

19 Schweigepflicht als Teil des Persönlichkeitsschutzes in der Notfallmedizin

Markus Parzeller

19.1 Einleitung

Bereits in der Antike belegt der so genannte Eid des Hippokrates, dass ein erhebliches Maß an Diskretion und Verschwiegenheit vom Arzt im Umgang mit Informationen über den Patienten erwartet wurde (Markel 2004; Parzeller u. Bratzke 2000; Roebel et al. 2009; Schlund 2010):

„... Was immer ich sehe und höre bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf ...“ (Auszug aus dem so genannten Eid des Hippokrates)

Die ärztliche Schweigepflicht stellt in der modernen Welt für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis eine wesentliche Grundlage dar. Gerade beim Einsatz neuester Technik insbesondere bei der Datenverarbeitung und der Dokumentation sind Aspekte des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten (Andreas 2000; Berwanger 2015; Braunschweig et al. 2004; Hausner et al. 2008; Quaas et al. 2014; Schütze et al. 2015; Wellbrock 2007; zum Telenotarztsystem siehe Fehn 2014). Die (ärztliche) Schweigepflicht ist in verschiedenen Normen verankert und Verstöße können sanktioniert werden. Der Schweigepflicht der Ärzte und der medizinischen Hilfsberufe kommt aber nicht nur in den unterschiedlichsten Rechtsnormen, sondern auch in der Wahrnehmung der Bevölkerung eine hohe Bedeutung zu. Im Vertrauen auf die Verschwiegenheit des Arztes sind der Patient oder Angehörige eines bewusstlosen Notfallpatienten mitunter bereit, z.B. auch intime Sachverhalte zu offenbaren, die für die ärztliche Behandlung und erfolgreiche Therapie relevant sein können (Braun 2010). Trotz dieses hohen Stellenwerts, den die ärztliche Schweige-

pflicht genießt, bilden gerichtliche Auseinandersetzungen über Fehler beim Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht mit nachteiligen Folgen für den Arzt aber die Ausnahme (Braun 2010; Ulsenheimer 2015, Beispiele s.u.).

Dennoch belegt die forensische und juristische Erfahrung einen Informationsbedarf über die ärztliche Schweigepflicht von Seiten der Ärzte und Patienten (s.a. Weber et al. 2014; Ulsenheimer 2015). Die Fragestellungen sind für die unterschiedlichen Fachdisziplinen teilweise deckungsgleich, können sich aber aufgrund fachspezifischer Besonderheiten unterscheiden. Aufgrund der gesundheitlichen Konstellation des Notfallpatienten (z.B. Koma) spielen Aspekte einer mutmaßlichen Einwilligung zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht eine wichtigere Rolle als bei einem niedergelassenen Allgemeinmediziner. Bei Notfallpatienten handelt es sich um Verletzte oder Kranke in Lebensgefahr oder mit bevorstehenden schweren gesundheitlichen Schädigungen, die der sofortigen medizinischen Hilfe bedürfen (Lippert 2015; § 1 Abs. 2 S. 2 RDG).

Eine gängige Fehlvorstellung besteht bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber anderen Berufsgeheimnisträgern. Wenn diese nicht in die Patientenbehandlung durch konkludente oder mutmaßliche Einwilligung des Patienten (s. Quaas et al. 2014) eingebunden sind, gilt diesen gegenüber ebenfalls die ärztliche Schweigepflicht (BGHZ 116, 269 [272]; BayObLG, NStZ 1995, 187 [187]; LG Dortmund, NJW-RR 2006, 779f.; Fehn 2014; Raschke 2012), sodass ihnen gegenüber keine Patientengeheimnisse offenbart werden dürfen.

19.2 Rechtliche Grundzüge zur ärztlichen Schweigepflicht

Nachfolgend werden die rechtlichen Grundzüge zur ärztlichen Schweigepflicht kurz erörtert, wobei aufgrund der Komplexität der rechtlichen Materie die Lektüre dieses kurzen Beitrags (ausführlich s. Braun 2010; Chen 2015; Dettmeyer 2006; Fischer 2015; Parzeller et al. 2005; Ulsenheimer 2015) im konkreten Einzelfall eine rechtliche Beratung durch einen Rechtsanwalt oder die zuständige Landesärztekammer nicht ersetzen kann. Die einschlägigen Normen zur ärztlichen Schweigepflicht gelten für die unterschiedlichsten Bereiche der Medizin, also auch für die Notfall- und Intensivmedizin.

19.2.1 Verfassungsrecht

Durch das Grundgesetz, also die deutsche Verfassung, wird u. a. die Würde, die freie Persönlichkeitsentfaltung und das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Menschen geschützt (Art. 1 und 2 GG). Informationen über den Patienten, wie Anamnese, Befunde, Therapie etc. betreffen überwiegend den grundrechtlich geschützten privaten Bereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (BVerfG, MedR 2006, 586 [587]). Das allgemeine Persönlichkeitsrecht schützt die Privat- und Intimsphäre vor unbefugter Weitergabe ärztlicher Befunde über körperliche und seelische Erkrankungen (Starck 2010; Weber et al. 2014).



Das Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis wird durch die ärztliche Schweigepflicht als Grundvoraussetzung maßgeblich mitgeprägt.

