

Aus dem
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

**Die Diskussion über die ärztliche Schweigepflicht in den
Ärztlichen Mitteilungen/im Deutschen Ärzteblatt seit 1949**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Ihler, Julia Katrin

2021

Dekan: Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Professor Dr. Dr. U. Wiesing

2. Berichterstatter: Professorin Dr. M. Rieger

Tag der Disputation: 21.07.2021

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	4
1.1 Forschungsstand	6
2. Geschichtliche Entwicklung und gesetzliche Fixierung der ärztlichen Schweigepflicht	9
3. Material und Methoden	16
3.1 Material	16
3.2 Methoden	18
4. Quantitative Analyse	20
5. Qualitative Analyse	24
5.1 Ab 1950: Kampf für die ärztliche Schweigepflicht	24
5.2 1957 – 1972: Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht	37
5.3 Ab 1973: Gefahr durch neue technische Entwicklungen	45
5.4 Ab 1997: Neue Herausforderungen	63
5.5 Ab 2005: Quo vadis ärztliche Schweigepflicht?	71
6. Diskussion und Zusammenfassung	80
7. Abkürzungsverzeichnis	87
8. Abbildungsverzeichnis	88
9. Literaturverzeichnis	89
10. Erklärung zum Eigenanteil	99
11. Danksagung	100

1. EINLEITUNG

„[D]ie Schweigepflicht [ist] der Grund- und Eckpfeiler des Arztums überhaupt, weil sie für das tiefe Vertrauensverhältnis, das zwischen Kranken und Arzt bestehen muß, den Ausgangspunkt bildet“¹. Diese Ansicht französischer Ärzte teilte Professor Hans Neuffer, damaliger Präsident der Bundesärztekammer, in einem Artikel des *Deutschen Ärzteblattes* aus dem Jahre 1952. Der Inhalt dieses Zitates spiegelt die Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht wider. Sie hat eine lange Tradition und gilt zweifelsohne nach wie vor als elementarer Bestandteil der ärztlichen Berufsethik. Während die Schweigepflicht für den Patienten als Voraussetzung gilt, um sich dem Arzt bedingungslos anvertrauen zu können und sich auf ihn einzulassen, stellt sie für den Arzt die Grundlage für seine Heilkunst und für eine erfolgreiche Ausführung dieser dar. Um dem Patienten helfen zu können, muss dieser dem Arzt seine medizinische Vorgeschichte anvertrauen sowie einen tiefsten Einblick in sein Innenleben gewähren. Darauf lässt sich der Patient jedoch nur ein, wenn er auf die Verschwiegenheit seines Arztes bauen kann. Ist dies nicht der Fall, wäre ein Fernbleiben vom Arztbesuch die Konsequenz, wodurch nicht nur seine eigene Gesundheit sondern möglicherweise die Gesamtgesellschaft einer Gefahr ausgesetzt wäre. Beide – Patienten und Ärzte – bedürfen der Schweigepflicht und beide wollen sie. Ihre Wahrung ist also als Win-win-Situation zu sehen. Doch stellt sich die Frage, ob der Schweigepflicht immer noch die Bedeutung zukommt wie einst. Folgende Alltagsbeispiele lassen hier Zweifel aufkommen: Bereits an der Anmeldung wird der Patient aufgefordert, Name und Grund für den Arztbesuch anzugeben, meist vor etlichen Mithörern, unter anderem durch eine nicht allzu selten lange Patientenschlange hinter ihm. Im überfüllten Wartezimmer erklingt später lauthals der Patientennamen. Ein Untersuchungszimmer wird oft von mehreren Patienten geteilt, so dass der eine Kranke an der Befundmitteilung an den anderen teilhat und umgekehrt. Ähnlich gestaltet sich dies bei der Visite. Man fragt sich in solchen Fällen, wo ist hier die

¹ Neuffer (1952), S. 320

Schweigepflicht geblieben. Diverse Ereignisse wie der Flugzeugabsturz im Jahre 2015 durch einen depressiven Copiloten erregen die Gemüter und entfachen in der Öffentlichkeit schnell Diskussionen über eine Lockerung der Schweigepflicht. Doch wie steht die Ärzteschaft selbst dazu? Geht auch bei ihr eine Diskussion über die Schweigepflicht vonstatten? Herrscht eine einheitliche Meinung oder polarisiert das Thema sie? Auf die Probe gestellt wird die Schweigepflicht immer wieder durch neue Herausforderungen, sei es infolge neuartiger technischer Entwicklungen wie dem Computer oder auf Grund von gesellschaftlichen Veränderungen. Zudem geraten Ärzte des Öfteren in rechtliche und ethische Konfliktsituationen mit ihrer Schweigepflicht. Beispielsweise wenn sich ein an Epilepsie erkrankter Busfahrer uneinsichtig gegenüber dem durch seinen Arzt in Kenntnis gesetzten Fahrverbot zeigt. Ist der Arzt nun zur Durchbrechung der Schweigepflicht berechtigt oder sogar verpflichtet? Welchen Stellenwert nimmt die Schweigepflicht unter Ärzten überhaupt ein und ändert sich ihre Einstellung dazu oder bleibt sie im Laufe der Jahre unverändert? Die vorliegende Arbeit soll Antworten auf diese Fragen finden. Sie widmet sich der Diskussion über die ärztliche Schweigepflicht im *Deutschen Ärzteblatt* von 1949 bis 2015. Da dieses als Sprachrohr der Ärzteschaft fungiert, eignete es sich zur Darstellung ihrer Sichtweise zum Thema. Zunächst wird die geschichtliche Entwicklung und gesetzliche Fixierung der ärztlichen Schweigepflicht erläutert. Im Anschluss folgt die als Methodik ausgewählte quantitative und qualitative Inhaltsanalyse. Erstgenannte veranschaulicht in Form von Diagrammen den Verlauf der Artikelanzahl im *Deutschen Ärzteblatt* über den Betrachtungszeitraum sowie inhaltliche Schwerpunkte. Die darauffolgende qualitative Inhaltsanalyse beschäftigt sich mit der Darstellung des Diskussionsverlaufes und der Herausarbeitung der Argumentation. Aufgezeigt werden soll wie sich politische und gesellschaftliche Veränderungen auf die Diskussion auswirken. Darüber hinaus soll analysiert werden, was die Ärzteschaft hinsichtlich der Schweigepflicht als ihre Aufgabe verstand und welche Rolle sie sich hierfür zuschrieb.

1.1 FORSCHUNGSSTAND

Die Literatursuche zum Thema gestaltete sich als schwierig, da Werke zur ärztlichen Schweigepflicht allgemein nur spärlich aufzufinden waren. Die meisten Schriftstücke, die sich mit dem Thema beschäftigten, gehörten der juristischen Fachliteratur an und stellten wiederholt lediglich die Rechtslage dar. Doch anhand folgender ausgewählter Werke soll nun der Forschungsstand aus unterschiedlicher Perspektive dargelegt werden:

Mark Siegler warf in seinem Text aus dem Buch *Ethik in der Medizin* mit Urban Wiesing als Herausgeber 1982 die provokante Frage auf: *Schweigepflicht in der Medizin – ein Auslaufmodell?* Die Schweigepflicht in ihrer ursprünglichen Form existiere ihm nach nicht mehr. Sie sei „nun alt, verbraucht und nutzlos“. Jegliche Versuche die altherwürdige Schweigepflicht bestehen zu lassen, erweckten den Eindruck „zum Scheitern verurteilt“² zu sein und brächten häufig mehr Schwierigkeiten als Lösungen mit sich. Er sah ein zusätzliches Problem für die Schweigepflicht durch den Widerstreit von Patienteninteressen, nämlich einmal der Vertraulichkeit von Patientendaten sowie der optimalen ärztlichen Versorgung. An dieser seien immer mehr Menschen aus dem Gesundheitswesen beteiligt und damit in den Erhalt von sensiblen Patienteninformationen mit eingebunden. Die Tendenz zu einer von den Menschen verlangten hoch entwickelten und differenzierten Medizin führe gezwungenermaßen auch zu einer Modifikation der bisherigen Vorstellung über die ärztliche Schweigepflicht. Im Endeffekt relativierte er seine anfangs formulierte provokante Aussage.

In dem Kapitel *Ärztliche Schweigepflicht* führte Andrea Ziegler in der Monographie *Klinische Ethik* unter dem Herausgeber Christian Hick im Jahre 2007 als Beispiel für eine ungewollte, aber häufiger als erwartete, unberechtigte Weitergabe von Patientendaten ein Umfrageergebnis auf. Demnach

² Siegler (2012), S. 128

diskutierten 70% der Ärzte und Medizinstudenten Patientengeschichten auf Parties und 57% mit dem Partner.³

Auch in dem 2015 veröffentlichten *Praxisbuch Ethik in der Medizin* von Georg Marckmann als Herausgeber mit Beiträgen von mehreren Autoren durfte die ärztliche Schweigepflicht nicht fehlen. So stellte der Jurist Stephan Rixen unter dem Kapitel *Rechtliche Anforderungen an die Arzt-Patient-Interaktion* eine Verbindung zur ärztlichen Schweigepflicht her. In Bezug auf den rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB kam er zu dem Schluss: „Die Verschwiegenheit des Arztes ist wichtig, aber der höchsten Güter nicht.“⁴ Eine Durchbrechung der Schweigepflicht käme jedoch lediglich in Ausnahmefällen in Betracht.

In der Monografie *Ärztliche Schweigepflicht und Schutz der Patientendaten* aus dem Jahre 2017 beschäftigten sich die Juristen Alexander Chasklowicz, Jörn Schroeder-Printzen, Gerd Spyra und Hans-Jörg Weber mit den Rechtsgrundlagen der ärztlichen Schweigepflicht. Zusätzlich bestand die Absicht für aktuelle Schwierigkeiten diesbezüglich soweit machbar rechtmäßig unumstrittene Lösungswege aufzuzeigen. Vermerkt wurde die komplexe Tatsache, dass für einige Schwierigkeiten bis jetzt „keine höchstrichterlichen Entscheidungen“⁵ existieren, wodurch schwer abzuschätzen sei, wie diese vor Gericht im Endeffekt judiziert würden. Nach kurzer Darstellung der Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht folgte die Erläuterung der einzelnen Bereiche, in denen sie fixiert ist, also Straf-, Berufs- und Zivilrecht. Chasklowicz schrieb der Schweigepflicht einen hohen Rang zu und sprach sich auffälligerweise klar gegen ihre Lockerung aus. Dies träfe ihm und Weber zufolge auch hinsichtlich Fahruntauglichkeit zu. Sie brachten der darüber aufgekommenen Diskussion anlässlich des Flugzeugabsturzes in den französischen Alpen im Jahre 2015 kein Verständnis entgegen. Die gegenwärtige Rechtslage würde in solchen

3 Weiss (1982) zit. nach Ziegler (2007), S. 48f.

4 Rixen (2015), S. 74

5 Chasklowicz und Spyra (2017), S. 19

Situationen bereits bewährte Lösungsmöglichkeiten bieten.

Gegenteiliger Ansicht war Gabriele Wolfslast. In Anlehnung an diesen aufsehenerregenden Flugzeugabsturz durch einen an Depression erkrankten Copiloten wandte sie sich in ihrem Buchbeitrag der Frage *Schweigepflicht vor Sicherheit?* zu. Sie sah in der Rechtslage Wertungswidersprüche hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht durch die partielle Offenbarungspflicht und sprach sich für die Einführung einer grundsätzlichen Mitteilungspflicht bei nicht anderweitig abwendbarer „ernstzunehmende[r] Gefahr für das Leben anderer Menschen“⁶ aus, eine Einschränkung der Schweigepflicht in Kauf nehmend.

In ihrer 2007 publizierten medizinischen Dissertation widmete sich Ulrike Bungeroth *Bedeutung und Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht – ausgewählte[n] Problemfelder[n]*. Nach anfänglicher Darstellung der historischen Entwicklung und rechtlichen Lage folgten die Problemfelder mit Themen wie zum Beispiel ärztliche Schweigepflicht in Relation zur gesetzlichen Krankenversicherung und privaten Versicherungen oder das Recht des Schweigens und die Pflicht zur Aussage vor Gericht. Am Ende ging sie auf die formalrechtlichen Konsequenzen bei Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ein. Als Quelle diente vorwiegend juristische Literatur in Form von Büchern, Zeitschriften und Kommentaren sowie zwei Artikel aus dem *Deutschen Ärzteblatt*. Im Prinzip verdeutlichte sie in ihrer Dissertation die Rechtslage. Bungeroth konstatierte einen Übergang der ärztlichen Schweigepflicht „von einer allgemeinen Berufspflicht zu einer detailliert ausgearbeiteten Rechtspflicht“⁷. Sie schrieb der Schweigepflicht einen hohen Rang zu.

6 Wolfslast (2016), S. 395

7 Bungeroth (2007), S. 8

2. GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG UND GESETZLICHE FIXIERUNG DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

„[...] Die Vorgänge im Hause des Kranken dürfen nicht ausgeplaudert, auch darf von einem dem Kranken etwa drohenden frühen Ende nichts mitgeteilt werden, wo es dem Kranken oder sonst jemanden Nachteile bringen kann.“

Dieses Zitat gilt geschichtlich gesehen als Ursprung der ärztlichen Schweigepflicht und stammt aus dem indischen Ayur-Veda des Châraka, dem ältesten medizinischen Sanskritwerk aus der Zeit um 800 vor Christus.⁸ Später wurde die Verschwiegenheitspflicht in den berühmten Eid des Hippokrates aufgenommen, der mit folgenden Worten niedergeschrieben ist:

„Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und Asklepios und Hygieia und Panakeia und allen Göttern und Göttinnen, sie zu Zeugen anrufend, daß ich nach meinem Vermögen und Urteil diesen Eid und diesen Kontrakt erfüllen werde. Den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleichzuachten meinen Eltern und ihm an dem Lebensunterhalt Gemeinschaft zu geben und ihn Anteil nehmen zu lassen an dem Lebensnotwendigen, wenn er dessen bedarf, und das Geschlecht, das von ihm stammt, meinen männlichen Geschwistern gleichzustellen und sie diese Kunst zu lehren, wenn es ihr Wunsch ist, sie zu erlernen, ohne Entgelt und Vereinbarung und an Rat und Vortrag und jeder sonstigen Belehrung teilnehmen zu lassen meine und meines Lehrers Söhne sowie diejenigen Schüler, die durch Vereinbarung gebunden und vereidigt sind nach ärztlichem Brauch, jedoch keinen anderen.

Die Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Leidenden nach meinem Vermögen und Urteil, mich davon fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichem Schaden und Unrecht.

Nie werde ich jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen; gleicherweise werde ich keiner Frau

⁸ Sauter (1910), S. 1f.; Urtext des Châraka, übers. v. Roth S. 445-52 zit. nach Placzek (1898), S. 58

ein fruchtabtreibendes Mittel geben: Heilig und fromm werde ich mein Leben bewahren und meine Kunst.

Ich werde niemals Kranke schneiden, die an Blasenstein leiden, sondern dies den Männern überlassen, die mit diesem Gewerbe vertraut sind.

In welche Häuser immer ich eintrete, eintreten werde ich zum Nutzen der Kranken, frei von jedem willkürlichen Unrecht und jeder Schädigung und den Werken der Lust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven. 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.

Wenn ich also diesen meinen Eid erfülle und nicht breche, so möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg beschieden sein, dazu Ruhm unter allen Menschen für alle Zeit; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, von alledem das Gegenteil.“⁹

Hippokrates von Kos war ein griechischer Arzt, der um 460 bis 377 vor Christus lebte. Inzwischen geht man jedoch davon aus, dass dieses Werk nicht von Hippokrates stammt und auch erst später seinen Ursprung fand. Außerdem hatte der Eid nicht für alle Ärzte Gültigkeit, sondern bestand für eine Sekte, also einer kleinen Gruppe von Ärzten.¹⁰ Dennoch erlangte er, wenn auch nicht in allen Bestandteilen, bis heute Bedeutung. Auch bei den Römern bestand die ärztliche Schweigepflicht. So nannte Vergil die ärztliche Wissenschaft in der Äneis eine „ars muta“¹¹ (stumme Kunst).

Die ärztliche Schweigepflicht ist straf-, zivil- und berufsrechtlich verankert. Sie galt zunächst als Standespflicht, war allerdings noch nicht gesetzlich festgeschrieben. Dies erfolgte erst im preußischen Medizinedikt von 1725, wonach die Offenbarung von „entdeckten heimlichen Mängel und Gebrechen“¹² verboten war. Unter Geldstrafe gestellt wurde der Bruch der Schweigepflicht

9 Balkenohl (2007), S. 6f., übers. v. Edelstein, Deichgräber, Lichtenthaeler

10 Vgl. Eckart (2009), S. 34

11 Vergils Äneis, Buch XII, Vers 395–397 zit. nach Sauter (1910), S. 3

12 Placzek (1898), S. 2

jedoch erst im Preußischen Allgemeinen Landrecht von 1794, bei der Offenbarung von „bekannt gewordenen Gebrechen und Familiengeheimnisse[n], insofern es nicht Verbrechen“¹³ waren. Im Jahre 1871 erfolgte die Aufnahme ins Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich sowie in die 1877 beschlossene Strafprozessordnung¹⁴, die 1879 in Kraft trat.

So wurde aus der von Hippokrates einst als „Heilige Pflicht“¹⁵ deklarierten Schweigepflicht eine Rechtspflicht. Nach § 300 StGB drohte demnach für einen Arzt und seine Gehilfen eine Geldstrafe oder Gefängnis bis zu drei Monaten, „wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft Ihres [...] Standes [...] anvertraut“¹⁶ waren. 1935 wurde der bis dahin bestehende § 300 StGB von § 13 der Reichsärzteordnung abgelöst. Die Gefängnisstrafe erweiterte sich auf ein Jahr. Zusätzlich wurde mit Absatz 3 eine Erlaubnis zur Offenbarung des „Berufsgeheimnisses zugunsten höherer (staatlicher) Interessen“ hinzugefügt.¹⁷ Mit diesem Zusatz verlor die Schweigepflicht ihre ursprüngliche Bedeutung als Schutzfunktion¹⁸, indem dieser Absatz 3 von staatlicher Seite zunehmend dazu benutzt wurde, um an Informationen zu gelangen. Dies resultierte in einer Vernachlässigung der Schweigepflicht. Um dieser entgegenzuwirken und ihr wieder mehr Schutz zu geben, kam es 1953 zu einer Gesetzesänderung, bei der der § 13 der RÄO wieder durch den umgeänderten § 300 StGB ersetzt wurde. Grob entsprach er § 13 der RÄO. Allerdings lag die Gefängnisstrafe nur noch bei bis zu sechs Monaten.¹⁹ Ferner wurde Absatz 3 des ehemaligen §13 RÄO entfernt.²⁰

Die ärztliche Schweigepflicht gilt als Basis des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient und als elementare Grundvoraussetzung für eine

13 Placzek (1898), S. 2

14 Vgl. Schott (1988), S. A-2810

15 Schlund (2002), S. 546

16 <http://www.lexetius.com/StGB/300,8> (zuletzt online 4.12.2019)

17 Bröer (2011), S. 946; vgl. Hess (1952), S. 306

18 Vgl. Hess (1952), S. 306

19 https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl153s0735.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl153s0735.pdf%27%5D__1565805317870 (zuletzt online 4.12.2019)

20 Vgl. Bröer (2011), S. 946

erfolgreiche Behandlung. Das Bundesverfassungsgericht merkte in einem Beschluss zum Patientengeheimnis 1972 an:

„Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muss und darf erwarten, dass alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unberufener gelangt. Nur so kann zwischen Patient und Arzt jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt, weil es die Chancen der Heilung vergrößert und damit – im Ganzen gesehen – der Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Gesundheitsfürsorge dient.“²¹

Damit wurde klar gestellt, dass dem Patientengeheimnis mittels Grundgesetz ein Schutz zukommt.²² Nach einer erneuten Strafrechtsänderung vom 1. Januar 1975 wurde die ärztliche Schweigepflicht im bis heute geltenden § 203 StGB gesetzlich verankert. Die Höhe der Freiheitsstrafe liegt hier wieder bei bis zu einem Jahr. Er lautet:

„(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als
1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, [...] anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. [...]
(5) Die Absätze 1 bis 4 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.
(6) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.“²³

21 BVerfG NJW 1972, 1123 zit. nach Dettmeyer (2001), S. 73

22 Vgl. Heberer (2001), S. 310

23 http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_203.html (zuletzt online 4.12.2019)

Strafverfahren gegen Ärzte wegen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht sind de facto jedoch ausgesprochen selten. Dies beruht vorwiegend auf zwei Gründen: Einmal gilt der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht als Antragsdelikt, das heißt eine Strafverfolgung tritt ausschließlich auf Antrag des Geschädigten ein.²⁴ Andererseits muss der Bruch des Geheimnisses vorsätzlich und schuldhaft vonstattengegangen sein.²⁵ Demnach ist § 203 StGB vielmehr als eine Warnfunktion an die Ärzteschaft mit symbolischem Charakter anstelle einer drohenden Sanktionierung zu sehen.²⁶

Zwar geht die Meinung auseinander, ob das Individual- oder Allgemeininteresse als Schutzgut des § 203 StGB überwiegt, Einigkeit herrscht jedoch darüber, dass die ärztliche Schweigepflicht für beide wichtig ist. Während unter Individualinteresse die Absicht, sich als Kranker oder prophylaktisch dem Arzt anzuvertrauen und in seine Behandlung zu begeben, verstanden wird, fasst man unter Allgemeininteresse die Intention an einer auf Vertrauen basierenden intakten Gesundheitsfürsorge auf. Voraussetzung beider Interessen ist die ärztliche Verschwiegenheit.²⁷

Zusätzlich entwarf das Bundesverfassungsgericht in dem sogenannten Volkszählungsurteil vom 15.12.1983²⁸ aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Damit steht jedem Einzelnen zu, über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen.²⁹

Durch manche Gesetze wird die ärztliche Schweigepflicht gestärkt, durch andere hingegen wird sie geschwächt. So zeigen Offenbarungsrechte und -pflichten Grenzen der Schweigepflicht auf. Offenbarung bedeutet, dass ein

24 Vgl. Ulsenheimer (2002), S. 1347

25 Vgl. ebd., S. 559

26 Vgl. ebd., S. 1347

27 Vgl. Laufs (1993), S. 239f.

28 BGH, NJW 1984, 419 zit. nach Heberer (2001), S. 310

29 Vgl. Heberer (2001), S. 310

Dritter Kenntnis von einem Patientengeheimnis erlangt, der nicht in die Geheimnispreisgabe eingebunden war.³⁰ Befugt ist die Offenbarung dann, wenn eine Berechtigung zur Freigabe des Geheimnisses vorliegt, unbefugt, wenn dies nicht der Fall ist.³¹ Eine gesetzeswidrige Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht besteht nur bei unbefugter Offenbarung.

Erlaubt ist die Offenbarung des Patientengeheimnisses nach ausdrücklicher, konkludenter, also schlüssiger, stillschweigender und mutmaßlicher Einwilligung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Eine mutmaßliche Einwilligung besteht, wenn sie wegen Bewusstlosigkeit oder Tod des Patienten nicht oder nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, jedoch angenommen werden kann, dass sie dem Willen des Patienten gleichkommt.³² Eine stillschweigende Einwilligung liegt zum Beispiel bei der Überweisung an einen weiterbehandelnden ärztlichen Kollegen vor³³, eine konkludente Einwilligung, wenn mit „einer Informationsweitergabe durch den Arzt an Dritte“ zu rechnen ist und der Patient „durch schlüssiges Verhalten seine Zustimmung“³⁴ erteilt.

Eine Befugnis zur Offenbarung besteht beispielsweise bei Eintreten eines rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB zur Gefahrenabwehr für ein höherrangiges Rechtsgut. Hier ist der Arzt zur Geheimnispreisgabe berechtigt, jedoch nicht verpflichtet.³⁵

Neben dem Recht zur Offenbarung gibt es Gesetze, die eine Pflicht zur Offenbarung fordern und damit einen Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. Dies tritt bei gesetzlichen Anzeige- und Meldepflichten ein. Beispielsweise seien hier genannt § 138 StGB, bei dem Anzeigepflicht besteht, wenn ein Arzt in seiner Berufsausübung von einem geplanten schweren Verbrechen erfährt. Weiterhin gilt dies für die (nicht)namentliche Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten sowie für die

30 Vgl. Ulsenheimer (2002), S. 552

31 Vgl. ebd., S. 554

32 Vgl. Rieger (1984), S. 754

33 Vgl. Dettmeyer (2001), S. 75ff.

34 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/Hinweise_und_Empfehlungen_aerztliche_Schweigepflicht_Datenschutz_Datenverarbeitung_09.03.2018.pdf (zuletzt online 4.12.2019)

35 Vgl. Rieger (1984), S. 756

Auskunftspflicht gegenüber Sozialversicherungsträgern nach § 100 SGB X.

Ein Recht zum Schweigen zeigt sich im Zeugnisverweigerungsrecht, das in § 53 StPO niedergelegt ist. Demnach darf der Arzt im Strafverfahren gegen den Patienten die Aussage verweigern über das, was er in seiner Eigenschaft als Arzt erfuhr. Wenn aber der Patient den Arzt von der Schweigepflicht entbindet, kommt dem Zeugnisverweigerungsrecht keine Rechtswirkung mehr zu und der Arzt muss nach § 53 Abs. 2 StPO aussagen.

Zusätzlich besteht mit § 97 StPO ein Beschlagnahmeverbot für Patientenunterlagen im Falle, dass der Patient der Angeklagte ist. Damit kommt dem Zeugnisverweigerungsrecht und im Endeffekt der Schweigepflicht mehr Schutz zu.

Zivilrechtlich lässt sich die Schweigepflicht als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient ableiten.³⁶ Gemäß § 823 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) kann bei Verletzung der Schweigepflicht Anspruch auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld (gemäß § 847 BGB) vorliegen.

Die ärztliche Verschwiegenheitspflicht besteht sowohl nach dem Tode des Patienten als auch nach dem Tode des Arztes fort.

Des Weiteren wurde die ärztliche Schweigepflicht, in Anlehnung an die ursprünglichen Inhalte des Hippokratischen Eides, im Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes von 1948 aufgenommen und als standesrechtliche Norm in der Berufsordnung für deutsche Ärzte niedergeschrieben. In der heutigen Fassung heißt es darin: „Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen.“³⁷ Sie gilt als eine der höchsten ärztlichen Standes- und Rechtspflichten.³⁸

³⁶ Vgl. Schroeder-Printzen (2017), S. 54

³⁷ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf (zuletzt online 4.12.2019)

³⁸ Vgl. Laufs (1993), S. 238

3. MATERIAL UND METHODEN

3.1 MATERIAL

Als Material wurde für diese Arbeit das *Deutsche Ärzteblatt* verwendet. Es gilt als das bedeutendste Publikationsorgan der deutschen Ärzteschaft und wird jedem Arzt in Deutschland kostenlos zugestellt. Dies erfolgt einmal die Woche beziehungsweise in Form von Doppelausgaben in den Monaten Januar, Juni, Juli, August, September und Dezember. Herausgeber sind die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Das Blatt verleiht sich selbst den Untertitel „Die Zeitschrift der Ärzteschaft“, wie auf der gedruckten Ausgabe vermerkt ist, und erscheint in mehreren unterschiedlichen Ausgaben, wobei die Ausgabe A an niedergelassene Ärzte gerichtet ist, die Ausgabe B an Klinikärzte und die Ausgabe C an alle sonstigen Ärzte. Seit 1996 gibt es eine Onlineversion³⁹, die die Artikel der Ausgabe A mit erweitertem Informations- und Serviceangebot enthält. Für das Jahr 2019 liegt die Auflagenzahl bei 375 500 Exemplaren.⁴⁰ Hinsichtlich dieser Arbeit kamen die Printausgaben für den Zeitraum von 1949 bis 1983 zum Einsatz. Seit 1984 stammen die Artikel aus dem Onlinebestand.

