
Rechtsfragen in Klinik und Praxis

Inhaltsverzeichnis

1. Organisationsverschulden in Klinik und Praxis
2. Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich
3. Aufbewahrung von Patientenunterlagen und Einsichtsrecht in die Patientendokumentationen

Organisationsverschulden in Klinik und Praxis

Ärztliche Standards bei strukturellen und organisatorischen Veränderungen

Einbecker-Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V. hat gemeinsam mit der Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen am 02. und 03. Dezember 2005 das 31. Symposium für Juristen und Ärzte veranstaltet. Als Ergebnis dieser Tagung wurden die nachstehenden Empfehlungen verabschiedet:

I. Problemstellung

Die Verrechtlichung und Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit in Klinik und Praxis schreitet mit zunehmender Geschwindigkeit voran. Einerseits zwingen beschränkte wirtschaftliche und personelle Ressourcen zu Reglementierungen der ärztlichen Berufsausübung; andererseits werden ständig neue Qualitätsanforderungen gestellt. In dieser Zwickmühle sehen sich die Ärzte in Klinik und Praxis neuerdings weiteren Herausforderungen ausgesetzt, die auf gesetzlich und ökonomisch bedingte Struktur- und Organisationsveränderungen zurückgehen. Auch die Verantwortung für eine sachgemäße Organisation der ärztlichen Behandlungsabläufe unterliegt derzeit vielfältigen Neuordnungen. Modulares Großkrankenhaus, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), integrierte Kooperationsstrukturen zwischen ambulanten und stationären Behandlungseinheiten, fachgebietsübergreifende Dienste, Behandlungspfade, Scoresysteme und die Zentralisierung von Behandlungseinheiten sind Beispiele neuer Strukturen und Organisationsformen im Gesundheitswesen, mit denen die ärztliche Diagnostik und Therapie und das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis in Wettbewerb stehen. Handlungs- und Therapiefreiheit der Ärzte in Klinik und Praxis sind berührt; eine Erhöhung der Risiken für die Patienten und ein erhöhtes Risiko juristischer Haftung wird befürchtet.

Diese tiefgreifenden strukturellen und organisatorischen Veränderungen im Medizinbetrieb erfordern kontinuierlich eine juristische Neubewertung.

II. Gegenwärtiges rechtliches Verständnis des Organisationsverschuldens

Das Organisationsverschulden bildet eine zentrale Kategorie des modernen Zurechnungs- und Haftungsrechts. Gerade im klinischen Alltag gewinnen Organisationspflichten immer mehr an Gewicht. Je größer die Zahl der an Diagnose und Therapie beteiligten Ärzte, Techniker und Hilfskräfte, je komplizierter und gefährlicher die apparativen und medikamentösen Mittel, je komplexer das arbeitsteilige medizinische Geschehen in einem großen Betrieb und je größer der ökonomische Erfolgsdruck, desto mehr Umsicht und Einsatz erfordern die Planung, die Koordination und die Kontrolle der klinischen Abläufe.

1. Gesetzliche Anknüpfungspunkte des Organisationsverschuldens

Auswahl-, Überwachungs- und Anleitungspflichten bilden zusammen mit der Pflicht zur Ausstattung des ärztlichen und pflegerischen Personals mit adäquaten technischen Hilfsmitteln einen umfangreichen Pflichtenkatalog des Krankenhausträgers und Praxisinhabers. Dieser umfasst auch ausreichende personelle und infrastrukturelle Ressourcen (zum Beispiel IT-Ausstattung und Festlegung von Handlungsanleitungen).

Krankenhäuser oder in der Form der juristischen Person betriebene Arztpraxen sind für den Schaden verantwortlich, den ein leitender Mitarbeiter (Chefarzt, Oberarzt) einem Patienten zufügt. Primär verantwortlich ist daher der Träger der jeweiligen medizinischen Einrichtung. Eine Verantwortung der leitenden Mitarbeiter im Übrigen kommt in Betracht, wenn der Träger nachweisen kann, dass er die ihm obliegenden Organisationspflichten wahrgenommen hat, sog. **Entlastungsbeweis** i. S. v. § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB. Es genügt für eine solche Haftungsfreistellung allerdings nicht, dass der Träger den Nachweis sorgfältiger Auswahl und Überwachung des von ihm eingesetzten, für den fraglichen Bereich verantwortlichen höheren Angestellten führt. Vielmehr trifft ihn darüber hinaus die Pflicht, den gesamten Ablauf der Betriebsvorgänge und die Tätigkeit des Personals durch geeignete organisatorische Vorkehrungen so einzurichten und zu überwachen, dass Dritte nicht geschädigt werden.

2. Prozessuale Anknüpfungspunkte

Die Rechtsprechung geht bereits dann von einem **pflichtwidrigen Verhalten** des Krankenhauspersonals aus, wenn feststeht, dass der Patient „im Organisationsbereich des Krankenhauses“ zu Schaden gekommen ist (zum Beispiel durch Transport, unsterile Infusionsflüssigkeit oder defekte medizinische Apparaturen). Wie im Produkthaftungsrecht wird von einem objektiven Mangel oder verkehrswidrigen Zustand auf ein pflichtwidriges Verhalten geschlossen.

