

Patientenakten der Psychiatrie in den Staatsarchiven

Von ROBERT KRETZSCHMAR

1989 – nur zwei Jahre nach der Verabschiedung des Landesarchivgesetzes Baden-Württemberg – hat das Sozialministerium mit der Landesarchivdirektion vereinbart, daß die bei den staatlichen Krankenhäusern bis einschließlich 31. Dezember 1945 entstandenen Krankenakten in nicht anonymisierter Form an die Staatsarchive abgegeben werden.¹ Das Sozialministerium hatte diese Abgabe mit der Bedingung verknüpft, daß eine Nutzung des Archivguts nach Ablauf der Sperrfristen des Landesarchivgesetzes ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken erfolgen darf, soweit nicht der Betroffene selbst in eine anderweitige Nutzung einwilligt oder eine solche beantragt. Bei der Auswertung – so war des weiteren festgelegt worden – sind alle Angaben, die Rückschlüsse auf die persönlichen Verhältnisse Betroffener zulassen, zu unterlassen (»Nutzungsanonymisierung«). Hierüber bestand Einvernehmen nach § 3 Abs. 1 Satz 3 LArchG, wonach Unterlagen, die durch Rechtsvorschriften über Geheimhaltung geschützt sind, den Staatsarchiven anzubieten sind, wenn die abgebende Stelle im Benehmen mit dem Staatsarchiv festgestellt hat, daß schutzwürdige Belange des Betroffenen durch geeignete Maßnahmen unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalls angemessen berücksichtigt werden.

Die zwischen der Archivverwaltung und dem Sozialministerium getroffene Vereinbarung setzte den Schlußpunkt zu längeren Verhandlungen² über die Aussonderung von Patientenakten der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser, wie sie damals in anderer Rechtsform noch hießen.³ Sie war nicht zuletzt das Ergebnis eines Kolloquiums, das für Archivare, Medizinhistoriker und behandelnde Ärzte 1988 im Hauptstaatsarchiv Stuttgart veranstaltet worden war. Sie öffnete die für die zeitgeschichtliche Forschung wichtigen Patientenakten der Psychiatrie für eine Nutzung auf archivgesetzlicher Grundlage in den Staatsarchiven. Sie konnte zugleich als ein Musterbeispiel dafür dienen, wie bei Unterlagen, die durch Rechtsvorschriften über Geheimhaltung ge-

¹ Der unveröffentlichte Erlaß des Sozialministeriums ist abgedruckt in: Archivrecht in Baden-Württemberg. Bearb. von Hermann *Bannasch* (Werkhefte der Staatlichen Archivverwaltung Baden-Württemberg A 1). Stuttgart 1990. S. 168 f.

² Einzelheiten bei Gerhard *Taddey*, Archivierung staatlicher medizinischer Unterlagen. In: *Der Archivar* 43 (1990) Sp. 389–396.

³ Durch das Gesetz zur Neuorganisation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser vom 3. Juli 1995 (GBl. S. 510) wurden die bis dahin als unselbständige Landesbetriebe geführten Psychiatrischen Landeskrankenhäuser als rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts errichtet.

schützt sind, die schutzwürdigen Belange des Betroffenen angemessen berücksichtigt werden können.

Die Unterlagen werden seitdem von der wissenschaftlichen Forschung, der sie durch die Regelung zugänglich gemacht werden sollten, auch genutzt; insbesondere wurden sie im Rahmen mehrerer Arbeiten zur Geschichte des Nationalsozialismus ausgewertet.⁴

Als Gerhard Taddey im Fachorgan *Der Archivar* über die angelaufene flächendeckende Aussonderung der bis 1945 entstandenen Psychiatrieakten berichtete, kündigte er zugleich an, daß beabsichtigt sei, auch für die danach entstandenen Unterlagen eine Regelung zu treffen: *Ganz pragmatisch werden zur Zeit die medizinisch notwendigen Rückgriffe auf Unterlagen, die vom 1. Januar 1946 bis zum 31. Dezember 1960 entstanden sind, über einen längeren Zeitraum (drei Jahre) festgehalten, denn die für die Behandlung von Patienten notwendigen Akten müssen vorgehalten werden. Niemand vermag im Moment zu sagen, wie häufig dieser Rückgriff wirklich notwendig ist. Von der Häufigkeit wird es aber abhängen, wie künftig Aussonderungstermine festgelegt werden. Aus der Sicht der Archive ist das aber das kleinste Problem, denn eine Bewertungsaussage ist damit nicht verbunden.*⁵

In der Tat hatte der Erlaß des Sozialministeriums, mit dem die staatlichen Krankenhäuser 1989 angeordnet worden waren, die bis 1945 entstandenen Akten *unverzüglich* auszusondern (eine Anstalt hat sich dann aber doch bis 1996 Zeit gelassen), ihnen zugleich auferlegt, *mit Wirkung vom 1. August 1989 festzuhalten, in welchem Umfang auf Krankenakten, die in der genannten Zeit entstanden sind, Rückgriff genommen wird. In den Nachweis sind die Krankenaktennummer bzw. der Patientennamen, das Datum des Rückgriffs und der Zweck aufzunehmen.*⁶

