Medizinrecht/Arzthaftung

(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte

– MBO-Ä 1997 –

Quelle: Sonderdruck Deutsches Ärzteblatt, Ärztliche Mitteilungen; einschließlich Bekanntmachung der Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 37, 12. September 1997, C-1772 bis C-1780 mit Änderungen durch Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages, erschienen in unserem Heft 41/2000 sowie Änderungen durch Beschlüsse des 105. Deutschen Ärztetages, erschienen in Heft 43/2002.

in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach

geändert durch die Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages 2000 in Köln

geändert durch die Beschlüsse des 105. Deutschen Ärztetages 2002 in Rostock

Inhaltsübersicht

A. Präambel

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1 Aufgaben des Arztes

§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

§ 3 Unvereinbarkeiten

§ 4 Fortbildung

§ 5 Qualitätssicherung

§ 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

II. Pflichten gegenüber Patienten

§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

§ 8 Aufklärungspflicht

§ 9 Schweigepflicht

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

§ 10 Dokumentationspflichten

§ 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

§ 12 Honorar und Vergütungsabsprachen

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

§ 13 Besondere medizinische Verfahren

§ 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

§ 15 Forschung

§ 16 Beistand für den Sterbenden

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

§ 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis

§ 18 Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume

§ 19 Beschäftigung angestellter Praxisärzte

§ 20 Vertreter

§ 21 Haftpflichtversicherung

§ 22 Gemeinsame Berufsausübung

§ 22a Ankündigung von Kooperationen

§ 23 Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

§ 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit

§ 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

§ 26 Ärztlicher Notfalldienst

2. Berufliche Kommunikation

§ 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

§ 28 Verzeichnisse

3. Berufliche Zusammenarbeit mit Ärzten

§ 29 Kollegiale Zusammenarbeit

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 30 Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten

§ 31 Unerlaubte Zuweisung von Patienten gegen Entgelt

§ 32 Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen

§ 33 Arzt und Industrie

§ 34 Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

§ 35 Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring

C. Verhaltensregeln

(Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)

Nr. 1 Umgang mit Patienten

Nr. 2 Behandlungsgrundsätze

Nr. 3 Umgang mit nichtärztlichen Mitarbeitern

D. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten

I. Regeln der beruflichen Kommunikation, insbesondere zulässiger Inhalt und Umfang sachlicher Informationen über die berufliche Tätigkeit

Nrn. 1–6 aufgehoben

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

II. Formen der Zusammenarbeit (Gemeinschaftspraxis, Partnerschaft, Medizinische Kooperationsgemeinschaft, Praxisverbund)

Nr. 7 Berufsrechtsvorbehalt

Nr. 8 Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten

Nr. 9 Kooperative Berufsausübung zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

Nr. 10 Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften

Nr. 11 Praxisverbund

III. Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit

Nr. 12 Praxen deutscher Ärzte in anderen EU-Mitgliedstaaten

Nr. 13 Grenzüberschreitende ärztliche Tätigkeit von Ärzten aus anderen EU-Mitgliedstaaten

IV. Pflichten in besonderen medizinischen Situationen

Nr. 14 Schutz des menschlichen Embryos

Nr. 15 In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

Gelöbnis

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.

Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrecht erhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.“

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

A.
Präambel

Die auf der Grundlage der Kammer- und Heilberufsgesetze beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärzten gegenüber den Patienten, den Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Dafür geben sich die deutschen Ärztinnen und Ärzte die nachstehende Berufsordnung, in deren Text die Berufsbezeichnung „Arzt“ („Ärzte“) einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet wird. Mit der Festlegung von Berufspflichten der Ärzte dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel,

- das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu erhalten und zu fördern;
- die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen;
- die Freiheit und das Ansehen des Arztberufes zu wahren;
- berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

B.
Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1
Aufgaben des Arztes

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

§ 2
Allgemeine ärztliche Berufspflichten

(1) Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.

(2) Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(3) Zur gewissenhaften Berufsausübung gehören auch die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung in Kapitel C.

(4) Der Arzt darf hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.

(5) Der Arzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten.

(6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunfts- und Anzeigepflichten hat der Arzt auf Anfragen der Ärztekammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an den Arzt richtet, in angemessener Frist zu antworten.

§ 3
Unvereinbarkeiten

(1) Dem Arzt ist neben der Ausübung seines Berufs die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist. Dem Arzt ist auch verboten, seinen Namen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben. Ebensowenig darf er zulassen, dass von seinem Namen oder vom beruflichen Ansehen des Arztes in solcher Weise Gebrauch gemacht wird.

(2) Dem Arzt ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

§ 4
Fortbildung

(1) Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

(2) Der Arzt muss seine Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.

§ 5
Qualitätssicherung

Der Arzt ist verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 6
Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Der Arzt ist verpflichtet, die ihm aus seiner ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen (Fachausschuss der Bundesärztekammer).

II. Pflichten gegenüber Patienten

§ 7
Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

(1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.

(2) Der Arzt achtet das Recht seiner Patienten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. Andererseits ist – von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen – auch der Arzt frei, eine Behandlung abzulehnen. Den begründeten Wunsch des Patienten, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.

(3) Der Arzt darf individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, weder ausschließlich brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze durchführen.

§ 8
Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen.

§ 9
Schweigepflicht

(1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht des Arztes einschränken, soll der Arzt den Patienten darüber unterrichten.

(3) Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(4) Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

§ 10
Dokumentationspflicht

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

(3) Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

(4) Nach Aufgabe der Praxis hat der Arzt seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, muss diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben.

(5) 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.

§ 11
Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichtet sich der Arzt dem Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

(2) Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden. Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiss zuzusichern.

§ 12
Honorar und Vergütungsabsprachen

(1) Die Honorarforderung muss angemessen sein. Für die Bemessung ist die Amtliche Gebührenordnung (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Der Arzt darf die Sätze nach der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Arzt auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.

(2) Der Arzt kann Verwandten, Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

§ 13
Besondere medizinische Verfahren

(1) Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Empfehlungen zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, hat der Arzt die Empfehlungen zu beachten.

(2) Soweit es die Ärztekammer verlangt, hat der Arzt die Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Ärztekammer anzuzeigen.

(3) Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten hat der Arzt auf Verlangen der Ärztekammer den Nachweis zu führen, dass die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Empfehlungen erfüllt werden.

§ 14
Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

(1) Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Der Arzt kann nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen.

(2) Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt oder eine Fehlgeburt betreut, hat dafür Sorge zu tragen, dass die tote Leibesfrucht keiner missbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

§ 15
Forschung

(1) Der Arzt muss sich vor der Durchführung biomedizinischer Forschung am Menschen – ausgenommen bei ausschließlich epidemiologischen Forschungsvorhaben – durch eine bei der Ärztekammer oder bei einer Medizinischen Fakultät gebildeten Ethik-Kommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen. Dasselbe gilt vor der Durchführung gesetzlich zugelassener Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.

(2) Zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen der Schweigepflicht unterliegende Tatsachen und Befunde grundsätzlich nur soweit offenbart werden, als dabei die Anonymität des Patienten gesichert ist oder dieser ausdrücklich zustimmt.

(3) In Publikationen von Forschungsergebnissen sind die Beziehungen des Arztes zum Auftraggeber und dessen Interessen offenzulegen.

§ 16
Beistand für den Sterbenden

Der Arzt darf – unter Vorrang des Willens des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde.

Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen. Er darf weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen.

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

§ 17
Niederlassung und Ausübung der Praxis

(1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkrankenanstalten ist an die Niederlassung in eigener Praxis gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.

(2) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen, in gewerblicher Form oder bei Beschäftigungsträgern, die gewerbsmäßig ambulante heilkundliche Leistungen erbringen, ist berufswidrig, soweit nicht die Tätigkeit in Krankenhäusern oder konzessionierten Privatkrankenanstalten ausgeübt wird oder gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.

(3) Auf Antrag kann die Ärztekammer von den Geboten oder Verboten der Absätze 1 und 2 Ausnahmen gestatten, wenn sichergestellt ist, dass die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.

(4) Die Niederlassung ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen.

Der Arzt hat auf seinem Praxisschild

- den Namen
- die (Fach-)Arztbezeichnung

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- die Sprechzeiten sowie
- ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft

gem. § 22 i.V.m. Kap. D II Nr.8 anzugeben.

Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihrer Niederlassung durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies .der Ärztekammer anzeigen.

(5) Ort und Zeitpunkt der Niederlassung sowie jede Veränderung hat der Arzt der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.

§ 18
Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten. Die Ärztekammer kann, soweit es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert, die Genehmigung für eine Zweigpraxis (Sprechstunde) erteilen.

(2) Der Arzt darf in räumlicher Nähe zum Ort seiner Niederlassung Untersuchungs- und Behandlungsräume ausschließlich für spezielle Untersuchungs- oder Behandlungszwecke (z. B. Operationen, medizinisch-technische Leistungen) unterhalten, in denen er seine Patienten nach Aufsuchen seiner Praxis versorgt (ausgelagerte Praxisräume). Dasselbe gilt für eine gemeinschaftlich mit anderen Ärzten organisierte Notfallpraxis in den sprechstundenfreien Zeiten.

(3) Mit Genehmigung der Ärztekammer darf der Arzt ausgelagerte Praxisräume mit einem Hinweisschild kennzeichnen, welches seinen Namen, seine Arztbezeichnung und einen Hinweis auf die in den ausgelagerten Praxisräumen durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden enthält.

§ 19
Beschäftigung angestellter Praxisärzte

Der Arzt muss seine Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung eines ärztlichen Mitarbeiters in der Praxis (angestellter Praxisarzt) setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Der Arzt hat die Beschäftigung des ärztlichen Mitarbeiters der Ärztekammer anzuzeigen.

§ 20
Vertreter

(1) Niedergelassene Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen. Der Arzt darf sich grundsätzlich nur durch einen Facharzt desselben Fachgebiets vertreten lassen.

(2) Die Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis ist der Ärztekammer anzuzeigen, wenn die Vertretung in der Praxisausübung insgesamt länger als drei Monate innerhalb von zwölf Monaten dauert.

(3) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zu Gunsten seiner Witwe oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist, durch einen anderen Arzt fortgesetzt werden.

§ 21
Haftpflichtversicherung

Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.

§ 22
Gemeinsame Berufsausübung

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Zur gemeinsamen Berufsausübung sind die in Kapitel D II Nrn. 7 bis 11 geregelten Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärztepartnerschaft), Organisationsgemeinschaften unter Ärzten (z. B. Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften) und die medizinischen Kooperationsgemeinschaften sowie der Praxisverbund zugelassen.

§ 22 a
Ankündigung von Kooperationen

(1) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärzte-Partnerschaft, Kapitel D II Nr.8) sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte anzuzeigen. Der Zusammenschluss ist ferner entsprechend der Rechtsform mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis“ oder „Partnerschaft“ anzukündigen. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig. Hat eine ärztliche Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaft gemäß Kapitel D II Nr.8 mehrere Praxissitze, so ist für jeden Partner zusätzlich der Praxissitz anzugeben.

(2) Bei Kooperationen gemäß Kapitel D II Nr.9 muss sich der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß Kapitel D II Nr.10 darf der Arzt, wenn die Angabe seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung „Arzt“ oder eine andere führbare Bezeichnung angegeben wird.

(3) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen nicht angekündigt werden.

(4) Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund nach Kap. D II Nr.11 kann durch Hinzufügen des Namens des Verbundes angekündigt werden.

§ 23
Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

(1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.

(2) Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis darf ein Arzt eine Vergütung für seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung den Arzt in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.

§ 24
Verträge über ärztliche Tätigkeit

Der Arzt soll alle Verträge über seine ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluss der Ärztekammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

§ 25
Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Zeugnisse über Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

§ 26
Ärztlicher Notfalldienst

(1) Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag eines Arztes kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Dies gilt insbesondere:

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,
- wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
- wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnimmt,
- für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monate nach der Entbindung,
- für Ärzte über 65 Jahre.

(2) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im einzelnen sind die von der Ärztekammer erlassenen Richtlinien maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.

(3) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfange Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

(4) Der Arzt hat sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn er gemäß Absatz 1 nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

2. Berufliche Kommunikation

§ 27
Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

(1) Zweck der nachstehenden Vorschriften der Berufordnung ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs.

(2) Auf dieser Grundlage sind dem Arzt sachliche berufsbezogene Informationen gestattet.

(3) Berufswidrige Werbung ist dem Arzt untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Der Arzt darf eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden.

Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

(4) Der Arzt kann

1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
2. nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
3. Tätigkeitsschwerpunkte und
4. organisatorische Hinweise ankündigen.

Die nach Nr.1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig.

Andere Qualifikationen und Tätigkeitsschwerpunkte dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregeltem Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können.

(5) Die Angaben nach Abs.4 Nr.1 bis 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.

(6) Die Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.

§ 28
Verzeichnissse

Ärzte dürfen sich in Verzeichnisse eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:

1.sie müssen allen Ärzten, die die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen gleichermaßen mit einem kostenfreien Grundeintrag offen stehen,

2.die Eintragungen müssen sich auf die ankündigungsfähigen Informationen beschränken und

3.die Systematik muss zwischen den nach der Weiterbildungsverordnung und nach den sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbenen Qualifikationen einerseits und Tätigkeitsschwerpunkten andererseits unterscheiden.

3. Berufliche Zusammenarbeit mit Ärzten

§ 29
Kollegiale Zusammenarbeit

(1) Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten. Die Verpflichtung des Arztes, in einem Gutachten, auch

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen über dessen Person sind berufsunwürdig.

(2) Es ist berufsunwürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Es ist insbesondere berufsunwürdig, wenn ein Arzt sich innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederlässt, in welcher er in der Aus- oder Weiterbildung mindestens drei Monate tätig war. Ebenso ist es berufsunwürdig, in unlauterer Weise einen Kollegen ohne angemessene Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken, oder zu dulden.

(3) Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren. Erbringen angestellte Ärzte für einen liquidationsberechtigten Arzt abrechnungsfähige Leistungen, so ist der Ertrag aus diesen Leistungen in geeigneter Form an die beteiligten Mitarbeiter abzuführen.

(4) In Gegenwart von Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenhäusern.

(5) Der zur Weiterbildung befugte Arzt hat im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten einen ärztlichen Mitarbeiter unbeschadet dessen Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dem gewählten Weiterbildungsgang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weiterzubilden.

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 30
Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem medizinischen Assistenzberuf befinden. Angehörige von Patienten und andere Personen dürfen bei der Untersuchung und Behandlung anwesend sein, wenn der verantwortliche Arzt und der Patient zustimmen.

(2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche des Arztes und des Angehörigen des Gesundheitsberufs klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

§ 31
Unerlaubte Zuweisung von Patienten gegen Entgelt

Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

§ 32
Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen

Es ist unzulässig, sich von Patienten oder von Dritten Geschenke oder andere Vorteile, welche das übliche Maß kleiner Anerkennungen übersteigen, versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt werden kann, dass der Arzt in seiner ärztlichen Entscheidung beeinflusst sein könnte.

§ 33
Arzt und Industrie

Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln oder medizinisch-technischen Geräten erbringen (zum Beispiel bei der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Annahme von Werbegaben oder von Vorteilen für den

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Besuch von Informationsveranstaltungen der Hersteller ist untersagt, sofern der Wert nicht geringfügig ist. Dasselbe gilt für die Annahme unzulässiger Vorteile von Herstellern oder Händlern aus dem Bezug der in Satz 1 genannten Produkte.

§ 34
Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln von dem Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.

(2) Der Arzt darf Ärztemuster nicht gegen Entgelt weitergeben.

(3) Dem Arzt ist es nicht gestattet, über Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten oder zur Werbung bestimmte Gutachten zu erstellen.

(4) Der Arzt darf einer missbräuchlichen Anwendung seiner Verschreibung keinen Vorschub leisten.

(5) Dem Arzt ist nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen zu verweisen.

§ 35
Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring

Werden Art, Inhalt und Präsentation von Fortbildungsveranstaltungen allein von einem ärztlichen Veranstalter bestimmt, so ist die Annahme von Beiträgen Dritter (Sponsoring) für Veranstaltungskosten in angemessenem Umfang erlaubt. Beziehungen zum Sponsor sind bei der Ankündigung und Durchführung offen darzulegen.

C.

