

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE SCHRIFTGUTVERWALTUNG DER KLINIKEN UND INSTITUTE MIT AUFGABEN DER KRANKENVERSORGUNG**

KLINIK-ARCHIV-EMPFEHLUNGEN

VORBEMERKUNGEN

Aus Sorge um das Schriftgut der Kliniken und Medizinischen Institute, die Aufgaben der Krankenversorgung erfüllen, hat ein Arbeitskreis aus Klinikmitarbeitern, Medizinhistorikern und Archivaren* die vorliegenden Empfehlungen für die Schriftgutverwaltung ausgearbeitet. Sie sollen eine Hilfestellung geben für die tägliche Verwaltung der Patientenunterlagen, Sach- und Personalakten und dazu beitragen, daß diese Unterlagen gemäß den archivgesetzlichen Bestimmungen langfristig für medizinische und medizinhistorische Forschungen erhalten bleiben und sinnvoll genutzt werden können.

VERANTWORTLICHKEIT

Schriftgut, das in den Kliniken und medizinischen Instituten verwahrt wird, untersteht deren Verantwortung. Es ist daher in ihrem eigenen Interesse, die Verantwortlichkeit eindeutig und möglichst einheitlich zu regeln. Vorgeschlagen wird, die Verantwortung für die medizinischen Belange einem Arzt und für Organisation und Verwaltung einem erfahrenen Verwaltungsangestellten zu übertragen. Diese Aufgabenteilung ist in einzelnen Bundesländern gesetzlich

REGISTRATUR UND ARCHIV- BEGRIFFSKLÄRUNGEN

Im medizinischen Bereich ist häufig die Bezeichnung "Archiv" (Krankenblattarchiv, Krankenarchiv, Zentralarchiv u.a.) für Registraturen üblich. Auch Systemanbieter (EDV, Bürobedarf usw.) verwenden meist den Begriff „Archiv“ für Registratur. Das führt vielfach zu Verwechslungen, da der Gesetzgeber mit dem Begriff "Archiv" etwas völlig anderes meint.

** Wir stellen diesen Text, der im *Archivar* 50 (1997), S. 563 -570 abgedruckt wurde, ins Netz, da uns immer wieder Anfragen dazu erreichen. Die wenigen Aktualisierungen wurden nur im Text *kursiv gesetzt* kenntlich gemacht. Die Rechtschreibung, alte Amtsbezeichnungen etc. wurden beibehalten, Adressen im Text auf den Stand August 2015 aktualisiert. Ich danke Dr. O. Fischer für die Mitarbeit bei dieser Aktualisierung.

* Professor Dr. Gerhard Aumüller (Universität Marburg), Dr. Imtraud Betz-Wischnath (Kreisarchiv Reutlingen), Stefan Benning (Stadtarchiv Bietigheim-Bissingen), Privatdozent Dr. Martin Dinges (Archiv der Robert-Bosch Stiftung, Koordinator), Professor Dr. Wolfgang Eckart (Universität Heidelberg), Volkmar Eder (Universitätsklinikum Tübingen), Ute Essegern (Hauptstaatsarchiv Dresden), Professor Dr. Gerhard Fichtner (Universität Tübingen), Willi Hanseder (Max-Planck-Institut München), Dr. Robert Kretzschmar, (Landesarchivdirektion Baden-Württemberg), Joachim Kühler (Universitätsklinikum Tübingen), Helma Massalsky (Westfälisches Archivamt Landschaftsverband Westfalen-Lippe), Günther Montfort (Bundesarchiv), Dr. Wolfgang Müller (Universitätsarchiv Saarbrücken), Dr. Christian Renger (Universitätsarchiv Heidelberg), Dr. Wolfgang Schaffer (Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland), Wolfgang Scherer (Ordensarchiv Waldbreitbacher Franziskanerinnen), Dr. Dieter Speck (Universitätsarchiv Freiburg), Dr. Gerald Wiemors (Universitätsarchiv Leipzig), Dr. Michael Wischnath (Universitätsarchiv Tübingen).

