

Wenn § 126 des StGB-Entwurfs von der gesetzlichen Verpflichtung zum Offenbaren spricht, so werden damit nicht nur Gesetze im formellen Sinn, sondern auch andere im Gesetzblatt verkündete Rechtsnormen gemeint sein. Anders verhält es sich mit den durch Anweisungen des Ministers für Gesundheitswesen²⁰ statuierten besonderen Melde- oder anderen Offenbarungspflichten²¹. Diese lediglich in den „Verfügungen und

20 vgl. § 4 VO über das Statut des Ministeriums für Gesundheitswesen vom 27. Oktober 1960 (GBl. II S. 445).

21 Vgl. z. B. die Anweisungen über die Meldung der Todesfälle bei Schwangeren, Kreißenden bzw. Wöchnerinnen vom 14. Juli 1958 (Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen 1958, Nr. 8, S. 1) und vom 2. September 1960 (Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen 1960, Nr. 9, S. 65); Richtlinie zur Früherfassung von Säuglingen mit Phenylketonurie (Föllingsche Krankheit) vom 30. November 1966 (Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen 1967, Nr. 1, S. 3); Anweisung über die Organisation des ärztlichen Begutachtungswesens vom 20. September 1965 (Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen 1965, Nr. 20, S. 157), nach der bestimmte Gutachterstellen befugt sind, ärztliche Aufzeichnungen einschließlich der dazu gehörenden Röntgenfilme und Spezialbefunde von allen Einrichtungen des Gesundheitswesens, die den Betroffenen zuvor behandelt und untersucht haben, anzufordern.

FRANZ LINDENTHAL, Staatsanwalt beim Staatsanwalt des Bezirkes Gera

Zum zivilrechtlichen Charakter des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient

Die Frage nach dem Charakter der Beziehungen zwischen Arzt und Patient war bereits wiederholt Gegenstand von Diskussionen¹. Es bestand jedoch immer Einstimmigkeit darüber, daß die bürgerliche Rechtsauffassung, die das Arzt-Patient-Verhältnis als Dienstvertrag (§§ 611 ff. BGB) ansieht, auf unsere sozialistischen Verhältnisse nicht anwendbar ist.

Becker/Mühlmann sehen die Begründung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt als das zentrale Problem für den Verlauf einer Heilbehandlung und den Eintritt des Heilerfolgs an und betrachten den zivilrechtlichen Vertrag als das geeignete Mittel, dieses Vertrauensverhältnis zu fördern und zu entwickeln². Ein solcher Standpunkt abstrahiert aber m. E. das Arzt-Patient-Verhältnis vom gesamtgesellschaftlichen Entwicklungsprozeß. Ohne die Bedeutung der emotionalen Aspekte dieses Verhältnisses zu erkennen, muß man doch feststellen, daß die Beziehungen zwischen Patient und Arzt weit mehr versachlicht sind, als es des öfteren darzustellen versucht wird. Im übrigen dürfte unbestritten sein, daß jede rechtliche Regelung geeignet sein muß, dieses Vertrauensverhältnis zu fördern. Es geht aber nicht nur um das Vertrauensverhältnis zwischen dem einzelnen Patienten und dem einzelnen Arzt, sondern um das Vertrauensverhältnis der Patienten zur Ärzteschaft insgesamt, was ganz entscheidend davon abhängt, welche Stellung und politisch-ideologische Position der Arzt in der Gesellschaft einnimmt.

Becker/Mühlmann gehen in ihrer Argumentation, daß der Vertrag „die wirksamste juristische Unterstützung zur Begründung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt“ und für den Bestand und die Erfüllung solcher Vertragspflichten wie der Sorgfaltspflicht, der Aufklärungs- und Schweigepflicht sowie der Mitwirkungspflicht der Patienten sei, von der Autonomie des zivilrechtlich Handelnden aus. Sie meinen, daß durch die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen unmittelbar aus dem gesellschaftlichen Fonds, ohne

1 Vgl. hierzu insbes. Becker / Mühlmann, „Der zivilrechtliche Charakter des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient“, NJ 1967 S. 79 ff.; Creuzburg, „Symposion über die ärztliche Aufklärungs- und Schweigepflicht“, NJ 1966 S. 173 ff.