Seinen Ursprung findet das *Deutsche Ärzteblatt* in zwei verschiedenen Zeitschriften, dem *Ärztlichen Vereinsblatt* und den *Ärztlichen Mitteilungen*. Das *Ärztliche Vereinsblatt* wurde 1872 in Dresden vom Deutschen Ärztevereinsbund gegründet und die Erstausgabe erschien am 9. September 1872 in Leipzig. 1904 rief der Leipziger Verband, später Hartmannbund und Kassenärztliche Vereinigungen, die *Ärztlichen Mitteilungen* ins Leben. Damit erhielt das *Ärztliche Vereinsblatt* Konkurrenz, die jedoch 1933 endete, indem die Nationalsozialisten die beiden Zeitschriften zum *Deutschen Ärzteblatt*

39 Vgl. Schmedt (2006), S. A-3317

40 https://www.aerzteverlag-media.de/fileadmin/media/mediadaten/medizin/Mediadaten/2019_Mediadaten_Deutsches_Aerzteblatt_Industrie.pdf (zuletzt online 4.12.2019)

zusammenlegten, um sich einen besseren Überblick über die Inhalte zu verschaffen.⁴¹ Am 1. März 1949 wurde der Deutsche Ärzteverlag gegründet und nach vierjähriger Pause konnte am 15. Mai 1949 das *Deutsche Ärzteblatt* wieder allen Ärzten im Westen zugesandt werden. Der Titel „Deutsches Ärzteblatt“ stieß anfangs jedoch auf Ablehnung, einmal aufgrund der noch „ungeklärte[n] Frage der nationalen Einheit“⁴², andererseits aber auch um sich von seiner Inanspruchnahme während der Zeit des Nationalsozialismus abzugrenzen. Deshalb galt von 1949 bis 1963 *Ärztliche Mitteilungen* als Titel. Erst im Jahre 1964 erfolgte die Rückbenennung in *Deutsches Ärzteblatt*.⁴³

Von Beginn an kam dem Blatt eine politische Bedeutung zu. Dies spiegelte sich in seiner Intention wider „die Belange der Ärzte und ihrer Kranken“ durch das Engagement für die ärztliche Berufsfreiheit, das ärztliche Berufsideal und Berufsethos zu vermitteln.⁴⁴

Es ist das einzige fachspezifische Medium, das alle berufstätigen Ärzte in Deutschland als seine Zielgruppe definiert⁴⁵, womit ein großer Wirkungskreis gesichert ist. Nachweislich ist es sowohl das auflagen- und reichweitenstärkste⁴⁶ als auch das mit Abstand meistgelesene Blatt der medizinischen Fachpresse in ganz Deutschland.⁴⁷ In einer im Jahre 1999 vom *Deutschen Ärzteblatt* durchgeführten Studie zur Leserakzeptanz bewerteten jeweils 89% der Leser die Zeitschrift als „kompetent“ und „seriös“, 88% als „informativ“, 87% als „übersichtlich“ und jeweils 78% als „interessant“ sowie „leserfreundlich“.⁴⁸ Der Beweis für eine hohe Leserakzeptanz war damit vollbracht.

41 Vgl. Jachertz (1997), S. A-2445

42 Gerst (1999), S.13

43 Vgl. ebd.

44 Jachertz (1999), S. 1

45 <https://www.aerzteblatt.de/service/mediadaten> (zuletzt online 4.12.2019)

46 Vgl. Sprunkel (1999), S. 10

47 <https://www.aerzteblatt.de/service/mediadaten> (zuletzt online 4.12.2019)

48 Sprunkel (1999), S. 10

Die Finanzierung des *Ärzteblattes* basiert auf dem Anzeigengeschäft, das zu knapp 60% durch Rubrikanzeigen, vorwiegend dem Stellenmarkt, und zu 35% durch die Pharmaindustrie betrieben wird.⁴⁹

Das *Deutsche Ärzteblatt* setzt sich zum Ziel seine Leserschaft „kompetent und objektiv zu informieren“⁵⁰. Das inhaltliche Konzept reicht von der Berichterstattung über gesundheits-, sozial- und berufspolitische Belange über zeitgemäße ärztliche Fortbildung bis zu wissenschaftlichen Fachartikeln. Zusätzlich enthält das *Ärzteblatt* Berichte zu Organisationsfragen ärztlicher Wirkungsstätten.⁵¹ Mit einem breiten Spektrum an Themen ist die Redaktion gewillt den Ansprüchen und vielfältigen Interessen ihrer individuellen Leserschaft nachzukommen.⁵²

3.2 METHODEN

Als Methode wurde die quantitative und qualitative Inhaltsanalyse gewählt. Nach dem Politikwissenschaftler Ole Rudolf Holsti finde sich in der systematischen Inhaltsanalyse eine Methode, „um Aussagen zu gewinnen, indem man systematisch und objektiv zuvor festgelegte Merkmale von Inhalten erfaßt“⁵³. Der Psychologe Philipp Mayring sah in der Inhaltsanalyse eine „*kategoriengeleitete Textanalyse*“ mit der Intention Schlussfolgerungen für gewisse Gesichtspunkte der Kommunikation herzuleiten und somit „Aussagen über den ‚Sender‘ (z. B. dessen Absichten), über Wirkungen beim ‚Empfänger‘ oder Ähnliches ab[zun]leiten“⁵⁴.

49 Sprunkel (1999), S. 8f.

50 https://www.aerzteverlag-media.de/fileadmin/media/mediadaten/medizin/Mediadaten/2019_Mediadaten_Deutsches_Aerzteblatt_Industrie.pdf (zuletzt online 4.12.2019)

51 Ebd.

52 Jachertz (1997), S. A-2445

53 Holsti (1968), S. 601 zit. nach Friedrichs (1990), S. 315

54 Mayring (2010), S. 13

Die Vorgehensweise für diese Arbeit bestand zunächst in der Inspektion aller in der Bayerischen Staatsbibliothek München vorrätigen Ausgaben des *Deutschen Ärzteblattes* nach Berichten über die ärztliche Schweigepflicht für den Zeitraum von 1949 bis 1983. Fehlende Ausgaben wurden in der Fachbibliothek Medizinische Lesehalle nachgeschaut. München als ausgewählte Lokalisation der Bibliotheken gründete auf der Tatsache, dass diese Dissertation hauptsächlich dort erarbeitet wurde. Für den Zeitraum von 1984 bis 2015 wurde das Onlinearchiv des *Deutschen Ärzteblattes* zur Recherche nach themenbezogenen Beiträgen genutzt. Als Voraussetzung für die Verwendung der Artikel galt, dass sich der Hauptschwerpunkt auf die ärztliche Schweigepflicht richtete und die Artikel sich auf die Bundesrepublik Deutschland bezogen. Artikel, die zur Verlaufsbeurteilung diverser Themen oder zur Standpunktermittlung der ärztlichen Schweigepflicht geeignet waren, wurden ebenso in Anspruch genommen.

Im nächsten Schritt erfolgte eine quantitative Inhaltsanalyse. Zu diesem Zweck fand eine Kategorisierung der Artikel nach der jeweiligen Beitragsform statt. Als Kategorien gelten *Aufsatz*, *Bericht*, *Leserbriefe* und *Verschiedenes*. Unter *Aufsatz* sind Beiträge zu aktuellen Geschehnissen zu verstehen. Als *Bericht* sind Artikel über Veranstaltungen, Tagungen, Gesetzesvorhaben und Gerichtsentscheide definiert. Unter *Verschiedenes* fallen unter anderem Bekanntgaben der Herausgeber, Stellungnahmen der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, Beiträge über Fernsehsendungen oder -filme sowie generell Rubriken mit weniger als zehn Artikeln. Im Anschluss fand eine Verlaufsdarstellung der Artikelanzahl über den Zeitraum von 1949 bis 2015 mit anschließender Interpretation statt. Dabei sollte veranschaulicht werden, in welchem Ausmaß dem Thema Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Zusätzlich erfolgte eine weitere Kategorisierung nach Inhalten, womit unterschiedliche Themenbereiche in Bezug zur ärztlichen Schweigepflicht und deren jeweilige Artikelanzahl dargestellt wurden. Dies verhalf der Feststellung inhaltlicher Schwerpunkte.

Das weitere Vorgehen bestand in der qualitativen Analyse der Artikel. Hierfür wurde der Diskussionsverlauf dargestellt, dabei die Argumentation aufgezeigt und eruiert, ob diese im Laufe der Zeit variierte oder konstant blieb. Zusätzlich wurden die Artikel hinsichtlich des gesellschaftlichen und politischen Hintergrundes analysiert und den Fragen nachgegangen, warum sich das *Deutsche Ärzteblatt* zur Herausgabe des Artikels veranlasst sah, welche Bedeutung dieses der ärztlichen Schweigepflicht zuschrieb und ob sich im Verlauf eine Änderung abzeichnete. Des Weiteren sollte das vom *Deutschen Ärzteblatt* vermittelte ärztliche Selbstverständnis und Berufsethos dargestellt werden.

4. QUANTITATIVE ANALYSE

Bei der Recherche im *Deutschen Ärzteblatt* konnten 240 Artikel zum Thema ärztliche Schweigepflicht für den Zeitraum von 1949 bis 2015 nachgewiesen werden. Zunächst soll aufgezeigt werden in welcher formalen Kategorie die jeweiligen Artikel zum Thema ärztliche Schweigepflicht erschienen.

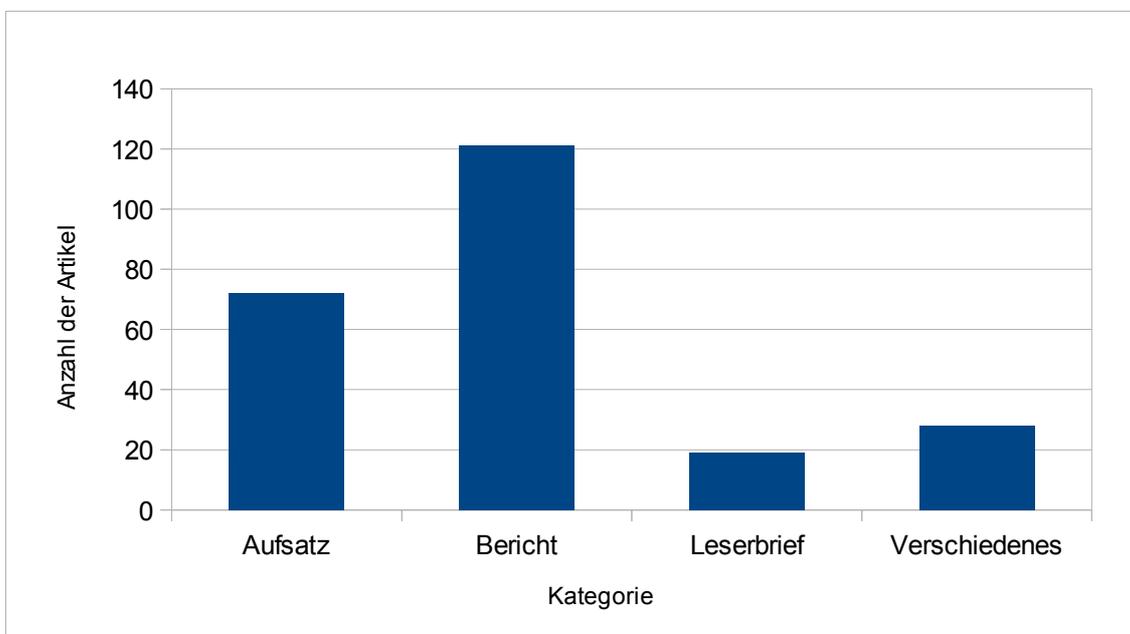


Abbildung 1: Artikelanzahl nach Kategorie von 1949 – 2015

Wie Abbildung 1 verdeutlicht, kam der Kategorie *Bericht* mit 121 Artikeln der Hauptanteil zu, an die zweite Stelle rückte *Aufsatz* mit 72 Artikeln, dahinter reihten sich die Kategorien *Verschiedenes* mit 28 Artikeln und *Leserbriefe* mit 19 Artikeln ein. Die Definitionen der Kategorien sind im Kapitel *Material und Methoden* näher erläutert.

Abbildung 2 veranschaulicht die Unterkategorien der Kategorie *Verschiedenes*.

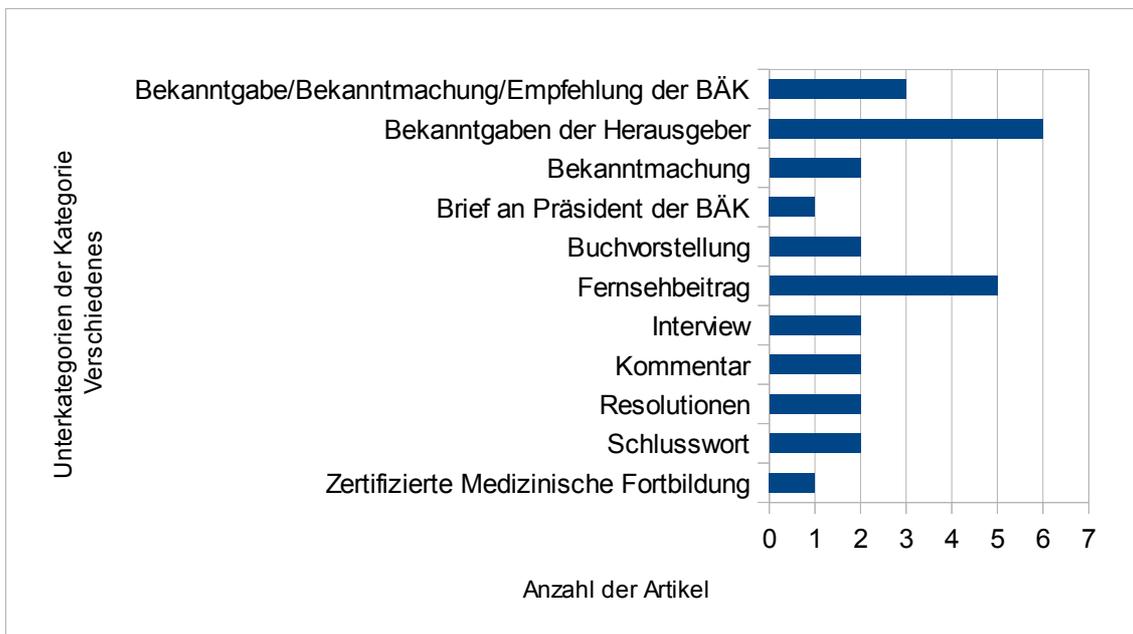


Abbildung 2: Unterkategorien der Kategorie Verschiedenes mit ihrer Artikelanzahl von 1949 – 2015

Um zu beurteilen, welche Bedeutung das *Deutsche Ärzteblatt* dem Thema beimaß, wird im Folgenden der Verlauf der Artikelanzahl über den Betrachtungszeitraum grafisch dargestellt. Dabei soll analysiert werden zu welchem Zeitpunkt und in welcher Häufigkeit Artikel über die ärztliche Schweigepflicht im *Deutschen Ärzteblatt* erschienen.

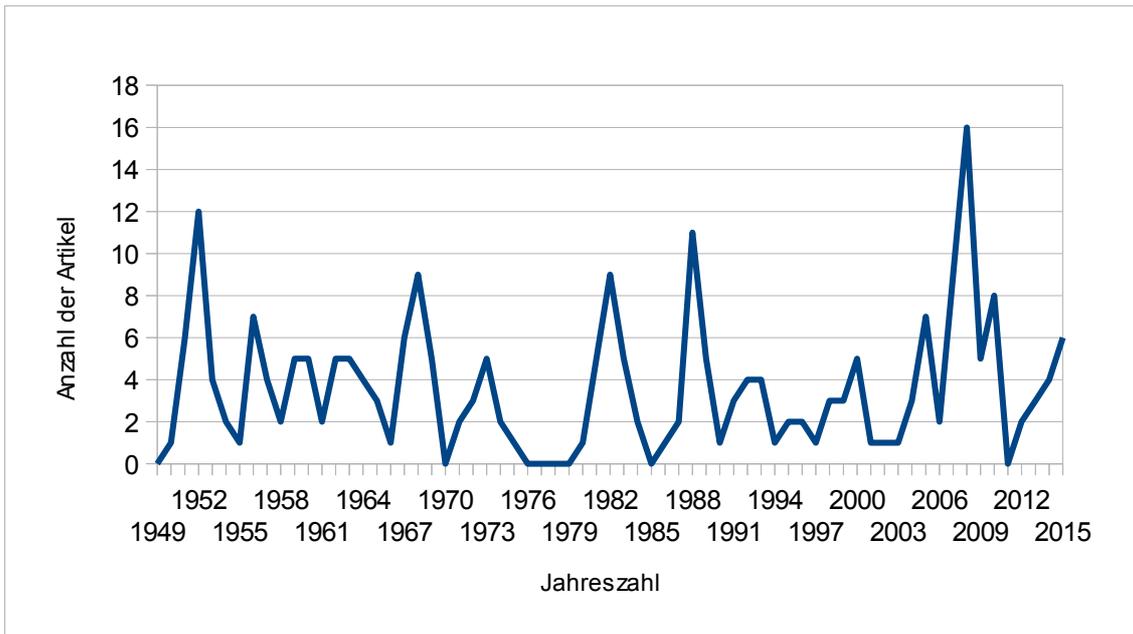


Abbildung 3: Artikelanzahl von 1949 – 2015

Wie aus der Abbildung 3 ersichtlich ist, wird fast kontinuierlich über das Thema berichtet, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung. Der erste Artikel erschien im Jahre 1950. Mit 12 Artikeln zeichnete sich der erste Höhepunkt im Jahre 1952 ab, der zweite fand 1968 mit neun Artikeln statt. Bis 1969 schwankte die Artikelanzahl zwar zwischen eins und sieben, doch gab es kein Jahr, in dem kein Artikel erschien. Dies war 1970 erstmals der Fall. Ein darauffolgendes Auf und Ab mit einer Artikelanzahl zwischen eins und fünf reihte sich um artikellose Jahre in dem Zeitraum von 1976 bis einschließlich 1979, einen Peak mit neun Artikeln im Jahre 1982 sowie ein zusätzliches Jahr ohne Artikel 1985. Der nächste Höhepunkt mit 11 Artikeln ereignete sich 1988. Bis zum Jahre 2011, ein weiteres beitragsloses Jahr, fanden sich wieder kontinuierlich Artikel in einer steten Fluktuation zwischen eins und neun, gehäuft um das Jahr 2008, das mit 16 Artikeln einen weiteren Höhepunkt und gleichzeitig das Jahr mit der höchsten Artikelanzahl darstellte. Ein letzter Anstieg zeichnete sich 2012 ab.

Ins Auge fällt die fast kontinuierliche Existenz von themenbezogenen Artikeln während des gesamten Betrachtungszeitraumes. Somit scheint die ärztliche Schweigepflicht ein Thema zu sein, das das *Deutsche Ärzteblatt* stets beschäftigte und es gilt einmal zu klären wie sich diese Kontinuität darlegen lässt und darüber hinaus was der Auslöser für die einzelnen Höhepunkte war.

Nach erster Sichtung des Materials fiel auf, dass über bestimmte Themen häufiger berichtet wurde. Dies gab Anlass zur Darstellung inhaltlicher Schwerpunkte, die in der folgenden Abbildung aufgezeigt werden.

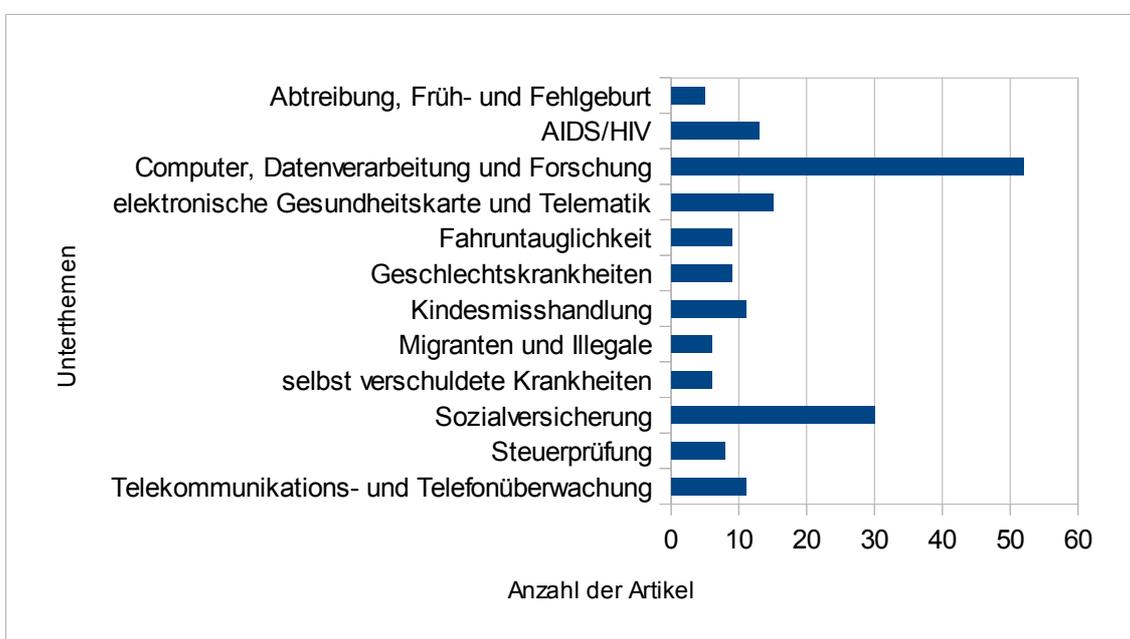


Abbildung 4: Artikelanzahl der Unterthemen

Wie die Abbildung zu erkennen gibt, bestanden sehr viele unterschiedliche Themen mit Bezug zur ärztlichen Schweigepflicht. Doch lässt sich ein numerativer Unterschied anhand der Artikelanzahl erkennen zwischen den beiden häufigsten und den restlichen Themen. Politische und gesellschaftliche Ereignisse zogen die ärztliche Schweigepflicht in Mitleidenschaft und gaben Anlass zur Berichterstattung. Der quantitativ stärkste inhaltliche Schwerpunkt kommt mit 52 Beiträgen dem Thema *Computer, Datenverarbeitung und*

Forschung zu, gefolgt von den Themen *Sozialversicherung* mit 30 Beiträgen sowie *elektronische Gesundheitskarte und Telematik* mit 15 Beiträgen. Alle drei galten aus Sicht des *Deutschen Ärzteblattes* als potentielle Gefahr für die ärztliche Schweigepflicht. Demnach schrieb sich dieses die Einnahme einer Warnfunktion für die Ärzteschaft als seine Aufgabe zu. Zusätzlich erlangte die ärztliche Schweigepflicht Bedeutung im Zusammenhang mit Grenzsituationen bezüglich ihrer Durchbrechung, wie zum Beispiel bei AIDS, Fahruntauglichkeit oder Kindesmisshandlung. Das *Deutsche Ärzteblatt* nahm hier die Position ein über das richtige Verhalten aufzuklären, also wo die Grenze zu ziehen ist zwischen Wahrung und Durchbrechung der Schweigepflicht.

Nach Zusammenschau dieser Erkenntnisse stellt sich die Frage, ob die auffällige fast kontinuierliche Berichterstattung über die ärztliche Schweigepflicht durch die Fülle an diversen Unterthemen erklärbar ist oder ob sie etwa für andere Zwecke, wie zum Beispiel politische Gegebenheiten, benutzt wurde. Dies soll im Verlauf dieser Arbeit bei der qualitativen Inhaltsanalyse ergründet werden.

5. QUALITATIVE ANALYSE

5.1 AB 1950: KAMPF FÜR DIE ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT

„Wer immer sich damit befaßt hat, seinen Mitmenschen zu helfen, hat zur Genüge erfahren, wie förderlich das unumschränkte Vertrauen des Hilfesuchenden und wie hemmend sein Mißtrauen ist. Vertrauen in die Fähigkeit zu helfen allein genügt dabei nicht. Wer sich einem andern anvertrauen will, möchte sich auch darauf verlassen können, daß ein unbefugter Dritter ohne seine Zustimmung keine Kenntnis von den Dingen bekommt, die er den andern wissen läßt. Um ihm diese Sicherheit in ausreichendem Maße zu geben, haben das Reichsstrafgesetzbuch, die Reichsversicherungsordnung und andere Gesetze für eine Reihe von Berufsgruppen das unbefugte Offenbaren von Privatheimnissen unter Strafe gestellt. [...] Nach § 13 RÄO wird ein Arzt, der

unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm bei Ausübung seines Berufes anvertraut oder zugänglich gemacht worden ist, mit Gefängnis bis zu einem Jahr und Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft.“⁵⁵

Mit diesem Artikel berichtete das *Deutsche Ärzteblatt* im August 1950 erstmals über die ärztliche Schweigepflicht. Der Staatsanwalt Dr. Karl Theiss erörterte detailliert die rechtliche Lage und ging zunächst auf § 13 der Reichsärzteordnung ein, in dem sie gesetzlich verankert war. Vermehrt Beachtung schenkte er dem zu dieser Zeit bestehenden Konflikt mit der Sozialversicherung. Nach aktueller Rechtslage bestehe für Ärzte, entgegen der Auffassung von Seiten der Sozialversicherung, keine Auskunftspflicht ihr gegenüber. Er ergänzte, dass „die Entscheidung über die Preisgabe der Patientengeheimnisse bei der Verantwortlichkeit des Arztes, der allein darüber zu befinden hat, ob er aussagen will oder nicht [...] gesucht werden“⁵⁶ müsse. Des Weiteren stellte er die Sachlage bezüglich der Schweigepflicht gegenüber dem Finanzamt dar: In Steuerangelegenheiten des Patienten gelte auch hier die Schweigepflicht, so dass vom Finanzamt weder eine Auskunft eingeholt werden könne noch ein Einsichtsrecht in die Patientenunterlagen zustehe. Im Gegensatz dazu aber bestehe in Steuerangelegenheiten des Arztes das Recht dazu, womit Patientengeheimnisse weniger geschützt werden.⁵⁷ Dieser erste Artikel klärte sachlich über die aktuelle Gesetzeslage auf und schaffte einen Überblick über den damaligen Stand der ärztlichen Schweigepflicht.

Anlass zur Berichterstattung gaben verschiedene Probleme mit ihr, unter anderem der zu dieser Zeit bestehende Streit zwischen Steuerprüfung und ärztlicher Schweigepflicht. Angesichts dessen sah sich die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zu einem Schreiben an das Bundesministerium der Finanzen veranlasst, das 1951 im *Deutschen Ärzteblatt* erschien. Eingangs stellte sie klar, dass sie „ärztliche Steuersünder“ nicht

55 Theiss (1950), S. 292f.

56 Ebd., S. 294

57 Vgl. ebd.

schützen wolle, sondern dass es einzig und allein um „das Wohl und das Recht des Patienten“⁵⁸ gehe. Sie veranschaulichte den hohen Stellenwert, den sie der ärztlichen Schweigepflicht zusprach, indem sie aufzeigte, dass diese eine lange Tradition habe und die Basis für eine erfolgversprechende Behandlung sei, denn ohne die Schweigepflicht könne die dafür notwendige Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht entstehen. Als Voraussetzung für das sich Einlassen auf den Arzt gelte die Gewähr, „daß das, was er dem Arzt anvertraut, unter keinen Umständen zur Kenntnis eines Dritten gelangt“⁵⁹. Die ärztliche Schweigepflicht beruhe auf der in Artikel 1 des Grundgesetzes festgelegten zu achtenden und schützenden „Würde des Menschen“⁶⁰ und könne somit durch kein Gesetz aufgehoben werden. Folglich bestehe auch für die Finanzämter zur Prüfung ärztlicher Steuerangelegenheiten kein Einsichtsrecht in die Patientenakteien.⁶¹ Der Schlusssatz hob die Wichtigkeit ihres Anliegens hervor und glich einer deutlichen Warnung: So gehe die Arbeitsgemeinschaft davon aus, „von der Finanzverwaltung erwarten zu dürfen, daß sie sich dieser Einsicht nicht verschließt und unsere Stellungnahme anerkennt, auch ohne daß erst die Gerichte oder gar der Bundestag angerufen werden müssen“⁶². Erstmals kommt hier das Argument zur Sprache, dass die Schweigepflicht als Grundlage für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und somit für eine erfolgversprechende Behandlung wichtig sei.