Die Aufgabe der Registraturen ("Krankenarchive") der Kliniken und medizinischen Institute ist es, das Schriftgut dieser Einrichtungen (Sach-, Personal- und Krankenakten) zu verwahren, bis es für die Verwaltung und Krankenversorgung entbehrlich ist. Sie müssen nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen das gesamte Schriftgut dem zuständigen Archiv anbieten und dürfen keine Akten vernichten oder zurückbehalten.

Archive im gesetzlichen Sinne verwahren Schriftgut von rechtlicher oder historischer Relevanz, das nicht mehr für den laufenden Dienstbetrieb benötigt wird und dessen Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind. Die Archive entscheiden darüber, ob angebotenes Schriftgut übernommen und auf Dauer aufbewahrt oder ob es ganz oder teilweise vernichtet wird. Siehe dazu auch das Schema in Anlage 2.

AKTENFÜHRUNG UND AKTENAUFBEWAHRUNG

Um die oft unbefriedigenden Zustände in (Alt-) Registraturen zu verbessern, ist es sinnvoll, frühzeitig das zuständige Archiv beratend hinzuzuziehen. Insbesondere sollte es bei der Einführung EDV-gestützter Organisationssysteme und Speichermedien mitwirken.

Bei in Kliniken und Klinikverwaltungen entstehenden Akten ist folgendes zu berücksichtigen: Krankenakten sind mit Rücksicht auf den Datenschutz und die ärztliche Schweigepflicht in gesonderter Registratur zu führen. Oft werden Akten wegen der anfallenden Menge in Fluren unverschlossen aufbewahrt, was ein Verstoß gegen Datenschutzgesetze ist. Die Akten sind absolut sicher aufzubewahren. Der Zugang ist nur befugten Personen zu gestatten. Sachakten bestehen aus Schriftstücken und Vorgängen zu einem bestimmten Betreff/Sachverhalt. Sie sollten nach einem Aktenplan abgelegt sein, wofür es Modelle gibt (Anlage 1). Personalakten sind mit Rücksicht auf den Datenschutz in gesonderter Registratur zu führen. (*vgl. nunmehr ISO 15489*)

Lagerort und Form der Aufbewahrung:

Die raumsparendste Form der Aufbewahrung ermöglichen Fahrregalanlagen, da sie nur ca. 60 % der Grundfläche von Standregalanlagen erfordern. Bei häufigem Zugriff kann dennoch eine Standregalanlage günstiger als eine Fahrregalanlage sein. Fahrregale lassen nur einen Zugang innerhalb eines Regalabschnittes zu, während bei Standregalen mehrere Mitarbeiter gleichzeitig zugreifen können. Bei einer Entscheidung zwischen beiden Regaltypen ist Flächenbedarf gegen Zugriffshäufigkeit abzuwägen.

Das Schriftgut kann in Papier- oder in Mikroformen (Mikrofiche, Mikrofilm) aufbewahrt werden. Wegen noch ungeklärter technischer (Haltbarkeit, Manipulierbarkeit, fehlender bzw. uneinheitlicher Standards) und rechtlicher Fragen (insbesondere Nachvollziehbarkeit des ärztlichen Handelns) kann die digitale Speicherung (CD-ROM, WORM usw.) gegenwärtig die herkömmlichen Medien (Papier, Mikroformen) nicht ersetzen.

Zentrale oder dezentrale Registratur:

Einer Zentralregistratur ist aus archivischer Sicht eindeutig der Vorzug vor einer dezentralen Registratur zu geben, sofern die örtlichen Gegebenheiten der Kliniken es zulassen. Sind Klinikgebäude weiter voneinander entfernt, so gilt als Regel, so wenige Registraturen wie möglich anzulegen und anzustreben, alle Krankenakten wenigstens nach Behandlungsschluß in einer Zentralregistratur zusammenzufassen.

