
Datum:	03.04.2010
Gericht:	Amtsgericht Essen
Spruchkörper:	Abt. 18 C
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	18 C 462/07
ECLI:	ECLI:DE:AGE1:2010:0403.18C462.07.00

Tenor:

Der Beklagte wird verurteilt, der Klägerin die folgend näher bezeichnete Pflegedokumentation betreffend den Aufenthalt von Frau F, geboren am ..., im Pflegeheim L-Seniorenzentrum in X für die Zeit vom 01.08.2006 bis einschließlich 30.11.2006 zur Einsichtnahme in Kopie zu übermitteln:

Stammblatt Erfassung der persönlichen Stammdaten,

Diagnoseblatt Erfassung ärztlicher und pflegerischer Diagnosen,

Biographie/Anamnese Erfassung der Pflegeanamnese und biografischer Daten, orientiert an den AEDL's,

Pflegeprofil Erfassung des Pflegezeitbedarfs,

Demenzerfassung Einschätzung der Alltagskompetenz,

MMST-Ermittlung,

Pflegeplanung Problemerkennung , Zielformulierung, Maßnahmenplanung, Auswertung,

Berichtsblätter Erfassung aktueller Vorkommnisse,

Mobilisation Mobilisierungsmaßnahmen,

Wundmanagement schriftliche Erfassung und Fotodokumentation

tion, Verlaufsbericht,

Dekubitusrisikoeinschätzung anhand der

Bradenskala,

Ärztliche Verordnung Medikation, ärztliche Anordnungen etc.,

Kontingenzplanung Kontinenztraining, Bedarf an Inkomaterial

etc.

Nachweislisten/Protokolle HZ Listen, Ernährungsprotokoll,
Sturzproto-

koll, Trinkprotokoll etc. .

Der Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Das Urteil ist für die Klägerin gegen Sicherheitsleistung in Höhe
von 110 % des zu vollstreckenden Betrages vorläufig vollstreckbar

Tatbestand:

1

Die Klägerin macht im vorliegenden Rechtsstreit gegen den Beklagten als Träger des L-Seniorenzentrums in X einen Anspruch auf Übermittlung der Pflegedokumentation in Kopie betreffend die bei ihr krankenversicherte F geltend.

2

Nach Angabe der Klägerin dient dieser als Auskunfts- und Herausgabeanspruch zu qualifizierende Anspruch in erster Linie der Durchsetzung eines Schadenersatzanspruchs gegen den Beklagten, da die Pflege der versicherten Frau F nach Auffassung der Klägerin nicht dem pflegerischen Standard entsprach.

3

Die bei der Klägerin versicherte F erhält seit einigen Jahren vollstationäre Pflegeleistungen im L-Seniorenzentrum in X. Seit Jahren hat dabei die Versicherte die Pflegestufe 3, da sie schwerstpflegebedürftig war und ist.

4

Seit den 90-er Jahren bestehen schwere Einschränkungen insbesondere im Stütz- und Bewegungsapparat unter anderem eine Hämiplegie links, ferner eine unzureichende Rumpf- und Kopfkontrolle. Lageveränderungen im Bett vermochte die Versicherte nur noch mit personeller Hilfe vorzunehmen. Darüber hinaus gibt es schwere Einschränkungen der inneren Organe wie zum Beispiel Harn- und Stuhlinkontinenz, PEG-Anlage wegen Schluckstörungen, Dauerkatheter. Weiterhin war und ist die Versicherte zum Ort, zur Zeit und zur Person desorientiert. Vor diesem Hintergrund war und ist die Versicherte auf eine vollständige Übernahme sämtlicher pflegerischer Verrichtungen angewiesen. Diese Pflegeleistungen wurden und werden der Versicherten in dem von dem Beklagten betriebenen L-Seniorenzentrum in X erbracht.

5

Die Versicherte wurde am 21.11.2006 wegen eines Sakraldekubitus stationär im Bergmannsheil in C aufgenommen. Die infolge des Durchliegegeschwürs entstandenen Aufwendungen hatte die Klägerin zu tragen. Die Klägerin beziffert die ihr hierbei entstandenen Aufwendungen mit 9.452,69 €.