Um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patient und Arzt zu ermöglichen und zu gewährleisten, muss und darf der Patient erwarten, dass die ärztliche Bewertung seines Gesundheitszustands grundsätzlich geheim bleibt und vor dem Einblick von Unbefugten bewahrt wird (BVerfG, NJW 1972, 1123ff.; BVerfG, MedR 2006, 586 [587]; BVerfG, MedR 2007, 351ff.: zum Verstoß gegen das Recht auf informationelle Selbstbestimmung durch eine umfassende Schweigepflichtentbindungserklärung in einem Versicherungsvertrag). Bei Notfallpatienten, z.B. nach einem Verkehrsunfall, kann das Interesse der Medien groß sein, mehr über die Schwere der Verletzungen zu erfahren. Im Interesse des Patienten und im Hinblick auf mögliche rechtliche Konsequenzen sollte eine deutliche Zurückhaltung bei der Informationserteilung erfolgen und dies ggf. durch den Pressesprecher der Polizei oder der Staatsanwaltschaft vorgenommen werden.

19.2.2 Strafrecht

§ 203 StGB, die Verletzung von Privatgeheimnissen, dient in erster Linie dem Schutz der Individualsphäre des Patienten und nicht den Interessen der Allgemeinheit. Das unbefugte Offenbaren eines fremden Geheimnisses, das der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, ist mit Strafe bedroht (BGH NJW 1991, 2955 [2956]; Kargl 2013). Als echtes Sonderdelikt richtet sich § 203 StGB an die in der Norm angeführten Personenkreise, wie z.B. Ärzte, Zahnärzte (BGH NJW 1991, 2955 [2956]), Tierärzte (LG Dortmund, NJW-RR 2006, 779f.), Apotheker (OLG Düsseldorf, Urt. v. 17.8.2007, Az. I-16 U 209/05), Angehörige eines anderen Heilberufs mit staatlich geregelter Ausbildung (z.B. Masseure und medizinische Bademeister, Physiotherapeuten [MPhG]), Berufspsychologen (Sonnenmoser 2009) etc. Die Pflicht zur Wahrung von Privatgeheimnissen gilt gemäß § 203 Abs. 3 S. 2 StGB auch für die Gehilfen des Arztes (Arzthelferin, Sekretärin) und die zur Vorbereitung auf den Beruf tätigen Personen (PJ-Studenten) (Braun 2010; Langkeit 1994 zu weiteren Personengruppen; Raschke 2012) oder Notfallsanitäter, Rettungsassistenten bzw. -sanitäter (Lippert 2015).

Bei fremden Geheimnissen handelt es sich um Tatsachen (keine Werturteile oder Unwahrheiten), die aus dem persönlichen Lebensbereich des Geheimnisträgers stammen oder Betriebs- bzw. Geschäftsgeheimnisse sind. Geheim sind diese Tatsachen über den Patienten, wenn sie nur einem eingeschränkten Personenkreis bekannt sind und an der Geheimhaltung schutzwürdige Interessen des Patienten bestehen (Bender 2002; Braun 2010; Langkeit 1994; Parzeller et al. 2005; Ulsenheimer 2015).

Der Begriff des Geheimnisses im Arzt-Patienten-Verhältnis ist weit gefasst und bezieht sich auf die geheimen Tatsachen, die dem Arzt im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit anvertraut oder sonst bekannt geworden sind (Braun 2010: zum berufsspezifischen Konnex).

Es entsteht in zeitlicher Hinsicht mit der Anbahnung des Arzt-Patienten-Verhältnisses (BGH, MedR 2000, 426 [427]) und reicht bis über den Tod des Patienten hinaus (vgl. § 203 Abs. 4 StGB; postmortale ärztliche Schweigepflicht; Rechtsprechung des OLG München zur postmortalen Schweigepflicht in zivilrechtlichen Verfahren zur Klärung möglicher Behandlungsfehler beim Verstorbenen und der mutmaßlichen Einwilligung in die Offenlegung: OLG München, MedR 2009, 49ff.; MDR 2011, 1496ff.; Fellner 2011; Hess 2006; Roebel et al. 2009; Spickhoff 2005).

Die Geheimhaltungspflicht bezieht sich auf viele Bereiche und umfasst nicht nur direkt patientenbezogene Daten (s. Tab. 24), sondern erstreckt sich auch auf behandlungsbezogene Unterlagen (s. Tab. 25).

Tab. 24 Beispiele geheimhaltungspflichtiger Tatsachen (nach Parzeller et al. 2005)

Anbahnung des Behandlungsverhältnisses
Identität des Patienten (BGH, MedR 2000, 426 [427]; OLG Karlsruhe, MedR 2007, 253f.)
Tatsache der Behandlung (BGH, MedR 2000, 426 [427])
Ergebnisse der Anamnese
Diagnose (auch wenn man sie als Werturteil und nicht als Tatsache wertet, resultiert sie im Ergebnis aus geheimhaltungsbedürftigen Erkenntnissen)
Therapiemaßnahmen
Prognose
Anamnestische Zusatzinformationen, wie schriftliche Mitteilungen des Patienten, persönliche und familiäre nicht krankheitsbezogene Angaben (z.B. Informationen über nichteheliche Kinder), berufliche, finanzielle sowie wirtschaftliche Verhältnisse
Drittgeheimnisse (Apoplex des Großvaters als Information der Familienanamnese etc.) (vgl. Bender 2002; Kargl 2013)