Verhaltensregeln
(Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)

Nr.1
Umgang mit Patienten

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, dass der Arzt beim Umgang mit Patienten

- ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht respektiert,
- ihre Privatsphäre achtet,
- über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, ggf. über ihre Alternativen und über seine Beurteilung des Gesundheitszustandes in für den Patienten verständlicher und angemessener Weise informiert und insbesondere auch das Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, respektiert,
- Rücksicht auf die Situation des Patienten nimmt,
- auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleibt,
- den Mitteilungen des Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenbringt und einer Patientenkritik sachlich begegnet.

Nr.2
Behandlungsgrundsätze

Übernahme und Durchführung der Behandlung erfordern die gewissenhafte Ausführung der gebotenen medizinischen Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Dazu gehört auch

- rechtzeitig andere Ärzte hinzuzuziehen, wenn die eigene Kompetenz zur Lösung der diagnostischen und therapeutischen Aufgabe nicht ausreicht,

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

– rechtzeitig den Patienten an andere Ärzte zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen,
– dem Wunsch von Patienten nach Einholung einer Zweitmeinung sich nicht zu widersetzen,
– für die mit- oder weiterbehandelnden Ärzte die erforderlichen Patientenberichte zeitgerecht zu erstellen.

Nr.3
Umgang mit nichtärztlichen Mitarbeitern

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt auch, dass der Arzt bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit

– nichtärztliche Mitarbeiter nicht diskriminiert und insbesondere die arbeitsrechtlichen Bestimmungen beachtet.

D.

Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten

I. Regeln der beruflichen Kommunikation, insbesondere zulässiger Inhalt und Umfang sachlicher Informationen über die berufliche Tätigkeit

Nrn. 1–6

– aufgehoben –

II. Formen der Zusammenarbeit (Gemeinschaftspraxis, Partnerschaft, Medizinische Kooperationsgemeinschaft, Praxisverbund)

Nr.7
Berufsrechtsvorbehalt

Soweit Vorschriften dieser Berufsordnung Regelungen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe [PartGG] vom 25.7.1994 – BGBl. I S.1744) einschränken, sind sie vorrangig aufgrund von § 1 Abs.3 PartGG.

Nr.8
Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten

(1) Für die Berufsausübungsgemeinschaft dürfen Ärzte nur Gesellschaftsformen wählen, welche die eigenverantwortliche und selbständige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung wahren. Solche Gesellschaftsformen sind die Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (§ 705 ff. BGB) für die Gemeinschaftspraxis und die Partnerschaftsgesellschaft für die Ärztepartnerschaft. Es dürfen sich nur Ärzte zusammenschließen, welche ihren Beruf ausüben. Sie dürfen nur einer Berufsausübungsgemeinschaft angehören; ausgenommen ist nur die Kooperation mit einem Krankenhaus oder vergleichbaren Einrichtungen.

(2) Die Berufsausübungsgemeinschaft ist nur zulässig an einem gemeinsamen Praxissitz. Ärzte, die ihrem typischen Fachgebietsinhalt nach regelmäßig nicht unmittelbar patientenbezogen ärztlich tätig sind, dürfen sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft auch derart zusammenschließen, dass jeder der Gemeinschaftspartner seine ärztliche Tätigkeit an einem Praxissitz ausübt, der den Mittelpunkt seiner Berufstätigkeit bildet. Ein eigener Praxissitz ist auch zulässig für einen Arzt, der die Voraussetzungen des Satzes 2 erfüllt, wenn er sich mit einem Arzt oder Ärzten, für die Satz 1 gilt, zusammenschließt.

(3) Bei allen Formen gemeinsamer Berufsausübung muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.

(4) Der Zusammenschluss zu Berufsausübungsgemeinschaften und zu Organisationsgemeinschaften ist von den beteiligten Ärzten ihrer Ärztekammer anzuzeigen. Sind für die beteiligten Ärzte mehrere Ärztekammern zuständig, so ist jeder Arzt verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluss beteiligten Ärzte hinzuweisen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Nr.9
Kooperative Berufsausübung zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

(1) Ärzte können sich auch mit selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen der Berufe nach Absatz 2 zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist nur in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts gestattet. Dem Arzt ist ein solcher Zusammenschluss im einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, dass diese in ihrer Verbindung mit dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiete der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muss der Kooperationsvertrag gewährleisten, dass

a) die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung des Arztes gewahrt ist;

b) die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten getrennt bleiben;

c) medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich der Arzt trifft, sofern nicht der Arzt nach seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen darf,

d) der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt;

e) der behandelnde Arzt zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann;

f) die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Ärzte, insbesondere das grundsätzliche Verbot der Errichtung einer Zweigpraxis, die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung, von den übrigen Partnern beachtet wird,

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

g) sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und – sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt – den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.

(2) Ärzte können sich unter Berücksichtigung des Gebots nach Absatz 1 Satz 3 nur mit einem oder mehreren Angehörigen folgender Berufe im Gesundheitswesen zu einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft zusammenschließen:

a) Zahnärzte

b) Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Diplompsychologen,

c) Klinische Chemiker, Ernährungswissenschaftler und andere Naturwissenschaftler

d) Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Heilpädagogen

e) Hebammen

f) Logopäden und Angehörige gleichgestellter sprachtherapeutischer Berufe

g) Ergotherapeuten

h) Angehörige der Berufe in der Physiotherapie

i) Medizinisch-technische Assistenten

j) Angehörige staatlich anerkannter Pflegeberufe

k) Diätassistenten

Die für die Mitwirkung des Arztes zulässige berufliche Zusammensetzung der Kooperation im Einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Absatzes 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus solchen der vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit dem Arzt entsprechend seinem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ihrer beruflichen Kompetenz zielbezogen erfüllen können.

(3) Angestellte Ärzte einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft dürfen nur der Weisungsbefugnis der ärztlichen Partner unterstellt sein.

(4) Der Arzt darf sich nur einer einzigen medizinischen Kooperationsgemeinschaft anschließen.

(5) Die Mitwirkung des Arztes in einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft bedarf der Genehmigung der Ärztekammer. Der Ärztekammer ist der Kooperations- oder Partnerschaftsvertrag vorzulegen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die vorgenannten Voraussetzungen für den Arzt erfüllt sind. Auf Anforderung haben die Ärzte ergänzende Auskünfte zu erteilen.

Nr.10
Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Einem Arzt ist es gestattet, in Partnerschaften gemäß § 1 Abs.1 und Abs.2 PartGG mit Angehörigen anderer Berufe als den vorstehend in Kapitel C Nr.9 genannten zusammenzuarbeiten, wenn er in der Partnerschaft nicht die Heilkunde am Menschen ausübt. Der Eintritt in eine solche Partnerschaftsgesellschaft ist der Ärztekammer anzuzeigen.

Nr.11
Praxisverbund

(1) Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offen gelegt werden. Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder vom Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärzte nicht behindern.

(2) Die Bedingungen der Kooperation nach Absatz 1 müssen in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden, der der Ärztekammer vorgelegt werden muss.

(3) In eine Kooperation nach Abs.1 können auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehakliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe nach Abschnitt D II Nr.9 Abs.2 einbezogen werden, wenn die Grundsätze nach Abschnitt D II Nr.9 Abs.1 gewahrt sind.

III. Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit

Nr.12
Praxen deutscher Ärzte in anderen EU-Mitgliedstaaten

Führt ein Arzt neben seiner Niederlassung oder neben seiner ärztlichen Berufstätigkeit im Geltungsbereich dieser Berufsordnung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union eine Praxis oder übt er dort eine weitere ärztliche Berufstätigkeit aus, so hat er dies der Ärztekammer anzuzeigen. Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten am Ort seiner Berufsausübung im Geltungsbereich dieser Berufsordnung während seiner Tätigkeit in den anderen Mitgliedstaaten zu treffen. Die Ärztekammer kann verlangen, dass der Arzt die Zulässigkeit der Eröffnung der weiteren Praxis nach dem Recht des betreffenden Mitgliedstaats der Europäischen Union nachweist.

Nr.13
Grenzüberschreitende ärztliche Tätigkeit von Ärzten aus anderen EU-Mitgliedstaaten

Wird ein Arzt, der in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen ist oder dort seine berufliche Tätigkeit entfaltet, vorübergehend im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend ärztlich tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so hat er die Vorschriften dieser Berufsordnung zu beachten. Dies gilt auch, wenn der Arzt sich darauf beschränken will, im Geltungsbereich dieser Berufsordnung auf seine Tätigkeit aufmerksam zu machen; die Ankündigung seiner Tätigkeit ist ihm nur in dem Umfang gestattet, als sie nach dieser Berufsordnung erlaubt ist.

IV. Pflichten in besonderen medizinischen Situationen

Nr.14
Schutz des menschlichen Embryos

Die Erzeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie der Gentransfer in Embryonen und die Forschung an menschlichen Embryonen und totipotenten Zellen sind verboten. Verboten sind diagnostische Maßnahmen an Embryonen vor dem Transfer in die weiblichen Organe; es sei denn, es handelt sich um Maßnahmen zum Ausschluss schwerwiegender geschlechtsgebundener Erkrankungen im Sinne des § 3 Embryonenschutzgesetz.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Nr.15
In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

(1) Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter oder die Einbringung von Gameten oder Embryonen in den Eileiter der genetischen Mutter sind als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität ärztliche Tätigkeiten und nur nach Maßgabe des § 13 zulässig. Die Verwendung fremder Eizellen (Eizellenspende) ist bei Einsatz dieser Verfahren verboten.

(2) Ein Arzt kann nicht verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Ärztliche Aufklärungspflichten

Berufsordnung für die Deutschen Ärzte

In der Fassung vom 1. Januar 1994,

geändert am 15. Oktober 1995

§ 2

Aufklärungspflicht

Der Arzt hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten. Zur Behandlung bedarf er der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich eine Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Allgemeines

Von ärztlicher Aufklärungspflicht wird in Rechtsprechung und Literatur in erster Linie im Zusammenhang mit der Vornahme eines ärztlichen Eingriffs gesprochen, wobei unter ärztlichem Eingriff nicht nur die Operation, sondern jede Heilbehandlung zu verstehen ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) erfüllt jeder ärztliche Eingriff - und zwar auch der ex ante objektiv indizierte und kunstgerecht durchgeführte ärztliche Eingriff - den Tatbestand der Körperverletzung. Damit nun der ärztliche Eingriff als rechtmäßig angesehen werden kann und straflos bleibt, bedarf der Eingriff als Rechtfertigungsgrund der Einwilligung des Patienten.

Einwilligen in einen Eingriff, worunter jede Art der ärztlichen Heilbehandlung verstanden wird - also z.B. auch Bestrahlungen - kann aber der Patient nur, wenn er sich über Bedeutung und Tragweite, besonders auch über die Risiken des Eingriffs voll im klaren ist. Ohne dieses Wissen würde der Einwilligung sozusagen der Gegenstand fehlen. Nur mit diesem Wissen ist die Einwilligung irrtumsfrei und damit wirksam. Will der Arzt zu einer Heilbehandlung die Einwilligung des Patienten verlangen, muß er ihn über Bedeutung und Tragweite der Behandlung aufklären; es sei denn, der Patient ist hierüber bereits vollständig informiert, oder aber er verzichtet ausdrücklich auf die Aufklärung, wobei aber ein Irrtum stets zu Lasten des Arztes geht.

Zu diesen Pflichten - die mit der einwilligungsbezogenen Erklärungspflicht keine Berührungspunkte aufweisen - gehört auch die Aufklärung über den richtigen Gebrauch der verschiedenen Arzneimittel und evtl. Nebenwirkungen. In der Verletzung jeder dieser Pflichten liegt ein zum Schadensersatz verpflichtender Behandlungsfehler. Da alle diese Pflichten der Unterstützung der Therapie dienen, kann man in diesen Fällen zur Abgrenzung auch von "therapeutischen" Aufklärungspflichten sprechen. Maß und Umfang der Aufklärungspflicht werden weiter mitbestimmt von der Häufigkeit und Schwere auftretender Komplikationen.

Der Patient muß prinzipiell ebenso über die drohende Möglichkeit gesundheitlicher Einbußen im Zuge der Behandlung aufgeklärt werden. Wenn gewichtige Stimmen in der medizinischen Literatur unwiderlegt darauf hinweisen, daß eine hergebrachte Operationsmethode unter den gegebenen Umständen zu schweren Schäden führen kann, muß der Arzt darüber aufklären, wenn er sich über diese Bedenken hinwegsetzen will. Natürlich braucht er nicht über alle möglichen etwaigen negativen Nebenfolgen der ärztlichen Maßnahmen aufzuklären. Auf äußerst seltene und unwahrscheinliche Gefahren, die für den Entschluß des Patienten in seiner Lage nicht ernstlich ins Gewicht fallen, braucht der Arzt nicht hinzuweisen.

Bei Eingriffen, die nur der Diagnose dienen, sind besonders hohe Anforderungen an die Aufklärung zu stellen, da sie nicht unmittelbar der Abwendung einer akuten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit des Patienten dienen. Es sind dabei den Patienten selbst entfernt liegende Komplikationsmöglichkeiten mitzuteilen, wobei das Für und Wider der Maßnahme in angemessener Weise darzulegen ist.

Immer erfordert die Frage nach dem Umfang der Aufklärung ein Abwägen der Umstände des Einzelfalles, das die Gefahren der Therapie in bezug zum Risiko der Krankheit setzt.

Als Faustregel kann man sich merken: Je dringender die Indikation, je notwendiger der Eingriff, desto leichter wiegt die Aufklärungspflicht.

Literatur:

Bachmann, E.: Med. Klin. 72 (1977) 1550-1553

BGH Urteile in NJW 1978, S. 587

BGH Urteil in NJW 1994, S. 793

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Aufklärung bei willensunfähigen Patienten

"Die Aufklärung hat selbstverständlich nur gegenüber einem Kranken Sinn, der fähig ist, Art, Zweck und Folgen der Behandlung zu beurteilen und in der Frage der Behandlung einen Willensentschluß zu fassen. Denn nur ein Kranker, der hierzu in der Lage ist, kann wirksam sein Einverständnis mit der vorgesehenen Behandlung erklären."

"Fehlt dem Patienten diese Willensfähigkeit, so entfällt damit aber auch noch nicht das Erfordernis der Einwilligung. Sie ist vielmehr von demjenigen zu erklären, der an Stelle des Kranken nach entsprechender Belehrung zu entscheiden hat, ob der Eingriff durchgeführt werden soll."

"Liegt eine Gefahrenlage, die einen sofortigen oder alsbaldigen Eingriff erforderlich macht, nicht vor, so ist zu fordern, daß für den Patienten ein Pfleger bestellt wird, der an Stelle des Kranken die Entscheidung darüber zu treffen hat, ob der vorgesehene ärztliche Eingriff durchgeführt wird." (BGHZ 29/46)

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Beweis der Aufklärung

Als Nachweis des ärztlichen Aufklärungsgespräches ist es ausreichend - sofern nicht wichtige Gründe im Einzelfall dagegen sprechen -, wenn bewiesen wird, daß derartige Gespräche nach Art und Inhalt einer ständigen und ausnahmslosen Übung entsprechen (Vers R 1995, 661).

Wenn ein Patient dem Arzt vorwirft, er habe ihn durch einen Kunstfehler geschädigt, muß er den Beweis dafür erbringen - und das ist problematisch. Wenn er aber darlegt, daß er nicht ordnungsgemäß aufgeklärt worden ist und seine Einwilligung deshalb nicht gültig sei - dann ist der Arzt im Zugzwang. Er trägt die Beweislast und gerät häufig in Beweisnot.

Häufig werden Ansprüche gegen Ärzte deshalb auf mangelnde Aufklärung gestützt, welche die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen unwirksam werden ließe.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes

Die wirtschaftliche Aufklärungspflicht kann als Nebenpflicht aus einem Arztvertrag von diesem verlangt werden. Sie ist jedoch abzugrenzen von der ärztlichen Aufklärungspflicht aus strafrechtlicher Sicht, deren Verletzung eine unwirksame Einwilligung in ärztliches Handeln zur Folge hätte. Im Rahmen der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht wird keine wirtschaftliche Beratung gefordert, es muß jedoch auf Selbstkostenanteile oder preiswertere Behandlungsalternativen hingewiesen werden.

