
Zusammenfassung

1. Entscheidend für die dauerhafte Verankerung der Tätigkeit der Historikerin oder des Historikers vor Ort ist die Ausbildung gesellschaftlich akzeptierter historisch-politischer Kompetenz. Damit entspricht er einem gesellschaftlichen Bedürfnis, wie es Jürgen Reulecke immer wieder systematisierend formuliert hat, und nicht etwa einem primär privaten Interesse. Der oder die HvO ist die Person, die stellvertretend – aber natürlich nicht allein – für die Gesellschaft das „archivische Menschenrecht“¹⁶ ausübt und ihm somit zu ständiger Wirkungskraft verhilft

2. Ausgebildet wird diese mittels der umfassenden Kommunikationsfunktion, die der Historiker hat. Diese gilt es je nach den örtlichen Bedingungen präzise zu ent-

wickeln und auszutarieren. Sie ist mehr als reine Vermittler- oder Moderatorenfunktion. Hinzu tritt auf jeden Fall ebenso eine Erklärungsangebotsfunktion wie eine Informationsaufnahmefunktion. Dies kann nur in sehr stark öffentlicher Form funktionieren, woraus wiederum zwangsläufig Konflikte resultieren werden. Im Sinne einer offenen Diskurs-Strategie müssen diese aber durchaus erwünscht sein.

3. Historikerinnen und Historiker vor Ort versuchen, diesen Anspruch für ihre recht kleinen Arbeitsbereiche einzulösen, ohne archivische oder museale Kernaufgaben zu vernachlässigen. Sie werden allerdings ihren Schwerpunkt eindeutig im Bereich historisch-politischer Kommunikation sehen!

¹⁶ Bischoff, Frank M./Koppetsch, Axel: Das archivische Menschenrecht, in: FAZ, 07.07.1994.

Einführung zu den Bewertungs- und Erschließungsempfehlungen für Krankenakten

Von Michael Wischnath

Der von der VDA-Fachgruppe 8 „Universitäts- und Hochschularchive und Archive sonstiger Institutionen“ initiierte und von Privatdozent Dr. Martin Dinges, Institut für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart, geleitete Arbeitskreis „Krankenblattarchive“ hat sich nach der Verabschiedung von „Empfehlungen für die Schriftgutverwaltung der Kliniken und Institute mit Aufgaben der Krankenversorgung“¹ der Bewertung von Krankenunterlagen zugewandt und in seiner Sitzung am 20. 3. 1996² eine Arbeitsgruppe beauftragt, Vorschläge für Bewertungsempfehlungen auszuarbeiten.³ Ein erster Entwurf lag im September 1996 vor und wurde den Mitgliedern des Arbeitskreises sowie einer Anzahl von Medizinhistorikern zur Prüfung zugeleitet. Aufgrund der eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen wurde der Text überarbeitet und nach ausführlicher Diskussion im Plenum des Arbeitskreises in dessen letzter Sitzung am 13. Januar 1997⁴ in der hier vorliegenden Fassung verabschiedet. Der Arbeitskreis „Krankenblattarchive“ hat seine Tätigkeit damit abgeschlossen.

Die Empfehlungen, die inzwischen auszugsweise in der ärztlichen Fachpresse sowie in Fachorganen für Krankenhauswesen veröffentlicht wurden und seit Juli 1997 auch im Internet zugänglich sind,⁵ haben im In- und Ausland bereits breites Interesse gefunden. Gedacht sind sie in erster Linie als Hilfe für die Bewertung von Krankenunterlagen auf herkömmlichen Datenträgern, doch können sie bei Krankenunterlagen, die in elektronischen Systemumgebungen oder in Mikroformen überliefert sind, analog angewendet werden (Abschnitt 1).

Nach einer Erörterung des medizinischen sowie des medizin- und allgemeinhistorischen Quellenwerts von

Krankenunterlagen (Abschnitt 2) werden Protokolle, Krankenakten, medizinische Komplementärdokumentation und Findmittel als die wichtigsten, nach Inhalt und Funktion zu unterscheidende Typen von Krankenunterlagen besprochen (Abschnitt 3), sodann die Bestandsstrukturen der Krankenakten-Registaturen, zumeist parallele Serien, deren Binnenstrukturen auf wenige Grundformen zurückgeführt werden können (Abschnitt 4). Schließlich werden Bewertungsgrundsätze und Auswahlverfahren unter dem Gesichtspunkt ihrer Anwendbarkeit auf Krankenunterlagen verschiedener Typen und Strukturtypen erörtert (Abschnitt 5). Soweit dabei repräsentative Stichproben in Betracht kommen, wird grundsätzlich solchen Verfahren der Vorzug gegeben, bei denen individuelle und familiäre Zusammenhänge erhalten bleiben.

Nach diesen Vorklärungen folgen, differenziert nach Unterlagentypen, die Bewertungsempfehlungen im engeren Sinn (Abschnitt 6). Allgemein wird empfohlen, Protokolle und Findmittel mit Quellenwert sowie ältere Krankenakten vollständig, jüngere Krankenakten in repräsentativer Auswahl (1–10%), die medizinische Komplementärdokumentation nur in exemplarischer Auswahl aufzubewahren, dabei jedoch nicht schematisch zu verfahren, sondern stets zu prüfen, ob besondere Gründe für die Vollarchivierung oder die zusätzli-

¹ Abdruck in: *Der Archivar*, Jg. 50, 1997, Sp. 563–570.

² Vgl. *Der Archivar*, Jg. 49, 1996, Sp. 474 f.

³ Dr. Michael Wischnath, Universitätsarchiv Tübingen (Federführung); Irmtraud Betz-Wischnath, Kreisarchiv Reutlingen; Volkmar Eder, Universitätsklinikum Tübingen; Dr. Robert Kretzschmar, Landesarchivdirektion Baden-Württemberg.

⁴ Vgl. *Der Archivar*, Jg. 50, 1997, Sp. 591 f.