3. Organisationspflichten in der Rechtsprechung

Folgende Kardinalpflichten lassen sich der Rechtsprechung entnehmen:

(1) **Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten** im Krankenhaus müssen durch Einsatzpläne und Vertreterregelungen deutlich abgegrenzt und insbesondere Sonntags-, Nacht- und Bereitschaftsdienste gesichert sein. Auch für die Patientenaufklärung und die ärztliche Erstversorgung von Unfallopfern bedarf es besonderer Anweisungen.

(2) Die ärztlichen und die nichtärztlichen Mitarbeiter müssen **sorgfältig ausgewählt, angelernt und überwacht** werden. In jeder Behandlungsphase muss ein qualifizierter Arzt bereit stehen, um die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen, zu delegieren und zu überwachen.

(3) Das Krankenhaus muss die **ärztlichen und pflegerischen Standards** in personeller, fachlicher und apparativer Hinsicht gewährleisten.

(4) Die **Sicherheit der Patienten** muss gewährleistet sein. Besonderen Anfälligkeiten von Kindern oder von verletzungs- oder suizidgefährdeten Personen ist Rechnung zu tragen. Darüber hinaus müssen die hygienischen Verhältnisse und die Funktionsfähigkeit aller medizinischen Geräte und Apparate sichergestellt sein.

III. Veränderung der äußeren Rahmenbedingungen

Die Organisationspflichten in Klinik und Praxis werden zunehmend von folgenden geänderten äußeren Rahmenbedingungen bestimmt:

1. Die **demografische Entwicklung** und die **Fortschrittsfalle in der Medizin** erfordern ein gemeinsames, koordiniertes Vorgehen derer, die Verantwortung für das Gesundheitswesen tragen. Ohne geeignete Anpassung des Krankenversicherungssystems an die feststellbaren Veränderungen und voraussehbaren Anforderungen ist die Versorgung der Patienten gefährdet.

2. Aktuelle Erkenntnisse zur zukünftigen **Arztzahlentwicklung** belegen, dass die sich bereits jetzt abzeichnende Personalverknappung im ärztlichen Dienst in den kommenden Jahren zunehmen wird.

3. Durch eine **stärkere Leistungsverdichtung** wird sich der Anteil der sog. „sprechenden Medizin“ weiter verringern – mit negativen Konsequenzen für die individuelle **Arzt-Patienten-Beziehung**. Die seit Jahren zunehmenden **bürokratischen Anforderungen** im Klinik- und Praxisalltag verschlechtern diese Situation zusehends.

4. Auch die diskutierte Einführung der **Bachelor- und Master-Studiengänge** führt zu heterogenen Qualifikationsmaßstäben in der medizinischen Versorgung, die haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Dies gilt auch für die zunehmende Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Berufe.

5. Das Missverhältnis zwischen leistungsrechtlichem Versorgungsanspruch und der erforderlichen **Finanzausstattung** der gesetzlichen Krankenversicherung ist trotz der bisherigen Reformversuche eine weiter bestehende Herausforderung.

6. Das **Krankenhausvergütungssystem** der diagnosebezogenen Fallpauschalen (**DRG**) führt zu neuen Konfliktlagen zwischen betriebswirtschaftlichen und medizinischen Gesichtspunkten der Krankenbehandlung.

7. Die von den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelten **Leitlinien** werden zunehmend nicht mehr nur als Handlungskorridor für den behandelnden Arzt im Einzelfall verstanden, sondern in Form von Behandlungsschemata und -pfaden sowie Versorgungsanweisungen zur „Programmmedizin“.

IV. Struktur- und Organisationsveränderungen in Klinik und Praxis

Als Reaktion auf diese geänderten äußeren Rahmenbedingungen in Klinik und Praxis seien folgende Beispiele genannt:

1. Interdisziplinäre Behandlungseinheiten im modularen Großklinikum

Es gibt Bestrebungen, die bisherige Struktur des Krankenhauses in Form der Zuordnung der Patienten nach bestimmten Krankheiten zu fachgebietsbezogenen Abteilungen des Krankenhauses durch ein modulares Krankenhaus zu ersetzen, in dem Patienten scoregesteuert entsprechend dem jeweiligen Schweregrad des Behandlungsgeschehens in interdisziplinären Funktionskliniken mit den Bereichen **Intensive Care, Intermediate Care** und **Standard-Care** behandelt werden. Die Klinikdirektoren der einzelnen operativen Fachkliniken sollen dort für die Versorgung der Patienten in den interdisziplinären Bereichen schriftlich vereinbarte Behandlungsschemata entwickeln, nach denen eine gleichförmige und qualitätsgesicherte Patientenversorgung im Standardverfahren erfolgen soll.

Den damit verbundenen Veränderungen der Aufteilung von Verantwortung und Risiken ist durch vorausschauende Konzeption zu begegnen, neu entstehende Risiken sind zu neutralisieren. Als solche Risiken müssen beispielsweise die Unterberechnung der persönlichen **Verantwortungskontinuität** und **Kommunikationsdefizite** gelten. Gerade im Hinblick auf die Interdisziplinarität dieser Versorgungsstruktur ist der **Facharztstandard** einzuhalten.