Tab. 25 Beispiele geheimhaltungspflichtiger Unterlagen (nach Hausner et al. 2008; Parzeller et al. 2005)

Patientenakte
Untersuchungsbefunde
Untersuchungsfotos (vgl. OLG Köln, Beschl. v. 7.11.2005 Az. 7 U 101/05; siehe auch Lippert 2014)
Röntgenbilder
EKG-Streifen
Laborbefundzettel

Vorsätzliche, nicht aber fahrlässige Verstöße gegen § 203 StGB durch unbefugtes Offenbaren des Geheimnisses in Form der Bekanntgabe an andere Personen, die nicht zum „befugten Kreis der zum Wissen Berufenen“ (BGH, NJW 1995, 2915 [2916]) gehören, können mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe geahndet werden. Wenn der Täter gegen Entgelt handelt (z.B. Verkauf von Patientengeheimnissen an eine Illustrierte), kann dies eine Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe nach sich ziehen. Eine Ahndung nach § 203 StGB ist nur möglich, wenn gemäß § 205 StGB von Seiten des Patienten oder nach seinem Tod von Seiten der Angehörigen ggf. der Erben ein Strafantrag gestellt worden ist (absolutes Antragsdelikt). Bei einem Irrtum zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht aufgrund einer mutmaßlichen Einwilligung (die aber nicht vorliegt) gerechtfertigt zu sein, liegt ein Erlaubnistatbestandsirrtum und entsprechend § 16 Abs. 1 S. 1 StGB kein Vorsatz vor (BGH NJW 2000, 885 [886f.] zur Abgrenzung Verbotsirrtum zum Erlaubnistatbestandsirrtum; Raschke 2012). In strafprozessualer Hinsicht kann sich der Arzt in einem Ver-

fahren gegen den Patienten gemäß § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO auf seine ärztliche Schweigepflicht berufen, wenn er von dieser nicht entbunden wurde (BGH, MedR 2000, 426f.; OLG Karlsruhe, MedR 2007, 253f.; zur Benennung des Arztes als Zeugen OLG Frankfurt, NSTZ-RR 2005, 237f.; Bender 2002; Weddehage 2007, Ulsenheimer 2015; zur Problematik von Berufshelfern des Notarztes, nämlich von Rettungsdienstmitarbeitern, und dem Zeugnisverweigerungsrecht siehe Schlund und Lochmann 2014).

19.2.3 Zivilrecht

Ein Vertrag zwischen Arzt und Patient kann als Behandlungsvertrag gemäß § 630a ff. BGB zustande kommen (ausführlich siehe: Parzeller u. Zedler 2013a; Parzeller u. Zedler 2013b; Parzeller u. Zedler 2014; Spickhoff 2013, bzw. zum Notfallpatient als Vertragspartner: Lippert 2015,). Aufgrund der Notfallsituation ist der bewusstlose Patient nicht einwilligungsfähig und die behandelnden Ärzte handeln mit einer Geschäftsführung ohne Auftrag gemäß § 677ff. BGB.

In den §§ 630a ff. BGB ist die ärztliche Schweigepflicht nicht ausdrücklich geregelt. Zu den Nebenpflichten des Behandlungsvertrages zählt aber die Geheimhaltung der Patientengeheimnisse (Lippert 2015; Parzeller et al. 2005; Raschke 2012). Verstöße durch einen unbefugten Bruch der ärztlichen Schweigepflicht können vertragliche oder deliktische Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche wegen der Pflichtverletzung auslösen (siehe §§ 280, 249, 253, 823 BGB i.V.m. § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB).

Zivilrechtliche Urteile zu Verstößen bei der ärztlichen Schweigepflicht

Klageabweisung

- **AG Köln**, MedR 1995, 503ff. Mitteilung einer psychischen Erkrankung an den Arbeitgeber aus Gründen der Gefahrabwehr
- **OLG Brandenburg**, OLGR Brandenburg 2000, 380ff. Mitteilung zum psychischen Zustand im Rahmen eines Kurantrags an den zuständigen Polizeiarzt des Arbeitgebers
- **KG Berlin**, MedR 2013, 787ff.: Klageabweisung wegen befugter Unterrichtung des Jugendamtes und der Ermittlungsbehörden beim Verdacht der Kindesmisshandlung

Klagestattgabe

- **LG München**, RdLH 1993, Nr. 2, 48: 1000 DM Schmerzensgeld
- **OLG München**, MedR 2010, 645ff.: 15000 Euro Schmerzensgeld wegen Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an Angehörige
- **LG München**, FamRZ 2009, 1629f.: Schmerzensgeld von 20.000 Euro nach falscher Diagnose einer Kindesmisshandlung

Im Zivilverfahren kann sich der Arzt gemäß § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO (Zivilprozessordnung) auf seine ärztliche Schweigepflicht berufen. Wenn er von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden wurde, kann er das Zeugnis nicht verweigern (§ 385 Abs. 2 ZPO). Die Entbindung von der Schweigepflicht kann nach dem Tod des Patienten, z.B. zur Aufklärung von Behandlungsfehlervorwürfen auf den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen gestützt werden (vgl. z.B. OLG München, MDR 2011, 1496ff.).

