

## **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.<sup>1</sup>

---

\*Wir stellen diesen Text von 1997, der in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 21, 1998, S. 49-59 veröffentlicht wurde, ins Netz, weil uns immer wieder Anfragen zu diesem Thema erreichen. Da es kaum jüngere Literatur zu diesem Thema gibt, die grundsätzlich das gesamte Feld der Krankenakten in den Blick nimmt, scheint uns dies gerechtfertigt. Als Anhang veröffentlichen wir eine Liste von seither erschienenen Artikeln, die Einzelfragen, insbesondere zu speziellen Aktentypen, sowie Praxiserfahrungen widerspiegelt. Es wurde die alte Rechtschreibung beibehalten. Ich danke Dr. O. Fischer für die Mitarbeit bei dieser Aktualisierung.

*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.<sup>2</sup> 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 Universitätsklinika 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 kürzere 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,<sup>3</sup> wobei der Übergang zum Verwaltungsschriftgut fließend ist. Derartige Unterlagen können auch als

---

<sup>1</sup> Das Folgende weitgehend nach einer gutachtlichen Stellungnahme von Gerhard Fichtner, Tübingen.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Zum Beispiel in Aufnahme-, Operations- oder Rapportbüchern.

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 entweder vollständig, auch unter Einschluß der medizinischen Komplementärdokumentation, oder in ihren wesentlichen Bestandteilen und Inhalten, häufig getrennt für ambulante und stationäre Behandlung<sup>4</sup>. 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.<sup>5</sup> Für die beschleunigte Zunahme der Krankenaktenbestände aus stationärer Behandlung ist insbesondere der immer größere Umfang der in ihnen enthaltenen Komplementärdokumentation verantwortlich.<sup>6</sup>

Bestimmte Teile der Krankenunterlagen, insbesondere der medizinischen Komplementärdokumentation, gelangen wegen ihres Umfangs, ihres Formats oder ihrer Beschaffenheit nicht in die Krankenakten.<sup>7</sup> Sie bilden in der Regel chronologische Serien, denen ein selbständiger Quellenwert nur im Ausnahmefall<sup>8</sup> 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 Krankenaktenregistraturen vorhandenen, häufig bestandsübergreifend geführten Findmitteln<sup>9</sup> kommt im Einzelfall ein eigener Quellenwert zu. Dies gilt auch für Daten, die unabhängig von den Krankenakten bzw. -registraturen 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.

---

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

<sup>5</sup> Nach Martina Lienert, Gedanken zur archivwissenschaftlichen Bewertung der medizinischen Betreuungsdokumentation im Gesundheitswesen der DDR, in: Archivmitteilungen 1986, S. 65-71, hier: S. 65f.

<sup>6</sup> Im Bereich der ambulanten Behandlung ist sie eher auf den Anstieg der Fallzahlen zurückzuführen.

<sup>7</sup> Zum Beispiel EEG-Aufzeichnungen, Röntgenaufnahmen und Filme, Gebißabdrücke.

<sup>8</sup> Zum Beispiel bei Röntgenaufnahmen, auf denen der Befund notiert ist.

<sup>9</sup> Zum Beispiel Karteien oder Dateien.

## **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-Registraturen 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-<sup>10</sup> oder personenbezogen<sup>11</sup> gebildet. Bei der Bewertung kann darauf keine Rücksicht genommen werden, zumal bei personenbezogener Aktenbildung mit schwer nachprüfbareren Inkonsequenzen bei der Ablage zu rechnen ist.

### **Serienbildung**

Kriterien für die Bildung von Serien und Selekten sind in erster Linie: Organisationseinheit<sup>12</sup>, Behandlungsart<sup>13</sup>, Aufnahme-, Behandlungs- oder Entlaßzeitpunkt<sup>14</sup>, Befund, Behandlungsergebnis<sup>15</sup> oder Patientenmerkmale wie Geschlecht, Alter<sup>16</sup> und Status<sup>17</sup>.

---

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

<sup>11</sup> Vorhandene Krankenakten werden weitergeführt.