Geeignete **Risikomanagement**-Verfahren sollten die Einführung veränderter Strukturen und Organisationsformen stets begleiten. Soweit Ärzte in solchen Versorgungsformen die Voraussetzungen für eine Behandlung nach dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr gewährleistet sehen, können sie in schwerwiegende Konflikte zwischen berufsrechtlichen und ethischen Verpflichtungen einerseits und arbeitsrechtliche und dienstrechtliche Konsequenzen andererseits geraten. In derar-

tigen Situationen ist eine patientenorientierte Konfliktauflösung zugunsten der ärztlichen Therapiefreiheit geboten. Gleiches gilt für die teilweise bereits eingeführten **fachgebietsübergreifenden Bereitschaftsdienste**. Auch für diese ist der Facharztstandard sicherzustellen.

2. Schichtdienste

Die Anwendung des Arbeitszeitgesetzes auf den Medizinbetrieb führt in einigen Bereichen zwangsläufig zu Schichtdiensten. Die Einordnung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit hat darüber hinaus zur Folge, dass die gesetzlichen Maximalarbeitszeiten früher erreicht werden als bisher. Dies bedingt einen höheren Bedarf an verfügbarem Personal, vermehrte Anzahl von Übergeben mit der damit zwangsläufig erhöhten Gefahr von damit verbundenen Kommunikationsdefiziten. Es sind organisatorische Maßnahmen zu treffen, welche diese Risiken ausschalten.

3. MVZ und integrierte Versorgung

Der Betreiber eines **Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)** hat durch gezieltes Risikomanagement und Maßnahmen der Qualitätssicherung die Möglichkeit, die so genannten „**Schnittstellen**“ im Rahmen der arbeitsteiligen Medizin miteinander zu verzahnen und damit die Kommunikation und Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu gewährleisten. Ein einheitliches Risikomanagement zwischen medizinischem Versorgungszentrum und Krankenhaus bei demselben Betreiber steigert die Effizienz in der Krankenversorgung, vermeidet unnötige Kontroll- und Mitarbeitspflichten und schützt die Patienten davor, dass sie durch Zuständigkeits- oder Informationslücken Schaden erleiden oder dadurch, dass ein an der Behandlung Beteiligter notwendige Maßnahmen in der unbegründeten Vermutung unterlässt, ein anderer werde schon das Nötige veranlassen. Diese Anforderungen an die haftungsrechtliche Koordination müssen auch für die poststationäre Versorgung gelten.

In der **integrierten Versorgung** nach § 140 b SGB V bestehen ähnliche Risiken der Haftung und Qualitätssicherung wie beim MVZ. Das Ziel der integrierten Versorgung, die Trennung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über die verschiedenen Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme zu beherrschen, wird befördert, wenn die Qualitätssicherungsmaßnahmen Bestandteil des Integrationsvertrages werden. Hierzu kann ein **verbindliches Behandlungsmanual** dienen, in dem strukturierte Versorgungsabläufe, Behandlungspfade, Leitlinien und Standards, Basisdokumentationen und Qualitätsindikatoren für die Struktur- und Prozessqualität vertraglich fixiert werden, ohne allerdings die individuelle Behandlungsfreiheit und -verantwortung des Arztes zu ersetzen. Diese Qualitätssicherungsmaßnahmen – wie die Entwicklung projektbezogener Dokumentationsformulare, die Schulung von externen Partnern und die Validierung der dokumentierten Daten – können allerdings nur dann das Ziel erreichen, wenn sich die einzelnen Beteiligten innerhalb der integrierten Versorgung mit den Chancen dieser neuen Versorgungsformen identifizieren.

4. Verstärkung der Arzt-Patienten-Beziehung

Um Gefahren in organisatorischer Hinsicht bei Einführung solcher oder ähnlicher Organisationsstrukturen von Patienten abzuwenden, muss eine **ausreichende personelle Besetzung mit genügend Zeit für Gespräche und Behandlung** zur Verfügung

gestellt werden. Ein Patient will von verantwortungsbewussten und vertrauten Ärzten und Pflegepersonal behandelt werden, und nicht in einen anonymen, artifiziellen und gleichförmigen Behandlungsprozess eingebunden sein. Maßnahmen hierfür könnten zum Beispiel sein, ein **critical incident reporting system (CIRS)**, um vorhersehbare Fehler zu vermeiden und Leitlinien in sachgerechter Anwendung einzuführen. Das aus personellen und finanziellen Einschränkungen sich ergebende Haftungsrisiko im Sinne eines Organisationsverschuldens darf nicht ausschließlich den vor Ort verantwortlichen Ärzten überlassen bleiben. Vielmehr ist es notwendig, den jeweiligen Träger eines Krankenhauses verstärkt in die **sächliche Organisationsverantwortung** einzubinden.

V. Rechtliche Bewertung

1. Zivilrechtlicher Sorgfaltsmaßstab

Eine Anpassung des zivilrechtlichen Sorgfaltsmaßstabs im formellen Sinne an eingetretene Veränderungen ist nicht erforderlich. Die Gesetzeslage lässt der Rechtsprechung genügend Raum, die Kriterien festzulegen, nach denen ein Pflichtenverstoß anzunehmen und die im Verkehr erforderliche Sorgfalt gemäß § 276 Abs. 2 BGB nicht beachtet ist, wobei Veränderungen der tatsächlichen Umstände oder anderweitig verfügbarer Pflichtenkataloge unschwer berücksichtigt werden können. Haftungsrechtlich wird das zu beurteilende Tun oder Unterlassen unverändert daran gemessen, ob die im Verkehr erforderliche Sorgfalt gewahrt ist. Auch definitorisch bleibt der rechtliche Sorgfaltsmaßstab unverändert. Anknüpfungspunkt für die verkehrserforderliche Sorgfalt der an der Behandlung beteiligten Ärzte ist (und bleibt) der **medizinische Standard des betroffenen Fachgebiets**, wobei der objektiv-typisierende Maßstab gilt.