Damit wurde ein Mittel angewandt, das Registratoren gerne – und meist erfolgreich – einsetzen, wenn sie in ihrer Behörde dem Argument begegnen, Akten könnten nicht ausgesondert werden, weil sie noch regelmäßig benötigt werden. Da es für die Patientenakten offensichtlich keine allgemein verbindlichen Aufbewahrungsfristen⁷ gab und weil Unsicherheit darüber bestand, wie lange sie nach ihrer Entstehung noch für die Erfüllung der Aufgabe – um in der Terminologie des Archivgesetzes

⁴ Zur bisherigen Nutzung der Unterlagen vgl. demnächst Robert Kretschmar, Patientenakten und Beratungsunterlagen als forschungsrelevantes Quellenreservoir – Erfahrungen der staatlichen Archivverwaltung Baden-Württemberg mit der Übernahme, Bewertung und Nutzung (im Druck).

⁵ Taddey, Sp. 395 f.

⁶ Bannasch, Archivrecht, S. 169.

⁷ Über die zu beachtenden Aufbewahrungsfristen bestand immer wieder Unsicherheit bei den Kliniken. In der Regel wird in Anlehnung an § 852 BGB von einer Mindestaufbewahrungsfrist von 30 Jahren ausgegangen. Einschlägige Fristen sind nun in den Empfehlungen für die Schriftgutverwaltung der Kliniken und Institute mit Aufgaben der Krankenversorgung nachgewiesen, die ein Stuttgarter Arbeitskreis demnächst veröffentlichen wird. Vgl. auch Kretschmar, Patientenakten und Beratungsunterlagen, wie Anm. 4.

zu sprechen – benötigt werden und ab wann ein Rückgriff nur noch selten erfolgt, wurde sinnvollerweise auf die beschriebene Weise geprüft, ob sie nach der im Archivgesetz vorgesehenen spätesten Anbetungsfrist von 30 Jahren nach Entstehung ausgesondert werden können.

Die Probeläufe wurden in den Psychiatrischen Krankenhäusern tatsächlich durchgeführt. Das Ergebnis: Auf Patientenakten erfolgt 30 Jahre nach ihrer Schließung kaum noch ein Rückgriff. Sie sind daher zu diesem Zeitpunkt dem zuständigen Staatsarchiv nach § 3 Abs. 1 Satz 2 LArchG anzubieten und abzugeben, womit sie zu Archivgut werden. Ob bzw. wie lange die angebotenen und nicht übernommenen Unterlagen in den Krankenhäusern dann noch aufzubewahren sind, haben die Krankenhäuser zu entscheiden und ist abhängig von eventuell festgelegten Aufbewahrungsfristen bzw. der Frage, ob aus rechtlichen oder medizinischen Gründen ein Rückgriff noch möglich sein muß.⁸

Nachdem somit die Probeläufe zur Rückgriffshäufigkeit abgeschlossen waren, stand die Bewertungsfrage an. Der Erlaß des Sozialministeriums von 1989 hatte schon festgelegt: *Anschließend – d.h. nach den Probeläufen – soll festgelegt werden, in welchen Zeiträumen und in welchem Umfang (Modellarchivierung) Krankenakten der staatlichen Krankenhäuser an die Staatsarchive abgegeben werden können und ob ggf. besondere Nutzungsregelungen vorzusehen sind.*⁹

Für die bis 1945 entstandenen Akten ist eine Vollarchivierung festgelegt worden. Daß dies die richtige Wertentscheidung ist, darüber hatte im Vorfeld des Aussonderungserlasses – z.B. auf dem bereits erwähnten Kolloquium – allgemeiner Konsens zwischen den Archivaren, den abgebenden Stellen und den Vertretern der Medizingeschichte bestanden. Zu groß sind die Lücken in der Überlieferung von Krankenakten des 19. und frühen 20. Jahrhunderts insgesamt,¹⁰ als daß hier Kassationen hätten vorgenommen werden können. Überlieferungsverluste waren auch für die Zeit des Nationalsozialismus zu berücksichtigen; neben dem besonderen Quellenwert, den Kranken- und insbesondere Psychiatrieakten dieser Zeit aufgrund der Gesundheitspolitik des Dritten Reiches haben

⁸ Eine Regelung der Aufbewahrungsfristen, die über 30 Jahre hinausgeht, wäre vom Sozialministerium zu treffen. Die Vertreter der Krankenhäuser sehen eine Vernichtung zum Zeitpunkt »30 Jahre nach Entstehung« als nicht möglich an. In jedem Fall sind Patientenakten 30 Jahre nach Entstehung dem zuständigen Archiv anzubieten.

⁹ Bannasch, Archivrecht, S. 169.