Schon das Reichsgericht hatte entschieden, daß der Arzt dem Schwerkranken ermöglichen soll, wirtschaftliche und religiöse Vorsorge für das Ende zu treffen (RGST 66, 18 1). Nach Ansicht des Gerichts hatte schon damals der Patient "besonders bei einer gefährlichen Erkrankung völlige Aufklärung regelmäßig nötig, um seine häuslichen und geschäftlichen Angelegenheiten dementsprechend bestellen zu können". Diese Ansicht ist bis heute umstritten geblieben. Fest steht aber, daß einem fragenden Patienten alle Auskünfte zu diesem Bereich erteilt werden müssen.

Mehr und mehr entscheiden die Gerichte heute, daß der Arzt seinen Patienten über alternative Methoden zu beraten hat, auch solche, deren Kosten die Krankenversicherer nicht tragen. So entschied das Oberlandesgericht Düsseldorf 1985, daß ein Arzt bei Anwendung von alternativer Medizin, es handelte sich um Ozon-Sauerstoff-Eigenbluttransfusionen, den Patienten darüber aufklären muß, daß die Kosten dieser Behandlung von der privaten Krankenversicherung in den meisten Fällen nicht ersetzt wird.

Noch ist nicht bekannt, wie die gesetzliche Krankenversicherung der Zukunft aussehen wird.

Nach den jetzt diskutierten Modellen kann es aber als wahrscheinlich gelten, daß Patienten zwischen verschiedenen Tarifen wählen können, in denen unterschiedliche Leistungen enthalten sind. Der Patient wird dann vom Arzt erwarten, daß er ihm die verschiedenen Möglichkeiten einer Behandlung darlegt und auch darauf hinweist, welche Behandlung von seiner Versicherung gedeckt ist. Noch nicht bekannt ist, ob diese Beratungsleistung des Arztes zusätzlich abgerechnet werden kann. Angesicht der "großen" EBM-Reform ist zu erwarten, daß diese Leistung Bestandteil der Grundvergütung oder des jeweiligen Therapiemoduls sein wird.

Eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht besonderer Art hat der Gesetzgeber in das SGB V geschrieben. Nach § 73 Abs. 5 Satz 2 SGB V muß der Arzt einen Versicherten (Patient) bei Verordnung eines Arzneimittels auf die ihm entstehenden Mehrkosten hinweisen, wenn der Preis den Festbetrag übersteigt. Er muß den Patienten auch darauf hinweisen, daß er zur Übernahme dieser Mehrkosten verpflichtet sein wird. Die exakte Höhe der Mehrkosten muß der Arzt nicht benennen. Gerade an diesem Mehrbetrag wird der Patient jedoch besonders interessiert sein, so daß es sich für die Praxis empfiehlt, hierzu entsprechende Informationen bereitzuhalten.

Literatur:

RA Dr. jur. Dr. med. Christian Dierks, Haarmann, Hemmelrath & Partner, Budapester Straße 40A, 10787 Berlin.
Aus: Periskop Vol. 25 Nr. 4 von 4/95

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Aufklärungspflicht und Einverständniserklärung zur Behandlung

In den letzten beiden Jahrzehnten ist es in fast allen europäischen Ländern zu einem steilen Anstieg der ärztlichen Haftungsfälle gekommen. Die Ursachen für diese Entwicklung, die in den Vereinigten Staaten ihren Ausgang genommen hat, sind vielgestaltig. Zu nennen sind hier vor allem

- der atemberaubende Fortschritt der Medizin mit einer ungeahnten Ausweitung ihrer Behandlungsmethoden und der damit einhergehenden zunehmenden Arbeitsteilung,
- das übersteigerte Anspruchsdenken und die überzogene Erwartungshaltung der Patienten,
- die Anonymität der Apparatemedizin und der Großkrankenhäuser,
- das gewachsene Selbstbewußtsein und die stärkere Konfliktbereitschaft der Patienten, befreit vom Kostenrisiko eines zweifelhaften Prozesses durch Rechtsschutzversicherungen und gefördert von Anwälten aus manchmal durchsichtigen eigenen Interessen,
- reißerisch aufgemachte Presseberichte über ärztliche Fehler
- und - gar nicht selten - Konkurrenzdruck und Mißgunst der Ärzte untereinander.

Letztlich entscheidend für die Haftungsexplosion im Heilwesen waren jedoch grundlegende Änderungen der höchstrichterlichen Judikatur bei der Regelung der Beweislastverteilung zwischen Arzt und Patient im Prozeß und immer strengere Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht.

I.

Seit einer Entscheidung des Reichsgerichts in Strafsachen aus dem Jahre 1894 steht für die deutsche Rechtsprechung außer Streit, daß auch der indizierte und lege artis durchgeführte Heileingriff eine an sich rechtswidrige Körperverletzung darstellt und deshalb der Legitimation durch die Einwilligung des über Bedeutung, Wesen und Tragweite der Behandlungsmaßnahme aufgeklärten Patienten bedarf. Das bedeutet: Gleichgültig, ob die Maßnahme des Arztes angezeigt ist oder nicht, ob der Arzt fehlerhaft oder sachgerecht operiert und ob der Eingriff mißlingt oder Erfolg hat: nicht nur die unaufschiebbare, zwingend gebotene, womöglich lebensrettende Operation, sondern jeder noch so kleine Eingriff wie z.B. der Einstich einer Injektionsnadel, jede medikamentöse oder somatisch-psychische Behandlung, jede Applikation eines Medikaments, Bestrahlung oder psychotherapeutische Einwirkung erfüllt objektiv und subjektiv einen Straftatbestand, dessen Verletzung erst durch die Erklärung des Einverständnisses des Patienten gerechtfertigt wird.

Zu dieser im Strafrecht wurzelnden Argumentation trat insbesondere auch 1950 unter der Geltung des Grundgesetzes ein zweiter Begründungsansatz: das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Da dieser ein verfassungsrechtlich geschütztes Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit und körperliche Integrität hat, muß er selbst über sein leiblich-seelisches Wohl und Wehe bestimmen können. Deshalb ist sein Wille die entscheidende Richtschnur für ärztliches Handeln, gleichzeitig der Arzt aber auch verpflichtet, dem Patienten die für seine Entscheidung notwendigen Fakten in einer für den medizinischen Laien verständlichen Form mitzuteilen.

Dabei fordert der Bundesgerichtshof die Berücksichtigung der Patientenautonomie auch bei demjenigen, der es ablehnt, sich operieren oder durch eine sonstige Maßnahme helfen zu lassen, auch wenn er nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte. "Die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten ist wesentlicher Teil des ärztlichen Aufgabenbereichs. Der Arzt muß das in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG gewährleistete Recht auf körperliche Unversehrtheit auch gegenüber einem Patienten respektieren, der sich weigert, "einen lebensrettenden Eingriff zu dulden" . Denn niemand dürfe "sich zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden" . Es gibt also kein sog. "therapeutisches Privileg", keine "Vernunfthoheit" des Arztes, obwohl es "sein vornehmstes Recht und seine wesentlichste Pflicht" ist, "den kranken Menschen nach Möglichkeit von seinem Leiden zu heilen. Dieses Recht und diese Pflicht finden aber in dem grundsätzlichen freien Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper ihre Grenze", so daß das

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

ärztliche Ethos durchaus in Kollision mit dem Recht auf Unvernunft des Patienten treten kann : Der frei verantwortlich gebildete Patientenwille hat dabei Vorrang vor dem Patientenwohl!

II.

Unter besonderer Betonung dieses Selbstbestimmungsrechts hat die höchstrichterliche Judikatur in den Folgejahren die Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht ständig verschärft und dadurch die Haftung des Arztes in geradezu extremer, m.E. nicht mehr vertretbarer Weise ausgeweitet, zumal die Beweislast für die ordnungsgemäße und rechtzeitige Aufklärung im Zivilprozeß auf Seiten des Arztes liegt.

Gerade mit dieser Aufklärungslast hängt es zusammen, daß in vielen Klagen der Vorwurf eines Behandlungsfehlers mit der Behauptung einer Aufklärungspflichtverletzung entweder von vornherein gekoppelt oder aber die Aufklärungsrüge im Laufe des Prozesses - oftmals erst in der zweiten Instanz - nachgeschoben wird, wenn der Nachweis eines sog. Kunstfehlers gescheitert ist. Der Aufklärungsfehlervorwurf ist zu einem "regelrechten Auffangtatbestand" avanciert, mit dem das typischerweise beim Patienten liegende Behandlungsrisiko de facto weitgehend auf den Arzt verlagert und auf diese Weise "durch die Hintertür die Erfolgshaftung eingeführt wird" .

Im Zivilprozeß hat die Judikatur inzwischen diese Gefahr erkannt und betont, "daß nachträgliche Aufklärungsrügen nicht zum bloßen Vorwand werden dürfen, um das Risiko unvermeidlicher Fehlschläge auf Arzt und Krankenhausträger zu überbürden" . Der BGH berücksichtigt die besondere Situation des Arztes bei der Behandlung des Patienten, dessen aus vielerlei verständlichen Gründen mangelndes Erinnerungsvermögen an den genauen Inhalt des Aufklärungsgesprächs, und er sieht die Gefahr des Mißbrauchs seiner Beweislast durch den Patienten zu haftungsrechtlichen Zwecken.

Obwohl der BGH dies alles anerkennt, werden daraus aber bedauerlicherweise nur höchst selten praktische, den Arzt entlastende Konsequenzen gezogen. Es bleibt daher die drängende Frage, wie der Arzt den Anforderungen der Rechtsprechung an Inhalt und Umfang der Aufklärung in der täglichen Praxis genügen kann. Eine allgemeingültige, einigermaßen präzise und daher befriedigende Formel bzw. Antwort vermag ich aber leider nicht zu geben. Denn angesichts der Fülle von Einzelfallentscheidungen ist - so Weißauer - "weder der erfahrenste Arzt noch der in diesem Metier spezialisierte Jurist" in der Lage, auch nur mit einiger Treffsicherheit vorherzusagen, wie die Gerichte in diesem oder jenem Fall - ex post (!) - wohl entscheiden werden . Ein solches Eingeständnis aus berufenem Mund macht zum einen die hier vorliegende rechtliche Überforderung der Ärzteschaft deutlich, zeigt aber auch zugleich das Bedürfnis nach allgemeinen Orientierungshilfen in diesem Labyrinth von Meinungen.

III.

Zu unterscheiden sind im Rahmen der Aufklärung zunächst drei verschiedene Fallgruppen:

1. die therapeutische Aufklärung,
2. die Diagnoseaufklärung,
3. die Eingriffs- oder Risikoaufklärung.

1. Therapeutische Aufklärung

Die sog. therapeutische Aufklärung ist Teil der ärztlichen Behandlung im eigentlichen Sinne durch Mitteilung therapeutischer Verhaltensmaßregeln. Im Vordergrund steht hier weniger das Selbstbestimmungsrecht als vielmehr der Aspekt der Schadensabwehr durch Hinweise, Anweisungen und Empfehlungen, nach denen sich der Patient zu richten hat, um einen möglichst ungestörten Therapieverlauf zu gewährleisten und Komplikationen zu vermeiden. So ist der Arzt, der den Patienten untersucht hat, z.B. verpflichtet, ihn über die nach ärztlicher Erkenntnis gebotenen Maßnahmen zu beraten. Er hat den Patienten auch vor Gefahren zu warnen, die bei Unterlassen der ärztlichen Behandlung entstehen können. Ein Verstoß gegen die so verstandene Pflicht zur therapeutischen Beratung des Patienten ist der Behandlungsfehler, der zum Ersatz des dadurch entstandenen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Körper- und Gesundheitsschadens verpflichtet .

2. Diagnoseaufklärung

Die Diagnoseaufklärung bedeutet die Information des Patienten über den ärztlichen Befund und ist nicht zu verwechseln mit der Aufklärung vor einem Eingriff zur Diagnose. Grundsätzlich ist der Arzt auch in Fällen schwerwiegender, tödlich verlaufender Erkrankungen verpflichtet, seinem Patienten die Diagnose mitzuteilen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn dieser seinen Zustand kennen muß, um die Risiken einer vorgeschlagenen Therapie abschätzen zu können, z.B. im Fall der Strahlenbehandlung bei Krebserkrankung. Nur dann, wenn Leben oder Gesundheit des Patienten ernstlich durch die Mitteilung eines schwerwiegenden Befundes gefährdet sind, darf die Diagnoseaufklärung eingeschränkt werden oder sogar ganz entfallen.

Eine solche Befreiung von der Aufklärungspflicht besteht auch bei der sog. "Verdachtsdiagnose", wenn also für den eröffneten - und letztlich falschen - Befund keine hinreichende tatsächliche Grundlage besteht und er für den Laien auf eine schwere, unter Umständen lebensbedrohende Erkrankung schließen läßt.

3. Eingriffs- und Risikoaufklärung

Während die therapeutische und die Diagnoseaufklärung zwar wissenschaftlich zum Teil außerordentlich intensiv diskutiert werden, spielen diese Fragen im Justizalltag keine große Rolle. Im Zentrum stand und steht hier vielmehr die Risiko- oder Eingriffsaufklärung, wie die Flut einschlägiger Gerichtsentscheidungen und die weit verbreitete, vielfach beklagte Unsicherheit der Ärzte auf diesem Feld eindrucksvoll belegen. Den gegenwärtigen Stand unserer Judikatur möchte ich in folgenden 10 Kernpunkten zusammenfassen:

1. Die mitunter vertretene Ansicht, nur grobe Verstöße gegen die ärztliche Aufklärungspflicht rechtfertigten zivil- und/oder strafrechtliche Sanktionen, ist unrichtig. Jegliche Versäumnisse bei der Eingriffsaufklärung führen vielmehr "grundsätzlich zur Unzulässigkeit der Behandlung" und damit "zur Haftung für ihre nachteiligen Folgen, auch wenn sie im übrigen völlig fehlerfrei war" .

2. Dem Patienten müssen jedoch "nicht jegliche Risiken in allen denkbaren Erscheinungsformen vorgeführt werden", vielmehr ist ihm nur "im großen und ganzen ein Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums zu vermitteln" . Dabei ist für die ärztliche Hinweispflicht nicht entscheidend auf eine bestimmte statistische Komplikationsdichte und eine bestimmte Risikohöhe, sondern "maßgeblich darauf abzustellen, ob das in Frage stehende Risiko dem Eingriff spezifisch anhaftet und bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet" .

Dies bedeutet zum einen: "Der Patient ist über schwerwiegende Risiken grundsätzlich auch dann aufzuklären, wenn sie sich nur selten verwirklichen" , wobei nicht nur der konkrete Eingriff, sondern auch die berufliche Stellung und die private Lebensführung des Patienten eine Rolle spielen.

Zum anderen muß auch über ein noch so seltenes Risiko aufgeklärt werden, wenn es eingriffsspezifisch, d.h. typischerweise mit der durchgeführten ärztlichen Maßnahme verbunden ist. Ein geradezu klassischer Beleg hierfür ist die vom Bundesgerichtshof geforderte Aufklärung über das Aids-Infektionsrisiko bei Fremdbluttransfusion, das bei 1:2 bis 1:3 Mio. liegt und damit extrem selten ist. "Solange dieses Risiko nicht sicher ausgeschlossen werden könne, müsse darüber aufgeklärt werden", und zwar rechtzeitig vor der Operation, wenn es für den Arzt ernsthaft in Betracht kommt, daß bei diesem Patienten intra- oder postoperativ eine Bluttransfusion erforderlich werden kann" .

Angesichts der verheerenden Konsequenzen einer Infizierung mit Aids mag dies verständlich erscheinen, mit einer Aufklärung "im großen und ganzen" hat eine solche Forderung aber nichts mehr zu tun.

Hinzu kommt, daß es bei der Bluttransfusion nicht um die Operation selbst geht, sondern nur um einen aus der Vielzahl potentieller operations- und anästhesiebegleitender neben- bzw. postoperativ erforderlich werdender Sekundäreingriffe. Die Ausdehnung der präoperativen Aufklärungspflicht auf dieses weite Feld dürfte "die Grenzen der psychischen Belastbarkeit und der intellektuellen Aufnahmefähigkeit eines normalen Menschen in

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

der Ausnahmesituation" vor einem operativen Eingriff sprengen . Außerdem stellt sich natürlich auch die Frage nach der Verhältnismäßigkeit bzw. Unverhältnismäßigkeit des Aufwands, da eine Überflutung des Patienten mit Risikohinweisen seine Entscheidungsfindung nicht erleichtert, sondern erschwert, also dem Zweck der Aufklärung geradezu entgegenwirkt.