Die Klägerin hat gegenüber dem L-Seniorenzentrum mit Schreiben vom 24.01.2007 Ansprüche angekündigt und dies auch dem Haftpflichtversicherer des Pflegeheims unter dem 12.04.2007 mitgeteilt. Nachdem die Haftpflichtversicherung des Beklagten mit Schreiben vom 20.04.2007 eine Haftung zurückwies, hat die Klägerin mit Schreiben vom 02.05.2007 gegenüber dem Pflegeheim die streitgegenständlichen Unterlagen erbeten. Sowohl das Pflegeheim wie auch die Haftpflichtversicherung des Beklagten haben einen Anspruch der Klägerin auf Aushändigung der die Versicherte betreffende Pflegedokumentation auch in Kopie verneint.

Im vorliegenden Verfahren verlangt die Klägerin von dem Beklagten die Aushändigung der Pflegedokumentation der Versicherten im Pflegeheim L-Seniorenzentrum in X für die Zeit vom 01.08.2006 bis einschließlich 30.11.2006 in Kopie zur Einsichtnahme.

Die Klägerin behauptet:

Im Hinblick auf die gravierenden Mobilitätsbeeinträchtigungen sei das Risiko für die Entstehung von Dekubitus deutlich erhöht gewesen. Darauf hätten die Pflegekräfte im L-Seniorenzentrum nicht adäquat reagiert und insbesondere keine ausreichende Profilaxe betrieben. Aus diesem Grund habe sich der klägerische Zustand verschlimmert und insbesondere der Dekubitus im Laufe des Heimaufenthalts. Schließlich habe der Dekubitus im Pflegeheim nicht mehr beherrscht werden können und habe im Bergmannsheil behandelt werden müssen. Bereits bei der dortigen klinischen Aufnahmeuntersuchung hätte sich eine etwa 4 cm lange Hautläsion gezeigt, die deutlich in die Tiefe ausgedehnt gewesen sei. Mit einem Wattetupfer hätten sogar die Knochen ertastet werden können. Infolgedessen hätte die Versicherte operiert werden müssen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die folgende Pflegedokumentation betreffend den Aufenthalt von Frau F, geboren am ..., im Pflegeheim L-Seniorenzentrum in X, für die Zeit vom 01.08.2006 bis einschließlich 30.11.2006 zur Einsichtnahme in Kopie zu übermitteln:

Stammblatt	Erfassung der persönlichen Stammdaten,	13
------------	--	----

Diagnoseblatt	Erfassung ärztlicher und pflegerischer Diagnosen	14
---------------	--	----

Biographie/Anamnese orientiert an den AEDL's,	Erfassung der Pflegeanamnese und biografische Angaben	15
---	---	----

Pflegeprofil	Erfassung des Pflegezeitbedarfs,	16
--------------	----------------------------------	----

Demenzerfassung	Einschätzung der Alltagskompetenz, MMST-E	17
-----------------	---	----

Pflegeplanung Auswertung,	Problemerkennung, Zielformulierung, Maßnahmen	18
---------------------------	---	----

Berichtsblätter	Erfassung aktueller Vorkommnisse,	19
-----------------	-----------------------------------	----