- Vorteile:** Nur einheitliche Ordnungskriterien, eine zentrale Aufbewahrung und eine Ablage nach einem Aktenplan gewährleisten eine effektive Registraturführung und einen schnellen Rückgriff. Durch eine Zentralregistratur kann der Zugriff Unbefugter eher verhindert und die Datensicherheit erhöht werden. Doppel- oder Mehrfachablagen erschweren die Übersicht und verursachen erhöhte Raum- und Personalkosten. Die Informationsbündelung in einer Zentralregistratur ist daher auch eine Form der Informationsoptimierung und verhindert mögliche Informationsverluste durch Mehrfachablagen. Für die Praxis bedeutet ein einheitliches Ablagesystem auch, daß bei Personalwechsel die Einarbeitungszeit reduziert sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretungen erheblich vereinfacht werden, da jeder Registraturangestellte sich in einem einheitlichen System innerhalb kürzester Zeit zurechtfinden kann.
- Nachteile:** Die Akten werden nicht unmittelbar vor Ort verwahrt, der Zugriff erfordert mehr Zeit.
- Kompromiß:** Um Vor- und Nachteile zentraler und dezentraler Registraturen auszugleichen, ist ein sogenanntes "Staffelmodell" denkbar. Da die Rückgriffshäufigkeit auf Krankenakten nach drei Jahren rapide sinkt und nach fünf Jahren fast gegen Null geht, ist es denkbar, die Krankenakten drei bis fünf Jahre nach Abschluß der Behandlung in der jeweiligen Einrichtung (also in dezentraler Registratur) zu belassen, um sie dann aber bis zum Ende der Aufbewahrungsfrist in eine zentrale Altregistratur zu überführen.

Vorrang hat aus archivischer Sicht aber in jedem Fall die Zentralregistratur

AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Aufbewahrungsfristen sind die Fristen, die die Registratur einhalten muß und in denen die Akten aus rechtlichen Gründen (z.B. Regreßforderungen, Kunstfehlerprozesse) für den laufenden Dienstbetrieb verfügbar sein müssen.

Für Krankenakten stationärer Patienten gelten in der Regel Aufbewahrungsfristen von 30 Jahren, für Krankenakten ambulanter Patienten gelten in der Regel Aufbewahrungsfristen von zehn Jahren. Teilweise sehen (Landes-) gesetzliche Regelungen andere Fristen vor, die neben der aktuellen Rechtsprechung in jedem Fall zu berücksichtigen sind (Anlage 2 und 3). Grundsätzlich wird eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren entsprechend den Verjährungsfristen des BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) empfohlen. Bei bestimmten Krankenakten, wie z.B. zu genetisch bedingten Erkrankungen und bei Psychiatrieakten, kann aus medizinischer Sicht eine längere Aufbewahrungsfrist sinnvoll sein. Verlängerungen von Aufbewahrungsfristen werden im Rahmen der archivgesetzlichen Bestimmungen festgelegt. Für Sach- und Personalakten gelten besondere Aufbewahrungsfristen.

Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem letzten Eintrag in die Akte. Erfolgt ein weiterer Eintrag (neue Behandlung), beginnt die Aufbewahrungsfrist mit dem letzten Eintrag in die Akte erneut.

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen ist das Schriftgut für die Kliniken und Institute in der

Regel entbehrlich. Die Registraturen dürfen in keinem Fall Schriftgut vernichten, sondern müssen es dem zuständigen Archiv - auch aus Gründen des Datenschutzes - anbieten. Werden Einrichtungen aufgehoben, ist das gesamte Schriftgut vollständig dem zuständigen Archiv anzubieten. Das Archiv entscheidet über eine Übernahme oder eine Vernichtung. Die Registraturen werden in jedem Fall vom Schriftgut entlastet und gewinnen dadurch neue Raumkapazität. In öffentlichen Archiven ist die Einsichtnahme in das Schriftgut durch die Archivgesetze geregelt. Ein Rückgriff auf eigene Akten nach Abgabe an das Archiv ist in der Regel problemlos.

