
Datum: 12.10.2010
Gericht: Landgericht Bielefeld
Spruchkörper: 4. Zivilkammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 4 O 341/10
ECLI: ECLI:DE:LGBI:2010:1012.4O341.10.00

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits werden der Klägerin auferlegt.

Das Urteil ist gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110% des jeweils zu vollstreckenden Betrages vorläufig vollstreckbar.

TATBESTAND

1

Die Klägerin ist Witwe und Alleinerbin des am 09.07.1937 geborenen und am 16.06.2009 in der Klinik der Beklagten verstorbenen Z. I.. Dieser befand sich in der Zeit von Anfang bis Mitte 2008 aufgrund einer Prostatahyperplasie und eines Urothelkarzinoms wiederholt in stationärer und vorstationärer Behandlung bei der Beklagten. Am 24.04.2008 wurde eine Nephroureterektomie rechts durchgeführt. In der Zeit vom 27.05. bis 17.07.2008 durchlief der Patient vier Zyklen Chemotherapie. Aufgrund eines Blasentumors erfolgte beim Ehemann der Klägerin am 05.05.2009 eine radikale Zystektomie mit Anlage einer Neoblase und eines Pouch-Katheters, ebenfalls im Haus der Beklagten. Der Patient verblieb auf der Intensivstation in einem Doppelzimmer bis zum 12.05.2009, danach wurde er in einem Einzelzimmer der Intensivstation isoliert. Der postoperative Verlauf verlief nicht komplikationslos. Bei dem Patienten wurden am ersten postoperativen Tag in einem Nasenabstrich Staphylokokken, Streptokokken und Corynebacterium species nachgewiesen. Vom 04.05. bis 09.05.2009 wurde der PCT-Wert nicht gemessen, am 13.05.2009 lag der Wert bei 18,92 ng/ml. In der Folge war ein hoher Bakterien- (unter anderem von ESBL-

2

bildenden Stamm) und Pilzbefall, sowohl in der Wunde des Patienten als auch in dessen Blut, nachweisbar. Der Patient entwickelte trotz antibiotischer Behandlung unter anderem eine Sepsis und verstarb am 16.06.2009 infolge eines Herz-Kreislaufversagens nach drastischem Entzündungsanstieg.

Die Klägerin forderte die Beklagte mit Schreiben vom 09.12.2009 auf, die nach § 23 I IfSG gesondert zu führenden Niederschriften als Kopie zu übersenden und die aktuelle Erregerresistenzstatistik für Mai und Juni 2009 desjenigen Labors zu übermitteln, mit dem die Klägerin zusammenarbeitet. Die Haftpflichtversicherung der Beklagten lehnte mit Schreiben vom 21.01.2010 eine Herausgabe ab. 3

Die Klägerin vermutet ärztliche Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Missachtung von Hygieneschutzvorschriften und Infektionspräventionsmaßnahmen. 4

Sie behauptet, ihr Mann sei vom 05. bis 12.05.2009 auf einer normalen Intensivstation ohne Hygieneschutz- bzw. Infektionspräventionsmaßnahmen in einem Doppelzimmer mit einem weiteren von Bakterien befallenen Patienten behandelt worden. Der Zugang zum Patienten sei ohne sog. "Kittel- und Handschuhpflicht" möglich gewesen. 5

Die Klägerin beantragt, 6

1. ihr Einsicht in die gem. § 23 I IfSG gesondert aufzuzeichnenden Niederschriften über die vom Robert-Koch-Institut nach 4 II Nr. 2b IfSG festgelegten nosokomialen Infektionen über das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen, welche die Beklagte für den Zeitraum vom 01.01.2009 bis 16.06.2009 geführt hat, zu gewähren, 7

2. Kopien sämtlicher Erregerresistenzstatistiken des mit der Beklagten kooperierenden Labors für den Zeitraum vom 01.01.2009 bis 16.06.2009 an die Klägerin gegen Kostenerstattung herauszugeben. 8

Die Beklagte beantragt, 9

die Klage abzuweisen. 10

Die Beklagte behauptet, der Ehemann der Klägerin sei lege artis behandelt worden, insbesondere auch in der Zeit vom 05.-12.05.2009 auf der Intensivstation F 1. Es seien auf sämtlichen Intensivstationen der Beklagten die Standardhygienemaßnahmen eingehalten worden. Nach Befundeingang eines mikrobiologischen Erregers mit einer Resistenz gegen einzelne Antibiotika (ESBL) sei die weitere Therapie vorsorglich in einem Einzelzimmer nach den Prinzipien, wie bei einer Besiedelung mit MRSA-Erregern fortgeführt worden. Dies sei sinnvoll, aber nicht vorgeschrieben gewesen. Der Patient sei insgesamt umsichtig und zusätzlich zum gängigen Standard behandelt worden. Die Therapie mit Antibiotikum sei adäquat und richtig gewesen. 11

