

Einsichtnahme in die Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation – (k)ein
Geheimpapier?
Wer darf Einblick nehmen?

BIVA

Impressum

Herausgeberin:
Bundesinteressenvertretung für alte und
pflegebetroffene Menschen (**BIVA**) e.V.
Siebenmorgenweg 6-8
53229 Bonn

Tel.: 0228– 9090480
Fax: 0228– 90904822
E-Mail: info@biva.de
Internet: www.biva.de

Verantwortlich i.S.d.P.:
Dr. Manfred Stegger
Vorstandsvorsitzender BIVA e.V.

Text: Guido Steinke, Rechtsanwalt
Redaktion: Katrin Markus
Ersterscheinungsdatum: November 2007

2. Auflage Mai 2016
Aktualisierung: Ulrike Kempchen

Alle Angaben für diese Broschüre wurden sorgfältig recherchiert. Dennoch kann keine Garantie für ihre Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden. Alle Rechte dieses Werkes sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung oder Verbreitung – auch auszugsweise – darf nicht ohne schriftliche Genehmigung der Herausgeberin erfolgen.

Liebe Leserin, lieber Leser,

immer wieder erreichen die BIVA Fragen, die sich um die Pflegedokumentation drehen. Fragen wie:

- „Wem gehört die Pflegedokumentation?“
- „Wozu dient sie?“
- „Wer darf Einsicht in die Dokumentation nehmen?“

sind nur einige davon.

Wie die Rechtslage ist und was man tun kann, wenn man sich unrechtmäßig abgewiesen fühlt, dazu soll dieser kleine Ratgeber einen Überblick geben.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihnen damit ein wenig helfen können, Konflikte im Heim zu entschärfen – zum Wohle aller, vor allem aber der zu betreuenden Menschen!



Dr. Manfred Stegger, Vorstandsvorsitzender BIVA e.V.

Die **BIVA** ist ein unabhängiger Selbsthilfeverband, der sich seit 1974 für die Stärkung der Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner aller Heimarten und Wohnformen einsetzt. Sie ist bis heute die einzige bundesweite Interessenvertretung für Menschen, die Altenwohn-, Behinderten- und Pflegeeinrichtungen leben.

Die **BIVA** leistet bundesweit Hilfe und berät in persönlichen Angelegenheiten bei sämtlichen Fragen zum

- Leben im Heim und im
- betreuten Wohnen,

insbesondere bei

- Fragen zum Heimvertrag, Mietvertrag, Betreuungsvertrag
- Fragen zu Entgelterhöhungen,
- Ärger mit der Heimleitung,
- Art und Umfang der Mitwirkungsrechte von Heimbeirat, Heimfürsprecher.

1. Einleitung	5
2. Wozu dient die Pflegedokumentation?	5
3. Wem gehört die Pflegedokumentation?	6
4. Wer darf Einsicht in die Pflegedokumentation nehmen?	7
4.1 Einsicht durch die Pflegebedürftigen	7
4.2 Einsicht durch Angehörige/sonstige Vertrauenspersonen	8
4.3 Einsicht durch gesetzliche Betreuerinnen/Betreuer	9
4.4 Einsicht durch die Hausärztin/den Hausarzt	9
4.5 Einsicht durch Einrichtungsträger und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter	9
4.6 Einsicht durch die Aufsichtsbehörde	10
4.7 Einsicht durch Vertreter der Pflegeversicherung	10
4.8 Einsicht durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen MDK	11
4.9 Einsicht durch sonstige Personen	11
5. In welchem Umfang darf ich Einsicht in die Dokumentation nehmen?	11
6. Sind Klauseln (in Heimverträgen) wirksam, die (unbegrenzte) Ermächtigungen zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation enthalten?	12
7. Darf ich Kopien der Pflegedokumentation fertigen oder anfordern?	13
8. Gilt das Recht der Einsichtnahme auch über den Tod der/des Betroffenen hinaus?	14
9. An wen kann ich mich wenden, wenn mir die Einsichtnahme verweigert wird?	14

Anhang

I. Gesetze (in Auszügen)	16
Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)	16
Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)	16
Sozialgesetzbuch (SGB) XI (Soziale Pflegeversicherung)	17
II. Urteile (in Auszügen und in Zusammenfassung)	20
1. Bundesverfassungsgericht (1 BvR 1130/98)	20
2. Bundesverfassungsgericht (1 BvR 2027/02)	21
III. Glossar	24

1. Einleitung

Oft sind Fragen um die Pflegedokumentation der Ursprung kleinerer oder größerer Auseinandersetzungen. Das liegt u.a. daran, dass sie sich in einem dreifachen Spannungsfeld befindet:

- Die Einrichtungsleitung benötigt die darin festgehaltenen Erkenntnisse, um eine ordnungsgemäße Pflegeplanung zu erstellen.
- Das Personal fürchtet sie, da damit Arbeiten und u.U. auch Fehler dokumentiert werden, über die sie ggf. Rechenschaft abzulegen haben. Zudem nimmt die Dokumentation aus ihrer Sicht wertvolle Zeit in Anspruch, die dann möglicherweise bei der Pflege fehlt.

Die Gepflegten und ihre Angehörigen verstehen sie als Instrument zum Nachweis der vertraglich geschuldeten Pflege- und Betreuungsleistungen, auf die sie sich im Falle von Pflegemängeln berufen können.

Jeder dieser Personengruppen beansprucht die Dokumentation als „ihr“ Papier. Einrichtungsleitung und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verteidigen es als ihr Arbeitspapier. Betroffene und ihre Angehörigen und Freunde wollen wissen, was über sie bzw. die jeweilige hilfe- und pflegebedürftige Person darin festgehalten ist.

