

# Elektronische Archivierung in Arztpraxis

Piotr Owczarek  
Halbergmoos, 4.07.2008

# Agenda

- Was gehört in die Patientenakte?
- Woher kommen die Dokumente?
- Arbeitsweise und Ergonomie
- Wirtschaftliche Aspekte
- Rechtliche Aspekte
- Leitfaden für die Einführung der elektronischen Archivierung

# Was gehört in die Patientenakte?

- Anamnese
- Aufnahmebogen
- diagnostische Befunderhebung
- Funktionsbefunde
- Laborbefunde
- Medikation
- ärztliche Anordnungen zur Pflege
- Dokumentation der Aufklärung
- Arztbrief/Epikrise, Verlegungsbericht
- Bestrahlungsbericht (gemäß § 28 RöntgenVO, § 43 StrahlenschutzVO)
- EKG
- EEG
- CTG/Tokogramm
- histologische Untersuchungsberichte
- szintigraphische Aufnahmen
- OP-Bericht, Anordnungen zur Lagerung auf dem OP-Tisch
- Rat zum Zwecke der Inanspruchnahme eines Spezialisten (gemäß § 1a MBO)
- Ergebnis konsiliarischer Untersuchungen
- Ultraschallbilder

# Was ist die Folge?

4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

# Was ist die Folge?

Weil die Befunde über mehrere Jahre aufbewahrt werden müssen, werden einzelne Patientenakten immer dicker und dadurch unübersichtlicher.

# Was ist die Folge?

Weil die Befunde über mehrere Jahre aufbewahrt werden müssen, werden einzelne Patientenakten immer dicker und dadurch unübersichtlicher.

Die Aktenschränke nehmen immer mehr Platz in der Arztpraxis.

# Was ist die Folge?

Weil die Befunde über mehrere Jahre aufbewahrt werden müssen, werden einzelne Patientenakten immer dicker und dadurch unübersichtlicher.



Die Aktenschränke nehmen immer mehr Platz in der Arztpraxis.



4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

# Was ist die Folge?

Weil die Befunde über mehrere Jahre aufbewahrt werden müssen, werden einzelne Patientenakten immer dicker und dadurch unübersichtlicher.

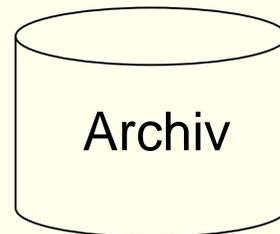


Die Aktenschränke nehmen immer mehr Platz in der Arztpraxis.

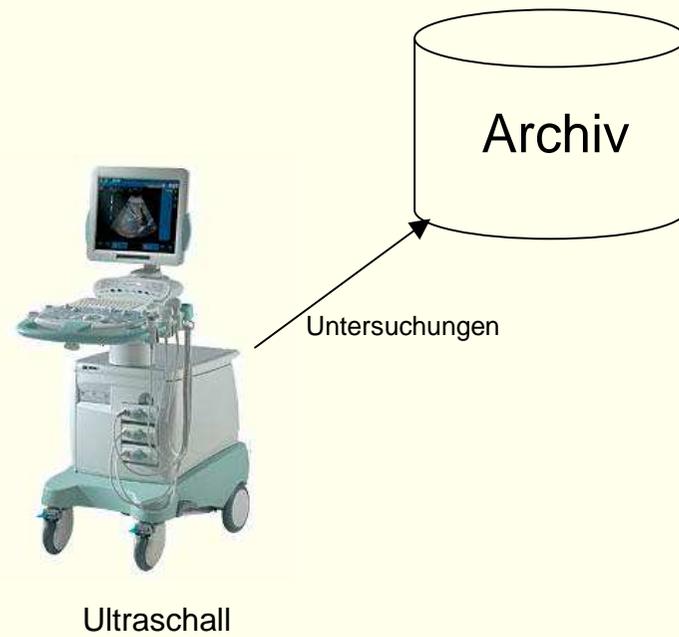


Die einzige vernünftige Lösung heutzutage ist die elektronische Speicherung der Befunde.

Woher kommen die Dokumente?



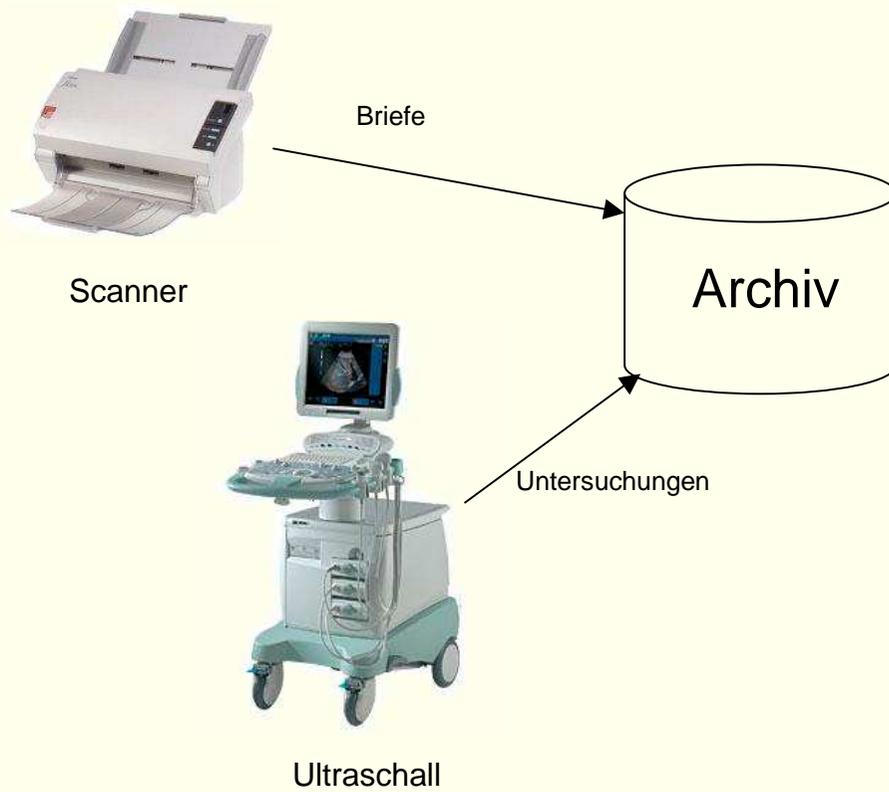
# Woher kommen die Dokumente?



4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

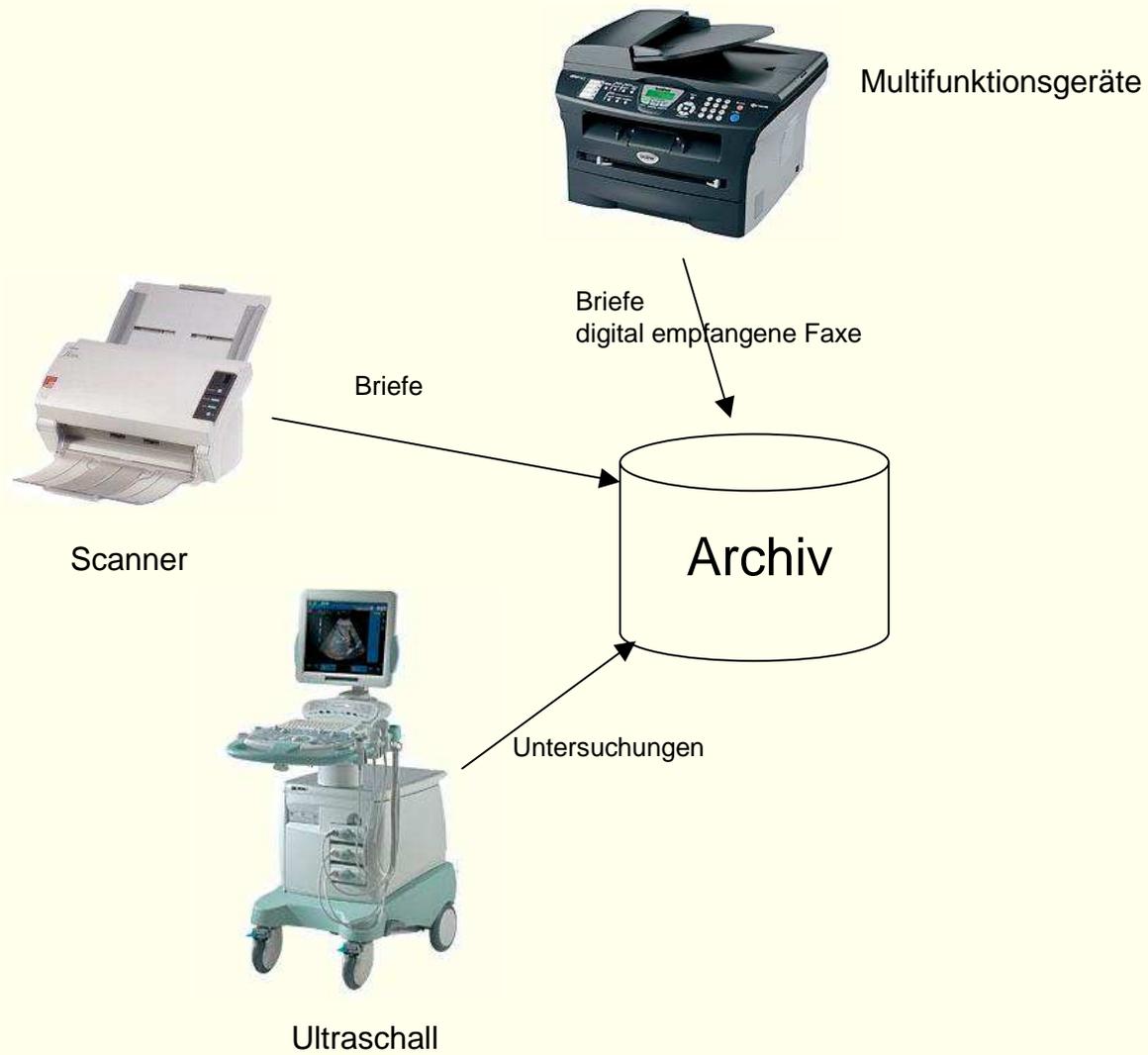
# Woher kommen die Dokumente?