Auf das Problem der Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht, einerseits durch diverse Anzeige- und Meldepflichten, andererseits durch die Sozialversicherung, ging der Jurist Dr. Arnold Heß in seinem Artikel ein. Seine Wertschätzung für die Schweigepflicht ließ er durch anfängliche Bezugnahme zu Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes nochmals deutlich werden sowie Hervorhebung ihrer Verankerung im Hippokratischen Eid. Zu dieser Zeit häuften sich, bedingt durch die Anzeigepflicht der Ärzte, „polizeiliche

58 Hess (1951), S. 78

59 Ebd.

60 Ebd.

61 Vgl. ebd.

62 Ebd., S. 79

Vernehmungsaktionen [...] gegen Hunderte von Frauen“⁶³. Die Angeschuldigten standen unter dem Verdacht einer damals strafbaren Abtreibung. Auch wenn „die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wegen des im Dritten Reich damit getriebenen Mißbrauchs“ derzeit aufgehoben sei, seien Ärzte nach wie vor zur Erfüllung dieser Anzeigepflicht aufgefordert, die dazu eingesetzt werde, Polizei und Staatsanwaltschaft bei der Ermittlung eventueller rechtswidriger Abtreibungen auf die Spur zu verhelfen.⁶⁴ Nach Heß sei inzwischen erfreulicherweise dank einiger Juristen nachgewiesen worden, dass die Residuen des Dritten Reiches, also sowohl die Anzeigepflicht bei einer Abtreibung beziehungsweise Fehlgeburt als auch die Meldepflicht bei aufgrund von „Schuß-, Stich- oder Hiebverletzungen oder [...] *sonstigen auf eine strafbare Handlung hindeutenden Zustand*“⁶⁵ eingelieferter Patienten rechtlich nicht haltbar seien und folglich die ärztliche Schweigepflicht nicht entwerten könnten. Diese Gesetze lösten Widerstreben in ihm aus, denn sie würden „den Arzt vom Samariter zum Hilfsbeamten der Staatsanwaltschaft herabwürdig[en]“⁶⁶. Er ging sogar noch weiter und parodierte: „Für den Behördengebrauch müßte [...] die Geschichte vom barmherzigen Samariter dahin umgeschrieben werden, daß er, bevor er die Wunden des ihn jammernden Menschen verband, ‚sofort, gegebenenfalls fernmündlich‘, die nächste Polizeistation benachrichtigte, weil seine Verletzungen auf Teilnahme an einem strafbaren Raufhandel hindeuteten.“⁶⁷ Mit seiner Parodie verdeutlichte er die zu dieser Zeit verloren gegangene Wertschätzung des Ärztstandes. Heß verwies darauf, dass die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern sich schon vor sechs Monaten an das Bundesinnenministerium wandte mit der Bitte, „diese mit dem Wesen des Arzttums und mit der heutigen Staatsauffassung unvereinbaren Anzeige- und Meldepflichten“⁶⁸ abzuschaffen. Das Ziel der Anzeigepflicht von Früh- und Fehlgeburten habe

63 Heß (1951), S. 129

64 Ebd.

65 Ebd., S. 129f.

66 Ebd., S. 130

67 Ebd.

68 Ebd.

unmissverständlich darin bestanden im Sinne „der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik“⁶⁹ Abtreibungen strenger und zielführender nachgehen zu können. Wie Heß selbst bereits bemängelte, erachtete auch die Arbeitsgemeinschaft den Arzt dadurch zum „Hilfsbeamten der Staatsanwaltschaft“⁷⁰ deklassiert. Heß setzte sich deutlich für die Ärzteschaft ein, die er auch dazu aufrief sich „[u]nbedingt“ gegen den „Mißbrauch“⁷¹ des Patientenvertrauens zum Nutzen der Strafverfolgung zu stellen. Das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes sei sonst unnütz. „Keine ‚Rechtspflicht‘, nur sein eigenes Gewissen“ könne ihm an dieser Stelle „den Bruch der Schweigepflicht“⁷² erlauben oder abverlangen. Bezüglich des zu diesem Zeitpunkt im Bundestag vorhandenen Gesetzentwurfes zur Strafgesetzbuchänderung begrüßte Heß, dass „die Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht in diesem Vorschlag richtig gewürdigt und herausgestellt“⁷³ wurde und der Arzt dann nicht mehr zur Strafverfolgung genötigt werden könne. Nach anfänglicher Bezugnahme zu dem oben aufgeführten Schreiben an den Bundesfinanzminister ging er später erneut auf das Problem mit den Steuerbehörden ein. Er forderte die Ärzte auf, sich gegen den vermeintlichen Anspruch der Steuerämter zu wehren, denen kein Recht zur Einsichtnahme in die Patientenakte der Ärzte gebühre, „denn nicht zum Schutze des Arztes, sondern zum Schutze des Patienten und zum Schutze des Erfolgs seiner ärztlichen Tätigkeit ist dem Arzt die Schweigepflicht auferlegt“⁷⁴. Er sprach ihr einen höheren Rang zu als dem zwar legitimen Anliegen der Finanzbehörden an der Erhebung der ärztlichen Einnahmen, das jedoch „nicht über das Recht und die Würde des kranken Menschen gestellt werden“⁷⁵ könne. Anschließend ging er auf das Problem mit der Sozialversicherung über. Die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht gleiche hier ebenso einem „Mißstand“⁷⁶, der

69 Heß (1951), S. 130

70 Ebd.

71 Ebd.

72 Ebd.

73 Ebd., S. 130f.

74 Ebd., S. 131

75 Ebd.

76 Ebd.

behaben werden müsse. In dem Artikel spiegelte sich ein vehementer Einsatz des Autors für die Schweigepflicht und den Ärztestand wider. Von Anfang an positionierte sich das *Deutsche Ärzteblatt* auf die Seite pro ärztliche Schweigepflicht und verstand es als selbstverständlich der Leserschaft bereits mit den ersten Artikeln zu vermitteln für die ärztliche Schweigepflicht zu kämpfen. Ein weiterer Artikel über die damalige Problematik beinhaltete den Vortrag des Strafrechtlers Professor Eberhard Schmidt vor einer Versammlung des Bundes für Bürgerrechte. Er demonstrierte die „Durchlöcherung der ärztlichen Schweigepflicht“ durch die „Entwicklung“⁷⁷ und Sonderstellung der Sozialversicherung sowie die zunehmende Meldepflicht. Zwar benötige die Sozialversicherung gewisse Informationen, die die ärztliche Schweigepflicht tangieren, doch sei ihr eigentlich grundlos „das ärztliche Berufsgeheimnis [...] geopfert worden“⁷⁸, was in dessen Wertabfall resultiert hätte. Zusätzlich lehnte er sowohl die entstandene Ausweitung der Meldepflichten als auch jegliche Beschlagnahmefugnis von Krankenpapieren ab. Ihm nach „gehe [es] hier um feinere ethische Werte, die dem Materialismus, Pragmatismus und Totalitarismus niemals hätten zum Opfer gebracht werden dürfen“⁷⁹. Weiter ergriff er die Initiative für die Ärzte, indem er an sie appellierte sich „zur Wehr [zu] setzen und bedingungslos für die Beachtung der Schweigepflicht“⁸⁰ zu kämpfen. Eine Klärung von legislativer Seite sei dringend erforderlich.

Sechs Wochen später war ein Anfang gemacht und ein Entgegenkommen schien sich abzuzeichnen. So berichtete das *Ärzteblatt* über den Württemberg-Badischen Landtag, der 1951 als Vorreiter galt und ein Gesetz zur Abschaffung der „Anzeigepflicht von Schwangerschaftsunterbrechung und Früh- und Fehlgeburten“⁸¹ erließ. Die Meldepflicht gegenüber den Gesundheitsämtern war demnach außer Kraft gesetzt und der ärztlichen Schweigepflicht wieder mehr Beachtung geschenkt. Andere Bundesländer folgten, so dass die Meldepflicht

77 Unbekannt (1951), S. 149

78 Ebd.

79 Ebd.

80 Ebd.

81 Hö (1951), S. 203

für Fehlgeburten 1952 der Vergangenheit angehören sollte.

In diesem Jahr nahm der Arzt und gleichzeitig damaliger Chefredakteur des *Deutschen Ärzteblattes*, Dr. Berthold Rodewald, Stellung zur ärztlichen Schweigepflicht. Anfangs stellte er die Frage, warum diese sich überhaupt zum „Problem“⁸² hat entwickeln können. Ihre einstige „Selbstverständlichkeit“ sei in den letzten circa siebenzig Jahren verloren gegangen, nach und nach sei sie „durchlöchert worden“, so dass aus dem „Schild zum Schutze des Kranken [...] ein Sieb“ geworden sei mit „mehr Löcher[n] als geschlossene Schutzflächen“⁸³. Mit diesen Worten lieferte er eine sehr bildliche Darstellung der Problematik. Die Metapher „Sieb“ kann als Symbol für eine Schwächung der Schweigepflicht von mehreren Seiten verstanden werden, wie zum Beispiel der Sozialversicherung, Melde- und Anzeigepflichten sowie Auskunftsansprüche verschiedener Ämter, wodurch sukzessive Informationen durchsickerten und sie an Schutz verlor. Der Anlass für seinen Artikel gründete unter anderem in einem Zeitungsbericht, der die Ärzte in keinem guten Licht stehen ließ, worauf gleich eingegangen wird. Rodewalds Meinung nach müsse das Recht „auf Verschwiegenheit des Arztes [...] als Grundrecht des Kranken respektiert werden, oder sollte es wenigstens“⁸⁴. Wie weit man jedoch von diesem Grundsatz abgekommen sei, sollte mit folgendem Zitat aus der *Frankfurter Rundschau* vom 19. April 1951 bestätigt werden: Einer Stellungnahme der Ortskrankenkassenverbände zufolge widerstrebe diesen, dass die ärztliche Schweigepflicht auch für die Sozialversicherungsträger gelten soll, da eine Kontrolle „ärztlicher Honorarforderungen“⁸⁵ dann nicht mehr machbar sei und demzufolge 75% aller Bürger besagten Forderungen „hilflos ausgeliefert“ seien. Die Versicherten und auch die Arbeitgeber [...] müssten selbst entscheiden, ob ‚alle Ärzte Engel seien‘) oder ob hier nicht“ versucht werde, anhand der Schweigepflicht ein Geschäft mit den Kranken zu machen,

82 Rodewald (1952), S. 245

83 Ebd.

84 Ebd.

85 Ebd., S. 245f.

„was mit ‚ärztlichem Ethos nur sehr wenig, dafür aber um so mehr mit wirtschaftlichen Gelüsten zu tun zu haben scheine‘⁸⁶). Mit diesem Zitat verdeutlichte sich, welches großes Misstrauen der Ärzteschaft von Seiten der Krankenkassenverbände entgegengebracht wurde und welchem Vorwurf sie ausgesetzt war. Das aufgezeigte Beispiel sei kein Einzelfall. Rodewald wollte nicht näher darauf eingehen, sondern nur verdeutlichen „mit welchen Argumenten gearbeitet wird und wie das Problem der ärztlichen Schweigepflicht nur aus der Perspektive des Geldschranks gesehen [...] wird“⁸⁷, anstatt dass der Patient und seine Rechte berücksichtigt werde. Hier verdeutlichte sich der Zwiespalt hinsichtlich den Anforderungen der Krankenkassen und dem Beharren der Ärzte auf ihrer Schweigepflicht. Doch sowohl bei den kranken Menschen als auch den Ärzten, die er als „Sprecher im Volk“ bezeichnete, nähme nach Rodewald die Erkenntnis zu, dass die ärztliche Schweigepflicht einer Neuregelung und Schutz bedürfe, fokussiert auf das Recht des Patienten „auf unverbrüchliche Verschwiegenheit des Arztes“⁸⁸. Die Ärzte befänden sich zurzeit in einem „Dilemma“⁸⁹ zwischen Schweigepflicht und Offenbarungspflicht. Problematisch waren für ihn auch die vermehrten Auskunftersuche unterschiedlicher Herkunft. Bei den Patienten müsse „die Vorstellung von der unverbrüchlichen Verschwiegenheit des Arztes“ als „Selbstverständlichkeit“⁹⁰ wiederhergestellt werden. Dies sei Voraussetzung für ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis. „Der Kampf um die Achtung der Schweigepflicht des Arztes“⁹¹ erfolge nicht für den Berufsstand, sondern für die Patienten. Es handele sich nicht „um ein Recht der Ärzte [...], sondern um ein Recht der Kranken“⁹². Auffallend oft stellte Rodewald klar, dass es den Ärzten um das Wohl des Patienten gehe und dieser im Vordergrund stehe. Verstärkt wurde dies durch die wiederholte Betonung der Schweigepflicht als ein Recht des Patienten.

86 Rodewald (1952), S. 246;

Anmerkung: *) Die Begriffe in ‚...‘ entstammen der Tageszeitung und seien wörtliche Übernahmen von der Stellungnahme der Ortskrankenkassenverbände.

87 Ebd.

88 Ebd.

89 Ebd.

90 Ebd.

91 Ebd.

92 Ebd.

Er schrieb den Ärzten ganz offensichtlich die Rolle des Kämpfers für die Patienten zu. Damit ging er mit den Juristen konform und reihte sich in die bisher von ihnen vorgebrachte Darstellung ein. Die gegenwärtige, nicht zufriedenstellende Situation mit gehäuften „eklatante[n] Durchbrechungen der ärztlichen Schweigepflicht durch Behörden“⁹³ veranlasste den Deutschen Bund für Bürgerrechte von einem Arbeitskreis aus Ärzten, Juristen und Laien einen Gesetzentwurf über die ärztliche Schweigepflicht anfertigen zu lassen mit dem Ziel, der Schweigepflicht wieder mehr Schutz zukommen zu lassen. Das *Deutsche Ärzteblatt* publizierte diesen Gesetzentwurf im Jahre 1952. Über den inzwischen von der Bundesregierung verabschiedeten Strafrechtsänderungsgesetzentwurf berichtete der Jurist Hess in seinem Artikel und befürwortete den geplanten Wegfall von Abs. 3 des § 13 der RÄO. Ihm nach war dieser einst zum Schutz bedacht, doch habe er im Dritten Reich zur Schwächung der Schweigepflicht geführt und ihre Durchbrechung mehr und mehr gefördert.⁹⁴ Die Schwierigkeiten mit der ärztlichen Schweigepflicht nahmen kein Ende und waren enorm genug, um im selben Jahr zum Thema des Deutschen Ärztetages zu werden. In dem von dem *Ärzteblatt* veröffentlichten Referat des damaligen Bundesärztekammerpräsidenten Professor Hans Neuffer zeigte er symbolisch auf wohin sich die Schweigepflicht entwickelt hatte: „Aus einem Schild, den die Schweigepflicht über den Kranken halten sollte, ist ein Sieb geworden, durch das die Geheimnisse des Kranken durch hundert Löcher in die Öffentlichkeit träufeln.“⁹⁵ Dieses beispielhafte Zitat erinnert sehr an das bereits von Rodewald aufgeführte Zitat und ist fast identisch. Keiner nahm jedoch Bezug auf den anderen. Neuffer befasste sich in seinem Referat mit der Darstellung der ärztlichen Schweigepflicht von der Antike, einschließlich des Hippokratischen Eides, über die gesetzliche Fixierung bis zu den derzeitigen Schwierigkeiten. Er veranschaulichte das Problem mit der Durchbrechung der Schweigepflicht durch Aufzählung diverser Melde- und Anzeigepflichten, außerdem durch Akteneinsicht von Finanzamt,

93 Lemme (1952), S. 246

94 Hess (1952), S. 306

95 Neuffer (1952), S. 320

Staatsanwälten und Gerichten sowie der Diagnosemitteilung an die Sozialversicherung, die vielleicht, wie er eingestand, zum Teil berechtigt seien, doch seien hier Grenzen überschritten worden.⁹⁶ Zwar müsste man hinnehmen, dass die Schweigepflicht für die Sozialversicherung nicht mehr so unantastbar sein könne wie einst, jedoch sei die ärztliche Schweigepflicht inzwischen derartig „durchlöchert“⁹⁷ worden, dass man gezwungen sei dagegen vorzugehen. Kritisch gegenüberstehen müsse man der erschreckenden Einstellung von Angestellten in der Sozialversicherung, dass die ärztliche Schweigepflicht hier generell nicht existiere.⁹⁸ Ihren Bruch rechtfertigte man durch die für die Beschäftigten in der Sozialversicherung und Dienststellen geltende eigene Verschwiegenheitspflicht. Diese sei ihm nach aber keineswegs gleichzusetzen mit der des Arztes. Der Patient vertraue sein Geheimnis lediglich dieser einen Person, seinem Arzt, an.⁹⁹ Lediglich beiläufig nahm er Bezug auf das Dritte Reich, indem er sich bei seiner strikten Ablehnung gegenüber einer gesetzlich verankerten Pflicht zur Offenbarung für die Herausnahme des Begriffes „gesundes Volksempfinden“ aus § 13 der RÄO aussprach, mit dem „in der Vergangenheit sehr viel Unfug getrieben worden“¹⁰⁰ sei. Durch die Formulierung „Unfug“ verlieh er seiner Kritik daran zwar Ausdruck, doch ging er nicht näher auf die Delikte der NS-Zeit ein. Nach Neuffer sei es an der Zeit der ärztlichen Schweigepflicht wieder die Geltung zuteil werden zu lassen, die ihr zustehe.¹⁰¹ Als Lösungsansatz stellte er *Leitsätze zur ärztlichen Schweigepflicht*¹⁰² mit darin enthaltenen Verbesserungsvorschlägen auf, die vom Präsidium des Deutschen Ärztetages später angenommen wurden. Zwei Punkte sind von den Leitsätzen hervorzuheben: Einmal die erneute Betonung, dass der Anspruch auf Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht ein „Menschenrecht des Kranken“¹⁰³ sei.

96 Neuffer (1952), S. 320

97 Ebd., S. 364

98 Vgl. ebd.

99 Vgl. ebd., S. 365

100 Ebd.

101 Vgl. ebd., S. 321

102 Vgl. Haedenkamp (1952), S. 321

103 Ebd.

Zum anderen ihre argumentative Bedeutung als Vertrauensgrundlage zwischen Arzt und Patient, die für eine erfolgreiche Arbeit unabdingbar sei und somit „die wichtigste B e r u f s p f l i c h t d e s A r z t e s“¹⁰⁴. Als Korreferent kam der Rechtsanwalt Hans-Joachim Lemme aus der Perspektive des „potentielle[n] Patient[en]“¹⁰⁵ und als Vertreter des Bundes für Bürgerrechte zu Wort. Er pflichtete Neuffer bei, indem er bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht nicht nur „ein standesrechtliches Problem der Ärzteschaft, sondern [...] ein allgemein menschliches Problem“¹⁰⁶ sah. Des Weiteren führte auch er die Schweigepflicht als „Recht des Patienten“¹⁰⁷ an.

Von der Gegenseite folgte als Reaktion ein Beitrag von dem Obervertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt Württemberg, Dr. H. Ammermüller. Er ging auf den Konflikt zwischen Sozialversicherungsträgern und Ärzten ein und drückte sein Unverständnis für die aufgekommene Diskussion über die ärztliche Schweigepflicht in der Sozialversicherung aus. Ammermüller sicherte zu, dass auch die Vertrauensärzte die „Erhaltung und Vertiefung der ärztlichen Schweigepflicht“¹⁰⁸ grundsätzlich als erforderlich ansehen. Zudem nähme aus seiner Sicht nur ein geringer Anteil der Angestellten in der Sozialversicherung von den Details des Krankheitsgeschehens Kenntnis. Für ihn existierte hier keine „Durchlöcherung“ der Schweigepflicht. Ebenso undenkbar sei ihm nach, dass die Versicherten in der Arbeit der Sozialversicherung „eine Verletzung oder Entwertung der ärztlichen Schweigepflicht sehen“¹⁰⁹. Er nahm also eine konträre Position zu den Ärzten und Juristen ein.

Schließlich trug man dem Verlangen nach einem besseren Schutz der Schweigepflicht Rechnung. Mehrere Artikel widmeten sich dem dritten Strafrechtsänderungsgesetz von 1953. Dem ersten Staatsanwalt Becker

104 Haedenkamp (1952), S. 321

105 Lemme (1952), S. 369

106 Ebd.

107 Ebd.

108 Ammermüller (1953), S. 33

109 Ebd., S. 34

zufolge sei die Sicherung der ärztlichen Schweigepflicht durch die Gesetzesänderung in den Vordergrund gestellt worden, nachdem im Dritten Reich „Schweigepflicht und Schweigerecht“¹¹⁰ in zunehmendem Maße geschwächt worden seien. Zum Beispiel sei die ärztliche Schweigepflicht in den Antagonismus „zwischen privater menschlicher Vertrauenssphäre“¹¹¹ einerseits sowie Staatsgewalt andererseits geraten, wobei im Falle eines Konfliktes Letzteres überwog. Gemäß § 13 der RÄO habe es dem Arzt obliegen stets abzuklären, ob er zur Zeugnisverweigerung berechtigt sei, ebenso wie die Allgemeininteressen und Individualinteressen auszutarieren, wobei im Nationalsozialismus das Allgemeininteresse überwogen habe.¹¹² Nach Oberstaatsanwalt Rahn sei zu dieser Zeit der „Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht“ keine hohe Wertschätzung entgegengebracht worden und habe „dazu beigetragen, daß auch innerhalb der Ärzteschaft das Gefühl für eine gewissenhafte Einhaltung des Schweigegebots gemindert worden war“¹¹³. Er befürwortete das in der Nachkriegszeit wiederholt aufgetretene Verlangen nach mehr Anerkennung und Geltung der Schweigepflicht. Schließlich erweise das neue Gesetz ihrer Einhaltung wieder mehr Beachtung.¹¹⁴ Dem dritten Strafrechtsänderungsgesetz zufolge wurde § 13 der RÄO abgeschafft und die Schweigepflicht als umgeänderter § 300 erneut im Strafgesetzbuch verankert.¹¹⁵ Zusätzlicher Schutz und mehr Bedeutung erhielt sie durch die Änderungen von § 138 StGB mit eingeschränkter Anzeigepflicht, § 53 StPO mit ausgedehntem Zeugnisverweigerungsrecht und § 97 StPO mit erweitertem Beschlagnahmeverbot.¹¹⁶ Der Wahrung der Schweigepflicht in Relation zur „Aufklärung einer Straftat“¹¹⁷ kam nun ein höherer Rang zu.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass anfangs die Problematik mit der

110 Becker (1953), S. 703

111 Ebd.

112 Vgl. ebd.

113 Rahn (1953), S. 706

114 Vgl. ebd.

115 Vgl. ebd.

116 Vgl. ebd., S. 706f.

117 Rahn (1955), S. 191

Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht durch die Sozialversicherung sowie durch diverse Anzeige- und Meldepflichten und dem Einsichtsrecht der Finanzbehörden im Mittelpunkt stand. Ein Entgegenkommen zeichnete sich durch die Gesetzesänderung und Wiederaufnahme der Schweigepflicht in § 300 StGB ab, mithilfe dieser ihr wieder mehr Bedeutung verschafft werden sollte. Anzeige- und Meldepflichten wurden nach und nach eingestellt. Der Disput zwischen Krankenkassen und Ärzten war fortwährend und ging sogar soweit, dass den Ärzten vorgeworfen wurde, gewinnbringend abkassieren zu wollen. Beide Autorengruppen, Ärzte und Juristen, waren sich in der Wertschätzung für die ärztliche Schweigepflicht einig. Stets wurden die Ärzte dazu aufgerufen, sich für die Wiederherstellung der Schweigepflicht einzusetzen. Indem im *Ärzteblatt* quasi fortwährend Befürworter der Schweigepflicht zu Wort kamen, fand eine richtige Diskussion nicht statt. Lediglich einmal äußerte sich von der Gegenseite ein Obervertrauensarzt einer Landesversicherungsanstalt, der jedoch in der aktuellen Situation kein Problem mit der Schweigepflicht erkannte. Wiederholt trat das Argument auf, dass die ärztliche Schweigepflicht die Grundvoraussetzung für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und damit für eine erfolgreiche Behandlung sei. Dies war vereinbar mit der Zeit des Neubeginns nach dem Dritten Reich, in der man das Vertrauen der Patienten zurückgewinnen wollte. Eine nähere Auseinandersetzung mit den Medizinverbrechen während des Nationalsozialismus blieb jedoch aus. Die Ärzteschaft war bestrebt ihre Schweigepflicht wiederherzustellen. So war das Arztethos assoziiert mit einem Kampf für die Schweigepflicht – und da diese als Recht des Patienten galt – gleichzeitig mit einem Kampf für den Patienten. Die Darstellung der Ärzte als Kämpfer lässt sich mit der Vergangenheit in Verbindung bringen. Während des Neuanfanges waren sie bestrebt ihren Ruf wieder aufzubessern und zu zeigen, dass sie im Dienste der Patienten stehen. Leserbriefe blieben aus. Eine theoretisch mögliche Erklärung hierfür wäre, dass die Leserschaft dem Thema kein großes Interesse entgegenbrachte. Dem widerspricht jedoch die Relevanz des Themas zu dieser Zeit, die die hohe Artikelanzahl dazu bestätigte.

Vor allem auch die Tatsache, dass es zum Thema des Deutschen Ärztetages wurde und dessen Beschlüsse erneut die Bedeutung der Schweigepflicht hervorhoben.