⁵ <http://www.uni.tuebingen.de/UAT/>

che, gezielte Auswahl besonderer Einzelfälle und Fallgruppen sprechen. Hier kann ein befriedigendes Ergebnis wohl nur mit Hilfe der abgebenden Stellen und in der Zusammenarbeit mit Medizinern und Medizinhistorikern erzielt werden.

Abschließend folgen Erschließungsempfehlungen (Abschnitt 7), bei denen der Gedanke leitend ist, daß bei der Erschließung von Krankenunterlagen nur ein stark arbeitsteiliges, schrittweises Vorgehen Erfolg verspricht. Als Anhang ist eine umfangreiche „Checkliste für die Bewertungsentscheidung“ beigefügt. Sie bietet eine Zusammenfassung der dabei zu berücksichtigenden Gesichtspunkte, besonders derjenigen, die geeignet sind, zu Abweichungen vom Regelvorschlag zu führen.

Grundsätzlich wurden die hier vorgelegten Empfehlungen möglichst allgemein gehalten und Beispiele aus diesem Grund fast durchgängig in die Fußnoten verwiesen. Es wird für die Praxis daher zweckmäßig sein, auf dieser Grundlage Richtlinien aufzustellen, die die Verhältnisse im jeweiligen Archivsprengel berücksichtigen. Auch die Checkliste ist als Vorschlag gedacht, die den örtlichen Bedürfnissen entsprechend modifiziert werden kann. So hat sie sich in kürzerer Form bei der Bewertung der archivreifen Bestände des Tübinger „Zentralen Krankenaktendepots“ und der Protokollierung der Entscheidungsfindung als hilfreich erwiesen.

Textabdruck:

Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten

Inhalt: 1. Vorbemerkung. – 2. Quellenwert. 3. Typen von Krankenunterlagen (Protokolle – Krankenakten – Medizinische Komplementärdokumentation – Findmittel – Sonstiges). – 4. Bestandsstrukturen (Allgemeines – Aktenbildung – Serienbildung – Ordnungsprinzipien – Findmittel). – 5. Bewertungsgrundsätze und Auswahlverfahren (Allgemeines – Vollarchivierung – Repräsentative Stichproben – Exemplarische Auswahl – Gezielte Auswahl des Besonderen – Kombinierte Auswahlverfahren – Totalkassation). – 6. Bewertungsempfehlungen (Allgemeines – Protokolle – Krankenakten – Medizinische Komplementärdokumentation – Findmittel – Sonstiges). – 7. Erschließungsempfehlungen (Allgemeines – Einzelfallerschließung – Prioritätenschema). – Anhang: Checkliste für die Bewertungsentscheidung

1. Vorbemerkung

Allgemeines: Nachdem ein Arbeitskreis aus Klinikmitarbeitern, Medizinhistorikern und Archivaren bereits „Empfehlungen für die Schriftgutverwaltung der Kliniken und Institute mit Aufgaben der Krankenversorgung“ erarbeitet hat, werden nunmehr auch Bewertungsempfehlungen für Krankenakten vorgelegt. Sie sollen in erster Linie der Bewertung von Krankenakten auf herkömmlichen Datenträgern dienen. Die Bewertung des nicht im engeren Sinn patientenbezogenen Verwaltungsschriftguts von Kliniken und medizinischen Instituten ist nicht Gegenstand dieser Empfehlungen.

Mikroformen: Wo Krankenakten in Mikroformen (Mikrofilm, -fiche) überliefert sind, können diese Empfehlungen analog angewendet werden, sofern nicht eine vollständige Archivierung in Betracht kommt.

Elektronische Speichermedien: Bei der Einführung elektronischer Archivierungsverfahren muß die Beteiligung des zuständigen Archivs sichergestellt sein, damit die archivfachlichen Anforderungen für die weitere Behandlung von Krankenunterlagen in elektronischen Systemumgebungen nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen berücksichtigt werden können. Im übrigen können diese Empfehlungen analog angewendet werden.

2. Quellenwert

Allgemeines: Krankenakten sind von der klinischen Forschung schon immer als Quelle genutzt worden, während sie die historische Forschung bisher nur wenig beachtet hat und ihre

Archivwürdigkeit bis heute nicht allgemein anerkannt ist. Die dauernde Archivierung ausgewählter Krankenakten ist jedoch für die klinische wie die medizin- und allgemein-historische Forschung aus einer Reihe von Gründen unverzichtbar.¹

Medizinischer Quellenwert: Die Veränderung von Krankheitsbildern als Folge moderner Therapie und Prophylaxe ist in bestimmten Fällen nur durch konkrete Fallstudien überprüfbar. Bis heute können Krankheiten in beträchtlichem Ausmaß nicht kausal erklärt, sondern nur phänomenologisch beschrieben, klassifiziert und symptomatisch behandelt werden. Zur Validierung phänomenologisch fundierter Klassifikationen, zum Beispiel in der Psychiatrie, wird Material für den diachronischen Vergleich benötigt. Krankenakten liefern darüber hinaus Material für langfristige Erfolgskontrollen sowie für retrospektive statistische Studien, für die die Medizinalstatistik immer dann keinen Ersatz bietet, wenn bisher nicht berücksichtigte Gesichtspunkte interessant werden.

Historischer Quellenwert: Krankenakten enthalten Material für die Bearbeitung sozialwissenschaftlicher und historischer Fragestellungen.² Sie geben im Einzelfall exemplarisch Aufschluß zu allgemeinen sozialen Zuständen und Entwicklungen und können auch für die Bearbeitung biographischer Fragestellungen Material bieten.

Akten verschiedener Herkunft: Die Einzugsbereiche und Aufgaben einzelner Einrichtungen und Einrichtungstypen des Gesundheitswesens sind von zahlreichen, ständiger Änderung unterworfenen äußeren Faktoren abhängig. Es ist daher nicht zweckmäßig, lediglich die Überlieferung vermeintlich repräsentativer Institutionen zu berücksichtigen, wenn am Ort oder in der Region mehrere Einrichtungen gleichen Typs vorhanden sind. Diese sind vielmehr sämtlich in die Überlieferungsbildung einzubeziehen. Den Krankenakten von Universitätsklinik kommt dabei ein erhöhter Quellenwert insofern zu, als sie bereits von ihrer Entstehung her auch Forschungszwecken dienen.

