

# Das Arztgeheimnis

Bernice S. Elger

Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), Université de Genève

Vier unabhängige und dem Spitalpersonal unbekannt Beobachter fahren systematisch Fahrstuhl in fünf verschiedenen Spitälern, immer die gesamte Fahrstuhlstrecke, entweder rauf oder runter. Sie haben die Weisung zuzuhören, worüber im Fahrstuhl gesprochen wird. Direkt nach jeder Fahrstuhlfahrt steigen sie aus und notieren an einem Ort, wo sie unbeobachtet sind, die Anzahl und – soweit erkennbar – berufliche Funktion der Personen, die den Fahrstuhl benutzt haben. Sie schreiben alles, was gesagt wurde und eventuell das Arztgeheimnis verletzt hat, so wörtlich wie möglich auf. Eine unabhängige Gruppe von Experten beurteilt diese Notizen von 259 Fahrstuhlfahrten und kommt zu folgendem Schluss: Bei 36 Fahrten (14%) wurde mindestens einmal von Ärztinnen<sup>1</sup> oder Pflegepersonal eine unangemessene Bemerkung gemacht. In 18 dieser Fälle wurde das Arztgeheimnis verletzt. In den anderen Fällen sprach Gesundheitspersonal in unangemessener, respektloser oder kritischer Weise über Patienten, die jedoch nicht persönlich identifizierbar waren. Die Fahrstuhlgespräche, bei denen eine Verletzung des Arztgeheimnisses stattfand, wurden mehrheitlich von Ärzten geführt. Pflegepersonal war seltener involviert. Typische Aussagen waren: «Gestern haben wir Herrn Willmer aufgenommen; er bekommt eine neue Chemotherapie.» Zum Teil wurden Patientinnen mit Namen identifiziert, zum Teil durch andere Beschreibungen: «Die Direktorin des Unternehmens X ...», wobei es sich um ein allgemein bekanntes Unternehmen handelte. In anderen Fällen hätten Freunde oder Familienmitglieder durch die detaillierten Beschreibungen der Symptome die Patienten identifizieren können. So stieg z.B. eine Gruppe von Ärztinnen zu, die anscheinend gerade mitten in der täglichen Visite war. Symptome, diagnostische Resultate und Behandlungsalternativen einzelner Patientinnen wurden ausführlich im Fahrstuhl beschrieben. Zwei Ärzte debattierten heftig über Nutzen und Risiken, verschiedene Teile eines oder beider Lungenflügel eines Patienten herauszuschneiden [1]. Ein paar Jahre nach dieser Studie in den USA wird eine ähnliche Fahrstuhlstudie in Kanada wiederholt und kommt zu fast den gleichen Ergebnissen: Bei 11% der Fahrstuhlfahrten finden Verletzungen des Arztgeheimnisses statt. In vier Fällen (3%) werden die Namen von Patienten genannt [2].

Eine Studierende in Genf erzählt im medizinethischen Unterricht, dass die Sprechstundengehilfin ihres Arztes alle Anrufe im Beisein der wartenden Patienten beantwortet, fast immer Patienten am Telefon bei ihrem Namen nennt und Symptome und Befunde mit ihnen diskutiert.

Viele Verletzungen der Vertraulichkeit passieren tagtäglich und sind im Prinzip vermeidbar. Wahrscheinlich sind sie den Urhebern und anderen nicht immer bewusst. Nur selten intervenieren Beteiligte oder Umstehende. In der kanadischen Studie haben in zwei der Fälle Medizinstudierende, die sich im Fahrstuhl befanden, reagiert. Sie baten darum, dass die Unterhaltung an einem anderen Ort fortgeführt würde, und waren mit ihrer Intervention jeweils erfolgreich [2].

Die grosse Mehrheit der Patientinnen rechnet damit, dass die Vertraulichkeit respektiert wird. So gehen nur 9% von befragten Patienten – aber 36% der befragten Ärztinnen – davon aus, dass Ärzte Informationen über Patienten als «interessante Fälle» bei Partys mit Nicht-ärzten weitergeben [3, 4]. Dabei spielt es eigentlich keine Rolle, ob auch Nichtärzte bei der Party anwesend sind. Wenn Patientinnen direkt (z.B. mit Namen) oder indirekt (durch den Beruf oder andere markante Details) identifizierbar sind, dann würde es sich auch um eine Verletzung des Arztgeheimnisses handeln, wenn die Details Arztkollegen erzählt werden, die nicht direkt in die Behandlung involviert sind.