3. Die Rechtsprechung scheint diese Gefahr bisweilen zu sehen und mildert deshalb die Aufklärungslast. So heißt es in einer BGH-Entscheidung, der Arzt könne bei seinen Erläuterungen Gefahren aussparen, "die sich so selten verwirklichen" und auch im Falle des betreffenden Patienten "so wenig wahrscheinlich" sind, "daß sie bei einem verständigen Menschen" für die Entscheidungsfindung "nicht ernsthaft ins Gewicht fallen" . So ist über die allgemeinen perioperativen Risiken nicht aufzuklären. Dazu zählt der BGH die Wundinfektion, Narbenbrüche und Embolien aber auch die Möglichkeit eines Herzstillstands als generelles und daher nicht aufklärungsbedürftiges Anästhesierisiko, da "die Kenntnis von der Gefahr eines Narkosezwischenfalls bei einem Laien vorausgesetzt werden kann" .

4. Von besonderer Bedeutung ist die Aufklärung bei alternativ zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten z.B. im Verhältnis Vollnarkose-Regionalanästhesie. Zwar braucht der Arzt dem Patienten ungefragt im allgemeinen nicht zu erläutern, welche Behandlungsmethoden in Betracht kommen und was für und gegen die eine oder die andere Vorgehensweise spricht. Denn die Wahl der Behandlungsmethode ist "primär Sache des Arztes" . Wenn jedoch unterschiedliche Risiken oder Erfolgschancen, unterschiedliche Belastungen oder ernsthafte wissenschaftliche Kontroversen bezüglich der in Betracht kommenden Behandlungsalternativen bestehen - oder wenn die angewandte Therapie nicht dem medizinischen Standard entspricht - muß er den Patienten hierüber eingehend aufklären. Denn dieser soll nach "sachverständiger und vollständiger Beratung des Arztes selbst prüfen können", was er an Belastungen und Gefahren auf sich nehmen will. Allerdings muß es sich dabei um gewichtige Unterschiede handeln. "Eine nur geringfügige niedrigere Komplikationsrate einer anderen Behandlungsmethode begründet" - wie der BGH erst unlängst festgestellt hat - "keine Verpflichtung des Arztes, auf diese hinzuweisen" . Je neuartiger und weniger erprobt ein Verfahren ist, "desto umsichtiger und behutsamer" muß der Arzt dabei zu Werke gehen, und desto eindringlicher und umfassender hat er den Patienten auch aufzuklären" . In diesem Zusammenhang gehört auch die Pflicht zur Aufklärung, wenn es sich bei dem vom Arzt verwendeten Mittel, z.B. einem Medikament oder einem Interponat um ein zulassungspflichtiges, aber nicht zugelassenes Arzneimittel handelt (vgl. auch § 40 Abs. 1 Nr. 2 AMG). Unter diesen Umständen fehlt dem eingesetzten Interponat, mag seine Verwendung auch einem international anerkannten Standard genügen, gleichsam ein Gütesiegel, das - unabhängig von dessen tatsächlicher Qualität oder Sicherheit - "für die Entscheidung des einzelnen Patienten im Geltungsbereich des AMG wesentlich sein kann, über das er mithin auch informiert sein muß".

5. Der Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht hängt entscheidend vom Zweck und der Dringlichkeit des Eingriffs ab. Je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, um so ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient über dessen Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen zu informieren . Umgekehrt gilt: Je dringender die ärztliche Maßnahme, desto weniger Umstände sind mit der Aufklärung zu machen, wobei in Notfällen, bei unaufschiebbaren, vitalindizierten Eingriffen zur Beseitigung einer lebensbedrohlichen Situation die Aufklärungspflicht auch ganz erlöschen kann. Bleibt jedoch Zeit, verlangt selbst bei vitaler Indikation das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, daß der Arzt ihm die Möglichkeit läßt, über den Eingriff eigenverantwortlich zu entscheiden und ihn gegebenenfalls abzulehnen, auch wenn ein solcher Entschluß medizinisch unvernünftig ist" .

6. Die Aufklärung des Patienten in der gebotenen Weise über den Eingriff, seine Erfolgsaussichten, seinen Verlauf, eventuelle Behandlungsalternativen, -risiken und -folgen ist integraler Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung . Die Aufklärungspflicht ist eine genuine ärztliche, nicht auf Krankenschwestern, Pfleger und andere medizinische Assistenzberufe übertragbare Pflicht. Sie trifft den behandelnden Arzt, ist aber in der Regel delegierbar. Im Falle der Delegation ist der behandelnde Arzt allerdings dafür verantwortlich, daß der mit der Aufklärung betraute Arzt den für die Erfüllung dieser Aufgabe nötigen Wissens- und Erfahrungsstand hat.

7. Zunehmende Bedeutung hat in jüngster Zeit der Aufklärungszeitpunkt erlangt, da der Patient stets Gelegenheit haben muß, in Ruhe "zwischen der Aufklärung und dem Eingriff das Für und Wider der Operation", die Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsmethoden zu bedenken und sich im Anschluß daran innerlich frei dafür

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

oder dagegen zu entscheiden. Diese Entscheidungsfreiheit ist ausnahmslos nicht mehr gewährleistet, "wenn sich der Patient bereits auf dem Operationstisch befindet, aber auch dann nicht, wenn er schon auf die Operation vorbereitet wird und unter dem Einfluß von Medikamenten steht" .

Dagegen genügt die Anästhesieaufklärung am Vorabend einer Operation den rechtlichen Anforderungen, doch muß die Aufklärung über den Eingriff selbst früher erfolgen: und zwar bei stationärer Durchführung im Regelfall vor der Vereinbarung eines festen Operationstermins.

Eine Aufklärung über die Eingriffsrisiken am Tag vor der Operation ist nur dann rechtzeitig, wenn es sich um Notoperationen, einfache Eingriffe oder solche mit geringen bzw. weniger einschneidenden Risiken sowie Operationen handelt, bei denen die für die Operationsindikation entscheidenden Voruntersuchungsergebnisse nicht früher vorliegen .

Bei ambulanten Operationen kann die Aufklärung dagegen sowohl über die operativen als auch die anästhesiologischen Risiken bei einem normalen Eingriff am Tag seiner Durchführung erfolgen. Dies "könne" - so der BGH - jedoch bei "größeren Eingriffen mit beträchtlichen Risiken" verspätet sein .

8. Aufklärungsbedürftig ist stets der behandelte Patient. Da die Einwilligung keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung ist, kommt es auf seine bürgerlich-rechtliche Geschäftsfähigkeit nicht an. Entscheidend ist vielmehr, daß der Patient die entsprechende natürliche Einsichts-, Urteils- und Verständnisfähigkeit hat, um die ärztliche Maßnahme, ihre Folgen und das insoweit bestehende Risiko zu ermessen. Bei folgenschweren Eingriffen ist deshalb ein strengerer Maßstab an das Einsichts- und Urteilsvermögen anzulegen als bei Bagatelleingriffen, bei Behandlungsalternativen wird die Urteilskraft mehr gefordert, als wenn medizinisch nur eine Maßnahme in Betracht kommt.

Die Einwilligungsfähigkeit zu prüfen, ist Sache des Arztes, wobei er die gesamten Umstände - Alter, physische und psychische Konstitution, Einfluß von Medikamenten, Grad der Verständnisfähigkeit, Herkunft, kulturelle Tradition u.a. - berücksichtigen muß. Beim volljährigen Patienten, der z.B. infolge Bewußtlosigkeit, Unfallschocks, Sedierung oder erheblicher Schmerzen nicht in der Lage ist, die Notwendigkeit und Bedeutung der Heilbehandlung einzusehen und seinen Willen hiernach zu bestimmen, ist die Rechtslage eindeutig: Die mangelnde Einsichtsfähigkeit hebt das Einwilligungserfordernis nicht auf, doch geht die Einwilligungskompetenz - entgegen einer in Ärztekreisen weit verbreiteten Ansicht - nicht auf die nächsten Angehörigen (z.B. den Ehepartner oder die erwachsenen Kinder) über. Es muß vielmehr für den willensunfähigen Kranken ein Betreuer bestellt werden, der mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 BGB) das Einverständnis zur Behandlung abgeben kann. Wenn ein solches Vorgehen z.B. bei unaufschiebbaren ärztlichen Maßnahmen nicht in Betracht kommt, greift als Rechtfertigungsgrund der Gesichtspunkt der mutmaßlichen Einwilligung und (oder) des Notstands ein.

Besondere Probleme bietet die Frage der Einwilligungsfähigkeit bei Minderjährigen. Eine starre, generelle Altersgrenze läßt sich insoweit nicht angeben, vielmehr hängt das nötige Urteils- und Einsichtsvermögen von den konkreten Umständen des jeweiligen Falles ab. Einigkeit besteht allerdings darüber, daß Minderjährige unter 14 Jahren ausnahmslos nicht, Minderjährige kurz vor Vollendung des 18. Lebensjahres dagegen regelmäßig schon einwilligungsfähig sind. Maßgebend sind hier wie auch in den übrigen Fällen die Art der jeweiligen Heilbehandlung, die Schwere und Dringlichkeit der ärztlichen Maßnahmen, die Größe der mit einer Operation verbundenen Risiken und die Möglichkeit etwaiger Dauerfolgen.

9. Da der Arzt beweisen muß, daß er den Patienten ordnungsgemäß aufgeklärt hat, ist die entsprechende Beweissicherung ein ebenso verständliches wie sachlich begründetes Anliegen jeden Arztes. Wenngleich "das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patienten möglichst von jedem bürokratischen Formalismus frei bleiben soll und nicht durch Aushändigung und Unterzeichnung von Formularen und Merkblättern ersetzt werden kann , sind auch nach Ansicht des BGH schriftliche Aufzeichnungen im Krankenblatt über die Durchführung des Aufklärungsgesprächs, seinen wesentlichen Inhalt und Zeitpunkt nicht nur nützlich, sondern aus Vorsorge gegen Beweisnot "dringend" empfehlenswert .

Deshalb hat sich in der Praxis auch Weißauers Konzept der sog. Stufenaufklärung durchgesetzt, das die Erteilung einer schriftlichen Grundinformation mit einem anschließenden mündlichen Aufklärungsgespräch

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

verbindet. Dieses Konzept berücksichtigt das Interesse des Patienten, die wesentlichen Informationen in nachvollziehbarer und verständlicher Form zu erhalten, und das legitime Interesse des Arztes, im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung oder gar eines Strafverfahrens den Nachweis für die umfassende Aufklärung führen und sich damit gegen ungerechtfertigte Ansprüche oder Vorwürfe zur Wehr setzen zu können.

Aber auch der Arzt, der keine Formulare benutzt und für den konkreten Einzelfall keine Zeugen zur Verfügung hat, muß "eine faire und reale Chance haben, den ihm obliegenden Beweis für die ordnungsgemäße Patientenaufklärung zu führen" . Wenn die Tatsache eines Gesprächs zwischen Arzt und Patient außer Streit ist, kommt es daher nach ständiger Rechtsprechung "nicht darauf an, ob der Arzt oder sein Personal sich noch konkret an den Patienten und an den konkreten Inhalt" der Einzelheiten des Gesprächs erinnern kann. "Sofern nicht wichtige Gründe im Einzelfall dagegen sprechen, reicht es regelmäßig aus, wenn derartige Gespräche nach Art und Inhalt einer ständigen und ausnahmslosen Übung entsprechen" . Kann der Arzt also nachweisen, daß er generell vor einer bestimmten Operation den Patienten über ein bestimmtes Risiko zu informieren pflegt, läßt sich daraus der Schluß ziehen, daß er auch im speziellen strittigen Fall "entsprechend dieser Übung" verfahren ist.

10. Hat der Arzt den Patienten nicht oder nicht ordnungsgemäß bzw. verspätet aufgeklärt, bleibt ihm der - grundsätzlich beachtliche - Einwand, der Patient würde bei pflichtgemäßer und rechtzeitiger Aufklärung über die Risiken des Eingriffs seine Einwilligung erteilt haben. An den diesbezüglichen Nachweis, der dem Arzt obliegt, stellt der BGH allerdings strenge Anforderungen, "damit nicht auf diesem Wege der Aufklärungsanspruch des Patienten unterlaufen wird" .

Entscheidend ist dabei allein die persönliche Entscheidungssituation des Patienten aus damaliger Sicht. Er muß plausibel machen, vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden zu haben . Außerdem entfällt die zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes, wenn sich im konkreten Fall nicht das aufklärungspflichtige Risiko verwirklicht hat und somit rechtlich der Schaden außerhalb des "Schutzbereichs der Norm" liegt. Haben sich also z.B. die chirurgischen Gefahren der Operation realisiert, trifft den Anästhesisten keine Haftung, da seine Aufklärungspflicht nur die Narkoserisiken umfaßt, die sich jedoch hier nicht in dem eingetretenen Schaden niedergeschlagen haben.

Es gehört zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten, dem Arzt seines Vertrauens freie Hand zu geben und auf die Aufklärung ganz oder teilweise zu verzichten . Ein "Blankoverzicht" ist jedoch unwirksam. Vielmehr muß der Patient Art und Erforderlichkeit des Eingriffs kennen und wissen, daß hier nichts ohne jedes Risiko ist. Praktisch bedeutet dies, daß der Verzicht auf die Aufklärung nur die "Information über Einzelheiten des Verlaufs und von Gefahren" umfaßt . Dringend zu empfehlen ist in jedem Fall, den Aufklärungsverzicht des Patienten exakt zu dokumentieren.

IV.

Ich habe versucht, vorstehend einen Überblick über die wichtigsten Grundsätze und Leitlinien der bundesdeutschen Judikatur zur ärztlichen Aufklärungspflicht zu geben. Dabei bin ich mir darüber im klaren und bedaure dies, daß aus Raumgründen meine Ausführungen unvollkommen bleiben mußten und viele Detailfragen offen lassen, vor allem aber, daß ich die Rechtslage in Österreich und der Schweiz nicht gleichgewichtig behandeln konnte. Dies mag zwar insofern vertretbar sein, als die Aufklärungsproblematik in den beiden genannten Ländern in ihrem Ausgangspunkt, ihrer Grundstruktur und den Lösungsansätzen der Rechtsprechung im wesentlichen mit den rechtlichen Gegebenheiten in der Bundesrepublik übereinstimmt, so daß die meisten meiner Aussagen ohne weiteres übertragbar sind.

Dennoch gibt es im einzelnen durchaus markante Abweichungen. So hat der österreichische OGH erst unlängst wieder entschieden , daß "der Umfang der ärztlichen Aufklärung in erster Linie unter dem Gesichtspunkt des Wohles des Patienten und erst in zweiter Linie auch unter Bedachtnahme auf sein Selbstbestimmungsrecht abzugrenzen" ist. Hier wird also - anders als im deutschen Recht - dem Patientenwohl grundsätzlich der Vorrang vor der Patientenautonomie eingeräumt.

Im Unterschied zum deutschen Recht gibt es in Österreich auch den Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung (§ 110 StGB), der eine Sondervorschrift für denjenigen Arzt darstellt, der "einen anderen ohne

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt". Eine solche Norm wurde in Deutschland seit Jahrzehnten gefordert, leider jedoch nie verwirklicht!

Ein drittes Beispiel für Abweichungen in den einzelnen Rechtsordnungen: Anders als im deutschen Recht hat das Schweizer Bundesgericht entschieden, daß bei Urteilsunfähigkeit des Patienten und Fehlen eines gesetzlichen Vertreters die Einwilligung "bei ihm nahestehenden Personen oder Familienangehörigen einzuholen" ist .

