen Versorgung ein MVZ auf, kommt der Behandlungsvertrag grundsätzlich mit dem MVZ, nicht aber mit dem jeweiligen Behandler zustande. Vor diesem Hintergrund führen MVZ in der Regel eine zentrale Patientendatei, auf die alle Ärzte des MVZ zugreifen können. Etwas anderes gilt nur, wenn der Patient ausdrücklich nur mit einem der Ärzte einen Behandlungsvertrag eingehen will. In diesen Fällen gilt die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber den ärztlichen Kollegen des MVZ.

c. Praxisgemeinschaften

Mit einer Praxisgemeinschaft wird die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte mit dem vorrangigen Zweck, bestimmte Kosten zur besseren Ausnutzung der persönlichen und sachlichen Mittel auf mehrere Ärzte umzulegen, beabsichtigt. Jede an der Praxisgemeinschaft teilnehmende Praxis ist rechtlich selbstständig und muss deshalb eine eigene Dokumentation und einen eigenen Datenbestand führen. Im Verhältnis zu den Partnern der Praxisgemeinschaft gilt die ärztliche Schweigepflicht.

In Praxisgemeinschaften ist deshalb eine eindeutige Zuordnung der Patientendaten zu dessen Arzt unerlässlich. Ebenso muss gewährleistet sein, dass jeder einzelne Partner der Praxisgemeinschaft nicht auf die Patientendaten des/der anderen Partner/s zugreifen kann.

5. Übermittlung bei Praxisverkauf

Auch bei einem Praxisverkauf ist der übergebende Arzt (oder dessen Erben) zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet. Daher ist die Weitergabe von Patientendaten im Rahmen einer Praxisveräußerung grundsätzlich nur mit schriftlicher Einverständniserklärung des Patienten zulässig. Dem abgebenden Arzt ist daher anzuraten, diejenigen Patienten, die die Praxis vor dem anstehenden Praxisverkauf bzw. vor der Praxisübergabe aufsuchen, schriftlich um Zustimmung zur Übergabe der Patientenunterlagen zu bitten. Den Teil der Patientenunterlagen, für die keine Einverständniserklärungen vorliegen, hat der bisherige Praxisinhaber aufzubewahren. Ist ihm eine Aufbewahrung nicht möglich, kann er seine ärztlichen Aufzeichnungen dem übernehmenden Arzt im Rahmen eines

Verwahrungsvertrages in Obhut geben. Der übernehmende Arzt hat diese Unterlagen getrennt von seinen eigenen Unterlagen unter Verschluss zu halten (§ 10 Abs. 4 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes). Ein Zugriff des Praxisnachfolgers auf die „Alt-Kartei“ ist nur zulässig, wenn der jeweilige Patient dem ausdrücklich schriftlich zustimmt oder durch sein Erscheinen in der Praxis konkludent seine Zustimmung hierzu erklärt.

6. Elektronische Dokumentation

Die Aufzeichnung von Patientenunterlagen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien ist zulässig (§ 10 Abs. 4 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes). Allerdings bedarf die elektronische Dokumentation besonderer Sicherheits- und Schutzmaßnahmen, um eine Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung der Aufzeichnungen zu verhindern. Will der Arzt auf eine herkömmliche schriftliche Dokumentation verzichten, muss das Dokument, um eine beweissichere elektronische Dokumentation zu erreichen, mit einer qualifizierten elektronischen Signatur des Arztes versehen werden. Dies hat allerdings zur Folge, dass ein qualifiziert signiertes Dokument nicht mehr inhaltlich verändert werden kann, ohne die Signatur zu zerstören. Aus diesem Grunde müssen Ergänzungen sowie Berichtigungen in einem gesonderten Dokument festgehalten und dieses mit dem Ursprungsdokument untrennbar werden.

Quelle: http://www.kvsaarland.de/7741/verfahren_mit_patientenunterlagen_bei_Praxisuebergabe.html

Was muss wie lange aufbewahrt werden?

Uns erreichen vermehrt Anfragen, was die Aufbewahrungsfristen für Unterlagen und Dokumentation in Arztpraxen betrifft. Wir nehmen dies zum Anlass, Ihnen als Praxismerkblatt eine Aufstellung über Aufbewahrungsfristen für Unterlagen in Arztpraxen zur Verfügung zu stellen (Datei rechts zum Download).