DATENSCHUTZ

Die Registraturen haben für den Datenschutz zu sorgen, Mißbrauch und Einsichtnahme durch Unbefugte zu verhindern. Die Registratoren dürfen ohne Zustimmung des zuständigen Archivs keine Daten oder Akten vernichten, auch wenn die Datenschutzgesetze ein Löschen von Daten nach bestimmten Fristen vorsehen. Eine Aktenabgabe an das zuständige Archiv ist gleichbedeutend mit der Löschung der Daten gemäß den Datenschutzgesetzen (Anlage 4). In Zweifelsfällen wird eine Rückfrage beim zuständigen Archiv empfohlen. Die Archive kennen die Probleme im Umgang mit sensiblen personenbezogenen Unterlagen und helfen, Persönlichkeitsrechte, Datenschutz und gesetzliche Bestimmungen zu wahren. Die Archive entlasten auch durch Aktenaussonderungen die Kliniken pflichtgemäß und im Sinne des Datenschutzes von Altakten. Zudem gibt es aufgrund gesetzlicher Bestimmungen in den Kliniken in der Regel Datenschutzbeauftragte.

AKTENAUSSONDERUNG

Die Masse der anfallenden Akten, insbesondere der Patienten unterlagen, erfordert regelmäßige Aktenaussonderungen in den Kliniken. Eines der wichtigsten Aussonderungskriterien ist die (abgelaufene) Aufbewahrungsfrist der Akten. Daher muß dem letzten Akteneintrag in der Organisation der Registratur ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden.

ANLAGE 1:

Aktenpläne und weiterführende Hinweise zur Schriftgutverwaltung

Schriftgutverwaltung in Bundesbehörden,

Teil 1 - Grundlagen, hrsg. vom Bundesverwaltungsamt - Bundesstelle für Büroorganisation und Bürotechnik, 50728 Köln, Info 1067, April 1989

Teil 2 - Der Aktenplan in der Schriftgutverwaltung - Bundesstelle für Büroorganisation und Bürotechnik, 50728 Köln, Info 1107, Dezember 1989

Teil 3 - Das Ordnen und Registrieren von Akten - Bundesstelle für Büroorganisation und Bürotechnik, 50728 Köln, Info 1157, Dezember 1990

Teil 4 - Das Registrieren von Schriftstücken - Bundesstelle für Büroorganisation und Bürotechnik, 50728, Köln, Info 1203, Dezember 1991

Teil 5 - Das Ablegen und Lagern von Schriftgut - Bundesstelle für Büroorganisation und Bürotechnik, 50728 Köln, Info 1232, Juli/ August 1992

Teil 6 - Das Aussondern von Schriftgut - Bundesstelle für Büroorganisation und Bürotechnik, 50728 Köln, Info 1295, Juli/August 1993

Ablageplan, Aktenplan, Schriftgutkatalog, Instrumente für die Organisation der Schriftgutverwaltung, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft für wirtschaftliche Verwaltung e.V., (Postfach 51 29, Düsseldorferstr. 40, Postfach 5129, Eschborn), Eschborn 1987

Heinz Hoffmann, Behördliche Schriftgutverwaltung. Ein Handbuch für das Ordnen, Registrieren, Aussondern und Archivieren von Akten der Behörden, Schriften des Bundesarchivs 43, Boppard am Rhein 1993

Organisation der Ablage und Archivierung im Krankenhaus - Originale und Mikrofilme, hrsg. von der Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e. V. und ihrer Studienstiftung, Detmold 1976

Beispiele für Aktenpläne:

Landeseinheitlicher Aktenplan Baden-Württemberg, hrsg. vom Innenministerium Baden-Württemberg, Stuttgart 1985

Systematischer Aktenplan für die württembergische Gemeindeverwaltung, hrsg. von Hugo Flattich, Stuttgart 1955

Kommunale Schriftgutverwaltung, hrsg. von der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt), Köln 1990 mit den Anlagen: Musteraktenplan und Verzeichnis der Aufbewahrungsfristen (direkt zu beziehen über KGSt, Gereonstr. 18-32, 50670 Köln)

Hinweis: Die zuständigen Archivverwaltungen geben auf Anfrage gerne weitere Hinweise.