19.2.4 Berufs- und Standesrecht

§ 9 MBO, der inhaltlich weitgehend identisch von den Landesärztekammern übernommen wurde, regelt die ärztliche Schweigepflicht auf standesrechtlicher Ebene (vgl. Lippert 2010; Lewinski 2004; mit Zusammenhängen zum BDSC). Umfang und zeitliche Reichweite der ärztlichen Schweigepflicht sind in Abs. 1 kodifiziert. Abs. 2 führt die Befugnis zur Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes sowie gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten an. In Abs. 3 ist festgelegt, dass Mitarbeiter über die Verschwiegenheit zu belehren sind und dass diese Belehrung schriftlich festzuhalten ist. Nach Abs. 4 sind gleichzeitig oder nacheinander behandelnde Ärzte untereinander von der Schweigepflicht entbunden, wenn der Patient damit einverstanden ist oder sein Einverständnis angenommen werden kann (teilweise umstritten, siehe auch Fehn 2014). Verstöße gegen § 9 MBO in der Form der jeweiligen Landessatzung können als berufsunwürdige Handlung von einem Berufsgericht z.B. mit einer Verwarnung, einem Verweis oder einer Geldbuße geahndet werden (Lippert 2010; Parzeller et al. 2005 m. w. N.).

19.2.5 Offenbarungsrechte und -pflichten

Die ärztliche Schweigepflicht besteht nicht grenzenlos, sondern aus der Sphäre des Patienten, Dritter oder aufgrund gesetzlicher Vorgaben können sich Offenbarungsrechte bzw. Offenbarungspflichten für den Arzt ergeben (umfangreiche Darstellung bei Parzeller et al. 2005 m. w. N.; Ulsenheimer 2015; Fischer 2015).

Beispiele für Offenbarungsrechte auf der Intensivstation

Im Regelfall kann der Patient den Arzt von dessen Schweigepflicht entbinden, indem er ihm gegenüber erklärt, dass er mit der Unterrichtung eines Dritten z.B. über seine HIV-Infektion einverstanden ist (s. aber OLG Frankfurt, MedR 2000, 196f.).



Ein Einverständnis oder eine Einwilligung des Patienten zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht lässt sich beim bewusstlosen Patienten bei einem Notfall nicht einholen. Um auch bei diesen Fallkonstellationen zufriedenstellende Ergebnisse im Interesse des Patienten, Arztes und etwaiger Angehöriger erreichen zu können, kann auf das eigenständige Rechtsinstitut (hM: Paeffgen 2013; Raschke 2012) der mutmaßlichen Einwilligung zurückgegriffen werden.

Aufgrund der besonderen Bedeutung für die Notfallmedizin wird dieser Rechtfertigungsgrund ausführlicher erörtert.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung stellt die mutmaßliche Einwilligung einen gewohnheitsrechtlich anerkannten Rechtfertigungsgrund dar (BGH NJW 2000, 885 [886]; zur fehlenden mutmaßlichen Einwilligung zur Sterilisation bei Operationserweiterung nach Kaiserschnitt; u.a. Übersicht zur aktuellen Literatur vgl. Fischer 2015), da sie gesetzlich nicht geregelt ist (vgl. Erwähnung in § 228 StGB zur Sittenwidrigkeit der Tat trotz Einwilligung). Eine mutmaßliche Einwilligung kann gegeben sein, wenn der Patient als Geheimnisträger ohne Zweifel und erkennbar kein Inter-

esse an der Geheimniswahrung hat oder seine rechtzeitige Befragung nicht möglich ist (BGH NJW 1991, 2955 [2956]). Deshalb ist zu beachten, dass die mutmaßliche Einwilligung gegenüber der ausdrücklichen Einwilligung subsidiär ist (siehe auch Ulsenheimer 2015). Sie kommt nicht mehr zum Tragen, wenn der bewusstlose Patient aus dem Koma erwacht ist und im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte selbst befragt werden kann. Ebenfalls kann sich der Arzt nicht auf eine mutmaßliche Einwilligung berufen, wenn ihm ein entgegenstehender Wille des bewusstlosen Patienten bekannt ist bzw. dieser für ihn erkennbar ist. Ein entgegenstehender Wille des Patienten ist jedoch unbeachtlich, wenn die Offenbarung der Erfüllung einer gesetzlichen Pflicht dient, wie z.B. eine namentliche Meldepflicht einer im Infektionsschutzgesetz aufgeführten Erkrankung gegenüber dem im Gesetz genannten Personenkreis. Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind die persönlichen Umstände des Patienten heranzuziehen, mithin seine Interessen, Wertvorstellungen, Wünsche etc. (BGH NJW 2000, 885 [886]). Diese dürften aber gerade bei einer Unfallsituation dem Notarzt bei einem Notfallpatienten, den er nicht kennt, nicht bekannt sein.



Durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist auch dessen unvernünftige Entscheidung gedeckt, sodass eine mutmaßliche Einwilligung nicht zum Tragen kommt, wenn sie sich gegen den erklärten oder erkennbaren und ggf. unvernünftigen Willen des Patienten richtet (Paeffgen 2013; vgl. aber auch Fallkonstellationen bei BVerfG, NJW 2002, 206ff.; OLG Hamm, FGPrax 2004, 231ff. jeweils zur Frage der Bluttransfusion bei komatöser Zeugin Jehovas).

Objektive Kriterien der Vernunft, des normal Üblichen oder der Maßstab eines verständigen Patienten können aber, wenn kein (gegenteiliger) Wille des Patienten bekannt ist, zur Ermittlung des hypothetischen Patientenwillens herangezogen werden (BGH NJW 2000, 885 [886]). Ein Kriterium für einen mutmaßlichen Willen zur Unterbrechung der Angehörigen kann deren Anwesenheit bei Gesprächen mit den Ärzten vor der Operation sein (Braun 2010). Wenn die Prüfung des mutmaßlichen Willens des Notfallpatienten ergibt, dass seine Angehörigen über die Erkrankung und deren Umfang zu unterrichten sind, hat dies in gebotenem Umfang zu erfolgen. Die Entscheidung über die Voraussetzungen der mutmaßlichen Einwilligung obliegt dem Arzt (OLG München, MedR 2009, 49 [50]). Inwieweit die mutmaßliche Einwilligung auch die Informationsweitergabe an Dritte wie das Betreuungsgericht, Ermittlungsbehörden, Freunde, den Arbeitgeber, Versicherungen etc. umfasst, bedarf einer genauen Prüfung des konkreten Einzelfalls (ausführlich siehe Raschke 2012).

Allerdings ist zu beachten, dass ggf. die Einwilligung durch einen Bevollmächtigten oder Betreuer einzuholen ist. Wenn nach Operationen schwere Komplikationen in Form eines Komas beim Patienten auftreten, ist von ärztlicher Seite zu klären, wer die notwendigen Entscheidungen für den Patienten trifft (vgl. Dodegge 2008; Seichter 2003; Stolz 1998).



Bereits vor einem Eingriff sollte vom Patienten erfragt werden, ob dieser einem nahen Angehörigen Vorsorgevollmacht erteilt hat und diese Information sollte mit den Kontaktdaten des Angehörigen im Krankenblatt vermerkt werden.

Wenn beim Patienten ein Zustand eintritt, bei dem er nicht mehr in der Lage ist, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, kann der Bevollmächtigte entsprechend dem Umfang der Vollmacht in ärztliche Maßnahmen, wie Operationen oder den Bruch der ärztlichen Schweigepflicht, einwilligen. Sollte eine Vorsorgevollmacht nicht vorliegen bzw. unklar sein, ob diese erteilt wurde, dürfte es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen, dass nahe Angehörige unterrichtet und befragt werden, bevor ggf. über das Vormundschaftsgericht für den Patienten ein Betreuer gemäß §§ 1896ff. BGB, §§ 65ff. FGG, ab 1.9.2009 §§ 271ff. FamFG zu bestellen ist (vgl. Fallkonstellationen zur Betreuerbestellung bei BVerfG, NJW 2002, 206ff.; OLG Hamm, FGPrax 2004, 231ff.; insbesondere zum Verfahren Dodegge 2008). Für den Fall der Betreuerbestellung hat dieser dann die Angelegenheiten des Patienten zu besorgen.

Auf der Intensivstation kann auch die stillschweigende oder konkludente Einwilligung im Rahmen der Sozialadäquanz eine Rolle spielen (Langkeit 1994; auch zu Fragen der Behandlung im Mehrbettzimmer). Als sozialadäquat kann gewertet werden, wenn der weiterbehandelnde bzw. nachbehandelnde Arzt oder der Konsiliarius über den Patienten und seine Befunde unterrichtet wird (vgl. § 9 Abs. 4 MBO; OLG München, NJW 1993, 797 [798]). Bei Zweifeln sollte aber die Einwilligung des Bevollmächtigten oder Betreuers herbeigeführt werden, wenn die Zustimmung des Patienten aufgrund der Umstände nicht sowieso anzunehmen ist.

Offenbarungsrechte können sich aus dem rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB ergeben.



Der Arzt ist zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht berechtigt, wenn bei einer gegenwärtigen nicht anders abwendbaren Gefahr für ein geschütztes Rechtsgut der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht nach einer Interessensabwägung (betroffene Rechtsgüter, Grad der drohenden Gefahr etc.) ein angemessenes Mittel der Gefahrabwendung darstellt.

So kann der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht bei Kindesmisshandlungen (Matschke et al. 2009), bei sexuellem Kindesmissbrauch oder bei Gefahrenlagen durch Infizierung mit ansteckenden Krankheiten ein angemessenes Mittel zur Gefahrabwendung von Leib und Leben eines Dritten darstellen (ausführlich Bender 2002; Braun 2010; Fischer 2015; Parzeller u. Bratzke 2000; Parzeller et al. 2005; Parzeller u. Zedler 2008; Raschke 2012 mit Fallbeispiel eines Patienten mit Frontalhirnsyndrom und sexueller Enthemmung auf der Intensivstation; Ulsenheimer 2015; OLG Frankfurt, MedR 2000, 196ff. geht sogar von einer Verpflichtung zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht bei HIV-Infektion aus). Bei dem Verdacht auf Kindesmisshandlung ist inzwischen zudem § 4 KKG zu beachten, der dem Arzt in einer Stufenabfolge die Information und Einschaltung des Jugendamtes ermöglicht (Keding et al. 2014; Mörsberger 2012; Wüstenberg 2012).