In der Rechtsordnung gilt der Grundsatz der **Deckungsgleichheit des rechtlichen und des medizinischen Sorgfaltsmaßstabs**. Dieser Grundsatz erfährt aber nur dann eine Ausnahme, als es das Haftungsrecht unbeanstandet lässt, wenn die konkrete Behandlung hinter dem Stand der medizinisch-naturwissenschaftlichen Erkenntnisse zurückbleibt, weil Grenzen der Finanzierbarkeit oder der Wirtschaftlichkeit dies bedingen. Dies kann dann Auswirkungen auf den zu fordernden Standard haben. Allerdings darf in keinem Fall der Bereich des medizinisch zwingend Notwendigen verletzt werden. Dies gilt ebenso für den Fall, dass sich die diskutierten strukturellen und organisatorischen Veränderungen im Medizinbetrieb tatsächlich in nennenswertem Umfang einstellen sollten. Diese dürfen den medizinischen Standard beeinflussen, jedoch nicht zu einer Unterschreitung der unverzichtbaren Basisschwelle führen. Schließlich ist es auch dem Sozialgesetzgeber verwehrt, in diesen Kernbereich des medizinisch zwingend Notwendigen regelnd (zum Beispiel durch DMP – disease management program) einzugreifen. Dies kann haftungsrechtlich nicht akzeptiert werden und würde einer verfassungsrechtlichen Prüfung wegen Verstoßes gegen das Sozialstaatsprinzip nicht standhalten.

2. Haftung leitender Ärzte

Forderungen nach einer **Beschränkung der Außenhaftung** angestellter Krankenhausärzte werden auch hierzulande zunehmend erhoben. Dies sei angezeigt zum Zwecke einer Vereinfachung der überaus komplizierten Haftungsverhältnisse im Krankenhaus, zumal für die Schadenskompensation die Einstandspflicht des

Trägers völlig ausreiche. Eine derartige Regelung führte zu einem haftungsrechtlichen Rückzug vor allem leitender Ärzte hinter die Anonymität des Klinikträgers. Ärztliches Ethos, Berufs- und Standesrecht und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient weisen jedoch auf eine strenge persönliche Haftung des Arztes hin. Die Vorschläge einer Beschränkung der Außenhaftung verdienen daher keine Unterstützung.

3. Strafrechtliche Beurteilung

Bei der **strafrechtlichen** Beurteilung des Organisationsverschuldens gelten zum objektiven Sorgfaltsmaßstab zunächst dieselben Kriterien wie bei der zivilrechtlichen Betrachtung. Eine Verantwortlichkeit wird daher angenommen, wenn der Patient im Organisationsbereich des Krankenhauses zu Schaden kommt. Im Gegensatz zur zivilrechtlichen Bewertung ist bei der strafrechtlichen Bewertung des Organisationsverschuldens darüber hinaus auch der **subjektive Sorgfaltsmaßstab** zu berücksichtigen. Dieser orientiert sich neben der dem Einzelnen möglichen Erkennbarkeit der Gefahr an der tatsächlichen Fähigkeit, die Gefahr abzuwenden, das heißt an der persönlichen Vermeidbarkeit eines schadensverursachenden Organisationsfehlers. Die bei der Realisierung eines Organisationsrisikos besonders relevante **Übernahmefahrlässigkeit** wird durch die Frage der Vorwerfbarkeit begrenzt.

Wenn das Sozialrecht über die Finanzierung dem ärztlichen Handeln gewisse Grenzen setzt, so kann die Übernahme eines von der Allgemeinheit – durch das Sozialrecht in Gesetzesbuchstaben formuliert – erwünschten Verhaltens innerhalb dieser Grenzen nicht als vorwerfbar angesehen werden. Daneben kann ein derartiges Verhalten als innerhalb der **Sozialadäquanz** liegend und damit als nicht strafbar gelten.

Wie das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat, ist die Sicherung der finanziellen Stabilität der Krankenversicherung

ein Gemeinwohlbelang von überragendem Gewicht. Sie dient insgesamt der Aufrechterhaltung eines funktionierenden Gesundheitssystems und damit der Gesundheit aller Versicherten. Es bietet sich daher an, die finanziellen Rahmenbedingungen, die sich den Leistungserbringern im Gesundheitssystem darstellen, dem Prinzip des überwiegenden Interesses im Rahmen des **erlaubten Risikos** zu unterschreiben. Dies scheint insbesondere deshalb geboten, weil sich damit Wertungswidersprüche zwischen den einzelnen Sparten der Rechtsordnung, hier dem Haftungs- bzw. Strafrecht und dem Sozialrecht, auflösen lassen. Bei der Standardunterschreitung liegt der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit auf dem Unterlassen des gebotenen Handelns. Die Erfolgsabwendungspflicht des Garanten, das heißt die Pflicht des Arztes, das medizinisch Erforderliche zu tun, wird durch die **Zumutbarkeit und Möglichkeit** begrenzt. Es ist zu bedenken, dass dem einzelnen Arzt häufig nur die Alternative bliebe, die medizinische Versorgung unter den (den Standard unterschreitenden) Gegebenheiten gänzlich abzulehnen. Hierdurch kann aber die Gefahr für die zu schützenden Rechtsgüter wachsen, weil zum Beispiel der Weg zur nächsten alternativen Behandlungseinheit ein nicht mehr hinzunehmendes Maß erreicht oder neue weitere Risiken eröffnet

4. Medizinische Sachverständige

Die **medizinischen Sachverständigen** sollten bei der gutachtlichen Bewertung einzelner Behandlungsgeschehen die veränderten äußeren Rahmenbedingungen und die geänderten Versorgungsstrukturen sowie neue organisatorische Behandlungsabläufe zukünftig stärker berücksichtigen.