ANLAGE2:

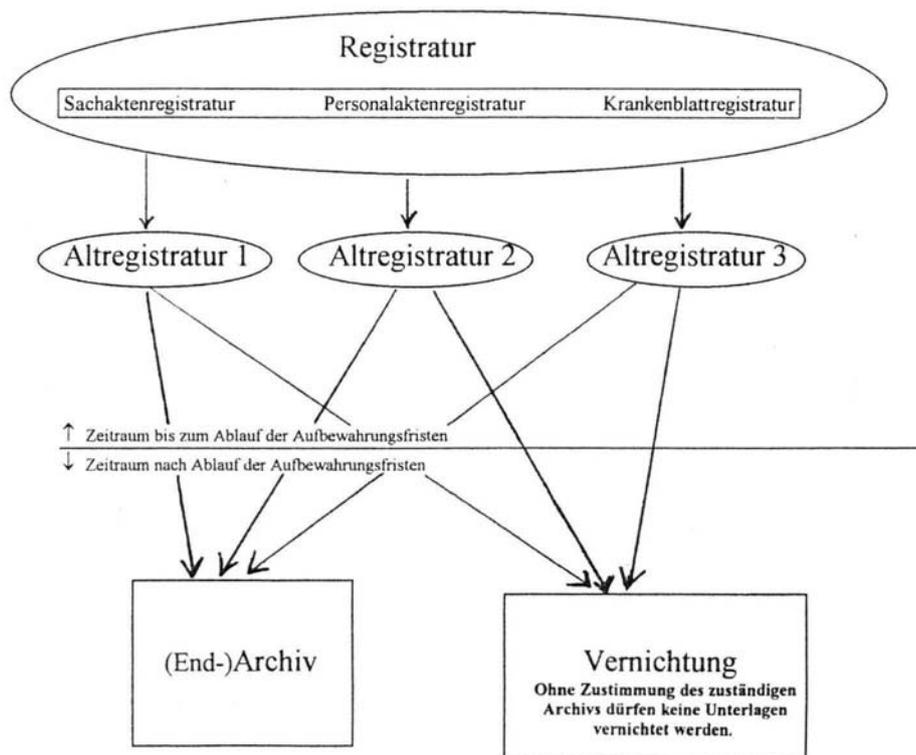
Schema: Registratur, Altregistratur, Aufbewahrungsfristen

Aktuelle Unterlagen, die bei der Erledigung der Aufgaben entstehen und dafür weiterhin benötigt werden, werden in der Registratur verwahrt.

Erfolgt ein Rückgriff auf bestimmte Unterlagen, die für die Erledigung der Aufgaben noch benötigt werden, nicht mehr allzu häufig, werden sie in die Altregistratur gegeben. Meist verbleiben die Unterlagen bis zu ihrer Aussonderung in der Registratur.

Werden die Unterlagen nicht mehr für die Aufgabenerledigung benötigt, sind sie auszusondern. Im Regelfall werden Unterlagen dann nicht mehr für die Aufgabenerledigung benötigt, wenn die Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind. Gibt es keine Aufbewahrungsfristen, ist von der Sache her zu prüfen, ob die Unterlagen noch laufend benötigt werden.

Aussondern bedeutet, daß Unterlagen dem zuständigen Archiv zur Übernahme angeboten werden. Das Archiv übernimmt die Unterlagen, denen rechtliche oder historische Relevanz zukommt und deshalb bleibender Wert beizumessen ist. Die Entscheidung darüber liegt beim Archiv. Unterlagen, die das Archiv nicht übernimmt, sind zu vernichten.