Ambulanzakten: Der Quellenwert von Ambulanz-Krankenakten ist grundsätzlich nicht geringer zu veranschlagen als der der Krankenakten zu stationären Behandlungsfällen, zumal sie häufig nicht nur dieselben Personen, sondern auch dieselben Erkrankungen betreffen. Ältere Ambulanzakten sind jedoch wegen der geringeren Nutzung durch die klinische Forschung und kürzeren Aufbewahrungsfristen nur in geringerem Umfang, zufälligerer Auswahl und schlechterem Ordnungszustand überliefert. Hinzu kommt, daß die Behandlungstätigkeit der niedergelassenen Ärzte im allgemeinen archivisch keinen Niederschlag findet.

3. Typen von Krankenunterlagen

Protokolle

Einträge in Protokollbücher sind die historisch frühere Form der ärztlichen und pflegerischen Dokumentation, aus der sich schrittweise die heute üblichen Krankenakten entwickelt haben.

Auch nach dem Übergang zur Krankenakte wurden bzw. werden bestimmte Basisdaten oder für den Ablauf der Behandlung besonders wichtige Angaben häufig gesondert erfaßt,³ wobei der Übergang zum Verwaltungsschriftgut fließend ist. Derartige Unterlagen können auch als Findbehelfe dienen. Ihr Quellenwert ist davon abhängig, ob es sich um eine komprimierte (Parallel-)Überlieferung zur Gesamtheit der Behandlungsfälle handelt oder ob die Aufzeichnungen ausschließlich oder überwiegend der Abrechnung erbrachter Leistungen und der Organisation des Klinik- oder Lehrbetriebs dienen.

Krankenakten

Moderne Krankenakten enthalten personen- oder fallbezogen die ärztliche und pflegerische Dokumentation und zwar entwe-

¹ Das Folgende weitgehend nach einer gutachtlichen Stellungnahme von Gerhard Fichtner, Tübingen.

² Etwa zum Umgang der Gesellschaft mit Krankheit und Kranken, zur „ärztlichen Sprache“, zum Arzt-Patienten-Verhältnis, zur Sozialgeschichte der Medizin, zu den medizinischen Institutionen und Berufen und zum Wandel ärztlicher Technik und Instrumente.

³ Zum Beispiel in Aufnahme-, Operations- oder Rapportbüchern.

der vollständig, auch unter Einschluß der medizinischen Komplementärdokumentation, oder in ihren wesentlichen Bestandteilen und Inhalten, häufig getrennt für ambulante und stationäre Behandlung.⁴ Besonders ältere Krankenakten können auch Unterlagen enthalten, die dem Verwaltungsschriftgut zuzurechnen sind.

Medizinische Komplementärdokumentation

Der medizinischen Komplementärdokumentation werden hier die Unterlagen zugerechnet, die bei chemischen, physikalischen und morphologischen Untersuchungen entstanden sind und nicht vom behandelnden Arzt herrühren, zum Beispiel Röntgenbilder oder Aufzeichnungen von Zeitfunktionen wie EKG oder EEG.⁵ Für die beschleunigte Zunahme der Krankenaktenbestände aus stationärer Behandlung ist insbesondere der immer größere Umfang der in ihnen enthaltenen Komplementärdokumentation verantwortlich.⁶

Bestimmte Teile der Krankenunterlagen, insbesondere der medizinischen Komplementärdokumentation, gelangen wegen ihres Umfangs, ihres Formats oder ihrer Beschaffenheit nicht in die Krankenakten.⁷ Sie bilden in der Regel chronologische Serien, denen ein selbständiger Quellenwert nur im Ausnahmefall⁸ zukommt. Sind Krankenakten und Komplementärdokumentation nach unterschiedlichen Kriterien geordnet, ist es nur mit kaum vertretbarem Aufwand möglich, jeweils zusammengehörige Unterlagen auszuwählen.

Findmittel

Den in den Krankenaktenregistriaturen vorhandenen, häufig bestandsübergreifend geführten Findmitteln⁹ kommt im Einzelfall ein eigener Quellenwert zu. Dies gilt auch für Daten, die unabhängig von den Krankenakten bzw. -registriaturen für Behandlungs-, Forschungs- und Verwaltungszwecke in einer klinischen Basisdokumentation erfaßt sein können. Ob die technischen und rechtlichen Voraussetzungen für die Nutzung solcher Daten gegeben sind, ist im Einzelfall zu prüfen.

Sonstiges

Verwaltungsunterlagen: Neben den Krankenakten im engeren, medizinischen Sinn können weitere patientenbezogene Einzelfallakten im Verwaltungsschriftgut überliefert sein.

Gutachten: Ärztliche Gutachten sind häufig außerhalb der Krankenakten überliefert. Sie betreffen nicht immer ausschließlich in der betreffenden Einrichtung behandelte oder untersuchte Patienten.

Sammlungen: Auf Sammlungen für Forschungs- oder Unterrichtszwecke, insbesondere Film- und Bildgut sowie medizinische Zeichnungen ist besonders zu achten.

4. Bestandsstrukturen

Allgemeines

Die Strukturen der Krankenakten-Registriaturen sind außerordentlich vielfältig, doch handelt es sich zumeist um parallele Krankenakten- oder Protokollbuchserien, deren Binnenstruktur sich auf wenige Grundformen („Strukturtypen“) zurückführen läßt. Dabei ist auch mit Sonderbeständen oder Selekten zu rechnen, die für bestimmte Forschungsvorhaben oder aus anderem Anlaß nachträglich gebildet wurden.

Aktenbildung

Krankenakten sind massenhaft gleichförmige Parallelakten. Sie werden fall-¹⁰ oder personenbezogen¹¹ gebildet. Bei der Bewertung kann darauf keine Rücksicht genommen werden, zumal bei personenbezogener Aktenbildung mit schwer nachprüfbareren Inkonsistenzen bei der Ablage zu rechnen ist.