2 vgl. Becker / Mühlmann, a. a. O., S. 81.

Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen“ abgedruckten Anweisungen und Verlautbarungen ähnlicher Art sind keine Rechtsnormen und können daher auch keine allgemein verbindliche Wirkung haben²². Deshalb ist es durchaus denkbar, daß die eine oder andere der gegenwärtig nur durch Anweisung begründeten Offenbarungspflichten nach Inkrafttreten des StGB durch gesetzliche Bestimmung zu regeln sein wird. Das wirft allerdings eine Reihe praktischer Fragen auf, da es sowohl von der Sache als auch vom Adressatenkreis her nicht zu vertreten wäre, alle Bestimmungen über operative Meldepflichten der Ärzte* im Gesetzblatt zu verkünden. Deshalb bedarf es einer ausdrücklichen Regelung, wonach auch solche die ärztliche Schweigepflicht berührenden Anweisungen, die in den „Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen“ bekanntgemacht werden, ebenso wie gesetzliche Bestimmungen eine Rechtspflicht zur Offenbarung i. S. des § 126 des StGB-Entwurfs begründen.

22 vgl. OG, Urteil vom 27. Januar 1967 - 2 Zz 31/66 - NJ 1967 S. 518.

Vermittlung durch Ware-Geld-Beziehungen, die Autonomie der Beteiligten im Sinne unterschiedlicher Interessen, organisatorischer Unabhängigkeit und damit relativer Selbständigkeit dennoch bestehen bleibt³.

Ohne die letzten beiden Merkmale in den Beziehungen zwischen Patient und Arzt in Abrede zu stellen — sie sind für das Verhältnis zwischen Patient und Arzt aber nicht charakteristisch und auch vielen anderen Beziehungen eigen, die zivilrechtlich nicht erfaßt werden und trotz ihrer gesellschaftlichen Bedeutung einer solchen Erfassung auch nicht bedürfen —, ist das Merkmal der unterschiedlichen Interessen das Gegenteil dessen, was unter sozialistischen Bedingungen das Verhältnis zwischen Patient und Arzt tatsächlich charakterisiert. Das mag vielleicht noch für die auf Ware-Geld-Beziehungen beruhende Privatbehandlung zutreffen, nicht aber für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aus dem gesellschaftlichen Fonds unmittelbar. Liegen unterschiedliche Interessen dennoch vor, dann als Rudimente vergangener Zeiten, rückständigen Bewußtseins und als Ausnahme, nicht aber als das für die Beziehungen Patient—Arzt und Individuum—Gesellschaft Typische.

Der im staatlichen Gesundheitswesen tätige Arzt als die bei der Verwirklichung und Ausgestaltung des Grundrechts auf gesundheitliche Betreuung (Art. 16 der Verfassung) dominierende und die Entwicklung bestimmende Form, die auf der sozialistischen Moral beruhende ärztliche Ethik, die sich aus der beruflichen Stellung des Arztes ergebenden Rechtspflichten einerseits und der in Ausübung des Grundrechts auf gesundheitliche Betreuung hilfesuchende Patient, dessen wesentlichste Pflichten in seinem Verhältnis zum Arzt in der Krankenordnung⁴ festgelegt sind und zu deren Einhaltung der überwiegende Teil freiwillig und im eigenen Interesse bereit ist, andererseits haben die gleichen, auf ein einheitliches Ziel gerichteten Interessen, nämlich die Verhinderung und Heilung von Krankheiten.

Wenn von Interessen die Rede ist, dann kann es sich

3 Ebenda, S. 80.

4 Ordnung über die Leistungsgewährung der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten (Krankenordnung) Beschluß des Präsidiums des FDGB-Bundesvorstands vom 21. Juli 1961 (Die Sozialversicherung 1961, Heft 9, Beilage).