ANLAGE 3:

Aufbewahrungsfristen in Auswahl

Gesetzliche Grundlagen (sollten jeweils auf Aktualität überprüft werden)

§ 852 BGB

(1) Der Anspruch auf Ersatz des aus einer unerlaubten Handlung entstandenen Schadens verjährt in drei Jahren von dem Zeitpunkt an, in welchem der Verletzte von dem Schaden und der Person des Ersatzpflichtigen Kenntnis erlangt, ohne Rücksicht auf diese Kenntnis in dreißig Jahren von der Begehung der Handlung an.

(2) Schweben zwischen dem ersatzpflichtigen und dem Ersatzberechtigten Verhandlungen über den zu leistenden Schadenersatz, so ist die Verjährung gehemmt, bis der eine oder der andere Teil die Fortsetzung der Verhandlung verweigert.

§ 195 BOB

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt dreißig Jahre.

Patientenunterlagen bei stationärer Behandlung

In Bundeseinrichtungen gilt für Krankenunterlagen der Versorgungskrankenhäuser, Versorgungsheilstätten und Versorgungsanstalten eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren. Rundschreiben des Bundesministers für Arbeit vom 11.5.1955, Bundesversorgungsblatt 1955, 5. 104.

In Hamburg gilt für Krankengeschichten eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren. Hamburgisches Krankenhausgesetz von 1991 (vgl. HmbKHG § 4a).

In Nordrhein-Westfalen gilt für Krankengeschichten im Hochschulbereich eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren. Richtlinien des Ministers für Wissenschaft und Forschung vom 17.2.1978 Ziff.2.2. / Gern. Amtsblatt des Kultusministeriums und des Ministers für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen 4. 1978, S. 100ff.

In Hessen gilt für die ärztlichen Aufzeichnungen der Dienststellen des Landes eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren. Erlaß des Hessischen Ministers des Inneren und des Hessischen Ministers der Finanzen vom 10.8.1978 Ziff.3.6 / Staatsanzeiger 1978 S. 1706.

In Berlin gelten die Aufbewahrungsfristen von 10 Jahren für Akten von im Krankenhaus verstorbenen Erwachsenen, 20 Jahre für Akten von im Krankenhaus verstorbener Kinder und 30 Jahre für alle übrigen Fälle.

Verordnung über Führung, Inhalt und Aufbewahrung von Krankengeschichten in Krankenhäusern / Krankengeschichtenverordnung vom 24.10.1984, § 6 Abs.1 (GVBI S.1627) und Landeskrankenhausgesetz vom 1.9.1986, § 29 Ab.5 (GVBI 5. 1533).

Patientenunterlagen bei ambulanter Behandlung

In Berlin gelten Aufbewahrungsfristen von 30 Jahren.
GuVoBI Berlin vom 1.Juli 1952, S.557 § 5.

In Hamburg gelten Aufbewahrungsfristen für Krankengeschichten von 30 Jahren.
Aktenordnung und Anleitung für die einheitliche Verwaltung des Schriftgutes der Gesundheitsbehörde vom 14.9.1962, § 21 Abs. 3.

In Nordrhein-Westfalen gilt für Krankengeschichten im Hochschulbereich eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren.
Richtlinien des Ministers für Wissenschaft und Forschung vom 17.2.1978 Ziff.2.2. / Gern. Amtsblatt des Kultusministeriums und des Ministers für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen 4.1978, S. 100ff.

In Hessen gilt für die ärztlichen Aufzeichnungen der Dienststellen des Landes eine Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren, bei Berufskrankheitsverfahren gilt eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren.
Erlaß des Hessischen Ministers des Inneren und des Hessischen Ministers der Finanzen vom 10.8.1978 Ziff.3.6 / Staatsanzeiger 1978 S. 1706.