<sup>12</sup> Klinikum, Einzelklinik, Abteilungen oder Stationen einer Klinik, behandelnder Arzt.

<sup>13</sup> Ambulante, stationäre Behandlung.

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> Beispiel: Akten verstorbener Patienten bilden ein „Totenarchiv“.

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

<sup>17</sup> Privatpatienten: sonstige Patienten.

## 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.<sup>18</sup>

*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.<sup>19</sup>

## 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.<sup>20</sup>

### 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 Nationalsozialismus. Deshalb werden zum Beispiel in einigen Bundesländern die Krankenunterlagen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser bis einschließlich 1945 vollständig aufbewahrt.<sup>21</sup>

---

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

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> In Krankenaktenregistraturen („Klinikarchiven“) mit EDV-unterstützter Bestandsverwaltung werden im allgemeinen folgende Merkmale erfaßt: Behandelnde Stelle/Klinik, Name, Geburtsdatum, Behandlungszeitpunkt (zum Beispiel: Aufnahmedatum, Entlaßdatum, Übergabedatum).

<sup>21</sup> Vgl. Hermann Bannasch (Bearb.), Archivrecht in Baden-Württemberg, Stuttgart 1990, S. 166-169.

## Repräsentative Stichproben

*Allgemeines:* Repräsentative Stichproben<sup>22</sup> 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 familiale 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 gereihte 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.<sup>23</sup>

*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* (Geburtstag/-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.

---

<sup>22</sup> 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, Maxwell-Stewart/Tough/McColl/Geyer-Kordes, a. a. O., S. 32-36. S. nunmehr (2015) Matthias Buchholz, *Archivische Überlieferungsbildung im Spiegel von Bewertungsdiskussion und Repräsentativität*, 2. Aufl., Köln 2011.

<sup>23</sup> Das gilt insbesondere bei Ablage „nach Endziffer“. Vgl. Maxwell-Stewart/Tough/McColl/Geyer-Kordes, a. a. o.

## **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 Voraussetzungen<sup>24</sup> gegeben sind oder die erforderlichen Findmittel bzw. Daten zur Verfügung stehen.<sup>25</sup>

## **Kombinierte Auswahlverfahren**

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

## **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.

---

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

<sup>25</sup> Ein Beispiel für die (zusätzliche) Auswahl nach Diagnose mit Hilfe der Daten der medizinischen Basisdokumentation bietet das Archivierungsmodell des Greater Glasgow Health Board (Harnisch Maxwell-Stewart/Tough/McColl/Geyer-Kordes: Selecting Clinical Records for Long-Term Preservation: Problems and Procedures. Glasgow 1993 (= Wellcome Unit for the History of Medicine, University of Glasgow, Publication No. 5).

<sup>26</sup> 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.

<sup>27</sup> Zum Beispiel Klumpenstichproben nach Familiennamen und chronologische Klumpenstichproben.

## 6. Bewertungsempfehlungen

### Allgemeines

Es ist zweckmäßig, aufgrund dieser Empfehlungen Bewertungsrichtlinien aufzustellen und die auf dieser Grundlage im Einzelfall getroffenen Bewertungsentscheidungen und ihre Motive schriftlich festzuhalten<sup>28</sup> 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 Grenzzahrs nicht vor das Jahr 1900 zurückzugehen.

Es wird empfohlen, jüngere Krankenakten je nach der Zahl der Behandlungsfälle in repräsentativer Auswahl von 1-5 % (am Auswahl von 1-5 % (ambulante 10 % (stationäre Behandlung) aufzubewahren<sup>29</sup> und dabei unabhängig vom Strukturtyp sektorielle Klumpenstichproben nach den Anfangsbuchstaben der Familiennamen anzustreben. Diese Auswahlen sollten zumindest regional archivübergreifend abgestimmt werden.<sup>30</sup> 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

---

<sup>28</sup> Dafür kann zum Beispiel die beigelegte Checkliste verwendet werden.

<sup>29</sup> 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.

