

Akteneinsicht für psychisch Kranke

Peter Bastiaan

1. Sachverhalt und höchstrichterliches Urteil

Der 1950 geborene Dipl.-Päd. P. (Studienabschluß nach zweimaliger stationärer psychiatrischen Behandlung) wurde im April 1977 im PLK Winnenden bei Stuttgart und im Juni 1977 in der psychiatrischen Klinik der FU Berlin stationär behandelt. Er erhielt folgende Diagnosen: Endogene Psychose, paranoide Psychose, Schizophrenie und paranoid-halluzinatorisches Syndrom. Er begehrte als Kläger Einsicht in die Krankenunterlagen. Nach einer Auseinandersetzung vor dem Verwaltungsgericht gewährte ihm das PLK Winnenden freiwillig Einsicht in die dortigen Akten. Die psychiatrische Klinik der FU Berlin lehnte dieses Einsichtsrecht als antitherapeutisch und risikoreich ab, das Kammergericht Berlin genehmigte am 1.6.81 dem klagenden Pädagogen das Einsichtsrecht, der BGH dagegen lehnte letztinstanzlich das Einsichtsrecht am 23.11. 1982 ab: „Auch nach Abschluß einer (hier klinischen und abschließend ambulanten) psychiatrischen Behandlung besteht selbst gegenüber dem inzwischen beschwerdefreien Patienten in der Regel keine grundsätzliche Verpflichtung zur Gewährung der Einsicht in die Krankenunterlagen ...“ (6).

Der Kläger begehrte die Einsicht in die Krankenunterlagen, 1.) um eine Dissertation unter dem Titel „Gesellschaftliche Determinanten individueller Konfliktverhaltens-Prädisposition“ zu schreiben, 2.) um seine Erkrankung aufzuarbeiten und sein individuelles Leiden allgemeiner zu erklären. Er beabsichtigte keine Vorbereitung eines Haftpflichtprozesses.

Der Kläger hatte alle Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbunden und die beteiligten Angehörigen hatten ihr Einverständnis mit der Einsichtnahme des Klägers in die Krankenunterlagen erklärt. Die beklagte Universitätsklinik lehnte eine Einsichtnahme mit folgenden Gründen ab:

- Sie sei therapeutisch unvertretbar,
- sie würde die persönlichen Belange der befragten Angehörigen und
- der beteiligten Ärzte, die gerade im Bereich der Psychiatrie selbst als Person engagiert seien, unzumutbar tangieren (BGH 1982).

Die Rechtsanwältin des Klägers hat für ihren Mandanten daraufhin Beschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht erhoben (44).

Mit diesem Urteil haben psychisch Kranke schlechtere Rechte als körperlich Kranke, über die der BGH zum selben Zeitpunkt folgendes Parallelurteil fällte: „Der Patient hat gegenüber Arzt und Krankenhaus grundsätzlich auch außerhalb eines Rechtsstreits Anspruch auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen, soweit sie Aufzeichnungen über objektive physische Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen (Medikation, Operation etc.) betreffen“ (6). Im Folgenden werden die juristischen und psychiatrischen Argumente zur Akteneinsicht genannt und anhand eines Fallbeispiels kritisch überprüft.

2. Die juristische Argumentation

2.1 Die Entwicklung des Arztrechtes

Hintergrund der jahrelangen Diskussion um die Akteneinsicht von Patienten, die in den Urteilen des BGH einen vorläufigen Abschluß gefunden haben, sind Veränderungen im Arztrecht der vergangenen Jahre. Galt bisher das blinde Vertrauen des Patienten in den behandelnden Arzt als Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung, so wird diese Beziehung in immer stärkerem Maße rechtlich durchdrungen und durch höchstrichterliche Entscheidungen geprägt. Dadurch wird die Beziehung rechtlich eindeutiger als Vertragsverhältnis gefaßt, Rechte und Pflichten sind einklagbar. In den letzten Jahren haben Patienten zunehmend Strafanzeichen gegen Ärzte nach Operationen erstattet. Der Patient ist rechtlich in seiner Stellung aufgewertet worden und wird stärker als mündiger Bürger betrachtet. Ärzte wurden durch den BGH zur Dokumentation ihrer Tätigkeit und zur Information der Patienten vertraglich verpflichtet. Zunehmend werden Informationsblätter über Chancen und Risiken ärztlicher Eingriffe an Patienten verteilt (30, 23).

Während jedoch bei einem Rechtsstreit vor Gericht die ärztliche Dokumentation in den Krankenakten regelmäßig als Beweismittel herangezogen wird, bestand bis zu den jüngsten Urteilen des BGH Unklarheit, ob Patienten auch außerhalb eines Rechtsstreites Einsichtsrecht in die ärztliche Dokumentation haben. Die Dokumentation umfaßt Anamnese, Diagnose und Therapie, die Information betrifft den Verlauf der Erkrankung in behandelter und unbehandelter Form, Behandlungsalternativen, Risiken und Nebenwirkungen der Therapie (14).

Eine Einschränkung der Informationspflicht wurde juristisch als sogenanntes therapeutisches Privileg des Arztes folgendermaßen begründet: Nichtaufklärung ist berechtigt, wenn dadurch eine übermäßige psychische Belastung des Patienten entstehen könnte, wenn selbst durch eine schonende Risikoauklärung eine sich selbst verwirklichende Prophezeiung entsteht, wenn Dritte gefährdet werden, schließlich wenn durch Information die Gefahr besteht, daß der Patient eine dringend notwendige Behandlung nicht zuläßt, etwa aus psychotisch-unverständiger Ablehnung der Behandlung heraus (15). Aus dem therapeutischen Privileg wird das Recht abgeleitet, dem Patienten wesentliche Informationen zu seinen Gunsten vorzuenthalten, sogar Alternativ-Unterlagen herzustellen oder „einmal eine gnädige Lüge in die Papiere zu bringen“ (15 S. 1308). - Ein Einsichtsrecht für Patienten wird juristisch also aus der Dokumentations- und Informationspflicht, eine Verweigerung des Einsichtsrechtes aus dem sogenannten therapeutischen Privileg abgeleitet.

2.2 Befürwortung der Akteneinsicht durch das Kammergericht Berlin (KG 1.6.1981)

Das KG Berlin leitete ein Einsichtsrecht für den Kläger P. in seine Kranken-

unterlagen aus der Pflicht des Arztes zur Aufzeichnung und Information der Behandlung ab, einschließlich der Diagnose und des Weges, der zur Diagnose geführt hat. Die Selbstbestimmung auch psychiatrischer Patienten wurde sehr weit gefaßt: „Ebenso wie der Patient die Behandlung trotz Hinweises auf die Folgen einer Nichtbehandlung ablehnen darf, also die Freiheit hat, sich insoweit selbst zu schädigen, muß ihm auch die Freiheit und das Recht zustehen, sich durch Kenntnisnahme von der Wahrheit zu schädigen, wenn er das will“ (25. S. 2521). Es wird in der Begründung auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nach GG Art. 2 verwiesen und auf Gewährung des Einsichtsrechtes zur Vorbereitung eines Haftpflichtprozesses in vorangegangenen Urteilen der LG Göttingen und Limburg und des OLG Bremen verwiesen. Für überholt hält das KG Berlin „ein jedenfalls auch auf mythologischen Wurzeln beruhende“ Unterwerfungsverhältnis, bei dem das Handeln der Ärzte einer von außen kommenden Kritik deshalb nicht unterzogen wurde, weil es angesichts der nahezu von niemanden in Zweifel gezogenen Stellung des Arztes und seines besonderen Fachwissens als selbstverständlich galt...“.