¹⁰ Diese Aussage bezieht sich auf die Überlieferung aller möglichen Krankenanstalten insgesamt auf Bundesebene. Die in den staatlichen Krankenhäusern Baden-Württembergs entstandenen Patientenakten dürften weitgehend erhalten sein. Lücken wurden durch Euthanasieaktionen des Nationalsozialismus gerissen. Jüngst sind Akten baden-württembergischer Heilanstalten, die damals nach Berlin kamen, in Stasi-Beständen aufgetaucht, die im Bundesarchiv-Zwischenarchiv Dahlwitz-Hoppegarten liegen; vgl. dazu Volker Roelcke, Gerrit Hohendorf: Akten der »Euthanasie« – Aktion T4 gefunden. In: Vierteljahresshefte für Zeitgeschichte 41 (1993) S. 479–481.

und – nicht zuletzt – ihres Beweiswerts als Beleg für und über deren Opfer. Ob das Jahr 1945 das richtige Grenzjahr ist, darüber könnte man diskutieren. Auch die unmittelbare Nachkriegszeit ist ein Zeitraum, für den große Überlieferungsverluste bestehen und der – als Umbruchszeit – andere Bewertungsmaßstäbe verlangt als etwa die Zeit seit den späten fünfziger Jahren. Zudem: die Fälle, in denen die Jahre 1933–1945 dokumentiert sind, weichen ja über das Grenzjahr 1945 hinaus. Insofern ist bei den nach 1945 abgeschlossenen Akten auf die Laufzeiten zu achten, wenn Auswahlmodelle angewandt werden. In keinem Fall aber – und nichts anderes sollte mit dem gewählten Grenzjahr zum Ausdruck gebracht werden – wäre eine Auswahlarchivierung bei Unterlagen, die vor 1945 entstanden sind, denkbar gewesen. Dies ist auch im Erlaß des Sozialministeriums ausdrücklich gesagt: *Diese Krankenakten werden von den Staatsarchiven vollständig übernommen; eine Auswahl nach Aktenteilen findet nicht statt. Die Staatsarchive sind jedoch befugt, Verwaltungsschriftgut ohne bleibenden Wert auszusondern und zu vernichten.*¹¹

Anderes aber wurde Sachlage bei den danach entstandenen Unterlagen gesehen. Dazu hatte schon Taddey nach der Erlaß des Sozialministeriums über die komplette Abgabe der bis 1945 entstandenen Akten angemerkt: *Aufgeschoben ist aber das Problem, nach welchen Kriterien die immer massenhafter entstehenden Unterlagen aus der Zeit seit 1946 in Zukunft ausgewählt werden sollen, denn eine Totalarchivierung scheidet aus archivischer Sicht aus. Bei rund 6000 Patientenbetten in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern Baden-Württembergs und im Schnitt 6 bis 7facher Belegung im Jahr entstehen jährlich rund 40 000 Fallakten, davon nur ein überschaubarer Teil von Mehrfachfällen. Einfache statistische Auswahlverfahren sind nach den Ergebnissen des Kolloquiums sehr problematisch, repräsentative Modelle für sehr unterschiedliche Auswertungsmöglichkeiten müssen erst erarbeitet werden.*¹²

Einen wichtige Etappe für die Erarbeitung solcher Auswahlmodelle stellte dann der 61. Deutsche Archivtag in Karlsruhe dar, auf dem sich die Fachgruppe 1 des Verbundes Deutscher Archivare in ihrer Sektion mit dem Thema Archivierung von Patientenunterlagen befaßte.¹³ Referate hielten hier Gerhard Fichtner¹⁴, Wulf Rössler¹⁵, Volker Rödel¹⁶

¹¹ *Barnasch*, Archivrecht, S. 168. – Gerade an diesem Beispiel kann man zeigen, daß das im Kontext des Landesarchivgesetzes im Stuttgarter Landtag diskutierte generelle Vernichtungsverbot für Unterlagen aus der Zeit 1933–1945 nicht sachgerecht gewesen wäre.

¹² *Taddey*, Sp. 394 f.

¹³ Tagungsbericht von Udo *Herkert*, Berichte der Fachgruppen über ihre Arbeitssitzungen auf dem 61. Deutschen Archivtag, Fachgruppe 1: Archivare an staatlichen Archiven. In: *Der Archivar* 44 (1991) Sp. 133–135.

¹⁴ Gerhard *Fichtner*, Krankenunterlagen als Quellen. Auswahl und Erschließung aus der Sicht der Forschung. In: *Der Archivar* 44 (1991) Sp. 549–558.

¹⁵ Wulf *Rössler*, Überlegungen zur Archivierung psychiatrischer Krankenunterlagen. In: *Der Archivar* 44 (1991) Sp. 435–442.

¹⁶ Volker *Rödel*, Möglichkeiten und Grenzen der Archivierung medizinischer Unterlagen. In: *Der Archivar* 44 (1991) Sp. 427–435.

und Volker Schäfer¹⁷, womit sowohl die medizingeschichtliche Forschung, wie auch die Kliniken, wie auch die Archive vertreten waren.¹⁸ Konkrete Empfehlungen für die Bewertung von Kranken- oder insbesondere Psychiatrieakten wurden freilich noch nicht formuliert; es wurden aber Überlegungen angestellt, die dann für die weitere Diskussion sehr nützlich waren.¹⁹

Denn – um an das Zitat von Taddey anzuknüpfen – aufgeschoben war auch in diesem Fall nicht aufgehoben: Nach den vom Sozialministerium verordneten Probeläufen bei den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern wurde in Abstimmung zwischen dem Sozialministerium und der Landesarchivdirektion 1994 eine Arbeitsgruppe mit dem Auftrag eingesetzt, Bewertungsempfehlungen für die nach 1945 entstandenen Patientenakten der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser zu erarbeiten.