In einer kürzlich veröffentlichten britischen Richtlinie zur Vertraulichkeit [5] wird daran erinnert, dass Ärztinnen Patienten darüber aufklären sollten, dass, solange die letzteren nicht ausdrücklich widersprechen, Informationen mit anderen behandelnden Ärztinnen im Interesse des Patienten ausgetauscht werden. Dies ist zum Beispiel im Spital der Fall. Patientinnen verstehen im Allgemeinen, dass die sie betreffenden Gesundheitsdaten einem oft recht grossen Team von Gesundheitspersonal zugänglich sein müssen, damit sie medizinisch fundierte und reibungslos organisierte Behandlungen erhalten können. Allerdings ist es Patientinnen nicht immer klar, wie weit dieser Informationsaustausch in ihrem Interesse geht. Das *General Medical Council* empfiehlt Ärzten deshalb: Sie als Ärztin «müssen Patientinnen über jede Weitergabe von Gesundheitsdaten informieren, die diese nicht erwarten, oder Sie müssen zumindest überprüfen, dass Patientinnen schon über diesen Informationsaustausch Bescheid wissen»<sup>2</sup>.

Hier ist natürlich gemeint, dass dieser Informationsaustausch nur zwischen den Mitgliedern des behandelnden Teams stattfindet und nicht an Orten wie Fahr-

Die Autorin erklärt, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag hat.

1 Die weibliche und männliche Form wird abwechselnd verwendet und schliesst jeweils das andere Geschlecht mit ein.

2 "You must inform patients about disclosures for purposes they would not reasonably expect, or check that they have already received information about such disclosures" (GMC 2009, Art. 7).

stühlen oder Wartezimmern, die auch vielen anderen Personen zugänglich sind.

Die Garantie des Arztgeheimnisses ist die Grundlage für das Vertrauen in die Ärztin [6]. Die Vertraulichkeit gehört zu den Erwartungen an die Ärzteschaft, die besonders tief in der Gesellschaft verankert sind. Diese Erwartungen spiegeln sich in dem in der Schweiz bestehenden gesetzlichen Rahmen: Die Verletzung des Berufsgeheimnisses ist eine Straftat und kann gemäss Artikel 321 des schweizerischen Strafgesetzbuches «auf Antrag, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft» (Art. 321 Abs. 1 StGB) werden. Das Gesetz erlaubt bzw. schreibt in manchen Fällen Ausnahmen zum Arztgeheimnis vor, wenn es zu Konflikten zwischen einem wichtigen Gut und der Vertraulichkeit kommt. In der Schweiz sind nur wenige Ausnahmen obligatorisch, wie z.B. die Deklaration bestimmter Infektionskrankheiten und von Geburten und Todesfällen. In den meisten anderen Fällen sind gesetzliche Ausnahmen fakultativ. Die ethischen Abwägungen im Einzelfall muss die Ärztin selbst leisten. So besteht gemäss Art. 364 des StGB ein Mitteilungsrecht, und nicht eine Mitteilungspflicht: «Ist an einem Unmündigen eine strafbare Handlung begangen worden, so sind die zur Wahrung des Amts- und Berufsgeheimnisses (Art. 320 und 321) verpflichteten Personen berechtigt, dies in seinem Interesse den vormundschaftlichen Behörden zu melden.» Dabei müssen Ärzte zwischen verschiedenen Gütern und Pflichten abwägen. So kann eine Wahrung der Schweigepflicht unter Umständen auch eine Unterlassung der Nothilfe (Art. 128 StGB) bedeuten, bzw. es kann ein rechtfertigender Notstand vorliegen (Art. 17–18 StGB). Wenn «das Leben oder die körperliche Integrität eines Dritten ernsthaft und akut gefährdet ist, kann der Arzt von sich aus von der Schweigepflicht abweichen und die zuständigen Behörden oder den bedrohten Dritten direkt benachrichtigen» [7]. In der Schweiz kann die Ärztin, wenn es sich nicht um eine Notfallsituation handelt, bei der vorgesetzten Behörde oder Aufsichtsbehörde eine Bewilligung auf Entbindung vom Arztgeheimnis beantragen.<sup>3</sup> Aus medizinethischer Sicht gibt es zwei grundsätzlich verschiedene Begründungen für die Vertraulichkeit. Zum Ersten verpflichtet der Respekt für die Autonomie die Ärztin, die informationelle Selbstbestimmung der Patienten zu wahren. Dies bedeutet, dass die letzteren eine Kontrolle über «eintreffende» Informationen (Recht auf Wissen und auf Nichtwissen) haben sowie auch über die Weitergabe von Informationen an Dritte. Die zweite Begründung ist Konsequenzen-orientiert. Patientinnen müssen darauf vertrauen können, dass Informationen über stigmatisierende Krankheiten – oft