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Rechtsprechungsübersicht

Zur Pflicht, den Patienten bei medizinischer Dringlichkeit einzubestellen

(Urteil des Bundesgerichtshofs vom 27.11.1990 - VI ZR 30/90)

Der Arzt, der den Patienten untersucht hat, ist verpflichtet, diesen über die nach ärztlicher Erkenntnis gebotenen Maßnahmen zu informieren und ihn dementsprechend zu beraten, und zwar, wenn es darauf ankommt, auch über die Dringlichkeit solcher Maßnahmen. Er hat den Patienten auch vor Gefahren zu warnen, die bei Unterlassen der ärztlichen Behandlung bestehen können. Ein Verstoß gegen die so verstandene Pflicht zur therapeutischen Beratung des Patienten ist ein Behandlungsfehler, der zum Ersatz des dadurch entstandenen Körper- und Gesundheitsschadens verpflichtet (vgl. etwa BGH, Urteil vom 24.6.1986 - VI ZR 21/85 - VersR 1986, 1 121 = NJW 1987, 705 = Arztrecht 1987, 142 m.w.N.)

Hat der Patient eine vorgesehene Nachuntersuchung in der Ambulanz nicht abgewartet und das Krankenhaus verlassen, ohne über die Folgen seiner Handlungsweise belehrt worden zu sein, kann der Arzt verpflichtet sein, ihn erneut einzubestellen und ihn über das Erfordernis und die Dringlichkeit gebotener Therapiemaßnahmen aufzuklären.

Einmalige Aufklärung über ein bestimmtes Risiko reicht aus

(Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 12.1.1995 - 5 U 29/94)

Ein frühzeitig auf ein schwerwiegendes Risiko hingewiesener Patient (anus praeter bei Operation wegen Polyposis des Darms) braucht nicht ständig erneut auf dieses Risiko hingewiesen zu werden. Eine einmal erhaltene deutliche Risikoaufklärung läßt die Einwilligung wirksam bleiben, selbst wenn der Patient zwischenzeitlich das Krankenhaus verläßt, weil er sich zunächst zu dem Eingriff nicht entschließen kann.

Insbesondere ist es also nicht erforderlich, daß nach einmal erfolgter Aufklärung, wenn bis zu dem vorgesehenen Eingriff noch einige Zeit verstreicht, der Patient immer wieder erneut bis unmittelbar vor dem Eingriff aufgeklärt werden muß. Ein solches Erfordernis würde dem Sinn der Aufklärungspflicht, nämlich dem mündigen Patienten Risiken pp. einer vorgesehenen Behandlung vor Augen zu führen und ihm so eine eigenverantwortliche, selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen die Behandlung zu ermöglichen, überspannen. Deshalb reicht es etwa sogar, wenn der Patient von dritter Seite, zum Beispiel von seinem einweisenden Hausarzt, schon hinreichend oder aus anderer Quelle aufgeklärt war. Ausschlaggebend ist der einmal vermittelte situationsbezogene Risikokenntnisstand des vernünftigen Patienten, dem ggf. auch Fragen zuzumuten sind, wenn kurz vor der geplanten Operation noch Unklarheiten bestehen (OLG Düsseldorf AHRS 5350116, BGH NJW 1976 363, 364).

Arztrecht 2/1996

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Bei Zahnextraktionen Risikoaufklärung notwendig

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat sich in einem Urteil mit der Aufklärungspflicht des Zahnarztes bei Vornahme einer Zahnextraktion befaßt.

Der Entscheidung lag der Fall eines norddeutschen Zahnarztes zugrunde, der einem Patienten im Rahmen einer Notdienstbehandlung den Weisheitszahn im linken Unterkiefer entfernt hatte. Die Zahnentfernung erwies sich schwieriger als erwartet und erforderte einen mehrstündigen operativen Eingriff in den Kieferknochen. In der Folgezeit klagte der Patient über sehr schmerzhafte Nervenschädigungen im Mund- und Kieferbereich. Neben weiteren Beschwerden trat eine hartnäckige Osteomyelitis auf, die auch durch eine Reihe von Nachoperationen nicht völlig geheilt werden konnte.

Der BGH hat das Verfahren zwar zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes an die Vorinstanz zurückgewiesen. Aus der BGH-Entscheidung lassen sich aber folgende wichtige Grundsätze zur Aufklärungspflicht des Zahnarztes entnehmen:

- Eine Aufklärung über die Risiken des zahnärztlichen Eingriffs ist auch dann geboten, wenn es zur Zahnextraktion "keine Alternative" gibt. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gebietet es, daß der Zahnarzt ihm die Möglichkeit beläßt, über den Eingriff selbst zu entscheiden und ihn gegebenenfalls abzulehnen.
- Der Zahnarzt ist grundsätzlich verpflichtet, den Patienten auf mögliche Behandlungsalternativen (beispielsweise auf eine mögliche medikamentöse Schmerzbehandlung) hinzuweisen.
- Ergibt die Stellung und Lage des zu entfernenden Zahnes, daß die Extraktion einen in der Nähe verlaufenden Nerv in Mitleidenschaft ziehen kann, ist eine Aufklärung über die hiermit verbundenen Risiken geboten.
- Der Zahnarzt muß im Zivilprozeß den Einwand geltend machen, der Patient hätte bei ordnungsgemäßer Aufklärung über die Risiken des Eingriffs seine Einwilligung erteilt. Nur dann ist der Patient gehalten, einen plausiblen Entscheidungskonflikt für den Fall ordnungsgemäßer Aufklärung darzulegen.

Bezogen auf die Dokumentationsverpflichtung des Zahnarztes merkte der BGH an, daß der Zahnarzt verpflichtet ist, lediglich die positive Diagnose zu dokumentieren, nicht hingegen das Fehlen einer Erkrankung festzuhalten. Darüber hinaus wies der BGH noch darauf hin, daß allein aus dem Umstand einer ungewöhnlich langen OP-Dauer nicht auf einen Behandlungsfehler geschlossen werden kann.

(Az.: VI ZR 248/92)

RA Karl-Heinz Schnieder, Sozietät Mönig, Krollzig, Ries, Münster

Kommentar:

Beherdete Zähne müssen nach der Extraktion bewiesen werden mit:

- Bakteriologie
- Toxikologie (MEA, Formaldehyd, Quecksilber)
- Histologie (Entzündung)

Das Panorama-Bild dient als Hinweis.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Einwilligung in ärztliches Handeln

Bürgerliches Gesetzbuch

Vom 18. August 1896 (RGBl. S. 195)

(BGBl. III 400-2)

§ 677

Ordnungsgemäße Geschäftsführung

Wer ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, hat das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert.

§ 678

Geschäftsführung bei entgegenstehendem Willen des Geschäftsherren

Steht die Übernahme der Geschäftsführung mit dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn in Widerspruch und mußte der Geschäftsführer dies erkennen, so ist er dem Geschäftsherrn zum Ersatze des aus der Geschäftsführung entstehenden Schadens auch dann verpflichtet, wenn ihm ein sonstiges Verschulden nicht zur Last fällt.

§ 679

Unbeachtlichkeit entgegenstehenden Willen des Geschäftsherren

Ein der Geschäftsführung entgegenstehender Wille des Geschäftsherrn kommt nicht in Betracht, wenn ohne die Geschäftsführung eine Pflicht des Geschäftsherrn, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt, oder eine gesetzliche Unterhaltspflicht des Geschäftsherrn nicht rechtzeitig erfüllt werden würde.

§ 680

Geschäftsführung zum Zweck der Gefahrenabwehr

Bezweckt die Geschäftsführung die Abwendung einer dem Geschäftsherrn drohenden dringenden Gefahr, so hat der Geschäftsführer nur Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu vertreten.

§ 681

Pflicht des Geschäftsführers zur Anzeige

Der Geschäftsführer hat die Übernahme der Geschäftsführung, sobald es tunlich ist, dem Geschäftsherrn anzuzeigen und, wenn nicht mit dem Aufschube Gefahr verbunden ist, dessen Entschließung abzuwarten. Im übrigen finden auf die Verpflichtungen des Geschäftsführers die für einen Beauftragten geltenden Vorschriften der §§ 666 bis 668 entsprechende Anwendung.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Strafgesetzbuch (StGB)

Vom 15. Mai 1871 (RGBl. S. 127) in der Fassung der Bekanntmachung

vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322)

§ 223

Körperverletzung

(1) Wer einen anderen körperlich mißhandelt oder an der Gesundheit beschädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ist die Handlung gegen Verwandte aufsteigender Linie begangen, so ist auf Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder auf Geldstrafe zu erkennen.

§ 223 a

Gefährliche Körperverletzung

(1) Ist die Körperverletzung mittels einer Waffe, insbesondere eines Messers oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs, oder mittels eines hinterlistigen Überfalls oder von mehreren gemeinschaftlich oder mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung begangen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe.

§ 78

Verjährungsfrist

(1) Die Verjährung schließt die Ahndung der Tat und die Anordnung von Maßnahmen (§ 11 Abs. 1 Nr. 8) aus. § 76 a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bleibt unberührt.

(2) Verbrechen nach § 220 a (Völkermord) und nach § 211 (Mord) verjähren nicht.

(3) Soweit die Verfolgung verjährt, beträgt die Verjährungsfrist

1. *dreißig Jahre bei Taten, die mit lebenslanger Freiheitsstrafe bedroht sind,*
2. *zwanzig Jahre bei Taten, die im Höchstmaß mit Freiheitsstrafen von mehr als zehn Jahren bedroht sind,*
3. *zehn Jahre bei Taten, die im Höchstmaß mit Freiheitsstrafen von mehr als fünf Jahren bis zu zehn Jahren bedroht sind,*
4. *fünf Jahre bei Taten, die im Höchstmaß mit Freiheitsstrafen von mehr als einem Jahr bis zu fünf Jahren bedroht sind,*
5. *drei Jahre bei den übrigen Taten.*

(4) Die Frist richtet sich nach der Strafdrohung des Gesetzes, dessen Tatbestand die Tat verwirklicht, ohne Rücksicht auf Schärfungen oder Milderungen, die nach den Vorschriften des Allgemeinen Teils oder für besonders schwere oder minder schwere Fälle vorgesehen sind.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Allgemeines

Die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs geht - im Gegensatz zu der ebenso einhelligen Auffassung der arztrechtlichen Literatur - davon aus, daß jeder ärztliche Eingriff - diagnostischer oder therapeutischer Art - tatbestandsmäßig Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzbuchs ist.

Folgt man dieser Subsumtion des ärztlichen Eingriffs unter den Tatbestand der Körperverletzung, so ergibt sich daraus sofort die Frage nach Rechtswidrigkeit und Schuld. Die Rechtswidrigkeit ist bei medizinisch indiziertem Eingriff bei Vorliegen von Rechtfertigungsgründen nicht gegeben. Der entscheidende Rechtfertigungsgrund ist bei fast jedem ärztlichen Eingriff die rechtswirksame Einwilligung nach rechtlich einwandfrei erfolgter und ausreichender Aufklärung.

Ist der ärztliche Eingriff gerechtfertigt, so stellt sich die Frage nach der Schuld (Vorsatz oder Fahrlässigkeit) nicht mehr. Ist der Rechtfertigungsgrund, z.B. wegen fehlender rechtswirksamer Einwilligung, nicht gegeben, so wäre die Frage nach einem schuldhaften Verhalten des Arztes zu stellen. Entscheidend ist daher, wann eine Einwilligung rechtswirksam vorliegt.

Die Einwilligung setzt zunächst, außer im Ausnahmefall, die umfassende Aufklärung voraus. Des weiteren muß der Zustimmende einwilligungsfähig sein, d.h. nach seiner geistigen und sittlichen Reife imstande sein, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme zu erkennen und sachgerecht zu beurteilen. Bei einer bevorstehenden Operation, nach erfolgter Prämedikation wäre dies z.B. nicht mehr der Fall. Eine dann erfolgte Einwilligung ist unwirksam.

Diese der Rechtsprechung folgende Konstruktion ist rechtssystematisch - nicht im Ergebnis - einwandfrei. Der zentrale Punkt ist dabei nicht die Unterstellung von ärztlichen Eingriffen unter den Tatbestand Körperverletzung, sondern der Rechtfertigungsgrund der rechtswirksamen Einwilligung. In Verfahren gegen Ärzte wegen Behandlungsfehlern (Kunstfehlern) hat es sich immer wieder gezeigt, daß der Beweis für nicht-sachgerechtes ärztliches Verhalten meist nicht zu führen war und zumindest die kausale Verknüpfung zwischen Handeln oder Unterlassen des Arztes mit dem behaupteten Erfolg (Mißerfolg) nicht mit der im jeweiligen Verfahren erforderlichen Sicherheit bewiesen werden konnte. Wesentlich einfacher ist die Behauptung, die rechtswirksame Einwilligung des Einwilligungsberechtigten habe nicht vorgelegen, und damit sei eine rechtswidrige Körperverletzung durch den ärztlichen Eingriff gegeben. Hier hat jetzt der Arzt zu beweisen, daß die rechtswirksame Einwilligung sehr wohl vorgelegen habe. Dementsprechend ist die arztrechtliche Literatur zu Einwilligung und Aufklärung nicht mehr übersehbar. Einigkeit besteht jedoch insoweit, daß die Einwilligungsfähigkeit nicht der Geschäftsfähigkeit entspricht, sondern im konkreten Fall an der Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu messen ist. Gerade die Frage der Einsichts- und Urteilsfähigkeit im Rahmen des Selbstbestimmungsrechts des Patienten spielt bei akuten Entscheidungen über die Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen eine entscheidende Rolle. Selbst wenn der Patient die für eine rechtswirksame Einwilligung erforderliche Einsichts- und Kritikfähigkeit besitzt und demnach nach Aufklärung einwilligen könnte, wird gerade bei akuten Entscheidungen für diese Aufklärung nicht die erforderliche Zeit zur Verfügung stehen. Es erscheint medizinisch unsinnig, unter Umständen lebenswichtige Zeit zu diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen mit Aufklärung zu vertun, auch wenn das Selbstbestimmungsrecht des Patienten dies erfordert. Dies gilt auch, wenn die Rechtsprechung anerkannt hat, daß, je dringlicher ein Eingriff medizinisch indiziert ist, um so weniger umfassend die Aufklärung sein darf. Besonders bei diagnostischen Eingriffen wird in akuten Fällen auch der Arzt überfordert sein. Gerade der diagnostische Eingriff - der natürlich für sich mit einem gewissen Risiko belastet ist - soll ja erst die Entscheidung über Art und Schwere der Erkrankung treffen helfen. Die Fragwürdigkeit der rechtssystematisch einwandfreien Konstruktion zeigt sich bereits hier bei akuten Entscheidungen und noch einwilligungsfähigen Patienten. Ist die Zeit der limitierende Faktor für ein sinnvolles und möglicherweise erfolgversprechendes ärztliches Handeln, so muß der Arzt auch ohne Aufklärung und rechtswirksame Einwilligung handeln. Selbstverständlich setzt sich der Arzt damit der Gefahr aus, daß er später wegen einer Körperverletzung verfolgt wird. Für den Arzt sollten jedoch das bedrohte Leben und die Gesundheit des Patienten höher stehen als die Strafdrohung der Körperverletzung.

Rechtlich noch klarer ist die Situation, wenn der noch einwilligungsfähige Notfallpatient die Einwilligung zum ärztlichen Eingriff nach erfolgter und hier ausführlicher Aufklärung auch über die daraus zu erwartenden Folgen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

verweigert. Es besteht kein Zweifel, daß in diesem Fall ein Handeln des Arztes das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verletzen würde - mit allen sich daraus ergebenden rechtlichen Konsequenzen zivil- oder strafrechtlicher Art. Dies gilt oder galt zumindest bis zu dem Augenblick, in dem der Patient nicht mehr einsichts- und einwilligungsfähig wurde. Die Rechtsprechung ging davon aus, daß auch z.B. bei Selbstmordversuch, trotz des vorher geäußerten ernsthaften Willens zum Sterben, vom Willen zum Überleben auszugehen sei (Mutmaßliche Einwilligung). Ein Nichthandeln des Arztes entspricht demnach dem Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung im Sinne des Strafgesetzbuches.