Berlin im Dezember 2005

Das Präsidium der DGMR e.V.

Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich

Auszug aus dem 2. Tätigkeitsbericht des Sächsischen Staatsministeriums des Innern für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich

Das Sächsische Staatsministerium des Innern informiert mit dem 2. Tätigkeitsbericht für den Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich (Berichtszeitraum: 2003 bis 2004) die Öffentlichkeit über die Tätigkeit der hierfür zuständigen Aufsichtsbehörden, die Regierungspräsidien im Freistaat Sachsen. Der Bericht gibt insbesondere Auskunft über die Aufgaben der Aufsichtsbehörden sowie die Schwerpunkte der Kontrolltätigkeit.

Zum nicht-öffentlichen Bereich zählen auch die Praxen niedergelassener Ärzte und Privatkrankenhäuser. Anlasskontrollen sind daher auch in der Arztpraxis und in Privatkliniken möglich. Sie werden im Gegensatz zu Regelkontrollen immer dann durchgeführt, wenn der Aufsichtsbehörde konkrete Anhaltspunkte für eine Datenschutzverletzung vorliegen. In den meisten Fällen ergeben sich derartige Anhaltspunkte aus Beschwerden Betroffener. In der Regel können diese Vorgänge schriftlich bearbeitet werden. Wenn dies jedoch nicht zweckmäßig oder nicht ausreichend ist, wird eine Vor-Ort-Kontrolle durchgeführt.

Anlasskontrollen finden ihren Abschluss in einer datenschutzrechtlichen Würdigung des untersuchten Sachverhalts, die sowohl der verantwortlichen Stelle als auch dem Betroffenen bzw. dem Petenten zur Kenntnis gegeben wird. Werden dabei Verletzungen materiell-rechtlicher Datenschutzbestimmungen festgestellt, kann dies der Betroffene dann als Grundlage für weitere rechtliche Schritte (zum Beispiel Schadenersatzforderungen) nehmen.

Aus dem genannten Tätigkeitsbericht werden Arztpraxen betreffende Feststellungen wiedergegeben:

4.3.6 Ärztliche Schweigepflicht gegenüber Ehepartnern

Ein Ehemann hatte erhebliche gesundheitliche Probleme, woraufhin seine Frau einige Medikamente in der Apotheke besorgen wollte. Dort wurde ihr nach Schilderung des Krankheitsbildes geraten, sofort einen Arzt aufzusuchen. Auf Nachfrage der erst kürzlich zugezogenen Frau wurde ihr ein Arzt in der Nähe empfohlen, der kurzfristig Hausbesuche durchführen würde. Nach Darstellung der Ehefrau weigerte sich der Arzt nach der Namensnennung des Patienten, einen Hausbesuch durchzuführen. Auf Nachfrage der Ehefrau gab er den Namen des Ehemanns in seinen PC ein und begann, der Frau aus dessen Krankheitsgeschichte zu berichten. Dies betraf Informationen über vor mehreren Jahren erfolgte Behandlungen und Befindlichkeiten des Ehemannes (Selbstmordversuche, weiterbehandelnde Ärzte, Trunkenheit, Unberechenbarkeit, Arbeitslosigkeit, psychische Störungen etc.). Diese Sachverhalte waren der Ehefrau bislang nicht bekannt und ihr von ihrem Mann verschwiegen worden.

Nach dieser Darstellung bestand Grund zu der Annahme, dass der Arzt gegen die in § 203 Strafgesetzbuch (StGB) verankerte Schweigepflicht verstoßen hat. Ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht wird gem. § 205 StGB nur auf Antrag verfolgt.

Den Betroffenen hat die Aufsichtsbehörde empfohlen, umgehend Strafanzeige bei der Polizei zu stellen, was anschließend erfolgt ist.

Ungeachtet des durch die Staatsanwaltschaft eingeleiteten Ermittlungsverfahrens beurteilt die Aufsichtsbehörde den Sachverhalt abschließend wie folgt:

Schutzzweck der ärztlichen Schweigepflicht ist die Geheim- und Individualsphäre des Einzelnen. Vom umfassenden Schutzbereich werden nicht nur Details einer ärztlichen Behandlung, wie Diagnosen, Behandlungsmaßnahmen oder Ähnliches erfasst. Auch Informationen zu einer ärztlichen Behandlung als solche dürfen nicht unbefugt an Dritte weitergegeben werden. Hierzu gehören insbesondere Umstände, die sich auf den persönlichen Lebensbereich beziehen wie zum Beispiel Erkenntnisse und Informationen über familiäre und partnerschaftliche Probleme. Ausnahmen bedürfen einer besonderen Begründung und Rechtfertigung.