Die folgenden Ausführungen sollen Licht in diese Fragenkreise bringen und zur Orientierung der Beteiligten dienen.

2. Wozu dient die Pflegedokumentation?

Die Einrichtungsträger sind verpflichtet, über jede Bewohnerin und jeden Bewohner eine Pflegedokumentation zu führen. Die entsprechenden Regelungen finden sich in den jeweiligen Landesheimgesetzen.

Zur Durchführung sowohl der vollstationären als auch der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege haben die Landesverbände der Pflegekassen mit den Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI geschlossen. Darin ist u.a. festgelegt, dass die Pflegeeinrichtung eine Pflegedokumentation sachgerecht und kontinuierlich zu führen hat, die u. a. die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung, den Pflegebericht, Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln und Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen beinhaltet. Darüber hinaus hat die Pflegeeinrichtung die von ihr erbrachten Pflegeleistungen in einem Leistungsnachweis als Bestandteil der Pflegedokumentation aufzuzeichnen.

Das bedeutet, dass die Dokumentation Aufzeichnungen über alle für die Pflege relevanten Informationen enthalten muss.

Dies sind im Wesentlichen:

- die Pflegeanamnese (Vorgeschichte der Pflegebedürftigkeit),
- die Pflegeplanung,

- der Pflegebericht,
- Angaben über den Einsatz von Pflegehilfsmitteln und
- Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen.

Für diese Aufzeichnungen wird in der Regel ein standardisiertes – meist digitales - Dokumentationssystem verwendet.

Oft wird die Pflicht, eine Pflegedokumentation zu führen, mit überflüssiger Bürokratie gleichgesetzt, die das Personal Zeit kostet, die dann für die Pflege am Menschen fehlt.

In einer Einrichtung wirken jedoch mehrere Professionen zusammen, die gemeinsam gegenüber den Kostenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Bewohnerinnen und Bewohner) Leistungsverpflichtungen eingegangen sind. Die genannte Sichtweise verkennt daher, wozu die Pflegedokumentation in einem mehrschichtigen Betrieb dient, nämlich:

- dem Leistungsnachweis
- dem Erkennen von gesundheitlichen Veränderungen
- der Erklärung von Verhaltensweisen der Bewohnerinnen/Bewohner
- der Nachvollziehbarkeit von Handlungsschritten
- der Information der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in den nachfolgenden Schichten
- der Erleichterung der Zusammenarbeit aller am Pflegeprozess Beteiligten
- der Verbindlichkeit von Absprachen und Anordnungen
- der rechtlichen Absicherung des Pflegepersonals

Die Pflegedokumentation ist also ein Protokoll über den Pflegeverlauf und die durchgeführten pflegerischen Tätigkeiten. Als Dokument ist sie Beweismittel

- bei externen Qualitätsüberprüfungen,
- bei der internen Qualitätskontrolle
- bei Pflegefehlern und Pflegemängeln und daraus möglicherweise resultierenden Regressansprüchen.

Die Pflegedokumentation verfolgt somit hauptsächlich drei Ziele:

- 1. die Festlegung des Pflegeziels,**
- 2. die Aufstellung einer Pflegeplanung und**
- 3. die Darstellung von Pflegeverläufen**

3. Wem gehört die Pflegedokumentation?

Da man für die Pflege bezahlt, könnte man der Auffassung sein, man hätte die Pflegedokumentation gleich mitbezahlt, dürfe sie also jederzeit mit nach Hause nehmen.

Ganz so einfach ist es jedoch nicht. Die Pflegedokumentation ist die Arbeitsgrundlage für das Pflegepersonal. Die Pflegedokumentation ist ein Arbeitspapier des Leistungserbringers, das er als Tätigkeitsnachweis und zum Festhalten von Sachverhalten erstellt. Als Urkunde gehört sie ihm. Insofern muss vor Ort immer eine Ausfertigung verfügbar sein.

Die Daten in der Dokumentation dagegen sind persönliche Daten der jeweiligen Bewohnerin/des jeweiligen Bewohners. Sie „gehören“ nicht dem Leistungsträger, denn er darf nicht beliebig mit ihnen umgehen. Die Daten darin „gehören“ insofern niemandem, als dass niemand ausschließlich über sie verfügen darf, sie also ohne Einschränkungen weitergeben und verwerten darf. Es sind mehrere Berechtigte bei der Erstellung beteiligt: Die Pflegeperson, das Personal, Ärzte etc.

Insofern gibt es datenschutzrechtlich mehrere Berechtigungen und vielfache Beschränkungen. So setzen die Datenschutzgesetze bestimmte Schranken für das Erfassen, Verwerten und Weitergeben persönlicher Daten. Die Bewohnerinnen und Bewohner haben ein informationelles Selbstbestimmungsrecht über ihre persönlichen Daten, haben also ein Recht zu erfahren, welche Daten über sie erfasst werden, gespeichert sind und verarbeitet werden.

Das „Gehören“ kann sich aber auf die Datenträger beziehen, auf denen die Daten „verkörpert“ sind, also Papier, elektronische Datenträger etc. Diese werden meist von der Einrichtung gestellt und nicht extra von der Pflegekasse oder den zu Pflegenden bezahlt. Insofern gehören sie der Einrichtung. Den zu Pflegenden steht aber ein Einsichts- und Auskunftsrecht zu und auch das Recht, Kopien (gegen Kostenerstattung, s. u.) zu erhalten.