Die Situation ist nach der jüngeren höchstrichterlichen Rechtsprechung noch komplizierter geworden. Sie geht nicht mehr wie früher vom mutmaßlichen Überlebenswillen des bewußtlosen Selbstmörders aus, sondern anerkennt, daß in bestimmten Fällen, z.B. des Bilanzselbstmordes, für den Suizidanten der Wille zum Sterben unwiderruflich ist und diesem Selbstbestimmungsrecht zum Sterben nachzukommen sei. Ähnliches gilt nach neuerer höchstrichterlicher Rechtsprechung für die Verweigerung der Einwilligung zu ärztlichen Eingriffen aus religiösen Motiven (Zeugen Jehovas). Auch hier sei dem ernsthaften und unwiderruflichen Willen, lieber zu sterben als den Eingriff zu überleben, Folge zu leisten. Man wird also jetzt als Arzt zumindest bei Suizidanten und Angehörigen religiöser Minderheiten vor einem möglicherweise rettenden ärztlichen Eingriff zu prüfen haben, ob ein Bilanzselbstmord vorliegt oder ob die religiöse Überzeugung des bewußtlosen Verunfallten die Bluttransfusion verbietet. Es fragt sich, ob es für den Arzt nicht richtiger, wenn auch nicht rechtlich richtig ist, sich in diesen Fällen selbst verurteilen zu lassen.

Bei Bewußtlosen, zumindest aber nicht rechtswirksam einwilligungsfähigen Notfallpatienten erschien die rechtliche Situation bisher relativ einfach. War genügend Zeit vorhanden, so mußte die Einwilligung (nach Aufklärung) der Einwilligungsberechtigten eingeholt werden. War die erforderliche Zeit wegen der Dringlichkeit des Eingriffs nicht vorhanden, so konnte man von der mutmaßlichen Einwilligung ausgehen. Auch diese mutmaßliche Einwilligung in den ärztlichen Eingriff zur Erhaltung des Lebens erscheint nach dem oben Ausgeführten nicht mehr sicher. Gerade die Diskussion um das "Recht auf Sterben" zeigt, daß das Leben hier nicht mehr so als absolutes Gut gesehen wird. Die Befragung der Angehörigen, um Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des bewußtlosen Patienten zu bekommen, erscheint - wenn Zeit vorhanden - ratsam. Betont werden muß, daß die Angehörigen - außer bei Minderjährigen - nicht die rechtswirksame Einwilligung oder Verweigerung der Einwilligung geben können. Es handelt sich lediglich um Entscheidungshilfen für den Arzt in bezug auf den mutmaßlichen Willen seines Patienten. Im übrigen gilt gerade z.B. bei Angehörigen von Sekten immer noch der Satz "Niemand ist berechtigt, eigenem Glauben fremdes Leben zu opfern."

Bei der Befragung der Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten sollte der Arzt sich seiner Verpflichtung zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses voll bewußt sein. Es ist klar, daß sich hieraus schwierige menschliche Probleme ergeben können. Ganz gleich wie der Arzt - entsprechend ärztlicher Überzeugung - handelt, er sollte seine Entscheidung dokumentieren, um im Falle eines zivil- oder strafrechtlichen Verfahrens trotz einwandfreien ärztlichen Verhaltens nicht in Beweisschwierigkeiten zu kommen.

Literatur:

Bockelmann P.: Strafrecht des Arztes. Stuttgart 1968

Deutsch E.: NJW. 1905 ff. (1979)

Geilen G.: Einwilligung und ärztliche Aufklärungspflicht. Bielefeld 1963

Jung H., Schreiber H.W.: Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht. Enke, Stuttgart 1981

Laufs A.: Arztrecht, 2. Aufl. Beck, München 1978

Liebhardt E.W.: Therapiewoche 35 (1985)

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Geschäftsführung ohne Auftrag

Bei unaufschiebbarer Behandlungsnotwendigkeit, aber nicht möglicher Einwilligung (zum Beispiel bewußtloser, geisteskranker oder minderjähriger Patient ohne erreichbare Sorgeberechtigte), ist davon auszugehen, daß

-> die ärztliche Hilfe dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Insoweit bedarf es keiner Einwilligung zum ärztlichen Eingriff (sogenannte Geschäftsführung ohne Auftrag gemäß §§ 677-681 BGB).

Auch wenn im Falle einer Selbsttötungsabsicht (z.B. Barbituratintoxikation) ein Abschiedsbrief des Patienten vorliegt, in dem er ausdrücklich eine Behandlung und damit einen Lebensrettungsversuch verbietet, ist der über den Notfalldienst angeforderte Arzt zur Hilfeleistung und damit zur Behandlung eines bewußtlosen Patienten verpflichtet.

Kommt der Arzt dieser Verpflichtung nicht nach, würde er sich der unterlassenen Hilfeleistung schuldig machen (§ 323 c StGB).

Solange der Patient jedoch bei Bewußtsein ist und erkennbar eine Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit vorliegt,

-> ist der Wille des Patienten zu respektieren.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Unwirksamkeit einer Einwilligung

Rät der Arzt einem Patienten zur Durchführung einer Operation und legt er diesem Rat den Hinweis auf eine bestimmte Indikation zugrunde, so ist die vom Patienten erteilte Einwilligung dann unwirksam, wenn der ärztliche Rat nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechend diagnostisch abgesichert ist.

MedR 1995, 275

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Unwirksamkeit der Einwilligung des Patienten in einen nicht indizierten Eingriff: Extraktionsurteil

Im Zusammenhang mit der Aufklärungspflicht und der Einwilligung des Patienten erscheint es sinnvoll, an ein weiteres denkwürdiges Urteil zu erinnern, das unter dem Schlagwort "Extraktionsurteil" in die juristische Literatur eingegangen ist (BGH NJW 1978 S. 1206). Der Leitsatz dieses Urteils lautete: Ein Patient, der in laienhaftem Unverstand aufgrund einer unsinnigen selbstgestellten Diagnose von einem Zahnarzt eine umfassende Extraktion seiner Zähne wünscht, erteilt damit keine wirksame Einwilligung zu dieser Maßnahme.

Der Sachverhalt stellte sich folgendermaßen dar: Eine Patientin litt seit Jahren ständig unter starken Kopfschmerzen, deren Ursache alle ärztlichen Bemühungen nicht hatten ergründen können. Bei neuerlichen ergebnislosen Untersuchungen äußerte sie die Absicht, sich alle gefüllten Zähne ziehen zu lassen, weil nach ihrer Überzeugung ein Zusammenhang zwischen dem Leiden und den mit einer Füllung versehenen Zähnen bestehe. Der untersuchende Arzt war der Auffassung, daß eine solche Maßnahme medizinisch nicht geboten sei, konnte die Patientin aber nicht von ihrer Meinung abbringen. Er überwies sie deshalb einem Zahnarzt, dem er die Sachlage telefonisch erläutert hatte. Auch der Zahnarzt stellte fest, daß der Zustand der Zähne für die Kopfschmerzen der Patientin nicht ursächlich sein konnte und teilte ihr den Befund mit. Die Patientin beharrte jedoch auf dem Wunsch nach einer Extraktion. Mit der Bemerkung, sie müsse es selbst wissen, ob sie die Zähne "heraushaben" wolle, erklärte er sich schließlich dazu bereit, die Zähne zu ziehen. Als jedoch nach Extraktion der Zähne eine Besserung des Leidens der Patientin nicht eintrat, erstattete die enttäuschte Patientin gegen ihren Zahnarzt Strafanzeige.

Nachdem der Fall erstinstanzlich vor dem Landgericht verhandelt worden war, setzte sich der Bundesgerichtshof als Revisionsinstanz damit auseinander. Die Bundesrichter führten aus, daß die Extraktion der Zähne nach menschlichem Ermessen eine Heilung oder Besserung des Leidens der Patientin nicht bewirken konnte. Daher habe eine wirksame Einwilligung der Patientin in die Verletzung ihrer körperlichen Integrität nicht vorgelegen. Der Patientin habe die zur Beurteilung der Zahnextraktionen erforderliche Urteilskraft gefehlt. Zwar sei ihr nach den Untersuchungen ihres behandelnden Arztes und auch des Zahnarztes mehrfach versichert worden, daß nach ärztlichem Urteil ein Zusammenhang zwischen dem Zustand der Zähne und dem Leiden nicht bestehe. Gleichwohl habe sie in laienhaftem Unverstand beharrlich an der von ihr selbst gestellten Diagnose festgehalten.

Ihre mangelnde Belehrbarkeit beruhte, wie dem Angeklagten klar gewesen sein müsse, auf Unkenntnis und einer seelischen Verfassung, die ein verstandesmäßiges Abwägen der vorgebrachten medizinischen Argumente verhinderte. Daher deckte auch die erklärte Einwilligung in die Zahnextraktionen diese dann vom Zahnarzt durchgeführten Maßnahmen inhaltlich nicht ab.

Nach der Vorstellung der Patientin handelte es es sich um einen therapeutischen Eingriff, der zwar keine sicheren, aber immerhin aus ihrer Sicht nicht völlig fernliegende Heilungsaussichten bot. Die Einwilligung war somit vom Standpunkt der Patientin für einen Heileingriff erteilt. Das Vorgehen des Zahnarztes stellt sich hingegen nicht als solcher dar. Dies begründet die Unwirksamkeit der erklärten Einwilligung. Daß der Zahnarzt den Mangel der medizinischen Indikation nicht verschwiegen hat, ist rechtlich ohne Bedeutung. Entscheidend ist allein, daß es ihm nicht gelungen ist, das Vorstellungsbild der Patientin, mit welchen Mitteln auch immer, in Übereinstimmung zu einer realistischen medizinischen Beurteilung zu bringen.

Allein dieser Umstand zwang den Zahnarzt vor dem Recht bereits, von den Zahnextraktionen abzusehen. Die Auffassung des Zahnarztes, die nicht zu erschütternde Vorstellungswelt der Zeugin habe ihn von weiteren Aufklärungspflichten oder dem Unterlassen der Extraktionen entbunden, verkennt seine Stellung als Arzt.

Da er sich in einem vermeidbaren Verbotsirrtum befunden habe, verurteilte der Bundesgerichtshof den Zahnarzt wegen fahrlässiger Körperverletzung.

Die zivilrechtlichen Folgen kann man sich leicht ausmalen: Vor dem Hintergrund eines solchen Strafurteils fällt dem Patienten die Durchsetzung von Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen nicht mehr schwer. Ein, wie ich meine, sehr denkwürdiger Fall.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Grund genug, Aufklärung und Einwilligung nicht lediglich als technisch-juristische Absicherung zu betreiben, die dann obendrein noch versagt, sondern als wirksame verständnisvolle und vertrauensbildende Beratung des Patienten, die ihn als Partner der Arzt-Patient-Beziehung ernst nimmt, selbst wenn seine Vorstellungswelt, wie im vorliegenden Fall, von unseren ärztlichen Überzeugungen abweicht. Gelingt es nicht, einen Konsens herbeizuführen, so sollte man sich nicht zu medizinisch unsinnigen oder seiner ärztlichen Überzeugung zuwiderlaufenden Maßnahmen überreden lassen, sondern solche Maßnahmen ablehnen.

Das Urteil gibt noch in einer weiteren Hinsicht zu denken: Nicht selten wird bei Patienten mit unklaren Beschwerden auf der Grundlage alternativer, wissenschaftlich nicht anerkannter Methoden die Extraktionsbedürftigkeit von Zähnen diagnostiziert bzw. behauptet. Kommt es dann tatsächlich zu Extraktionen und verschwinden die Beschwerden nicht, so wird es dem Patienten nicht schwerfallen, vor dem Hintergrund dieses Urteils den Zahnarzt zu verklagen.

Priv.-Doz. Dr. Dr. Ludger Figgener - aus "Dental-Spiegel" 6/94

Kommentar:

In diesem Fall fehlte der unbedingt notwendige Nachweis eines Zahnherdes:

a) bakteriell durch Abstrich (+ auf Pilze)

b) toxisch durch TOX-Untersuchung (MEA, Formaldehyd, Hg)

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Arzt Patienten-Vertrag

Bürgerliches Gesetzbuch

Vom 18. August 1896 (RGBl. S. 195)

(BGBl. III 400-2)

Dienstvertrag

§ 611

Inhalt eines Dienstvertrages

(1) Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher Dienste zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere Teil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.

(2) Gegenstand des Dienstvertrags können Dienste jeder Art sein.

§ 278

Haftung für Erfüllungsgehilfen

Der Schuldner hat ein Verschulden seines gesetzlichen Vertreters und der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeit bedient, in gleichem Umfange zu vertreten wie eigenes Verschulden. Die Vorschrift des § 276 Abs. 2 findet keine Anwendung.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Allgemeines

Der Arzt/Patient-Vertrag wird hauptsächlich über die Rechtsprechung ausgekleidet und als Dienstvertrag im Sinne § 611 BGB angesehen. Der Arzt schuldet nach ihm lediglich seine Tätigkeit, aber keinen Erfolg. Da der Arzt weitgehend selbständig arbeitet, liegt ein Dienstvertrag höherer Art im Sinne des § 627 BGB vor.

Die Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient weist dennoch Besonderheiten auf. Es liegt ein personenbezogener Vertrag vor, bei dem die Gesamtpersönlichkeit des Kranken im Mittelpunkt steht. Hieraus resultieren:

- Obhuts-,
- Fürsorge-,
- Treue-
- und Schutzpflichten.

Im Rahmen des Behandlungsvertrages haftet der Arzt grundsätzlich für alle schuldhaften schadenstiftenden Pflichtverletzungen seines Personals, wie jeder Schuldner für sein Verschulden auf Schadenersatz haftet, der sich anderer Personen zur Erfüllung seiner eigenen Verbindlichkeiten bedient (§§ 611, 278 BGB).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Behandlungsfehler

Behandlungsfehler

- Der Arzt sollte nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft handeln.
- Wenn es eine relativ zuverlässige Therapie gibt, ist der Arzt verpflichtet, diese durchzuführen.
- Sind bei einer bestimmten Erkrankung die Erfolge der herkömmlichen Medizin gering, so besteht für den Arzt eine größere Freiheit des Handelns.

Der Behandlungsfehler kann auf diagnostischem wie therapeutischem Gebiet liegen; er kann in einem Tun oder einem Unterlassen bestehen. Bei zwei gleichwertigen Behandlungsmethoden ist der Arzt verpflichtet, abzuwägen, welche für den speziellen Patienten mit dem geringsten Risiko verbunden ist. Der Arzt muß dabei seine Fähigkeiten gut einschätzen können. Dies gilt gerade in bezug auf übergreifende Fachgebiete. Bei Unklarheiten sollte er besser einen Konsiliarius zu Rate ziehen, um sich nicht den Vorwurf des Übernahmeverschuldens anzulasten.

Der Wunsch des Patienten, z.B. nach einer bestimmten Medikation, befreit dabei den Arzt nicht von seiner Verantwortung. In jedem Fall sind also Erfolgs- und Qualitätskontrollen seiner ärztlichen Tätigkeit, z.B. Röntgen einer versorgten Fraktur zur Verlaufskontrolle, von großer Bedeutung.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Ärztliche Kunstfehler

Ein solcher wird angenommen, wenn der Arzt gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen hat. Eine Haftung tritt jedoch nicht ein, soweit der Arzt aus sachlichen Gründen nach eingehender Prüfung - um eine Schädigung des Patienten zu vermeiden - von diesen Regeln abgewichen ist. Ein vom Arzt zu vertretender Kunstfehler liegt somit nur vor, wenn der Vorwurf eines fahrlässigen Verhaltens erhoben werden kann. Da nicht jede Fahrlässigkeit ein Kunstfehler zu sein braucht, sind beide Begriffe nicht als identisch austauschbar. Im Einzelfall werden die Grenzen einer ärztlichen Pflichtverletzung sehr weit gezogen. So wurde z.B. die Erteilung unrichtiger oder unzureichender Anweisungen an die Sprechstundenhilfe zur selbständigen Durchführung einer Magenspülung als Kunstfehler qualifiziert, der zur Schadensersatzpflicht des behandelnden Arztes führt, weil bei Auftreten von Komplikationen der Arzt selbst einzugreifen habe (Urteil des OLG Bremen vom 4.12.1969 in NJW 1970, 1233). Um eine Haftung wegen einer Sorgfaltspflichtverletzung nicht eintreten zu lassen, muß der Arzt bei einer Auswahlmöglichkeit die optimale Versorgung des Patienten nach neuesten Erkenntnissen anstreben.