Diese Arbeitsgruppe bestand aus zwei Vertretern der staatlichen Archivverwaltung,²⁰ dem ärztlichen Direktor einer psychiatrischen Anstalt, der selbst in der Forschung zur Psychiatriegeschichte aktiv ist, dem Verwaltungsleiter eines Krankenhauses sowie einem für die EDV-Anwendung in einer Anstalt zuständigem Mitarbeiter.²¹ In zwei sehr intensiven Sitzungen hat sie unter Auswertung einer schriftlichen Umfrage bei allen betroffenen Anstalten Empfehlungen zur Aussonderung und Bewertung von Patientenakten der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser erarbeitet, die durch einen Erlaß des Sozialministeriums vom 23. November 1995 in Kraft gesetzt wurden.²² Damit war das Ziel erreicht, auch für die nach 1945 entstandenen Unterlagen eine Regelung zu treffen. Die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser wurden angewiesen, nach den Empfehlungen zu verfahren und alle Krankenakten, die bis zum 31. 12. 1965 entstanden sind, dem zuständigen Staatsarchiv anzubieten.²³ In dem Erlaß ist auch klargestellt, daß für die zu Zentren der Psychiatrie umgestalteten Landeskrankenhäuser weiterhin nach den im Landesarchivgesetz festgelegten Bestimmungen die Staatsarchive zuständig sind. Denn nach § 8 LArchG müssen sie als rechtsfähige Anstalten des öffent-

¹⁷ Volker *Schäfer*, Das Zentrale Krankenblattdepot im Universitätsarchiv Tübingen. Erfahrungen, Probleme, Perspektiven. In: *Der Archivar* 44 (1991) Sp. 442–448.

¹⁸ Gerhard *Fichtner* ist Direktor des Tübinger Instituts für Medizingeschichte; Wulf *Rössler* leitet die Tagesklinik der Zentralinstituts für seelische Gesundheit in Mannheim; Volker *Rödel* ist im staatlichen Archivdienst Baden-Württemberg tätig und war früher am medizingeschichtlichen Institut der Universität Mainz beschäftigt; Volker *Schäfer* leitet das Universitätsarchiv Tübingen.

¹⁹ Vgl. insbesondere *Rössler*, Sp. 441, *Schäfer*, Sp. 446 f., *Fichtner*, Sp. 555.

²⁰ Herr Dr. Rehm vom Generallandesarchiv Karlsruhe und der Verf., bei dem die Leitung der Arbeitsgruppe lag.

²¹ Herrn Dr. Middelhoff vom PLK Wiesloch sowie den Herren Kupfer und Zehnt vom PLK Weinsberg sei an dieser Stelle nochmals für die sehr engagierte Mitarbeit gedankt.

²² Az. 53–8670.1; unveröffentlicht; Landesarchivdirektion, Kanzleiakten.

²³ Für die Nutzung wurden dieselben Bestimmungen festgelegt wie für die bis 1945 entstandenen Akten.

lichen Rechts, die der Aufsicht des Landes unterstehen, auch zukünftig alle Unterlagen, die sie für ihre Aufgabenerfüllung nicht mehr benötigen, dem zuständigen Staatsarchiv anbieten, sofern sie kein eigenes Archiv einrichten, das nach einer Feststellung der Landesarchivdirektion den archivfachlichen Ansprüchen in baulicher, einrichtungsmäßiger und personeller Hinsicht genügt, oder mit Zustimmung der Landesarchivdirektion eine Gemeinschaftseinrichtung oder ein anderes Archiv für die Archivierung nutzen. Da keine der Anstalten von den genannten alternativen Möglichkeiten Gebrauch macht, besteht die Anbieterspflicht an das Staatsarchiv nach wie vor.

Die Voraussetzungen, unter denen die Arbeitsgruppe ihre Arbeit aufnahm, lassen sich wie folgt beschreiben.

Nachdem bereits die bis 1945 entstandenen Akten an die Archive abgegeben worden waren, konnte davon ausgegangen werden, daß die im Landesarchivgesetz verankerte Anbieterspflicht für Krankenunterlagen als solche den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern bekannt und von ihren Mitarbeitern auch grundsätzlich anerkannt ist. Mit einer erneuten Diskussion über die ärztliche Schweigepflicht war insofern nicht zu rechnen.

Gleichwohl waren doch starke mentale – durchaus verständliche – Vorbehalte gegen eine Abgabe jüngerer Akten zu erwarten. Zu berücksichtigen waren hier neben den personenschutzrechtlichen Bedenken auch sicherlich eine mögliche Scheu vor dem mit der Aussonderung verbundenen Arbeitsaufwand, eine denkbare Hoffnung auf Archivierungslösungen in den Häusern selbst durch die Digitalisierung von Krankenakten sowie das Interesse, Akten zur eigenen Forschung im Haus zu behalten. Alle diese Punkte wurden auch innerhalb der Arbeitsgruppe eingehend diskutiert, wobei die Vertreter der Archivverwaltung ihre Sicht verständlich machen konnten.