Statt dessen sei die Arzt-Patient-Beziehung mehr und mehr zu einem Verhältnis zwischen gleichgeordneten Vertragspartnern geworden. Zugrunde liegt das Interesse jedes Patienten an sich selbst, die vertragsmäßig über ihn gewonnenen Erkenntnisse zu erfahren. Akteneinsicht kann dem Patienten ohnehin nicht Neues offenbaren, wenn er vorher umfassend und pflichtgemäß informiert wurde. Die Besonderheiten der Psychiatrie werden vom Gericht gesehen, nämlich Person, Auffassung, Lehrmeinung, Einfühlungsvermögen des Arztes sowie die Interaktion zwischen Arzt und Patient und die Bedeutung von Fremdanamnesen. Diese möglichen Bedenken stünden aber einem Einsichtsrecht nicht entgegen, da auch der Psychiater dem Patienten umfassende Aufklärung schuldet und er Eingriffe nicht ohne Aufklärung und ohne Einwilligung vornehmen darf (z.B. Elektroschockbehandlung). Gerade wegen der subjektiven Wertungen bei der Diagnosefindung müsse dem Patienten der Weg, der zur Diagnose geführt hat, mitgeteilt werden. Im vorliegenden Falle träfen Aspekte des therapeutischen Privilegs des Arztes nicht zu.

2.3 Die Gewährung von Akteneinsicht für Patienten mit körperlichen Erkrankungen durch den BGH 1982

Die Akteneinsicht in objektive physische Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen wurde einem Kläger gewährt, der stationär in einer neurochirurgischen Klinik behandelt wurde. Im Mai 1976 war der Patient wegen einer Nervenerkrankung mit Lähmungserscheinungen eingewiesen und im selben Monat im Bereich der Halswirbelsäule operiert worden. Danach traten verstärkt Lähmungserscheinungen ein und der Kläger wollte durch Akteneinsicht die Frage eines Behandlungsfelchers prüfen. Begründet wurde die Gewährung der Akteneinsicht aus der durch die Dokumentationspflicht

folgenden vertraglichen Nebenpflicht, „dem Patienten selbst, aber auch seinen Prozess-Bevollmächtigten Einsicht in die vom Arzt angelegten, bei ihm oder beim behandelnden Krankenhaus geführten Krankenunterlagen zu gewähren“ (6 S. 4). Der Patient oder ein ihn beratender Fachkundiger solle die Ursachen des unglücklichen Operationsverlaufs prüfen können. Einsicht sei zu gewähren „in die objektiven Feststellungen über seine körperliche Befindlichkeit und die Aufzeichnungen über die Umstände und den Verlauf der ihm zu Teil gewordenen Behandlung“ sowie über Medikation, Verlauf und Ergebnis von Operationen (6 S.9). Das grundrechtlich geprägte Selbstbestimmungsrecht und die personale Würde des Patienten verbieten, ihm die Rolle eines bloßen Objekts zuzuweisen. Alle Fakten sind in seinem Auftrag vom Arzt erhoben worden. Ärztlicherseits geltend gemachte Urheber- und Eigentumsrechte haben hinter dem Persönlichkeitsrecht des betroffenen Patienten zurückzutreten. Im Rahmen des Selbstbestimmungsrechtes muß auch eine Verschlechterung des Befindens bzw. eine ungünstige Prognose aufgrund der Akteneinsicht in Kauf genommen werden. Die Grenzen für eine Verweigerung der Akteneinsicht sind sehr eng zu ziehen. Einsicht ist im Regelfall im Rahmen eines Arztgespräches zu gewähren, auf ausdrückliches Verlangen jedoch auch zum selbständigen Studium. Anstelle der Originale können Ablichtungen gemacht werden. Es muß ein Zeitpunkt gewählt werden, an welchem der geordnete Ablauf des Krankenhauses durch die Akteneinsicht nicht gestört wird.

Die allgemeine Akteneinsicht gilt allerdings mit klaren Einschränkungen: Sie gilt nur für naturwissenschaftlich objektivierbare Befunde, nicht für Aufzeichnungen mit einer persönlichen Komponente, persönliche Eindrücke bei Gesprächen, Motive für einen Entschluß im Rahmen der Vertragsabwicklung. Jeder ärztlichen Tätigkeit, nicht nur in der Psychiatrie und Psychotherapie, sei wesenseigen das persönliche Engagement, die gegenseitige Zuwendung zwischen Arzt und Patient. Auch Verdachtsdiagnosen sind der Einsicht des Patienten entzogen.

Zur Realisierung der beschränkten Akteneinsicht wird eine doppelte Aktenführung oder eine Fotokopie mit Unkenntlichmachung einiger Aktenanteile vorgeschlagen. Die Zurückhaltung von Aufzeichnungen wird dabei dem Arzt bzw. Krankenhaus anvertraut und ausdrücklich auch eine Mißbrachtsgefahr in Kauf genommen. Wird dadurch ein Mißtrauen des Patienten nicht zerstreut, muß eine neutrale ärztliche Vertrauensperson zur Akteneinsicht eingeschaltet werden.

2.4 Ablehnung der Akteneinsicht für psychisch Kranke durch den BGH

Der BGH lehnt - im Unterschied zu körperlichen Kranken - die Akteneinsicht für psychiatrische beschwerdefreie Patienten auch nach Abschluß einer Behandlung mit folgenden Gründen ab (6): Im Unterschied zu physikalisch objektivierten Befunden und Behandlungsmaßnahmen liegt in Psychiatrie und Psychotherapie der Schwerpunkt in der Einflußnahme

auf die geistig-seelische Person des Patienten. Subjektive Beurteilungselemente stehen im Vordergrund, die persönliche Einbeziehung des behandelnden Arztes kann eine besondere Rolle spielen, ebenso die persönliche Einbeziehung dritter Personen. Der psychiatrische Patient darf allenfalls eine Auskunft und Erteilung geeigneter Auszüge der Krankenunterlagen bezüglich Medikation und körperlichen Befunden verlangen. Eine Einsicht des psychiatrischen Patienten in die Unterlagen kann therapeutisch ungünstige Auswirkungen haben. Auch darf der Patient nicht die Aufzeichnungen über befragte Angehörige und deren Beziehung zu ihm lesen, selbst wenn die Angehörigen damit einverstanden sind. Denn es ist nicht ersichtlich, ob die Angehörigen die Tragweite ihres Einverständnisses beurteilen können und es kann den „Ärzten nicht zugemutet werden, die die Auskunftsperson betreffenden Eindrücke und Wertungen, welche in Erfüllung der ärztlichen Aufgabe gewonnen würden, jenen gegenüber gegebenenfalls rechtfertigen zu müssen“.