5.2 1957 – 1972: GRENZEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

In diesem Zeitraum prägten mehrere unterschiedliche Themen die Debatte über die ärztliche Schweigepflicht. Immer wieder warf sich die Frage auf, ob eine Gesetzesänderung hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht bei Fahruntauglichkeit angezeigt sei. Ein Artikel diene einer Richtigstellung, nachdem von der Presse aufgrund Fehlinterpretation eines Vortrages publiziert worden sei, dass für Ärzte eine Pflicht zur Offenbarung bei verkehrsgefährdenden kranken Kraftfahrern gelte. Das *Deutsche Ärzteblatt* stellte diesen ursächlichen, vor Unfallmedizinern referierten Vortrag des Bundesanwaltes Dr. Kohlhaas dar. Zu Beginn verwies die Schriftleitung auf einen durch diese Pressepublikationen hervorgerufenen Beschluss des 60. Deutschen Ärztetages 1957, wonach dieser sich klar gegen eine Aushöhlung der „ärztliche[n] Schweigepflicht aus Zweckmäßigkeitserwägungen unter Berufung auf ein höheres Rechtsgut“¹¹⁸ ausgesprochen habe. Das Recht zur Offenbarung dürfe nicht in eine Pflicht uminterpretiert werden.¹¹⁹ Kohlhaas' Vortrag zufolge bestehe bei nicht gegebener Fahreignung für den Arzt ein Recht, jedoch keine Pflicht, einen Patienten dem zuständigen Amt zu melden.¹²⁰ Er befürwortete diese gesetzliche Regelung, da der Arzt nicht als „Büttel der Polizei“¹²¹ ausgenutzt werden dürfe. Dadurch stellte auch er sich hinter den Ärztestand und maß ihm mehr Achtung zu. Kohlhaas führte fort, es sei Ermessenssache des Arztes, welches Rechtsgut überwiegt, Schweigepflicht oder Offenbarungsrecht und sprach sich für diese letztendliche Entscheidungsbefugnis des Arztes aus.¹²²

118 Die Schriftleitung (1957), S. 862

119 Ebd.

120 Vgl. Kohlhaas (1957), S. 862ff.

121 Ebd., S. 863

122 Vgl. ebd.

Noch einmal kam das Thema Finanzbehörden auf. So berichtete das *Deutsche Ärzteblatt* im Jahre 1958 über den Beschluss des Bundesfinanzhofes, der der Ärzteschaft zugestand, den Finanzbeamten den Einblick in die Patientenakte zu verwehren. Der ärztlichen Schweigepflicht sei somit mehr Schutz zugekommen.¹²³ Gleichzeitig setzte der Bundesfinanzhof ein Zeichen, dass die Schweigepflicht gebührend beachtet werden muss. Folglich gingen die Ärzte hier als Gewinner des Konfliktes hervor und hatten ihr Ziel erreicht.

Auf das Thema Schweigepflicht bei verkehrsgefährdenden Patienten ging das *Deutsche Ärzteblatt* 1968 erneut ein und berichtete über eine Fragestunde des Deutschen Bundestages. Auf die Frage, ob sich der Arzt an seine Schweigepflicht halten müsse, wenn seine Patienten krankheitsbedingt Verkehrsunfälle herbeiführen, nahm der damalige Bundesjustizminister Dr. Gustav Heinemann Stellung. Er habe klargelegt, dass nach aktueller Rechtslage eine Befugnis zur Offenbarung nach Rechtsgüterabwägung zugunsten eines höheren Gutes bestehe.¹²⁴ Aus seiner Sicht war nach wie vor kein Anlass zu einer Gesetzesänderung gegeben: „[D]ie Frage der ärztlichen Schweigepflicht [sollte] weiterhin der Rechtsprechung und der persönlichen Verantwortung des Arztes überlassen bleiben.“¹²⁵

Anhand mehrerer Artikel nahm sich das *Deutsche Ärzteblatt* dem Thema Schweigepflicht bei Geschlechtskrankheiten an. Anlass dazu war eine von der Bundesregierung beabsichtigte Änderung der Meldepflichtregelung aufgrund eines deutlichen Anstieges der Zahl an Geschlechtskrankheiten, basierend auf einer von Experten aufgestellten Mutmaßung.¹²⁶ Die Bundesärztekammer stellte sich gegen die geplante Gesetzesänderung mit Angabe der „Anfangsbuchstaben des Vor- und Nachnamens“¹²⁷ sowie des kompletten Geburtsdatums Geschlechtskranker an das Gesundheitsamt. Sie sah darin die

123 Vgl. Unbekannt (1958), S. 209

124 Vgl. sto (1968), S. 477

125 Ebd.

126 Vgl. gt (1968), S. 2371

127 gt (1967), S. 2004

ärztliche Schweigepflicht bedroht. Außerdem bestehe die Gefahr, dass Betroffene einem Arztbesuch fernbleiben und sich einer Therapie entziehen¹²⁸, womit keinem geholfen wäre. Für die Wahrung der Schweigepflicht und gleichzeitig für eine effektive „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ verlangte sie wiederholt ihren Anforderungen nachzukommen, alle Auskünfte, die eine Kenntlichmachung des Betroffenen zulassen würden, zu umgehen.¹²⁹ Mittels „einer Stellungnahme an den Ausschuß für Gesundheitswesen des Deutschen Bundestages“ schlug die Bundesärztekammer Alarm und gab der „Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht“¹³⁰ durch die geplante Gesetzesänderung erneut zu bedenken. Doch der Bundestag ließ sich davon nicht abhalten, er verabschiedete 1969 ein Gesetz zur Wiedereinführung einer generellen Meldepflicht für Geschlechtskranke, zwar anonym, jedoch mit vollständiger Nennung des Geburtsdatums.

Ein neuer Aspekt reihte sich in die Frage nach einer Aufweichung der Schweigepflicht ein. So ging der Arzt Josef Stockhausen im Jahre 1967 in seinem Artikel auf einen Tageszeitungsbericht ein, der eine vermeintlich geplante Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht im Falle einer Kindesmisshandlung beinhaltete. Ausschlaggebend war die Anfrage eines Bundestagsabgeordneten an den Justizminister Heinemann in der Fragestunde des Bundestages, ob eine falsche Ansicht über ihre Schweigepflicht von Seiten der Ärzte die Aufdeckung von Kindesmisshandlungen verhindere. Der Bundesjustizminister antwortete daraufhin: „[E]s mag sein, daß bei Ärzten gelegentlich eine Ungewißheit über die Grenzen der Schweigepflicht besteht, so daß ein Arzt sich gehindert glaubt, Kindesmißhandlungen zu offenbaren.“¹³¹ Eine Mitteilung an das Jugendamt oder die Polizei sei, wie er fortführte, aber keine unbefugte Offenbarung und damit kein Straftatbestand. Jedoch müsse der Arzt abwägen, ob er die Tat dem Jugendamt oder der Polizei mitteile oder

128 Vgl. gt (1968), S. 2371

129 Ebd.

130 gt (1969), S. 312

131 Stockhausen (1967), S. 837

nicht, dazu bestehe keine Verpflichtung, dies sei Ermessenssache des Arztes, also eine Frage der „ärztliche[n] Ethik“¹³². Nach Heinemann bestünde aber kein Anlass zu einer Lockerung der Schweigepflicht. Stockhausen war der Meinung, es sei „unverständlich, wie man die Äußerung des Bundesjustizministers [...] so fehlerhaft [...] interpretieren“¹³³ könne, indem man schreibt, dass „bei vielen Ärzten [...] möglicherweise Unsicherheit darüber [herrsche], wann sie ihre Schweigepflicht brechen könnten“¹³⁴. Seine Erzürnung darüber brachte Stockhausen folgendermaßen zum Ausdruck: „Glaubt man denn wirklich, Ärzte seien so welt- und lebensfremd, daß sie in Fällen von Kindesmißhandlungen nicht wüßten, was sie zu tun hätten?“¹³⁵ Solch eine Reaktion erweckt den Eindruck, dass er die Falschauslegung des Zitates wie eine Art Angriff auf die Ärzteschaft empfand, die er dadurch einem weiteren drohenden Ansehensverlust ausgesetzt sah. Er führte fort, dass den Ärzten durchaus bewusst sei, dass sie die Schweigepflicht in gewissen Situationen nach Güterabwägung brechen können. Auch wenn teilweise Unklarheit herrsche im Hinblick auf die befugte Offenbarung, würde die Schweigepflicht keinen Arzt daran hindern sie zum Schutze eines Kindes zu brechen. Stockhausen vertrat Heinemanns Meinung und sah keinen Grund für eine Gesetzesänderung. „Im Gegenteil“¹³⁶, argumentierte er, käme es im Zuge dieser zu einer Lockerung der Schweigepflicht, könnte sich dies nachteilig auf die betroffenen Kinder auswirken, indem der Arztbesuch von den Eltern vermehrt verhindert würde.

Durch diesen Artikel sah sich nun auch die Leserschaft zur Stellungnahme veranlasst. So folgten zwei Leserbriefe, die ebenfalls keinen Grund für eine Gesetzesänderung sahen und sich damit auf die Seite Stockhausens stellten. Im ersten Leserbrief war die Ärztin Professor Elisabeth Trube-Becker der Auffassung: „Es gibt kaum ein Gebiet der ärztlichen Rechts- und Standeskunde, das dem Arzt [...] immer wieder so viel Schwierigkeiten bereitet wie das der

132 Stockhausen (1967), S. 837

133 Ebd., S. 838

134 Ebd.

135 Ebd.

136 Ebd.

ärztlichen Schweigepflicht.“¹³⁷ Indem nach damaliger Rechtslage keine Anzeigepflicht bestünde, „wird ganz besonderes Vertrauen in die ethische Einstellung des Arztes gelegt. Er allein muß entscheiden, ob die Anzeige bei der Polizei geboten ist, oder ob zunächst die Möglichkeit besteht, den Schutz des Kindes auf andere Art zu erreichen“¹³⁸. Trube-Becker befürwortete die zu dieser Zeit bestehende Gesetzeslage mit der „freie[n] Entscheidung des Arztes“¹³⁹. Sie ging davon aus, dass eine Gesetzesänderung zu einer erweiterten Offenbarungsbefugnis sich negativ auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirken würde. Die Vertrauensgrundlage zwischen Arzt und Patient „und damit eine der wesentlichen Grundlagen der ärztlichen Tätigkeit überhaupt“ würde „geschmälert“ werden und das Kind, das Hilfe bekommen sollte, „wäre der Leidtragende“¹⁴⁰. Ihre Argumentation entsprach also der Stockhausens.

Der Arzt Privatdozent R. Lempp, Verfasser des zweiten Leserbriefes, sah ebenso wenig Bedarf für eine Gesetzesänderung bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht.¹⁴¹

Wie dem Nachwort von Stockhausen zu entnehmen war, erkannte dieser in den beiden Leserbriefen eine Bestätigung seiner Auffassung, dass es keinen Grund für eine „Änderung“¹⁴² der strafrechtlichen Regelungen in Bezug auf Kindesmisshandlung und ärztliche Schweigepflicht gäbe. Dem Arzt sei bewusst, wie er bei Kindesmisshandlung unter Achtung der ärztlichen Schweigepflicht, aber auch nach Rechtsgüterabwägung im Einzelfall richtig handeln müsse. Durch die gegenwärtige Rechtslage bestehe dabei keine Beeinträchtigung. Dies aufzuzeigen sei für Stockhausen der Grund gewesen seinen Artikel im *Deutschen Ärzteblatt* zu publizieren.¹⁴³

137 Trube-Becker (1967), S. 1859

138 Ebd.

139 Ebd.

140 Ebd.

141 Vgl. Lempp (1967), S. 1860

142 Stockhausen (1967), S. 1860

143 Vgl. ebd.

Diese Einstellung zur ärztlichen Schweigepflicht bei Kindesmisshandlung wurde ein Jahr später noch einmal bestätigt. Das *Deutsche Ärzteblatt* berichtete über einen Brief an die *Bild-Zeitung* von Professor Ernst Fromm, dem damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Er sah sich zur Rechtfertigung veranlasst, nachdem die *Bild-Zeitung* veröffentlicht habe, dass unter Ärzten Unklarheit herrsche bezüglich einer Anzeigepflicht bei sogenannten „Prügel-Eltern“¹⁴⁴. Dies wurde von Fromm deutlich verneint. Er schrieb in seinem Brief, dass eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht „zum Schutz eines bedrohten höheren Rechtsgutes“¹⁴⁵ gesetzeskonform sei. Seiner Meinung nach sei dies genug und bedürfe keiner Änderung. Damit sei auch von der Behauptung, dass die Schweigepflicht den Ärzten eine Anzeige verbiete, die die *Bild-Zeitung* von manchen Ärzten gehört haben soll, das Gegenteil bewiesen.¹⁴⁶ Es werde „hier ein Problem konstruiert [...], das in Wirklichkeit“¹⁴⁷ keines sei. Er empfände es als korrekt, dass der Arzt „einen Bruch der Schweigepflicht, den er hier im Interesse eines Kindes bewußt begeht, vor seinem Gewissen oder gegebenenfalls vor einem Gericht verantworten muß“¹⁴⁸.

„Bei den Betriebskrankenkassen wird das Ärztegeheimnis mit den Füßen getreten!“¹⁴⁹ Mit diesem Zitat meldete sich 1968 ein leitender Angestellter eines „großen Unternehmen[s]“¹⁵⁰ in einem anonymen Leserbrief zu Wort. Er bestätigte das weiterhin bestehende Problem mit den Krankenkassen. Mit großen Bedenken wandte er sich an den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Fromm, angetrieben von dem bei den Betriebskrankenkassen herrschenden „Notstand“ mit der Bitte um „Abhilfe“¹⁵¹. Mit den Krankenakten würden ihm nach „sämtliche Interna

144 sto (1968), S. 541

145 Ebd.

146 Vgl. ebd.

147 Ebd.

148 Ebd.

149 XYZ (1968), S. 628

150 Ebd.

151 Ebd.

brühwarm ausgetauscht“¹⁵², die bei entsprechender Krankheit zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. In Personalfragebögen seien prekäre Details enthalten. Die ärztliche Schweigepflicht existiere bei der Betriebskrankenkasse quasi nicht. Wie verzweifelt er sein musste, spiegelte sich in seiner Bitte wider, „Betriebskrankenkassen gegenüber notfalls auch einmal eine kleine Notlüge zu gebrauchen“¹⁵³, zum Schutz der Patienten. Dadurch bestätigte sich der bisher vom *Ärzteblatt* dargestellte Konflikt mit der Sozialversicherung von extern – und zwar interessanterweise von der Gegenseite. Die Ärzteschaft war gewillt gegen den Missstand in den Krankenkassen hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht vorzugehen: Aus der Entschließung des 71. Deutschen Ärztetages ging die Aufforderung an das Parlament zu einer Abschaffung der Diagnoseangabe an die Krankenkasse zur Sicherung der Schweigepflicht hervor.¹⁵⁴

Die Schwierigkeiten waren nach wie vor zugegen. So bemerkte der Arzt Professor Paul Krauß im Jahre 1972 in seinem Artikel mit dem Titel „Aktuelle Probleme der ärztlichen Schweigepflicht“, es sei diffiziler geworden, „durch medizinische, technische und soziale Entwicklungen“¹⁵⁵ das Patientengeheimnis einzuhalten. Auch wenn die Schweigepflicht einem stetigen Wandel der Zeit unterliegt durch gesellschaftliche Veränderungen, die sich in einer zunehmenden Behandlung im Krankenhaus mit mehr Personal, verstärkter Facharztmitteinbeziehung oder der von Seiten der Patienten vermehrten Freizügigkeit über ihre Krankheit zu sprechen, widerspiegeln, sei die Schweigepflicht nach wie vor bedeutend.¹⁵⁶ Probleme bereite für ihn unter anderem die Sozialversicherung und ihre „Auskunftspflichten“¹⁵⁷. Diese erachtete Krauß für den Arzt als nach wie vor schwierig mit der Schweigepflicht in Einklang zu bringen. Während es für den Juristen Kohlhaas, den er zitierte, „selbstverständlich“¹⁵⁸ sei, dass „als Folge des Sozialstaats“ akzeptiert werden

152 XYZ (1968), S. 628

153 Ebd., S. 629

154 Unbekannt (1968), S. 1377

155 Krauß (1972), S. 1156

156 Vgl. ebd., S.1156f.

157 Ebd., S. 1160

158 Ebd.

müsse, dass bei „Behörden“ Nichtärzte in Kontakt mit „Akten“¹⁵⁹ kommen, sei dies für den Arzt nicht der Fall. Die Auskunftersuche der Sozialversicherung sollten auf Indikation und Ausmaß der Notwendigkeit sowie bezüglich der Berechtigung zur „Durchbrechung der Schweigepflicht“¹⁶⁰ kontrolliert werden. Er erachtete die Schweigepflicht aus ethischer Perspektive wichtiger als aus rechtlicher und argumentierte: Strafverfahren wegen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht seien selten und damit der „effektive“ Patientenschutz durch § 300 StGB zwar „gering“¹⁶¹. „Unbestreitbar“ sei jedoch „die psychologische Auswirkung“ auf Ärzte, „weil die Schweigepflicht eine aus der inneren Gesetzlichkeit des ärztlichen Berufes unausweichlich erwachsende Pflicht darstellt.“¹⁶² Abschließend stellte er die Frage, ob dem Patienten nicht die Option eingeräumt werden sollte, sich bei Verletzung der Schweigepflicht „an die Berufsgerichte zu wenden“¹⁶³. Krauß setzte sich dadurch für den Patienten, gleichzeitig aber auch für das angeschlagene Ansehen der Ärzte ein, dem dies seiner Meinung nach sicherlich dienen würde.¹⁶⁴ So sollte die Schweigepflicht also zur Rettung des ärztlichen Ansehens benutzt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass unter anderem hervorgerufen durch Falschdarstellungen der Presse immer wieder die Frage nach einer Pflicht zur Offenbarung mit konsekutiver Lockerung der Schweigepflicht aufkam. Das *Deutsche Ärzteblatt* sah sich daraufhin veranlasst, wiederholt klarzustellen, dass keine Indikation zu einer Gesetzesänderung bei Fahruntauglichkeit oder Kindesmisshandlung bestehe, denn der damaligen Gesetzeslage entsprechend sei nach Rechtsgüterabwägung eine Durchbrechung der Schweigepflicht unter gewissen Umständen legitim. Dies genüge. Eine Erweiterung zu einer Rechtspflicht zur Meldung oder Offenbarung sei hier nicht förderlich und deshalb abzuweisen. Die hinsichtlich

159 Krauß (1972), S. 1160

160 Ebd., S. 1162

161 Ebd., S. 1162f.

162 Ebd., S. 1163

163 Ebd.

164 Vgl. ebd.

Rechtsgüterabwägung aktuell geltende letztendliche Entscheidungsbefugnis des Arztes wurde als korrekt erachtet. In den Leserbriefen zur Durchbrechung der Schweigepflicht bei Kindesmisshandlung spiegelte sich die Meinung wider. Als Argument gegen eine Lockerung der Schweigepflicht fiel ein daraus folgender Vertrauensverlust zwischen Patient und Arzt. Während in Bezug auf Verkehrsgefährdung oder Kindesmisshandlung auch für den Bundestag kein Anlass zu einer Lockerung der Schweigepflicht bestand, maß er der Aufklärung von Geschlechtskrankheiten einen höheren Wert als der Schweigepflicht zu. So verabschiedete er 1969 trotz vehementem Widerstand der Ärzte eine Gesetzesänderung mit einer Meldepflicht bei Geschlechtskrankheiten. Nach wie vor wurde die Auskunftspflicht gegenüber der Sozialversicherung als Problem gehandelt. Verdeutlicht und bestätigt wurde dies anhand eines um Hilfe rufenden Verfassers eines Leserbriefes, wonach bei Betriebskrankenkassen die Schweigepflicht abhanden gekommen sei. Indirekt wurde in einem Artikel der Vorschlag unterbreitet die Schweigepflicht zum Ansehenserhalt der Ärzte zu benutzen.

5.3 AB 1973: GEFAHR DURCH NEUE TECHNISCHE ENTWICKLUNGEN

Im Jahre 1973 setzte sich die Generalversammlung des Weltärztebundes auf ihrer Wissenschaftlichen Tagung mit der Frage der „Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht“¹⁶⁵ auseinander, nachdem der Computer inzwischen auch Einzug in die Medizin hielt. Anlass und zugleich Warnung gab die bereits in anderen Gebieten erfolgte versuchte Durchlöcherung der Schweigepflicht.¹⁶⁶ Das *Deutsche Ärzteblatt* veröffentlichte einen Artikel von Professor Josef Stockhausen, dem damaligen Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer. Der Artikel galt als Grundlage für sein bei der wissenschaftlichen Tagung gehaltenes Referat. Stockhausen sah die ärztliche Schweigepflicht durch den

¹⁶⁵ uer (1973), S. 2236

¹⁶⁶ Vgl. ebd.

Computer und die elektronische Datenverarbeitung gefährdet. Hervor hob er ihre bereits durch den Hippokratischen Eid in den Fokus „der ärztlichen Berufspflichten“¹⁶⁷ gerückte Bedeutung, die nach wie vor gelte. Die ärztliche Schweigepflicht wäre als „Schutz des Patientengeheimnisses“ seit eh und je „von entscheidender Bedeutung“¹⁶⁸ und für eine erfolgreiche ärztliche Tätigkeit unverzichtbar gewesen. Anhand „der Einführung des Computers in die Medizin“ werde sie als „Schutz“, wenn überhaupt machbar, noch viel mehr benötigt.¹⁶⁹

In einem weiteren Referat kam aus Sicht des Patienten der Nichtarzt Walter Weißauer zu Wort. Er bemerkte, „daß der Patient auf die ärztliche Schweigepflicht baut“ und nebenbei „erwarte [...], daß der Arzt sich gegen alle staatlichen Eingriffe oder sonstigen Entwicklungen zur Wehr setzt, die das Patientengeheimnis gefährden könnten“¹⁷⁰. Er als Patient teilte also die Auffassung der Ärzte.

Welch hoher Stellenwert der ärztlichen Schweigepflicht zukam, verdeutlichte sich an dem bereits bekannten Argument mit der Schweigepflicht als „Basis“¹⁷¹ für das Arzt-Patienten-Verhältnis, das auch bei der Wissenschaftlichen Tagung des Weltärztebundes fiel. Indem betont werden sollte, dass die Schweigepflicht „zur Wahrung des *Patientengeheimnisses*“¹⁷² bestünde, wurde der Patient erneut in den Vordergrund gestellt. Gleichzeitig wurde hier ein weiteres Mal der Einsatz des Arztes für den Patienten herausgestellt. In seiner Entschliebung zur ärztlichen Schweigepflicht betonte der Weltärztebund nochmals, wie wichtig ihre Aufrechterhaltung sei und bat die Vereinten Nationen um „Hilfe [...] zur Sicherung dieses für einen einzelnen Menschen fundamentalen Rechts“¹⁷³.

Im Jahre 1974 sah sich das *Deutsche Ärzteblatt* veranlasst, mittels eines Kurzberichtes aufzuklären, dass das Zeugnisverweigerungsrecht ein Ausfluss der ärztlichen Schweigepflicht sei und entgegen der in der Öffentlichkeit

167 Stockhausen (1973), S. 2599

168 Ebd., S. 2600

169 Ebd.

170 Burkart und Burkart (1973), S. 3417

171 gb (1973), S. 3033

172 Ebd.

173 Ebd., S. 3034

herrschenden Meinung kein Sonderrecht des Arztes. De facto sei „die ärztliche Schweigepflicht nur die Folge des *Rechtes des Patienten*, vor einem Bekanntwerden dessen, was er dem Arzt anvertraut, zuverlässig geschützt zu sein: Die Schweigepflicht dient dem Schutz des Patientengeheimnisses.“¹⁷⁴ Diese Aufklärung wirkte wie eine Verteidigung der Ärzte. Sie vermittelte erneut das Bild, dass die Schweigepflicht ganz im Dienste der Patienten stehe und die Ärzte sich damit für die Patienten einsetzten. „Der Schutz des Patientengeheimnisses“ vor nachlässiger oder beabsichtigter Durchbrechung stehe derzeit vor einer neuen Herausforderung, indem „[d]ie Speicherung von Patientendaten in elektronischen Datenverarbeitungsanlagen“ bedeutende „gedankliche, technische und gesetzgeberische Schutzmaßnahmen“¹⁷⁵ bedürfe.

In einem Artikel, der gleichzeitig als Vortrag auf der „First World Conference on Medical Informations“ diente, sah Professor Hans-Georg Wolters, Mediziner und Staatssekretär im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, für die Nutzung der Datenverarbeitung im medizinischen Bereich eine grundlegende Bedingung, nämlich ein Gleichgewicht „zwischen der Verbesserung der ärztlichen Versorgung durch umfassendere Informationsverarbeitung einerseits und dem Schutz der auf Vertraulichkeit basierenden Arzt-Patient-Beziehung andererseits“¹⁷⁶. Doch warf er später „die Frage [auf], ob der als notwendig erkannte Computereinsatz in der Medizin durch eine zu enge Handhabung der ärztlichen Schweigepflicht unangemessen behindert wird“¹⁷⁷. Dies wirkte fast wie ein Vorwurf gegenüber der Bedeutung, die der Schweigepflicht entgegengebracht wurde. Der bis dato bestehende hohe Stellenwert der Schweigepflicht schien hinterfragt zu werden. Weiter war für ihn unklar, ob sie dem Druck der neuen Herausforderung standhalten könne: „Es stellt sich also die Frage, [...] ob diese Schutznorm flexibel genug ist, auch angesichts der neuen technischen Entwicklung ihren Zweck zu erfüllen.“¹⁷⁸

174 Unbekannt (1974), S. 1828

175 Ebd.

176 Wolters (1974), S. 3691

177 Ebd., S. 3693

178 Ebd.

Im Laufe der Zeit habe sich durch die „Entwicklung des Gesundheitswesens“ der sogenannte „Kreis der Wissenden“ vergrößert und die Datenweitergabe sei zur Normalität geworden.¹⁷⁹ Deswegen werde aus Sicht des Patienten die Computernutzung wegen der Schweigepflicht vermutlich nicht abzulehnen sein, solange „die gespeicherten Daten“ sicher aufbewahrt würden und damit vor der Einsicht „Unbefugter“¹⁸⁰ geschützt seien. Unter gewissen Voraussetzungen sah er durch den Computereinsatz auch keinen Verstoß gegen die Schweigepflicht.¹⁸¹

Einige Jahre später kam das Thema erneut zur Sprache, diesmal wurde einmal mehr Kritik an der Datenverarbeitung wegen ihrer Gefahr für die Schweigepflicht laut. So ist aus dem Tagungsbericht von der Hauptversammlung des Marburger Bundes im Jahre 1980 zu entnehmen, dass nach dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz, Professor Hans-Peter Bull, „der Datenschutz im Bereich der ärztlichen Schweigepflicht“¹⁸² einer Änderung bedürfe, um dem Patienten die Verfügungsgewalt über seine Daten zu sichern. „Die Schweigepflicht sei *kein Selbstzweck*, sondern solle die Grundlage allen ärztlichen Handelns sein.“¹⁸³ Sie existiere für den Patienten. Nach der Aussage des Juristen Professor Wolfgang Kilian, Leiter der Forschungsstelle für Informationstechnologie an der Universität Hannover, zeichne sich ein weiteres Problem durch die technischen Innovationen ab, mittels denen den Sozialversicherungsträgern immer mehr Patienteninformationen zukäme. Die Rechtmäßigkeit sei hier jedoch fraglich.¹⁸⁴ Eine Bedrohung für die Schweigepflicht und das Arztgeheimnis nahm auch der Psychiater Paul Janssen, Zweiter Vorsitzender des Marburger Bundes wahr, indem „die Datenverbundsysteme“¹⁸⁵ den Zugang zu Patientendaten erleichtern würden. Er warnte: „Niemand, auch die Ärzte und die medizinische Wissenschaft nicht,

179 Wolters (1974), S. 3693f.

180 Ebd., S. 3694

181 Vgl. ebd.

182 Lange (1981), S. 65

183 Ebd.

184 Vgl. ebd.

185 Ebd.

dürfe der Faszination des Computers erliegen.“¹⁸⁶ Mit diesem Artikel stellte das *Ärzteblatt* wieder die Gefahr durch den Computer und die Datenverarbeitung in den Vordergrund. Die Kritik kam dieses Mal von außen, bestand also auch extern und nicht nur unter Ärzten, was wiederum eine Bestätigung für das *Deutsche Ärzteblatt* war.

