



Einsichtsrechte in Patientenunterlagen

Die folgende Darstellung befasst sich mit den Verpflichtungen des Arztes im Umgang mit Patientenunterlagen und insbesondere mit der Verpflichtung auf Gewährung von Einsichtsrechten gegenüber Patienten.

1. Einsicht in die Patientenunterlagen

Patienten haben das Recht, Einsicht in ihre Krankenunterlagen zu nehmen. Ein besonderes Interesse hieran muss durch sie nicht dargelegt werden.

Das Einsichtsrecht erstreckt sich nach der Rechtsprechung und dem ärztlichen Berufsrecht grundsätzlich auf den sog. objektiven Teil der Unterlagen, d.h. nicht auf den Teil der Dokumentation, der rein subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen des Arztes enthält. Sollten sich Eintragungen in der Krankenakte befinden, die vom Einsichtsrecht nicht umfasst sind, so braucht der Arzt diese dem Patienten nicht zugänglich zu machen, sondern kann solche Vermerke beim Kopieren abdecken. Dieses wiederum hat zweckmäßigerweise so zu geschehen, dass die Abdeckung als solche erkennbar bleibt.

Patienten können ihr Einsichtsrecht auch wahrnehmen, indem sie einen Arzt oder eine sonstige Person ihres Vertrauens mit der Einsicht beauftragen. Es können auch Kopien der Dokumentation von dem behandelnden Arzt erbeten werden. Es besteht jedoch grundsätzlich kein Anspruch auf Zusendung, wohl aber darauf, dass die Unterlagen bzw. Kopien zur Abholung bereitgehalten werden. Der Arzt kann demnach bestimmen, in welcher Weise er dem Einsichtsrecht der Patienten entsprechen möchte.

In der Regel muss der Patient die anfallenden Kopierkosten tragen. Nach der Rechtsprechung können für angefertigte Kopien die angemessenen Kosten in Rechnung gestellt werden. In Anlehnung an das Gerichtskostengesetz kann bei einem Betrag in Höhe von 50 Cent pro Seite für die ersten 50 Blatt und 15 Cent für jedes weitere Blatt von der Angemessenheit der Kosten ausgegangen werden. Bei sehr aufwändig zu kopierenden Krankenunterlagen wird man über diesen Betrag hinausgehen können.

Ein Recht auf Überlassung der Originalunterlagen besteht nicht. Es stünde im Widerspruch zur ärztlichen Dokumentationspflicht. Eine zeitweise Überlassung der Originalunterlagen zur Einsicht ist aber unter Umständen möglich und bestimmten Fällen auch verpflichtend. Sofern z.B. durch die zeitweise Überlassung von Röntgenbildern weitere Untersuchungen bei einem weiterbehandelnden Arzt vermieden werden können, besteht eine Pflicht zur Überlassung an den Patienten oder an den weiterbehandelnden Arzt. Diese Verpflichtung ergibt sich direkt aus der Röntgenverordnung.

2. Besonderheiten bei psychiatrischen Behandlungsunterlagen

Grundsätzlich gilt, dass Patienten auch in psychiatrische Unterlagen Einsicht nehmen können. Entscheidend ist, die Gewährung des Einsichtsrechtes medizinisch verantwortbar ist (BVerfG NJW 1999, 1777). Allerdings darf der Arzt auch nach einer psychiatrischen Behandlung das Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen nicht pauschal unter Hinweis auf ärztliche Bedenken verweigern. Er hat die entgegenstehenden therapeutischen Gründe vielmehr nach Art und Richtung näher zu kennzeichnen, allerdings ohne die Verpflichtung, dabei ins Detail zu gehen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes ist stets eine Abwägung im Einzelfall unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu treffen, und zwar auch hinsichtlich der nicht objektivierten Befunde einer psychiatrischen Behandlung: Der Arzt hat sich bei seiner Entscheidung, ob er die Einsichtnahme auch in die subjektiven Aufzeichnungen gewährt, einerseits an dem aus dem Persönlichkeitsrecht abgeleiteten Anspruch des Patienten auf Wissen um die Diagnose und die Behandlung, andererseits aber auch an medizinisch begründeten Patientenschutzinteressen zu orientieren. Solche Schutzinteressen sind insbesondere gegeben, wenn infolge der Einsicht in die gesamte Behandlungsakte eine Selbstgefährdung des Patienten droht.