Dies können sein:

- die ausdrückliche Einwilligung des Patienten,
- bestimmte, ansteckende Krankheiten, die der gesetzlichen Meldepflicht unterliegen,
- Fälle, in denen plötzlich ermittelt werden muss (Kapitalverbrechen) und
- im Sozialrecht verankerte Mitwirkungs- und Auskunftspflichten.

Die ärztliche Schweigepflicht gilt umfassend. Demnach dürfen Dritte (auch Ehepartner) nicht ohne weiteres über Patientendaten informiert werden. Anders verhält es sich, wenn der Patient die Anwesenheit eines Verwandten bei einem ärztlichen Gespräch ausdrücklich wünscht oder zu erkennen gibt, dass eine Entbindung von der Schweigepflicht gewollt ist.

Vor diesem Hintergrund war die Information der Ehefrau durch den Arzt unzulässig und stellt eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht dar. Es ist nicht erkennbar, dass einer der oben genannten Ausnahmetatbestände erfüllt ist. Soweit geltend gemacht worden war, dass zur Klärung der Akutsituation Fragen zu stellen waren, begründet dies weder die Notwendigkeit noch die Zulässigkeit dieser derart umfassenden Unterrichtung der Ehefrau.

Die Familie stellte Strafanzeige, so dass die Aufsichtsbehörde von weiteren Schritten in dieser Angelegenheit absah.

4.3.7 Umgang mit Patientendaten in einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis

In einem von der Aufsichtsbehörde zu untersuchenden Fall vermutete die Betroffene einen Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht.

Die Betroffene war bei ihrem Hausarzt, der zusammen mit seiner Frau eine Gemeinschaftspraxis betreibt, in Behandlung. Der Hausarzt hatte die Betroffene zur weiteren Untersuchung in ein

Krankenhaus überwiesen. Wenige Tage später war die Betroffene von einer Bekannten daraufhin angesprochen worden, wie es ihr gehe und warum sie ins Krankenhaus musste. Da die Betroffene niemandem davon erzählt hatte, hätte die Bekannte gar nichts davon wissen dürfen. Die Bekannte hatte auf entsprechende Nachfrage bestätigt, dies von ihrer Ärztin, der Frau des Hausarztes der Betroffenen, erfahren zu haben.

Die beiden Ärzte der Gemeinschaftspraxis bestritten, derartige Gespräche mit bzw. über jeweils andere Patienten geführt und auf diese Weise unbefugt personenbezogene Daten weitergegeben zu haben.

Die Aufsichtsbehörde hat den Vorgang jedoch zum Anlass genommen, die Arztpraxis einer allgemeinen datenschutzrechtlichen Kontrolle zu unterziehen.

Es wurde zunächst festgestellt, dass in der Arztpraxis entgegen der gesetzlichen Pflicht kein Datenschutzbeauftragter (§ 4f BDSG) bestellt war.

Des Weiteren wurde festgestellt, dass die Beschäftigten der Arztpraxis nicht auf das Datengeheimnis gemäß § 5 BDSG verpflichtet worden waren, obwohl diese mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Patientendaten betraut sind. Die in den Arbeitsverträgen enthaltene Bestimmung zur Geheimhaltungs- bzw. Verschwiegenheitspflicht, auf die sich die Ärzte beriefen, ersetzt die Verpflichtung gemäß § 5 BDSG nicht, da das Datengeheimnis eine wesentlich größere Reichweite als die Verschwiegenheitspflicht besitzt.

Die Ärzte wurden aufgefordert, einen (gemeinsamen) Datenschutzbeauftragten für die Gemeinschaftspraxis zu bestellen und die erforderlichen Belehrungen und Verpflichtungen auf das Datengeheimnis durchzuführen. Diese Maßnahmen wurden seitens der Arztpraxis umgesetzt.

Darüber hinaus hat die Aufsichtsbehörde beide Ärzte gebeten, in ihrer Praxis zukünftig dafür Sorge zu tragen, dass nur der aus medizinischer Sicht erforderliche Informationsaustausch erfolgt. Die Aufsichtsbehörde hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber anderem medizinischen Personal, das seinerseits der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, also auch gegenüber dem anderen

Arzt der Gemeinschaftspraxis, der nicht in die Behandlung des Patienten eingebunden ist, gilt.

Aber auch weitere Leistungserbringer im Gesundheitssystem, hier eine Betriebskrankenkasse, sind dem Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich unterworfen:

4.3.14. Auskunftersuchen einer Betriebskrankenkasse an eine Klinik

Der externe Datenschutzbeauftragte einer Klinik informierte die Aufsichtsbehörde darüber, dass die Klinik zunehmend Auskunftersuchen von einer Betriebskrankenkasse erhält, die nicht mit den Vorgaben des § 301 SGB V vereinbar sind.

§ 301 Abs. 1 SGB V regelt, dass die Krankenhäuser verpflichtet sind, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung die in der Vorschrift genannten Daten zu übermitteln. Die Betriebskrankenkasse verlangte jedoch auch darüber hinausreichende Daten. Die Aufsichtsbehörde hat die Betriebskrankenkasse darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen grundsätzlich nicht berechtigt sind, zur Überprüfung ihrer Leistungspflicht im Einzelfall von den Krankenhäusern Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen bzw. die Übermittlung der betreffenden Versichertendaten zu verlangen. Vielmehr ist in den §§ 275, 276 SGB V geregelt, dass sich die Krankenkassen in derartigen Fällen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu wenden haben. Ein eigenständiges Datenerhebungsrecht sehen die den Umgang mit Sozialdaten abschließend regelnden Bestimmungen des SGB nicht vor (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 23. 7. 2002, DuD 4/2003, 244 ff).