Der 84. Deutsche Ärztetag blieb der ablehnenden Haltung treu, so rief er die Ärzteschaft 1981 dazu auf, sich gegen eine weitere Aushöhlung der Schweigepflicht zu stellen. Trotz der Vorteile und Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung müsse die Schweigepflicht eingehalten werden und dürfe nicht geschwächt werden.¹⁸⁷ Angesichts des sich entwickelnden Konfliktes zwischen der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und der Datennutzung zu Forschungszwecken sah sich der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer veranlasst eine *Empfehlung zur Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung*¹⁸⁸ herauszugeben. Er war um einen Kompromiss bemüht, dennoch wurde ein der Schweigepflicht zugeschriebener hoher Stellenwert deutlich, indem festgehalten wurde, dass die Verarbeitung personenbezogener Daten der ärztlichen Schweigepflicht unterworfen sei. Der Forschung trat man entgegen, indem die Verwendung personenbezogener Daten nach Einwilligung des Patienten und unter gewissen Bedingungen auch ohne Zustimmung erlaubt wurde.¹⁸⁹

Der Mediziner, Philosoph und Jurist Professor Helmut E. Ehrhardt begrüßte in seinem Artikel 1982 die „Entscheidung des 84. Deutschen Ärztetages“¹⁹⁰. Er war ebenso der Ansicht, dass sich die Ärzte fortwährend gegen die „Durchlöcherung“ der Schweigepflicht durch den Sozialstaat und moderne

186 Lange (1981), S. 65

187 Vgl. Unbekannt (1981), S. 1188f.

188 Vgl. Deneke (1981), S. 1441ff.; vgl. Unbekannt (1981), S.1443

189 Vgl. Unbekannt (1981), S.1443

190 Ehrhardt (1982), S. A/B-79

Datenverarbeitungsmöglichkeiten einsetzen müssten.¹⁹¹ Des Weiteren nannte auch er das Standardargument: „Die Schweigepflicht als Prinzip ärztlicher Ethik“ gelte nach wie vor als Basis für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und „unerläßliche Voraussetzung ärztlichen Handelns“¹⁹². Er führte diverse Schwierigkeiten mit der ärztlichen Schweigepflicht auf. So sah er in dem derzeit rechtskräftigen § 203 StGB solch einen weitgefassten „Kreis sogenannter Geheimnisträger“, der in ihm „den Verdacht auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen Idee und Wirklichkeit“¹⁹³ erweckte. Sehr problematisch erschien ihm auch die notwendige Rechtsgüterabwägung bei Fahruntauglichkeit mit potentieller Durchbrechung der Schweigepflicht.¹⁹⁴

Mit seinem Titel „Verschwiegenheit ist unverzichtbarer Bestandteil des ärztlichen Handelns“¹⁹⁵ betonte der Artikel über den 85. Deutschen Ärztetag 1982 ihre Wichtigkeit. Das Thema des Ärztetages lautete: „Ärztliche Schweigepflicht und Probleme des Datenschutzes“¹⁹⁶. In Anbetracht der vielen Chancen durch den Computer und die Datenverarbeitung sei dem Autor zufolge fraglich, „ob Datenschutz und Schweigepflicht überhaupt ausreichend sichergestellt werden können. Das große Interesse an personenbezogenen Daten läßt hier Zweifel aufkommen.“¹⁹⁷

Dr. Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, behandelte in seinem Referat „das Konfliktfeld zwischen ärztlicher Schweigepflicht, Datennutzung und Datenschutz“¹⁹⁸. Mit folgenden Worten leitete er seinen Vortrag ein: „Zu den wichtigsten Grundlagen in der Beziehung zwischen Patient und Arzt gehört die Verpflichtung des Arztes, über alles zu schweigen, was ihm in Ausübung seines Berufes vom Patienten bekannt wird.“

191 Ehrhardt (1982), S. A/B-79

192 Ebd.

193 Ebd.

194 Vgl. ebd., S. A/B-80f.

195 HC (1982), S. A/B-18

196 Ebd.

197 Ebd., S. A/B-19

198 Unbekannt (1982), S. A/B-57

Verschwiegenheit ist das Fundament für Vertrauen.“¹⁹⁹ Fehle diese auf der Schweigepflicht beruhende Sicherheit, sei das sich Einlassen auf einen Arzt kaum möglich. Anschließend ging Vilmar auf den Hippokratischen Eid und die geschichtliche Entwicklung ein und verdeutlichte, dass die ärztliche Schweigepflicht „sich über Jahrhunderte und Jahrtausende [...] als Richtschnur und zuverlässiger Maßstab bewährt“ habe, „zeitlose Gültigkeit“ besäße und deshalb „auch in Zukunft ärztliches Handeln bestimmen“²⁰⁰ würde. Im Anschluss argumentierte er: „Wie wenig antiquiert und überholt aber die Beachtung ethischer Grundnormen und damit auch der ärztlichen Schweigepflicht ist, sollte besonders nach den Erfahrungen mit der nationalsozialistischen Diktatur, gerade in Deutschland, eigentlich jedermann klar sein.“²⁰¹ Mit diesem Verweis rechtfertigte er seine Einstellung zur Bedeutung der Schweigepflicht. Zwar sei die in der Berufsordnung festgehaltene Schweigepflicht auch zu jener Zeit existent gewesen, doch allzu viel Bedeutung sei ihr durch die damals auferlegte Berechtigung zur Offenbarung nicht beigemessen worden. So begünstigte der interpretationsfähige Ausdruck „nach gesundem Volksempfinden“ den „Mißbrauch“ und vom Arzt sei verlangt worden damit vereinbare Geheimnisse zu offenbaren.²⁰² „Glücklicherweise“ hätten die meisten Ärzte jedoch nicht die Individualinteressen des Patienten den nationalsozialistisch geprägten, sogenannten „Interessen des Volkes“, geschweige denn „dem gesunden Volksempfinden“²⁰³ unterworfen. Die weitaus meisten Ärzte hätten sich „damals unverändert an die für ärztliches Handeln zeitlos gültigen ethischen Normen des hippokratischen Eides gehalten“²⁰⁴. Verklärt wirkte diese Aussage über das Verhalten der Ärzte während des Nationalsozialismus. So ließ er die damals von Ärzten begangenen Vergehen unbeachtet. Die Tatsache, dass das Arztgeheimnis im Bundesdatenschutzgesetz explizit genannt wird und im entsprechenden § 45 die Pflicht zu seiner Einhaltung unangetastet bleibe,

199 Vilmar (1982), S. A/B-57

200 Ebd., S. A/B-57f.

201 Ebd., S. A/B-60

202 Ebd.

203 Ebd.

204 Ebd.

demonstrierte nach Vilmar was für einen hohen Rang „der Gesetzgeber [...] der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht“²⁰⁵ zugestehen. Sie habe demnach Priorität. Er sah sich in seiner Wertschätzung bestätigt. Probleme mache die nach und nach zunehmende Datenerhebung in der Sozialversicherung, die „angeblich“²⁰⁶ notwendig sei. Mit dieser Wortwahl verlieh Vilmar seiner Skepsis demgegenüber Ausdruck. Er fuhr fort: „Durch Meldung oder Weiterleitung von immer mehr, teilweise höchst sensiblen Daten an Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, Versicherungen und Versorgungsämter, Krankenhausverwaltungen und Krankenhausträger, Meldebehörden, Sozialgerichte, Arbeitgeber, Straßenverkehrsbehörden und andere mehr ist die Schweigepflicht schon heute [...] vielfach durchlöchert.“²⁰⁷ Der Forschung schrieb er zwar eine große Bedeutung zu, auch müsse sie die Optionen neuartiger elektronischer Datenverarbeitung nutzen können, indes müsse „das Interesse des Patienten auf Verschwiegenheit“²⁰⁸ beachtet werden. Mit dieser Formulierung schien er bewusst hervorzuheben, dass man im Sinne und für den Nutzen des Patienten handle. Gegen Ende seines Referates stellte er einen Bezug zu dem Deutschen Ärztetag 1952 her, der sich seiner Ansicht nach bewusst „nach dem Wiederaufbau der ärztlichen Selbstverwaltung nach dem totalen Zusammenbruch von 1945 und der vorangegangenen schrecklichen Mißachtung menschlichen Lebens und ethischer Grundwerte ausführlich gerade mit dem Thema ‚Ärztliche Schweigepflicht‘“²⁰⁹ beschäftigte. Zwar bemängelte er die damaligen Verbrechen, doch stellte er keinen direkten Zusammenhang zu den daran beteiligten Ärzten her. Vielmehr stellte er durch Bezugnahme zu diesen Geschehnissen nochmals bewusst die Wichtigkeit der Schweigepflicht heraus. Ebenso zielte er wohl darauf ab vor einer weiteren Entwertung der Schweigepflicht zu warnen. Im Anschluss zitierte er einen Leitsatz aus der Entschließung des Deutschen Ärztetages von 1952, wonach die ärztliche Schweigepflicht nach wie vor die Basis für eine vertrauensvolle

205 Vilmar (1982), S. A/B-63

206 Ebd., S. A/B-64

207 Ebd.

208 Ebd., S. A/B-75

209 Ebd., S. A/B-76

Arzt-Patienten-Beziehung und damit für eine „erfolgreiche Behandlung“²¹⁰ sei. Im Wesentlichen entspricht es seinem Eingangszitat. Vilmar beendete seinen Vortrag also ebenso wie er ihn begann mit diesem zentralen Argument. Er führte fort: „[T]rotz oder gerade wegen des seitdem eingetretenen wissenschaftlichen und technischen Fortschrittes“²¹¹ besäße dieser Leitsatz nach wie vor uneingeschränkte Gültigkeit. Über die Bedeutung der Schweigepflicht spannte er dadurch einen Bogen von 1952 bis heute, wohl mit dem Ziel aufzuzeigen, dass sie fortwährend sei und auch sein müsse. Bezüglich der elektronischen Datenverarbeitung vermerkte er, dass der Deutsche Ärztetag diese keineswegs grundsätzlich ablehne: Dieser „verstet sich dabei *nicht als Tribunal zur Verdammung der elektronischen Datenverarbeitung*“²¹². Aber er beabsichtige Normen aufzustellen, dass auch bei der Anwendung neuer technischer Entwicklungen die ärztliche Schweigepflicht gesichert bleibe. Er schloss seinen Vortrag mit folgenden Worten: „Nur dann wird auch die revolutionäre Technik der elektronischen Datenverarbeitung ethische Grundnormen ärztlichen Handelns nicht erschüttern können.“²¹³ Nach anfänglicher Skepsis war der Ärzteschaft inzwischen bewusst geworden, dass die Computer- und EDV-Nutzung unverzichtbar wurde. So entwickelte sich aus Ablehnung Akzeptanz, jedoch unter Vorbehalt, denn der Einhaltung der Schweigepflicht galt nach wie vor mehr Bedeutung.

Dr. Gustav Osterwald, damaliger Vizepräsident der Bundesärztekammer, wirkte als weiterer Referent. Er ging auf das Problem der ärztlichen Schweigepflicht in der medizinischen Forschung ein. Die Ärzteschaft befände sich hier im Zwiespalt zwischen der „Wahrung des Patientengeheimnisses als fundamentale ärztliche Verpflichtung“, die ihm zufolge an erster Stelle stehe, und „der Notwendigkeit, für die medizinische Forschung, [...]“²¹⁴ und damit zum Wohle der Allgemeinheit, erforderliche Daten bereitzustellen. Welch hohen Stellenwert

210 Vilmar (1982), S. A/B-76

211 Ebd.

212 Ebd.

213 Ebd.

214 Osterwald (1982), S. B-59

er der ärztlichen Schweigepflicht beimaß, ließ sich an seiner Definition dieser „als ein Grundrecht“ der Patienten ablesen, dem er „immer den Vorrang geben würde vor jeder gesetzlichen Regelung“²¹⁵. Als Berufsethos galt für ihn der Patientenschutz: „Die vornehmste Pflicht des Arztes ist es, Schaden von seinem Patienten abzuwehren.“²¹⁶ Nach Osterwald sei es für die Ärzteschaft obligatorisch gegen die bevorstehende, zunehmende „Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht“ intensiv einzutreten, um „das Ansehen der Ärzteschaft und das Vertrauen der Bevölkerung in unseren Berufsstand“²¹⁷ aufrechtzuerhalten. Erneut tritt hier neben dem Vertrauenserhalt zusätzlich die Bewahrung des ärztlichen Ansehens als Argument für die Schweigepflicht zum Vorschein. Mit der Herausgabe einer Empfehlung war der Deutsche Ärztetag gewillt der Ärzteschaft „eine *Entscheidungshilfe*“²¹⁸ bieten zu können. Jedoch dürfe diese nicht als „Richtlinien“²¹⁹ verstanden werden, die für jede Begebenheit das richtige Vorgehen aufzeigen. Dies sei nicht möglich. Nach diesen *Empfehlungen zur Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der ärztlichen Berufsausübung* seien die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für die Forschung zwar unerlässlich, jedoch seien „Forschungsvorhaben [...] kein höherwertiges Rechtsgut als der Geheimnisschutz des Individuums“²²⁰. Osterwald zufolge sei „[d]ie Übermittlung personenbezogener Daten [...] zum Zwecke der medizinischen Forschung [...] vorrangig dem Gebot der ärztlichen Schweigepflicht“²²¹ unterstellt. Nochmals kam das Thema Meldepflicht zur Sprache. Osterwald rief die Ärzteschaft auf, sich gegen weitere dadurch bedingte Lockerungen der Schweigepflicht zu wehren. Im Zusammenhang mit Behinderung und Kindesmisshandlung stand er einer Meldepflicht kritisch gegenüber, „weil hier keine unmittelbare und konkrete Gefahr für die

215 Osterwald (1982), S. B-61

216 Ebd.

217 Ebd.

218 Ebd., S. B-51

219 Ebd., S. B-61

220 Unbekannt (1982), S. A/B-20f.

221 Osterwald (1982), S. B-59

Allgemeinheit oder einzelne besteht“²²². Die bezüglich einer Misshandlung leidtragenden Kinder würden dann aus Angst davor weitestgehend einem Arztbesuch fernbleiben. Dadurch entgehe dem Arzt die wichtige Möglichkeit zu kontrollieren, inwiefern „nach gewissenhafter Rechtsgüterabwägung eine Durchbrechung der Schweigepflicht zum Schutze des Kindes gerechtfertigt ist“²²³. Hinsichtlich Kindesmisshandlung lehnten Ärzte eine Meldepflicht also weiterhin ab, jedoch verlangten sie in ihrer Resolution das Recht zur Durchbrechung der Schweigepflicht.²²⁴ In den anderen Resolutionen war die Ärzteschaft bemüht gegen eine weitere Durchbrechung der Schweigepflicht vorzugehen. Bezüglich der Sozialversicherung sollte hier dem immer stärkeren Verlangen der Krankenkassen nach Patientendaten mithilfe einer Eingrenzung der Datenhergabe bzw. Dateneinblick entgegengewirkt werden.²²⁵ Nach erneutem Konflikt mit der Forschung bezüglich Einhaltung der Schweigepflicht und Forschungsrecht²²⁶ folgte aus der Resolution, dass der ärztlichen Schweigepflicht „eine eindeutige Priorität“²²⁷ zuzusprechen sei. Die Schweigepflicht müsse Fundament „ärztlichen Handelns bleiben“²²⁸. Doch waren die Delegierten des Deutschen Ärztetages um einen Kompromiss zwischen dem „Schutz von Patientendaten“²²⁹ und dem erforderlichen Informationsverlangen der Forschung bemüht. Der Forschung wurde zwar ein hoher Wert zugesprochen, doch in Relation zur Schweigepflicht diese stets untergeordnet. Angesichts der zunehmenden Bedrohung für die Schweigepflicht und damit auch für das ärztliche Ansehen war man nicht bereit sich auf eine weitere Gefahr einzulassen.

Norbert Jachertz nahm sich sieben Monate später in seinem Artikel dem Interessenkonflikt zwischen Wahrung der Schweigepflicht und

222 Osterwald (1982), S. B-59

223 Ebd., S. B-59f.

224 Vgl. Unbekannt (1982), S. A/B-40

225 Vgl. ebd., S. A/B-38

226 Vgl. HC (1982), S. A/B-31f.

227 Unbekannt (1982), S. A/B-39

228 Ebd.

229 Ebd.

Forschungsmöglichkeiten an. Er konstatierte, der Wissenschaftsrat hätte sich vor Kurzem zu den Forschern bekannt, indem er in einer „Stellungnahme zu Forschung und Datenschutz vom 9. November 1982“²³⁰ verlangte: „Der Gesetzgeber soll erklären, daß die Weitergabe personenbezogener Daten ohne Einwilligung zu bestimmten Forschungszwecken keine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht“²³¹ bedeute. „Meldungen ohne Einwilligung sollten allerdings Ausnahmen sein“²³² wie der Wissenschaftsrat anmerkte. Jachertz zufolge habe dieser sich auf die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer von 1981 bezogen. Er selber stand dem sehr kritisch gegenüber, denn mit dieser Empfehlung, unter gewissen Voraussetzungen eine Datenübermittlung auch ohne Zustimmung des Patienten für die Forschung zuzulassen, habe der Wissenschaftliche Beirat „eine Tür in die Wand der ärztlichen Schweigepflicht gebrochen [...] und es bedarf schon einiger Interpretationskunst, die Empfehlung in diesem Punkte mit der Berufsordnung in Einklang zu bringen“²³³.

Der Arzt Professor H.H. Kornhuber sprach sich in seinem Leserbrief, der sich auf obigen Artikel bezog, für die Forschung aus und gegen die „Datenschutz-Hysterie“²³⁴. Die Ärzte, die der Forschung nachgehen und „sich gegen die Blockade der Forschung“²³⁵ stellen, gingen konform mit „dem Wissenschaftsrat, mit dem Grundgesetz und mit Formulierungen der ärztlichen Schweigepflicht, die bis vor kurzem noch gültig waren“²³⁶, aber ebenso „mit den Patienten, die [...] sich gar keine Sorgen um den Datenschutz machen“²³⁷ würden. Er sah kein Problem mit der ärztlichen Schweigepflicht. Indem er sich klar für die Forschungsinteressen aussprach, stellte er eine Gegenposition zum *Deutschen Ärzteblatt* dar. Dieses ließ von Anfang an durchblicken, dass die ärztliche

230 Jachertz (1983), S. B-18

231 Ebd.

232 Ebd.

233 Ebd.

234 Kornhuber (1983), S. A-71

235 Ebd.

236 Ebd., S. A-68f.

237 Ebd., S. A-71

Schweigepflicht das höhere Gut gegenüber dem Forschungsinteresse sei, der mehr Beachtung zu zollen sei.

Mit dem Artikel „AIDS: Ethische Fragestellungen“²³⁸ reihte sich im Jahre 1987 ein neues Thema in die Diskussion über die ärztliche Schweigepflicht im *Deutschen Ärzteblatt* ein. Diesbezüglich sei ein „Konflikt zwischen der ärztlichen Schweigepflicht und den Interessen Dritter“²³⁹ vorhanden. Dass der richtige Umgang mit der Krankheit noch gefunden werden musste, verdeutlichte sich einmal dadurch, dass noch eine deutliche „Unsicherheit“²⁴⁰ darüber bestand, wer vom Arzt über die AIDS-Erkrankung eines Patienten informiert werden müsse, andererseits indem die Frage aufgeworfen wurde, ob im Falle einer AIDS-Erkrankung eines Prominenten nicht die Öffentlichkeit informiert werden solle. Jedoch mit dem Ziel dadurch eine „bessere Akzeptanz der Krankheit“²⁴¹ sowie aller Erkrankten zu erreichen. Die „meisten Experten“ hätten jedoch der Schweigepflicht gegenüber der Inkenntnissetzung anderer „die höhere Priorität“²⁴² zugesprochen. Von Beginn an war die Ansicht präsent, dass der Einhaltung der Schweigepflicht bei AIDS in Relation zu anderen Krankheiten mehr Gewicht zukäme. Eine „Verletzung“ der Schweigepflicht könne hier schwerwiegende „soziale Konsequenzen“²⁴³ für den Kranken nach sich ziehen.

Ende des Jahres 1987 sah sich der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer veranlasst eine Empfehlung zu dem Vorgehen bei einer HIV-Infektion herauszugeben, die im Januar 1988 im *Deutschen Ärzteblatt* erschien. Demnach sei der HIV-Infizierte verpflichtet, seinen Partner mit dem er Geschlechtsverkehr ausübt, über seine Erkrankung sowie das sich daraus ergebende Infektionsrisiko umgehend aufzuklären.²⁴⁴ Leiste er dieser Verpflichtung nicht Folge und bestehe eine direkte Gefahr für einen anderen, so

238 Jäger (1987), S. A-905

239 Ebd., S. A-910

240 Ebd.

241 Ebd.

242 Ebd.

243 Ebd.

244 Vgl. Unbekannt (1988), S. A-144

sei der Arzt nicht nur befugt, sondern gegebenenfalls sogar gezwungen in Gefahr befindliche Personen aufzuklären.²⁴⁵ Generell sei die ärztliche Schweigepflicht äußerst gründlich zu berücksichtigen.²⁴⁶

Mit dem geplanten Gesundheitsreformgesetz schien die Wertschätzung der ärztlichen Schweigepflicht von Seiten der Politik nachzulassen. So drohte an dieser Stelle eine weitere Gefahr durch die Erfassung und Speicherung von Patientendaten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellte in einem Artikel klar, dass eine dadurch bedingte Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht nicht erlaubt sei.²⁴⁷ Vilmar bemängelte, dass der geplante „umfassende Datenaustausch“ die ärztliche Schweigepflicht treffen „und damit vor allem in elementare Persönlichkeitsrechte der Patienten eingreifen“²⁴⁸ werde.

In einem Leserbrief standen die Ärzte Dres. Gabriele und Dieter Jung einer Anwendung von „computererfaßte[n] Diagnosen“²⁴⁹ kritisch gegenüber. In ihren Augen käme es zu einer Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht, wenn Diagnosen „für den medizinischen Kontrolldienst der Kasse computererfaßt werden“²⁵⁰, da es auf diesem Wege sowohl für Befugte als auch für Unbefugte einfach sei an Informationen zu gelangen. So sahen sie im Zuge von Computerspeicherungen die ärztliche Schweigepflicht von drei Seiten verletzt: „1. von den ‚Berechtigten‘, Angestellten der Krankenkasse; 2. von denjenigen, die sich mißbräuchlich Zugang zum System verschaffen, und 3. von intellektuellen Spielern (den Hackern)“²⁵¹. Sie riefen Ärzte und Patienten dazu auf „eine Computerspeicherung von Diagnosen zu verhindern“²⁵².

245 Vgl. Unbekannt (1988), S. A-144

246 Vgl. ebd.

247 Vgl. HC (1988), S. A-277

248 Vilmar (1988), S. A-1531

249 Jung und Jung (1988), S. A-2868

250 Ebd.

251 Ebd.

252 Ebd.

Die aktuellen Probleme kamen auf dem 92. Deutschen Ärztetag 1989 nochmals zur Sprache. Zunächst erreichte Dr. Otfried P. Schaefer, Zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Aufmerksamkeit mit seiner Aussage: „Datenschutz behindert die Forschung nicht – auch die ärztliche Schweigepflicht behindert die Forschung nicht – der Datenschutz *sol*lte an sich einen verlängerten Arm der ärztlichen Schweigepflicht darstellen.“²⁵³ In seiner EntschlieÙung erkannte der 92. Deutsche Ärztetag im Gesundheits-Reformgesetz eine „ausschließlich ökonomisch motivierte Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht und des Patientengeheimnisses“²⁵⁴. Doch „ökonomische Interessen“ als Zugriffsrecht auf Patientendaten seien unvereinbar mit „der berufsethischen und medizinischen Begründung der ärztlichen Schweigepflicht“²⁵⁵ und stoÙe auf Ablehnung. Die Tatsache, dass der Gesetzgeber „ökonomischen Interessen“ einen höheren Rang als der Schweigepflicht zuteilte, spricht für eine weitere Entwertung.

Angesichts des weiterhin bestehenden Konfliktes zwischen ärztlicher Schweigepflicht und Forschung sah sich der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer in diesem Jahr erneut veranlasst Leitlinien für den Umgang personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung herauszugeben. Er war um einen Kompromiss bemüht, dennoch sollte die „Unantastbarkeit der ärztlichen Schweigepflicht“²⁵⁶ beachtet werden. Dieser kam wieder mehr Bedeutung zu. Festgehalten wurde Folgendes: „Die Verarbeitung personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung“²⁵⁷ war nach wie vor der ärztlichen Schweigepflicht untergeordnet und die Einhaltung des Patientengeheimnisses müsse hier gewährleistet sein. Personenbezogene Daten sollten generell „nur nach ausdrücklicher“²⁵⁸ Zustimmung des Patienten verarbeitet und übertragen werden.

