

§ 36 StKAG

StKAG - Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012

Ⓞ Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 06.09.2025

(1) Jede Krankenanstalt hat über die Aufnahme und die Entlassung von Patientinnen/Patienten Vormerke zu führen; in diesen sind jedenfalls unter fortlaufenden Nummern festzuhalten:

1. Vor- und Zuname (Geburtsname), Geburtsdatum und Anschrift,
2. bei nicht eigenberechtigten Personen auch der Vor- und Zuname und die Anschrift ihrer gesetzlichen Vertreterin/ihrer gesetzlichen Vertreters,
3. der Aufnahme- und der Entlassungstag (Todestag und Todesursache),
4. jene Personen und Stellen, die von besonderen Vorfällen zu verständigen sind,
5. im Fall der Ablehnung der Aufnahme sowie bei der Aufnahme nach § 67 Abs. 1 zweiter Satz die jeweils dafür maßgebenden Gründe.

(2) Jede Krankenanstalt ist verpflichtet, Krankengeschichten anzulegen, in denen für jede Patientin/jeden Patienten folgende Inhalte darzustellen bzw. zu dokumentieren sind:

1. Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese),
2. Zustand zur Zeit der Aufnahme (status praesens),
3. Krankheitsverlauf (decursus morbi),
4. angeordnete Maßnahmen,
5. erbrachte ärztliche und gegebenenfalls zahnärztliche Leistungen einschließlich Medikation (insbesondere hinsichtlich Bezeichnung, Dosis und Darreichungsform),
6. sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste,
7. die Aufklärung der Patientin/des Patienten,
8. Patientenverfügungen nach dem Patientenverfügungsgesetz,
9. Widersprüche zur Heranziehung zu Unterrichtszwecken gemäß § 44 KAKuG und zur Entnahme von Organen gemäß § 5 Abs. 1 Organtransplantationsgesetz, BGBl. I Nr. 108/2012,

10. die Durchführung der Transplantation von Organen und Organteilen bzw. Zellen und Gewebe einschließlich eines Hinweises auf die Niederschrift über die Entnahme von Organen und Organteilen bzw. Zellen und Gewebe der Spenderin/des Spenders (Abs. 3), sofern dies nicht möglich ist, einen Hinweis auf die Herkunft des Transplantates,

11. Zustand und Art der Behandlung zur Zeit des Abganges aus der Krankenanstalt,

12. als Bestandteil angeschlossen: die über Operationen eigens zu führenden Operationsprotokolle, ärztliche Zeugnisse und Beurkundungen nach dem Unterbringungsgesetz, BGBl. Nr. 155/1990, sowie eine Abschrift der etwaigen Obduktionsniederschrift.

(2a) Die Krankenanstalt ist verpflichtet, bei Entlassung bzw. nach Abschluss der ambulanten Behandlung noch ausstehende Befunde und die dadurch allenfalls erforderlichen Anordnungen unter sinngemäßer Anwendung des § 70 Abs. 2 unverzüglich nachzureichen. Wenn nachgereichte Befunde auf bösartige oder sonstige schwere Erkrankungen hinweisen, muss die Patientin/der Patient darüber hinaus zu einer Befundbesprechung eingeladen werden. Die Nachreichung der Befunde sowie das Ergebnis einer allfälligen Befundbesprechung sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

(3) Über Entnahmen von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation nach § 5 Organtransplantationsgesetz und über Entnahmen von Zellen und Gewebe Verstorbener nach § 4 Abs. 5 Gewebesicherheitsgesetz haben die Krankenanstalten Niederschriften zur Krankengeschichte aufzunehmen. Eine solche Niederschrift hat mindestens zu enthalten:

1. wie der Tod der spendenden Person festgestellt wurde und wann dieser eingetreten ist sowie die Unterschrift der/des diese Feststellungen treffenden Ärztin/Arztes;

2. die angewandte Entnahmetechnik bzw. operative Vorgangsweise, die entnommenen Organe oder Organteile bzw. Zellen und Gewebe, den Durchführungszeitpunkt sowie die Unterschrift der/des die Entnahme durchführenden Ärztin/Arztes.