Bestimmungen der ärztlichen und kassenärztlichen Selbstverwaltung

"Ärztliche Aufzeichnungen sind zehn Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Eine längere Aufbewahrung ist auch dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Erfahrung geboten ist." Berufsordnung für die deutschen Ärzte § 11 Abs.2.

"Die ärztlichen Aufzeichnungen sind vom Kassenarzt mindestens 10 Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften - zum Beispiel die Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnungg RöV) - eine abweichende Aufbewahrung vorschreiben." Bundesmantelvertrag Ärzte § 47 Abs. 2 (Wiegand, Kassenarztrecht, 2. Aufl. 1991, S.343).

Röntgenunterlagen

Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen sind 30 Jahre nach der letzten Behandlung aufzubewahren. Röntgenverordnung § 28 und 29 (BGBl. I, S. 122f.) vom 1.1.1987.

Aufzeichnungen über eine Röntgenuntersuchung sind 10 Jahre nach der letzten Untersuchung aufzubewahren. Röntgenverordnung § 28 und 29 (BGBl. I, S. 122f.) vom 1.1.1987.

Weiterführende Hinweise:

Hinweise zur Dokumentation der Krankenhausbehandlung, hrsg. von der Deutschen Krankenhausgesellschaft Wegelystraße 3, 10623 Berlin, Düsseldorf 1990.

Willi Strunz, Aufbewahrungspflichten und -fristen für Unterlagen im Krankenhaus,
Management und Krankenhaus 5.1990, S. 292-295.

ANLAGE 4

Zu Datenschutzproblematik und Patientengeheimnis

Die Landesarchivdirektion Baden-Württemberg prüfte für die Universitätskliniken des Landes die Frage, ob das Patientengeheimnis oder gesetzliche Lösungsgebote einer Übernahme von Patientenunterlagen als Archivgut entgegenstehen. Das Ergebnis der Prüfung ist dem folgenden Aktenvermerk (Az.: II-751 -0930/Schä) vom 27. November 1995 zu entnehmen. Ob die Ergebnisse auch für andere Kliniken gelten, ist aufgrund der jeweils anzuwendenden gesetzlichen Regelungen zu prüfen.

Betreff: Patientengeheimnis

Aufgrund der §§ II des Bundesarchivgesetzes (BArchG), 6 a Abs. 2, 8 Abs. 2 Satz 1, 3 Abs. 1 Satz 3 des Landesarchivgesetzes (LArchG) sind die Unterlagen der Universitätskliniken, für die das Patientengeheimnis gilt, anbieterpflichtig. Bei dem das Patientengeheimnis schützenden § 203 Abs. I Strafgesetzbuches (StGB) handelt es sich nämlich um eine Rechtsvorschrift des Bundes über Geheimhaltung im Sinne des § 2 Abs. 4 Satz I Nr.2 BArchG.

Ohne die Zustimmung des zuständigen Archivs dürfen die Universitätskliniken nach den §§ 8 Abs. 2 Satz 1, 3 Abs. 2 Satz 4 LArchG keine Unterlagen vernichten. Diese Regelung gilt gemäß §§ 2 Abs. 2, 43 Abs. 5 des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG), 19 Abs. 3 des Landesdatenschutzgesetzes (LDSG) auch dann, wenn ein gesetzliches Lösungsgebot besteht. Mit der Übergabe an das zuständige Archiv werden gesetzliche Lösungsgebote erfüllt.

Das LKHG enthält in den §§ 43 bis 51 bereichsspezifische Datenschutzregelungen, die gemäß § 2 Abs. 2 auch für die Universitätskliniken gelten. Nach § 43 Abs. 5 LKHG sind diese Regelungen aber nicht abschließend. Da die §§ 43 bis 51 LKHG keine Aussage zur Kollision zwischen der gesetzlichen Anbieterpflicht und einem gesetzlichen Lösungsgebot treffen, kommt § 19 Abs. 3 LDSG zur Anwendung.