4. Wer darf Einsicht in die Pflegedokumentation nehmen?

Zunächst ist die Pflegedokumentation ein hausinternes Dokument zur Erfassung des individuellen Versorgungsbedarfs, zur Festschreibung der Pflegeplanung und zur Information über Pflegeprozesse. Sie unterstützt den Informationsfluss zwischen den Pflegekräften. Mit der Pflegedokumentation werden Quantität und Qualität der geleisteten Arbeit nachgewiesen. Sie enthält Daten, Feststellungen und Beurteilungen über die Gepflegten.

Daher kann es für den Einzelnen von Interesse sein, Kenntnis von den Aufzeichnungen in der Pflegedokumentation, die über ihn vorgenommen wurden, zu erlangen.

4.1 Einsicht durch die Pflegebedürftigen

Der einzelne Pflegebedürftige hat das Recht, Einsicht in die Pflegedokumentation mit den Aufzeichnungen über seine persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten zu nehmen.

Für die Krankenakte hat das Bundesverfassungsgericht dieses Recht bestätigt. **Rechtsgrundlagen** für das Einsichtsrecht in die Pflegedokumentation sind:

- **Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG)**

Jeder Mensch hat das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und auf personale Würde. Ärztliche Krankenunterlagen mit ihren Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen betreffen den Patienten unmittelbar in seiner Privatsphäre.

- **§ 810 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)**

Danach darf derjenige, der ein rechtliches Interesse hat, Einsicht nehmen in Urkunden, die ein anderer im Besitz hat.

- **§ 34 Bundesdatenschutzgesetz (BDataSchG)**

Nach dieser Norm darf jeder Auskunft über die Daten verlangen, die von einem Dritten (in diesem Falle einer nicht-öffentlichen Stelle) über sie/ihn gespeichert worden sind. Dies gilt auch für elektronisch gespeicherte Daten.

- **der Heimvertrag**

Der Anspruch auf Einsicht in die Dokumentation ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag bzw. Heimvertrag, zumindest als Nebenpflicht hieraus.

- **die Berufsordnung der Ärzte**

Die Berufsordnung sieht ausdrücklich ein Einsichtsrecht der Patienten in ihre Krankenakten vor.

4.2 Einsicht durch Angehörige/sonstige Vertrauenspersonen

Wenn pflegebedürftige Menschen wegen körperlicher oder geistig-seelischer Beeinträchtigungen nicht in der Lage sind, die in der Pflegedokumentation erfassten Daten einzuordnen und zu verarbeiten, möchten oftmals Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen anstelle der unmittelbar Betroffenen Einsicht in die Pflegedokumentation nehmen.

Diese haben als Angehörige oder Vertrauenspersonen kein eigenes Einsichtsrecht. Ihr Einsichtsrecht leitet sich vom Recht der/des Gepflegten ab, d.h. sie handeln in dessen Vollmacht. Die Vollmacht muss sich auf die gesundheitliche Sorge erstrecken.

Grundsätzlich sind auch mündlich erteilte Vollmachten wirksam. Wenn die Erteilung einer solchen mündlichen Vollmacht aber vom Auskunftspflichtigen angezweifelt wird,

kann es schwierig sein, eine Bevollmächtigung nachzuweisen. Daher sollte eine Vollmacht - auch im Interesse der/des Betroffenen – rechtzeitig schriftlich erteilt werden (sog. Vorsorgevollmacht).

4.3 Einsicht durch gesetzliche Betreuerinnen/Betreuer

Bei einer gesetzlichen Betreuung ersetzt der gerichtliche Beschluss die Vollmacht der/des Betroffenen. Allerdings muss der richterliche Beschluss auch die Wirkungskreise Gesundheit und Pflege umfassen. Bei Übertragung lediglich der Vermögenssorge hat die gesetzliche Betreuerin/der gesetzliche Betreuer also nicht das Recht, Einsicht in die Pflegedokumentation zu nehmen. Sollte dies erforderlich werden, muss der Wirkungskreis der gesetzlichen Betreuerin/des gesetzlichen Betreuers durch das Gericht entsprechend erweitert werden.

4.4 Einsicht durch die Hausärztin/den Hausarzt

Vor der Anordnung medizinischer und/oder pflegender Maßnahmen werden sich die (Haus-)Ärztin/der (Haus-)Arzt einen Überblick über den Gesundheitszustand ihrer Patientin/ihres Patienten machen. Dazu werden sie in der Regel Einblick in die Pflegedokumentation nehmen müssen, um den Gesundheitsstatus nach möglichst objektiven Feststellungen beurteilen zu können.

Notwendige medizinische und auch pflegerische Maßnahmen müssen außerdem stets vom der (Haus-)Ärztin/dem (Haus-)Arzt angeordnet werden. Diese Anordnungen müssen in die Pflegedokumentation eingetragen und von der Ärztin/dem Arzt zumindest abgezeichnet werden. Insofern wirken sie bei der Erstellung der Pflegedokumentation mit.

Die (Haus-)Ärztin/der (Haus-)Arzt müssen also genauso Einsicht in die Aufzeichnungen in der Pflegedokumentation nehmen wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Einrichtungsträgers auch. Ihre unmittelbare Berechtigung ergibt sich aus der rechtlichen Verpflichtung, die ärztlichen Anordnungen schriftlich zu dokumentieren und deren Ausführung durch die Pflegekräfte zu überprüfen.

Das Einsichtsrecht bleibt aber auf die Dokumentationsunterlagen für die eigenen Patienten beschränkt.