Die bevorstehende Umwandlung der Anstalten in Zentren für Psychiatrie erleichterte die Arbeit der Arbeitsgruppe, da sie zum einen als eine von vielen Arbeitsgruppen verstanden wurde, die vor dem Hintergrund der Umwandlung gebildet worden waren, und da es zum anderen allgemein plausibel erschien, daß nicht zuletzt im Zusammenhang mit den aktuellen Veränderungen auch die Frage der zukünftigen Aussonderung von Patientenakten zu regeln war.

Die uneinheitlichen Registraturverhältnisse, Ablage- und DV-Systeme, die bekannt waren und durch die Umfrage bei allen Anstalten nochmals bestätigt wurden, erschwerten andererseits einheitliche Regeln. Da gerade im Blick auf die rechtliche Umwandlung nicht davon auszugehen war, daß die Krankenhäuser sich auf einheitliche Verfahren einigten, mußten die zu entwickelnden Empfehlungen den Ist-Zustand berücksichtigen.

Welche Empfehlungen wurden nun im einzelnen getroffen? Gegliedert sind sie in solche zur Aktenführung, zum Aussondungsverfahren und zur Bewertung. Die einzelnen Punkte seien im folgenden Anhang wiedergegeben und erläutert.

1. Aktenführung

1.1 Bei der Aktenführung sollen in den Patientenakten alle Komponenten in einer Akte zusammengeführt werden.

Erläuterung: Diese Empfehlung wurde auf Anregung der Verwaltungsbeamten aufgenommen und berücksichtigt nicht zuletzt aktuelle Forderungen der Krankenhausverwaltungen, die sich aus dem Haftungsrecht ergeben. Das Ziel ist dabei, die verschiedenen ärztlichen und pflegerischen Dokumentationen,²⁴ die in den Krankenhäusern an verschiedenen Stellen anfallen, in der Registratur zu vereinen. Von Archivseite ist eine entsprechende Konzentration nur zu begrüßen.

1.2 Technische Aufzeichnungen wie Kurven, Röntgenbilder oder EEGs können aus den Akten herausgenommen werden und nach Ablauf geeigneter Fristen vernichtet werden. Alle technischen Befunde müssen jedoch in den Akten bleiben.

Erläuterung: Übereinstimmend waren alle Beteiligten wie auch dazu befragte Medizinhistoriker²⁵ der Auffassung, daß die – oft separat gelagerten und früher als die Patientenakten im engeren Sinne vernichteten – technischen Aufzeichnungen kassabel sind, sofern ihre Ergebnisse als technische Befunde²⁶ in den Akten enthalten sind, was in der Regel der Fall ist. Da der Umfang der Patientenakten in den letzten Jahrzehnten gerade durch die technischen Aufzeichnungen unverhältnismäßig angewachsen ist, wurde kein Grund gesehen, diese Unterlagen komplett aufzubewahren. Es ist den Archiven jedoch freigestellt, hier und da zur Dokumentation der Entwicklung der technischen Befunden einige Exempla zu archivieren.

1.3 Die Verwaltungsakten zu den Patienten der PLKs können vernichtet werden, sofern sie keine relevanten zusätzlichen Informationen zu den Patientenakten enthalten.

Erläuterung: Da die Aktenführung in den Anstalten sehr unterschiedlich ist, müssen hier die zuständigen Archive jeweils prüfen, ob in den Verwaltungsakten zusätzliche Informationen enthalten sind, die ihre Aufbewahrung erforderlich machen. Daß die Verwaltungsakten als solche kassabel sind, war schon auf dem Karlsruher Archivtag gesehen worden.²⁷

1.4 Zukünftig sind alle Akten, die neben der repräsentativen Stichprobe nach den Punkten 3.3–3.5 dieser Empfehlungen gezielt archiviert werden sollen, von den behandelnden Ärzten als solche zu kennzeichnen und bei der Aktenverwaltung entsprechend zu erfassen. Die EDV-ge-

²⁴ Vgl. dazu die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft herausgegebenen Hinweise zur Dokumentation der Krankenhausbehandlung. Düsseldorf 1990.

²⁵ Auf dem Karlsruher Archivtag hatte das schon Rössler, Sp. 437 ausgeführt.

²⁶ Die Begriffe wurden von den Vertretern der Psychiatrischen Anstalten eingebracht und sollen der Praxis im Alltag entsprechen.

²⁷ Rössler, Sp. 437.

stützte Basisdokumentation sollte um ein entsprechendes Feld erweitert werden.

Erläuterung: Durch diese Empfehlung sollen die Ärzte sensibilisiert werden, Einzelfälle von bleibenden Wert zum Zeitpunkt der Entstehung für die Übergabe an das Staatsarchiv vorzusehen. Die sogenannte Basisdokumentation²⁸ bietet hierzu einen hervorragenden Anknüpfungspunkt. Die Archivare müssen unbedingt auf ihren Gebrauch zum genannten Zweck drängen.