4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

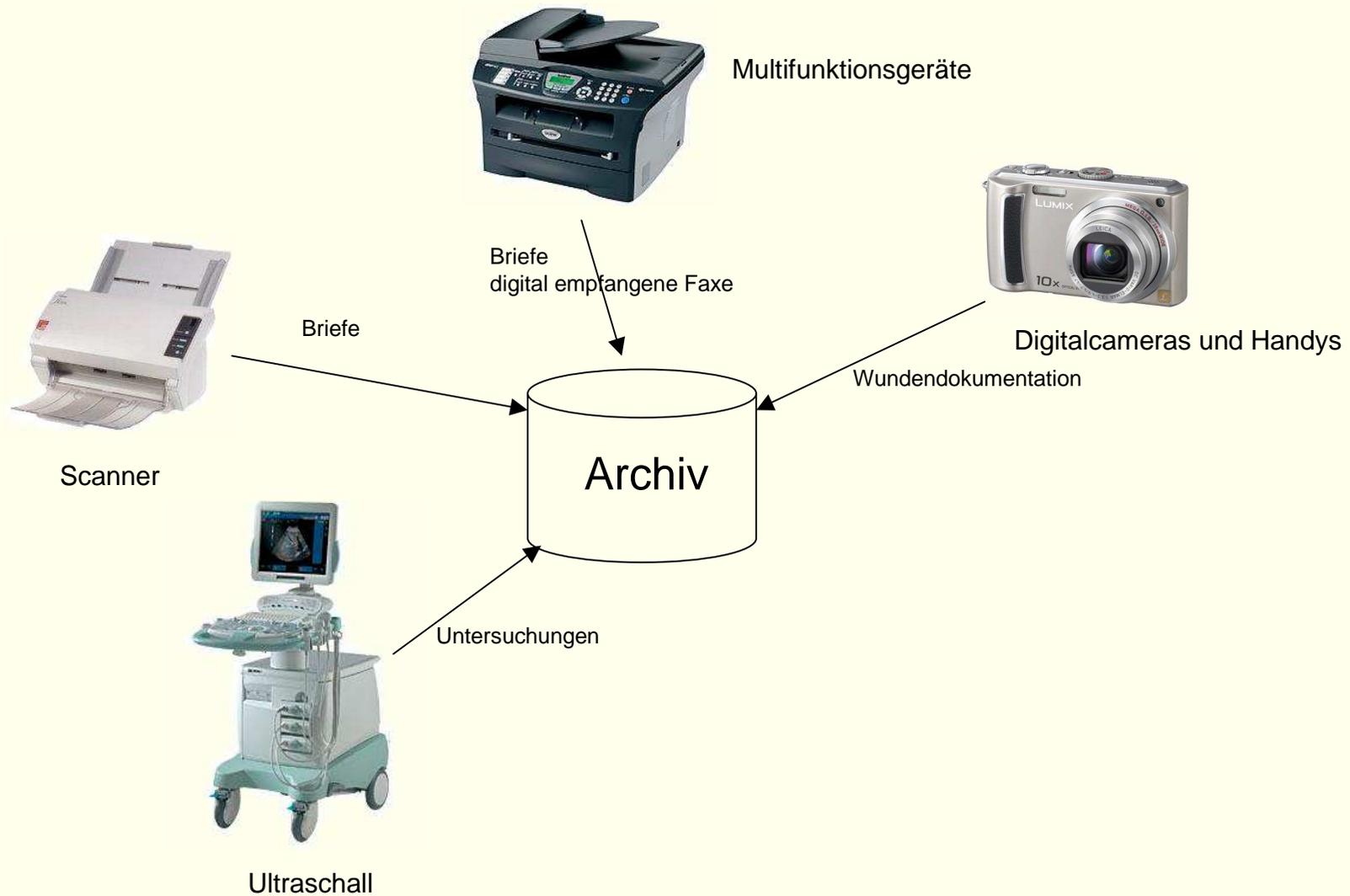
# Woher kommen die Dokumente?



4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

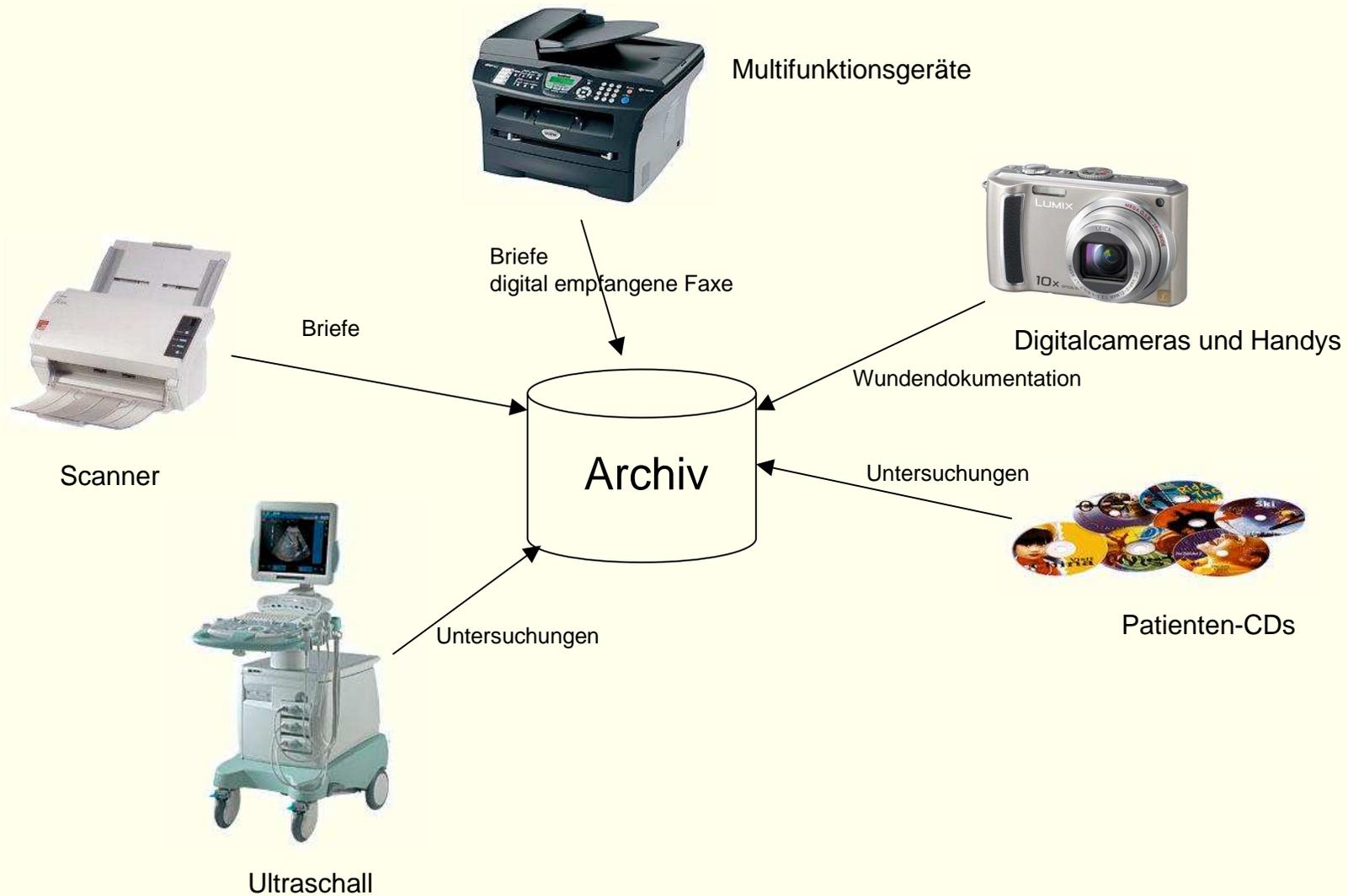
# Woher kommen die Dokumente?



4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

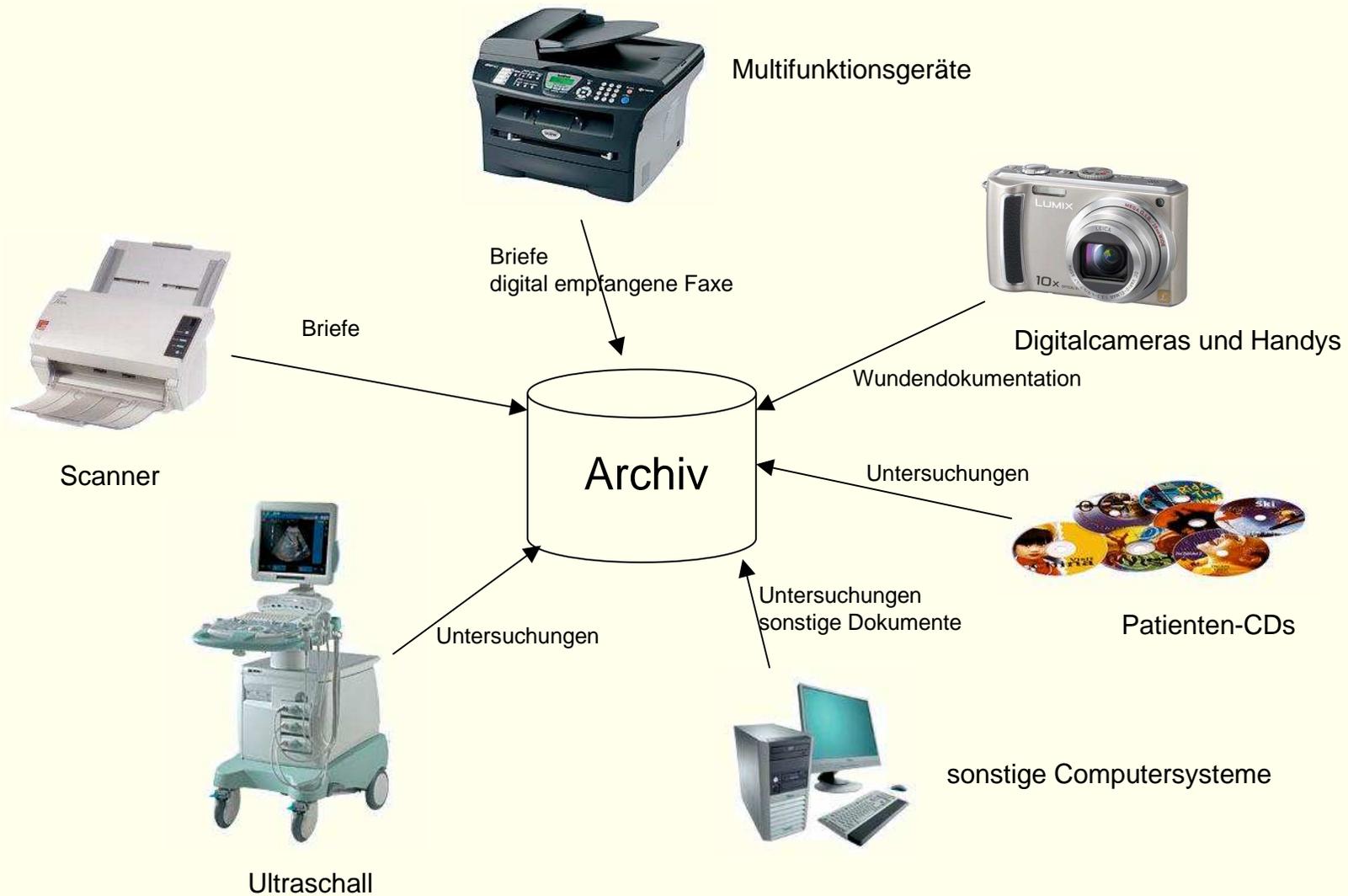
# Woher kommen die Dokumente?