Die Betriebskrankenkasse wurde aufgefordert, die gesetzlichen Bestimmungen einzuhalten.

Der gesamte Tätigkeitsbericht ist auf der Homepage des Sächsischen Staatsministeriums des Innern, www.smi.sachsen.de, abrufbar.

Ass. jur. Michael Kratz
Datenschutzbeauftragter
der Sächsischen Landesärztekammer

Aufbewahrung von Patientenunterlagen und Einsichtsrecht in die Patientendokumentationen

1. Aufbewahrung von Patientenunterlagen

Ärztliche Aufzeichnungen sind gemäß § 17 Abs. 2 und 3 des Sächsischen Heilberufekammergesetzes* in Verbindung mit § 10 Abs. 3 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer* mindestens für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Der Arzt hat hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten (§ 10 Abs. 5 der Berufsordnung). Bitte beachten Sie hierzu die „Empfehlungen zu ärztlicher Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt, 25. Okt. 1996, S. 2809*.

Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen sind gemäß § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung* dreißig Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren. Die Aufzeichnungen und Röntgenbilder über Röntgenuntersuchungen sind zehn Jahre lang nach der letzten Untersuchung aufzubewahren. Die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person aufzubewahren.

Einzelne vertragsärztliche Formulare fallen nicht unter die zehnjährige Aufbewahrungsfrist. Die Durchschriften von *Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen* sind nur zwölf Monate, gerechnet vom Tag der Ausstellung an, aufzuheben.

Bei *Früherkennungsuntersuchungen* beträgt die Aufbewahrungsfrist für zytologische Befunde sowie Objektträger zehn Jahre und für die Durchschriften der Berichtsvordrucke fünf Jahre. Erfolgt die *vertragsärztliche Abrechnung mittels EDV*, ist die Sicherungskopie der Abrechnungsdatei des Arztes acht Quartale aufzubewahren (§ 42 Abs. 6 Bundesmantelvertrag-Ärzte [BMV/Ä] *).

Führt ein Arzt *spezielle arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen* im Sinne der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift - *Arbeitsmedizinische Vorsorge A4 (BGV A4) -** durch, so ergeben sich abweichende Aufbewahrungsfristen für Krankenunterlagen. Werden Ärzte von der Berufsgenossenschaft oder der zuständigen Behörde zu einer Vorsorgeuntersuchung im Sinne des § 2 Abs. 1 BGV A4 ermächtigt, so hat der Arzt darüber eine Gesundheitsakte zu führen. Diese hat der Arzt gemäß § 14 Abs. 2 BGV A4

1. bis zum Ablauf des Jahres aufzubewahren, in welchem der Versicherte 75 Jahre alt geworden ist oder geworden wäre, oder
2. der Berufsgenossenschaft zu übergeben, wenn er sie nicht selbst aufbewahren kann.

Nummer 2 gilt auch, wenn der Versicherte bei seinem Ausscheiden aus dem Unternehmen die Aufbewahrung der Gesundheitsakte bei der Berufsgenossenschaft ausdrücklich wünscht.

Weitere spezialgesetzliche Regelungen zur Aufbewahrung von Unterlagen entnehmen Sie bitte dem Artikel „Aufbewahrungsfristen für Patientenunterlagen in Arztpraxen“ aus den KVS-Mitteilungen, Heft 7-8/2001, Seite XIV*. Beachten Sie bitte bei der Lektüre dieser Artikel, dass die regelmäßige Verjährungsfrist gemäß § 195 BGB nur noch drei Jahre, beginnend mit Kenntnis der Anspruchsvoraussetzungen (§ 199 BGB), beträgt.

Nach Aufgabe seiner Praxis hat der Arzt gemäß § 10 Abs. 4 der Berufsordnung seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde selbst aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Arzt kann der Aufbewahrungspflicht grundsätzlich durch folgende Maßnahmen nachkommen:

- Aufbewahrung in den eigenen Räumen,
- Aufbewahrung in angemieteten Räumen (nur dann unproblematisch, wenn dem Arzt im Mietvertrag ein alleiniges Zugriffsrecht eingeräumt wird und dies durch organisatorische Maßnahmen abgesichert ist),
- Übergabe der Aufzeichnungen an einen Praxisnachfolger bzw. einen anderen Praxisinhaber, wobei der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten muss und sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben darf,
- ausnahmsweise Übergabe der Unterlagen an ein privates Archivunternehmen, wenn dessen Mitarbeiter vertraglich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und die Auskunftserteilung aus den Arztaufzeichnungen einem Arzt vorbehalten ist; dies ist jedoch dann unzulässig, solange dem Arzt selbst die Aufbewahrung zumutbar ist oder eine Übergabe an einen Praxisnachfolger möglich ist.

Im Einzelfall ist auch die Herausgabe der Originalunterlagen an den jeweiligen Patienten möglich. Doch ist hierbei darauf zu achten, dass dies nur gegen Erteilung eines Empfangsbekanntnisses, welches sorgfältig dokumentiert wird, erfolgen sollte.