Serienbildung

Kriterien für die Bildung von Serien und Selekten sind in erster Linie: Organisationseinheit¹², Behandlungsart¹³, Aufnahme-, Behandlungs- oder Entlasszeitpunkt¹⁴, Befund, Behandlungsergebnis¹⁵ oder Patientenmerkmale wie Geschlecht, Alter¹⁶ und Status¹⁷.

Ordnungsprinzipien

Für die innere Ordnung von Krankenaktenbeständen sind Kombinationen von je zwei der folgenden drei, entweder aus dem „Geschäftsgang“ des Krankenhauses (Strukturtyp I) oder aus „Patientenmerkmalen“ (Strukturtypen II und III) abgeleiteten Ordnungskriterien maßgeblich.

Strukturtyp I: Eintrag in ein Protokollbuch (Ia) bzw. Ablage (Ib) nach Anfall, also in der Reihenfolge der Aufnahme, einer bestimmten Untersuchung oder Behandlung oder der Entlassung, oder nach Maßgabe einer Ordnungsnummer.¹⁸

Strukturtyp II: Ablage nach dem Namensalphabet. Bei Namensgleichheit kommt als zweites Ordnungsmerkmal vor allem das Geburtsdatum in Betracht.

Strukturtyp III: Ablage nach dem Geburtsdatum. Dabei ist entweder die Chronologie der Geburtsdaten (IIIa) oder eines ihrer Elemente Jahr (IIIa), Monat (IIIb) oder Tag (IIIc) erstes Ordnungsmerkmal.¹⁹

5. Bewertungsgrundsätze und Auswahlverfahren

Allgemeines

Es ist anzustreben, die folgenden Auswahlverfahren stets kombiniert anzuwenden. In der Praxis kann ihre Anwendbarkeit auch davon abhängen, ob zusätzliche Findmittel oder Daten der medizinischen Dokumentation genutzt werden können. Zusätzliche Findmittel sind bei Krankenakten des Strukturtyps I zu erwarten, bei solchen der Strukturtypen II und III sind sie für den Klinikbetrieb nicht zwingend erforderlich.²⁰

Vollarchivierung

Eine Vollarchivierung kommt im allgemeinen nur für ältere Krankenunterlagen in Betracht, ferner für Aufnahmebücher und Behandlungsprotokolle. Ein Grenzzjahr für die Vollarchivierung der Gesamtüberlieferung einer Einrichtung kann stets nur Orientierungshilfe sein. Eine Vollarchivierung auch jüngerer Krankenakten kann zum Beispiel dann in Betracht kommen, wenn die Bestandsstrukturen eine Kassation nach einheitlichen Gesichtspunkten erschweren. Außerdem sind Inhalt und besondere historische Bedeutung stets angemessen zu berücksichtigen. Das gilt vor allem für Unterlagen aus der Zeit des National-

⁴ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Hinweise zur Dokumentation der Krankenhausbehandlung, Düsseldorf 1990, S. 8 ff.

⁵ Nach Martina Lienert, Gedanken zur archivwissenschaftlichen Bewertung der medizinischen Betreuungsdokumentation im Gesundheitswesen der DDR, in: *Archivmittlungen* 1986, S. 65-71, hier: S. 65 f.

⁶ Im Bereich der ambulanten Behandlung ist sie eher auf den Anstieg der Fallzahlen zurückzuführen.

⁷ Zum Beispiel EEG-Aufzeichnungen, Röntgenaufnahmen und Filme, Gebißabdrücke.

⁸ Zum Beispiel bei Röntgenaufnahmen, auf denen der Befund notiert ist.

⁹ Zum Beispiel Karteien oder Dateien.

¹⁰ Bei jeder Aufnahme/Behandlung wird eine neue Akte angelegt.

¹¹ Vorhandene Krankenakten werden weitergeführt.

¹² Klinikum, Einzelklinik, Abteilungen oder Stationen einer Klinik, behandelnder Arzt.

¹³ Ambulante, stationäre Behandlung.

¹⁴ Die Fälle eines Jahres oder eines anderen Zeitabschnitts bilden je besondere Serien. Bei personenbezogener Aktenbildung ist dabei der Zeitpunkt der ersten oder der letzten Behandlung maßgeblich, was die Laufzeitermittlung erheblich erschweren kann.

¹⁵ Beispiel: Akten verstorbener Patienten bilden ein „Totenarchiv“.

¹⁶ Die Krankenakten der Patienten, die vor oder nach einem bestimmten Stichtag geboren sind, bilden eine Serie.

¹⁷ Privatpatienten; sonstige Patienten.

¹⁸ Im zweiten Fall erübrigt sich ein weiteres Ordnungsmerkmal. Möglich ist dann auch die Ablage „nach Endziffern“.

¹⁹ Fälle, in denen das Geburtsdatum unbekannt ist oder nicht erhoben werden kann, zum Beispiel bei Patienten ausländischer Herkunft, werden in der Praxis unterschiedlich gehandhabt. So wird etwa generell der 1. Januar oder der 31. Februar (!), oder der 1. oder der 31. des laufenden Monats gewählt, letzteres unabhängig davon, ob dieser 31 Tage hat.

²⁰ In Krankenaktenregistriaturen („Klinikarchiven“) mit EDV-unterstützter Bestandsverwaltung werden im allgemeinen folgende Merkmale erfaßt: Behandelnde Stelle/Klinik, Name, Geburtsdatum, Behandlungszeitpunkt (zum Beispiel: Aufnahmedatum, Entlassdatum, Übergebdatum).

sozialismus. Deshalb werden zum Beispiel in einigen Bundesländern die Krankenunterlagen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser bis einschließlich 1945 vollständig aufbewahrt.²¹

Repräsentative Stichproben

Allgemeines: Repräsentative Stichproben²² kommen in der Regel für jüngere Krankenakten in Betracht. Dabei kommt es nicht nur auf eine statistisch repräsentative Auswahl aus der Gesamtzahl der Behandlungsfälle, sondern auch auf ein Stichprobenverfahren an, bei dem individuelle und familiäre Zusammenhänge erhalten bleiben. Deshalb wird empfohlen, „Klumpenstichproben“ nach den Anfangsbuchstaben der Familiennamen zu bevorzugen. Von dieser Zielsetzung geht die folgende Übersicht über die Anwendbarkeit einzelner Stichprobenverfahren auf die Strukturtypen aus.