4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

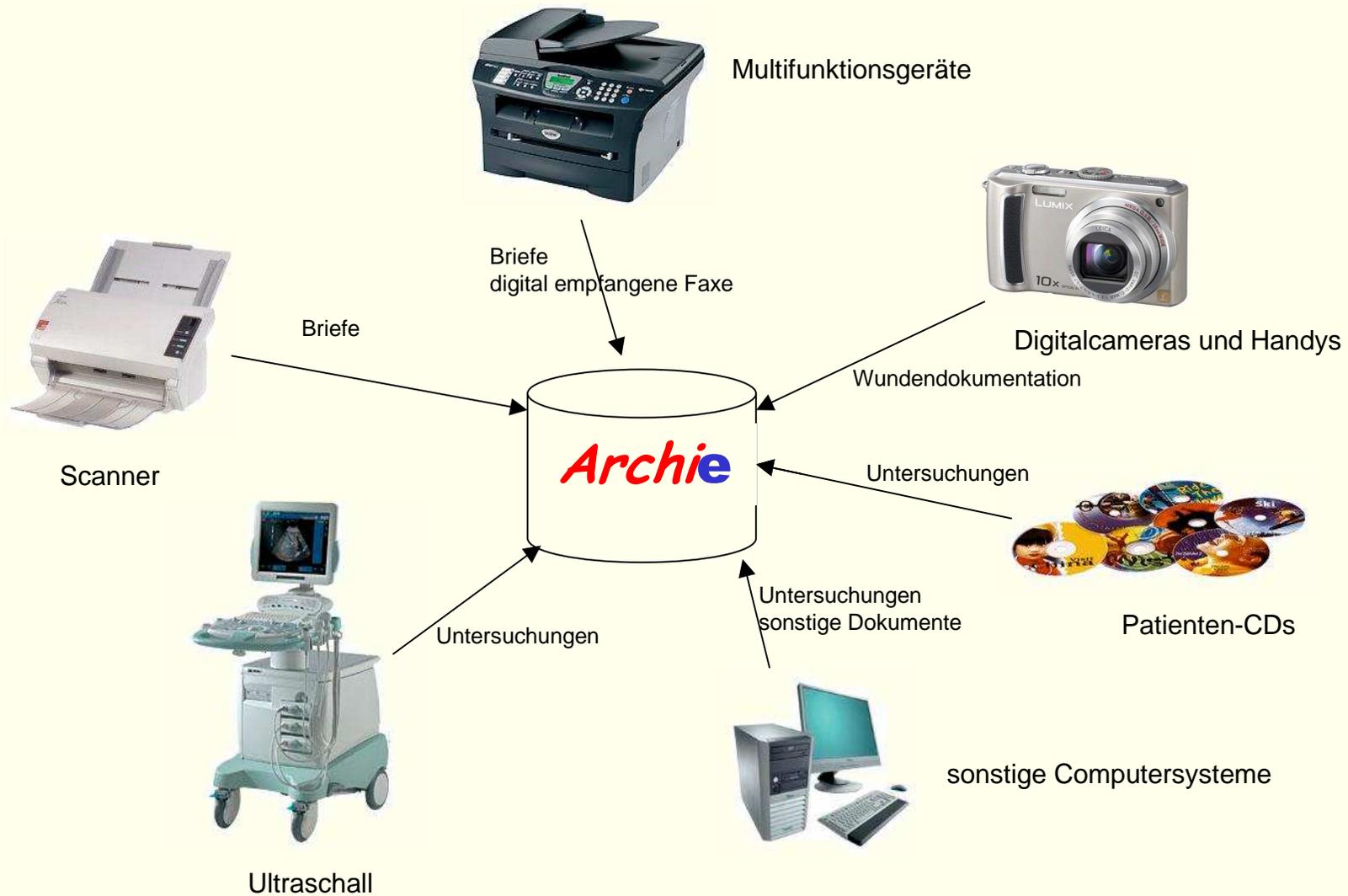
# Woher kommen die Dokumente?



4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

# Woher kommen die Dokumente?



4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

# Arbeitsweise und Ergonomie

4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

# Arbeitsweise und Ergonomie

Häufige Vorurteile:

# Arbeitsweise und Ergonomie

Häufige Vorurteile:

- vom Papier liest sich besser

# Arbeitsweise und Ergonomie

Häufige Vorurteile:

- vom Papier liest sich besser
- in der Karteikarte finde ich leichter

# Arbeitsweise und Ergonomie

Häufige Vorurteile:

- vom Papier liest sich besser
- in der Karteikarte finde ich leichter
- die Tagespost nehme ich lieber nach Hause

vom Papier liest sich besser

# vom Papier liest sich besser

## Klinische Angaben:

Osteochondrale Läsion re. Sprungbein.

## Sequenzen:

Nativ kor. T1 PD fs, sag. und axial PD fs; kor. und sag. T1 fs nach i.v. KM-Gabe.

## Befund:

Etwas Reizerguss im OSG, ligamentäre Strukturen regelrecht abzugrenzen. Im Bereich der med. Talusschulter weiterhin in T1 W hypointense Läsion subchondral von heute etwa 8 x 5 mm Grösse. Umgebendes umschriebenes Markraumödem. Der überdeckende Knorpel sowie die Kortikalis intakt abzugrenzen. Kein Nachweis eines freien Dissekates. Nach KM-Gabe deutliches KM-Enhancement nachzuweisen. Übrige ossäre Strukturen regelrecht abzugrenzen.

Im Vergleich zu den von uns eingespielten Voraufnahmen vom 17.11.2004 ergibt sich keine signifikante Progredienz des Befundes. In nativer T1-W die Hypointensität eher etwas regredient erscheinend.

## Beurteilung:

1. Osteochondrosis dissecans im Stad. I-II im Bereich der med. Talusschulter mit umschriebenem umgebendem Markraumödem.
2. Der überdeckende Knorpel scheint intakt, kein Nachweis eines freien Dissekates.
3. KM-Aufnahme als Hinweis auf Vitalität.
4. Im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahre 2004 keine signifikante Progredienz bei initialer Regredienz der Läsion in T1-W.

Empfangener Fax

# vom Papier liest sich besser

## Klinische Angaben:

Osteochondrale Läsion re. Sprungbein.

## Sequenzen:

Nativ kor. T1 PD fs, sag. und axial PD fs; kor. und sag. T1 fs nach i.v. KM-Gabe.

## Befund:

Etwas Reizerguss im OSG, ligamentäre Strukturen regelrecht abzugrenzen. Im Bereich der med. Talusschulter weiterhin in T1 W hypointense Läsion subchondral von heute etwa 8 x 5 mm Grösse. Umgebendes umschriebenes Markraumödem. Der überdeckende Knorpel sowie die Kortikalis intakt abzugrenzen. Kein Nachweis eines freien Dissekates. Nach KM-Gabe deutliches KM-Enhancement nachzuweisen. Übrige ossäre Strukturen regelrecht abzugrenzen.

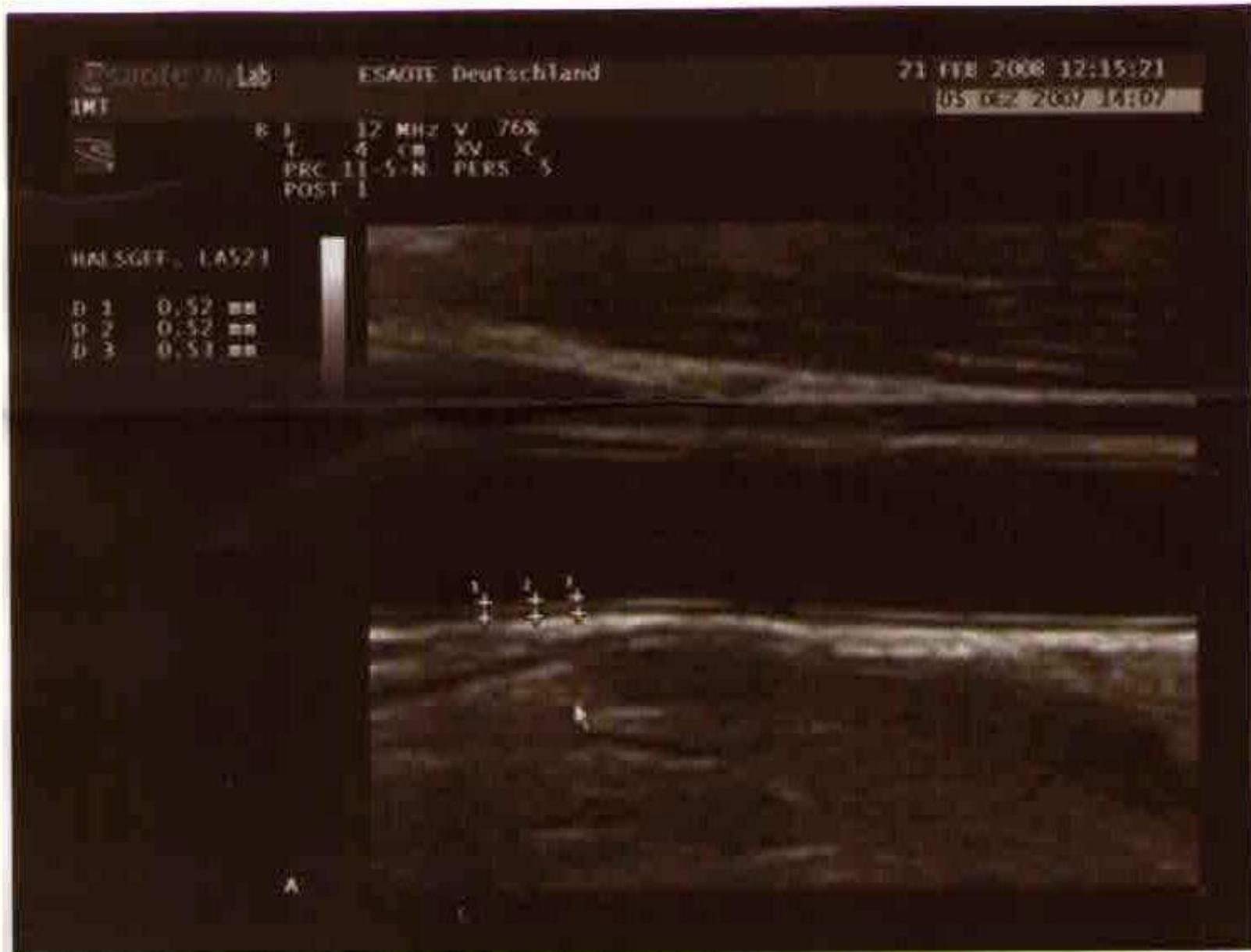
Im Vergleich zu den von uns eingespielten Voraufnahmen vom 17.11.2004 ergibt sich keine signifikante Progredienz des Befundes. In nativer T1-W die Hypointensität eher etwas regredient erscheinend.