(4) Aufzeichnungen, die Geheimnisse betreffen, die Angehörigen des klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Berufes und ihren Hilfspersonen in Ausübung ihres Berufes anvertraut oder bekannt geworden sind, dürfen im Rahmen der Krankengeschichte oder der Vormerke im Sinne des Abs. 1 nicht geführt werden.

(5) Die Führung der Krankengeschichte obliegt hinsichtlich der Aufzeichnungen

1. gemäß Abs. 2 Z. 1 bis 5 sowie Z. 7 bis 12 der/dem für die ärztliche Behandlung verantwortlichen Ärztin/Arzt, gegebenenfalls der/dem für die zahnärztliche Behandlung Verantwortlichen und

2. gemäß Abs. 2 Z. 6 der jeweils für die erbrachten sonstigen Leistungen verantwortlichen Person.

(6) Krankengeschichten und Operationsprotokolle sowie Niederschriften nach Abs. 3 sind bei ihrem Abschluss von der/dem für ihren Inhalt verantwortlichen behandelnden Ärztin/Arzt bzw. Zahnärztin/Zahnarzt zu unterfertigen.

(7) Krankengeschichten und Operationsprotokolle sowie Niederschriften nach Abs. 3 sind, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder automationsunterstützt erstellten Datenträgern, deren Lesbarkeit für die Dauer der vorgeschriebenen Aufbewahrung gesichert sein muss,

1. gesichert und geschützt vor unbefugter Kenntnisnahme aufzubewahren, dies

a) grundsätzlich für die Dauer der Behandlung und nach deren Abschluss für mindestens 30 Jahre,

b) bei Röntgenbildern, Videoaufnahmen und anderen Bestandteilen von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, für mindestens zehn Jahre, falls nicht die ärztliche Leitung der Krankenanstalt aus besonderen Gründen für den Einzelfall eine längere Aufbewahrung anordnet;

2. bei Auflassung der Krankenanstalt unter Wahrung des Datenschutzes der Landesregierung oder einem von dieser benannten Dritten zur Aufbewahrung bis zur vorgenannten Frist zu übermitteln,
3. nach Ablauf dieser Fristen unter Aufsicht verantwortlicher Organe sorgfältig zu vernichten, sofern eine weitere Aufbewahrung nicht notwendig erscheint.

(8) Krankenanstalten müssen Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Patientinnen/Patienten kostenlos übermitteln:

1. den Gerichten und Verwaltungsbehörden in Angelegenheiten, in denen die Feststellung des Gesundheitszustandes für eine Entscheidung oder Verfügung im öffentlichen Interesse von Bedeutung ist,
2. den Sozialversicherungsträgern und Organen des Gesundheitsfonds Steiermark im Sinne der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bzw. von diesen beauftragten Sachverständigen, soweit dies zur Wahrnehmung der diesen obliegenden Aufgaben erforderlich ist, sowie
3. vorbehaltlich der Einwilligung der Patientin/des Patienten, den einweisenden oder weiterbehandelnden Ärztinnen/Ärzten oder Zahnärztinnen/Zahnärzten oder Krankenanstalten anderer Rechtsträger.

(9) Krankenanstalten müssen den mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst betrauten Behörden alle Mitteilungen erstatten, die zur Einhaltung zwischenstaatlicher Verpflichtungen und zur Überwachung der Einhaltung bestehender Vorschriften erforderlich sind.

(10) Die Abgabe wissenschaftlich begründeter Gutachten wird durch die Bestimmungen über die Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerken nicht berührt.

(11) Soweit die oben stehenden Bestimmungen für ambulante Untersuchungen und Behandlungen in Betracht kommen, gelten sie mit der Maßgabe, dass die Aufbewahrungsfrist mindestens 10 Jahre beträgt.

Anm.: in der Fassung LGBl. Nr. 51/2016, LGBl. Nr. 3/2018, LGBl. Nr. 63/2018, LGBl. Nr. 102/2019

In Kraft seit 10.12.2019 bis 31.12.9999

© 2026 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at