Eine Akteneinsicht sei auch wegen der Gefahr rechtlicher Angriffe des Patienten auf Ärzte und Angehörige abzulehnen, die auch bei einem gesunden Patienten in Fehlverarbeitung des früheren, inzwischen verdrängten, Geschehens erfolgen können.

2.5 Beschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht

Gegen das Urteil des BGH hat die Rechtsanwältin des betroffenen Patienten Beschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht erhoben. Diese Verfassungsbeschwerde wird folgendermaßen begründet (44): Der psychiatrische Patient werde „zum ohnmächtigen Objekt ärztlicher Fürsorge“, der BGH reduziere „dies therapeutische Privileg zur nicht mehr diskutierbaren ärztlichen Gewissensentscheidung“ (44 S.5).

Unter Psychiatern bestehe zur Frage der Akteneinsicht ein Meinungsstreit, es fehle ein Konsens bezüglich psychiatrischer Gesundheit. Der BGH spreche einem psychiatrischen Patienten auf Lebenszeit nur ein gemindertes Maß an Selbstbestimmung zu und verlete damit sein Recht auf körperliche Unversehrtheit“, da er ihm die Möglichkeit vorenthält, an sich selbst mehr zu arbeiten, damit mögliche künftige Erkrankungen, die aus gleicher oder ähnlicher Ursache wie zuvor resultieren, nicht wieder auftreten“ (44 S.7).

Akteneinsicht als Kenntnis emotional hochbesetzter Erlebnisse und ihrer Äußerungsformen im Zustand psychotischer Erregung ist für den psychisch Kranke Bewältigung solcher Erlebnisse und bedeutet für ihn Vorbeugung, künftige Verantwortung für seine seelische Gesundheit. Akteneinsicht steht dem psychiatrischen Patienten nach Art. 3 Absatz 1 GG aus dem Grundrecht auf Gleichbehandlung zu.

Die Subjektivität psychiatrischer Diagnosen und Interpretation von Informationen sind Teil des sozialen Bereiches und gehören nicht in den persönlichen Privatbereich, zu den intimen Geheimnissen des Arztes. Unter Berücksichtigung des Toleranzgebotes müsse der BGH eine Güterabwägung

zwischen Persönlichkeitsrecht des behandelnden Arztes und Grundrechten des psychiatrischen Patienten herbeiführen.

3. Die psychiatrische Argumentation

3.1 Psychiatrische Argumente gegen Akteneinsicht

Konfrontation mit der inneren Lebensgeschichte anhand medizinischer Unterlagen bedeutet einen unvermeidbar aktiven Eingriff in die psychophysische Integrität, die biographische Konfrontation durch das Wort sei einem Eingriff durch Chirurgie oder Pharmaka gleichzustellen (26).

Da nur eine dosierte Konfrontierung des Patienten mit seinen zwischenmenschlichen Konflikten und intimen Erlebnissen dem Heilvorgang förderlich ist, sind die Krankenunterlagen ein aktives Heilinstrument des Arztes, welches ähnlich dem Skalpell des Chirurgen nach den Regeln der Kunst und nur unter Risiken zu handhaben ist. Hinter dem Begehr nach Einsicht ins psychiatrische Krankenblatt stehe oft ein gestörtes Vertrauensverhältnis gegenüber dem Arzt. Die Äußerungen Dritter seien diagnostisch, prognostisch und für therapeutische Ansätze aufschlußreich und nützlich, jedoch für den betroffenen Patienten peinlich und mit der Gefahr der Zerstörung der Familie, des erneuten Anfachens paranoiden Hasses verbunden. Als Beispiel wird eine Patientin aufgeführt, die über das Krankenblatt entnehmen kann, daß ihr Ehemann fremdgegangen ist (43). Patienten können in der Akte die Wahrheit objektiver Befunde der Sache nach nicht finden, da solche nicht enthalten sind, die Wahrheit subjektiver Angaben hingegen nicht angemessen bzw. objektiv interpretieren. Bei genereller Akteneinsicht würden Psychiater die Krankengeschichten nur noch nichtssagend gestalten und sich nicht mehr im Rahmen ihrer Ausbildung der Kontrolle anhand ihrer Akten unterziehen.

Da Patient und Arzt miteinander gegen die Krankheit kämpfen, ist das Vertrauen zum Arzt eine entscheidende Hilfe. Da viele psychische Erkrankungen das Selbstverständnis der Persönlichkeit verändern, kann der Patient zwar formal logisch, aber nicht mit kritischer Distanz urteilend die Äußerungen in der Krankengeschichte verstehen, das Niedergeschriebene in objektivierender Weise aufnehmen. Verschiedene Patienten-Gruppen sind unterschiedlich fähig zur Akteneinsicht (27). Bei psychisch Kranke sind Mitteilung von Diagnose und Prognose schädlich entweder wegen der wirklichen Gefahr (z.B. Leberzirrhose) oder wegen der innewohnenden irrationalen Bedrohung (z.B. endogene Psychose). Der psychisch Kranke kann die Gefahren der Akteneinsicht nicht abschätzen. Der Arzt muß aufgrund der Fürsorgepflicht Fehlentscheidungen des Patienten verhindern (z.B. Suizid), darf ihn nicht ungebührlich belasten (13, 27). Anstelle von Akteneinsicht habe der Patient das Recht auf mündliche Information durch den behandelnden Psychiater über die Erkrankung und deren Art, voraussichtlichen Verlauf, Behandlung, deren Notwendigkeit, Erfolgsaussichten und Risiken (22).