## Beurteilung:

1. Osteochondrosis dissecans im Stad. I-II im Bereich der med. Talusschulter mit umschriebenem umgebendem Markraumödem.
2. Der überdeckende Knorpel scheint intakt, kein Nachweis eines freien Dissekates.
3. KIW-Aufnahme als Hinweis auf Vitalität.
4. Im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahre 2004 keine signifikante Progredienz bei initialer Regredienz der Läsion in T1-W.

In **Archiv** erkannter Text

vom Papier liest sich besser



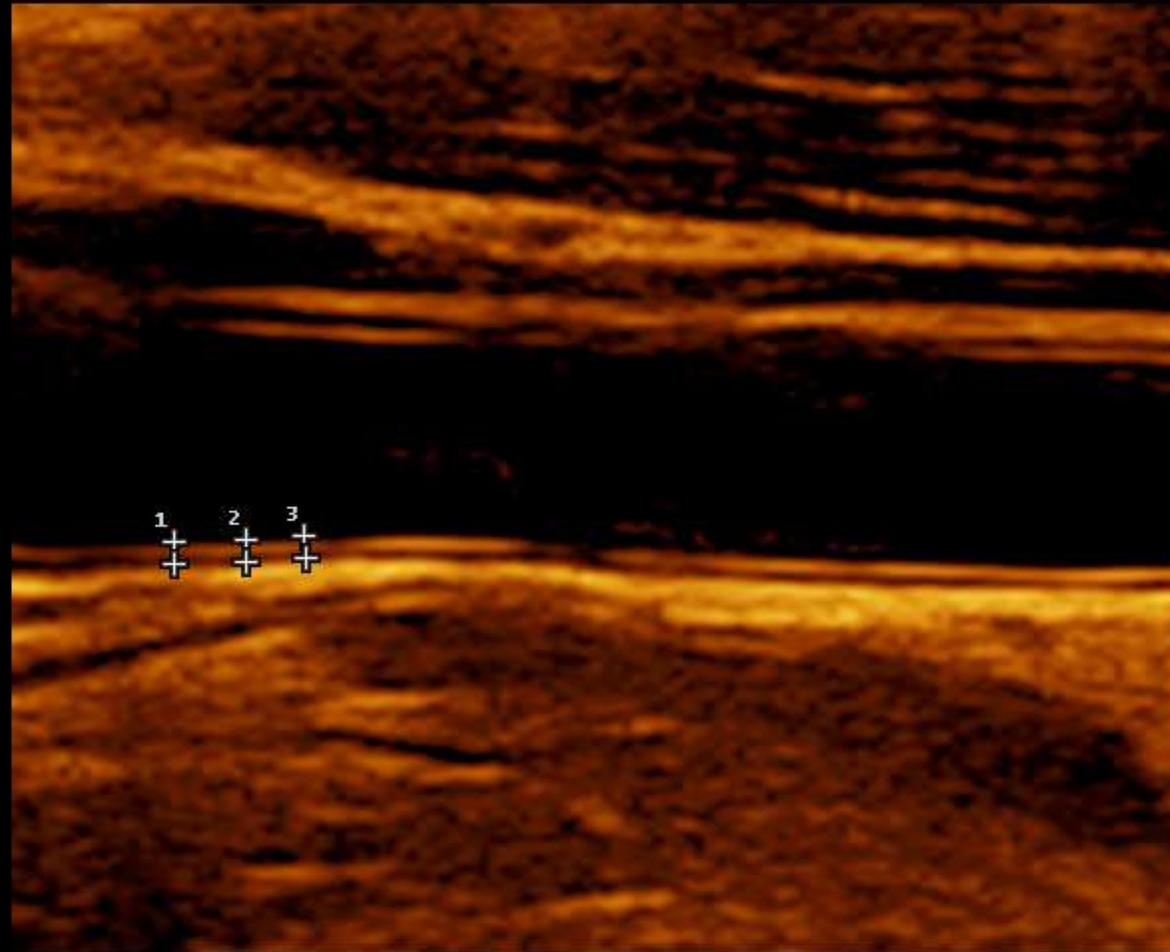
4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

B F 12 MHz V 76%  
T 4 cm XV C  
PRC 11-5-N PERS 5  
POST 1

HALSGEF. LA523

D 1 0.52 mm  
D 2 0.52 mm  
D 3 0.53 mm



1 +  
2 +  
3 +

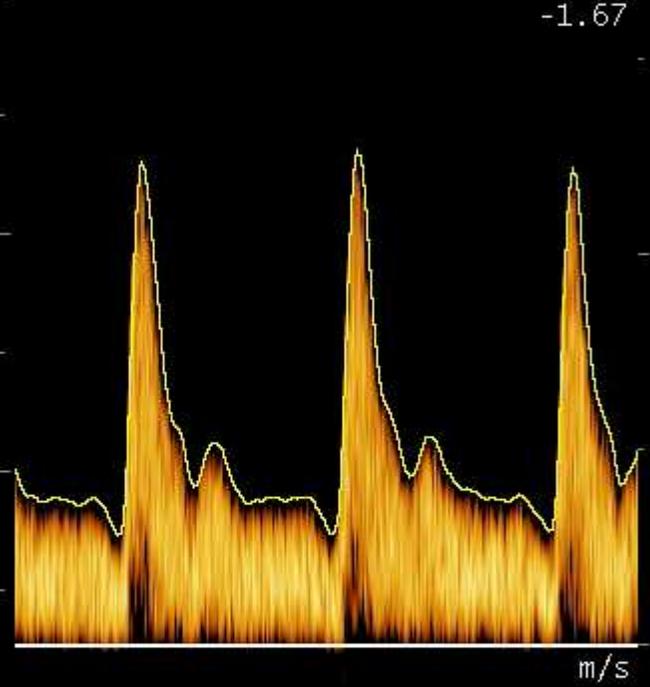
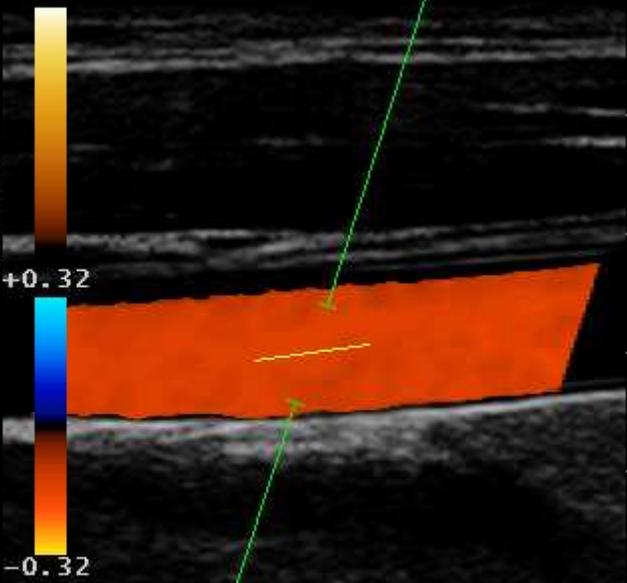
CAROTIS,

05 DEZ 2007 14:23

B	F	12 MHz	V	76%	CFM	F	5.0 MHz	V	64%	PW	F	5.0 MHz	V	46%
T		4 cm	XV	C	PRF		4.2kHz				PRF		6.7kHz	
PRC		12-5-H	PERS	5	PRC		3-N-H	PERS	6		PRC		4-1	
POST		1			WF		N				POST		2	
SV		4-14mm	$\theta$	-65°							WF		100 Hz	

HALSGEF. LA523

FVI	0.45	m
SVp	-126.7	cm/s
Vps	-28.9	cm/s
Vmn	-52.3	cm/s
Vrev	---	cm/s
PI	1.86	
RI	0.77	
S/D	4.36	