Strukturtyp Ia (Protokollbücher und zusammengebundene Einzelfallakten): Es kommen nur chronologische Klumpenstichproben nach Behandlungsdaten in Betracht. Insbesondere bei kleineren Beständen sollte geprüft werden, ob Vollarchivierung möglich ist.

Strukturtyp Ib (Chronologisch oder nach Ordnungsnummern gereichte Einzelfallakten): Es kommen in erster Linie chronologische Klumpenstichproben in Betracht, doch sollte geprüft werden, ob alternativ sektorielle Klumpenstichproben nach Namen möglich sind. Möglich sind auch Zufallsstichproben nach Zufallszahlen.²³

Strukturtyp II (Namensalphabet): Möglich sind in erster Linie sektorielle Klumpenstichproben nach Namen.

Strukturtyp IIIa (Chronologie der Geburtsdaten): Möglich sind sektorielle Klumpenstichproben nach Geburtsdaten bzw. -jahren. Jedoch sollte geprüft werden, ob alternativ sektorielle Klumpenstichproben nach Namen möglich sind.

Strukturtyp IIIb (Geburtsjahr / Name): Klumpenstichproben nach Namen sind möglich, sofern der zusätzliche Aufwand – Auswahl aus einem Namensalphabet pro Geburtsjahrgang – erbracht werden kann. Im übrigen kommen sektorielle Klumpenstichproben nach Geburtsjahren in Betracht.

Strukturtyp IIIc (Geburtsmonat / -tag / Name): Geeignet sind in erster Linie sektorielle Klumpenstichproben nach Geburtsdaten. Sofern zusätzliche Findmittel zur Verfügung stehen, sollte geprüft werden, ob alternativ sektorielle Klumpenstichproben nach Namen möglich sind.

Strukturtyp III d (Geburtsstag / -monat / -jahr / Name): Geeignet sind in erster Linie sektorielle Klumpenstichproben nach Geburtsdaten. Sofern zusätzliche Findmittel zur Verfügung stehen, sollte jedoch geprüft werden, ob alternativ sektorielle Klumpenstichproben nach Namen möglich sind.

Exemplarische Auswahl

Unter exemplarischer Auswahl wird die willkürliche Auswahl einiger weniger Einheiten aus einem abgeschlossenen Bestand oder die regelmäßige Übernahme solcher Einheiten aus einem „lebenden Bestand“ verstanden. Sie kommt beim Vorhandensein aussagekräftiger Parallelüberlieferung sowie dort in Betracht, wo lediglich der organisatorische Ablauf der Behandlung und die Anwendung bestimmter therapeutischer und diagnostischer Verfahren allgemein nachvollziehbar bleiben sollen, ohne daß es auf Vollständigkeit im Einzelfall oder statistische Repräsentativität ankäme. Dies trifft in der Regel für die medizinische Komplementärdokumentation zu.

Gezielte Auswahl des Besonderen

Es ist stets zu prüfen, ob die gezielte Archivierung von Einzelfällen und Fallgruppen, die aus medizinischer Sicht, wegen der betroffenen Patienten oder aus anderem Grund von besonderem Interesse sind, sinnvoll ist. Im allgemeinen kommt dies nur in Verbindung mit repräsentativen Stichproben oder beim Vorhandensein aussagekräftiger Parallelüberlieferung in Betracht, sofern die organisatorischen Voraussetzungen²⁴ gegeben sind oder die erforderlichen Findmittel bzw. Daten zur Verfügung stehen.²⁵

Kombinierte Auswahlverfahren

Die kombinierte Anwendung verschiedener Auswahlverfahren kommt besonders dann in Betracht, wenn Krankenunterlagen verschiedener Unterlagen- bzw. Strukturtypen parallel überliefert sind.²⁶ Ebenso können verschiedene repräsentative Stichprobenverfahren zur Absicherung der Stichprobenqualität kombiniert werden.²⁷

Totalkassation

Eine Totalkassation kommt im allgemeinen nur in Betracht, wenn ausreichende Parallelüberlieferung vorhanden ist. Auch bei Totalkassation sollte die getroffene Entscheidung nachvollziehbar bleiben. Dazu kann ein Belegstück dienen.

6. Bewertungsempfehlungen

Allgemeines

Es ist zweckmäßig, aufgrund dieser Empfehlungen Bewertungsrichtlinien aufzustellen und die auf dieser Grundlage im Einzelfall getroffenen Bewertungsentscheidungen und ihre Motive schriftlich festzuhalten²⁸ sowie gegenüber den Nutzern in geeigneter Weise offenzulegen.

Protokolle

Es wird empfohlen, Protokolle vollständig aufzubewahren, sofern sie eine komprimierte (Parallel-)Überlieferung zur Gesamtheit der Behandlungsfälle darstellen, und sich im übrigen auf eine exemplarische Auswahl zu beschränken. Aufnahmebücher, Behandlungs- und Untersuchungsprotokolle sind daher vollständig aufzubewahren.

Krankenakten

Es wird empfohlen, ältere Krankenakten vollständig aufzubewahren und bei der Festlegung eines Grenzwahrs nicht vor das Jahr 1900 zurückzugehen.

Es wird empfohlen, jüngere Krankenakten je nach der Zahl der Behandlungsfälle in repräsentativer Auswahl von 1–5 % (ambulante Behandlung) und 5–10 % (stationäre Behandlung) aufzubewahren²⁹ und dabei unabhängig vom Strukturtyp sektorielle Klumpenstichproben nach den Anfangsbuchstaben der Familiennamen anzustreben. Diese Auswahlen sollten zumin-

²¹ Vgl. Hermann Bannasch (Bearb.), *Archivrecht in Baden-Württemberg*, Stuttgart 1990, S. 166–169.