Nach §10 Absatz 3 der saarländischen Berufsordnung sind „ärztliche Aufzeichnungen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften längere Aufbewahrungsfristen bestehen“. Abweichende Fristen sind in der nachfolgenden Liste aufgeführt. Bitte beachten Sie, dass diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Alle Angaben wurden sorgfältig zusammengestellt, die KV Saarland kann jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit übernehmen.

Quelle: <http://www.kvsaarland.de>

Aufbewahrungsfristen für Unterlagen in Arztpraxen

Stand: April 2012

Art der Unterlage	Aufbewahrungsfrist
A Abrechnung eines Labors	6 Jahre
Abrechnungsscheine (bei Diskettenabrechnung)	1 Jahr
Ambulantes Operieren - Aufzeichnungen und Dokumentationen	10 Jahre
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Durchschrift des gelben Dreifachsatzes - Teil C)	1 Jahr
Arztakten; Ärztliche Behandlungsunterlagen	10 Jahre
Arztbriefe - eigene und fremde	10 Jahre
Ärztliche Aufzeichnungen - einschließlich Untersuchungsbefunde	10 Jahre
Aufzeichnungen (des Arztes in seiner Kartei)	10 Jahre
B Befunde	10 Jahre
Berichte (Überweiser und Hausarzt)	10 Jahre
Berufsgenossenschaftliche Verletzungsartenverfahren	20 Jahre
Berufsunfähigkeitsgutachten	10 Jahre
Betäubungsmittel (BTM-Rezeptdurchschrift, BTM-Karteikarten, BTM-Bücher)	3 Jahre
Befundmitteilungen	10 Jahre
Behandlung mit radioaktiven Stoffen und ionisierenden Strahlen	30 Jahre
Bilanzen und Bilanzunterlagen	10 Jahre
Blutprodukte (Anwendung v. Blutprodukten u. gentechnisch hergest. Plasmaproteinen zur Behandlung v. Hämastasestörungen)	30 Jahre
D DMP-Unterlagen	10 Jahre
Durchgangsarzt/ D-Arzt-Verfahren (Ärztliche Unterlagen einschließlich Krankenblätter und Röntgenbilder)	15 Jahre
E EEG-Streifen/ EKG-Streifen	10 Jahre
Einheitswertbescheide	6 Jahre
Ersatzverfahren, Abrechnungsscheine	1 Jahr
G Gesundheitsuntersuchung (Teil B des Berichtsvordrucks nach der Untersuchung)	5 Jahre
Gewinn- und Verlustrechnung	10 Jahre
Gutachten über Patienten (für Krankenkasse, Versicherungen, Berufsgenossenschaften)	10 Jahre
H H-Ärzte (Behandlungsunterlagen einschließlich Röntgenbilder)	15 Jahre
Häusliche Krankenpflege (Verordnung von)*	10 Jahre
Heilmittelverordnungen*	10 Jahre
J Jahresabschlüsse	10 Jahre
Jugendarbeitsschutzuntersuchung (Untersuchungsbogen)	10 Jahre
Jugendgesundheitsuntersuchung (Berichtsvordrucke, Dokumentation)	5 Jahre
K Karteikarten (einschließlich ärztlicher Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde)	10 Jahre
Kassenbücher und blätter	10 Jahre
Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (ärztliche Aufzeichnung)	10 Jahre
Koloskopie (Teil B des Berichtsvordruckes)	5 Jahre
Kontoauszüge	10 Jahre
Kontrollkarten über interne Qualitätssicherung und Zertifikate über erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen	5 Jahre
Krankenhausberichte	10 Jahre
Krankenkassenanfragen (Durchschriften)	10 Jahre
Krankenhausbehandlung (Verordnung, Krankenhauseinweisung Teil C)	10 Jahre
Krebsfrüherkennung Frauen (Berichtsvordruck Teil B)	5 Jahre
Krebsfrüherkennung Frauen (Berichtsvordruck Teil A)	4 Quartale
Krebsfrüherkennung Männer (Berichtsvordruck Teil B)	5 Jahre
Krebsfrüherkennung Männer (Berichtsvordruck Teil A)	4 Quartale
L Laborqualitätssicherung (Kontrollkarten)	5 Jahre
Laborbuch; Laborbefunde	10 Jahre
Langzeit-EKG (Computerauswertung, keine Tapes)	10 Jahre
Lungenfunktionsdiagnostik (Diagramme)	10 Jahre
M Mahnbescheide - sofern keine Buchungsunterlagen	6 Jahre
N Notfallschein, Teil A (EDV abrechnende Ärzte)	1 Jahr
Notfallschein, Teile B und C*	10 Jahre