2.5 s

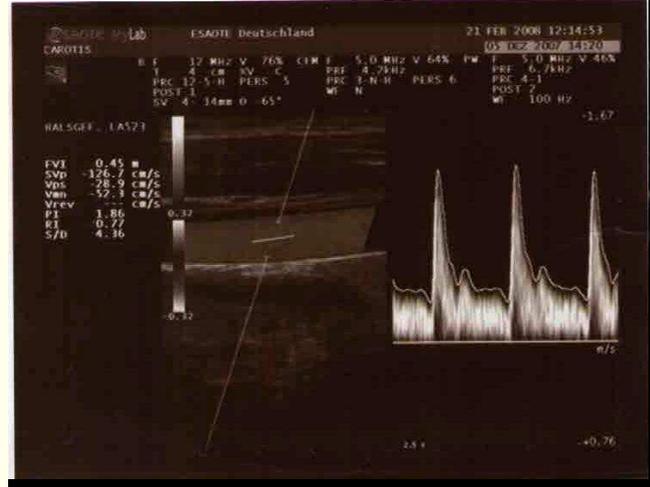
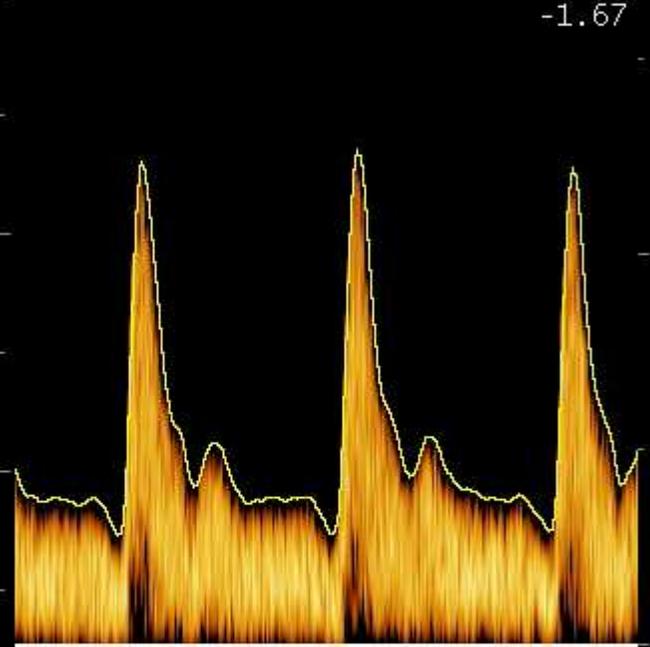
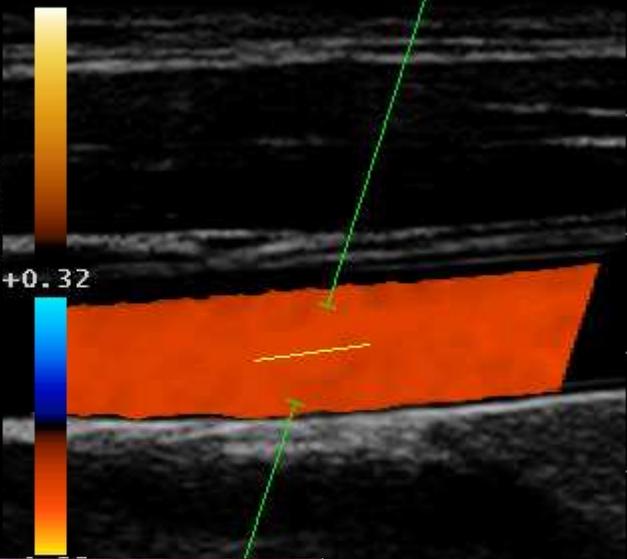
CAROTIS,

05 DEZ 2007 14:23

B	F	12	MHz	V	76%	CFM	F	5.0	MHz	V	64%	PW	F	5.0	MHz	V	46%
T		4	cm	XV	C	PRF		4.2	kHz				PRF		6.7	kHz	
PRC		12-5-H		PERS	5	PRC		3-N-H		PERS	6		PRC		4-1		
POST		1				WF		N					POST		2		
SV		4-	14mm	θ	-65°								WF		100	Hz	

HALSGEF. LA523

FVI	0.45	m
SVp	-126.7	cm/s
Vps	-28.9	cm/s
Vmn	-52.3	cm/s
Vrev	---	cm/s
PI	1.86	
RI	0.77	
S/D	4.36	



2.5 s

+0.76

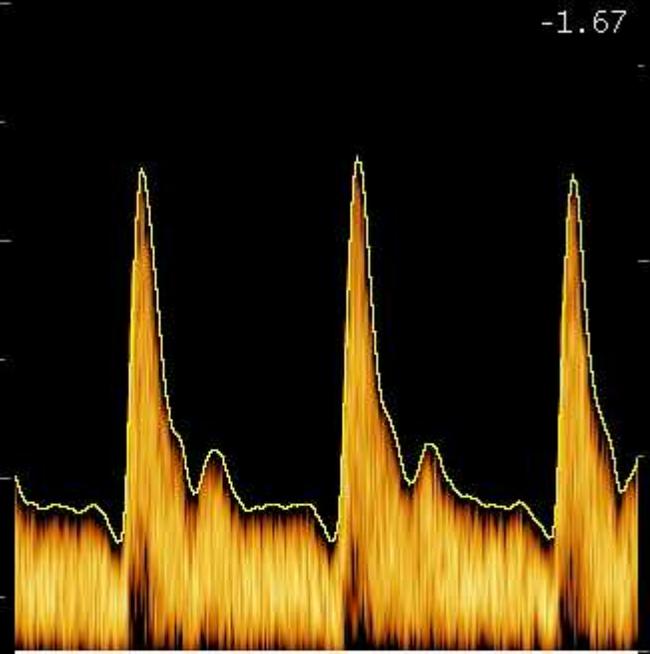
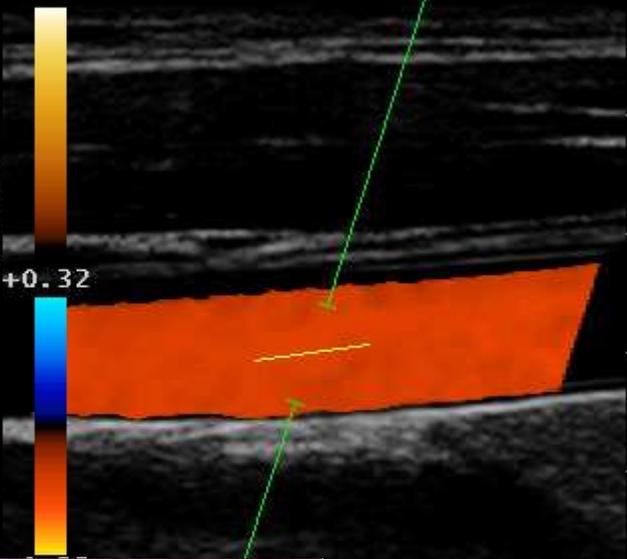
CAROTIS,

05 DEZ 2007 14:23

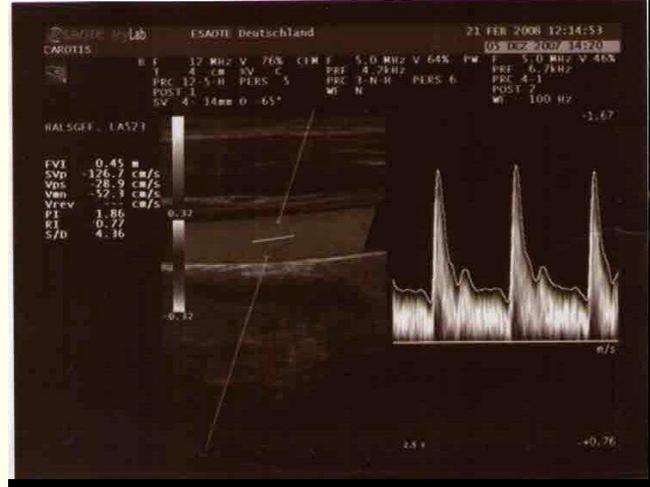
B	F	12 MHz	V	76%	CFM	F	5.0 MHz	V	64%	PW	F	5.0 MHz	V	46%
T		4 cm	XV	C	PRF		4.2kHz				PRF		6.7kHz	
PRC		12-5-H	PERS	5	PRC		3-N-H	PERS	6		PRC		4-1	
POST		1			WF		N				POST		2	
SV		4-14mm	θ	-65°							WF		100 Hz	

HALSGEF. LA523

FVI	0.45	m
SVp	-126.7	cm/s
Vps	-28.9	cm/s
Vmn	-52.3	cm/s
Vrev	---	cm/s
PI	1.86	
RI	0.77	
S/D	4.36	



17"



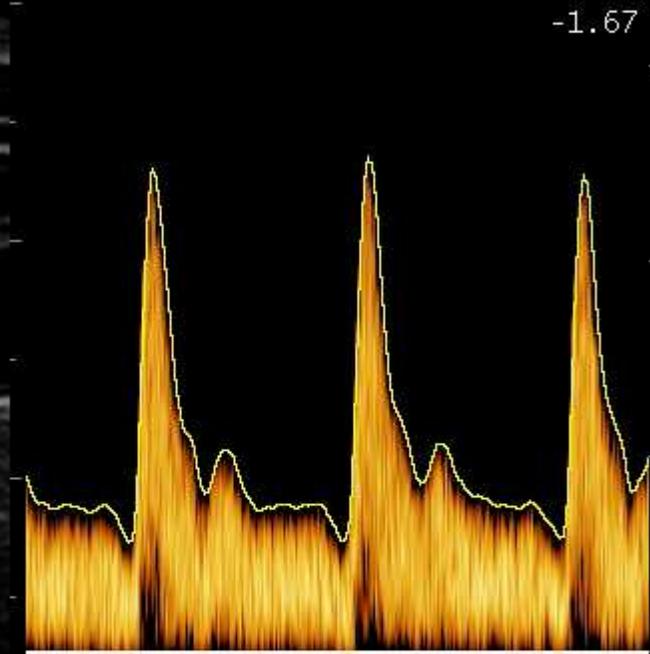
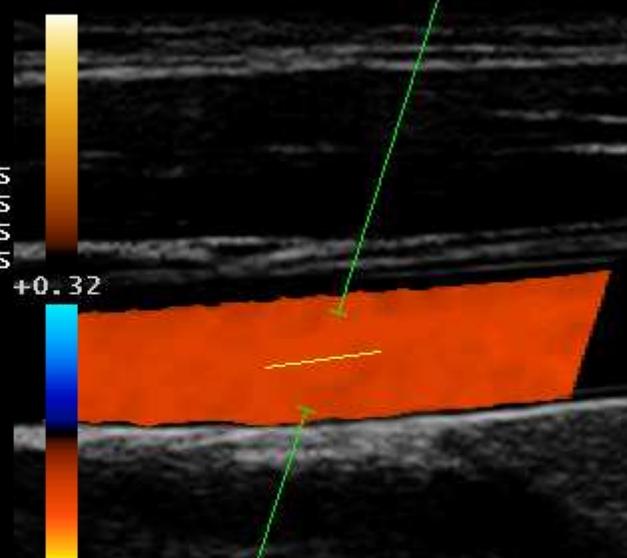
CAROTIS,

05 DEZ 2007 14:23

B	F	12 MHz	V	76%	CFM	F	5.0 MHz	V	64%	PW	F	5.0 MHz	V	46%
T		4 cm	XV	C	PRF		4.2kHz				PRF		6.7kHz	
PRC		12-5-H	PERS	5	PRC		3-N-H	PERS	6		PRC		4-1	
POST		1			WF		N				POST		2	
SV		4-14mm	θ	-65°							WF		100 Hz	