Die Beklagte ist der Ansicht, dass der Klägerin kein Herausgabeanspruch bezüglich der streitgegenständlichen Unterlagen zustehe, da die Unterlagen nicht nur ihren Ehemann betreffen, sondern auch andere Patienten der Beklagten. Ferner lasse sich aus dem Infektionsschutzgesetz kein Anspruch der Klägerin ableiten, da dieses Gesetz den Schutz der Allgemeinheit bezwecke und keine Individualinteressen schütze. Die Beklagte ist der Ansicht ein Herausgaberecht für die betreffenden Unterlagen resultiere auch nicht aus einem allgemeinen Informationsanspruch des Patienten, da sich dieser auf die Aufzeichnungen 12

beschränke, die naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde und Behandlungsfakten enthalte, die die Person des Patienten betreffen. Statistiken seien darunter nicht zu fassen. Schließlich ist die Beklagte der Ansicht, ein Anspruch sei auch nicht aus § 810 BGB abzuleiten, da dieser voraussetze, dass die Herausgabe von Urkunden verlangt werde, die im Interesse des Patienten errichtet worden seien und geeignet seien ihm als Beweismittel zu dienen oder seine rechtlichen Beziehungen zu fördern. Zu letzterem habe die Klägerin nicht vorgetragen und Grundlage für die Erstellung der Statistik sei der Schutz der Volksgesundheit und nicht ein Schutz zugunsten jedes einzelnen Patienten.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

13

Die Klage ist unbegründet. Die Klägerin hat unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt einen Anspruch auf die Herausgabe bzw. Einsicht in die nach § 23 I IfSG gesondert aufzuzeichnenden Niederschriften über die vom Robert-Koch-Institut nach 4 II Nr. 2b IfSG festgelegten nosokomialen Infektionen über das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen, die die Beklagte für den Zeitraum vom 01.01.2009 bis 16.06.2009 geführt hat und ebenso keinen Anspruch auf Herausgabe von Kopien sämtlicher Erregerresistenzstatistiken des mit der Beklagten kooperierenden Labors für den benannten Zeitraum.

14

Die Klägerin, als Erbin ihres im Hause der Beklagten verstorbenen Ehemannes, hat zwar grundsätzlich einen Anspruch auf Herausgabe der ihn betreffenden Krankenunterlagen aus §§ 810, 611, 242 BGB i.V.m. § 1922 I BGB. Es ist in der Rechtsprechung anerkannt, dass der Patient, sowie dessen Rechtsnachfolger, vom Arzt Einsichtnahme in bzw. Herausgabe von sämtlichen ihn betreffenden Behandlungsunterlagen verlangen kann, ohne dass er diesbezüglich ein besonderes rechtliches Interesse nachweisen muss (zum Anspruchsübergang auf den Erben vgl. BGH NJW 1983, 2627). Dies ergibt sich bereits aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Jeder Patient hat das Recht, über seinen gesundheitlichen Zustand genau informiert zu werden. Ferner ist anerkannt, dass der Patient anstelle einer Einsichtnahme in die Originalunterlagen auch die Herausgabe von Kopien der Krankenunterlagen verlangen kann, vgl. BGH NJW 1983, 328. Allerdings handelt es sich bei den hier streitgegenständlichen Unterlagen nicht um Behandlungsunterlagen des Ehemanns der Klägerin, für die ein Einsichtsrecht besteht. Die Krankenunterlagen die einem Einsichtsrecht des Patienten unterliegen, sind nur solche, die Aufzeichnungen über naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde und Behandlungsfaktoren enthalten, die die Person des Patienten betreffen, siehe BGH, aaO. Dies schließt die verabreichte Medikation, Operationsberichte und die durch medizinische Apparaturen gewonnenen Datensätze ein.

15

Die hier streitgegenständlichen Datensätze betreffen zum einen aber gerade nicht nur den Ehemann der Klägerin, sondern vielmehr auch weitere Patienten der Beklagten. Selbst wenn man den Antrag auf die Herausgabe einer anonymisierten Version der verlangten Daten begrenzen würde, folgt daraus kein Anspruch der Klägerin. Da die allgemein gespeicherten Statistiken gerade nicht für den einzelnen Patienten errichtet wurden und sich auch aus einer anonymisierten Statistik je nach Fallzahl Rückschlüsse auf konkrete andere Patienten schließen ließen.

16

Zum anderen würde ein Anspruch gestützt auf § 810 BGB erfordern, dass es sich bei den Unterlagen um Urkunden handelt, die im Interesse des Patienten errichtet worden wären oder die ein Rechtsverhältnis zwischen den Parteien begründen würden und deren Kenntnisnahme durch die Klägerin geeignet wäre, ihr als Beweismittel zu dienen oder ihre rechtlichen Beziehungen zu fördern, vgl. Palandt/Sprau, Bürgerliches Gesetzbuch, 69. Aufl. 2010, § 810, Rn. 3 und 4. Gerade letzteres ist vorliegend nicht ersichtlich. Aus den Daten

17

ließe sich allenfalls mittelbar ableiten, welche hygienischen Zustände generell im Haus der Beklagten zum Zeitpunkt der Behandlung des Patienten vorlagen. Ein Rückschluss auf einen Kausalzusammenhang zwischen der Infektion des Patienten als Behandlungsfehler der Beklagten aufgrund der generellen Infektionsraten wird man daraus nicht ableiten können. Schließlich gibt die Statistik keinen Aufschluss darüber, durch welchen Kontakt die Infektion des Ehemannes der Klägerin konkret zustande kam.