Infektionskrankheiten oder psychische Störungen – nicht publik gemacht werden. Nur so werden sie einen Arzt aufsuchen und sich behandeln lassen, und damit können weitere Ansteckungen bzw. durch unbehandelte psychische Krankheiten bedingte negative Folgen weitgehend vermieden werden.

Grundsätzlich nehmen Ärzte und Medizinstudierende das Berufsgeheimnis sehr ernst. In den Kursen in Rechtsmedizin und Ethik für Medizin- und Jura-Studierende an der Universität Genf haben wir jedoch festgestellt, dass allgemeine Kenntnisse zum Arztgeheimnis nicht immer ausreichen, damit Ärzte wissen, wie sie sich in konkreten Situationen verhalten sollen, die Teil ihres Alltags sind. Nachdenken und Weiterbildung sollten daher sooft als möglich mit Bezugnahme auf konkrete Situationen stattfinden [8–10]. Studien in Genf haben bestätigt, dass Fallbeispiele die vermeidbaren Verletzungen des Arztgeheimnisses gegenüber Kollegen, Freunden oder Ehepartnern von Ärztinnen ansprechen sowie das Fortbestehen und Ausmass der Schweigepflicht gegenüber Autoritätspersonen wie Polizisten und Rechtsmedizinern thematisieren sollten [9, 11].

Nicht die seltenen grossen Dramen [12] unterminieren das Vertrauen von Patienten, sondern die kleinen, alltäglichen und in den meisten Fällen vermeidbaren Verletzungen der ärztlichen Schweigepflicht.

---

#### Korrespondenz:

Prof. Bernice Elger  
Centre universitaire romand de médecine légale  
Université de Genève, CMU  
1, rue Michel Servet  
CH-1211 Genève 4  
[bernice.elger@unige.ch](mailto:bernice.elger@unige.ch)

---

#### Literatur

- 1 Ubel PA, Zell MM, Miller DJ, Fischer GS, Peters-Stefani D, Arnold RM. Elevator talk: Observational study of inappropriate comments in a public space. *Am J Med.* 1995;99:190–4.
- 2 Vigod SN, Bell CM, Bohnen JM. Privacy of patients' information in hospital lifts: Observational study. *BMJ.* 2003;327:1024–5.
- 3 Weiss BD. Confidentiality expectations of patients, physicians, and medical students. *JAMA.* 1982;247:2695–7.
- 4 Weiss BD, Senf JH, Carter JZ, Rothe TC. Confidentiality expectations of patients in teaching hospital clinics versus private practice offices. *Soc Sci Med.* 1986;23:387–91.
- 5 General Medical Council: Confidentiality: [www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/confidentiality.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/confidentiality.asp) (accessed 1.12.2010). London, GMC, 2009.
- 6 Bourke J, Wessely S. Confidentiality. *BMJ.* 2008;336:888–91.
- 7 SAMW: Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen. Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): [www.samw.ch](http://www.samw.ch) (accessed february 7, 2008). 2002.
- 8 Elger BS. Factors influencing attitudes towards medical confidentiality among swiss physicians. *J Med Ethics.* 2009;35:517–24.
- 9 Elger BS. Violations of medical confidentiality: Opinions of primary care physicians. *Br J Gen Pract.* 2009;59:e344–52.
- 10 Elger BS, Harding TW. Avoidable breaches of confidentiality: A study among students of medicine and of law. *Med Educ.* 2005;39:333–7.
- 11 General Medical Council: Confidentiality case studies. [www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/7497.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/7497.asp) (accessed 1.12.2010). London, GMC, 2009.
- 12 Appelbaum PS. Tarasoff and the clinician: Problems in fulfilling the duty to protect. *Am J Psychiatry.* 1985;142:425–9.

---

3 Art 321 StGB, Abs. 2: «Der Täter ist nicht strafbar, wenn er das Geheimnis auf Grund einer Einwilligung des Berechtigten oder einer auf Gesuch des Täters erteilten schriftlichen Bewilligung der vorgesetzten Behörde oder Aufsichtsbehörde offenbart hat.»