4.5 Einsicht durch Einrichtungsträger und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

Als "aktenführende Stelle" darf der Einrichtungsträger selbstverständlich Einsicht in die Pflegedokumentation nehmen, allein schon deswegen, um eine ordnungsgemäße

Pflege sicherstellen zu können und ggf. arbeitsrechtliche Weisungen zu erteilen.

Fraglich könnte jedoch sein, wer von den Mitarbeitern Einsicht in die Dokumentationen nehmen darf. Unproblematisch ist dies bei den Personen, die am Betreuungs- und Pflegeprozess unmittelbar beteiligt sind. Sie sind es ja auch, die die Dokumentation führen. Ihr unmittelbares rechtliches Interesse an der Pflegedokumentation ergibt sich aus der rechtlichen Verpflichtung, eine solche zu führen.

Mitarbeiter aus der Verwaltung, z.B. der Lohnbuchhaltung, haben ein solches rechtliches Interesse in der Regel nicht. Sie können die Ihnen übertragenen Aufgaben erfüllen, ohne die sensiblen Gesundheitsdaten der Bewohnerinnen und Bewohner zu kennen.

Es gilt der Grundsatz: **Ohne (rechtlichen) Grund besteht kein Anspruch, Einsicht in die Pflegedokumentation zu nehmen.**

4.6 Einsicht durch die Aufsichtsbehörde

Selbstverständlich darf auch die Aufsichtsbehörde bei der Ausübung ihrer Aufsichtstätigkeit Einsicht nehmen in die Pflegedokumentation. Die entsprechenden Regelungen finden sich in den jeweiligen Landesheimgesetzen.

Das Einsichtsrecht erstreckt sich dabei nicht nur auf die Tatsache, dass eine Pflegedokumentation überhaupt geführt wird, sondern auch auf den Inhalt. Dabei dürfen z.B. auch ärztliche Gutachten eingesehen werden, um überprüfen zu können, ob das Heim die nötigen Voraussetzungen erfüllt, um z.B. chronisch Kranke entsprechend zu pflegen. Allerdings muss der Datenschutz dabei gewahrt bleiben. Wie dies im Einzelfall geschehen soll, ist noch nicht abschließend geklärt.

4.7 Einsicht durch Vertreter der Pflegeversicherung

Die Pflegeeinrichtung hat die von ihr erbrachten Pflegeleistungen in einem Leistungsnachweis, der Bestandteil der Pflegedokumentation ist, aufzuzeichnen. Im Rahmen der Abrechnungen mit den Pflegekassen sind **nur die Leistungsnachweise** vorzulegen.

Dies ergibt sich aus sachlichen Erwägungen, da im SGB XI den Pflegekassen keine Zuständigkeit zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit oder der Einhaltung von Qualitätssicherungskriterien übertragen ist.

Diese Zuständigkeit ist allein dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wegen seines medizinischen und pflegerischen Sachverständes übertragen (§§ 18 und 80 SGB XI). Die Angaben zur Pflegeanamnese und Pflegeplanung enthalten zum Teil sehr sensible Angaben über die Betroffenen und unterliegen daher im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht einem ähnlichen Schutz wie Patientenakten.

Bei Unstimmigkeiten im Rahmen der Abrechnungen kann die betroffene Einrichtung zur Abgabe einer kurzen Stellungnahme zur Frage der Pflegesituation bestimmter Pflegebedürftiger aufgefordert werden. Allerdings ist dies nur mit deren Einwilligung (vorherige Zustimmung) zulässig. Ohne die Einwilligung der jeweils betroffenen Bewohner ist eine Einsichtnahme in die Pflegedokumentation durch Vertreter der Pflegekasse **nicht zulässig**.

4.8 Einsicht durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

Der MDK ist nach § 104 SGB XI ermächtigt, von den Leistungserbringern – d.h. den Einrichtungen – im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach §§ 112, 114 SGB XI die Pflegedokumentationen einzusehen und ggf. zu kopieren. Er hat dabei die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des § 97 SGB XI, die vor allem die Erhebung, Speicherung und Löschung personenbezogener Daten näher regeln, zu beachten.

Von dieser gesetzlichen Ermächtigung macht der MDK bei Prüfungen regelmäßig Gebrauch. Seine Feststellungen über Mängel in der Pflegedokumentation nehmen in seinen Berichten und Veröffentlichungen breiten Raum ein.

4.9 Einsicht durch sonstige Personen

Die Daten in der Pflegedokumentation sind ähnlich sensibel wie die in den Krankenakten. Daher darf grundsätzlich niemand sonst ohne Zustimmung der/des Betroffenen Einsicht in die Pflegedokumentation nehmen.

5. In welchem Umfang darf ich Einsicht in die Dokumentation nehmen?

Zum Umfang des Einsichtsrechts in die Pflegedokumentation gibt es noch keine abschließende Rechtsprechung. Es können aber die Grundsätze herangezogen werden, die von den Gerichten für die Krankenakten entwickelt wurden.

Nach der Auffassung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs erstreckt sich das Einsichtsrecht nur auf Aufzeichnungen über objektive physische Befunde und auf Berichte über Behandlungsmethoden wie Medikation. Das Einsichtsrecht erstreckt sich nach der Rechtsprechung (und dem ärztlichen Berufsrecht) nicht auf den Teil der Dokumentation, der rein subjektive Eindrücke und Wahrnehmungen des Arztes enthält.