2. Aussonderungsverfahren

2.1 Die PLKs geben in regelmäßigen Abständen nach dem in Punkt 3 beschriebenen Bewertungsmodell alle Patientenakten, die älter als 30 Jahre sind, als Unterlagen von bleibendem Wert zur dauernden Aufbewahrung an das zuständige Staatsarchiv ab. Alle übrigen Patientenakten verbleiben beim Psychiatrischen Krankenhaus, solange sie für die Zwecke des PLKs noch benötigt werden. Das Verfahren bei der Übergabe richtet sich nach der Anordnung der Landesregierung über die Aussonderung von Unterlagen der Behörden und sonstigen Stellen des Landes sowie die Registraturordnung (DO 142 ff.) in der jeweils geltenden Fassung.

Erläuterung: Die Anbietungsfrist ergibt sich aus § 3 LArchG. Übernommen werden nach der getroffenen Regelung alle Unterlagen mit bleibendem Wert 30 Jahre nach ihrer Entstehung. Ob bzw. wie lange die nicht übernommenen Unterlagen ohne bleibenden Wert dann für die Erfüllung der Aufgaben noch in den Anstalten aufbewahrt werden müssen, bevor sie – ohne erneut den zuständigen Archiven angeboten zu werden – in den Anstalten vernichtet werden, ist von Seiten der Krankenhausverwaltung zu klären und zu beachten. Die PLKs sind davon ausgegangen, daß eine Vernichtung von Psychiatrieakten nach 30 Jahren noch nicht möglich ist. Schon auf dem Karlsruher Archivtag hat Wulf Rössler anhand von Beispielen aufgezeigt, daß bei Patientenakten in einzelnen Fällen ein Rückgriff nach 30 Jahren erforderlich sein kann.²⁹ Von Archivseite wurde eine nähere Regelung der Aufbewahrungsfristen seitens der dafür zuständigen Verwaltung angeregt.

Auf einen präzisen Aussonderungsturnus wurde verzichtet, da mit der Aussonderung und ihrer Abwicklung erst Erfahrungen gesammelt werden sollen. Der Hinweis, daß Aussonderungen regelmäßig durchzuführen sind, erschien hinreichend.

²⁸ Clemens Cording, Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. In: Spektrum 24 (1995) S. 3–18.

²⁹ Rössler, Sp. 437 f.

2.2 Bei der Aufbereitung der zu übergebenden Akten ist darauf zu achten, daß die Unterlagen der repräsentativen Stichproben nach Punkt 3.1 und 3.2 dieser Empfehlungen nicht mit den gezielt archivierten Unterlagen vermischt werden, sondern als abgegrenzte Ablieferungen den Archiven übergeben werden.

Erläuterung: Bei einer Vermischung wäre eine Auswertung der repräsentativen Stichproben unter quantifizierenden Fragestellungen nicht mehr möglich.

3. Bewertungsmodell

3.1 Alle Akten von Patienten, deren Familiennamen mit den Buchstaben D, O und T beginnt, werden in den Staatsarchiven als repräsentative Stichprobe archiviert.

Erläuterung: Auf dem Karlsruher Archivtag waren von Seiten der Medizinhistoriker und Ärzte entsprechende Auswahlverfahren grundsätzlich als denkbar für die Archivierung angesehen worden.³⁰ Darüber, daß eine Vollarchivierung für die nach 1945 entstandenen Akten nicht erforderlich ist, bestand innerhalb der Arbeitsgruppe nach eingehender Diskussion Konsens. Die meisten Registraturen der PLKs beruhen, wie die landesweite Umfrage ergeben hatte, auf dem Personalalphabet, sei es in der Ablage selbst, sei es vom Zugriff her. Die Buchstabenauswahl erschien insofern als besonders geeignet für eine Klumpenauswahl.³¹ Die gewählten Buchstaben liegen in Baden-Württemberg im allgemeinen einer Buchstabenauswahl (wenn dieses Verfahren Anwendung findet) zugrunde.³²

3.2 Um 10 % der Gesamtheit aller Patientenakten zu erreichen, wird zusätzlich zu dieser Quote von ca. 6 % eine weitere Stichprobe archiviert. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ablageformen in den PLKs kann dies ein zusätzlicher Buchstabe sein, kommen jedoch auch ganze Entlassjahrgänge, die in regelmäßigen Abständen turnusmäßig archiviert werden, oder andere Varianten in Frage. Es bleibt den Staatsarchiven überlassen, hier jeweils eine adäquate Lösung mit den PLKs zu vereinbaren. Für die Variante ein weiterer Buchstabe wird der Buchstabe R (= ca. 4 %) empfohlen.

Erläuterung: Gerhard Fichtner hatte auf dem Karlsruher Archivtag gefordert, daß eine Stichprobe nicht unterhalb von 10 % des Ausgangsmaterials liegen dürfte.³³ Da nach einer Erhebung des Generallandesarchivs anhand von Akten des PLKs Wiesloch die Buchstaben D, O und T jedoch

³⁰ Rössler, Sp. 437, Fichtner, Sp. 555.