Mobilisation	Mobilisierungsmaßnahmen,	20
	Wundmanagement schriftliche Erfassung und Fotodokumentation Dekubitusrisikoeinschätzung anhand der Bradenskala,	21
Ärztliche Verordnung	Medikation, ärztliche Anordnungen etc.,	22
	Kontingenzplanung Kontinenztraining, Bedarf an Inkontinenzhilfen etc.	23
	Nachweislisten/Protokolle HZ Listen, Ernährungsprotokoll, Sturzprotokoll etc. .	24
Der Beklagte beantragt,		25
die Klage abzuweisen.		26
Der Beklagte räumt ein, dass die am ... geborene und bei der Klägerin versicherte Frau F sich in der stationären Pflegeeinrichtung des Beklagten befand und dass hierbei im November 2006 ein behandlungsbedürftiger Dekubitus auftrat.		27
Der Beklagte bestreitet aber ausdrücklich, dass in diesem Zusammenhang ein Pflegefehler des behandelnden Personals vorgelegen habe, die Pflegekräfte nicht "adäquat" reagiert hätten und insbesondere keine ausreichende Prophylaxe betrieben worden wäre.		28
Der Beklagte weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass aus Gründen der Prophylaxe bei der Versicherten spätestens alle zwei Stunden eine Lageänderung vorgenommen worden sei.		29
Der Beklagte vertritt in diesem Zusammenhang die Ansicht, die Annahme, dass ein Dekubitus einen Pflegefehler indiziere, entspreche weder generell noch im konkreten Fall dem medizinischen Kenntnisstand.		30
Der Beklagte beanstandet, dass die Klägerin lediglich wegen der Vermutung, ein Behandlungsfehler habe vorgelegen, ohne hierfür konkrete Anhaltspunkte zu haben, in hoch sensible und geschützte Sozialdaten einsehen wolle und diese erfassen wolle.		31
Die Beklagte vertritt in diesem Zusammenhang die Auffassung, dass das von der Klägerin verlangte "Einsichtsrecht" der Klägerin unter keinem denkbaren Gesichtspunkt zustehe.		32
Wegen der weiteren Einzelheiten des Parteivorbringens wird auf den Inhalt der zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.		33
<u>Entscheidungsgründe:</u>		34
Die Klage ist zulässig und begründet.		35
Die Klägerin kann von dem Beklagten aus übergegangenem Recht gemäß §§ 116 I SGB X, 401, 412 BGB Einsicht in die Pflegedokumentation betreffend die bei ihr versicherte Frau F verlangen.		36
Das aus abgetretenem Recht geltend gemachte Einsichtsnahmerecht steht der Klägerin zu.		37
Die bei der Klägerin Versicherte kann ein eigenes Einsichtsrecht in die Pflegeunterlagen des Beklagten als Nebenanspruch aus dem Behandlungsvertrag beziehungsweise dem		38

Pflegevertrag geltend machen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH NJW 1883, Seite 2628 ff) hat ein Patient ein eigenes Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen. Auch nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gebieten das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und die personale Würde des Patienten es, jedem Patienten gegenüber seinem Arzt und Krankenhaus grundsätzlich einen Anspruch auf Einsicht in die betreffenden Krankenunterlagen zuzuerkennen. 39

Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des Bundesverfassungsgerichts ist auf Personen, welche in einem Altenheim pflegerisch behandelt werden, zumindest analog anwendbar. 40

Dieses der Versicherten zustehende Einsichtsrecht ist gemäß den §§ 116 Absatz 1 SGB X, 401, 412 BGB als sogenanntes Hilfsrecht auf die Klägerin übergegangen. 41

Das von der Klägerin geltend gemachte Einsichtnahmerecht in die Pflegedokumentation der bei ihr Versicherten erfolgt vorliegend auch nicht missbräuchlich. 42

Die Klägerin hat in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass bei einem Auftreten eines Dekubitus im Pflegeheim, welcher dort anschließend nicht mehr behandelbar ist, generell Verdachtsmomente dafür bestehen, dass die Pflegekräfte nicht adäquat reagiert und insbesondere keine ausreichende Prophylaxe betrieben haben. 43

Das von der Klägerin geltend gemachte Einsichtnahmerecht in die Pflegedokumentation der bei ihr Versicherten erfolgt vorliegend auch nicht missbräuchlich. 44

Die Klägerin hat in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass bei einem Auftreten eines Dekubitus im Pflegeheim, welcher dort anschließend nicht mehr behandelbar ist, generell Verdachtsmomente dafür bestehen, dass die Pflegekräfte nicht adäquat reagiert und insbesondere keine ausreichende Prophylaxe betrieben haben. Ein solcher in nachvollziehbarer Weise dargelegtes Verdachtsmoment reicht aber dafür aus, dass zum einen der Patient beziehungsweise die von der klägerischen Leistung getroffene Person Einsichtnahme in die Krankenunterlagen bzw. Pflegeunterlagen verlangen können und dass zum anderen die Klägerin bei Übergang des Anspruchs auf sie aus übergegangenem Recht in gleicher Weise Einsichtnahme verlangen kann. 45

Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 ZPO, die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergibt sich aus § 709 ZPO. 46