Beispiele für Offenbarungspflichten auf der Intensivstation

Aus zahlreichen Spezialgesetzen ergeben sich gesetzliche Melde- und Offenbarungspflichten (ausführlich Braun 2010; Dettmeyer 2006; Parzeller et al. 2005; Fischer 2015). Beispielhaft lassen sich die Anzeigepflicht wegen bevorstehender schwerer Straftat

gemäß § 138f. StGB (z.B. geplanter Mord), Offenbarungspflichten aus den Sozialgesetzbüchern gegenüber Krankenkassen gemäß § 294a SGB V (Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden) oder Mitteilungspflichten über die Geburt eines Kindes nach dem Personenstandsgesetz anführen. Ebenfalls wird vertreten, dass sich Offenbarungspflichten auch aus Rechtsverordnungen ergeben können (VG Frankfurt/Main, Urt. v. 13.2.2008, Az.: 4 E 189/07 zur Vorlagepflicht von Röntgentagebüchern und RöV).

Auf der Intensivstation können sich Meldepflichten aus dem Infektionsschutzgesetz ergeben, wenn bei der Behandlung des Patienten eine der im Gesetz aufgeführten Infektionskrankheiten diagnostiziert wird (vgl. Deutsch 2001). Je nach Infektion und Erkrankung ergeben sich Unterschiede über Form und Umfang der Meldung:

- Namentliche oder nicht namentliche Meldung,
- Meldung bereits des Verdachts, der Erkrankung oder des Todes (vgl. §§ 6ff. IfSG).

Nach dem Hirntod eines intensivpflichtigen Organ- oder Gewebespenders stellt § 7 TPG eine legitime Offenbarungspflicht für den Notfall- oder Intensivmediziner dar, damit medizinische und rechtliche Voraussetzungen vor einer Explantation abgeklärt werden können (Parzeller 2009). Auskunftspflichten können sich für den vorbehandelnden Arzt der Intensivstation oder dem Notarzt beim Tod des Patienten gegenüber dem leichenschauenden Arzt ergeben (siehe Friedhofs- und Bestattungsgesetze der Länder).

Der umstrittene Fall: Eileiterschwangerschaft bei einer 21 Jahre alten Patientin (BGH NJW 1983, 350ff.)

Eine Patientin (21 Jahre) war ca. in der 8. Woche mit einem nichtehelichen Kind schwanger. Bei einem Beratungsgespräch zum Schwangerschaftsabbruch stellte der Gynäkologe den Verdacht einer Eileiterschwangerschaft fest. Er erläuterte der Patientin die drohende Lebensgefahr und die Erforderlichkeit eines operativen Eingriffs in einem Krankenhaus. Auf ausdrücklichen Wunsch der volljährigen Patientin informierte er nicht die Mutter der Patientin, die vor der Praxis gewartet hatte. Entgegen ärztlichen Rat suchte die Patientin keine Klinik auf und verstarb am nächsten Tag an den Folgen einer Eileiterruptur.

Die Verurteilung des Gynäkologen wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) hielt der Revision vor dem BGH stand. Nach Auffassung des BGH hätte der Gynäkologe trotz ärztlicher Schweigepflicht die nächsten Angehörigen und den Hausarzt informieren müssen, damit diese auf die volljährige schwangere Patientin einwirken, um somit die Gefahr durch die Eileiterschwangerschaft wirksam bekämpfen zu können.

Zu Recht wird diese Entscheidung in der Literatur kritisiert, da weder das Selbstbestimmungsrecht der Patientin noch ein vorsatzausschließender Irrtum des Gynäkologen nach § 16 Abs. 1 S. 1 StGB hinreichend berücksichtigt wurden (Ulsenheimer 2015 m.w.N.).

19.3 Fazit

Obwohl die ärztliche Schweigepflicht in zahlreichen Normen kodifiziert ist, spielen rechtliche Auseinandersetzungen über ärztliches Fehlverhalten im Umgang mit ihr eine untergeordnete Rolle. Einschlägige Verurteilungen mit straf- und standesrecht-

lichen Sanktionen für den Arzt oder zivilrechtliche Klagen sind daher selten. Den genannten Rechtsnormen kommt vor allem eine große Warn- und Appellfunktion zu. Der spezifischen Situation der Notfallsituation ist von Seiten des Arztes auch bei der Schweigepflicht Rechnung zu tragen, da ein komatöser Patient nicht selbst befragt werden kann.



Grundsätzlich ist zunächst vom Vorrang der ärztlichen Schweigepflicht zum Schutz der Persönlichkeitsrechte des Patienten auszugehen, wobei aufgrund der Umstände des konkreten Einzelfalls etwaige (gesetzliche) Offenbarungsrechte und -pflichten zum Wohle des Patienten, seiner Angehörigen, von Dritten oder der Gesellschaft zu beachten sind (Lippert 2003).