Das Einsichtsrecht kann sich in Einzelfällen aber auch auf den sensiblen Bereich nicht

objektiver Befunde erstrecken. Bei der Prüfung der Frage, ob ein solches Einsichtsrecht in subjektive Daten wie Aufzeichnungen und Anmerkungen des Arztes gewährt werden kann, müssen die schützenswerten Interessen des Arztes, des Patienten oder Dritter gegen einander abgewogen werden. Liegt die Einwilligung desjenigen, dessen Interessen betroffen sind, vor, dann ist die Einsicht zu gewähren, ansonsten ist sie zu verweigern. Da subjektive Bewertungen grundsätzlich nicht dokumentationspflichtig sind, sollte im Einzelfall geprüft werden, ob auf solche Anmerkungen in der Akte nicht verzichtet werden kann, um das Einsichtsrecht nicht zu erschweren.

Das Einsichtsrecht kann in Ausnahmefällen eingeschränkt sein, unter anderem, wenn Rechte anderer in die Behandlung einbezogener Personen (z.B. Angehörige, Freunde) berührt werden oder die Behandlung dadurch gefährdet wird. Diese Einschränkung ist vom Arzt zu begründen.

Wendet man diese Grundsätze auf die Pflegedokumentation an, bedeutet dies, dass

1. objektive Angaben wie Pflegebefunde, Therapieanordnungen und Medikationen darin enthalten sein müssen und von den Berechtigten auch eingesehen werden dürfen.

2. subjektive Einschätzungen wie z.B. Vermutungen über den künftigen Behandlungsverlauf oder persönliche Bewertungen nicht dokumentiert zu werden brauchen und insofern ein Einsichtsrecht behindern können. Sie sollten, wenn sie denn festgehalten werden sollen, außerhalb der eigentlichen Pflegedokumentation aufgezeichnet werden.

3. besonders darauf zu achten ist, dass keine Aussagen über Dritte dokumentiert werden (z.B.: „Der Besuch der Frau X ist schädlich für die zu Pflegenden.“), da bei einer Einsicht durch Dritte auch deren Rechte gewahrt bleiben müssen. Auch solche Äußerungen sollten, wenn sie für den Pflegeprozess wichtig erscheinen, außerhalb der Pflegedokumentation festgehalten werden.

6. Sind Klauseln (in Heimverträgen) wirksam, die (unbegrenzte) Ermächtigungen zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation enthalten?

Das Bundesverfassungsgericht (BVG) hat dem sog. „Recht auf informationelle Selbstbestimmung“ einen hohen Stellenwert beigemessen. Unjuristisch könnte man es auf die Formel bringen: "Meine Daten gehören mir!" Erst kürzlich untersagten die Richter einer Versicherung, sich bereits im Vorfeld eine Generalermächtigung für die Einsichtnahme in sämtliche möglichen Dokumentationen erteilen zu lassen. (BVG Beschluss vom 23.10.2006, Az. 1 BvR 2027/02, s. Anhang).

Daraus folgt für die Pflegedokumentation, dass Klauseln in Heimverträgen, die eine vorwegnehmende Zustimmung zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation durch Dritte enthalten, in der Regel Grundrechte verletzen und daher unwirksam sind.

7. Darf ich Kopien der Pflegedokumentation fertigen oder anfordern?

Einsichtnahme bedeutet zunächst einmal vom Wortlaut her, dass man sich die Pflegedokumentation dort, wo sie aufbewahrt wird, ansehen kann. Dies genügt aber in den meisten Fällen nicht, um sich die Inhalte auch zu merken. Daher umfasst das Recht zur Einsichtnahme auch das Recht, Kopien der Dokumentation zu fertigen oder anfordern zu dürfen.

Das Bundesdatenschutzgesetz (§ 34 BDSG) sieht darüber hinaus noch vor, dass die Auskunft

- schriftlich und
- unentgeltlich zu erfolgen hat.

Dies ist sicherlich unproblematisch in den Fällen, in denen die Pflegedokumentation in elektronischer Form übermittelt werden kann, da dann der Aufwand für die Einrichtung gering ist. Dies setzt aber voraus, dass die/der Betroffene elektronische Post empfangen, lesen und ausdrucken kann. Zudem muss die sichere Übermittlung der Datei gewährleistet sein. In der Regel werden jedoch Fotokopien der Dokumentation angefertigt werden.

Wer die dadurch entstehenden Kosten zu tragen hat, ist gesetzlich nicht eindeutig geregelt. Nach den Regelungen im Bundesdatenschutzgesetz (§ 34 BDSG) hat die Information "schriftlich" und "unentgeltlich" zu erfolgen sodass die Kosten zu Lasten des Leistungserbringers gehen. Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch liegt die Kostentragung bei demjenigen, der die Auskunft verlangt (§ 811 BGB.), sodass sie von den Anfragenden zu übernehmen wären. Einige Landesheimgesetze enthalten bereits Regelungen diesbezüglich.

Gerichte haben vereinzelt entschieden, dass die Heime Kopien vorhalten, jedoch nicht verschicken müssen. Insofern würde dann der Versand auf jeden Fall zu Lasten der/des Auskunftssuchenden gehen.

Man sollte sich daher im Vorfeld mit dem Einrichtungsträger darüber verständigen,

- wie die Einsichtnahme erfolgt,
- wo sie erfolgt,
- ob Fotokopien oder elektronische Dateikopien erstellt werden,
- ob und wie diese dann übermittelt werden und
- wer die Kosten dafür trägt.

Die Kosten dürfen über die Selbstkosten nicht hinausgehen, da ansonsten die/der Betroffene von ihrem/seinem Recht zur Einsichtnahme abgeschreckt würde. (vgl. § 34 BDSG: "Das Entgelt darf über die durch die Auskunftserteilung entstandenen direkt zurechenbaren Kosten nicht hinausgehen.")