²² Zu den verschiedenen Stichprobenverfahren und ihrer archivischen Eignung vgl. Arnd Kluge, *Stichprobenverfahren zur archivischen Auswahl massenhaft gleichförmiger Einzelfallakten* (*Der Archivar* 46, 1993) sowie, speziell im Blick auf Krankenakten, Hamisch Maxwell-Stewart, Alistair Tough, John Hope McColl and Johanna Geyer-Kordesch: *Selecting Clinical Records for Long-Term Preservation: Problems and Procedures*. Glasgow 1993 (= Welcome Unit for the History of Medicine, University of Glasgow. Publikation No. 5), S. 32–36.

²³ Das gilt insbesondere bei Ablage „nach Endziffer“. Vgl. Maxwell-Stewart/Tough/McColl/Geyer-Kordesch, a. a. O.

²⁴ Zum Beispiel Serien- oder Selektbildung nach Befund, Kennzeichnung bestimmter Fälle durch den behandelnden Arzt oder die abgebende Einrichtung.

²⁵ Ein Beispiel für die (zusätzliche) Auswahl nach Diagnose mit Hilfe der Daten der medizinischen Basisdokumentation bietet das Archivierungsmodell des Greater Glasgow Health Board (Maxwell-Stewart/Tough/McColl/Geyer-Kordesch, a. a. O.).

²⁶ Sind zum Beispiel aussagekräftige Aufnahmebücher, Krankenakten und eine oder mehrere Serien medizinischer Komplementärdokumentation überliefert, kann sich Vollarchivierung für die Aufnahmebücher einer- und repräsentative Stichprobe bzw. exemplarische Auswahl für die Krankenakten bzw. die Komplementärdokumentation andererseits empfehlen.

²⁷ Zum Beispiel Klumpenstichproben nach Familiennamen und chronologische Klumpenstichproben.

²⁸ Dafür kann zum Beispiel die beigefügte Checkliste verwendet werden.

²⁹ Bei der Planung ist zu berücksichtigen, daß der Umfang moderner Krankenaktenbestände auch von der Art der Aufbewahrung und der Bestandsstruktur abhängig ist und bei kompakter Lagerung erhebliche Umfangsreduzierungen möglich sind. So führt die weithin übliche hängende Aufbewahrung zu einem um 30 bis 50% höheren Raumbedarf.

dest regional archivübergreifend abgestimmt werden.³⁰ Sind sie nur mit erheblichem zusätzlichem Aufwand möglich, ist für die Wahl des Stichprobenverfahrens vom Strukturtyp auszugehen. Darüber hinaus ist die Möglichkeit der gezielten Auswahl besonderer Fälle und Fallgruppen zu prüfen.

Bei ausreichender Parallelüberlieferung kommt nach funktionaler und inhaltlicher Prüfung auch die Beschränkung auf exemplarische Auswahl oder Totalkassation in Betracht.

Medizinische Komplementärdokumentation

Es wird empfohlen, die medizinische Komplementärdokumentation in exemplarischer Auswahl soweit aufzubewahren, daß die Anfänge einzelner diagnostischer und therapeutischer Verfahren, die Häufigkeit ihrer Anwendung und ihre Wandlungen sowie der Behandlungs- bzw. Untersuchungsablauf an Beispielen nachvollziehbar bleiben. Auf statistische Repräsentativität kommt es dabei nicht an. Soweit sie in den Krankenakten überliefert ist, sollte sie bis auf eine exemplarische Auswahl ausgesondert werden, sofern die Voraussetzungen³¹ dafür gegeben sind.

Findmittel

Es wird empfohlen, Findmittel vollständig aufzubewahren, soweit sie eigenen Quellenwert besitzen oder der inhaltlichen Erschließung dienen.

Sonstiges

Es wird empfohlen, patientenbezogene Einzelfallakten, die außerhalb der Krankenaktenregistratur erwachsen sind, wie die Krankenakten im engeren Sinn zu bewerten.³²

Es wird empfohlen, Sammlungen ärztlicher Gutachten, die außerhalb der Krankenakten überliefert sind, ebenfalls wie diese selbst zu bewerten.

7. Erschließungsempfehlungen

Allgemeines

Erschließungsstufen: Es wird empfohlen, bei der Erschließung von Krankenunterlagen abgestuft vorzugehen. Dabei hat die Bereitstellung von Überblicksinformationen (Beständeübersicht, Inventar etc.) Vorrang vor einer detaillierten, gleichwohl allgemeinen Beschreibung der typischen Akteninhalte der Einzelbestände, diese wiederum vor der Erschließung der Einzelfallakten.

Erschließungsschritte: Die Erschließung kann auf jeder Stufe auch in mehreren, zeitlich auseinanderliegenden Schritten erfolgen. Entscheidungen über Art, Ausmaß und Zeitpunkt einer vertieften Erschließung insbesondere der Einzelfallakten sollten nur gezielt und nach Maßgabe der sich entwickelnden Bedürfnisse der Forschung getroffen werden. So können Mitarbeiter unterschiedlicher Qualifikation eingesetzt und auch bei der Benutzung erhobene Daten eingebracht werden.

Prioritäten: Es wird empfohlen, Protokolle, insbesondere Aufnahmebücher, Behandlungs- und Untersuchungsprotokolle, sowie Krankenakten des Strukturtyps I vorrangig zu erschließen, letztere jedoch nur band- bzw. faszikelweise. Erschließungsmaßnahmen, die die Benutzung überhaupt erst ermöglichen,³³ haben Vorrang vor solchen, die die Benutzung lediglich erleichtern.³⁴ Ebenso hat die Datenerhebung anhand geeigneter Findmittel und Protokolle Vorrang vor der Verzeichnung der Einzelfallakten selbst.

Einzelfallerschließung

Datenverknüpfung: Vorrang hat die Erfassung derjenigen Daten, die die Akten- und Personenidentifizierung, die Verknüpfung zur Parallelüberlieferung sowie zu den Findmitteln sicherstellen und weitere Erschließungsmaßnahmen zu einem späteren Zeitpunkt erleichtern (Priorität 1 im Prioritätenschema).