Zur Erreichung dieses Ziels hat sich der Arzt über neue Behandlungsmethoden und Arzneimittel ausreichend und rechtzeitig anhand von Fachliteratur zu informieren. Über diese Informationspflicht hinaus ist besondere Sorgfalt bei der Anwendung neuer Pharmaka geboten, selbst wenn deren Verträglichkeit eingehend geprüft und festgestellt wurde.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Verhaltensregeln für den Arzt

Ist es zu einem Behandlungsfehler gekommen, oder wird ein entsprechender Vorwurf erhoben, ist

- die Sicherung aller Beweismittel dringend. Dazu gehören lückenlose Krankengeschichten, Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen, Behandlungsplan, Operationsberichte, Sicherstellung verwendeter Spritzen, Geräte, Medikamente etc.,
- im Todesfall sollte unter allen Umständen auf Durchführung einer gerichtlichen Sektion gedrungen werden. Hier besteht seit Jahrzehnten das dringende Petitum, entsprechende Vorschriften zu erlassen, nach denen jeder Todesfall im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit gerichtlich obduziert werden kann. Der derzeitige Zustand ist im Interesse der Patienten, aber auch des Arztes unbefriedigend.
- Das Gespräch mit dem Patienten oder Angehörigen sollte stets vom beteiligten Arzt selbst, nach Möglichkeit in Zeugengegenwart, geführt und schriftlich fixiert werden. Ein Großteil unberechtigter Anzeigen sind durch abgelehnte, unzureichende, unsachgemäße, teilweise auch ungeschickte Auskünfte von Ärzten oder ihren Mitarbeitern in Gang gebracht worden.
- Im Interesse aller Beteiligten keinerlei mündliche oder schriftliche Schuldeingeständnisse. Dies ist auch eine Forderung der Versicherer. Diesen muß ein ausführlicher, rückhaltsloser Bericht bei möglichst frühzeitiger Meldung mit allen Einzelheiten erstattet werden, damit sie ihrer Prüfungspflicht, ob die Haftpflichtansprüche anerkannt werden und eine außergerichtliche Klärung versucht werden soll, nachkommen kann. Bei Tätigwerden der Ermittlungsbehörden sollte schon bei der informatorischen Befragung durch Polizei oder Staatsanwaltschaft im Vorfeld der Ermittlungen beachtet werden, daß der befragte Arzt als Zeuge, gemäß § 55 StPO, geschützt ist. Schon in diesem Stadium sollte weitgehend von dem Recht, keine Aussage zu machen, Gebrauch gemacht werden, wenn sich die Ermittlungen gegen den informell angehörten Arzt selbst richten könnten.

Im Gespräch mit anderen beteiligten Ärzten oder Hilfskräften empfiehlt sich größte Zurückhaltung. Andererseits sollten sofort möglichst lückenlose persönliche Aufzeichnungen angelegt und Fotokopien aller später eventuell der Beschlagnahme unterliegenden Krankenunterlagen gemacht werden. Im Status des Beschuldigten sollte der Arzt sich grundsätzlich nur schriftlich nach vorheriger Rechtsberatung durch einen Anwalt oder die Versicherung äußern. Bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft sollten keine Erklärungen zur Sache, insbesondere keine Schuldeingeständnisse abgegeben werden. Gegenüber der Krankenhausverwaltung sowie der Haftpflicht- und Strafrechtschutzversicherung soll ebenfalls eine nackte Tatbestandsschilderung, d.h. ohne Wertung, Erklärungen, Interpretationsversuche oder dergleichen abgegeben werden. Hier sei aber aus strafrechtlicher Sicht zu empfehlen, bei der Abfassung des Schreibens an die Versicherung Rechtsrat einzuholen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Checkliste - Behandlungszwischenfall

1. Stellen Sie Beweismaterial sicher. Alles, was verwendet wurde, Ampullen, Spritzen, Kanülen sammeln Sie in einem Plastikbeutel und verschließen diesen.
2. Sobald Sie sich einigermaßen gesammelt haben, dokumentieren Sie den Zwischenfall so sorgfältig wie möglich, in allen Einzelheiten. Notieren Sie sich vor allem auch die Zeitpunkte, den Zeitverlauf und nennen Sie eventuell beteiligte Zeugen. Schreiben Sie genau nieder, welche Maßnahmen Sie wann getroffen haben.
3. Fordern Sie darüber hinaus auch mögliche potentielle Zeugen, also das beteiligte Personal auf, sofort aus dem Gedächtnis den Hergang für eine eventuell später notwendige Befragung niederzuschreiben. Die Praxis hat nämlich gezeigt, daß manchmal Jahre später aus dem Gedächtnis Dinge behauptet wurden, die unmöglich stimmen können.
4. Vermeiden Sie Diskussionen mit dem Personal bei einem solchen Zwischenfall, vor allem, sagen Sie nicht Dinge, die irgendwie nach Rechtfertigung klingen.
5. Fotokopieren Sie alle Krankenblattunterlagen über den Verstorbenen. Ihnen muß klar sein, daß alle Unterlagen möglicherweise als Beweismaterial vereinnahmt werden können.
6. Jetzt unterrichten Sie die Angehörigen. Natürlich werden Sie Ihre Betroffenheit und Ihr Bedauern ausdrücken, aber bleiben Sie bei der Schilderung der Ereignisse so sachlich wie möglich. Sie müssen unter allen Umständen auch nur den vagen Anschein eines Schuldeingeständnisses, einer Selbstbezichtigung vermeiden. Sagen Sie niemals die Unwahrheit, und versuchen Sie nicht, etwas zu vertuschen. Im Augenblick wissen Sie noch nicht, ob ein Gerichtsverfahren droht. Solche Manöver könnten eventuell später eine Strafverteidigung unnötig erschweren.
7. Kommt es zur Anzeige und erscheint ein Polizeibeamter, dann machen Sie auf keinen Fall irgendwelche Aussagen, bevor Sie Ihren Anwalt konsultiert haben. Im Zweifelsfall ist hier immer Schweigen Gold.
8. Unterrichten Sie nach Rücksprache mit Ihrem Anwalt Ihre Haftpflichtversicherung, informieren Sie ggf. Ihre zuständige KV und ggf. auch Ihren Berufsverband.
9. Sollte die Polizei Krankenblattunterlagen sicherstellen wollen, dann geben Sie diese nach Rücksprache mit Ihrem Anwalt freiwillig heraus. Ein Beschlagnahme-Beschluß, der Sie erst dazu zwingt, setzt Sie in jedem Fall immer dem Verdacht aus, etwas vertuschen zu wollen.
10. Tun Sie keinen Schritt, machen Sie keine Äußerung, ohne Ihren Anwalt konsultiert zu haben.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

"Kunstfehler" - eine lehrbuchgerechte Behandlung

Der Arzt Gerold Sch. (50) war vom Amtsgericht Weilheim wegen fahrlässiger Körperverletzung zu 80 Tagessätzen von je 150 Mark Geldstrafe verurteilt worden, weil man ihn für schuldig befand, durch eine nicht fachgerechte Behandlung bei der Patientin Lieselotte C. einen Milzriß verursacht zu haben. Es sprach ihn auf seine Berufung hin die 7. Strafkammer beim Landgericht München I frei, wobei der Vorsitzende Richter Christian Schreiber allerdings betonte, daß die erste Verhandlung nach dem damaligen Sachstand gar nicht anders als mit einer Verurteilung enden konnte.

Der Ausgangspunkt des Verfahrens: Frau C. hatte den Angeklagten am 10. Juni 1991 aufgesucht, weil bei ihr zwei Brustwirbel herausgesprungen waren. Er behandelte sie chirotherapeutisch und behob dabei die Blockade. Bei der Heimfahrt traten bei der Patientin Schmerzen auf, die sich bis zum Abend verstärkten und sogar kurzfristig zu einer Ohnmacht führten. Sie wurde daher ins Krankenhaus gebracht, wo man einen Milzriß diagnostizierte und das Organ operativ entfernte.

Frau C. gab nun an, die Verletzung müsse davon herrühren, daß der Arzt ihr während der Behandlung mit dem Knie einen kräftigen Stoß an die linke Oberbauchseite gegeben habe, weil sie an diesem Tag weder gestürzt noch an einen harten Gegenstand gestoßen sei, was ihre Angehörigen bestätigten. Der Angeklagte bestritt zwar mit Nachdruck, bei der Behandlung sein Knie eingesetzt zu haben. Ein Pathologe, der die Milz nach der Operation untersucht hatte, kam zu dem Ergebnis, daß die Risse "einige Stunden bis maximal einen Tag alt" gewesen seien und dabei eine stumpfe Gewalt eingewirkt haben müsse. Er und ein weiterer Sachverständiger schlossen nicht aus, daß ein Stoß mit dem Knie die Verletzung hervorgerufen habe, und so wurde G. verurteilt.

Daß bei der ansonsten gleichen Beweislage und mit den nämlichen Sachverständigen die Berufungskammer zu einem anderen Ergebnis kam, lag daran, daß diesmal auch der Operationsbericht verlesen wurde. Und darin fand sich die entscheidende Passage "Nach Lösung der Milz aus den Verwachsungen...", die für den Pathologen neu war. Wenn Verwachsungen vorlagen, erklärte er nun, sei eine Spontanruptur der Milz etwa durch eine ungeschickte Bewegung, nicht auszuschließen.

Und da die damals vorgenommene Behandlung, die der Angeklagte in Gegenwart der Patientin an einer Sprechstundenhilfe im Zimmer des Landgerichtsarztes demonstrierte, nach Auffassung eines weiteren Gutachters "schulgerecht" war, beantragte schon Staatsanwalt Helmut Stapf den Freispruch, der dann auch erging.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Sanktionen gegenüber Ärzten

Verbot der Doppelbestrafung

Ist ein Arzt wegen eines strafbaren Delikts rechtskräftig von der ordentlichen Strafjustiz verurteilt worden, kann er nur "ausnahmsweise" vom Heilberufsgericht mit einer weiteren Sanktion belegt werden. Das hat zumindest mit Geltung für den Freistaat das Bayerische Landesberufsgericht für die Heilberufe grundsätzlich entschieden. Das soeben von dem Obergericht bekanntgegebene Urteil hebt ein von der heilberufsgerichtlichen Erstinstanz gegen einen Arzt verhängtes Bußgeld auf und stellt das Verfahren auf Kosten der Staatskasse ein.

Der Arzt war wegen Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse und wegen Betrugs bereits durch den Strafrichter zu sieben Monaten Haft auf Bewährung und einer Buße von 8000 DM verurteilt worden. Das Bußgeld hat er bezahlt. Damit war das Strafverfahren rechtskräftig abgeschlossen. Der nochmaligen Verhängung einer Geldbuße, nun durch das Heilberufsgericht, stehe das Kammergesetz entgegen, entschied abschließend die Berufungsinstanz. Nach der Vorschrift sei von einem Verweis oder einer Geldbuße abzusehen, wenn wegen desselben Fehlverhaltens bereits ein Gericht eine Strafe verhängt habe, es sei denn, daß eine weitere Sanktion erforderlich sei, um den Beschuldigten zur Erfüllung seiner Berufspflichten anzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren. In der Regel gehe der Gesetzgeber davon aus, daß eine Strafe durch die ordentliche Gerichtsbarkeit zugleich die berufsrechtlichen Belange wahre. Nur wo dies ausnahmsweise nicht der Fall sei, bestehe die Möglichkeit einer zusätzlichen berufsgerichtlichen Ahndung. Eine Doppelbestrafung komme nicht in Frage, wenn der Einzelfall so liege, daß der berufsrechtliche Unrechts- und Schuldgehalt der Tat erheblich über den strafrechtlichen hinausgehe, also eine vom Strafrecht nicht miterfaßbare Verletzung der Berufspflichten vorliege, die ein zusätzliches Ahndungsbedürfnis hervorrufe. Obwohl im vorliegenden Fall das Verhalten des Arztes "schwer wiege", sei es durch den Strafrichter einschließlich der Berufsrechtsverstöße hinreichend geahndet.

(Az: LBG - Ä - 4/87) rwi

Aus: Die Neue Ärztliche vom 1.2.198

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Verwaltungsgericht: Approbationsentzug wegen Falschabrechnung unzulässig

Pflichtverletzungen in der Ausübung des ärztlichen Berufs können nicht nur disziplinarische Maßnahmen, staatliche Strafsanktionen, Ruhen oder Entzug der Kassenzulassung nach sich ziehen. Weitere Sanktionen werden diskutiert.

Gericht: Kein Approbationsentzug wegen Falschabrechnung

Nach den Vorschriften der Bundesärzteordnung (BuÄO) ist die Approbation zwingend (!) zu widerrufen, wenn ein Arzt sich nach Erteilung der Approbation eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt. Ist ein Strafverfahren anhängig, muß dessen rechtskräftiger Abschluß abgewartet werden, bevor die Approbation widerrufen wird.

Der Verwaltungsgerichtshof (VGH) Baden-Württemberg hält in seinem Urteil vom 29.9.1981 eine strafgerichtliche Verurteilung eines Kassenarztes wegen Betruges zu Lasten mehrerer Krankenkassen und wegen der damit gleichzeitig verbundenen Verletzung seiner kassenärztlichen Pflichten nicht für einen ausreichenden Unwürdigkeits- oder Unzuverlässigkeitsgrund.

Nach Meinung des VGH (im Schrifttum ist man allerdings anderer Ansicht) hat der betroffene Arzt durch die falschen Abrechnungen in erster Linie seine in der RVO geregelten kassenärztlichen Pflichten verletzt und dadurch das Vertrauen der betroffenen Krankenkassen in seine Korrektheit und Ehrlichkeit mißbraucht, nicht jedoch seine Pflichten nach der BuÄO. Dies sei kein ausreichender Grund, auch das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinen Patienten zu erschüttern.

Vollständigkeitshalber sei angemerkt, daß während eines schwebenden Verfahrens auf Rücknahme oder Widerruf der Approbation aufgrund behördlichen Ermessens auch ein vorübergehendes Ruhen angeordnet werden kann, wenn dies im Interesse der Allgemeinheit, z.B. in ungeklärten oder Eilfällen notwendig erscheint.

Hinsichtlich aller Beschlüsse der zuständigen Gremien kann die sofortige Vollziehung angeordnet werden.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Promotions- oder Habilitationsentzug unzulässig

Der Entzug des aufgrund einer ordnungsgemäß angefertigten Dissertation oder Habilitationsschrift erworbenen Doktor- oder Professorentitels ist regelmäßig unzulässig.

Die von den Hochschulen verliehenen akademischen Grade stellen das Ergebnis einer einstmals erbrachten Leistung dar, das durch nachträgliche Unwürdigkeit oder Unfähigkeit nicht in Wegfall kommen kann.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Widerruf der Approbation wegen begangener Straftaten

Beschluß des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg vom 27.10.1994 - 9 S 1102/92:

Ein durch eine Kette strafrechtlicher Verfehlungen dokumentierter Hang zur Mißachtung der Rechtsordnung kann die Unzuverlässigkeit und die Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs begründen, auch wenn die Straftaten nicht unmittelbar im Verhältnis Arzt-Patient angesiedelt sind (Fortführung der Senatsrechtsprechung; vgl. Urteil vom 5.9.1986 - 9 S 1601/85 -, NJW 1987, 1502 = ArztR 1987, 131).

Die große Zahl der seit 1984 - durchweg vorsätzlich - begangenen und rechtskräftig abgeurteilten Straftaten (neun bis zum Erlaß des Widerspruchsbescheids, insgesamt zehn) offenbarte eine kriminelle Energie, die in Verbindung mit der Ausnutzung der beruflichen und gesellschaftlichen Stellung des Arztes bei mehreren dieser Straftaten die Prognose rechtfertigte, daß der Kläger sich nicht an die Regeln und Pflichten halten würde, die ihm bezüglich seiner ärztlichen Berufsausübung auferlegt sind. Seine nach wie vor hohe Verschuldung in Höhe von 400000,- DM und die in der Vergangenheit dokumentierte skrupellose Ausnutzung seiner Stellung sowie seine offenkundig geringe Beeindruckbarkeit durch strafrechtliche oder berufsrechtliche Sanktionen begründeten die Befürchtung künftiger Pflichtverletzungen auch im Bereich der beruflichen Tätigkeit.