3.2 Psychiatrische Argumente für Akteneinsicht

Akteneinsicht vermindert das Machtgefälle zwischen Therapeuten und Patienten, sie vermindert die Ausgrenzung der psychisch Kranke, zumal sogar Behörden im Rahmen der Amtshilfe Akteneinsicht erhalten (18), Psychiater sollten auch bei der Akteneinsicht die Gleichstellung psychisch und körperlicher Kranke fordern (16). Die Mitarbeiter des PLK Gütersloh und der psychiatrischen Klinik Häcklingen gewähren den psychiatrischen Patienten auf Wunsch mit großer Selbstverständlichkeit Einblick in ihre Krankenakten. Dies hat sich bisher nie schädlich, häufig jedoch für Patienten und immer für Therapeuten als nützlich erwiesen, da die Sprache der Dokumentation der Sprache der zwischenmenschlichen Kommunikation angepaßt wird, falsche Aussagen im Krankenblatt korrigierbar werden und Patienten eine realistische Sicht bekommen (16). Offenlegung der eigenen Haltung, Gedanken, Interpretationen bedeutet, den Patienten ernst zu nehmen (40). Oft sind Patienten in der Erwartung kluger Eintragungen enttäuscht. Voraussetzung nützlicher Wirkungen ist eine Dokumentation von Aussagen Dritter, wenn sie dem Patienten zugänglich gemacht werden dürfen und Akteneinsicht ausschließlich in Anwesenheit eines Therapeuten als Gesprächspartner stattfindet (16), denn die konstruktive Verarbeitung der Krankengeschichte durch den Patienten ist Teil ärztlicher Arbeit (19). Die Krankenakte enthält nicht bloße Fakten, sondern eine Krankengeschichte, die - wie alle Geschichten - interpretationsbedürftig ist. Akten anderer Einrichtungen und Aufzeichnungen von Angehörigen ohne den gewünschten Grad von Offenheit dürfen allerdings nicht von den Patienten eingesehen werden (40). Vollständige Einsicht von Patienten in die tägliche Dokumentation einer Beratungsstelle kann zu mehr Partizipation und Mitbestimmung, aber auch zu Beschwerden über Schweigepflicht-Verletzung, wachsendem Mißtrauen der Patienten und zur Beendigung täglicher Dokumentation und deren Ersatz durch nichtssagende Anwesenheitslisten führen (36).

4. Fallbeispiel

Im Folgenden soll anhand einer Patientin Frau X, die am 15.8.83 brieflich Einsicht in ihre Akte begehrte, der Nutzen oder Schaden für die Beteiligten erwogen werden. Die Patientin wollte ein straf- oder zivilrechtliches Vorgehen wegen ihrer Zwangseinweisung prüfen, sie wollte zu persönlichen Erkenntnissen gelangen, nämlich wissen, woran sie leide, verstehen, was das eigene Scheitern ausgelöst habe, eine Konfrontation mit der Zeit eigener Dunkelheit und Einsamkeit erleben, einen Blick in den Abgrund tun. Frau X. wünschte sich, während der Akteneinsicht allein mit ihrem Freund zu sein, der ihre Tränen sehen dürfe und ihre frierenden Schultern halten könne. - Der ganze Brief wirkte eher depressiv. Der Abteilungsleiter gewährte Akteneinsicht in Gegenwart eines Frau X. bekannten Therapeuten, wenn es Frau X. gegenwärtig gut genug gehe, um sich mit den Aufzeichnungen aus ihrer

Krankheitszeit in allen Einzelheiten konfrontieren zu können. Im Falle gerichtlichen Vorgehens wegen ihrer Zwangseinweisung wird ihr die Hinzuziehung eines Rechtsanwaltes empfohlen, da ein solcher Versuch wenig der Aussicht auf Erfolg habe. Ein solcher Anwalt könnte nach Entbindung von der Schweigepflicht Einsicht in die Krankenpapiere erhalten. Die Akte kann nicht zugesandt bzw. fotokopiert werden, da sie nur noch in Form einer Mikrofilm-Aufnahme existiert, die nur mit speziellen Geräten lesbar ist.

In der Akte sind 215 Blätter folgenden Inhalts angeordnet:

Aufnahme-Bögen mit den üblichen Angaben der Aufnahmeformalitäten, Einverständniserklärungen von Frau X. bezüglich ihrer Behandlung vom 23.9 und 30.7.1980, der Beschuß ihrer Einweisung in die Klinik gemäß § 16 PsychKG vom 28.7.80 mit der Angabe, die Patientin sei depressiv und habe sich mit dem Messer versucht umzubringen, die Einweisung erfolgte wegen schwerer Selbstgefährdung mit der Diagnose „Psychose“; *Entlassungsbericht aus der Tagesklinik vom 3.3.81*, daraus geht hervor: Stationäre Behandlung 5.4. - 11.6.78 auf einer Station und 28.7.80 - 25.2.81 auf einer anderen Station und in der Tagesklinik der psychiatrischen Klinik, der letzte Aufenthalt zunächst nach § 16 Psych.KG, später freiwillig. Diagnose: Exazerbation einer bekannten schizophrenen Erkrankung mit paranoiden und katatonen Zügen (ICD 295.3, 295.2). Diagnose beim ersten stationären Aufenthalt: Akute schizophrene Episode. Ausführliche Angaben zur Vorgeschichte nach Angaben einer namentlich genannten Freundin von Frau X., welche Frau X. schon 5-6 Jahre kannte, mit genauer Beschreibung, wie es zur ersten Dekompensation gekommen war und wie Frau X. bei ihrer Freundin gewohnt hatte, dort sehr fröhkindliche Verhaltensweisen annahm und 1978 dann erstmalig erkrankte, nachdem sie ihre Examensarbeit im Rahmen des Lehrerstudiums über Kafkas Roman „Der Prozess“ sehr gut und das erste Staatsexamen leicht verzögert abgeschlossen habe. Die Freundin von Frau X. beschreibt, ihr Mann habe sie unter Druck gesetzt, dies sei Ursache der erneuten Erkrankung. Nach Angabe einer namentlich genannten Sozialarbeiterin des ambulanten Dienstes ist die Patientin vor der Aufnahme in der Stadt herumgeirrt und erzählte, ihr Mann habe sich umgebracht. Der psychische Befund bei der Aufnahme enthält Angabe über Symbole und Begriffe bei Frau X., hochgradige Objektabhängigkeit, Anlehnungs- und Zärtlichkeitsbedürfnis, bizarre Körperhaltungen, assoziatives Denken, die medikamentöse Behandlung mit Neuroleptika auf Station, den Befund bei der Aufnahme in die Tagesklinik, ihre Depression, Entlassungswunsch und die Bereitschaft zu ambulanter Therapie durch den Sozialpsychiatrischen Dienst.

Es folgt 2 x ein Schreiben an die Krankenversicherung von Frau X. nach Entbindung von der Schweigepflicht, darin sind enthalten: Diagnose und

psychischer Befund bei der Aufnahme und neue Gesamtdiagnose: Paranoid-halluzinatorische Psychose mit deutlich depressiver Stimmungslage als Reaktion auf das eigene Kranksein. Knapper Therapieverlauf, Gründe für stationäre Behandlungsbedürftigkeit: Depressivität, Suizidalität, Schizophrenie, als Prognose eine ca. 3-monatige Weiterbehandlung in der Tagesklinik, weitere pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung werden angekündigt.