<sup>30</sup> 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.



überliefert ist, sollte sie bis auf eine exemplarische Auswahl ausgesondert werden, sofern die Voraussetzungen<sup>31</sup> 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.<sup>32</sup>

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,<sup>33</sup> haben Vorrang vor solchen, die die Benutzung lediglich erleichtern.<sup>34</sup> Ebenso hat die Datenerhebung anhand geeigneter Findmittel und Protokolle Vorrang vor der Verzeichnung der Einzelfallakten selbst.

---

<sup>31</sup> Insbesondere klare Strukturierung der Krankenakten, fallbezogene Ablage.

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

<sup>33</sup> Zum Beispiel weil die ursprüngliche Ordnung nicht mehr vorhanden ist.

<sup>34</sup> Zum Beispiel weil Aufnahmebücher mit Angaben zur Person und zur Behandlung vorhanden sind.

## **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 Einzellerschließung 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 wurden<sup>35</sup> und ohne besondere Qualifikation (Paläographische 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. Signaturen<sup>36</sup>

Archivsignatur

Registratursignatur/Aufnahmenummer<sup>37</sup>

### II. Personaldaten<sup>38</sup>

Name, Vorname<sup>39</sup>

Geburtsdatum<sup>40</sup>

*Todesdatum*

Weitere Personaldaten<sup>41</sup>

*Beruf*

*Geburtsort*

*Wohnort*

*Familienstand<sup>42</sup>*

*Konfession<sup>43</sup>*

---

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

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

<sup>37</sup> 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.

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

<sup>39</sup> Erforderlich für die (Re-)Konstruktion von bestands- oder klinikübergreifenden Fallakten.

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

<sup>41</sup> 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.

<sup>42</sup> Priorität 2 nur, sofern mit geringem Aufwand zu erheben.

<sup>43</sup> Desgl.

### III. Behandlungsdaten<sup>44</sup>

Aufnahmedatum<sup>45</sup>

Entlassungsdatum<sup>46</sup>

*Diagnose*<sup>47</sup>

Behandelnder Arzt/Ärzte

Therapie

Verpflegungsklasse

### IV. Ergänzende Daten<sup>48</sup>

Beilagen<sup>49</sup>

Korrespondenzen (Ärzte, Patienten, Angehörige etc.)<sup>50</sup>

Besonderheiten

---

<sup>44</sup> 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.

<sup>45</sup> Erleichtert gezielte Erschließung/Benutzung und Sperrfristüberwachung.

<sup>46</sup> Desgl.

<sup>47</sup> Die Kenntnis der Diagnosen ist für die Auswertung von Krankenakten von besonderer Bedeutung und zwar umso mehr, je weniger sie bei der Serienbildung eine Rolle spielte. Die Erfassung dieses Merkmals stellt jedoch häufig höhere Anforderungen. Während die Personaldaten zumeist von Schreibkräften 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.

<sup>48</sup> 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.

<sup>49</sup> Patientenphotos, EKG, EEG, Röntgenaufnahmen etc.

<sup>50</sup> Erfordert u.U. zusätzliche paläographische Fertigkeit.

## **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?**

- Bestand umfaßt eine/mehrere Serien<sup>51</sup>
- 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)

---

<sup>51</sup> Nötigenfalls getrennt bewerten!

- 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 Parallellüberlieferung 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: ..... . .

## **Anhang 2015: Seit 1998 zu Krankenakten erschienene Literatur (in Auswahl)**

Schaller, Annekatri: Bewertung und Übernahme von Massenakten der Krankenhäuser des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, 1998. In: Archivpflege in Westfalen und Lippe, (1998)48 S. 35-39.

Walter, Bernd: Kranken- und Erbgesundheitsgerichtsakten in der NS-Psychiatrieforschung: Bestände, Auswahlverfahren, Auswertungsmöglichkeiten, 1998. In: Archivpflege in Westfalen und Lippe, (1998)48 S. 14-22.

Wischnath, Michael: Einführung zu den Bewertungs- und Erschließungsempfehlungen für Krankenakten, 1998. In: Der Archivar, 51(1998)2 S. 233-244.