Verbraucherfreundlich geführte Leistungsanbieter werden keine Kostenerstattung für die Fertigung und den Versand der Dokumentation verlangen und diese Kosten über den allgemeinen Verwaltungsaufwand verbuchen, der letztlich über die Heimentgelte der Bewohnerinnen und Bewohner refinanziert wird.

8. Gilt das Recht auf Einsichtnahme auch über den Tod der/des Betroffenen hinaus?

Ja, sofern eine wirksame Vollmacht vorliegt! Wie bei der Vorsorgevollmacht kann auch das Recht zur Einsichtnahme z.B. einer oder einem Angehörigen über den Tod der/des Verwandten hinaus übertragen werden. Dies hat z.B. bei der Verfolgung von Ansprüchen aus möglichen Pflegefehlern und der darauf gestützten Regress- oder Schadensersatzforderungen Bedeutung.

9. An wen kann ich mich wenden, wenn mir die Einsichtnahme verweigert wird?

Es gibt in diesem Bereich mehrere Stellen, an die man sich wenden kann. Für Einrichtungen sind generell vorgesehen:

- die **Beschwerdestelle** nach den jeweiligen Landesheimgesetzen und
- die **Aufsichtsbehörde**.

Da jedoch auch der Bereich der Datenweitergabe betroffen ist, kann man sich zusätzlich an die **Landesdatenschutzbeauftragten** wenden, die sich oft besser mit dieser speziellen Thematik auskennen, vor allem, wenn die Dokumentation EDV-gestützt ist.

Selbstverständlich ist auch die BIVA Ansprechpartner in sämtlichen Fragen rund um Wohn- und Betreuungseinrichtungen und das Betreute Wohnen.

Anhang

I. Gesetzestexte (in Auszügen)

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 810 Einsicht in Urkunden

Wer ein rechtliches Interesse daran hat, eine in fremdem Besitz befindliche Urkunde einzusehen, kann von dem Besitzer die Gestattung der Einsicht verlangen, wenn die Urkunde in seinem Interesse errichtet oder in der Urkunde ein zwischen ihm und einem anderen bestehendes Rechtsverhältnis beurkundet ist oder wenn die Urkunde Verhandlungen über ein Rechtsgeschäft enthält, die zwischen ihm und einem anderen oder zwischen einem von beiden und einem gemeinschaftlichen Vermittler gepflogen worden sind.

§ 811 Vorlegungsort, Gefahr und Kosten

(1) ¹Die Vorlegung hat in den Fällen der §§ 809, 810 an dem Orte zu erfolgen, an welchem sich die vorzulegende Sache befindet. ²Jeder Teil kann die Vorlegung an einem anderen Orte verlangen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

(2) ¹Die Gefahr und die Kosten hat derjenige zu tragen, welcher die Vorlegung verlangt. ²Der Besitzer kann die Vorlegung verweigern, bis ihm der andere Teil die Kosten vorschießt und wegen der Gefahr Sicherheit leistet.

Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

§ 34 Auskunft an den Betroffenen

(1) Der Betroffene kann Auskunft verlangen über

1. die zu seiner Person gespeicherten Daten, auch soweit sie sich auf die Herkunft dieser Daten beziehen,
2. Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die Daten weitergegeben werden, und
3. den Zweck der Speicherung.

Er soll die Art der personenbezogenen Daten, über die Auskunft erteilt werden soll, näher bezeichnen. Werden die personenbezogenen Daten geschäftsmäßig zum Zwecke der Übermittlung gespeichert, kann der Betroffene über Herkunft und Empfänger nur Auskunft verlangen, sofern nicht das Interesse an der Wahrung des Geschäftsgeheimnisses überwiegt. In diesem Fall ist Auskunft über Herkunft und Empfänger auch dann zu erteilen, wenn diese Angaben nicht gespeichert sind.

(2) Der Betroffene kann von Stellen, die geschäftsmäßig personenbezogene Daten zum Zwecke der Auskunftserteilung speichern, Auskunft über seine personenbezogenen Daten verlangen, auch wenn sie weder in einer automatisierten Verarbeitung noch

in einer nicht automatisierten Datei gespeichert sind. Auskunft über Herkunft und Empfänger kann der Betroffene nur verlangen, sofern nicht das Interesse an der Wahrung des Geschäftsgeheimnisses überwiegt.

(3) Die Auskunft wird schriftlich erteilt, soweit nicht wegen der besonderen Umstände eine andere Form der Auskunftserteilung angemessen ist.

(4) Eine Pflicht zur Auskunftserteilung besteht nicht, wenn der Betroffene nach § 33 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2, 3 und 5 bis 7 nicht zu benachrichtigen ist.

(5) Die Auskunft ist unentgeltlich. Werden die personenbezogenen Daten geschäftsmäßig zum Zweck der Übermittlung gespeichert, kann jedoch ein Entgelt verlangt werden, wenn der Betroffene die Auskunft gegenüber Dritten zu wirtschaftlichen Zwecken nutzen kann. Das Entgelt darf über die durch die Auskunftserteilung entstandenen direkt zurechenbaren Kosten nicht hinausgehen. Ein Entgelt kann in den Fällen nicht verlangt werden, in denen besondere Umstände die Annahme rechtfertigen, dass Daten unrichtig oder unzulässig gespeichert werden, oder in denen die Auskunft ergibt, dass die Daten zu berichtigen oder unter der Voraussetzung des § 35 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 zu löschen sind.