Es folgt der handschriftliche und schwer zu lesene *Aufnahmefbefund bei der letzten stationären Aufnahme 1980*, Frau X. sei mit der Klinikeinweisung nicht einverstanden, bei einem Hausbesuch durch den ambulanten Dienst psychotisch dekompensiert, in der Beratungsstelle hoch erregt, erhielt dort Haldol und wurde mit der Feuerwehr in die Klinik gebracht. Es folgt ein 20-seitiger Liebesbrief des Ehemanns an Frau X. mit sehr persönlichen und privaten Inhalten, zahlreichen Erlebnissen der jahrelangen gemeinsamen Vergangenheit des Ehepaars, Beschwörungen für ein weiteres Zusammenleben. Es folgen zahlreiche Konsiliarbefunde, Laboruntersuchungen, Dokumentationsbögen zur Einschätzung der Suizidalität und der Wochenplan für Frau C. bei ihrer stationären Behandlung. Es folgen Eintragungen in der Kardex-Mappe 1980: Frau X. hat einen neuen Freund gefunden, ist über dessen Fahrt in die Weihnachtsferien enttäuscht, hat einen Suizidversuch in der Wohnung des Freundes gemacht. Der Suizidversuch wird als Entledigung von der eigenen Verantwortung und als demonstrativer Appell (unnötiger) Hilfsbedürftigkeit bezeichnet. Das Verhalten sei stark neurotisch. Der Ehemann will sich scheiden lassen, hat eine neue Freundin. Frau X. will sich bezüglich Scheidung mit einer Anwältin in Verbindung setzen. Es wird ein Gespräch mit der Mutter von Frau X. geschildert, wonach die Mutter eine Trennung des Ehepaars wünscht und „in gewissen Grenzen die (verrückte) Familiensituation als ursprüngliche Belastung eingestehen“ kann. Es wurde versucht, angeblich schädliche Kontakte von Frau X. zu zwei Bekannten einzuschränken. Es folgen ein Soziogramm von der Stationsgruppe, zahlreiche Kurzeintragungen in der Kardex über Medikamentengabe, Beurlaubungen, Schlafmöglichkeiten, Zukunftsängste, einen Suizidversuch mit Tabletten. Eher unwichtige Einzelheiten (Frau X. hat heute Monopoly gespielt) wechseln mit wichtigen Beobachtungen im Rahmen des Therapieverlaufs (Frau X. war beim Friseur und hat wieder Interesse an ihrem äußeren Erscheinen, Frau X. hat sich das Wohnheim angesehen mit Blick auf die Zeit nach ihrer Entlassung) und höchst aktuellen Informationen für die Dienstübergabe (Frau X. hat einen Suizidversuch gemacht und darf nur in Begleitung die Station verlassen). In den Eintragungen werden Beobachtungen nicht klar von Interpretationen getrennt: „Keine Veränderung - die stereotypen Sätze äußert sie immer noch, schleicht noch genauso lahmarschig durch die Gegend. Im Schwimmbad wieder sehr demonstrativ hinfallen lassen, eventuell weil eine neue Mitarbeiterin dabei war, der sie nun auch zeigen wollte, wie schwach sie ist“ 31.10.80). Es folgen

Eintragungen über Besuchsregelungen mit Freunden von Frau X., über Erpressungsversuche ihres Ehemannes zur Vermeidung einer Scheidung, über die Häufigkeit der Besuche durch die Mutter.

Es folgt der **Aufnahmebefund vom 11.6.78**, Diagnose: Akute schizophrene Episode und die Einverständnisserklärung mit der Behandlung, unterzeichnet von Frau X. 19.4.78. Es folgt der Entlassungsbericht vom 17.7.78 nach der Behandlung vom 5.4. - 11.6.78 auf Station an die ambulante Psychotherapeutin von Frau X.. Danach hat Frau X. nach einem halben Jahr Psychotherapie im Rahmen ihrer Examensvorbereitungen und des abgeschlossenen Examens ihres Ehemannes „eine überwiegend depressive Symptomatik“ entwickelt und wurde von Freunden in die Beratungsstelle gebracht. Aufnahmebefund: „Schlanke, blonde psychomotorisch sehr angespannte junge Frau, gleichzeitig mißtrauisch und hilflos-anklammernd, volle Orientierung, klares Bewußtsein. Erheblicher Rededrang mit deutlich inkoärentem Gedankengang und pseudologischen Verknüpfungen, inhaltlich kaum nachvollziehbar. Störung des Einheitserlebens, sie berichtete, daß ihr die Hände fremd geworden seien und sie diese mit der Bewegung „wie man über einen Katzenrücken streicht“ wieder zu sich zurückgeholt habe“. Im stationären Verlauf wird von Besserung nach neuroleptischer Behandlung geschrieben, von der festen Absicht der Ehetrennung, von mehrfacher stationärer Behandlung der jüngeren Schwester von Frau X. wegen Schizophrenie, von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, von der Absicht, sich die Pulsadern aufzuschneiden. Als weitere Perspektive ist ambulante medikamentöse Betreuung durch die Beratungsstelle und ambulante Psychotherapie bei ihrer früheren Ärztin vorgesehen. Es wird in vielen Eintragungen über Ängste, Unruhe, Traurigkeit und Mutlosigkeit geschrieben. Ab 2.5.78 erhielt Frau X. freien Ausgang von der Station. Der Ehepartner von Frau X. habe Angst, die Therapeuten wollten einen Keil zwischen ihn und seine Frau treiben, der Ehepartner sei sehr schwierig in seinen Interpretationen zu stoppen, er sei überprotektiv. Frau X. fühle sich von ihrem Mann absolut unterdrückt. Frau X. wolle ihren Mann nicht mehr sehen und keine Geschenke von ihm gebracht bekommen. Seltener finden sich Bemerkungen, daß die Patientin sich freue, lächle, daß es ihr besser gehe.

Sämtliche Kardex-Eintragungen sowie Aufnahme- und Entlassungsberichte sind namentlich unterzeichnet durch Krankenschwestern/Pfleger, Assistenzärzte, Oberärzte. Als Informanten namentlich genannt werden 1 Sozialarbeiterin, die Freundin von Frau X., Urteile werden abgegeben über Frau X., ihren Ehemann, ihre Mutter, ihre Schwester. Den namentlich beteiligten Personen ist nicht bekannt, daß Frau X. die Akte lesen durfte.