Häußermann, Martin: Winnentaler Patientenblätter : Grundlage der erbbiologischen Gesamtaufnahme Württembergs, 2000. In: Archivnachrichten, Stuttgart, (2000)20 S. 8.

Mummenthey, Irmgard: Archivierungsmodelle für Krankenakten in Hamburg : eine schmerzliche Bilanz, 2000. In: Auskunft, 20(2000)4 S. 436-441.

Dietzel, Volker et al.: Bergung des Fotoarchivs im Institut für Pathologie Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, 2002. In: Rundbrief Fotografie, 9(2002)4 S. 16-17.

Rose, Astrid: Übernahme und Archivierung von Krankenblättern der ehemaligen Medizinischen Akademie Erfurt in das Stadtarchiv Erfurt, 2002. In: Archive in Thüringen, (2002)22 S. 9-11.

Bender, Wolfgang: Für die Forschung gerettet und erschlossen: Die Patientenakten des Lindenhauses in Lemgo, 2003. In: Archivpflege in Westfalen-Lippe, (2003)59 S. 35-36.

Lorenz, Carmen: Der Bestand R 179 Kanzlei des Führers, Hauptamt II b („Euthanasie“-Patientenakten), 2003. In: Mitteilungen aus dem Bundesarchiv, 11(2003)1 S. 44-47.

Langer-Ostrawsky, Gertrude: Was soll vom Individuum bleiben? – Krankenakten, 2005. In: Scrinium, 59(2005) S. 88-96.

Regin, Cornelia: Bewertung von Krankenunterlagen – Erfahrungen und Beispiele aus dem Stadtarchiv Hannover, 2005. In: Archiv-Nachrichten Niedersachsen, 9(2005) S. 57-62.

Stockhecke, Kerstin: Bewertung und Übernahme von Patienten- und Klientenakten, 2007. In: Aus evangelischen Archiven, 47(2007) S. 7-20.

Mummenthey, Irmgard: Zur Archivierung von Krankenakten im Staatsarchiv der Freien und Hansestadt Hamburg, 2008. In: Der Archivar, 61(2008)4 S. 405-406.

Stumpfhaus, Bernhard: „Das schöne Bild vom Wahn“: Weinsberger Patienten fotografieren aus dem frühen 20. Jahrhundert, 2008. In: Archivnachrichten Stuttgart, (2008)37 S. 28.

Paringer, Thomas: Überlieferung der gesetzlichen Krankenversicherungsträger im Staatsarchiv München : eine Bestandsaufnahme, 2009. In: Nachrichten aus den Staatlichen Archiven Bayerns, 56(2009) S. 27-29

Eilts, Axel: Die Aussonderung von Patientenakten der Karl-Jaspers-Klinik in Wehnen, 2010. In: Archiv-Nachrichten Niedersachsen, 14(2010) S. 82-85

Ledebur, Sophie: Schreiben und Beschreiben: zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten, 2011. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte, 34(2011)2 S. 102-124

Vanja, Christina: Archivierung und Nutzung von Krankenunterlagen beim Landeswohlfahrtsverband Hessen. In: Anbietung von Unterlagen öffentlicher Stellen an die Archive: Rechtslagen, Probleme, Lösungswege: Beiträge zu einem Workshop am 27. November 2008 an der Archivschule Marburg; Herrn Dr. Herbert Günther zum 65. Geburtstag / Hrsg.: Polley, Rainer, 2011, S. 149-180.

Degreif, Diether: Die Patientenakten der Psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt a.M. im Spannungsfeld von Archivierung und Nutzung: ein Werksattbericht. In: Schutzwürdig: zu Aspekten des Zugangs bei Archivgut; Beiträge der Frühjahrstagung der Fachgruppe Staatliche Archive des VdA – Verband deutscher Archivarinnen und Archivare e.V. am 23. April 2012 in Speyer / Hrsg.: Andre, Elsbeth, 2013, S. 19-29.