253 bt (1989), S. A-1565

254 Unbekannt (1989), S. A-1568

255 Ebd.

256 Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (1989), S. A-2843

257 Ebd., S. A-2844

258 Ebd., S. A-2844f.

Wiederholt wurde die ethische Konfliktsituation in Bezug auf eine HIV-Infektion und der Schweigepflicht aufgezeigt, in die der Arzt geraten kann. Im Jahre 1992 war der damalige Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Professor Christoph Fuchs, in einem Artikel über sein Referat bei der Generalversammlung des Weltärztebundes der Meinung, dass der HIV-positive Patient zwar auf die Schweigepflicht seines Arztes vertrauen dürfe, doch sei dieser einem „ethische[n] Konflikt“ ausgesetzt, sofern er auch die Partnerin seines HIV-positiven Patienten behandelt und diese hierzu unwissend „ungeschützten Geschlechtsverkehr“²⁵⁹ mit dem Infizierten begehe. Der Arzt sei hier zu einer Güterabwägung verpflichtet, auf Grunde dessen er in ein „ethische[s] Dilemma“²⁶⁰ geraten könne. Näher auf den Konflikt ging Elisabeth Pflanz ein. In einem Artikel über ein Symposium zum Thema „Wem ist die Medizin verpflichtet?“ sah sie im Falle eines HIV-infizierten Patienten, der sich weigert seine Partnerin darüber aufzuklären sowie nach wie vor „ungeschützten Geschlechtsverkehr“²⁶¹ mit ihr ausübt und zusätzlich seinem Arzt untersagt sich mit ihr darüber zu unterhalten, für den Arzt drei denkbare Verhaltensweisen: Entweder er hält sich an seine Schweigepflicht oder er gewährt dem Schutz der Frau oder aber dem der Allgemeinheit den Vorrang. Es handele sich in diesem Fall „um die Güterabwägung von Vertraulichkeitsschutz und Lebensschutz“²⁶². Anderer Ansicht war der Jurist Bernhard Specker ein Jahr später. Bei der Darstellung der rechtlichen Lage erwähnte er zunächst, dass die Schweigepflicht auch für HIV-Infizierte oder AIDS-Kranke bestehe und diese gemäß Gesetz keiner Meldepflicht unterlägen.²⁶³ Bei Vorliegen eines „rechtfertigenden Notstandes“ in Anlehnung an § 34 StGB trete „zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes“²⁶⁴ das Offenbarungsrecht in Kraft, eine Pflicht zur Offenbarung bestehe jedoch nicht. Gesetzt den Fall ein HIV-positiver Patient weigere sich seinen Partner über seine Erkrankung aufzuklären, sei es

259 Fuchs (1992), S. A₁-4361

260 Ebd.

261 Pflanz (1993), S. A₁-504

262 Ebd., S- A₁-505

263 Vgl. Specker (1994), S. A-1700

264 Ebd.

Pflicht des Arztes eine Rechtsgüterabwägung durchzuführen. Eine Aufklärung des Partners sei zu dessen Schutz nur bei mangelnder Einsicht des Infizierten möglich. Verpflichtend sei dies jedoch erst, wenn beide Partner den gleichen Arzt hätten.²⁶⁵ Im Gegensatz zu Pflanz bestand für ihn also unter gewissen Umständen eine Aufklärungspflicht gegenüber dem Partner.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Ein Thema, mit dem sich das *Deutsche Ärzteblatt* über einen längeren Zeitraum beschäftigte, war die Gefährdung der ärztlichen Schweigepflicht durch neue technische Entwicklungen wie Computer und elektronische Datenverarbeitung. Die Ärzteschaft war diesen gegenüber zunächst sehr skeptisch und beschäftigte sich mit der Frage, was für Auswirkungen diese Entwicklungen haben werden. Auch von extern äußerten ein Jurist und ein Datenschützer Bedenken, während ein Mediziner und gleichzeitig Staatssekretär sich jedoch eher für die Computernutzung aussprach und weniger Gefahr für die Schweigepflicht sah. Die Ärzteschaft erkannte mit der Zeit, dass der Computer und die elektronische Datenverarbeitung nicht aufzuhalten waren, aber letztendlich auch unverzichtbar wurden. Folglich ließ sie sich auf die neuen Entwicklungen ein, jedoch stets unter dem Vorbehalt, dass die Schweigepflicht gewährleistet bleibt. Der Konflikt war mehrmalig Thema auf den Deutschen Ärztetagen, wobei auch hier immer wieder vor der Gefahr des technischen Novums gewarnt wurde und betont, dass die ärztliche Schweigepflicht eingehalten werden müsse. Ein zusätzliches Problem kam mit der Forschung. Hier waren immense neue Möglichkeiten durch die technischen Entwicklungen denkbar, doch sahen sich Forscher durch die strenge Reglementierung eingeschränkt und benachteiligt. So entwickelte sich ein Interessenkonflikt zwischen der Forschung und der Schweigepflicht. Es stellte sich die Frage, was überwiegt: Erhalt der Schweigepflicht und damit Schutz des Patientengeheimnisses oder Forschungsmöglichkeiten zulassen für die Zukunft der Medizin, wovon letztendlich auch die Allgemeinheit profitiert. Das *Deutsche Ärzteblatt*

²⁶⁵ Vgl. Specker (1994), S. A-1700

repräsentierte eine stets konservative Einstellung mit dem Festhalten an traditionellen Werten wie der ärztlichen Schweigepflicht, die höher stünde als die Innovationen Computer und elektronische Datenverarbeitung oder Forschung, deren Nutzen man zwar erkannte, jedoch stets unterordnete. Argumentiert wurde erneut mit der Schweigepflicht des Arztes als Vertrauensgrundlage und Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Abermals kam zur Sprache, dass der Einsatz für die Schweigepflicht auch der Aufrechterhaltung des ärztlichen Ansehens diene. Durch die neuen Entwicklungen nahm auch die Durchlöcherung der Schweigepflicht zu. So witterte einmal die Sozialversicherung neuen Informationsgewinn aus Patientendaten, ebenso drohte eine Durchlöcherung durch das bevorstehende Gesundheitsreformgesetz. Die Ärzte sahen dies als weitere Bedrohung, der man Einhalt gebieten müsse. Mit ihren Empfehlungen von 1981 kam die Bundesärztekammer der Forschung entgegen, der Wissenschaftsrat folgte, indem die Datenweitergabe ohne Zustimmung nicht mehr als Verletzung der Schweigepflicht angesehen werden sollte. Beides stieß im *Deutschen Ärzteblatt* auf deutliche Kritik. In einem Leserbrief eines Arztes fand das Entgegenkommen an die Forschung jedoch Zuspruch. Am Ende kristallisierte sich mit den Leitlinien des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer von 1989 ein Kompromiss heraus. So kam man der Forschung entgegen, doch erlangte die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht wieder mehr Priorität. In einem weiteren Leserbrief äußerten zwei Ärzte große Bedenken gegenüber computererfasster Diagnosen, die einer Verletzung der Schweigepflicht gleichkämen. Einer neuen Schwierigkeit ausgesetzt war die Schweigepflicht durch AIDS. Auch hier war die Ärzteschaft vor die Frage gestellt, wo die Grenze zu ziehen sein wird zwischen Wahrung der Schweigepflicht und Offenbarungsrecht beziehungsweise -pflicht. Die Vernachlässigung der Schweigepflicht während der NS-Vergangenheit wurde als Argument verwendet, um ihr genügend Bedeutung beizumessen und vor einer weiteren Entwertung zu warnen.

5.4 AB 1997: NEUE HERAUSFORDERUNGEN

Eine neue Gefahr für die ärztliche Schweigepflicht zeichnete sich durch den bevorstehenden „große[n] Lauschangriff“²⁶⁶ ab. Gemeint damit war eine von der Bundesregierung geplante akustische und optische Wohnraumüberwachung. Chefredakteur Norbert Jachertz schilderte in einem Seite-eins-Artikel die von dem damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, verlangte Korrektur des „vorliegende[n] Gesetzentwurf[es]“²⁶⁷. In der jetzigen Form sehe Vilmar einen „Kernbereich“ des Arztberufes in Gefahr, „denn Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Arzt ist und bleibt das Patientengeheimnis und die ärztliche Schweigepflicht“²⁶⁸. In einem weiteren Artikel berichtete Jachertz, dass mehrere betroffene Berufsgruppen, nämlich Ärzte, Anwälte, Journalisten und Datenschützer sich vereinten, um gemeinsam gegen das geplante Gesetz vorzugehen.²⁶⁹ Bis zum Schluss hätten die Ärzte gegen den „großen Lauschangriff“²⁷⁰ gekämpft. Vilmar hätte an jeden Bundestagsabgeordneten einen Brief verfasst mit dem Ziel die Ärzteschaft von der Überwachung freizustellen. Wichtig wäre ihm dabei auch gewesen, deutlich zu machen, dass die Schweigepflicht des Arztes sowie sein Zeugnisverweigerungsrecht kein „Privileg der Ärzte“²⁷¹ seien. Erneut wurde der Patient in den Vordergrund gestellt: „Vielmehr geht es um den Schutz des Patienten, der sicher sein muß, sich gegenüber dem Arzt ohne Angst offenbaren zu können.“²⁷² Damit verdeutlichte sich das ärztliche Selbstverständnis als Beschützer. Weiterhin wertete er den Schutz des Arztgeheimnisses als Bedingung für ein „vertrauensvolle[s]“ Arzt-Patienten-Verhältnis höher als die „elektronische[.] Wohnraumüberwachung“ zur „Verbrechensbekämpfung“²⁷³. Zur Veranschaulichung ging er auf die lange

266 Jachertz (1997), S. A-3041

267 Ebd.

268 Ebd.

269 Vgl. Jachertz (1998), S. A-128

270 Ebd.

271 Ebd.

272 Ebd.

273 Ebd.

Tradition des Arztgeheimnisses und seine Aufnahme ins Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes sowie in die Berufsordnung für Ärzte ein. Weiter schrieb Vilmar in dem Brief: „[...] Schon allein die Tatsache, daß Arztpraxen und Krankenhäuser überhaupt Objekte elektronischer Überwachungsmaßnahmen sein können, stellt eine so nachhaltige Schädigung des auch in der Bevölkerung verankerten Urvertrauens in die Geschütztheit der Arzt-Patienten-Begegnung dar, daß wir dringend die einzige Konsequenz einfordern, nämlich die Herausnahme der Arztpraxen und Krankenhäuser aus den Maßnahmen der elektronischen Wohnraumüberwachung.“²⁷⁴ Er verdeutlichte mit diesem Satz, welche geringe Wertschätzung den Ärzten entgegengebracht wurde. Von ihnen war dieses Gesetzesvorhaben als massiver Angriff auf ihre Schweigepflicht empfunden worden, hintergründig aber wohl auch als Angriff auf ihren Berufsstand. Somit schien es sich bei dem Kampf für die Schweigepflicht unterschwellig auch um einen erneuten Kampf für das Ansehen der Ärzte zu handeln. Doch trotz all ihrer Mühe war der Einsatz vergebens. Der Bundestag ließ sich von seinem Gesetzesvorhaben nicht abbringen: Die Ärzte entgingen einer Ausnahmeregelung und blieben dem Überwachungsgesetz unterworfen. Das Thema kam in einem Artikel über den 101. Deutschen Ärztetag 1998 erneut zur Sprache. Nach der Autorin Gisela Klinkhammer erachtete Dr. Frank Ulrich Montgomery, zu dieser Zeit Präsident der Ärztekammer Hamburg sowie Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer, die allem Anschein nach „vom Bundesgesundheitsminister beabsichtigte Verpflichtung, alle kryptographischen Verfahren, Schlüssel und Codes für die Sicherheitsorgane transparent zu machen“²⁷⁵ als bedenklich. Das Überwachungsgesetz empfand er als ungerechtfertigt. Er sähe darin eine Gefahr für das „Grundrecht der Menschen“²⁷⁶ auf die ärztliche Schweigepflicht. Der Datenschutzbeauftragte Sachsens, der Jurist Dr. Thomas Giesen, pflichtete ihm bei, indem er die Verschwiegenheitspflicht als „wichtigste soziologische Grundlage“²⁷⁷ ärztlichen

274 Jachertz (1998), S. A-128

275 Klinkhammer (1998), S. A-1438

276 Ebd.

277 Ebd.

Handelns verstand und ergänzte: „[D]as Ansehen der Ärzteschaft sei untrennbar mit der Schweigepflicht [...] verbunden.“²⁷⁸ Interessanterweise wurde diese Ansicht hier von einem Juristen und damit von Patientenseite geteilt. Führt man diesen Gedanken fort, bedeutet im Umkehrschluss ein Verlust der Schweigepflicht gleichzeitig ein Verlust des ärztlichen Ansehens. Somit bestätigte sich die im *Ärzteblatt* aufgezeigte Aussage, dass der Einsatz für die Schweigepflicht auch dem Erhalt des ärztlichen Ansehens diene.

Durch diesen Artikel sah sich der Arzt E. Stocksmeier zu einem Leserbrief veranlasst. Er warf Klinkhammer indirekt eine falsche Darstellung vor, indem er anmerkte: „Von einer ‚beabsichtigten` Verpflichtung“ zur Transparenz könne „so“²⁷⁹ nicht geredet werden. Zur Begründung ging er auf eine Aussage Montgomerys im WDR-Fernsehen vom Mai 1998 ein, in der dieser geäußert habe, dass „der Bundesinnenminister per Dekret über die Verfügungsgewalt aller Computerschlüssel und Ur-Programme verfügt“²⁸⁰. Stocksmeier zog daraus folgenden Schluss: „Damit ist die ärztliche Schweigepflicht endgültig aus dem Gesundheitswesen in Deutschland verbannt, und die Voraussetzung für den Paragraphen 300 StGB [...] entfällt.“²⁸¹ Weiterhin führte er aus: „Wir unterliegen einer ‚sozialen Willkürdiktatur` ersten Ranges!“²⁸²

„Ärztliche Schweigepflicht: Druck von allen Seiten“ betitelte Rieser ihren Leitartikel über ein „Symposium für Juristen und Ärzte“²⁸³. Dieses habe aufgezeigt, dass die Ärzteschaft wiederholt für die Aufrechterhaltung der Schweigepflicht kämpfen müsse. „Erschwert wird ihnen dies durch technische Entwicklungen, Forderungen von Dritten wie Krankenkassen, Versicherungen oder Arbeitgebern, aber auch durch verständliche eigene Wünsche nach Arbeitserleichterung.“²⁸⁴ Hinzu käme eine zwiespältige „Haltung des

278 Klinkhammer (1998), S. A-1438

279 Stocksmeier (1998), S. A-2286

280 Ebd.

281 Ebd.

282 Ebd.

283 Rieser (1999), S. A-253

284 Ebd.

Gesetzgebers“, indem er einmal durch Gesetzesregelungen strikte Erwartungen an die Ärzte stelle, auf der anderen Seite aber sich selbst das Recht auflege, die ärztliche Schweigepflicht „auszuhöhlen, Stichwort: großer Lauschangriff“²⁸⁵. Gängige Beispiele für ihre Durchbrechung wurden in zwei Referaten über „Spezielle Probleme der Schweigepflicht im Krankenhaus“²⁸⁶ aufgeführt. Auch die Forschung als Problem zur Einhaltung der Schweigepflicht durfte nicht fehlen. Interessant ist die Feststellung Riesers, dass den Vortragenden und Zuhörern zufolge „die Patienten kaum über die ärztliche Schweigepflicht und deren ‚Durchlöcherung‘ nachdenken“²⁸⁷ würden. Als Begründung käme einmal lediglich „mangelnde Sachkenntnis“ infrage oder dass diese von Patienten zwar erkannt, aber eben hingenommen werde und sie „ihrem Arzt grundsätzlich vertrauen – solange nichts Unerwünschtes geschieht“²⁸⁸. Es scheint, als ob das Problem der Schweigepflichtdurchbrechung ein Thema ist, das vorwiegend Ärzte beschäftigt. Des Öfteren sei über das erlaubte Ausmaß der Auskunftersuche von „Behörden, Sozialversicherungsträger[n] und andere[n] Institutionen“²⁸⁹ auf Kosten der ärztlichen Schweigepflicht diskutiert worden. Fragen würden weiterhin bestehen, beispielsweise die von ihr als heikel bezeichnete: „Wird im einen oder anderen Fall wirklich die ärztliche Schweigepflicht verteidigt, oder wird sie von Ärzten auch einmal als Argument vorgeschoben, um zum Beispiel Abrechnungsbetrügereien zu verdecken?“²⁹⁰ Diese prekäre Frage verdeutlicht das Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft.

Dem Thema AIDS und ärztliche Schweigepflicht kam im Jahre 2000 erneut Beachtung zu. Der Grund dafür lag in einem von den Autoren Markus Parzeller und Hansjürgen Bratzke in ihrem Artikel als aufsehenerregend bezeichneten Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Frankfurt am Main, wonach eine ärztliche Pflicht zur Offenbarung der AIDS-Erkrankung eines Patienten gegenüber

285 Rieser (1999), S. A-253

286 Ebd.

287 Ebd., S. A-254

288 Ebd.

289 Ebd.

290 Ebd.

engsten Menschen im Gegensatz zur ärztlichen Schweigepflicht Zuspruch fand. Vorausgegangen war dem Urteil Folgendes: Die Klägerin war die Lebensgefährtin eines nun verstorbenen HIV-infizierten Patienten. Der Angeklagte wirkte als deren beider Hausarzt. 1992 bekam ihr Partner eine HIV-Infektion sowie Lymphknotenkrebs diagnostiziert. Er verbot dem Hausarzt „jegliche Offenbarung seiner HIV-Infektion“²⁹¹ an seine Lebensgefährtin. Nach dem Tod des Patienten teilte der Arzt es ihr jedoch mit. Der daraufhin durchgeführte Bluttest ergab bei ihr den Nachweis einer HIV-Infektion. Sie erhob Klage gegen den Hausarzt auf Schmerzensgeld und Schadensersatz. Ihre Klage blieb zwar erfolglos. Dies habe jedoch nur am fehlenden „Kausalitätsnachweis“ gelegen, dass eine frühere Mitteilung von Seiten des Hausarztes „ihre HIV-Infektion hätte verhindern können“²⁹². Laut OLG hätte für den angeklagten Arzt aber anstatt Wahrung der Schweigepflicht in Bezug auf § 203 StGB der rechtfertigende Notstand gemäß § 34 StGB und der darin enthaltenen Güterabwägung nicht nur das Recht, sondern sogar eine Pflicht zur Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht bestanden. Die „Urteilsbegründung“²⁹³ mit konsekutiver Pflicht zur Offenbarung ließ bei den Autoren deutliche Zweifel aufkommen. Eine ausführliche Darstellung der Gesetzeslage folgte. Parzeller und Bratzke teilten die bereits zu Beginn der Diskussion bestehende Meinung, dass vor allem HIV-positive Patienten wegen der damit verbundenen „Stigmatisierung“ auf die spezielle „Verschwiegenheit des Arztes“²⁹⁴ angewiesen seien. Nach dem rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB bestehe zwar die Möglichkeit zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht, es bestehe aber weder hier noch nach § 138 StGB eine Pflicht dazu. In Bezug auf die vom OLG festgelegte Pflicht zur Offenbarung führten die Autoren verschiedene medizinrechtliche Ansichten dazu auf. So stand der Arzt Buchborn hinter der Schweigepflicht, indem er gegen eine Offenbarungspflicht sei und in § 34 StGB höchstens „eine Befugnis“²⁹⁵ zur Warnung des sich in

291 Parzeller und Bratzke (2000), S. A-2364

292 Ebd.

293 Ebd.

294 Ebd., S. A-2365

295 Ebd., S. A-2368

Gefahr Befindlichen sähe. Die Mehrheit der Juristen spräche sich dagegen für eine Mitteilungspflicht „an die noch nicht infizierte Ehefrau“²⁹⁶, die von demselben Arzt behandelt wird, aus. Damit gingen sie konform mit oben aufgeführter Ansicht des Juristen Specker. Als Argument gelte die ihr zustehende „Garantenpflicht zur Abwendung von Gesundheitsgefahren und -schädigungen“²⁹⁷. Auffiel, dass Mediziner und Juristen hier eine konträre Meinung bezüglich der Gesetzesauslegung vertraten. Den Juristen zufolge müsse die daraus resultierende „Pflichtenkollision“ entsprechend „der Güterabwägung“²⁹⁸ gemäß § 34 StGB konsequenterweise in einer Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht enden. Wäre dies der Fall, sei jedoch nach Ansicht der Autoren fraglich, wo dann die „Grenzen der Offenbarungspflicht“ lägen und ob hier nicht zum Leid des Arztes „die Garantenpflicht“²⁹⁹ überbewertet würde. Durch diese Entscheidung des OLG Frankfurt sei die Handhabung der ärztlichen Schweigepflicht deutlich schwieriger geworden. „Solange“ gesetzlich gesehen keine „klare Aussage zur Meldepflicht“ für HIV-Infizierte oder an AIDS Erkrankten bestehe, „kann dem einzelnen Arzt nicht die Verantwortung zum Bruch der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtend aufgebürdet werden“³⁰⁰. Die Autoren sprachen sich hier verteidigend für die Ärzteschaft aus.

Mit ihrem Artikel gelang es ihnen bei der Leserschaft eine Diskussion in Gang zu setzen. Die Entscheidung polarisierte auch hier Ärzte und Juristen: Dr. Lothar Schmitt-Homann, Referendar des Senats des OLG Frankfurt, früher als Haus- und Familienarzt tätig, wirkte als Referendar, als der OLG diesen Fall 1999 bearbeitete. Seiner Ansicht nach sah sich der handelnde Arzt zwei gegensätzlichen Pflichten ausgesetzt, einmal der „vertragliche[n] und ethische[n] Pflicht“ als Hausarzt gegenüber seiner Patientin und andererseits der „gesetzliche[n] und ethische[n] Pflicht, das informelle

296 Parzeller und Bratzke (2000), S. A-2368

297 Ebd.

298 Ebd.

299 Ebd.

300 Ebd., S. A-2370

Selbstbestimmungsrecht³⁰¹ des HIV-infizierten Patienten einzuhalten. Er empfand es als offensichtlich, dass erstere Pflicht höher stehe und sah das Verhalten des Arztes als nicht gerechtfertigten „jahrelangen Pflichtverstoß“³⁰² an. Er warf die Frage auf, weshalb der angeklagte Arzt erst nach dem Tode des Patienten keine Notwendigkeit mehr sah, sich an seine Schweigepflicht zu halten. Mit der Entscheidung des OLG Frankfurt ging er konform.

Der Arzt Dr. Peter Tönnies war konträrer Meinung und drückte in seinem Leserbrief seine „Empörung“³⁰³ über die Gerichtsentscheidung aus. „Unerträglich“ sei der „Vorwurf der ‚rechtswidrigen und schuldhaften Verletzung von ärztlichen Pflichten‘“ an den Beschuldigten, der seiner Schweigepflicht „in bester Absicht“³⁰⁴ nachkam. Die vorhandene Unsicherheit hinsichtlich des Vorgehens verdeutlichte er mit der Frage: „Wie soll man als verantwortungsbewusster Arzt prospektiv(!) erkennen können, in welchem Fall die ärztliche Schweigepflicht, deren Bruch strafbewehrt (§ 203 StGB) ist und auf deren Einhaltung Ärzte durch ihre Berufsordnung auch über den Tod ihrer Patienten hinaus verpflichtet sind, zu brechen ist?“³⁰⁵ Es sei sicherlich sogar für einen Juristen schwierig im Voraus die Rechtsgüterabwägung richtig einschätzen zu können. Letztendlich würde „das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient“³⁰⁶ leiden.

Hedda Schmitter stellte sich wieder auf die Seite des OLG. Die Rechtsanwältin sah bei diesem Fall eine Pflicht zur Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht. Es sei „abzuwägen [...], ob das Schweigen des Arztes für den ersten Patienten lebensbedrohlich für den zweiten Patienten sein kann“³⁰⁷. Läge solch eine „Pflichtenkollision“³⁰⁸ vor, müsse die ärztliche Schweigepflicht

301 Schmitt-Homann (2000), S. A-3006

302 Ebd., S. A-3007

303 Tönnies (2000), S. A-3007

304 Ebd.

305 Ebd.

306 Ebd.

307 Schmitter (2000), S. A-3007

308 Ebd.

durchbrochen werden. Eine einfache Regel sei: „Leben vor Schweigen. Reden tötet keinen Patienten.“³⁰⁹ Schweigen könne dies schon. Sie stellte die Sachlage recht simpel dar. Das widersprach der ärztlichen Perspektive.

Auf oben aufgeführte Leserzuschrift von Herrn Schmitt-Homann ging der Arzt Dr. Tobias Terhorst ein. Ihm zufolge müsse der Arzt nach dem Aufklärungsgespräch mit dem Patienten abwägen, ob eine Gefahr für die Partnerin bestehe. Sei dies der Fall, sei ein Anlass zur Durchbrechung der Schweigepflicht gegeben. Erst wenn sich der HIV-infizierte Patient nicht an die Empfehlung des Arztes halte, sondern ungeschützten Geschlechtsverkehr beabsichtige, könne er „Schritte zur Aufklärung der Partnerin“³¹⁰ beginnen. Er beendete seinen Leserbrief mit dem Hinweis: „Auch HIV-infizierte Menschen sind selbstbestimmt...“³¹¹.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich neue Herausforderungen entwickelten und sich die Frage stellte, wie hier mit der ärztlichen Schweigepflicht umzugehen ist. Durch den vom Bundestag verabschiedeten „großen Lauschangriff“ drohte Arztpraxen und Krankenhäusern die Entwicklung zu Abhörstationen. Der Schweigepflicht wurde hier kein entsprechender Respekt mehr gezollt. Das rief die Ärzte zu einem schweren Kampf auf, jedoch vergeblich. Die Schweigepflicht schien an Wertschätzung weiter eingebüßt zu haben. Auch das Ansehen der Ärzte war gesunken. Folglich waren sie bestrebt mithilfe ihres Einsatzes für die Schweigepflicht auch ihr Ansehen wiederaufzubauen. Ein weiteres Thema war erneut die HIV-Infektion beziehungsweise AIDS-Erkrankung. Ein wunder Punkt war hier das Recht beziehungsweise die Pflicht zur Offenbarung. Ein Artikel über ein Gerichtsentscheid mit einer Pflicht zur Offenbarung löste in den Leserbriefen eine Diskussion aus. Zwischen Ärzten und Juristen herrschte eine gesplante Meinung. Während erstere einer Offenbarungspflicht kritisch gegenüberstanden

309 Schmitter (2000), S. A-3007

310 Terhorst (2000), S. A-3490

311 Ebd.

beziehungsweise zurückhaltend waren, fand sie bei den Juristen Zustimmung. Nachdem bereits im Falle von Kindesmisshandlung oder Verkehrsgefährdung eine Melde- oder Offenbarungspflicht von Ärzteseite abgelehnt wurde, hielt sie auch in Bezug auf eine HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung daran fest. Befürchtet wurde ein Vertrauensverlust als Folge solch einer Pflicht zur Offenbarung. Die Rechtsgüterabwägung ist eine Gratwanderung, die stets ein ethisch richtiges Verhalten der Ärzte verlangt. Letzten Endes liegt es in ihrer Verantwortung zu entscheiden, wann sie ihre Schweigepflicht brechen müssen. Dadurch kommt ihnen neben der Verantwortung auch eine gewisse Macht zu. Im Zuge dessen wäre ein insgeheim befürchteter Machtverlust als weiterer Grund für das Festhalten der Ärzte an der Schweigepflicht und ihre konstante Ablehnung einer Melde- oder Offenbarungspflicht denkbar – auch in Anbetracht des zunehmenden Ansehensverlustes der Ärzte.

5.5 AB 2005: QUO VADIS ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT?

Weitere Gefahren für die ärztliche Schweigepflicht folgten. Einem Artikel über den Deutschen Ärztetag 2005 war zu entnehmen, dass viele Ärzte in der geplanten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte eine Gefahr für die Schweigepflicht sahen. Für den 108. Deutschen Ärztetag in diesem Jahr galt jedoch die Sicherung dieser als Bedingung für die Einführung der Telematik.³¹²

Auch die Leserschaft sah sich zur Meinungsäußerung veranlasst. Die Ärztin Dr. Regina Dickmann, die der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kritisch gegenüberstand, auch wegen Kosten und fraglichem „Nutzen“, äußerte sich, dass bereits jetzt „viel zu großzügig mit der Schweigepflicht umgegangen“³¹³ werde. Sie bestätigte das bekannte Problem mit den Krankenkassen: Besonders in Bezug zu den „Kostenträgern ist sie schon reichlich zerlöchert“³¹⁴. Die elektronische Gesundheitskarte werde „diesem

312 Vgl. Krüger-Brand (2005), S. A-1357

313 Dickmann (2005), S. A-1441

314 Ebd.

kostbaren Rechtsgut endgültig den Garaus machen“³¹⁵.

In einem weiteren, ganz knapp gefassten Leserbrief behauptete Dr. Marlies Wriede: „Die ärztliche Schweigepflicht bekommt ein weiteres Loch, wenn die Gesundheitskarte eingeführt wird.“³¹⁶ Ob sie Ärztin war, ist anzunehmen, war aber leider nicht zu erschließen.