³¹ Zu den verschiedenen möglichen Stichprobenverfahren vgl. Arnd Kluge, Stichprobenverfahren zur archivischen Auswahl massenhaft gleichförmiger Einzelfallakten. In: Der Archivar 46 (1993) Sp. 542–556.

³² Vgl. den Beitrag von Kurt Hochstuhl oben in diesem Band.

³³ Fichtner, Sp. 555.

nur 6% ergeben,³⁴ erschien es sinnvoll, diese Stichprobe im Sinne der variantenreichen Stichprobe³⁵ mit einer weiteren Auswahl zu kombinieren. Dabei wurde die Übernahme ganzer Entlassjahrgänge in regelmäßigen Abständen als sinnvoll erachtet, da sie für Untersuchungen zu zeitlichen Querschnitten besonders geeignet sind. Aufgrund der unterschiedlichen Registratursysteme mußte es jedoch den jeweils zuständigen Archiven überlassen bleiben, das jeweils adäquate Verfahren mit der anbietenden Stelle abzustimmen.

3.3 Des weiteren werden neben den repräsentativen Stichproben Angebote der PLKs von gezielt zu archivierenden Unterlagen von den Archiven übernommen. Zu beachten sind hierbei insbesondere Fälle, die aus medizinhistorischer Sicht etwa als Beispiele für neue oder haustypische Verfahren, von besonderer Beachtung sind. Ferner kommen besondere Fallsammlungen oder Dokumentationen in Betracht. Eine Liste von Beispielen ist in der Anlage beigefügt.

Erläuterung: In Psychiatrieakten bilden sich die Krankheitsbilder ab, durch die ein Patient zu einem solchen wird, die gewählten Behandlungsmethoden und – im medizinischen wie auch im allerweitesten Sinne – die Art, wie der Patient von den behandelnden Ärzten und der Gesellschaft (einschließlich der Angehörigen) – behandelt wird. Patientenakten können sehr materialreich sein. Sie sind unter vielfältigen Fragestellungen verschiedenster Forschungszweige auswertbar. Vor allem die Medizingeschichte, aber auch z.B. die Pharmaziegeschichte sowie die Sozial- und empirischen Kulturwissenschaften sind hier besonders betroffen. Die Archivierung aller Fälle ist nicht erforderlich. Jede Auswertung, die allgemeinen Fragestellungen nachgeht, wird in einer Stichprobe hinreichend Material finden. Daneben gibt es freilich Einzelfälle, die als solche aufgrund ihres besonderen Informationswertes zu einzelnen Personen, Behandlungsfällen und Behandlungsmethoden aufbewahrt werden müssen. Unter Berücksichtigung besonderer Entwicklungen können ganze Jahrgänge von besonderem Informationswert sein. Die Besonderheit der Entwicklungen kann historischzeitbedingt begründet sein (Hunger in der Nachkriegszeit; Verlegungsaktionen aufgrund zurückgekommener Patienten nach 1945) oder rein medizingesichtlich (Eröffnung einer neuen Sonderabteilung in einer Klinik, Einführung neuer Medikamente oder Behandlungsmethoden). Neben den repräsentativen Stichproben muß daher der Versuch unternommen werden, Akten, die unter solchen Gesichtspunkten bleibenden Wert haben, gezielt zu archivieren. Dazu ist es erforderlich, daß die Mitarbeiter der Kliniken aufgrund ihrer besonderen Sachkenntnis solche Unterlagen den Staatsarchiven anbieten. Als bei der erwähnten Umfrage die PLKs um Vorschläge gebeten wurden, welche Unterlagen neben der Stichprobe gezielt aufbewahrt werden sollten, ging eine Fülle von Vorschlägen ein, die in

³⁴ Protokoll der 23. Aktenaussonderungsbesprechung am 9.11.1993; Landesarchivdirektion, Kanzleiakten.

³⁵ Zum Begriff Kluge, Sp. 551 ff.

einer Anlage zu den Bewertungsempfehlungen exemplarisch aufgeführt wurden.³⁶ Als besonders wichtig wurde dabei erachtet, daß Fälle, mit denen neue oder besonders haustypische Verfahren erstmals erprobt wurden, aufgehoben werden. Hierzu wurden zahlreiche Beispiele genannt, die hier im einzelnen nicht wiedergegeben sind. Von einigen Kliniken wurden besondere Fallsammlungen und Dokumentationen benannt, die als solche vollständig bleibenden Wert haben.

3.4 Von allen PLKs werden im Rahmen des Möglichen gezielt alle Akten zu prominenten Persönlichkeiten oder Personen, über die in den Medien berichtet wurde, sowie alle Fälle, die in die wissenschaftliche Literatur eingegangen sind, den Archiven zur Archivierung übergeben. *Erläuterung:* Auch hier geht es um die gezielte Archivierung besonderer Einzelfälle. Anhand einzelner Beispiele »prominenter« Patienten ließ sich die Notwendigkeit solcher gezielten Archivierungen deutlich machen.³⁷ Die Notwendigkeit, Fälle zu archivieren, über die in der wissenschaftlichen Literatur berichtet wurde, ergibt sich daraus, daß die Überprüfbarkeit des Veröffentlichten gewährleistet sein muß.