Stellungnahme von Frau X. nach ihrer Einichtnahme in die eigene Akte

Ich hatte Frau X. nach ihrer Einsichtnahme in ihre Akte in einem Brief gefragt, welche positiven oder negativen Auswirkungen sie für Patienten, Angehörige oder Therapeuten sieht. Frau X. schreibt: „Grundsätzlich gehe ich

davon aus, daß der Mensch ein vom Erkenntniswillen geleitetes Geschöpf ist; so befürworte ich in jedem Fall, daß allen Patienten auch dieser Weg, die Einsicht in seine Akte offen sein muß, führt er doch dazu, etwas über sich zu erfahren, gerade dann, wenn es nicht die erfreulichsten Dinge sind, die er zu lesen bekommt. Die „Krankheit“ als anonyme Größe in ihrer Unfassbarkeit kann viel eher angstauslösend sein durch die Ungewissheit über das Bild, das sie vermittelt, als das, meine ich, schützende Wissen, ihr zu begegnen, sie anzusehen, sie nicht als fremd von sich zu weisen - auch durch Nicht-wissen. Gewißheit gerade für den Patienten, für die Angehörigen, für die Ärzte öffnet die Möglichkeit der Heilung. Diesem selbstverständlichen Recht auf Selbstverständnis - selbst verstehen der Person - hier via Akteneinsicht - darf, meine ich, kein Riegel vorgeschoben werden. Generell kann diese Sicherheit über sich für eine nachfolgende Behandlung nur gut sein... Die Konsequenzen negativer (wie wohl geargwöhnt, auch dann zu sanktionierender) Art für die Ärzteschaft? Wieso soll für sie nicht der gleiche (gleich ähnliche, daher nicht derselbe) Grundsatz gelten: Irren ist menschlich - gerade im psychiatrisch-medizinischen Sektor werden Fehler gemacht, die nicht damit behoben werden, indem man sie nicht nennt. Dazu gehört meines Erachtens auch der Mut, Fehler zu erkennen, die auf Seiten der psychiatrischen Ärzteschaft liegen - sollte die Akteneinsichtnahme auch das ermöglichen, ist es ein weiterer Grund, sie allen zu ermöglichen.

Daß die Angehörigen durch Akteneinsichtnahme in Mitleidenschaft gezogen werden (ein poetisches Wort übrigens), kann ich aus eigener trauriger Erfahrung verneinen. Sie sind es dadurch, daß „es“ einem Familienmitglied widerfahren ist und sie im Ungewissen sind, eben weil ihnen die Auskunft (auch via Akteneinsicht) versperrt ist, vielmehr. Ihre Ratlosigkeit angesichts eines psychiatrischen Falls wird niemals durch doppeltes Nicht-wissen behoben: meistens stehen sie als sehr bald unmittelbar betroffene Menschen daneben, klammern sich aus dem Klinikgeschehen aus - mit dem nur zu verständlichen Hinweis, als ähnlich sensible Menschen selbst genug Probleme zu kennen, die sie nicht gerne in Zusammenhang mit dem psychisch-angeknacksten sehen können und wollen („Du bist mir zu schwierig... Hör auf damit...“). Diese Haltung kann die Konfliktsituation verschärfen; und so möchte ich fast verlangen, daß es den Kranken, den „ehemaligen“ möglich ist, durch die Kenntnisnahme Wissen zu vermitteln, nach draußen zu tragen, damit sie erstens selbst nicht die psychiatrische-gesellschaftliche Ausgrenzung allein tragen müssen, zweitens auch in ihrer Einsamkeit einen Weg finden, - via Akteneinsicht - der Familie, dem Ehepartner etc. klar zu machen, daß der wie auch immer erfolgte Aufenthalt in der „Anstalt“ sehr viel mit der Familie, der Ehe, auch der Gesellschaft zu tun hat. Wenn schon klar ist, daß eine neurotische Entwicklung ihren Ursprung in der Familie nimmt, in einer oft erstaunlich ähnlich konstruierten Ehe bei beiden Partnern, dem einen verdeckt, dem anderen offen, einen weiteren Verlauf in Richtung Neurose oder schlimmer annimmt, sollte jegliche

Scheu Familienangehörigen gegenüber überwunden sein. Psychiatrie darf nicht zu einer gesellschaftlichen Müllhalde verkommen - wenn die erlaubte Akteneinsicht ein Schritt in die gegenteilige Richtung werden kann (und muß), soll sie gestattet sein". Frau X. verweist darauf, daß Geheimnistuerei und Verbergen der Wahrheit bereits in Familie und Ehe eine leidvolle Erfahrung waren und sich nicht durch Verwehrung der Akteneinsicht in der Psychiatrie wiederholen sollten: „Die emotionale - sprachliche Offenheit auf der Basis und getragen von gegenseitiger Sympathie und Vertrauen erst schafft Offenheit. Das Risiko dabei ist mir bekannt; man sollte es eingehen - dadurch werden erst Absprachen möglich, das größere Risiko zu fehlinterpretieren - aktenkundigen - Irrtümern diskutiert: Wenn ich „meine“ Therapeutin, Therapeuten als Mensch leiden kann, wenn ich ihm Dinge erzählen kann, die vorher in der angstgeladenen Familienstruktur tradiert in die Ehe (tradiert im Sinn „hinübergezogen“) nicht äußern konnte, möchte ich nicht, daß sie in der Akte aufgenommen wird zu dem für mich negativen Aha-Erlebnis, nicht einmal da ungestraft den Mund aufmachen zu dürfen. In die Akte also gehören nur die Dinge, die unverfänglich mitgeteilt werden können, denn im Zweifelsfall haben auch Arbeitgeber im öffentlichen Dienst das Recht der Einsichtnahme. Wenn die also Dinge erfahren, die nur dem dann nächsten Menschen mitgeteilt werden, halte ich das schlicht für Vertrauensbruch... Was habe ich selbst aus meinen „Aktenforschungen“ erfahren? Neues nicht, erfreut bin ich auch nicht. Das dürfen Sie nicht erwarten; ich bin mit einer noch nicht so gut überwundenen Zwangseinweisung in die Kellergewölbe der irdischen Unterfaktor war, doch das wäre eine Lebensgeschichte, die ich nicht zum Besten geben möchte... Das, was in der Klinik dann gelaufen ist, habe ich als nicht gut in Erinnerung und werde allein auch nicht gut damit fertig. Das war ist, habe ich dann selbst verbockt, die vermutete Lebensbedrohung allervirklich zum ersten Mal Sinn und Form anzunehmen im Begriff war - mit gutem Examen, viel Arbeit und Plänen war ich Hans Dampf in allen Gassen, fand mich selbst auch mit allen Lasten durchaus angenehm und war mir selbst gewogen. Naja,... die Konsequenz, die ich ziehe aus allem? Es ist jetzt beruflichen Bereich. Vieles habe ich abgehakt. Weitgehend den alten, fröhlichen, leichtfertigen Menschen...“

Wer diesen Rückblick von Frau X. auf ihre eigene Krankengeschichte anhand ihrer Aktenlektüre mit der wirklichen Akte vergleicht, kann leicht feststellen, daß in dieser umfangreichen Akte sehr viel beschrieben, analysiert, seziert wird, jedoch so gut wie nichts enthalten ist, das auf ein Verständnis des persönlichen Erlebens der Patientin schließen läßt. Wie gut täte es uns Therapeuten, häufiger eine solche Rückmeldung von Patienten zu

erhalten über ihre leidvolle Geschichte mir der Krankheit, mit uns Therapeuten und unseren Institutionen. Wir könnten viel daraus lernen.