Abkürzungsverzeichnis

ArztR	Arztrecht
Az.	Aktenzeichen
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (galt bis 31.08.2009)
FPR	Familie Partnerschaft Recht
GesR	GesundheitsRecht
GG	Grundgesetz
hM	herrschende Meinung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
i.V.m.	in Verbindung mit
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
LG	Landgericht
MDR	Monatsschrift für Deutsches Recht
MedR	Medizinrecht
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
MBO	Musterberufsordnung
OLG	Oberlandesgericht
RöV	Röntgenverordnung
StGB	Strafgesetzbuch
TPG	Transplantationsgesetz
Urt.	Urteil
VerR	Versicherungsrecht
VG	Verwaltungsgericht

Literatur

Bei dem Beitrag handelt es sich um den im Hinblick auf Notfallmedizin modifizierten und aktualisierten Beitrag von Parzeller M (2012) Schweigepflicht als Teil des Persönlichkeitsschutzes in der Intensivmedizin. In: Salomon F (Hrsg.) Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. 2. Aufl. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 211–221.

- Andreas M (2000) Ärztliche Schweigepflicht im Zeitalter der EDV. *ArztR*: 296–304
- Bender D (2002) Grenzen der Schweigepflicht des Arztes bei Kenntnis von Misshandlungen oder entwürdigenden Behandlungen durch Eltern. *MedR* 21: 626–630
- Berwanger J (2015) Patientendatenschutz am Krankenhausbett. *GesR* 71–77
- Braun A (2010) Schweigepflicht in Arztpraxis und Krankenhaus. In: Roxin C, Schroth U (Hrsg.) *Handbuch des Medizinstrafrechts*. 4. Aufl. Boorberg, Stuttgart, S. 222–252
- Braunschweig R, Geis I, Tolksdorf D, Hansen I (2004) DACS1 – Data Archiving and Communication Services – Zentrale digitale Archivierung von Krankenhausdaten – ein ASP-Konzept. *MedR* 22: 353–359
- Chen C-J (2015) Ärztliche Schweigepflicht im Kontext der modernen Medizin. Verlag Dr. Kovač, Hamburg
- Dettmeyer R (2006) *Medizin & Recht – Rechtliche Sicherheit für den Arzt*. 2. Aufl. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 73–86
- Deutsch E (2001) Schweigepflicht und Infektiosität. *VersR* 1471–1475
- Dodegge G (2008) Der Schutz des freien Willens durch die Rechtsinstitute Betreuung, Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung. *FRP* 591–595
- Fehn K (2014) Strafbarkeitsrisiken für Notärzte und Aufgabenträger in einem Telenotarzt-System. *MedR* 32: 543–552
- Fellner C (2011) Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht nach dem Tod des Patienten. *MDR* 1452–1453
- Fischer T (2015) *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*. 62. Aufl., C. H. Beck, München. Vor § 32 Rn. 4, § 203 Rn. 1ff.
- Hausner H, Hajak G, Spießl H (2008) Krankenunterlagen – Wer darf Einsicht nehmen? *Dt Ärztebl* 105: A-27–A-29
- Hess M (2006) Das Einsichtsrecht der Erben und Angehörigen in Krankenunterlagen des Erblassers. *ZEV* 479–484
- Kargl W (2013) Verletzung von Privatgeheimnissen. In: Kindhäuser U, Neumann U, Paefgen H-U (Hrsg.) *Strafgesetzbuch Band 2*, Nomos Verlag, Baden-Baden. 4. Aufl., § 203 S. 1428–1487
- Keding V, Lindenberger I, Dinkel M, Maier K, Parzeller M (2014). Schweigen ist Silber, Handeln ist Gold, *Medizin & Recht* (1): Ärztliche Schweigepflicht und Kinderschutz, *Via Medici*, 19: 26–28
- Langkeit J (1994) Umfang und Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 I Nr. 1 StGB. *NSStZ* 6–9
- Lewinski von K (2004) Schweigepflicht von Arzt und Apotheker. Datenschutzrecht und aufsichtsrechtliche Kontrolle. *MedR* 23: 95–104
- Lippert H-D (2003) Recht und Ethik in der Medizin. In: Madea B, Brinkmann B (Hrsg.) *Handbuch gerichtliche Medizin*. Band 2., Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 1319–1455
- Lippert H-D (2010) § 9 Schweigepflicht. In: Ratzel R, Lippert H-D (Hrsg.) *Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO)*. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 5. Aufl., S. 126–155
- Lippert H-D (2014) Der Arzt und das Patientenfoto als Rechtsproblem. *GesR* 395–400
- Lippert H-D (2015) Die Behandlung des Patienten als Notfall in der präklinischen Notfallmedizin. *GesR* 268–276
- Markel H (2004) „I Swear by Apollo“ – On Taking the Hippocratic Oath. *New Engl. J. Med.* 350: 2026–2029
- Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajonowski T, Glatzel M (2009) Das Schütteltrauma-Syndrom: Eine häufige Form des nicht akzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindesalter. *Dtsch Arztebl Int* 106: 211–217
- Mörsberger T (2012) Zur Bedeutung des Bundeskinderschutzgesetzes für die Kinder- und Jugendhilfe. *FPR* 431–433
- Paefgen H-U (2013) Mutmaßliche Einwilligung. In: Kindhäuser U, Neumann U, Paefgen H-U (Hrsg.) *Strafgesetzbuch, Band 1*, Nomos Verlag, Baden-Baden, 4. Aufl., vor §§ 32ff. Rn. 157–168
- Parzeller M, Zedler B (2013a) Das Patientenrechtegesetz (PatRG) – Teil 1: Gesetzgebungsverfahren, Behandlungsvertrag, Vertragspartner und deren Mitwirkungs- und Informationspflichten. *Arch Kriminol* 232: 73–90