Ein Jahr später waren aus einem Artikel des *Deutschen Ärzteblattes* über die Gesundheitstelematik weiterhin Bedenken über eine potentielle Beeinträchtigung der ärztlichen Schweigepflicht durch die elektronische Gesundheitskarte mit einer konsekutiven Negativierung der Arzt-Patienten-Beziehung zu entnehmen.³¹⁷

Im Jahre 2007 erlangte auf dem 110. Deutschen Ärztetag das Thema Lauschangriff nochmals Bedeutung. Wie aus den Entschlüssen zum Tagesordnungspunkt V des Tätigkeitsberichtes der Bundesärztekammer hervorging, stieß der „Gesetzentwurf zur Verschärfung staatlicher Überwachungsmaßnahmen“³¹⁸ bei den Delegierten auf Ablehnung. Sie sahen darin „einen unverantwortlichen Angriff auf die Bürgerrechte, die ärztliche Schweigepflicht und das schützenswerte Patienten-Arzt-Verhältnis“³¹⁹. Unter anderem bedingt durch die mögliche sechsmonatige Speicherung von Telefon- und Internetverbindungsdaten. Hervorzuheben ist die ablesbare große Unzufriedenheit, dass Ärzte der zweiten, „weniger schützenswerte[n] Gruppe“ zugeteilt waren, die „verschärften staatlichen Kontrollmaßnahmen“³²⁰ ausgesetzt seien. Eine „schwerwiegende Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patienten und Medizinern“³²¹ sei die Folge. „Die Begründung des Gesetzgebers, staatliche Überwachung zur Bekämpfung

315 Dickmann (2005), S. A-1441

316 Wriede (2005), S. A-2861

317 Vgl. Groß (2006), S. A-3471

318 Unbekannt (2007), S. A-1530

319 Ebd.

320 Ebd.

321 Ebd.

von Terrorismus und Kriminalität auszuweiten, ist kein Argument für die geplante Ungleichbehandlung von Berufsgeheimnisträgern einerseits und insbesondere für die Aufweichung von Bürgerrechten und des schützenswerten Arztgeheimnisses andererseits.³²² Unverständlich war für sie, „dass das Verhältnis zwischen Abgeordneten und Wählern schützenswerter ist als das zwischen Ärzten und Patienten“³²³. Abgeordnete gehörten zu der ersten, schützenswerteren Gruppe. Der Marburger Bund verlange deswegen von der Bundesregierung die Gesetzesvorlage zurückzunehmen.³²⁴ Auch Ärzte sollten von der Speicherung befreit werden. Es stellt sich die Frage, ob es der Ärzteschaft nicht vor allem darum ging, dass sie nur der zweiten, weniger schützenswerten Gruppe angehörten und sie die Schweigepflicht erneut als Argument benutzten, um dem offensichtlichen Ansehensverlust entgegenzutreten. Der Kampf für die Patienten verbunden mit einem Kampf für die Ärzte schien sich fortzusetzen. Eine Reaktion von politischer Seite folgte. So sah sich die damalige Bundesjustizministerin Brigitte Zypries veranlasst im *Deutschen Ärzteblatt* Stellung zu beziehen. Einen „Angriff auf die ärztliche Schweigepflicht“³²⁵ durch den Gesetzentwurf zur Telekommunikationsüberwachung stellte sie in Abrede. Doch mit dem Lauschangriff nicht genug. Das Ansehen der Ärzte schien weiter zu fallen. So gelang die ärztliche Schweigepflicht durch das Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums für Ärzte eine Meldepflicht selbst verschuldeter Krankheiten von Patienten einzuführen erneut in den Fokus des *Ärzteblattes*. Der damalige Bundesärztekammerpräsident Professor Jörg-Dietrich Hoppe sehe in diesem Gesetzesvorhaben einen „Generalangriff auf die ärztliche Schweigepflicht“³²⁶, wie aus dem Seite eins-Artikel im *Deutschen Ärzteblatt* hervorging. Der Autor Samir Rabbata evaluierte die geplante „Meldepflicht für selbst verschuldete Krankheiten“ als erneuten Versuch des Gesundheitsministeriums „Ärzte als eine Art ‚Gesundheitspolizei‘ zu

322 Unbekannt (2007), S. A-1530

323 Ebd.

324 Vgl. ebd.

325 Zypries (2007), S. A-2232f.

326 Rabbata (2007), S. A-2757

missbrauchen³²⁷. Mit dieser abwertenden Formulierung ließ er seine Kritik deutlich zu Wort kommen. Er ging noch weiter und sah den Ärzten die Rolle als „Denunzianten“³²⁸ aufgebürdet. Damit vermittelte er den Eindruck, dass Ärzten kein hoher Stand mehr zugesprochen wurde. Fraglich sei ihm nach auch die Legitimität dieses geplanten Gesetzes. Olaf Walter, einem Fachanwalt für Medizinrecht zufolge, könne juristisch gesehen sehr wohl eine Einschränkung der „ärztliche[n] Schweigepflicht über eine Neuregelung im Sozialgesetzbuch V“³²⁹ erfolgen. Konträrer Ansicht war der Rechtsmediziner Professor Markus Rothschild. Er sei der Meinung: „Dass die ärztliche Verschwiegenheitspflicht nun derart aufgeweicht werden soll, ist hochproblematisch“³³⁰.

Die Brisanz des Themas verdeutlichte sich, indem die Aussage Hoppes von dem „Generalangriff auf die ärztliche Schweigepflicht“ in zwei weiteren Artikeln erschien. Von Seiten der Bundesärztekammer stand man der beabsichtigten Neuregelung weiterhin kritisch gegenüber. So berichtete das *Deutsche Ärzteblatt* 2008 über die Stellungnahme von der BÄK-Vizepräsidentin Goesmann: „Wir Ärztinnen und Ärzte sind keine Informanten der Krankenkassen“ und ergänzte: „Die ärztliche Schweigepflicht müsse unangetastet bleiben.“³³¹ Im März dieses Jahres passierte das Gesetz über die weiterhin kritisch beäugte „Meldepflicht für ‚selbst verschuldete‘ Krankheiten“³³² schließlich den Bundestag. Demnach müssen Ärzte die Krankenkassen in Kenntnis setzen im Falle einer Patientenbehandlung aufgrund Komplikationen, wie zum Beispiel nach einer Schönheitsoperation oder Piercing.³³³ Ein weiteres Mal führte das *Deutsche Ärzteblatt* das oben aufgeführte Zitat Hoppes vom „Generalangriff“³³⁴ auf. Ebenso in einem Artikel über die rechtliche Lage, wonach die Bundesärztekammer die Abschaffung dieser Meldepflicht verlange.

327 Rabbata (2007), S. A-2757

328 Ebd.

329 Ebd.

330 Ebd.

331 Hibbeler und Rabbata (2008), S. A-190

332 Hibbeler und Rabbata (2008), S. A-608

333 Vgl. ebd., S. A-607f.

334 Ebd., S. A-608

Konform ging der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, mit seiner Aussage: „Ärzte sind keine Hilfspolizisten der Krankenkassen und Arztpraxen keine Abhörstationen der Kassengeschäftsstellen.“³³⁵ Nicht nur die Schweigepflicht schien die Gemüter zu erregen, sondern auch, oder vielleicht sogar in erster Linie, die Herabwürdigung der Ärzte als Handlanger der Krankenkassen. Dies war ein weiterer Rückschlag. Der „Generalangriff“ auf die ärztliche Schweigepflicht spiegelte sich in einem Angriff auf den Berufsstand wider. Wie aus den Themen zu dieser Zeit hervorgeht, hatten sowohl die Schweigepflicht als auch die Ärzte weiter an Wert verloren. Diese waren stets bemüht gegen den Wertverlust anzukämpfen.

Ein weiteres Thema, mit dem sich das *Deutsche Ärzteblatt* beschäftigte, war die ärztliche Schweigepflicht bei Doping. Im Jahre 2007 wurde in einem Artikel hintergründig die Rechtslage diesbezüglich behandelt. Demnach sei ein Arzt nach Bekanntwerden, dass sein Patient Doping betreibt, zur Durchbrechung seiner Schweigepflicht nicht befugt, da in diesem Fall kein höherwertiges Rechtsgut vorläge – außer bei Kindern oder Jugendlichen.³³⁶ Ein Jahr später berichtete Noemi Löllgen, juristische Assistentin der Kassenärztlichen Vereinigung Hessens, aus juristischer Perspektive über die im Titel genannte „[s]chwierige Güterabwägung“ zwischen „ärztlicher Schweigepflicht“ und dem „Schutz eines höherwertigen Rechtsguts“³³⁷ bei Dopingverdacht. Anlass dazu gab eine der Autorin zufolge zunehmende Zahl an Dopingvergehen beziehungsweise an Nachweisen hierfür. Sie sah die Rechtslage so, dass gesetzt den Fall der Sportausübende wurde ohne sein Wissen zum Doping benutzt, stehe „die Pflicht des Arztes, sein Schweigen zu brechen und den Sportler damit zu schützen“³³⁸ höher als seine Pflicht zu schweigen. Besonders Kindern und Jugendlichen, die gedopt werden, gebühre solch ein Schutz.³³⁹

335 Zylka-Menhorn (2008), S. A-1546

336 Vgl. Siegmund-Schultze (2007), S. A-2776

337 Löllgen (2008), S. A-2206

338 Ebd., S. A-2206f.

339 Vgl. ebd., S. A-2207

Während die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme dies so interpretierte, dass ebenso bei einer „unwissentlichen“ oder gegen den Willen erlittenen dopingbedingten „körperliche[n] Schädigung des Patienten und eine[r] daraus resultierende[n] Verletzung seines Selbstbestimmungsrechts“³⁴⁰ für gewöhnlich keine Berechtigung für eine Durchbrechung der Schweigepflicht vorliege. Jedoch könne der Arzt den Patienten über das an ihm stattgefundene Doping aufklären und dieser dann eine Anzeige aufgeben. Somit würde man einem „Bruch der ärztlichen Schweigepflicht“³⁴¹ entgehen. Anders sehe die Situation in Bezug auf Doping bei Kindern und Jugendlichen aus, die dadurch bedingte schwerwiegende Langzeitschäden davon tragen können. Beispielsweise wenn Mädchen mit Androgenen behandelt würden. Bei Heranwachsenden wäre eine Durchbrechung der Schweigepflicht zum Schutz eines „höherwertige[n] Rechtsgut[es]“³⁴² zu rechtfertigen, sollte sie durch eine Anzeige des Arztes unumgänglich sein, zum Beispiel wenn die Inkenntnissetzung der gesetzlichen Vertreter aussichtslos sei.

In einem 2008 geführten Kurzinterview widmete sich Professor Jörg-Dietrich Hoppe, damaliger Bundesärztekammerpräsident, ein weiteres Mal der Schweigepflicht in Relation zur Telematik. Auf die Frage, warum bei den Ärzten über die elektronische Gesundheitskarte „so emotional“ diskutiert würde, antwortete er, dass „hier der Kern ärztlichen Handelns berührt [werde]: die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt und eine ihrer wichtigsten Voraussetzungen, die ärztliche Schweigepflicht“³⁴³. Des Weiteren ging hervor, dass die Ärzte, sollten sich daraus „Vorteile für die Patienten“ ergeben, eine Erweiterung der Telematik befürworten, vorausgesetzt der „uneingeschränkte[.] Schutz der ärztlichen Schweigepflicht“³⁴⁴ werde eingehalten.

340 Bundesärztekammer: Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (2009), S. A-363

341 Ebd.

342 Ebd.

343 KBr (2008), S. A-197

344 Ebd.

Es folgte ein Artikel aus nichtärztlicher Sicht, der interessanterweise eine konträre Meinung aufzeigte. Nach dem Verfasser Lukas Gundermann aus dem Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz kursieren bei der Problematik mit der elektronischen Gesundheitskarte falsche Informationen. Als Beispiel führte er ein Zitat der „Freien Ärzteschaft“ von einer Demonstration „gegen die Vorratsdatenspeicherung“ auf. Demnach würden mittels der elektronischen Gesundheitskarte „[w]ichtige Informationen über Gesundheit und Krankheit [...] der Obhut der Ärzte entzogen, und die patientenbezogenen Daten verlieren den Schutz durch die ärztliche Schweigepflicht“³⁴⁵. Diesen aufgezeigten Schutzverlust erachtete er als falsch. Aber „aus Datenschutzsicht [...] kritisch“ einzuschätzen sei, dass durch das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 „die Krankenkassen die Behandlungsdaten“³⁴⁶ erhalten. Mit diesem Artikel stellte das *Deutsche Ärzteblatt* ein einziges Mal den Gegenpol dar, nachdem bisher sowohl in den Leserbriefen als auch im Blatt selber die ärztliche Schweigepflicht durch die elektronische Gesundheitskarte als gefährdet galt.

Ein weiterer Leserbrief folgte. Der Arzt Jürgen Menzenbach führte darin auf, gegen die elektronische Gesundheitskarte zu sein, aber auch gegen die Datenhergabe an die Krankenkassen durch das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004. Er sah dies „aus Datenschutzsicht nicht nur kritisch [...] wie Herr Gundermann in seinem Artikel schreibt, sondern schlichtweg skandalös“³⁴⁷. Er beendete seinen Brief mit der Frage: „Was ist denn ärztliche Schweigepflicht noch wert?!“³⁴⁸

Im Jahre 2008 widmete sich Harald Neuber in seinem Artikel einem länger bestehenden Problem mit der gesetzlichen Meldepflicht für illegale Migranten, die „eine[r] eklatante[n] Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht“³⁴⁹ entspräche. So bestand nach damaliger Rechtslage für Ärzte die Pflicht zur

345 Gundermann (2008), S. A-268

346 Ebd., S. A-271

347 Menzenbach (2008), S. A-842

348 Ebd.

349 Neuber (2008), S. A-252

Weitergabe von Daten Illegaler an die Ausländerbehörde. Entgegen wiederholt unternommener Versuche von Seiten der Bundesärztekammer bestand für die Bundesregierung keine Indikation für eine Gesetzesänderung.³⁵⁰ Erst zwei Jahre später verdeutlichte sich ein Entgegenkommen an die Ärzte. So war aus mehreren Kurzberichten die Abschaffung der „Meldepflicht gegenüber den Ausländerbehörden“³⁵¹ zu entnehmen. Während sie hier wiederhergestellt war, bestanden nach wie vor Bedenken über die Gefahr für die ärztliche Schweigepflicht durch die Telematik.³⁵² Schließlich verlangte der 113. Deutsche Ärztetag im Jahre 2010 „von der Bundesregierung, das verfehlte Projekt elektronische Gesundheitskarte“³⁵³ in der geplanten Form ein für allemal ad acta zu legen. Als Grund galt unter anderem die Unterminierung der Schweigepflicht.

In einem Rechtsreport wurde 2009 der bereits erwähnte Fall des HIV-Infizierten nochmals aufgegriffen und berichtet, dass die Lebensgefährtin sich an den Europäischen Gerichtshof wandte, der ihre Klage jedoch ebenso abwies.³⁵⁴

Der dramatische Flugzeugabsturz über den französischen Alpen am 24. März 2015 fand auch im *Deutschen Ärzteblatt* Aufmerksamkeit. Der an Depression leidende und am Ereignistag krank geschriebene Copilot Andreas Lubitz riss 149 Flugzeuginsassen absichtlich mit in den Tod. Dies habe bei Politikern den Ruf nach einer Lockerung der Schweigepflicht für Ausübende risikobehafteter Berufe laut werden lassen.³⁵⁵ Im *Deutschen Ärzteblatt* bestand jedoch kein Anlass hierfür. Der Bundesärztekammerpräsident Montgomery stand diesem Vorhaben kritisch gegenüber. Als Argument fiel wieder das bereits bekannte: Er sehe die ärztliche Schweigepflicht als Vertrauensgrundlage, „auf der sich ein Patient einem Arzt überhaupt nur öffnen könne“³⁵⁶.

350 Vgl. Neuber (2008), S. A-252f.

351 HK (2010), S. A-60

352 Vgl. Butz (2010), S. A-468

353 Unbekannt (2010), S. A-1004

354 Vgl. Berner (2009), S. A-2386

355 Bühring und Korzilius (2015), S. A-649

356 Ebd.

Konform ging er mit Dieter Best, stellvertretender Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, indem beide darauf verwiesen, dass nach aktueller Rechtslage eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht bei Selbstgefährdung des Patienten oder Gefährdung Dritter bereits erlaubt sei.³⁵⁷

In einem Kurzinterview lehnte Montgomery erneut eine Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht ab, denn daraus würde ein Vertrauensverlust von Seiten des Patienten zu seinem Arzt resultieren. Noch einmal erklärte er, dass bereits heute in gewissen Situationen eine Durchbrechung der Schweigepflicht rechters sei. Auch im Falle des Copiloten wäre der Arzt berechtigt gewesen, „die Zulassungsbehörden zu informieren“³⁵⁸. Schlussendlich sei Montgomery nach „die ärztliche Schweigepflicht ein Schutzinstrument für jeden Patienten“³⁵⁹.

Für den Präsidenten der Hessischen Landesärztekammer, Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, sei einem Artikel zufolge der derzeitige „Umgang mit [der] ärztliche[n] Schweigepflicht“ ein Exempel für eine potentiell drohende Gefahr eines externen Eingriffes „in das ärztliche Handeln“³⁶⁰.

Der Neurologe und Psychiater Michael Freudenberg sah sich durch diese Aussage zu einem Leserbrief veranlasst. So sei „die Gefahr schon längst existent“³⁶¹. Der „Umgang mit dem Germanwings-Copiloten“³⁶² galt für ihn als Beispiel für eine allem Anschein nach zunehmende Entwertung der ärztlichen Schweigepflicht. Damit bestätigte er den immer wieder vom *Deutschen Ärzteblatt* dargestellten Wertverlust der Schweigepflicht.

357 Vgl. Bühring und Korzilius (2015), S. A-649f.

358 Ebd., S. A-650

359 Ebd.

360 Gerst (2015), S. A-811

361 Freudenberg (2015), S. A-1245

362 Ebd.

6. DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit widmete sich mittels einer quantitativen und qualitativen Inhaltsanalyse der Diskussion über die ärztliche Schweigepflicht im *Deutschen Ärzteblatt* von 1949 bis 2015. Während des gesamten Betrachtungszeitraumes positionierte sich das *Ärzteblatt* auf die Seite pro ärztliche Schweigepflicht. So kam es von Beginn an zu einer einseitigen Diskussion, die durchgehend geprägt war von einer konstanten Haltung für die Wahrung dieses hohen Gutes. Nachdem anfangs vorwiegend Juristen als Autoren wirkten, gesellten sich Ärzte bald dazu.

In den fünfziger Jahren bestimmte das Problem mit der „Durchlöcherung“ der ärztlichen Schweigepflicht durch die Sozialversicherung, aber auch durch multiple Anzeige- und Meldepflichten sowie dem Einsichtsrecht der Finanzbehörden in Patientenakte die Diskussion. Die als Autoren wirkenden Ärzte und Juristen waren einer Meinung und verlangten wiederholt eine Gesetzesänderung, um der durch das Dritte Reich zunehmend an Wert verlorenen Schweigepflicht wieder mehr Beachtung zu schenken. Von konträrer Seite sah sich singulär ein Obervertrauensarzt einer Landesversicherungsanstalt veranlasst Stellung zu beziehen. Er widersprach dem im *Ärzteblatt* aufgezeigten Problem mit der Sozialversicherung. Mehrmals angeprangert wurde die Entwertung der Schweigepflicht während des Nationalsozialismus, doch blieben die zu dieser Zeit begangenen Medizinverbrechen, an denen Ärzte beteiligt waren, unbeachtet. Während des Neubeginns nach dem Dritten Reich war die Ärzteschaft bestrebt das Vertrauen der Patienten zurückzugewinnen. Ebenso war sie auf eine Rufwiederherstellung aus. Sie präsentierte sich als Kämpfer für die Schweigepflicht und damit verbunden als Kämpfer für die Patienten.

Nachdem durch Pressemitteilungen im Jahre 1957, schwerpunktmäßig jedoch erst seit 1967, von einer vermeintlichen Pflicht zur Offenbarung im Falle von

Verkehrsgefährdung oder Kindesmisshandlung gesprochen wurde, sah sich das *Deutsche Ärzteblatt* veranlasst zu verdeutlichen, dass dem nicht so sei. Die Autoren erkannten auch keinen Bedarf dazu, weder Juristen noch Ärzte. Ein Recht zur Offenbarung war bereits gegeben. Einer sich aus einer Pflicht ergebenden Lockerung der Schweigepflicht traten sie entgegen. Denn diese würde dem Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt mehr schaden als nutzen. In den Leserbriefen fand die Ablehnung einer Meldepflicht bei Kindesmisshandlung ebenso Zuspruch. Die Argumentation war dieselbe. Auch der Bundestag sah hier keinen Anlass zu einer Lockerung der Schweigepflicht, doch war er hinsichtlich Geschlechtskrankheiten anderer Meinung, so verabschiedete er 1969 eine Gesetzesänderung mit einer hier geltenden Meldepflicht. Der Widerstand der Ärzte blieb diesbezüglich erfolglos. Das Problem mit der Auskunftspflicht gegenüber der Sozialversicherung war weiterhin zugegen und blieb während des gesamten Betrachtungszeitraumes präsent. Bemerkenswerterweise bestätigte die Gegenseite in Form eines Leserbriefes eines Personalsachbearbeiters die im *Ärzteblatt* aufgezeigte Problematik. Erstmals wurde in einem Artikel erwähnt, dass der Einsatz für die Schweigepflicht auch der Aufrechterhaltung des in Mitleidenschaft gezogenen ärztlichen Ansehens diene.

Eine Herausforderung für die Schweigepflicht zeigte sich im Jahre 1973 mit der neuen technischen Entwicklung, dem Computer und der elektronischen Datenverarbeitung. Hinzu traten später die hierdurch bedingten verlockenden Möglichkeiten der Forschung. Dies prägte die Diskussion in den folgenden 20 Jahren. Die Ärzte sahen darin ihre Schweigepflicht erneut gefährdet. Wurde vom *Deutschen Ärzteblatt* der Schweigepflicht stets Priorität zugesprochen, herrschte extern eine gespaltene Meinung: Während sowohl der Weltärztebund als auch ein Jurist und ein Datenschützer dem Computereinsatz kritisch gegenüberstanden, erkannte ein Staatssekretär und gleichzeitig Mediziner darin wenig Gefahr für die Schweigepflicht. Nachdem die Ärzte im Laufe der Zeit die Vorteile des Computers und der elektronischen Datenverarbeitung, die

unverzichtbar wurden, realisierten, ließen sie deren Einsatz zu, vorausgesetzt die Schweigepflicht blieb sichergestellt. Auch auf den Deutschen Ärztetagen kam immer wieder das Thema auf. Doch äußerten die Referenten ihre Bedenken und betonten stets die Bedeutung der Wahrung der Schweigepflicht. Sie schrieben ihr fortwährend einen höheren Rang zu. Indem man nicht mehr nur von der Gefahr für die Schweigepflicht, sondern auch für das Ansehen der Ärzte sprach, gesellte sich neben dem Vertrauenserhalt die Bewahrung des ärztlichen Ansehens als weiteres Argument hinzu. Letztendlich waren der Deutsche Ärztetag und die Bundesärztekammer um einen Kompromiss bemüht, der der Schweigepflicht größtmöglichen Schutz gewährt, jedoch ebenso den Forschungsinteressen entgegenkam. In einem Leserbrief stellte ein Arzt die Gegenposition zum *Ärzteblatt* dar, indem er sich für die Forschung aussprach, die ihm nach keine Gefahr für die Schweigepflicht ausübe. Indes erachteten zwei Ärzte in ihrer Leserschrift vom Computer erfasste Diagnosen als eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht und riefen zum Protest gegen solch eine Unternehmung auf. Eine weitere Bedrohung für die Schweigepflicht, der man Einhalt gebieten müsse, erkannten Ärzte im Gesundheitsreformgesetz. Sie waren der Ansicht, ökonomische Interessen als Zugriffsrecht auf Patientendaten rechtfertigen keine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht. Auch Anfang der achtziger Jahre blieben die von Ärzten begangenen Verbrechen während des Nationalsozialismus unbeachtet. Zwar fand der damalige Missbrauch der Schweigepflicht Erwähnung, doch sei die Mehrheit der Ärzte daran unbeteiligt gewesen. Singulär wurde im Jahre 1982 mit der Vernachlässigung der Schweigepflicht während der NS-Zeit und dem als Warnung dienenden Verweis argumentiert, dass ihr solch eine Entwertung nicht noch einmal widerfahren dürfe. Die Verleugnung der Medizinverbrechen, aber Verwendung der NS-Zeit als Argument für den Erhalt der Schweigepflicht ist widersprüchlich, lässt sich jedoch damit erklären, dass eine richtige Auseinandersetzung mit der Vergangenheit noch nicht stattgefunden hat. Waren es in den sechziger Jahren Kindesmisshandlung und Fahruntauglichkeit, die die Frage nach einer Pflicht zur Offenbarung aufwarfen, kam im Jahre 1987 die AIDS-Erkrankung hinzu.

Wiederholt wurde aufgezeigt in welches ethische Dilemma der Arzt geraten kann. Zwar ist die Wahrung der Schweigepflicht zum Vertrauenserhalt hier besonders wichtig, doch kommt bei einer HIV-Infektion hinzu, dass unter Umständen gegen den Willen des Patienten, aber zum Schutz des Partners, die Schweigepflicht durchbrochen werden muss.

Die Schweigepflicht fing an nach und nach wieder ihren Stand zu verlieren, indem sie erneut an mehreren Stellen durchlöchert wurde. Beispielsweise zeichneten sich seit Ende der neunziger Jahre durch den „großen Lauschangriff“ weitere Probleme ab. Wiederholt lief die Ärzteschaft Sturm gegen dieses vom Gesetzgeber geplante und später auch verabschiedete Überwachungsgesetz. Sie sah die ärztliche Schweigepflicht schwerst bedroht, doch auch und vielleicht sogar noch mehr ihren eigenen Stellenwert gefährdet. Das Ansehen der Ärzte war gesunken. So sprach vieles dafür, dass die Schweigepflicht als Argument benutzt wurde, um die Interessen der Ärzte durchzusetzen sowie sich gegen ihre Entmachtung zu wehren. Dies lässt sich als Wendepunkt deklarieren, da sich der Kampf für die Patienten zu einem gleichzeitigen Kampf für den Ärztestand entwickelte. Diese aufgezeigte Entmachtung der Ärzte geht konform mit der Feststellung der Soziologin Marion Schönwälder in ihrem Buch *Deprofessionalisierung des Ärztestandes*, wonach ärztliches Handeln von außen immer mehr beeinflusst werde. So werde Ärzten einmal von der Politik „Richtlinien“ diktiert, aber auch „Entscheidungsträger“ aus den Bereichen Wirtschaft und Verwaltung seien zu determinierenden Größen geworden.³⁶³ Dies lässt sich sowohl mit gesetzlichen Regelungen als auch mit dem immerwährenden Konflikt mit der Sozialversicherung vereinen. Inzwischen machte sich Empörung in den Leserzuschriften bemerkbar. Nicht nur der Wert der Schweigepflicht, sondern sogar ihre Existenz wurde von einem Arzt durch das Überwachungsgesetz infrage gestellt. Im Jahre 2000 flammte das Thema Offenbarungspflicht bei einer HIV-Infektion erneut auf. So regte ein Artikel die Leserschaft zur Diskussion an. Ein OLG-Entscheid mit darin ausgesprochener

³⁶³ Schönwälder (2009), S. 47; als Quelle von ihr verwendet: Feuerstein und Kuhlmann (1999), S. 9ff.

Pflicht zur Offenbarung anstelle des Rechts zur Offenbarung nach Güterabwägung bei einer HIV-Infektion war der Auslöser und führte zu einer Spaltung. Während in den Leserbriefen Juristen diese Entscheidung befürworteten, schloss sich die Ärzteseite den Autoren an und war konträrer Ansicht. Dieser Artikel animierte nicht nur Juristen erstmals zur Meinungsäußerung, sondern bewirkte ebenso die höchste Anzahl an Leserbriefen. Aller Wahrscheinlichkeit nach hielten Ärzte stets auch an der Rechtsgüterabwägung anstelle der Einführung einer Offenbarungspflicht fest, um wenigstens hier eine gewisse Entscheidungsfreiheit bewahren zu können und einem weiteren Machtverlust entgegenzutreten. Dies ist vereinbar mit Schönwälders Erkenntnis, dass die Einengung in ihrer „Freiheit zur Entscheidung durch Verwaltungen, Kostenträger etc.“³⁶⁴ einen herben Rückschlag für die Ärzte bedeute.