Patientenakten aufgelöster Polikliniken, ehemaliger staatlicher Arztpraxen und betrieblicher Sanitätsstellen befinden sich nach Auskunft des Sächsischen Datenschutzbeauftragten bei den Kreisarchiven. Hinsichtlich der Benutzung der Patientenakten zum Zwecke der von Betroffenen selbst gewünschten Auskunftersuchen sind die Bediensteten des Archivs gehalten, die entsprechenden Unterlagen heraus zu suchen und dem Gesundheitsamt des Landkreises zu übersenden. Das Gesundheitsamt kann dann die gewünschten Informationen erteilen. Ausführungen hierzu finden Sie im 12. Tätigkeitsbericht des Sächsischen Datenschutzbeauftragten (2005), S. 130 bis 133*.

Die Vernichtung von Patientenunterlagen nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist muss datenschutzgerecht erfolgen. Gemäß § 35 Abs. 2 Nr. 3 Bundesdatenschutzgesetz* und § 20 Abs. 1 Nr. 2 Sächsisches Datenschutzgesetz* sind personenbezogene Daten zu vernichten, wenn ihre Kenntnis für die Aufgabenerfüllung des Arztes nicht mehr erforderlich ist. Die Vernichtung kann deshalb erst nach Ablauf der jeweiligen Aufbewahrungsfristen erfolgen. Patientenunterlagen werden dann datenschutzgerecht entsorgt, wenn alle Unterlagen mit Patientenbezug erfasst sind und gewährleistet wird, dass bei Vernichtung durch den Arzt selbst oder durch Einschaltung von Entsorgungsunternehmen das Patientengeheimnis nicht verletzt wird. Die Kontrolle obliegt dem Arzt.

2. Einsichtsrecht in die Patientendokumentationen

Der Arzt ist gemäß § 17 Abs. 2 und 3 des Sächsischen Heilberufesgesetzes* in Verbindung mit § 10 Abs. 2 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer* verpflichtet, dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die objektiven Teile der ihn betreffenden Krankenunterlagen, wie zum Beispiel Anamnese, Labor- und Untersuchungsbefunde, Ergebnis der Behandlung, Zwischenfälle, Überweisungsempfehlungen u. ä., Einsicht zu gewähren. Von der Akteneinsicht ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes, etwa im Hinblick auf den Charakter des Patienten, enthalten. Darüber hinaus sind dem Patienten auf Verlangen Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

Ärzte sind gemäß § 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB)* bzw. § 9 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer* verpflichtet, über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen. Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Schließlich ergibt sich eine Offenbarungsbefugnis noch aus dem so genannten Güterabwägungsprinzip. Nach dem so genannten rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB darf der Arzt immer dann ein Patientengeheimnis offenbaren, wenn das Interesse, das dem Straftatbestand der ärztlichen Schweigepflicht zu Grunde liegt, nämlich das Vertrauen des Patienten in die Verschwiegenheit seines Arztes, geringerwertig gegenüber einem anderen Rechtsinteresse ist.

Hausärzte und den Patienten mit- bzw. weiterbehandelnde Leistungserbringer, z. B. Fachärzte, können gemäß § 73 Abs. 1 b

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)* mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern. Die Einwilligung kann vom Patienten auch widerrufen werden.

Bei Anfragen von privaten Krankenversicherungen, Lebensversicherungen und Haftpflichtversicherungen ist vom Patienten eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht einzuholen. Dies gilt ebenso für die Einschaltung privatärztlicher Verrechnungsstellen durch den Arzt. Das Recht des Patienten auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen kann somit in Form der Herausgabe, Einsichtsgewährung und Auskunft an den Patienten selbst oder einen von ihm Bevollmächtigten, etwa einen anderen Arzt, einen Rechtsanwalt oder Angehörigen, wahrgenommen werden. Der Arzt sollte sich dann jedoch stets eine schriftliche Bevollmächtigung und eine schriftliche Erklärung des Patienten über die Entbindung von der dem Arzt obliegenden ärztlichen Schweigepflicht vorlegen lassen.

Nach dem Tod des Patienten können Angehörige den Arzt von der Schweigepflicht nicht wirksam entbinden. Die Erteilung von Auskünften an Erben, Angehörige oder Dritte oder die Herausgabe von Krankenunterlagen Verstorbener verstößt also gegen die ärztliche Schweigepflicht, es sei denn, der Arzt kommt zu dem Ergebnis, dass die Offenbarung des Patientengeheimnisses im so genannten mutmaßlichen Interesse des Verstorbenen ist. Die Entscheidung über die Offenbarung obliegt in jedem Fall dem Arzt, der hierbei als Sachwalter der Interessen des verstorbenen Patienten zu sehen ist. Der Arzt muss sich stets fragen, ob der Patient, wäre er noch am Leben, seine Einwilligung zur Offenbarung geben würde.

In Zweifelsfällen sollte die Rechtsabteilung der Sächsischen Landesärztekammer
(Tel.: 03 51 - 82 67-421, Fax: 03 51 - 82 67-422,
E-Mail: ra@slaek.de) kontaktiert werden.

Dr. jur. Alexander Gruner
Rechtsreferent

* Diesen Artikel finden Sie auf der Homepage der Sächsischen Landesärztekammer (www.slaek.de) unter der Rubrik „Informationen“; alle in dem Artikel genannten Veröffentlichungen und spezialrechtlichen Vorschriften wurden hier anwendungsfreundlich mit der entsprechenden Internetfundstelle verlinkt.