- Parzeller M, Zedler B (2013b) Das Patientenrechtegesetz (PatRG) – Teil 2: Einwilligung, Aufklärungspflichten, Dokumentation der Behandlung, Einsichtnahme in die Patientenakte. Arch Kriminol 232: 145–160
- Parzeller M, Zedler B (2014) Das Patientenrechtegesetz (PatRG) – Teil 3: Beweislast in Haftungsfrage und kritisches Fazit. Arch Kriminol 233: 1–19
- Parzeller M (2009) Entnahme von Organen und Geweben bei toten Spendern. In: Pühler W, Middel C-D, Hübner M (Hrsg.) Praxisleitfaden Gewebegesetz. S. 73–87
- Parzeller M, Bratzke H (2000) Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. Dtsch Arztebl 97: A2364–A2370
- Parzeller M, Wenk M, Rothschild M (2005) Die ärztliche Schweigepflicht. Dtsch Arztebl 102: A289–A297
- Parzeller M, Zedler B (2008) Zur zunehmenden Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht am Beispiel der Rechtsprechung des OLG Frankfurt am Main. Rechtsmedizin 18: 336
- Quaas M, Zuck R, Clemens T (2014) Medizinrecht – Öffentliches Medizinrecht – Pflegeversicherungsrecht – Arzthaftpflichtrecht – Arztstrafrecht. 3. Aufl., C.H. Beck Verlag, München. § 13 Grundzüge des ärztlichen Berufsrechts. Rn. 61–66
- Raschke A (2012) Der intensivpflichtige Patient und die ärztliche Schweigepflicht. Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, Band 36, Halle-Wittenberg
- Roebel A, Wenk M, Parzeller M (2009) Postmortale ärztliche Schweigepflicht. Rechtsmedizin 19: 37–52
- Schlund G (2010) Entwicklung und allgemeine Grundsätze der ärztlichen Schweigepflicht. In: Laufs A, Kern B-R (Hrsg.) Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. C.H. Beck Verlag München. § 65ff. Rn. 1ff.
- Schlund M, Lochmann M (2014) Zeugnisverweigerungsrecht für Rettungsdienst. NJW-Spezial 248.
- Schütze B, Schrenk N, Koeppe D, Kassner A (2015) Outsourcing und Fernwartung: Datenschutzrechtliche Anforderungen, Dt. Arztebl. 112: A718–720
- Seichter J (2010) Einführung in das Betreuungsrecht. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 4. Aufl.
- Sonnenmoser M (2009) Ethik in der Psychotherapie. Schweigepflicht – Unterschiedliche Auslegungen. Dtsch Arztebl PP: 67–68
- Spickhoff A (2013) Patientenrechte und Patientenpflichten – Die medizinische Behandlung als kodifizierter Vertragstypus, VersR 2013 267–282
- Spickhoff A (2005) Postmortaler Persönlichkeitsschutz und ärztliche Schweigepflicht. NJW 1982–1984
- Starck C (2010) Artikel 2 GG. In: von Mangoldt H, Klein F, Starck C (Begr. und Hrsg.) Kommentar zum Grundgesetz, Band 1. 6. Aufl. Verlag Franz Vahlen, München, S. 213–214
- Stolz K (1998) Betreuung ist gut, Vorsorge ist besser (?) BWNotZ 75–79
- Ulsenheimer K (2015) Arztstrafrecht in der Praxis, 5. Aufl. C. F. Müller, Heidelberg, Rn. 858–910
- Weddehage I (2007) Ärztliche Schweigepflicht bei Verdacht auf Straftaten. Das Krankenhaus 231–234
- Wellbrock R (2007) Das Datenschutzkonzept des deutschen Hämophilieregisters. MedR 25: 98–101
- Wüstenberg D (2012) Der neue Rechtfertigungsgrund § 4 KKG zur Verhinderung von Kindesmisshandlung. StraFo 348–354



Assessor Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Markus Parzeller

Studium der Humanmedizin (1984–1991, Würzburg und Marburg); Studium der Rechtswissenschaften (1994–2000, Mannheim und Frankfurt/Main); Arzt im Praktikum (1991–1992), Nierentransplantationsambulanz, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main und Kardiologie, Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim); Promotion 1992; Projektmanager (1993–1996, Internationale Medizin und Marketing sowie Klinische Forschung und Entwicklung, Knoll AG, BASF PHARMA, Ludwigshafen); Rechtsreferendariat (2000–2002); Rechtsanwaltschaft (2002–2009); wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rechtsmedizin, Frankfurt/Main (seit 2002); Leiter der Abteilung Medizinrecht am Institut für Rechtsmedizin (2004–2013); Habilitation (2008).