Seit 2005 trat neben dem Überwachungsgesetz kontinuierlich ein breites Spektrum an neuen Gefährdungen hinzu. Sei es durch die elektronische Gesundheitskarte, die Einführung einer neuen Meldepflicht bei selbst verschuldeten Krankheiten oder die Meldepflicht bei Illegalen. Stets war die Ärzteschaft gewillt für die Wahrung der Schweigepflicht einzutreten, die nicht weiter ausgehöhlt werden dürfe. Hinsichtlich der elektronischen Gesundheitskarte äußerte sich im Jahre 2008 ein Angestellter aus dem Datenschutzzentrum, der in ihr keine Gefahr für die ärztliche Schweigepflicht erkannte und damit eine andere Meinung vertrat. Doch spiegelte sich in den Leserbriefen die vermehrt im *Ärzteblatt* aufgezeigte Gefahr für die Schweigepflicht durch die elektronische Gesundheitskarte wider. Generell wurde in den Leserbriefen der letzten Jahre wiederholt die Entwertung der Schweigepflicht beanstandet und ihr nach wie vor eine hohe Bedeutung zugeschrieben.

364 Schönwälder (2009), S. 74

Als Berufsethos vermittelte das *Deutsche Ärzteblatt* von Beginn an einen Kampf für die ärztliche Schweigepflicht. Indem das ein Unternehmen für die Patienten war, schrieb es den Ärzten die Rolle des Beschützers zu. Neben diesem ärztlichen Selbstverständnis zog sich auffälligerweise auch das Argument mit der ärztlichen Schweigepflicht zum Vertrauensverlust des Patienten durch den gesamten Betrachtungszeitraum. Renitent hielten Ärzte an der Wahrung der Schweigepflicht fest, ob bei der Frage nach einer Melde- oder Offenbarungspflicht im Falle von Kindesmisshandlung, HIV-Infektion, Doping oder der Gefährdung durch den Computer. Sobald Gefahr für die Schweigepflicht drohte, galt es der Situation Herr zu werden. Durchgehend wurde sie als hohes Gut empfunden, das es zu schützen galt. Anfangs ging es um die Rückgewinnung des Patientenvertrauens, im Verlauf zunehmend jedoch auch darum das Ansehen der Ärzte aufrechtzuerhalten und, nachdem ihnen immer mehr dirigiert wurde, letztendlich auch um ihren Machterhalt. Die Schweigepflicht diente hier als Mittel zum Zweck, nämlich als Rettungsanker gegen den zunehmenden Ansehens- und Machtverlust. Zu entscheiden, wie mit der Schweigepflicht umzugehen ist, ob und wann sie zu brechen ist, schreibt sich die Profession als ihre Aufgabe zu, und wehrt sich gegen die ihr vom Staat zunehmend auferlegten Regelungen und Vorgaben. Ärzte sahen sich degradiert, indem sie ihrer Entscheidungsfreiheit beraubt wurden. Hintergründig spielt wohl auch ein im Zuge dessen befürchteter weiterer Machtverlust eine Rolle, dem sich die Ärzte ausgesetzt sahen und den es zu verhindern galt. Mittels des Einsatzes für die Wahrung der Schweigepflicht beabsichtigte die Ärzteschaft einem Fortschreiten dieser Entwicklung entgegenzutreten. So stand der Kampf für die Schweigepflicht neben dem Interesse des Patienten auch im Eigeninteresse der Ärzte, das mit der Zeit in den Vordergrund rückte.

Zwar geraten Ärzte hinsichtlich des ethischen Konfliktes bei der Rechtsgüterabwägung immer wieder an ihre Grenzen, mit der Frage was überwiegt, Wohl des Patienten oder der Allgemeinheit. Eine grundsätzliche Pflicht zur Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes anstatt

der Güterabwägung mit potentieller Durchbrechung der Schweigepflicht wäre so gesehen eine Erleichterung für den Arzt, weil er dann nicht in einen Gewissenskonflikt kommen würde. Doch stellt sich die Frage, ob bei einer Offenbarungspflicht sich dann nicht manch einer zweimal überlegen würde, ob er zum Arzt geht. Ließe sich folglich der Patient aus Angst vor solch einer Pflicht zur Offenbarung nicht mehr behandeln oder heilen, hätte das auch Auswirkungen auf die Gesellschaft, zum Beispiel in Form von Ausfällen in der arbeitsfähigen Bevölkerung oder ansteckenden Krankheiten. Als Konsequenz einer Offenbarungspflicht sind also neben der Gefährdung des einzelnen auch eine Gefährdung des Allgemeinwohls zu sehen, womit letztendlich niemandem geholfen wäre. Obwohl sie die Rechtsgüterabwägung manchmal als schwierig empfinden, wird von ärztlicher Seite eine Offenbarungspflicht jedoch stets abgelehnt. Eine potentielle Folge hierdurch wäre ein Vertrauensverlust von Seiten der Patienten. Ärzte setzen sich also für den Vertrauenserhalt von ihren Patienten ein – aber wohl auch für ihren eigenen Machterhalt. Die Schweigepflicht wird sich immer wieder neuen Gefahren ausgesetzt sehen müssen. So wird das Thema endlos sein und die Ärzteschaft stets aufs Neue beschäftigen. Doch bleibt zu hoffen, dass sie imstande sein wird, jegliche Herausforderungen unentwegt zu bewältigen, um die sowohl für den Patienten als auch für den Arzt unerlässliche Schweigepflicht zu wahren.

7. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ÄM	Ärztliche Mitteilungen
Art.	Artikel
Abs.	Absatz
BÄK	Bundesärztekammer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
ebd.	ebenda
EDV	elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
Jg	Jahrgang
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NS	Nationalsozialismus
OLG	Oberlandesgericht
RÄO	Reichsärzteordnung
sic	so lautet die Quelle; Hinweis auf vorhandene Auffälligkeit in der Quelle
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
übers. v.	übersetzt von
vgl.	vergleiche
WDR	Westdeutscher Rundfunk
zit.	zitiert

8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Artikelanzahl nach Kategorie von 1949 – 2015	S. 20
Abbildung 2:	Unterkategorien der Kategorie Verschiedenes mit ihrer Artikelanzahl von 1949 – 2015	S. 21
Abbildung 3:	Artikelanzahl von 1949 – 2015	S. 22
Abbildung 4:	Artikelanzahl der Unterthemen	S. 23

9. LITERATURVERZEICHNIS

Ammermüller H.: Zur ärztlichen Schweigepflicht in der Sozialversicherung. In: ÄM. 1953. Jg 38. Heft 2. S. 33-35.

Balkenohl Manfred: Der Eid des Hippokrates. Derscheider. Absteinach 2007.

Becker W.: Die Wahrung der Schweigepflicht im Strafrecht. In: ÄM. 1953. Jg 38. Heft 24. S. 703-705.

Berner Barbara: HIV-Infektion des Partners: Urteil des Europäischen Gerichtshofs. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 47. S. A-2386.

Bröer Ralf: Medizinalgesetzgebung/Medizinrecht. In: Gerabek Werner E.; Haage Bernhard D.; Keil Gundolf und Wegner Wolfgang (Hrsg.). Enzyklopädie Medizingeschichte. Walter de Gruyter. Berlin 2011. S. 942-950.

bt: 92. Deutscher Ärztetag. Tagesordnungspunkt II. Persönlichkeitsrechte versus Forschungsfreiheit. In: DÄ. 1989. Jg 86. Heft 21. S. A-1563-1568.

Bundesärztekammer: Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur [sic] Doping und ärztliche Ethik. In: DÄ. 2009. Jg 106. Heft 8. S. A-360-364.

Bungeroth Ulrike: Bedeutung und Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht - ausgewählte Problemfelder. Medizinische Dissertationsschrift, Universität München 2007.

Burkart Günter; Burkart Walter: Computer und Arztgeheimnis in der Medizin. Bericht über die wissenschaftliche Tagung im Rahmen der XXVII. Generalversammlung des Weltärztebundes in München, 17./18. Oktober 1973. In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 50. S. 3416-3418; Fortsetzung auf S. 3443-3445; Fortsetzung und Schluß in Heft 51. S. 3503-3506.

Butz Norbert: Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur. Freiwilligkeit ist ein Muss. In: DÄ. 2010. Jg 107. Heft 11. S. A-468-469.

Bühning Petra und Korzilius Heike: Absturz von Germanwings-Flug 4U9525. Das Räderwerk der Katastrophenhilfe greift. In: DÄ. 2015. Jg 112. Heft 15. S. A-648-650.

Bühning Petra und Korzilius Heike: 3 Fragen an...Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK). In: DÄ. 2015. Jg 112. Heft 15. S. A-650.

Chasklowicz Alexander; Schroeder-Printzen Jörn; Spyra Gerd und Weber Hans-Jörg: Ärztliche Schweigepflicht und Schutz der Patientendaten. Wissenswertes vom Datenschutz über die Praxisdurchsuchung bis zum Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes. ecomed Medizin. Landsberg am Lech 2017.

Deneke J. F. Volrad: Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht in der medizinischen Forschung. In: DÄ. 1981. Jg 78. Heft 30. S. 1441-1442; Fortsetzung auf S. 1444.

Dettmeyer Reinhard: Medizin & Recht für Ärzte. Springer. Berlin Heidelberg 2001.

Dickmann Regina: Zu transparent. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 20. S. A-1441.

Die Schriftleitung: In: ÄM. 1957. Jg 42. Heft 29. S. 862.

Eckart Wolfgang U.: Geschichte der Medizin. Springer. Heidelberg 2009.

Ehrhardt Helmut E.: Der Arzt im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Recht. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 18. S. A/B-75-87.

Freudenberg Michael: Haben wir ausreichend aus Fehlern gelernt? In: DÄ. 2015. Jg 112. Heft 27-28. S. A-1245.

Friedrichs Jürgen: Methoden empirischer Sozialforschung. Westdeutscher Verlag. Opladen 1990.

Fuchs Christoph: Ethische Trends infolge medizinischen Fortschritts? In: DÄ. 1992. Jg 89. Heft 51/52. S. A₁-4360-4365.

gb: Computer und Arztgeheimnis in der Medizin. Wissenschaftliche Tagung des Weltärztebundes. In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 44. S. 3032-3034.

Gerst Thomas: Geschichte Ärztlicher Organisationen. Blick auf die NS-Vergangenheit. In: DÄ. 2015. Jg 112. Heft 18. S. A-811.

Gerst Thomas: Gründung des Deutschen Ärzte-Verlags vor 50 Jahren. Neuanfang und Kontinuität. In: Beilage zum DÄ. 1999. Heft 21. S. 13-14.

Groß Christiane: Gesundheitstelematik. Folgen für die Arzt-Patient-Beziehung. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 51-52. S. A-3469-3471.

gt: Keine namentliche Meldung bei Geschlechtskrankheiten. Wahrung des Arzt-Patienten-Geheimnisses unerlässlich. In: DÄ. 1968. Jg 65. Heft 43. S. 2371.

gt: Patienten-Geheimnis unbedingt wahren. In: DÄ. 1969. Jg 66. Heft 6. S. 312.

gt: Schweigepflicht muß auch bei Geschlechtskrankheiten erhalten bleiben. Bundesärztekammer gegen namentliche Meldungen an das Gesundheitsamt. In: DÄ. 1967. Jg 64. Heft 39. S. 2004.

Gundermann Lukas: Telematikinfrastuktur der elektronischen Gesundheitskarte. Basis für sichere Datenspeicherung. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 6. S. A-268-271.

Haedenkamp: Leitsätze zur ärztlichen Schweigepflicht. In: ÄM. 1952. Jg 37. Heft 17. S. 321-322.

HC: Blüm-Entwurf zur Strukturreform. KBV: Übermaß an Bürokratie – Strangulierung der Selbstverwaltung. In: DÄ. 1988. Jg 85. Heft 6. S. A-275-277.

HC: Verschwiegenheit ist unverzichtbarer Bestandteil des ärztlichen Handelns. 85. Deutscher Ärztetag erinnert an die hohe Verantwortung der Forscher. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 21. S. A/B-18-20; Fortsetzung auf S. A/B-24; Fortsetzung auf S. A/B-29-31; Fortsetzung auf S. A/B-38.

Heberer Jörg: Das ärztliche Berufs- und Standesrecht. ecomed. Landsberg 2001.

Hess: Aus einem Schreiben vom 24. Januar 1951. In: ÄM. 1951. Jg 36. Heft 5. S. 78-79.

Hess Arold [sic]: Die ärztliche Schweigepflicht im Entwurf einer Strafrechtsänderung. In: ÄM. 1952. Heft 16. S. 306-309.

Heß Arnold: Die Behörden und die ärztliche Schweigepflicht. In: ÄM. 1951. Jg 36. Heft 9. S. 129-131.

Hibbeler Birgit und Rabbata Samir: Pflegereform. Korrekturen an der Oberfläche. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 12. S. A-607-608.

Hibbeler Birgit und Rabbata Samir: Pflegereform. Streit um die Stützpunkte. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 5. S. A-189-190.

HK: Versorgung von Illegalen. Ärzte machen sich nicht strafbar. In: DÄ. 2010. Jg 107. Heft 3. S. A-60.

Hö: Aus den Parlamenten. In: ÄM. 1951. Jg 36. Heft 14/15. S. 202-203.

Jachertz Norbert: Lauschangriff. Gefährdung der Arzt-Patienten-Begegnung. In: DÄ. 1998. Jg 95. Heft 4. S. A-128.

Jachertz Norbert: Schweigepflicht. Lauschangriff auf Praxen. In: DÄ. 1997. Jg 94. Heft 46. S. A-3041.

Jachertz Norbert: Widerstreit zwischen Forschungsnutzen und Patienteninteresse. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 6. S. B-17-20.

Jachertz Norbert: Zum Geleit. In: Beilage zum DÄ. 1999. Heft 21. S. 1.

Jachertz Norbert: 125 Jahre Deutsches Ärzteblatt. Allen Ärzten verpflichtet. In: DÄ. 1997. Jg 94. Heft 39. S. A-2445.

Jäger Hans: AIDS: Ethische Fragestellungen. In: DÄ. 1987. Jg 84. Heft 14. S. A-905-913.

Jung Gabriele und Jung Dieter: Verletzte Schweigepflicht. In: DÄ. 1988. Jg 85. Heft 42. S. A-2868.

KBr: 3 Fragen an...Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 5. S. A-197.

Klinkhammer Gisela: Kommunikation im Gesundheitswesen. Telematik: Patientenschutz steht an erster Stelle. In: DÄ. 1998. Jg 95. Heft 23. S. A-1437-1439.

Kohlhaas: Ärztliche Schweige- oder Offenbarungspflicht bei kranken Kraftfahrern. In: ÄM. 1957. Jg 42. Heft 29. S. 862-864.

Kornhuber H. H.: Statt Anzeige. In: DÄ. 1983. Jg 80. Heft 18. S. A-68-71.

Krauß Paul: Aktuelle Probleme der ärztlichen Schweigepflicht. In: DÄ. 1972. Jg 69. Heft 18. S. 1156-1163.

Krüger-Brand Heike E.: Top VIII: Tätigkeitsbericht – Telematik. Mitgestalten und Einfluss nehmen. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 19. S. A-1356-1358.

Lange Wolfgang: Computer: Störfaktor im Arzt-Patienten-Verhältnis? In: DÄ. 1981. Jg 78. Heft 3. S. 65-66.

Laufs Adolf: Arztrecht. Schriftenreihe der Neuen Juristischen Wochenschrift. C.H. Beck. München 1993.

Lemme Hans-Joachim: Bemerkungen zu einem Entwurf eines Gesetzes über die Schweigepflicht des Arztes. In: ÄM. 1952. Jg 37. Heft 13. S. 246-248.

Lemme Hans-Joachim: Die ärztliche Schweigepflicht. In: ÄM. 1952. Jg 37. Heft 18. S. 369-373.

Lempp R.: Kindesmißhandlung und ärztliche Schweigepflicht. In: DÄ. 1967. Jg 64. Heft 36. S. 1860.

Löllgen Noemi: Verhalten bei Dopingverdacht. Schwierige Güterabwägung. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 42. S. A-2206-2207.

Mayring Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz. Weinheim und Basel 2010.

Menzenbach Jürgen: Düstere Zeiten. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 16. S. A-842.

Neuber Harald: Flüchtlingsrechte. Politik ohne Würde. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 6. S. A-252-254.

Neuffer Hans: Die ärztliche Schweigepflicht. In: ÄM. 1952. Jg 37. Heft 17. S. 320-321.

Neuffer Hans: Die ärztliche Schweigepflicht. In: ÄM. 1952. Jg 37. Heft 18. S. 362-369.

Osterwald Gustav: Datenschutz in der ärztlichen Praxis. Referat bei der Arbeitstagung des Plenums des 85. Deutschen Ärztetages in Münster. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 26. S. B-51-61.

Parzeller Markus und Bratzke Hansjürgen: Arztrecht. Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 37. S. A-2364-2370.

Pflanz Elisabeth: Symposium „Wem ist die Medizin verpflichtet?“. Konflikt um Gehorsam und Widerstand in den Heilberufen. In: DÄ. 1993. Jg 90. Heft 8. S. A₁-504-505.

Placzek Siegfried.: Das Berufsgeheimnis des Arztes. Georg Thieme Verlag. Leipzig 1898.

Rabbata Samir: Selbst verschuldete Erkrankungen. Ärzte als Denunzianten. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 41. S. A-2757.

Rahn Dietrich: Die Bedeutung des dritten Strafrechts-Änderungsgesetzes für die ärztliche Schweigepflicht. In: ÄM. 1953. Jg 38. Heft 24. S. 706-707.

Rahn Dietrich: Von den Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. In: ÄM. 1955. Jg 40. Heft 7. S. 187-191.

Rieger Hans-Jürgen: Lexikon des Arztrechts. Walter de Gruyter. Berlin 1984.

Rieser Sabine: Symposium für Juristen und Ärzte. Ärztliche Schweigepflicht: Druck von allen Seiten. In: DÄ. 1999. Jg 96. Heft 5. S. A-253-254.

Rixen Stephan: Rechtliche Anforderungen an die Arzt-Patient-Interaktion. In: Marckmann Georg (Hrsg.). Praxisbuch Ethik in der Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2015. S. 67-78.

Rodewald: Recht des Kranken - Pflicht des Arztes. In: ÄM. 1952. Jg 37. Heft 13. S. 245-246.

Sauter Fritz: Das Berufsgeheimnis und sein strafrechtlicher Schutz. (§ 300 R.St.G.B.). Schletter. Breslau. 1910.

Schlund Gerhard H. und Ulsenheimer Klaus: Die ärztliche Schweigepflicht. In: Laufs Adolf (Hrsg.). Handbuch des Arztrechts. C.H. Beck. München 2002. S. 545-596.

Schmedt Michael: Aerzteblatt.de. Eine feste Größe im Internet. In: DÄ. 2006. Jg 103. Heft 49. S. A-3317-3318.

Schmitter Hedda: Leben vor Schweigen. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 45. S. A-3007-3008.

Schmitt-Homann Lothar: Ungerechtfertigter jahrelanger Pflichtverstoß. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 45. S. A-3006-3007.

Schott Heinz: Die ärztliche Schweigepflicht: Historische und aktuelle Aspekte. In: DÄ. 1988. Jg 85. Heft 41. S. A-2809-2814.

Schönwälder Marion: Deprofessionalisierung des Ärztstandes. Neue Folgenhaftigkeit ärztlichen Handelns. AVM. München 2009.

Schroeder-Printzen Jörn: Ableitung der zivilrechtlichen Schweigepflicht. In: Chasklowicz Alexander; Schroeder-Printzen Jörn; Spyra Gerd und Weber Hans-Jörg. Ärztliche Schweigepflicht und Schutz der Patientendaten. Wissenswertes vom Datenschutz über die Praxisdurchsuchung bis zum Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes. ecomed Medizin. Landsberg am Lech 2017. S. 54.

Siegler Mark: Schweigepflicht in der Medizin – ein Auslaufmodell? In: Wiesing Urban (Hrsg.). Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Reclam. Stuttgart 2012. S. 128-129.

Siegmund-Schultze Nicola: Doping. Jede Diagnose kann geschönt werden. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 41. S. A-2774-2776.

Specker Bernhard: AIDS: Rechtsgrundlagen für die ambulante Betreuung. Zwischen Behandlungspflicht und Behandlungsfreiheit. In: DÄ. 1994. Jg 91. Heft 24. S. A-1697-1702.

Sprunkel Rüdiger: Erfolgsformel für das Verlagsmarketing. Die richtige Balance zwischen Leser- und Inserentengunst. In: Beilage zum DÄ. 1999. Heft 21. S. 8-10.

sto: Anzeige von Kindesmißhandlungen. In: DÄ. 1968. Jg 65. Heft 10. S. 541.

sto: Fahruntüchtige Patienten. In: DÄ. 1968. Jg 65. Heft 9. S. 477.

Stockhausen: Kindesmißhandlung und ärztliche Schweigepflicht. Änderung gesetzlicher Vorschriften nicht notwendig. In: DÄ. 1967. Jg 64. Heft 16. S. 837-838.

Stockhausen Josef: Die Speicherung medizinischer Daten–Gefahren und Schutzmaßnahmen. In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 40. S. 2597-2604.

Stockhausen Josef: Schlußwort. In: DÄ. 1967. Jg 64. Heft 36. S. 1860.

Stocksmeier E.: Soziale Willkürdiktatur. In: DÄ. 1998. Jg 95. Heft 38. S. A-2286.

Terhorst Tobias: HIV-infizierte Menschen sind selbstbestimmt. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 51-52. S. A-3490.

Theiss Karl: Die ärztliche Schweigepflicht. In: ÄM. 1950. Jg 35. Heft 15. S. 292-294.

Tönnies Peter: Unerträglich. In: DÄ. 2000. Jg 97. Heft 45. S. A-3007.

Trube-Becker Elisabeth: Kindesmißhandlung und ärztliche Schweigepflicht. In: DÄ. 1967. Jg 64. Heft 36. S. 1859.

uer: Gefahren für Arztgeheimnis überwinden. Wissenschaftliche Tagung aus Anlaß der XXVII. Generalversammlung des Weltärztebundes in München: „Computer und Arztgeheimnis in der Medizin“. In: DÄ. 1973. Jg 70. Heft 35. S. 2236.

Ulsenheimer Klaus: Der Arzt im Strafrecht. In: Laufs Adolf (Hrsg.). Handbuch des Arztrechts. C.H. Beck. München 2002. S. 1228-1474.

Unbekannt: Bedeutung des Nachweises einer HIV-Infektion bei Erwachsenen. Diagnostische Maßnahmen und ärztliche Beratung in der Praxis. (Stand: Dezember 1987). Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer. In: DÄ. 1988. Jg 85. Heft 4. S. A-142-144.

Unbekannt: Bundesfinanzhof für ärztliche Schweigepflicht. In: ÄM. 1958. Jg 43. Heft 8. S. 209.

Unbekannt: Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer teilt mit: Empfehlung zur Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der medizinischen Forschung. In: DÄ. 1981. Jg 78. Heft 30. S. 1443.

Unbekannt: Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt II. Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz in der ärztlichen Berufsausübung und der medizinischen Forschung. In: DÄ. 1989. Jg 86. Heft 21. S. A-1568-1570.

Unbekannt: Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt V. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 21. S. A-1519-1532.

Unbekannt: Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt V. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. In: DÄ. 2010. Jg 107. Heft 20. S. A-1003-1020.

Unbekannt: Nochmals: Ärztliche Schweigepflicht. In: ÄM. 1951. Jg 36. Heft 10. S. 149.

Unbekannt: Resolutionen. Datenschutz in der Sozialversicherung. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 21. S. A/B-38-39.

Unbekannt: Resolution. Empfehlungen zur Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der ärztlichen Berufsausübung. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 21. S. A/B-20-21.

Unbekannt: Resolutionen. Mitteilungspflicht bei Kindesmißhandlungen. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 21. S. A/B-40.

Unbekannt: Schweigepflicht. In: DÄ. 1974. Jg 71. Heft 25. S. 1828.

Unbekannt: 18 Resolutionen: Von „Ausbildung“ bis „Weiterbildung“. Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht. In: DÄ. 1981. Jg 78. Heft 24. S. 1186-1191.

Unbekannt: 71. Deutscher Ärztetag: Entschlüsseung: Wahrung der Schweigepflicht durch die Krankenkassen. In: DÄ. 1968. Jg 65. Heft 24. S. 1377.

Unbekannt: In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 25. S. A/B-57.

Vilmar Karsten: Ärztliche Schweigepflicht – ein Recht des Patienten. Referat bei der Eröffnungsveranstaltung des 85. Deutschen Ärztetages in Münster. In: DÄ. 1982. Jg 79. Heft 25. S. A/B-57-76.

Vimar Karsten: Strukturreform im Gesundheitswesen – Die Quadratur des Kreises? Referat des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages auf der Eröffnungsveranstaltung. In: DÄ. 1988. Jg 85. Heft 21. S. A-1522-1534.

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Bekanntgabe der Bundesärztekammer. Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes in der medizinischen Forschung. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer. In: DÄ. 1989. Jg 86. Heft 40. S. A-2843-2845.

Wolfslast Gabriele: Schweigepflicht vor Sicherheit? In: Gropp Walter; Hecker Bernd; Kreuzer Arthur; Ringelmann Christoph; Witteck Lars und Wolfslast Gabriele (Hrsg.). Strafrecht als ultima ratio. Gießener Gedächtnisschrift für Günter Heine. Mohr Siebeck. Tübingen 2016. S. 389-395.

Wolters Hans-Georg: Datenverarbeitung und Vertraulichkeit medizinischer Informationen. In: DÄ. 1974. Jg 71. Heft 51. S. 3691-3696.

Wriede Marlies: Typisch. In: DÄ. 2005. Jg 102. Heft 42. S. A-2861.

XYZ: Um der Sache willen. In: DÄ. 1968. Jg 65. Heft 11. S. 628-629.

Ziegler Andrea: Ärztliche Schweigepflicht. In: Hick Christian (Hrsg.). Klinische Ethik. Springer. Heidelberg 2007. S. 41-53.

Zylka-Menhorn Vera: Piercing. Die rechtliche Situation. In: DÄ. 2008. Jg 105. Heft 28-29. S. A-1546.

Zypries Brigitte: Telekommunikationsüberwachung. Balance zwischen Strafverfolgung und Grundrechtsschutz. In: DÄ. 2007. Jg 104. Heft 33. S. A-2232-2233.

Internetadressen:

<https://www.aerzteblatt.de/service/mediadaten> (Zugriff 4.12.2019)

https://www.aerzterverlag-media.de/fileadmin/media/mediadaten/medizin/Mediadaten/2019_Mediadaten_Deutsches_Aerzteblatt_Industrie.pdf (Zugriff 4.12.2019)

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl153s0735.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl153s0735.pdf%27%5D__1565805317870 (Zugriff 4.12.2019)

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf (Zugriff 4.12.2019)

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/Hinweise_und_Empfehlungen_aerztliche_Schweigepflicht_Datenschutz_Datenverarbeitung_09.03.2018.pdf (Zugriff 4.12.2019)

http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_203.html (Zugriff 4.12.2019)

<http://www.lexetius.com/StGB/300,8> (Zugriff 4.12.2019)

10. ERKLÄRUNG ZUM EIGENANTEIL

Die Arbeit wurde in dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin unter Betreuung von Herrn Prof. Dr. Dr. Wiesing durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. Dr. Wiesing und Herrn PD Dr. Tümmers.

Ich versichere, das Manuskript selbständig nach Anleitung durch Herrn Prof. Dr. Dr. Wiesing und Herrn PD Dr. Tümmers verfasst und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

München, den 4.12.2019

11. DANKSAGUNG

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. Dr. Urban Wiesing, der die Anfertigung der Dissertation überhaupt erst ermöglichte, sowie für seine Betreuung.

Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn PD Dr. Henning Tümmers für seine konstruktiven Anregungen und Unterstützung.

Zusätzlich möchte ich meiner Familie sowie all meinen Freunden, die mir mit Rat und Tat zur Seite standen, danken.