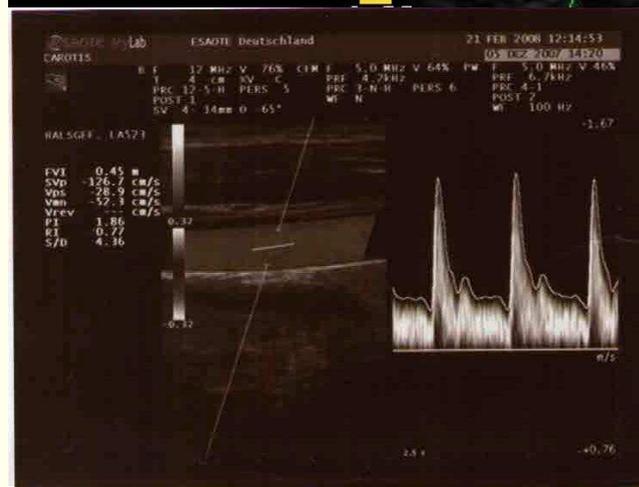
HALSGEF. LA523

FVI	0.45	m
SVp	-126.7	cm/s
Vps	-28.9	cm/s
Vmn	-52.3	cm/s
Vrev	---	cm/s
PI	1.86	
RI	0.77	
S/D	4.36	



17"

Thermodrucker



2.5 s

+0.76

in der Karteikarte finde ich leichter

in der Karteikarte finde ich leichter

## Suchfunktion in *Archie*

Dokumentenname	ID	Patient	Erstellt von	Erstellungsdatum
Untersuchung am 26.02.2007	2827	Schwindel Helmut	Administrator	26.02.2007 08:32:49
Untersuchung am 26.02.2007	2826	Zeitler Robert	Administrator	26.02.2007 08:40:09
Untersuchung am 26.02.2007	1294	Benedikt Elke	Administrator	26.02.2007 08:50:59
Untersuchung am 26.02.2007	2870	Held Konrad	Administrator	26.02.2007 08:58:15
Untersuchung am 27.02.2007	1578	Dippold Bernd	Administrator	27.02.2007 08:37:10
Untersuchung am 27.02.2007	2726	Zeitler Ulrich	Administrator	27.02.2007 08:58:45
Untersuchung am 27.02.2007	3347	Grosch Gerhard	Administrator	27.02.2007 10:30:16
Untersuchung am 27.02.2007	3323	Haendler Doris	Administrator	27.02.2007 10:33:57

in der Karteikarte finde ich leichter

## Suchfunktion in *Archie*

Dokumentenname	ID	Patient	Erstellt von	Erstellungsdatum
Untersuchung am 26.02.2007	2827	Schwindel Helmut	Administrator	26.02.2007 08:32:49
Untersuchung am 26.02.2007	2826	Zeitler Robert	Administrator	26.02.2007 08:40:09
Untersuchung am 26.02.2007	1294	Benedikt Elke	Administrator	26.02.2007 08:50:59
Untersuchung am 26.02.2007	2870	Held Konrad	Administrator	26.02.2007 08:58:15
Untersuchung am 27.02.2007	1578	Dippold Bernd	Administrator	27.02.2007 08:37:10
Untersuchung am 27.02.2007	2726	Zeitler Ulrich	Administrator	27.02.2007 08:58:45
Untersuchung am 27.02.2007	3347	Grosch Gerhard	Administrator	27.02.2007 10:30:16
Untersuchung am 27.02.2007	3323	Haendler Doris	Administrator	27.02.2007 10:33:57

Ein Aktenschrank hat  
**KEINE** Suchfunktion

in der Karteikarte finde ich leichter

## Suchfunktion in *Archie*

Dokumentenname	ID	Patient	Erstellt von	Erstellungsdatum
Untersuchung am 26.02.2007	2827	Schwindel Helmut	Administrator	26.02.2007 08:32:49
Untersuchung am 26.02.2007	2826	Zeitler Robert	Administrator	26.02.2007 08:40:09
Untersuchung am 26.02.2007	1294	Benedikt Elke	Administrator	26.02.2007 08:50:59
Untersuchung am 26.02.2007	2870	Held Konrad	Administrator	26.02.2007 08:58:15
Untersuchung am 27.02.2007	1578	Dippold Bernd	Administrator	27.02.2007 08:37:10
Untersuchung am 27.02.2007	2726	Zeitler Ulrich	Administrator	27.02.2007 08:58:45
Untersuchung am 27.02.2007	3347	Grosch Gerhard	Administrator	
Untersuchung am 27.02.2007	3323	Haendler Doris	Administrator	

Ein Aktenschränk hat  
**KEINE** Suchfunktion



4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

0053.jpg

19 Dez 2005 14:20 KLKNSPIN MUC AIRPORT +49 89 975-86356 S.1

**Kernspintomographie München Airport**  
 Dipl.-med. Birgit Loinmatzsch  
 Ärztin für Nuklearmedizin und Radiologie

Terminalstr. 18 Mitte  
 Ebene D6  
 85358 Flughafen München  
 Tel: 089/97582350  
 Fax: 089/97582356

Dipl. med. B. Loinmatzsch - Terminalstr. 18 - 85358 München

Dr. med. G. Müller  
 Dr. med. Ch. Müller  
 Dr. med. J. Müller  
 Dr. med. S. Müller

18.12.2005 ka

**Pat. Hans-Peter geb. am 16.10.1964**

Sehr geehrter Kollege,

verbindlichen Dank für die freundliche Überweisung Ihres o.g. Patienten, der sich heute bei mir zur Untersuchung vorgestellt hat

**MRT des rechten OSG vom 16.12.05:**

Klinische Angaben:  
 Osteochondrale Läsion re. Sprungbein.

Sequenzen:  
 Nativ kor. T1 PD fs, sag. und axial PD fs; kor. und sag. T1 fs nach i.v. KM-Gabe.

Befund:  
 Etwas Reizerguss im OSG, ligamentäre Strukturen regelrecht abzugrenzen. Im Bereich der med. Talussehne weiterhin in T1 W hypointense Läsion subchondral von heute etwa 8 x 5 mm Größe. Umgebendes umschriebenes Markraumödem. Der überdeckende Knorpel sowie die Kortikalis intakt abzugrenzen. Kein Nachweis eines freien Dissekatates. Nach KM-Gabe deutliches KM-Enhancement nachzuweisen. Übrige ossäre Strukturen regelrecht abzugrenzen.

Im Vergleich zu den von uns eingespielten Voraufnahmen vom 17.11.2004 ergibt sich keine signifikante Progredienz des Befundes. In nativer T1-W die Hypointensität eher etwas regredient erscheinend.

Beurteilung:

1. Osteochondrosis dissecans im Stad. III im Bereich der med. Talussehne mit umschriebenem umgebendem Markraumödem.
2. Der überdeckende Knorpel scheint intakt, kein Nachweis eines freien Dissekatates.
3. KM-Aufnahme als Hinweis auf Vitalität.
4. Im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahre 2004 keine signifikante Progredienz bei initialer Regredienz der Läsion in T1-W.

Dipl. med. B. Loinmatzsch-Terminalstr. 18-86356 München

Dr. med. G. Müller  
 Dr. med. Ch. Müller  
 Dr. med. J. Müller  
 Dr. med. S. Müller

85358 München

**Pat. Hans-Peter geb. am 16.10.1964**

Sehr geehrter Kollege,

verbindlichen Dank für die freundliche Überweisung Ihres o.g. Patienten, der sich heute bei mir zur Untersuchung vorgestellt hat

**MRT des rechten OSG vom 16.12.05:**

Klinische Angaben:  
 Osteochondrale Läsion re. Sprungbein.

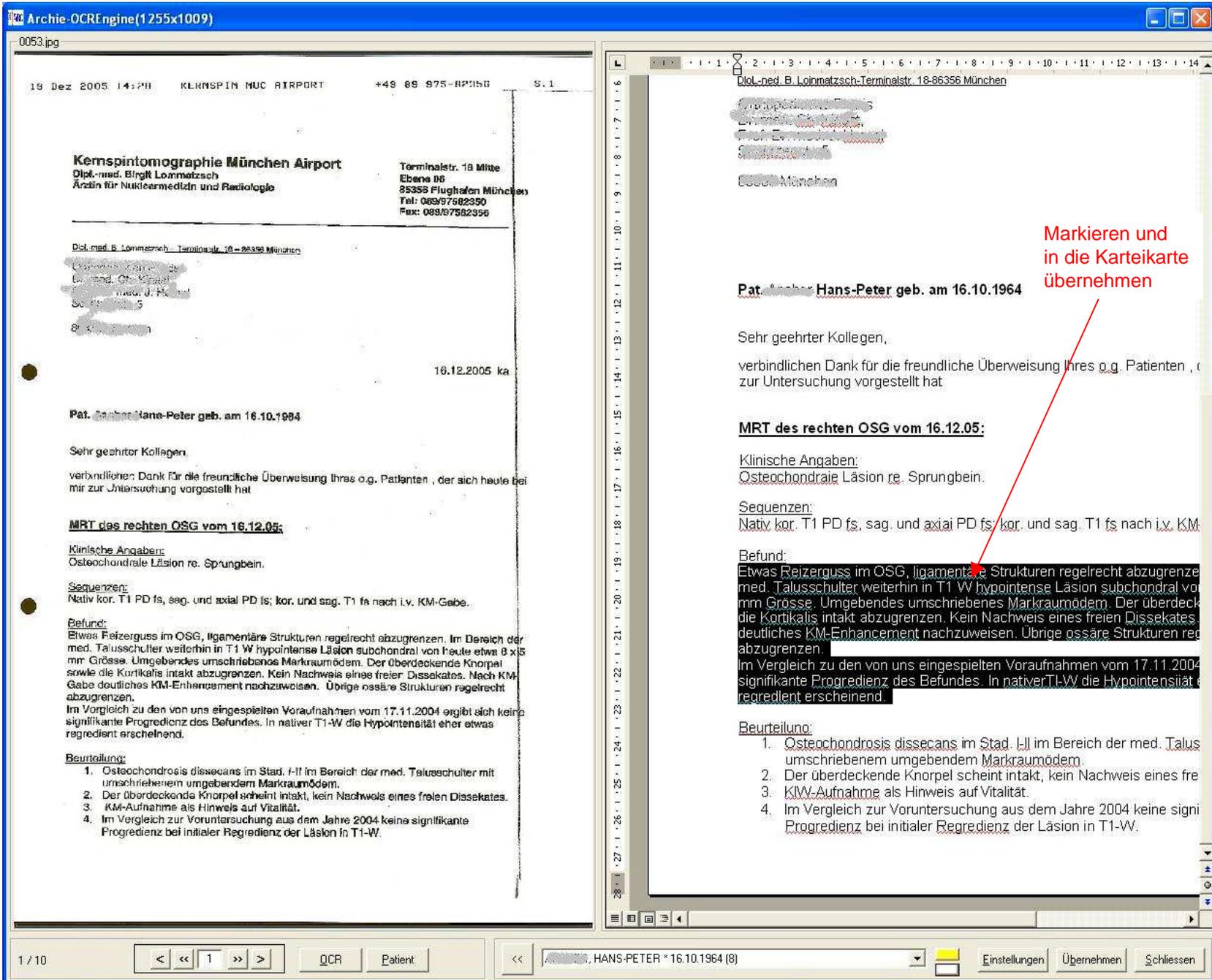
Sequenzen:  
 Nativ kor. T1 PD fs, sag. und axial PD fs; kor. und sag. T1 fs nach i.v. KM-Gabe.