Ein Herausgabeanspruch kann auch nicht auf § 23 I IfSG in direkter oder analoger Anwendung gestützt werden. 18

Das Infektionsschutzgesetz (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen v. 20.07.2000, BGBl. I S, 1045) führt als Einsichtsberechtigte lediglich die Gesundheitsämter auf. In unmittelbarer Anwendung von § 23 I IfSG ergibt sich damit kein Anspruch auf Einsicht und Herausgabe der begehrten Daten durch einen Patienten. 19

Ein Anspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht unter dem Aspekt einer analogen Anwendung von § 23 I IfSG i.V.m. § 810 BGB. Voraussetzung für eine analoge Anwendung, ist unabhängig davon, dass § 810 BGB grundsätzlich der Analogie offen steht (vgl. Palandt/Sprau, Bürgerliches Gesetzbuch, 69. Aufl. 2010, § 810 Rn. 1), das Vorliegen einer planwidrigen Regelungslücke des betreffenden Gesetzes. Dafür müsste das Infektionsschutzgesetz nach der gesetzgeberischen Regelungsabsicht eine nicht beabsichtigte Unvollständigkeit enthalten, die im Wege einer entsprechenden Anwendung des gesetzlich geregelten Tatbestandes auf einen vom Gesetz nicht geregelten, aber im Wesentlichen ähnlichen Tatbestand geschlossen werden kann. Dies ist durch Auslegung der betreffenden Norm in historischer und teleologischer Sicht zu beurteilen. 20

Der § 1 des IfSG hat zum Ziel, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und deren Weiterverbreitung zu verhindern. § 3 des Gesetzes definiert die öffentliche Aufgabe, die Allgemeinheit über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und die Möglichkeit zu deren Verhütung zu informieren und darüber aufzuklären. Diese ist als Teil der Volksgesundheit und damit als wichtiges Gemeinschaftsgut vom Staat jederzeit zu beachten. § 6 bestimmt die Pflicht dem zuständigen Gesundheitsamt den Krankheitsverdacht, die Erkrankung und den Tod infolge bestimmter Erkrankungen namentlich zu melden. Außerdem ist nach § 6 III dem Gesundheitsamt unverzüglich das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nicht namentlich zu melden. Die Legaldefinition des § 2 Nr. 8 fasst unter nosokomiale Infektionen im engeren Sinne Infektionserkrankungen, die im Krankenhaus erworben wurden; nosokomiale Infektionen im weiteren Sinne seien Erkrankungen mit lokalen und/oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder Toxinen, die im Zusammenhang mit einer ambulanten oder stationären Maßnahme stehen. 21

Welche nosokomialen Infektionen meldepflichtig sind, legt das Robert Koch Institut fest. Wenn derartige Infektionen auftreten, müssen diese vom Krankenhausleiter oder dem Leiter eines ambulanten OP-Zentrums aufgezeichnet und bewertet werden, § 23 I IfSG. Dies dient dem Zweck, zur Sicherung einer hohen Qualität die Sauberkeit und Hygiene im Krankenhaus zu kontrollieren und damit auch den Ansteckungsherd von Krankheitserregern auszumachen, die von Ärzten und Mitarbeitern des medizinischen Assistenzpersonals ausgehen. Nach § 23 II IfSG wird beim Robert Koch Institut eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention gebildet, die die nosokomialen Infektionen festlegt, für die die Aufzeichnungs- und Bewertungspflicht gilt. Sie gibt außerdem Präventions- und 22

Hygieneempfehlungen. Diese gesetzlichen Inhalte belegt, dass die Vorschriften im Schwerpunkt dem öffentlichen Interesse nach Volksgesundheit zu dienen bestimmt sind und damit nur mittelbar das einzelne Individuum erfassen. Im Wesentlichen dient das Gesetz daher dem Schutz des Allgemeingutes Gesundheit und bezweckt gerade nicht den Schutz des einzelnen Patienten, im Verhältnis zu seinem Arzt. Der Schutz des einzelnen Patienten im Sinne eines singularisch durchzusetzenden Anspruches ist von der ratio legis des Infektionsschutzgesetzes daher nicht erfasst. Mangels planwidriger Regelungslücke scheidet eine analoge Anwendung des § 23 I IfSG zugunsten der Klägerin aus.

Die Klage war danach abzuweisen.

23

Die prozessualen Nebenentscheidungen beruhen auf den §§ 91 Abs. 1, 709 ZPO.

24