3.5 Alle forensischen Gutachten sowie alle Akten von Patienten des Maßregelvollzugs werden den zuständigen Staatsarchiven übergeben. *Erläuterung:* Die Empfehlungen folgen hier der Anregung eines Medizinhistorikers,³⁸ der grundsätzlich allen so definierten Fällen bleibenden Wert beimißt. Bei den so definierten Fallgruppen ist von komplexen Sachverhalten auszugehen, die in besonderer Verdichtung medizinische und sozialwissenschaftliche Gesichtspunkte zugleich berühren und zudem mit der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben durch den Staat in Zusammenhang stehen. Ob eine Vollarchivierung der beiden Gruppen zu 100% wirklich notwendig ist, muß zu gegebener Zeit anhand der gewonnenen Erfahrungen in der Praxis noch einmal überprüft werden.³⁹

³⁶ Da der Anhang nur beispielhaft aufzeigen soll, was hier in Betracht kommen könnte, somit eher den Charakter einer Ideensammlung hat und jeweils im Gespräch festzustellen wäre, welche Unterlagen tatsächlich bei der jeweiligen Klinik besonders zu berücksichtigen sind, soll auf eine Wiedergabe des Katalogs hier verzichtet werden.

³⁷ Auf die Frage, unter welchen Bedingungen gezielt archivierte Einzelfälle dieser Art genutzt werden können und was bei der Auswertung zu beachten ist, sei hier nicht eingegangen.

³⁸ Herrn Prof. Gerhard Fichtner sei auch an dieser Stelle nochmals für zahlreiche Anregungen und Hinweise gedankt, die er bei verschiedenen Gelegenheiten gegeben hat.

³⁹ Das Modell muß ohnehin – wie alle Bewertungsmodelle – regelmäßig auf seine Tragfähigkeit überprüft werden.

4. Feststellung von gezielt zu archivierenden Unterlagen

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, für die Durchsicht der Altbestände nach gezielt zu archivierenden Unterlagen ggf. Forschungsarbeiten zu vergeben.

Erläuterung: Bei der Aussonderung älterer Akten stellt sich die Frage, wie die gezielt zu archivierenden Unterlagen festgestellt werden können. Die Vertreter der Kliniken haben in der Arbeitsgruppe immer wieder darauf aufmerksam gemacht, daß eine Durchsicht von Altaktenbeständen zu diesem Zwecke von den Mitarbeitern in den Kliniken kaum zu leisten sein dürfte. Es bestand Konsens, daß die Benennung der besonderen Einzelfälle für die älteren Unterlagen nur beschränkt möglich sein dürfte. Wenn nicht auf das Gedächtnis einzelner Mitarbeiter zurückgegriffen werden kann, wird es den Kliniken kaum möglich sein, entsprechende Unterlagen mit einem vertretbaren Aufwand festzustellen. Mit dem Vorschlag, die Altbestände auf der Grundlage eines Forschungsauftrags durchsehen zu lassen, wollte die Arbeitsgruppe eine Lösungsmöglichkeit aufzeigen. Gedacht war dabei unter anderem an wissenschaftliche Prüfungsarbeiten.

Damit ist das Problem der Realisierbarkeit der Empfehlungen angesprochen, das insgesamt bei deren Erarbeitung im Auge behalten wurde. Betrachtet man die Empfehlungen vor dem Hintergrund der Diskussion um Stichprobenverfahren und der auf dem Karlsruher Archivtag gehaltenen Referate, so wirken sie sehr schlicht und fast zu einfach. Komplizierte Auswahlmodelle dürften allerdings kaum eine Chance haben, umgesetzt zu werden. Die Empfehlungen verstehen sich als einen Versuch, mit unkomplizierten Verfahrensweisen angesichts unterschiedlicher Registraturverhältnisse aus der Masse der Patientenakten eine Überlieferung zu bilden, die archivfachlichen Grundsätzen und den soweit bekannten Ansprüchen der Forschung gerecht wird. Wie alle Bewertungsmodelle in Baden-Württemberg sind sie bei Bedarf modifizierbar. Sicherlich werden sich gerade bei den in ihnen vorgesehenen engen Abstimmungen zwischen den Krankenhäusern und den Archiven noch wichtige Aspekte ergeben, die bei der konkreten Umsetzung zu beachten sind.

Daß die Archive ohnehin mit den Anstalten in Kontakt bleiben zu müssen, um ihre Interessen bei der Entwicklung digitaler Krankenakten⁴⁰ einzubringen, versteht sich von selbst.

⁴⁰ Bei den Universitätskliniken in Baden-Württemberg laufen entsprechende Pilotversuche. Mit dem zu ihrer Koordination eingerichteten Lenkungsausschuß hält die Landesarchivdirektion zur Wahrung der archivischen Belange Kontakt. Vgl. Paul Schmücker, Carl Dujat, Rechnergestützte Dokumentenverwaltung und Optische Archivierung: Der Weg zur digitalen Krankenakte. In: das Krankenhaus, Heft 3 (1996) S. 98–105. Siehe auch Kretzschmar, Patientenakten und Beratungsunterlagen.