Befund:  
 Etwas Reizerguss im OSG, ligamentäre Strukturen regelrecht abzugrenzen. Im Bereich der med. Talussehne weiterhin in T1 W hypointense Läsion subchondral von heute etwa 8 x 5 mm Größe. Umgebendes umschriebenes Markraumödem. Der überdeckende Knorpel sowie die Kortikalis intakt abzugrenzen. Kein Nachweis eines freien Dissekatates. Nach KM-Gabe deutliches KM-Enhancement nachzuweisen. Übrige ossäre Strukturen regelrecht abzugrenzen.

Im Vergleich zu den von uns eingespielten Voraufnahmen vom 17.11.2004 ergibt sich keine signifikante Progredienz des Befundes. In nativer T1-W die Hypointensität eher etwas regredient erscheinend.

Beurteilung:

1. Osteochondrosis dissecans im Stad. III im Bereich der med. Talussehne mit umschriebenem umgebendem Markraumödem.
2. Der überdeckende Knorpel scheint intakt, kein Nachweis eines freien Dissekatates.
3. KM-Aufnahme als Hinweis auf Vitalität.
4. Im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahre 2004 keine signifikante Progredienz bei initialer Regredienz der Läsion in T1-W.



0053.jpg

19 Dez 2005 14:20 KLKNSPIN MUC AIRPORT +49 89 975-82356 S.1

**Kernspintomographie München Airport**  
 Dipl.-med. Birgit Lommatzsch  
 Ärztin für Nuklearmedizin und Radiologie

Terminalstr. 18 Mitte  
 Ebene D6  
 85358 Flughafen München  
 Tel: 089/97582350  
 Fax: 089/97582356

Dipl.-med. B. Lommatzsch - Terminalstr. 18 - 86356 München

18.12.2005 ka

**Pat. Hans-Peter geb. am 16.10.1964**

Sehr geehrter Kollege,

verbindlichen Dank für die freundliche Überweisung Ihres o.g. Patienten, der sich heute bei mir zur Untersuchung vorgestellt hat

**MRT des rechten OSG vom 16.12.05:**

Klinische Angaben:  
 Osteochondrale Läsion re. Sprunggelenk.

Sequenzen:  
 Nativ kor. T1 PD fs, sag. und axial PD fs; kor. und sag. T1 fs nach i.v. KM-Gabe.

Befund:  
 Etwas Reizerguss im OSG, ligamentäre Strukturen regelrecht abzugrenzen. Im Bereich der med. Talussehne weiterhin in T1 W hypointense Läsion subchondral von heute etwa 8 x 5 mm Größe. Umgebendes umschriebenes Markraumödem. Der überdeckende Knorpel sowie die Kortikalis intakt abzugrenzen. Kein Nachweis eines freien Dissekatos. Nach KM-Gabe deutliches KM-Enhancement nachzuweisen. Übrige ossäre Strukturen regelrecht abzugrenzen.  
 Im Vergleich zu den von uns eingespielten Voraufnahmen vom 17.11.2004 ergibt sich keine signifikante Progredienz des Befundes. In nativer T1-W die Hypointensität eher etwas regredient erscheinend.

Beurteilung:

- Osteochondrosis dissecans im Stadi III im Bereich der med. Talussehne mit umschriebenem umgebendem Markraumödem.
- Der überdeckende Knorpel scheint intakt, kein Nachweis eines freien Dissekatos.
- KM-Aufnahme als Hinweis auf Vitalität.
- Im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahre 2004 keine signifikante Progredienz bei initialer Regredienz der Läsion in T1-W.

Dipl.-med. B. Lommatzsch-Terminalstr. 18-86356 München

Pat. Hans-Peter geb. am 16.10.1964

Sehr geehrter Kollege,

verbindlichen Dank für die freundliche Überweisung Ihres o.g. Patienten, der sich heute bei mir zur Untersuchung vorgestellt hat

**MRT des rechten OSG vom 16.12.05:**

Klinische Angaben:  
 Osteochondrale Läsion re. Sprunggelenk.

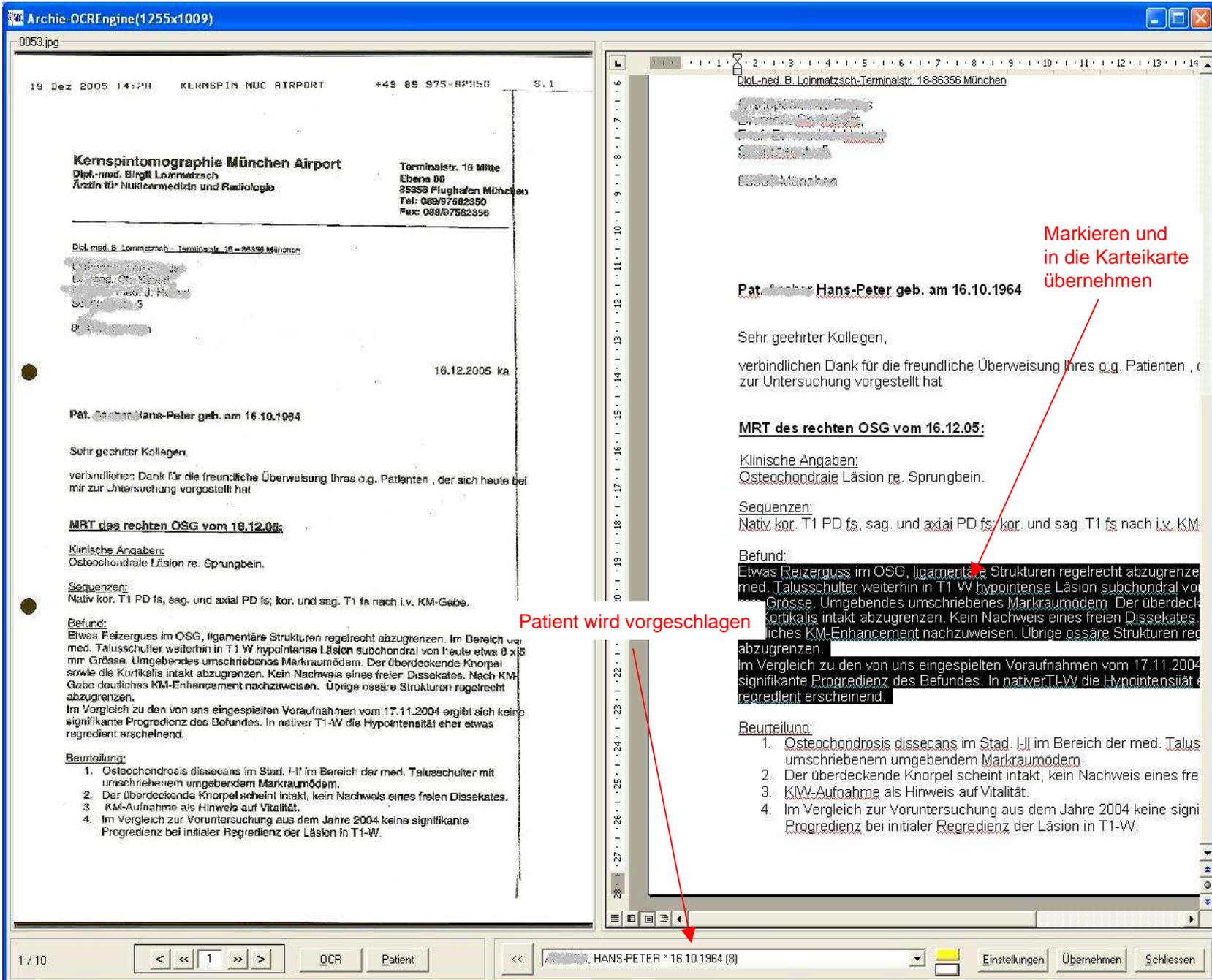
Sequenzen:  
 Nativ kor. T1 PD fs, sag. und axial PD fs; kor. und sag. T1 fs nach i.v. KM-Gabe.

Befund:  
 Etwas Reizerguss im OSG, ligamentäre Strukturen regelrecht abzugrenzen. Im Bereich der med. Talussehne weiterhin in T1 W hypointense Läsion subchondral von heute etwa 8 x 5 mm Größe. Umgebendes umschriebenes Markraumödem. Der überdeckende Knorpel sowie die Kortikalis intakt abzugrenzen. Kein Nachweis eines freien Dissekatos. Nach KM-Gabe deutliches KM-Enhancement nachzuweisen. Übrige ossäre Strukturen regelrecht abzugrenzen.  
 Im Vergleich zu den von uns eingespielten Voraufnahmen vom 17.11.2004 ergibt sich keine signifikante Progredienz des Befundes. In nativer T1-W die Hypointensität eher etwas regredient erscheinend.

Beurteilung:

- Osteochondrosis dissecans im Stadi III im Bereich der med. Talussehne mit umschriebenem umgebendem Markraumödem.
- Der überdeckende Knorpel scheint intakt, kein Nachweis eines freien Dissekatos.
- KM-Aufnahme als Hinweis auf Vitalität.
- Im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahre 2004 keine signifikante Progredienz bei initialer Regredienz der Läsion in T1-W.

Markieren und in die Karteikarte übernehmen



0053.jpg

19 Dez 2005 14:20 KLMNSPIN MUC AIRPORT +49 89 975-82356 S.1

**Kernspintomographie München Airport**  
 Dipl.-med. Birgit Lommatzsch  
 Ärztin für Nuklearmedizin und Radiologie

Terminalstr. 18 Mitte  
 Ebene D6  
 85358 Flughafen München  
 Tel: 089/97582350  
 Fax: 089/97582356

Dipl. med. B. Lommatzsch - Terminalstr. 18 - 86356 München

18.12.2005 ka

**Pat. Hans-Peter geb. am 16.10.1964**

Sehr geehrter Kollege,

verbindlichen Dank für die freundliche Überweisung Ihres o.g. Patienten, der sich heute bei mir zur Untersuchung vorgestellt hat

**MRT des rechten OSG vom 16.12.05:**

Klinische Angaben:  
 Osteochondrale Läsion re. Sprungbein.