Bei noch nicht abgeschlossener Behandlung kann eine Verweigerung eher begründet werden als in den Fällen, in denen die Behandlung bereits seit Jahren beendet oder abgebrochen ist. Ist eine Einsichtnahme aus medizinischen Gründen nur in Anwesenheit des behandelnden oder eines anderen Arztes vertretbar, so muss vor einer Verweigerung von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden. Sollte der Arzt aus Gründen des Patientenschutzes oder des eigenen Schutzes die Einsicht verweigern wollen, sollte geprüft werden, ob die Einsicht einer neutralen Person gegenüber, die das Vertrauen des Patienten genießt, möglich ist. Notfalls können einzelne Teile der Behandlungsdokumentation vor der Einsichtnahme des Patienten in den verbleibenden Teil entfernt werden.

3. Besonderheiten bei der Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen Verstorbener

Die ärztliche Schweigepflicht gilt über den Tod des Patienten hinaus. Eine Einsichtnahme in die Patientenunterlagen des Verstorbenen durch Erben, Angehörige oder Dritte ist deshalb nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Die Erteilung von Auskünften aus oder die Herausgabe von Krankenunterlagen Verstorbener ist nur dann zulässig, wenn der Verstorbene vor seinem Tod seine Einwilligung hierzu erklärt hat, wenn es eine gesetzliche Grundlage hierfür gibt (z.B. Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz) oder der Arzt nach gewissenhafter Überprüfung zu dem Ergebnis kommt, dass die Offenbarung des Patientengeheimnisses im mutmaßlichen Interesse des Verstorbenen ist. Bei der Beantwortung der Frage, ob es dem mutmaßlichen Interesse des Verstorbenen entspricht, dass Angehörige Einsicht in die ihn betreffenden Behandlungsunterlagen nehmen, hat der Arzt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH, NJW 1983, 2627) gewissenhaft zu prüfen, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Verstorbene die Offenlegung der Krankenunterlagen ganz oder teilweise oder gegenüber einer bestimmten Person missbilligt haben würde. Dabei wird auch das Anliegen der die Einsicht begehrenden Person (Geltendmachung von Ansprüchen, Wahrung nachwirkender Persönlichkeitsbelange des Verstorbenen, Klärung der Testierfähigkeit des Verstorbenen) eine entscheidende Rolle spielen müssen. Über die Berechtigung zur Offenbarung entscheidet der Arzt „in letzter Instanz“ selbst. Allerdings muss die Verweigerung der Einsichtnahme zumindest unter Angabe der Art der Einwände allgemein begründet werden. Wird die Einsichtnahme z.B. zur Überprüfung der Frage eines Behandlungsfehlers oder zur Überprüfung der Testierfähigkeit des Verstorbenen begehrt, wird nach der Rechtsprechung, grundsätzlich von einem mutmaßlichen Einverständnis des Verstorbenen auszugehen sein. Die Einsicht kann in diesen Fällen nur verweigert werden, wenn konkrete Tatsachen vorliegen, die gegen ein mutmaßliches Einverständnis des Verstorbenen sprechen.

Entgegen einer vereinzelt anzutreffenden Auffassung kommt es bei der Entscheidung über die Gewährung eines Einsichtsrechts in die Krankenunterlagen eines Verstorbenen nicht darauf an, ob die betroffene Person Erbe des Verstorbenen ist und dies durch einen Erbschein nachweisen kann. Die Frage, ob ein Einsichtsrecht vorliegt, ist vielmehr nach den oben dargestellten Kriterien – also nach Maßgabe des erklärten oder des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen – zu klären.

4. Benachrichtigung/Einwilligung

Wenn der Arzt Informationen aus den Behandlungsunterlagen an Dritte übermitteln will, ist er verpflichtet, den Patienten zu informieren (vgl. § 9 Abs. 2 S. 3 BO) bzw. eine Einwilligung einzuholen. Die zu beachtenden Anforderungen an eine Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht finden Sie am Ende dieser Darstellung.

Eine Benachrichtigung bzw. das Einverständnis des Patienten muss nicht eingeholt werden, wenn eine gesetzliche Offenbarungsbefugnis besteht (z.B. Abrechnung mit Krankenkassen). Wenn der Patient von mehreren Ärzten gleichzeitig oder nacheinander untersucht oder behandelt wird, so ist eine ausdrückliche Information nicht nötig, wenn das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist (vgl. § 9 Abs. 4 BO).

5. Aufbewahrung

Patientenunterlagen sind vom Arzt gemäß § 10 Abs. 3 BO zehn Jahre aufzubewahren, soweit keine längeren Aufbewahrungspflichten bestehen. Die Frist fängt nach Abschluss der Behandlung an zu laufen. Verlangt der Patient nach Ablauf der zehn Jahre die Vernichtung seiner Unterlagen, so ist diesem Wunsch in der Regel zu entsprechen. Im Einzelfall kann es sinnvoll sein, medizinische Unterlagen länger aufzubewahren, z.B. um Erbkrankheiten über Generationen hinweg zu dokumentieren und zu behandeln. Hierfür bedarf es aber einer ausdrücklichen Einwilligung des Patienten.