5. Stellungnahme zur Akteneinsicht

In der bisherigen Diskussion haben juristische und psychiatrische Gegner der Akteneinsicht von psychisch Kranken ihre Argumente auf das therapeutische Privileg des Arztes gestützt und eine Gefährdung im Gesundheitszustand des Patienten und in den Persönlichkeitsrechten von Angehörigen und Ärzten angeführt. Umgekehrt fordern juristische und psychiatrische Befürworter die Akteneinsicht in der Psychiatrie wegen der wünschenswerten juristischen Gleichstellung von psychisch und körperlich Kranken und wegen der Gleichwertigkeit von Persönlichkeitsrechten des Patienten mit dem Recht von Angehörigen und Ärzten. Befürworter behaupten, daß generell keinerlei gesundheitliche Gefährdung von Patienten und bei angemessener Aktenführung auch keine Beeinträchtigung von Angehörigen und Ärzten bestehe.

Die Aktenführung muß kritisch untersucht und in mancherlei Hinsicht verändert werden, wenn sie als geeignetes Verständigungsmittel sowohl zwischen mehreren Therapeuten als auch zwischen Therapeut und Patient dienen soll, (38), Jugendamtsakten werden z.B. mit bestimmter Absicht als Verständigungsmittel zwischen verschiedenen Ämter-Instanzen verfaßt, wesentliche sozialstatistische Daten fehlen darin, die Eigendarstellung der Klienten wird zu wenig berücksichtigt, Berichte anderer Informanten werden in den Akten kritiklos übernommen, ebenso Vorurteile, Verdächtigungen und Stereotypisierungen, die Diagnosen enthalten Strafmotive, Aussagen sind nach den fachspezifischen und politischen Auffassungen der Vorgesetzten ausgerichtet und es bestehen höchst uneinheitliche Auffassungen darüber, was aktenkundig zu machen sei (1, 7, 9, 10, 11, 33, 42).

Eine ähnliche kritische Sichtung der Funktionen von Akten wäre auch für die Psychiatrie sehr wünschenswert, bevor pauschale Urteile über Akteneinsicht von Patienten gefällt werden. Anhand des vorangegangenen Beispiels einer einzelnen Aktenauswertung ist zu vermuten, daß wesentliche Daten wie die Lebensgeschichte eines Patienten fehlen können, daß wesentlich stärker auf die krankhaften als auf die gesunden Anteile Wert gelegt wird, die Selbstdarstellung und Selbstauffassung des Patienten im Vergleich zur Fremdarstellung zu kurz kommt, Akten sowohl der Informationsweitergabe als auch der Vorurteilsbildung zwischen behandelnden psychiatrischen Instanzen dienen, strafende neben helfenden Motiven anzutreffen sind, daß insgesamt keine einheitliche Auffassung darüber besteht, was aktenkundig zu machen sei. Gegner der Akteneinsicht verweisen zu Recht darauf, daß psychiatrische Akten eine Mischung aus objektiven und subjektiven Aussagen enthalten, jedoch zu Unrecht darauf, nur Patienten könnten subjektive und objektive Aussagen nicht voneinander unterscheiden. Vielmehr ist zu vermuten, daß auch einige Fachkollegen, zu deren Information ja die Akte geschrieben wird, deren Aussagen höchst unterschiedlich interpretieren. Warum also sollten Therapeuten nicht auch gegenüber Patienten die Mög-

lichkeit eingestehen, daß ihre mündlichen und schriftlichen Aussagen mißverstanden werden können?

Die Gegner von Akteneinsicht postulieren eine Interessengleichheit von Therapeuten und Patienten, daraus resultierend ein wünschenswertes blindes Vertrauen von Patienten. Wer die Geschichte der Psychiatrie studiert, findet fast jede psychiatrische Behandlungsmaßnahme bis hin zur Tötung von Patienten als angeblich im Interesse der Patienten liegend begründet. Die Suche nach Erkenntnis ist interessengebunden. (20) Zwischen Therapeut und Patient gibt es auch Interessengegensätze. Psychiatrische Therapeuten sollten zugeben, daß ihr Handeln häufig gemischt ist aus Hilfe und Gewaltanwendung, geprägt durch das Dilemma, gegen Interessen von Patienten handelnd zugleich deren Interessen langfristig wahrzunehmen (z.B. bei der Zwangseinweisung eines manischen Patienten). Wagt man, solche Interessengegensätze und das eigene Dilemma im mündlichen Gespräch offen zuzugeben, sollte gegenüber dem Patienten die Bereitschaft bestehen, solche Gegensätze auch in den Akten zu offenbaren - anstelle der behaupteten Interessengleichheit.

Erstaunlicherweise werden von Gegnern und Befürwortern psychiatrischer Akteneinsicht keinerlei empirische Untersuchungen, nicht einmal die in der Medizin üblichen Falldarstellungen als Beleg angeführt. Stattdessen werden pauschale Behauptungen gegeneinander gestellt. Übereinstimmend wird die Schutzwürdigkeit der Angehörigen betont. Aussagen von Angehörigen dürfen nur mit deren Einverständnis mitgeteilt werden, andernfalls sollten sie entweder gar nicht in die Akten übernommen oder (besonders bei Akten aus der Vergangenheit) aussortiert werden. Abzulehnen ist dagegen die Entmündigung der Angehörigen, wenn ihnen die Fähigkeit abgesprochen wird, sich verantwortlich für die Akteneinsicht ihres Familienmitgliedes auszusprechen. Berücksichtigt man die in Arztbriefen nachgewiesenen Schuldvorwürfe gegenüber Angehörigen, so ist eher zu fordern, daß die Akteneinsicht sich ändern müßte, wenn eine Akteneinsicht dem Patienten und den Angehörigen gegenüber verantwortet werden soll.

Eher am Rande erwähnt von den Gegnern und völlig übergangen von den Befürwortern der Akteneinsicht werden Gefährdungen der Therapeuten durch Haftpflichtansprüche von Patienten. Gerade in diesem Bereich sind am deutlichsten kritische Bedenken gegen Akteneinsicht angebracht: Gerichtsprozesse gegen psychiatrisches Personal in den vergangenen Jahren müssen in ihren Folgen sehr zwiespältig beurteilt werden, da sie einerseits zu einer wünschenswerten Aufdeckung und Sanktionierung von Mißständen (Beispiel PLK Brauweiler), andererseits jedoch auch zu immer stärkeren Einschränkungen einer liberalen psychiatrischen Handlungsweise geführt haben (z.B. verschlossene Türen als Folge ungünstiger Gerichtsurteile nach Suiciden von Patienten).

Wenn Akteneinsicht also verwehrt wird, sollten die Interessen des psychiatrischen Personals deutlich gemacht und nicht hinter Fürsorglichkeit versteckt werden. Die Interessen von Angehörigen und anderen beteiligten Dritten sollten in der geschilderten Weise geschützt werden. Schließlich müßte anhand von Fallbeispielen und Untersuchungen geprüft werden, ob dem Patienten durch Akteneinsicht der allzu pauschal behauptete Nutzen oder Schaden entsteht.