Sequenzen:  
 Nativ kor. T1 PD fs, sag. und axial PD fs; kor. und sag. T1 fs nach i.v. KM-Gabe.

Befund:  
 Etwas Reizerguss im OSG, ligamentäre Strukturen regelrecht abzugrenzen. Im Bereich der med. Talussehne weiterhin in T1 W hypointense Läsion subchondral von heute etwa 8 x 5 mm Größe. Umgebendes umschriebenes Markraumödem. Der überdeckende Knorpel sowie die Kortikalis intakt abzugrenzen. Kein Nachweis eines freien Dissekatates. Nach KM-Gabe deutliches KM-Enhancement nachzuweisen. Übrige ossäre Strukturen regelrecht abzugrenzen.  
 Im Vergleich zu den von uns eingespielten Voraufnahmen vom 17.11.2004 ergibt sich keine signifikante Progredienz des Befundes. In nativer T1-W die Hypointensität eher etwas regredient erscheinend.

Beurteilung:

- Osteochondrosis dissecans im Stad. III im Bereich der med. Talussehne mit umschriebenem umgebendem Markraumödem.
- Der überdeckende Knorpel scheint intakt, kein Nachweis eines freien Dissekatates.
- KM-Aufnahme als Hinweis auf Vitalität.
- Im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahre 2004 keine signifikante Progredienz bei initialer Regredienz der Läsion in T1-W.

Dipl. med. B. Lommatzsch-Terminalstr. 18-86356 München

Pat. Hans-Peter geb. am 16.10.1964

Sehr geehrter Kollege,

verbindlichen Dank für die freundliche Überweisung Ihres o.g. Patienten, der sich heute bei mir zur Untersuchung vorgestellt hat

**MRT des rechten OSG vom 16.12.05:**

Klinische Angaben:  
 Osteochondrale Läsion re. Sprungbein.

Sequenzen:  
 Nativ kor. T1 PD fs, sag. und axial PD fs; kor. und sag. T1 fs nach i.v. KM-Gabe.

Befund:  
 Etwas Reizerguss im OSG, ligamentäre Strukturen regelrecht abzugrenzen. Im Bereich der med. Talussehne weiterhin in T1 W hypointense Läsion subchondral von heute etwa 8 x 5 mm Größe. Umgebendes umschriebenes Markraumödem. Der überdeckende Knorpel sowie die Kortikalis intakt abzugrenzen. Kein Nachweis eines freien Dissekatates. Nach KM-Gabe deutliches KM-Enhancement nachzuweisen. Übrige ossäre Strukturen regelrecht abzugrenzen.  
 Im Vergleich zu den von uns eingespielten Voraufnahmen vom 17.11.2004 ergibt sich keine signifikante Progredienz des Befundes. In nativer T1-W die Hypointensität eher etwas regredient erscheinend.

Beurteilung:

- Osteochondrosis dissecans im Stad. III im Bereich der med. Talussehne mit umschriebenem umgebendem Markraumödem.
- Der überdeckende Knorpel scheint intakt, kein Nachweis eines freien Dissekatates.
- KM-Aufnahme als Hinweis auf Vitalität.
- Im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahre 2004 keine signifikante Progredienz bei initialer Regredienz der Läsion in T1-W.

Markieren und in die Karteikarte übernehmen

Patient wird vorgeschlagen

# Wirtschaftliche Aspekte

4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

# Wirtschaftliche Aspekte

Arzthelferin verbringt 30 Min / Tag für das Suchen der Befunde

# Wirtschaftliche Aspekte

Arzthelferin verbringt 30 Min / Tag für das Suchen der Befunde

Zus. 30 Min / Tag für das Einordnen der Befunde

# Wirtschaftliche Aspekte

Arzthelferin verbringt 30 Min / Tag für das Suchen der Befunde

Zus. 30 Min / Tag für das Einordnen der Befunde

Falsch abgelegte Dokumente werden Sie NIE finden.

# Wirtschaftliche Aspekte

Arzthelferin verbringt 30 Min / Tag für das Suchen der Befunde

Zus. 30 Min / Tag für das Einordnen der Befunde

Falsch abgelegte Dokumente werden Sie NIE finden.

## Faustregel:

Mit der Einführung eines elektronischen Archivs, können Sie sich eine Arbeitskraft sparen.

# Wirtschaftliche Aspekte

Arzthelferin verbringt 30 Min / Tag für das Suchen der Befunde

Zus. 30 Min / Tag für das Einordnen der Befunde

Falsch abgelegte Dokumente werden Sie NIE finden.

## Faustregel:

Mit der Einführung eines elektronischen Archivs, können Sie sich eine Arbeitskraft sparen.

Das heißt aber nicht unbedingt, dass Sie Personal entlassen sollen.

# Wirtschaftliche Aspekte

Arzthelferin verbringt 30 Min / Tag für das Suchen der Befunde

Zus. 30 Min / Tag für das Einordnen der Befunde

Falsch abgelegte Dokumente werden Sie NIE finden.

## Faustregel:

Mit der Einführung eines elektronischen Archivs, können Sie sich eine Arbeitskraft sparen.

Das heißt aber nicht unbedingt, dass Sie Personal entlassen sollen.

Sie können eher den Personalmangel entkräften.

# Rechtliche Aspekte

4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

# Rechtliche Aspekte

Berufsrechtlich ist die digitale Archivierung von Patientendaten auf „elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien“ – gemäß § 10 Abs. 5 MBO – grundsätzlich zulässig. Damit sind die digital archivierten Dokumente in ihrer Rechtsform dem Mikrofilm gleichgestellt. Kassenarztrechtlich (gemäß § 95 Abs. 3 SGB V) und gesundheitsrechtlich (gemäß § 28 RöntgenVO und § 43 Abs. 1 und 2 Strahlenschutz-VO) ist die elektronische Archivierung ebenfalls zulässig.

Die beiden Speichermedien „Mikrofilm“ und „elektronischer Datenträger“ haben allerdings gemein, dass sie, im Gegensatz zum originalen Papierdokument, keine Urkundenqualität erreichen. Digitale Dokumente erreichen im Hinblick auf ihre Beweisqualität im deutschen Rechtswesen lediglich den Rang eines „Objekt des Augenscheins“. Sie unterliegen somit der freien Beweiswürdigung durch den Richter.

Wenn die „Ordnungsmäßigkeit“ des Archivierens – ordnungsgemäße Speicherung und ordnungsgemäße Indexierung – vom Anwender nachgewiesen werden kann, liegt ein nachhaltiges Indiz für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Fälschungssicherheit des digitalen Dokuments vor. Damit erreicht es den rechtlichen Status des „Objekts des Augenscheins hoher Qualität“, das der Urkunde nahe kommt und zur Umkehr der Beweislast führen kann – **es wird beweissicher**.

# Rechtliche Aspekte

Berufsrechtlich ist die digitale Archivierung von Patientendaten auf „elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien“ – gemäß § 10 Abs. 5 MBO – grundsätzlich zulässig. Damit sind die digital archivierte Dokumente in ihrer Rechtsform dem Mikrofilm gleichgestellt. Kassenarztrechtlich (gemäß § 95 Abs. 3 SGB V) und gesundheitsrechtlich (gemäß § 28 RöntgenVO und § 43 Abs. 1 und 2 Strahlenschutz-VO) ist die elektronische Archivierung ebenfalls zulässig.

Die beiden Speichermedien „Mikrofilm“ und „elektronischer Datenträger“ haben allerdings gemein, dass sie, im Gegensatz zum originalen Papierdokument, keine Urkundenqualität erreichen. Digitale Dokumente erreichen im Hinblick auf ihre Beweisqualität im deutschen Rechtswesen lediglich den Rang eines „Objekt des Augenscheins“. Sie unterliegen somit der freien Beweiswürdigung durch den Richter.

Wenn die „Ordnungsmäßigkeit“ des Archivierens – ordnungsgemäße Speicherung und ordnungsgemäße Indexierung – vom Anwender nachgewiesen werden kann, liegt ein nachhaltiges Indiz für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Fälschungssicherheit des digitalen Dokuments vor. Damit erreicht es den rechtlichen Status des „Objekts des Augenscheins hoher Qualität“, das der Urkunde nahe kommt und zur Umkehr der Beweislast führen kann – **es wird beweissicher**.

Mit anderen Worten, die Gegenseite muss den Beweis erbringen, dass Ihnen der Fehler unterlaufen ist.

# Rechtliche Aspekte

4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

# Rechtliche Aspekte

Wenn Sie allerdings 100% sicher sein wollen,

# Rechtliche Aspekte

Wenn Sie allerdings 100% sicher sein wollen,  
legen Sie Ihre Dokumente unsortiert in Kartons  
und beschriften Sie diese nach dem Muster:  
Quartal I / 2008, Quartal II / 2008 usw.

# Leitfaden für die Einführung eines elektronischen Archivs

4.07.2008

Elektronische Archivierung in Arztpraxis

## Leitfaden für die Einführung eines elektronischen Archivs

- ab Tag X alle Dokumente elektronisch speichern

## Leitfaden für die Einführung eines elektronischen Archivs

- ab Tag X alle Dokumente elektronisch speichern
- Dokumente regelmäßig übernehmen und keine Staus entstehen lassen

## Leitfaden für die Einführung eines elektronischen Archivs

- ab Tag X alle Dokumente elektronisch speichern
- Dokumente regelmäßig übernehmen und keine Staus entstehen lassen
- alte Befunde nur bei Bedarf übernehmen, wenn gerade der Patient in die Praxis kommt

## Leitfaden für die Einführung eines elektronischen Archivs

- ab Tag X alle Dokumente elektronisch speichern
- Dokumente regelmäßig übernehmen und keine Staus entstehen lassen
- alte Befunde nur bei Bedarf übernehmen, wenn gerade der Patient in die Praxis kommt
- organisatorische Maßnahmen für die Dokumentenfreigabe einführen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

***PROMUC*** GmbH

Adalbert-Stifter-Str. 13  
85540 Haar

Tel. 089 / 456 404 80  
<http://www.promuc.de>