Arbeitsteilung: Es wird empfohlen, die Einzelererschließung auf wenige, einfach zu erhebende Angaben zu beschränken. Vorrang haben dabei Daten, die ihrerseits im Verlauf der Aufnahme/Behandlung routinemäßig und in standardisierter Form erfaßt wurden³⁵ und ohne besondere Qualifikation (Paläo-

graphische Fertigkeiten, Kenntnisse der jeweils zeitgenössischen medizinischen Terminologie) sowie ohne besonderen Schreibaufwand erhoben werden können (Priorität 2 im Prioritätenschema).

Prioritätenschema für die Einzelfallerschließung

(Priorität: 1 **fett**, 2 *kursiv*, 3 normal)

- I Signaturen³⁶
 - Archivsignatur
 - Registratursignatur/Aufnahmenummer:³⁷
- II Personaldaten³⁸
 - Name, Vorname:³⁹
 - Geburtsdatum⁴⁰
 - Todesdatum
 - Weitere Personaldaten:⁴¹
 - Beruf
 - Geburtsort
 - Wohnort
 - Familienstand⁴²
 - Konfession⁴³
- III Behandlungsdaten⁴⁴
 - Aufnahmedatum⁴⁵
 - Entlassungsdatum⁴⁶
 - Diagnose⁴⁷
 - Behandelnder Arzt/Ärzte
 - Therapie

³⁰ So hat zum Beispiel die Arbeitsgruppe „Aussonderung und Bewertung von Unterlagen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“ der Landesarchivdirektion Baden-Württemberg entsprechend der auch sonst in den Staatsarchiven Baden-Württembergs geübten Praxis die Buchstaben D, O und T (entsprechend ca. 6%) oder D, O, R und T (entsprechend ca. 10%) vorgeschlagen.

³¹ Insbesondere klare Strukturierung der Krankenakten, fallbezogene Ablage.

³² Beispiel: Die Korrespondenz der behandelnden Einrichtung mit dem Leistungsträger etwa einer psychiatrischen Behandlung.

³³ Zum Beispiel weil die ursprüngliche Ordnung nicht mehr vorhanden ist.

³⁴ Zum Beispiel weil Aufnahmebücher mit Angaben zur Person und zur Behandlung vorhanden sind.

³⁵ Etwa durch Eintrag in ein Protokollbuch, ein vorgedrucktes „Krankenblatt“ oder den Vordruck auf dem Aktenumschlag.

³⁶ Es kann genügen, zunächst lediglich die Signaturen zu erfassen, wenn aussagekräftige Aufnahmebücher und Protokollbücher mit Personal- und Behandlungsdaten vorhanden sind.

³⁷ Erforderlich, wenn die Daten nach dem Kriterium „Aufnahmenummer“ sortiert werden sollen. Es ist damit zu rechnen, daß jährlich oder in unregelmäßigen Abständen mit einer neuen Zählung begonnen wird. Deshalb wird zusätzlich das Kriterium „Aufnahme-“ und „Entlassdatum“ benötigt.

³⁸ Personaldaten können u. U. aus den Aufnahmebüchern nacherhoben werden. Sie dienen aber auch der sicheren Identifizierung.

³⁹ Erforderlich für die (Re-)Konstruktion von bestands- oder klinikübergreifenden Fallakten.

⁴⁰ Erforderlich für die (Re-)Konstruktion von bestands- oder klinikübergreifenden Fallakten. Sicherung gegen Fehler beim Namen.

⁴¹ Diese Angaben sind in Verbindung mit dem Merkmal „Diagnose“ besonders für sozialwissenschaftliche und historische Fragestellungen relevant. Sie wurden häufig routinemäßig erfaßt und bieten vergleichsweise geringere paläographische Probleme.

⁴² Priorität 2 nur, sofern mit geringem Aufwand zu erheben.

⁴³ Desgl.

⁴⁴ Die Behandlungsdaten sind insbesondere für die medizinische und medizinhistorische Benutzung relevant. Soweit sie auch in den Aufnahmebüchern enthalten sind, können sie auch aus diesen nacherhoben werden.

⁴⁵ Erleichtert gezielte Erschließung/Benutzung und Sperrfristüberwachung.

⁴⁶ Desgl.

⁴⁷ Die Kenntnis der Diagnosen ist für die Auswertung von Krankenakten von besonderer Bedeutung und zwar um so mehr, je weniger sie bei der Serienbildung eine Rolle spielte. Die Erfassung dieses Merkmals stellt jedoch häufig höhere Anforderungen. Während die Personaldaten zumeist von Schreibräften erfaßt wurden, ist die Diagnose oft von anderer, schwerer lesbarer Hand nachgetragen. Die fehlerfreie Erfassung erfordert dann zusätzliche paläographische Fertigkeiten, Vertrautheit mit den benutzten Abkürzungen, Kenntnis der je zeitgenössischen medizinischen Terminologie.

- Verpflegungsklasse
- IV Ergänzende Daten⁴⁸
 Beilagen⁴⁹
 Korrespondenzen (Ärzte, Patienten, Angehörige etc.)⁵⁰
 Besonderheiten