Aufbewahrungsfristen für Unterlagen in Arztpraxen

Stand: April 2012

	Art der Unterlage	Aufbewahrungsfrist
P	Patientenkartei (nach der letzten Behandlung)	10 Jahre
	Psychotherapie (Mitteilungen der Krankenkasse)	10 Jahre
R	Rechtsstreitfälle (wenn -unterlagen; nach Abschluss)	30 Jahre
	Röntgen - Konstanzprüfung und Dokumentation (§16 Abs. 4 RöV)	2 Jahre
	Röntgen - Aufzeichnungen der Abnahmeprüfung (§16 Abs. 4 RöV)	Dauer des Betriebes
	Röntgen - Aufzeichnungen über die Belehrung der Praxismitarbeiter gem. § 36 RöV	5 Jahre
	Röntgen - Aufzeichnungen über die Belehrung anderer Personen, denen der Zutritt zum Kontrollbereich gestattet wird (§36 Abs. 4 RöV)	1 Jahr
	Röntgen - Bescheinigung und Sachverständigenprüfbericht bei Erst-Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung (§18 Abs. 1 Nr. 3 RöV)	über die gesamte Betriebsdauer der Einrichtung
	Röntgen - Letzter Sachverständigenprüfbericht der Wiederholungsprüfungen (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 RöV)	bis zur nächsten Wdh.prfg
	Röntgen - Bescheinigung und Sachverständigenprüfbericht nach wesentlichen Änderungen des Betriebes der Rö.-Einrichtung (§ 18 Abs. 1 Nr. 3 RöV)	über die gesamte Betriebsdauer der Einrichtung
	Röntgendiagnostik (Röntgenaufnahmen von Patienten über 18 Jahre. Die 10-jährige Aufbewahrungsfrist beginnt erst ab dem 18. Lebensjahr bei Patienten, so dass alle Röntgenbilder von Kindern und Jugendlichen mindestens bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt werden müssen).	10 Jahre
	Röntgentherapie (Aufzeichnungen)	30 Jahre
S	Scheck- und Wechselunterlagen	10 Jahre
	Sicherungsdiskette (Abrechnung mit der KV)	4 Jahre
	Sonographie (Aufzeichnungen, Fotos, Prints, Disketten)	10 Jahre
	Strahlen-/ Röntgenbehandlung/ -therapie (Aufzeichnungen, Berechnungen nach der letzten Behandlung)	30 Jahre
	Strahlen-/ Röntgendiagnostik (Aufzeichnungen, Filme, nach der letzten Untersuchung, auch mittels radioaktiven und ionisierenden Strahlen). Die 10jährige Aufbewahrungsfrist beginnt erst ab dem 18. Lebensjahr der Patienten, sodass alle Röntgenbilder von Kindern und Jugendlichen mindestens bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt werden müssen.	10 Jahre
	Strahlenschutzprüfung (Unterlagen)	5 Jahre
	Strahlenschutz (Unterlagen über Mitarbeiterbelehrung)	5 Jahre
T	Transfusionsgesetz (siehe Blutprodukte)	15 Jahre
U	Überweisungsschein (EDV abrechnende Ärzte, auch im Ersatzverfahren, auch Muster 7 Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie)	1 Jahr
V	Vertreterschein, Teil A (EDV abrechnende Ärzte)	1 Jahr
	Vertreterschein, Teile B und C*	10 Jahre
	Vermögensverzeichnis	10 Jahre
Z	Zertifikate von Ringversuchen	5 Jahre
	Zytologie (Präparate und Befunde/ statistische Zusammenfassungen)	10 Jahre

* Nur aufzuheben, wenn dieser Schein die alleinige Dokumentation ist und nachfolgend keine anderen Aufbewahrungsfristen genannt sind.

Alle vorstehenden Angaben wurden sorgfältig zusammengestellt, die KV Saarland kann jedoch keine Gewähr für die Richtigkeit übernehmen.