(6) Ist die Auskunftserteilung nicht unentgeltlich, ist dem Betroffenen die Möglichkeit zu geben, sich im Rahmen seines Auskunftsanspruchs persönlich Kenntnis über die ihn betreffenden Daten und Angaben zu verschaffen. Er ist hierauf in geeigneter Weise hinzuweisen.

Sozialgesetzbuch (SGB) XI – Soziale Pflegeversicherung

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) ¹Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. ²Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit zu ermitteln. ³Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.

(2)...(7)

§ 80 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) ¹Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger

Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. ²Sie arbeiten dabei mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen. ³Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2)...(3)

§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

(1) ¹Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18, 40, 80, 112 bis 115, 117 und 118 erforderlich ist. ²Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

(2) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die er für die Aufgabenerfüllung nach dem Fünften oder Elften Buch erhebt, verarbeitet oder nutzt, auch für die Aufgaben des jeweils anderen Buches verarbeiten oder nutzen, wenn ohne die vorhandenen Daten diese Aufgaben nicht ordnungsgemäß erfüllt werden können.

(3) ¹Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. ...

(4) (...)

§ 104 Pflichten der Leistungserbringer

(1) Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet:

1. im Falle der Überprüfung der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 1),
2. im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die Wirtschaftlichkeit oder die Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen sind (§§ 79 , 80 , 112 bis 115 , 117 und 118),
- 2a. im Falle des Abschlusses und der Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85 , 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a),
3. im Falle der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105)

die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Angaben aufzuzeichnen und den Pflegekassen sowie den Verbänden oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.

(2) Soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 2 und 2a genannten Zwecke erforderlich ist, sind die Leistungserbringer berechtigt, die personenbezogenen Daten auch an die Medizinischen Dienste und die in den §§ 112 bis 115 , 117 und 118 genannten Stellen zu übermitteln.

(3) Trägervereinigungen dürfen personenbezogene Daten verarbeiten und nutzen, so-

weit dies für ihre Beteiligung an Qualitätsprüfungen oder Maßnahmen der Qualitätssicherung nach diesem Buch erforderlich ist.

§ 112 Grundsätze

(1) ¹Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. ²Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 sowie in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3) ¹Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. ²Die Prüfungen sind auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse der in Absatz 2 genannten Leistungen sowie auf deren Abrechnung zu erstrecken. ³Soweit ein zugelassener Pflegedienst auch Leistungen nach § 37 des Fünften Buches erbringt, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.

(4) ...

§ 114 Örtliche Prüfung

(1) ¹Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind in Wahrnehmung ihres Prüfauftrags nach § 112 Abs. 3 berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die ambulanten oder stationären zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch weiterhin erfüllen. ²Soweit eine Pflegeeinrichtung einen Leistungs- und Qualitätsnachweis nach § 113 vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als ein Jahr zurückliegt, ist dies bei der Bestimmung von Zeitpunkt und Umfang der Prüfungen nach Satz 1 angemessen zu berücksichtigen.

(2) ¹Bei teil- oder vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit angemeldet oder unangemeldet zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und den Heimbeirat oder den Heimfürsprecher zu befragen. ²Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann. ³Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Zustimmung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und

Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. ⁴Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll die zuständige Heimaufsichtsbehörde an unangemeldeten Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

(3) ... (6)

II. Urteile (in Auszügen)

1. Bundesverfassungsgericht (BVerfG)

Beschluss vom 16.9.1998, Az. 1 BvR 1130/98

(...)

Gründe:

Die Verfassungsbeschwerde betrifft den Anspruch eines Patienten auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen einer psychiatrischen Behandlung.

(...)

a) **Das Recht auf Selbstbestimmung und die personale Würde des Patienten (Art. 1 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 GG) gebieten es, jedem Patienten gegenüber seinem Arzt und Krankenhaus grundsätzlich einen Anspruch auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen einzuräumen. Ärztliche Krankenunterlagen betreffen nämlich mit ihren Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen den Patienten unmittelbar in seiner Privatsphäre (vgl. BVerfGE 32, 373 <379>).** Der grundsätzliche Anspruch des Patienten auf Einsicht in ihn betreffende Krankenunterlagen ist auch in der zivilrechtlichen Rechtsprechung mittlerweile allgemein anerkannt (seit BGHZ 85, 327; vgl. auch BVerwGE 82, 45, sowie allgemein Franziska Lang, Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Patienten und die ärztliche Schweigepflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1997, S. 139 ff.; Jürgen Peter, Das Recht auf Einsicht in Krankenunterlagen, 1989).

Das Einsichtsrecht besteht allerdings nicht unbeschränkt. Ihm können - ebenfalls grundrechtlich fundierte - Interessen des Arztes oder Dritter sowie therapeutische Vorbehalte entgegenstehen. Der Bundesgerichtshof hat deshalb in seiner Rechtsprechung dem Anspruch auf Einsicht in Krankenunterlagen in verschiedener Hinsicht Konturen gegeben. **Der Anspruch umfasst danach grundsätzlich nur Aufzeichnungen über objektive physische Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen (vgl. BGHZ 85, 327 <333 ff.>), kann sich in Einzelfällen aber auch auf den sensiblen Bereich nicht objektivierter Befunde erstrecken (vgl. BGHZ 106, 146 <151>).** Besonderheiten existieren in bezug auf psychiatrische Behandlungen; dort kommt der Entscheidung des Arztes, ob eine Aushändigung der Krankenunterlagen an den Patienten medizinisch verantwortbar ist, besonderes Gewicht zu (vgl. BGHZ 85, 339 <343>). Allerdings darf der Arzt auch nach einer psychiatrischen Behandlung die Herausgabe der Krankenunterlagen nicht pauschal unter Hin-

weis auf ärztliche Bedenken verweigern. Er hat die entgegenstehenden therapeutischen Gründe vielmehr nach Art und Richtung näher zu kennzeichnen, allerdings ohne Verpflichtung, dabei ins Detail zu gehen (vgl. BGHZ 106, 146 <150 f.>).