Literatur:

- (1) Arbeitsgruppe 5: 333 "Soziale Fälle" Eine Auseinandersetzung mit Anspruch und Wirklichkeit der Sozialarbeit am Beispiel eines Projekts in der Familienfürsorge, Freiburg/Br. 1975
- (2) Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF): Einsichtsrecht in ärztliche Krankenunterlagen und Dokumentationspflicht des Arztes. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 9, 1980, 160
- (3) Bauer, F.R.: Das BGH und das Einsichtsrecht in Krankenakte, in: Recht und Psychiatrie 1/83 S. 10 - 12
- (4) Becker, M. u.a. (Redaktionsgruppe Hrsg.): Psychiatrie und Recht, Praktischer Ratgeber zur Durchsetzung ihrer Rechte in der Psychiatrie, Bonn 1983
- (5) BGH, Urteil vom 27.6.1978, NJW 1978, 2337
- (6) BGH, Urteil vom 23.11.1982, VI ZR 222/79 und VI ZR 177/81
- (7) Beitzel, T., Killer, B.: Kommunale Sozialarbeit und ihre Klienten - eine Quantitative Analyse von Jugendamts- und Sozialamtsakten einer Trabantenstadt. Unveröff. Diplomarbeit am IfE der Universität Tübingen, 29.4.1975
- (8) Bochnik, H.J., Gärtner-Huth, C.: Einsicht des Patienten in seine Krankenpapiere. Deutsches Ärzteblatt 79, 1982, 69-71
- (9) Böhnisch, L., Lösch, H.: Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionellen Determinanten, in: Otto/Schneider Bd. 2 1973 S. 21-39
- (10) Brusten, M.: Prozesse der Kriminalisierung - Ergebnisse einer Analyse von Jugendamtsakten, in: Otto/Schneider Bd. 2 1973, S. 85-126
- (11) Colla, H.: Der Fall Frank, Neuwied/Berlin 1973
- (12) Degwitz, R., Dilling, H., Heimann, H.: Zur Einsichtnahme psychisch Kranke in ihr Krankenblatt in: Spektrum 1/1982 S. 3-4 (Stellungnahme der DGPN)
- (13) Degwitz R.: Antwort auf die Stellungnahme von Herrn Pörksen in: Spektrum 2/82 S. 48
- (14) Deutsch, E.: Neue Aufklärungsprobleme im Arztrecht, in: NJW 46/1982 S. 2585-2588
- (15) Deutsch, E.: Das therapeutische Privileg des Arztes: Nichtaufklärung zugunsten des Patienten. NJW 1980, 1305-1309

- (16) Dörner, K.: Meine Patienten dürfen Akten sehen, in: Recht und Psychiatrie 1/83 S. 13
- (17) Dörner, K.: Betrifft: Einsichtsrecht psychisch Kranker in ihr Krankenblatt, in: Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 3/1982 S. 93-96
- (18) Fabricius, D.: Wem nützt die Geheimniskrämerei? in: Recht und Psychiatrie 1/83 S. 21
- (19) Götte, H.A.: Zur Frage des Rechts des Patienten auf Einsichtnahme in sein Krankenblatt, in: Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 3/1982 S. 97
- (20) Habermas, J.: Erkenntnis und Interesse, Frankfurt 1968
- (21) Helmchen, H.: Aufklärung und Einwilligung bei psychisch Kranken. In: M. Bergener (Hrsg.): Psychiatrie und Rechtsstaat. Luchterhand, Neuwied, Darmstadt 1982, 79-96
- (22) Helmchen, H., Pietzcker, A.: Einsicht des Patienten in „sein“ Krankenblatt, Vortrag auf der Tagung „Psychiatrie und Recht“ am 20.3. 1982 in Berlin
- (23) Hohloch, G.: Ärztliche Dokumentation und Patientenvertrauen in: NJW 46/1982 S. 2577-2588
- (24) Illich, J.: Entmündigung durch Experten, Hamburg 1979
ders.: Die Nemesis der Medizin, Hamburg 1981
- (25) KG Berlin, Urteil vom 1.6.1981, NJW 1981, 2521-2524
- (26) Kick, H.: Die Einsichtnahme von Patienten in ärztliche Unterlagen und ihre medizinischen Voraussetzungen, in: Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 4/1983 S. 119
- (27) Kindt, H., Haring, C.: Die Problematik des Einsichtsrechts in psychische Krankenunterlagen. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 10, 1981, S. 160-166
- (28) Kindt, H., Haring, C.: Für und wider des Einsichtsrechts in psychische Krankenunterlagen, in: Spektrum 1/82, S. 6-8
- (29) Klee, E.: Den Einblick erstritten, in: Spektrum d.Ps. u. Nerv. 5/1981, S. 159
- (30) Laufs, A.: Die Entwicklung des Arztrechts 1982/83, in: NJW 24/1983, S. 1346-1353
- (31) Laufs, A.: Die Entwicklung des Arztrechts 1981/82, in: NJW 1982, S. 1319-1324
- (32) Lenkaitis: Krankenunterlagen aus juristischer, insbesondere zivilrechtlicher Sicht, Diss., in: Bochumer juristische Studien Nr. 8
- (33) Lessing, H., Müller, C.W., Soukup, G.: Taegert, I., Tschoepe, A.: Sozialatlas Berlin. Seine Möglichkeiten und Grenzen, Bericht über eine Voruntersuchung, Berlin 1970
- (34) LG Göttingen, Urteil vom 16.11.1978, NJW 1979, S. 601
- (35) LG Limburg, Urteil vom 17.1.1979, 6o7
- (36) Löter, D./Rakete, G.: Keine Aktenvermerke ohne die Betroffenen, in: Recht und Psychiatrie 1/83, S. 14-17
- (37) OLG Bremen, Urt. v. 31.7.79 - 1 u 47)79 (b), in: NJW 1980, S. 644
- (38) Plog, U.: Auf Ersuchen des Klienten erstatte ich folgende gutachterliche Stellungnahme (= Sachaussagen der DGSP), Berlin 5.12.1980
- (39) Pörksen, N.: Betr.: Stellungnahme der DGPN zur Einsichtnahme psychisch Kranker in ihr Krankenblatt
- (40) Pribilla, O.: Arztrechtliche Fragen und Probleme in der Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt 77, 1980, S. 2250-2254 und 2312-2317
- (41) Schimmelpfennig, G.W.: Zum Recht des Patienten auf Einsicht in die Krankenblattunterlagen, Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 9/1980, S. 151-158
- (42) Steinvorth, G.: Diagnose und Verwahrlosung. Eine psychologische Analyse anhand von Jugendamtsakten, DJI München 1973
- (43) Thiels, H.L.: Leserzuschrift zum Einsichtsrecht in Krankenakten, in: Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 4/1982, S. 132
- (44) Wullweber, H.: BGH-Urteil verletzt Verfassung, in: Recht und Psychiatrie 1/83, S. 5-9

Dr. P. Bastian
Psych. Klinik d. Med. Hochschule Hannover
Konstanty-Gutschow-Str. 8
3000 Hannover 61