ANLAGE 5:

Beispiel einer praktisch erprobten Problemlösung für die Erfassung von bisher nicht zugänglichen Klinikakten

Ausgangslage:

Die Ausgangslage war eine unübersichtliche Aktenmenge (Personal- u. Krankenakten), die sich über mehrere Kellerräume in der Universitätsklinik Freiburg verteilte. Zu diesem Zeitpunkt war nicht klar, welche und wie viele aussonderungsreife Akten vorhanden waren, welche noch in der Klinik aufzubewahren und welche an das Archiv abzugeben waren. (Festgestellte Menge nach Abschluß: ca. 20.000 Einzelfallakten aus den 50er und 60er Jahren)

Vorgehensweise:

Die Akten wurden mit Minimalaufwand mit EDV erfaßt, um einen Überblick zu erhalten und anschließend eine Entscheidung über den Verbleib der Akten treffen zu können. Das Archiv stellte ein einfaches Datenbanksystem mit Maske zur Verfügung und erläuterte die Erfassung der Altakten.

Aufnahmekriterien:

Wichtige Bestandteile der Aufnahme waren eine als laufende Nummer vergebene Signatur der Akten, Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Ausscheidatum/ Behandlungsdatum. Das Behandlungsdatum ist für Aufbewahrungsfristen und Aussonderungen der Registratur maßgeblich. Anhand von Sortiervorgängen können alle Akten, die die Aufbewahrungsfrist überschritten haben, erkannt und in einem turnusgemäßen Aussonderungsvorgang ausgeschieden werden.

Sachkosten:

Die Software stellte das Archiv, in dem diese Daten im Falle einer Aktenübernahme weiterverarbeitet werden können. Der Klinik entstanden keine Sachkosten.

Personalkosten:

Die Aufnahme der Akten verursachte einen vermeintlich großen Personalaufwand, der jedoch weitaus geringer war, als angenommen. Im vorgestellten Falle haben Hilfskräfte (Verwaltungspraktikanten, Studenten, Rehapraktikanten) die Akten vor Ort erfaßt. Ohne zusätzliche Etatbelastungen war der Nutzen für Klinik und Archiv groß: Klinik und Archiv hatten eine Aktenübersicht, die Klinik konnte nach Fristenkriterien aussondern und hatte einen Nachweis über die abgegebenen Akten. Das Archiv hatte eine Abgabeliste der übernommenen Akten, die zu einem späteren Zeitpunkt weiterbearbeitet werden kann. Nachteilig war jedoch, daß eine solche Aktion sich zwangsläufig über einen längeren Zeitraum erstreckte.

Ergebnis:

Klinik-Registratur und Archiv können nun bei Aktenrecherchen den EDV-Nachweis führen und gegebenenfalls Akten mit Signatur im Archiv anfordern. Die Aushebebeschwindigkeit ist dadurch meist schneller als nach dem herkömmlichen System. Durch das gemeinsame Vorgehen verteilte sich die Arbeitslast, die Aktennachweise sind jetzt schnell und zuverlässig, die Klinik kann bei ständigem Fortschreiben des Verfahrens (periodische Arbeiten) schnell und ohne großen Aufwand auch in Zukunft Aktenaussonderungen durchführen und sich selbst entlasten. Der Vorteil für die Klinik ist die optimale Recherchemöglichkeit in den Akten und

der Raumgewinn. Der Nachteil für das Archiv ist in diesem Fall, daß das Archiv für einen Teil der ausgesonderten Akten noch Funktionen der Registratur übernimmt. Der Vorteil für das Archiv ist die mit den Akten übernommene Datenbasis (elektronische Abgabeliste), die für eine weitere Bearbeitung zur Verfügung steht.

End-Archiv:

Die ausgesonderten und zur Übernahme angebotenen Akten werden vom Archiv bewertet. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen übernimmt das Archiv nur die Unterlagen mit historischer und rechtlicher Relevanz, die restlichen Unterlagen werden vernichtet.