(...)

2. Bundesverfassungsgericht (BVerfG) **Beschluss vom 23.10.2006, Az. 1 BvR 2027/02**

Versicherungen dürfen von ihren Kunden - ohne Angebot von Alternativen - keine umfassende Schweigepflichtenbindung verlangen

Versicherungen dürfen in ihren allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht regeln, dass Versicherte bei einer Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen sämtliche sie behandelnde Ärzte oder Pfleger von der Schweigepflicht entbinden müssen. Eine solche umfassende Schweigepflichtenbindung verletzt die Versicherten in ihrem Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Die Versicherungen müssen ihren Kunden daher Alternativen zur umfassenden Schweigepflichtenbindung oder zumindest eine Widerrufsmöglichkeit einräumen.

Der Sachverhalt: Die Beschwerdeführerin hatte mit einer Versicherung einen Lebensversicherungsvertrag inklusive einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung abgeschlossen. Nach den Versicherungsbedingungen muss der Versicherte bei einer Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen sämtliche ihn behandelnde Ärzte oder Pfleger von der Schweigepflicht entbinden, damit die Versicherung sachdienliche Hinweise einholen kann. Im Jahr 1999 war die Beschwerdeführerin wegen Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden und machte Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung geltend. Sie lehnte es jedoch ab, eine umfassende Erklärung zur Schweigepflichtentbindung abzugeben und bot stattdessen an, Einzelermächtigungen für jedes Auskunftersuchen zu erteilen. Die Versicherung teilte daraufhin mit, dass sie auf dieser Grundlage den Versicherungsfall nicht feststellen könne. Die Klage der Beschwerdeführerin auf Feststellung, dass die Versicherung nicht berechtigt sei, die Abgabe einer Schweigepflichtentbindung zu verlangen, wurde von den Fachgerichten abgewiesen. Die hiergegen gerichtete Verfassungsbeschwerde hatte Erfolg.

Die Gründe: Die Verpflichtung zur umfassenden Schweigepflichtentbindung verletzt die Beschwerdeführerin in ihrem Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Die in den allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten, zum Teil sehr allgemein umschriebenen Personen und Stellen können über sensible Informationen über die Beschwerdeführerin verfügen, die deren Persönlichkeitsentfaltung tiefgreifend berühren. Mit der Schweigepflichtentbindung beraubt sich die Beschwerdeführerin der Möglichkeit, die Wahrung ihrer Geheimhaltungsinteressen selbst zu kontrollieren, da wegen der weiten Fassung der Erklärung für sie praktisch nicht absehbar ist, welche Auskünfte über sie von wem eingeholt werden können. Zwar soll die Versicherung nur solche Informationen einholen, die sachdienlich sind. Dieser Begriff ist jedoch sehr weit auszulegen, so dass die Beschwerdeführerin nicht im Voraus bestimmen kann,

welche Informationen die Versicherung auf Grund der Ermächtigung erlangen kann.

Grundsätzlich hat aber auch die Versicherung ein berechtigtes Interesse daran, den Eintritt des Versicherungsfalls hinreichend zu überprüfen. Für diese Prüfung stellt sich eine umfassende Entbindung von der Schweigepflicht als probates Mittel dar. Dem Versicherten muss allerdings aus oben genannten Gründen die Möglichkeit zum informationellen Selbstschutz gegen werden. Denkbar ist ein Modell, bei dem die Versicherung dem Versicherten die Möglichkeit zur Beschaffung der Informationen oder jedenfalls eine Widerspruchsmöglichkeit einräumt. Die hierfür eventuell entstehenden höheren Kosten könnte die Versicherung dem Versicherten auferlegen. Diese Kosten dürfen allerdings nicht so hoch sein, dass der Versicherte deswegen auf sein Recht auf informationellen Selbstschutz verzichtet.

Presse-Mitteilung Nr.110 vom 10.11.2006

Der Beschluss ist auf der Homepage des Bundesverfassungsgerichts (www.bundesverfassungsgericht.de) veröffentlicht und dort in der Rubrik „Entscheidungen“ unter Angabe z.B. des Aktenzeichens zu finden.

Die vollständigen Texte sind im Internet unter www.biva.de verfügbar:

III. Glossar

- AG = Amtsgericht
- Abs. = Absatz
- Art. = Artikel
- BDSG = Bundesdatenschutzgesetz
- BGB = Bürgerliches Gesetzbuch
- BGH = Bundesgerichtshof
- BSG = Bundessozialgericht
- BVerfG = Bundesverfassungsgericht
- BVerwG = Bundesverwaltungsgericht
- GG = Grundgesetz
- LG = Landgericht
- LSG = Landessozialgericht
- OLG = Oberlandesgericht
- PangV = Preisangabenverordnung
- SGB V = Sozialgesetzbuch 5. Buch,
Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB XI = Sozialgesetzbuch 11. Buch,
Soziale Pflegeversicherung
- SGB XII = Sozialgesetzbuch 12. Buch, Sozialhilfe
- StGB = Strafgesetzbuch
- VG = Verwaltungsgericht
- WEG = Wohneigentumsgesetz