Anhang: Checkliste für die Bewertungsentscheidung

- () *Allgemeines*
- () Provenienz:
- () Bezeichnung/Inhalt:
- () Laufzeit:
- () *Bewertungsentscheidung*
- () Vollarchivierung
- () Vollarchivierung bis zum Grenzzahl
- () Repräsentative Auswahl
- () Systematische Stichprobe
- () Chronologische Klumpenstichprobe nach Behandlungsdaten
- () Zufallsstichprobe nach Zufallszahlen
- () Sektorielle Klumpenstichprobe nach Namen
 DOT / DORT /
- () Sektorielle Klumpenstichprobe nach Geburtsdaten
 1. / 1. und 10. / 1., 10. und 20. Tag
- () Sonstiges:
- () Exemplarische Auswahlarchivierung
- () Zusätzliche gezielte Auswahlarchivierung
- () Beschränkung auf gezielte Auswahlarchivierung
- () Totalkassation bis auf ein Belegstück
- Dieser Bewertungsentscheidung liegen folgende Feststellungen und die Abwägung der folgenden Gesichtspunkte zugrunde:
- () *Um welchen Typ von Krankenunterlagen handelt es sich?*
- () Krankenakten
- () Behandlungs- und Untersuchungsprotokolle
- () Medizinische Komplementärdokumentation
- () Sonstige Unterlagen:
- () *Welche Bestandsstruktur liegt vor?*⁵¹
- () Bestand umfaßt eine / mehrere Serien
- () Kriterien für die Serienbildung:
- () Ambulante / stationäre Behandlung
- () Sonstiges:
- () Behandlungszeitraum: -
- () Befund:
- () Sonstige:
- () Ablage fallbezogen
- () Ablage personenbezogen
- () nach dem Zeitpunkt der letzten Behandlung
- () nach dem Zeitpunkt der ersten Behandlung
- () Strukturtyp Ia (1. Nummer/Chronologie 2. Name)
- () Strukturtyp Ib (1. Nummer/Chronologie 2. Name)
- () Strukturtyp II (1. Name 2. Geburtsdaten)
- () Strukturtyp IIIa (1. Geburtsdatum 2. Name)
- () Strukturtyp IIIb (1. Geburtsjahr 2. Name)
- () Strukturtyp IIIc (1. Geburtsmonat 2. -tag 3. Name)
- () Strukturtyp IIId (1. Geburtstag 2. -monat 3. -jahr 4. Name)
- () *Welche Findmittel sind vorhanden?*
- () Konventionelle Unterlagen und Findmittel
- () Fallzahlen
- () Karteien (Name, Geburtsdatum, -ort, Wohnort, Familienstand, Beruf, Diagnose, Behandlungsdatum,
- () Namensregister
- () EDV-gestützte Bestandsverwaltung (Behandelnde Stelle, Name, Geburts-, Ausnahme-, Entlaßdatum,
- () Klinische Basisdokumentation
- () *Welcher Raumbedarf entsteht?*
- () Derzeitiger Bestandsumfang ... lfm
- () Derzeitige Lagerung:
- () Umfangsreduzierung bei kompakter Lagerung um ... % auf ... lfm
- () Aussonderung der Komplementärdokumentation durchführbar, Umfangsreduzierung um ... % auf ... lfm
- () *Ist aussagekräftige Parallelüberlieferung vorhanden?*
- () Krankenakten:

- () Aufnahmebücher, Behandlungsprotokolle
- () Sonstiges:
- () *Welches Stichprobenverfahren ist bei Beständen vom Strukturtyp III anwendbar?*
- () Auswahl nach Namen ist möglich
- () Aussonderung aus lebendem Bestand, kein Mehraufwand
- () Zusätzliche Findmittel stehen zur Verfügung
- () Der Zusatzaufwand kann jetzt oder später erbracht werden
- () Zusätzliche Magazinkapazität verfügbar
- () Es kommt nur Auswahl nach Geburtsdaten in Betracht
- () *Sprechen besondere Gründe für die Vollarchivierung? – JA / NEIN*
- () Alter des Bestandes
- () Informationsverdichtung
- () Art des Inhalts
- () Forensische Gutachten
- () Fallsammlungen und Dokumentationen
- () Akten des Maßregelvollzuges
- () Fotodokumentationen, Zeichnungen
- () Unterrichtsmaterialien
- () Sonstiges:
- () Besondere historische Bedeutung
- () Psychiatrieakten
- () Sonstiges:
- () Arbeitsökonomie
- () Relation Aufwand/Raumersparnis
- () Geringer Umfang
- () Sonstiges:
- () Gestörte Struktur
- () Nachgebundene Akten, Stichprobenziehung problematisch
- () Sonstiges:
- () *Sind die Voraussetzungen für die gezielte Auswahl besonderer und/oder typischer Einzelfälle gegeben? – JA / NEIN*
- () Kennzeichnung durch behandelnden Arzt
- () Zugriff auf Daten der med. Basisdokumentation
- () Sonstiges:
- () *Sprechen besondere Gründe für eine zusätzliche, gezielte Auswahlarchivierung? – JA / NEIN*
- () Medizinische Bedeutung
- () Fall ging in die Literatur ein
- () Nach ärztlichem Urteil besonders interessant
- () Nach ärztlichem Urteil besonders typisch
- () Haustypisches Verfahren
- () Erprobung neuer Behandlungsverfahren
- () Sonstiges:
- () Bedeutung des Patienten
- () Künstler, Wissenschaftler, Politiker, Sportler,
- () Fall erregte Aufsehen in den Medien
- () Sonstiges:
- () *Sprechen besondere Gründe für die Beschränkung auf gezielte Auswahlarchivierung? – JA / NEIN*
- () Parallelüberlieferung reicht aus
- () Sonstiges:
- () *Sprechen besondere Gründe für die Beschränkung auf exemplarische Auswahl? JA / NEIN*
- () Parallelüberlieferung reicht aus
- () Sonstiges:
- () *Sprechen besondere Gründe für eine repräsentative Auswahl? – JA / NEIN*
- () Besondere historische Bedeutung
- () Fehlen anderer Überlieferung
- () Sonstiges:
- () *Sprechen besondere Gründe für die Totalkassation – JA / NEIN*
- () Archivübergreifende Bewertung
- () Parallelüberlieferung reicht aus
- () Sonstiges:

⁴⁸ Bei solchen Angaben empfiehlt sich Zurückhaltung, weil sie i. d. R. eine inhaltliche Prüfung jeder einzelnen Akte erfordern. Sie sind entbehrlich, wo Beilagen oder Korrespondenzen i. d. R. oder zu einem erheblichen Teil enthalten sind.

⁴⁹ Patientenphotos, EKG, EEG, Röntgenaufnahmen etc.

⁵⁰ Erfordert u. U. zusätzliche paläographische Fertigkeit.

⁵¹ Nötigenfalls getrennt bewerten!