Wer zur Durchsetzung seiner Interessen die Strafrechtsordnung derart notorisch mißachtet, verspielt damit auch das für die zuverlässige ärztliche Versorgung der Bevölkerung notwendige Vertrauen in eine nur am Wohl des Patienten orientierte ärztliche Berufsausübung. Er untergräbt damit sowohl sein eigenes berufsbezogenes Ansehen als auch tendenziell das der Ärzteschaft insgesamt mit entsprechend negativen Rückwirkungen auf die Einschätzung der persönlichen wie fachlichen Integrität der beruflichen Betätigung. Dem Vertrauen von Patienten in diese Integrität kommt nicht zuletzt deshalb so hohe Bedeutung zu, weil die ärztliche Tätigkeit praktisch kaum Kontrollen unterliegt. Den danach zu stellenden Anforderungen des Berufs wird das langjährig praktizierte Verhalten des Klägers nicht mehr gerecht (vgl. dazu auch Senatsbeschluß vom 24.9.1993 - 9 S 1386/91 -, VBlBW 1994, 111 = MedR 1994, 158, m.w.N.).

Arztrecht 11/1995

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Disziplinarstrafe wegen "Drängelns" auf der Autobahn

Urteil des Landesberufsgerichts für Heilberufe beim Hessischen Verwaltungsgerichtshof vom 29.6.1994 - LBG 1358/94:

Der beschuldigte Arzt wurde wegen versuchter Nötigung in Tateinheit mit fahrlässiger Körperverletzung zu einer Geldstrafe von 40 Tagessätzen zu je 100,- DM verurteilt. Ferner wurde gegen ihn für die Dauer von drei Monaten ein Fahrverbot verhängt. Der Beschuldigte war auf der Bundesautobahn mit seinem Fahrzeug unter ständiger Betätigung der Lichthupe und des Signalhorns über eine Strecke von mehr als 300 m bis auf ca. 1 oder 2 m auf das vorausfahrende Fahrzeug des Zeugen G. aufgefahren. Er versuchte, den Fahrer zum Wechsel der Fahrspur zu zwingen. Nachdem der Zeuge G. nach Abschluß seines Überholmanövers auf die rechte Spur eingeschert war, überholte der Beschuldigte und scherte seinerseits so knapp vor dem Pkw des Zeugen G. ein, daß es zu einer Berührung der Fahrzeuge kam. Der Pkw des Zeugen G. kam ins Schleudern und überschlug sich.

Das Landesberufsgericht hat den vom Berufsgericht verhängten Verweis bestätigt und dies unter anderem wie folgt begründet:

Besonderheiten gelten allerdings dann, wenn wegen desselben Sachverhalts bereits eine strafgerichtliche Verurteilung erfolgt ist. Es bedarf einer spezifischen disziplinarischen Notwendigkeit, um eine zusätzliche Disziplinarmaßnahme neben einer strafgerichtlichen Verurteilung rechtfertigen zu können. Dies ist nur dann der Fall, wenn nach der strafgerichtlichen Verurteilung noch ein besonderer "berufsrechtlicher Überhang" verbleibt, der durch die strafgerichtliche Verurteilung nicht erschöpfend geahndet worden ist, und davon ausgegangen werden muß, daß die in der strafrechtlichen Verurteilung liegende Pflichtenmahnung nicht ausreicht, um den Beschuldigten zukünftig zu einem pflichtgemäßen Verhalten anzuhalten. Es gehört zum - vom hippokratischen Eid her zu bestimmenden - Kernbereich beruflicher Pflichten eines Arztes, auch außerhalb seiner eigentlichen Heiltätigkeit alles zu tun und zu unterlassen, um keinen anderen an Leib oder Leben zu schädigen. Nach den Feststellungen des Berufsgerichts handelte der Beschuldigte allerdings in bezug auf die letztlich den Körperschaden verursachende Handlung - das zu knappe Einscheren - lediglich fahrlässig, so daß der ihm zu machende Schuldvorwurf nicht gravierend ist. Aus dieser Tat können jedenfalls keine Rückschlüsse auf ein negatives Persönlichkeitsbild des Beschuldigten gezogen werden, etwa in dem Sinne, daß er wesensmäßig labil, unzuverlässig oder gar rücksichtslos sei. Denn der Beschuldigte habe sich sogleich nach dem Unfallgeschehen um die Verletzten bemüht und sie ärztlich versorgt. Ferner hat er das Unrecht seiner Tat eingesehen und die Verantwortung dafür übernommen. Nach den Feststellungen des Berufsgerichts handelte es sich auch nur um ein einmaliges Fehlverhalten, denn der Beschuldigte ist bis dahin offenbar weder strafrechtlich noch berufsrechtlich aufgefallen, so daß sich der verhängte Verweis bereits nach dem Gebot der stufenweisen Steigerung von Disziplinarmaßnahmen als angemessene Ahndung für das einmalige Fehlverhalten erweist.

Arztrecht 10/1995

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Arztpraxis - ein "beleidigungsfreier Raum"

Der einer Mutter gegenüber ausgesprochene Verdacht, daß ihre beiden sehr jungen Töchter regelmäßig sexuell mißbraucht werden - vielleicht sogar vom eigenen Vater - brachte eine Münchner Ärztin vor Gericht. Der in Verdacht geratene Vater hatte die Vermutungen der Ärztin entschieden dementiert und sie auf 10000 Mark Schmerzensgeld verklagt. Wie in erster Instanz das Landgericht München I hat jetzt auch das Oberlandesgericht München die Klage abgewiesen.

Zum Sachverhalt: Die damals zwölf und 13 Jahre alten Schwestern litten immer wieder an Unterbauchbeschwerden, Harnwegsinfektionen und Scheidenverletzungen, deren Ursprung von der Hausärztin nicht einwandfrei diagnostiziert werden konnte. Frau Doktor bestellte deshalb die Mutter der Kinder in die Praxis und eröffnete ihr den Verdacht, daß sexueller Mißbrauch im Spiel sein könnte. Als die Mutter erklärte, daß kein fremder Mann in Frage komme, zog die Ärztin die Schlußfolgerung, daß dann wohl auch der Vater in Betracht zu ziehen sei. Dieser ließ ein psychologisches Gutachten anfertigen, das beweisen sollte, daß er zu solch einer Tat unfähig sei - und reichte dann die Klage ein.

Zunächst gab die 30. Zivilkammer beim Landgericht der Ärztin Recht: Sie habe das schonendste Mittel gewählt und sich an die Mutter und nicht gleich an die Behörde gewandt. Wäre sie dem Verdacht nicht nachgegangen, hätte sie sich strafbar gemacht. Der Vater legte gegen dieses Urteil Berufung ein.

Der 31. Zivilsenat des Oberlandesgerichts München stellte fest, daß hier der schwere Angriff auf das Persönlichkeitsrecht des Vaters der Sorge der Ärztin um das Wohl der Mädchen gegenüberstehe. Die Richter schlossen nicht aus, daß die Medizinerin "über das Ziel hinausgeschossen" sei. Doch auch wenn die Äußerung geeignet gewesen sei, Mißtrauen in die betroffene Familie zu bringen oder die Familie gar zu zerstören, sei das Vorgehen der Ärztin nicht als rechtswidrig zu beurteilen. Denn sie habe den Vater nicht in seiner "sittlichen, sozialen oder personalen Geltung" treffen, sondern auf der Suche nach der Krankheitsursache der Kinder aufklärend wirken wollen.

Der Gerichtssenat bezeichnete die Gesprächsrunde der Ärztin als einen "beleidigungsfreien Raum": Der Gesprächskreis war vertraulich und die Ärztin durch ihre Verschwiegenheitspflicht gebunden. "Nimmt man aber für ein ärztliches Gespräch Vertrauen in Anspruch - und ohne Vertrauen kann es sinnlos werden - dann muß grundsätzlich auch von Seiten des Arztes ein offenes Wort möglich sein" (Aktenzeichen 31 U 5234/92).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Schadenersatzansprüche gegenüber Ärzten

Bürgerliches Gesetzbuch

Vom 18. August 1896 (RGBl. S. 195)

(BGBl. III 400-2)

Unerlaubte Handlungen

§ 823

Deliktischer Schadensersatzanspruch

(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

(2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalte des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

§ 831

Schadensersatzpflicht bei Bestellung eines Verrichtungsgehilfen

(1) Wer einen anderen zu einer Verrichtung bestellt, ist zum Ersatze des Schadens verpflichtet, den der andere in Ausführung der Verrichtung einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn der Geschäftsherr bei der Auswahl der bestellten Person und, sofern er Vorrichtungen oder Gerätschaften zu beschaffen oder die Ausführung der Verrichtung zu leiten hat, bei der Beschaffung oder der Leitung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet oder wenn der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde.

(2) Die gleiche Verantwortlichkeit trifft denjenigen, welcher für den Geschäftsherrn die Besorgung eines der im Absatz 1 Satz 2 bezeichneten Geschäfte durch Vertrag übernimmt.

§ 852

Verjährungsfrist

(1) Der Anspruch auf Ersatz des aus einer unerlaubten Handlung entstandenen Schadens verjährt in drei Jahren von dem Zeitpunkt an, in welchem der Verletzte von dem Schaden und der Person des Ersatzpflichtigen Kenntnis erlangt, ohne Rücksicht auf diese Kenntnis in dreißig Jahren von der Begehung der Handlung an.

(2) Schweben zwischen dem Ersatzpflichtigen und dem Ersatzberechtigten Verhandlungen über den zu leistenden Schadensersatz, so ist die Verjährung gehemmt, bis der eine oder der andere Teil die Fortsetzung der Verhandlungen verweigert.

(3) Hat der Ersatzpflichtige durch die unerlaubte Handlung auf Kosten des Verletzten etwas erlangt, so ist er auch nach der Vollendung der Verjährung zur Herausgabe nach den Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung verpflichtet

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Allgemeines

Der Arzt kann für die gleiche Tätigkeit zur zivil- und strafrechtlichen Verantwortung gezogen werden. Die zivilrechtlichen Schadenersatzansprüche gegen den Arzt und medizinisches Hilfspersonal sowie gegen den Krankenhausträger können sowohl aus dem Vertragsrecht als auch aus dem Recht der unerlaubten Handlung (Deliktsrecht) im Sinne der §§ 823 ff. BGB hergeleitet werden.

Schadenersatzansprüche aus unerlaubter Handlung sind gegeben, wenn jemand einen anderen rechtswidrig und schuldhaft an bestimmten vom Gesetz geschützten Rechtsgütern verletzt. Als geschützte Rechtsgüter gelten bei medizinischer Behandlung

- das Leben,
- der Körper,
- die Gesundheit und
- die Freiheit (bei Unterbringung psychisch Kranker).

Nicht nur gegen den Arzt, sondern auch gegen das gesamte medizinische Hilfspersonal können Schadenersatzansprüche erhoben werden. Es kommt dabei grundsätzlich nicht darauf an, ob es sich um Privatpatienten oder um Kassenpatienten handelt.

Der Bereich der deliktrechtlichen Haftung ist gekennzeichnet durch eine den Patienten stärker schützende Verschärfung der Anforderungen an den Entlastungsbeweis (§ 831 BGB), durch ausdehnende Anwendung der Vorschriften über die Organhaftung (§ 31 BGB) und durch den Ausbau der Grundsätze über Organisations-, Personal- und Übernahmeverschulden (§ 823 BGB).

Die Zivilgerichte haben durch ihre ständige Rechtsprechung betont, daß auch der kunstgerechte und erfolgreich durchgeführte Heileingriff zunächst den Tatbestand der Körperverletzung im Sinne des § 823 BGB erfüllt. Ein Heileingriff ohne erforderliche Einwilligung verletzt die Entscheidungsfreiheit und damit das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Das Bundesverfassungsgericht schloß sich dieser Auffassung weitgehend an:

Der Arzt erfüllt damit bei jeder eigenmächtigen Behandlung - dazu gehören auch diagnostische Maßnahmen - den Tatbestand der unerlaubten Handlung. Die Rechtswidrigkeit muß der Arzt nach dem "Regelausnahmeprinzip" rechtfertigen bzw. ausschließen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Schadensersatzbegründung

Rechtlich ist die Behandlung des Patienten durch den Arzt als Dienstvertrag definiert. Anders als ein Werkvertrag, der die Verpflichtung zu einem bestimmten Ergebnis beinhaltet, setzt ersterer lediglich voraus, das jeweils Beste zu leisten. Wird gegen einen ärztlichen Mißerfolg geklagt, kann der Mißerfolg daher nicht pauschal Grundlage der Verurteilung sein. Ausschlaggebend ist allein der Nachweis der Schuldhaftigkeit des Mißerfolges, zum Beispiel durch Fahrlässigkeit.

Das Gericht hat dabei zu bedenken, daß eine als fehlerhaft beklagte Entscheidung - vor allem bei chirurgischen Eingriffen - oft in Sekundenschnelle erfolgen muß, während sich Juristen und Sachverständige dann monatelang mit der Sachlage befassen können. Auch darf nie die Ursachenkette des Falls von hinten nach vorne aufgeklärt werden, da hier sonst eventuell Fakten einfließen, die der behandelnde Arzt zum Zeitpunkt seiner Entscheidung noch gar nicht kennen konnte. Der Richter muß sich vielmehr selbst in die Lage des Arztes im relevanten Zeitraum versetzen und dabei einen berufsspezifischen Sorgfaltsmaßstab anlegen. Die Klärung medizinischer Detailfragen geht über die Kompetenz des Richters hinaus und ist Aufgabe des Sachverständigen.

Dieser wiederum darf der Beurteilung der Schuldhaftigkeit nicht seine eigenen Fachkenntnisse zugrundelegen, sondern muß von durchschnittlich zu erwartender Kompetenz ausgehen.

Während bei einer lückenlosen Dokumentation der ärztlichen Vorgehensweise der Nachweis der Schuld dem Kläger obliegt, verschiebt sich bei fehlenden beziehungsweise mangelhaften Unterlagen die Beweislast auf den Arzt selbst, das heißt, er muß dann seine Unschuld beweisen, was den Stellenwert einer sorgfältigen Dokumentation betont.

Bei Verletzung der Aufklärungspflicht kann der Arzt auch dann belangt werden, wenn er am Mißerfolg nachweislich keinerlei Schuld trägt. Es ist daher unbedingt notwendig, vor jedem Eingriff über Risiken und mögliche Alternativen aufzuklären sowie die explizite Einwilligung des Patienten zu besitzen (Eingriffsaufklärung). Daneben besteht die Pflicht zur Therapieaufklärung, das heißt, der Patient muß konkrete Hinweise erhalten, was er zu tun beziehungsweise zu unterlassen hat, und die Pflicht zur Diagnoseaufklärung. Bei inkurablen Leiden ist hier die "barmherzige Lüge" erlaubt. Um Regreßansprüche der Krankenkassen zu vermeiden, muß auch eine wirtschaftliche Aufklärung erfolgen, daß heißt, billigere Behandlungsmethoden mit gleich guten Erfolgsaussichten müssen dem Patienten angeboten werden.

Ausgehend vom gleichen Sachverhalt kann der Arzt sowohl zivilrechtlich (Schadensersatz) als auch strafrechtlich belangt werden. Im Zweifelsfall sollte er Schadensersatzansprüche eines Patienten immer zustimmen (Vergleich), wobei die ärztlichen Haftpflichtversicherungen meist problemlos zahlten. Strafprozesse, die auch im Falle eines Freispruchs eine äußerst belastende Angelegenheit darstellen, würden auf diese Weise weitgehend verhindert.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Steuerrechtliche Beurteilung

Verletzte haben Anspruch auf Schadensersatz in Form einer Geldrente, wenn infolge einer Verletzung des Körpers oder Beeinträchtigung der Gesundheit eine dauerhafte Vermehrung ihrer Bedürfnisse eintritt (sog. Mehrbedarfsrente). Bisher wurden solche Mehrbedarfsrenten wie Unterhaltsrenten in voller Höhe der Einkommensteuer unterworfen.

Der Bundesfinanzhof hat mit Urteil vom 25.10.1994 (VIII R 79/91) seine die Steuerbarkeit von Schadensersatzrenten bejahende Auffassung auf die Fälle eingeschränkt, in denen Ersatz für andere, bereits steuerbare Einkünfte geleistet wird, z.B. wegen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. Mehrbedarfsrenten dagegen unterliegen künftig weder als Leibrente noch als sonstige wiederkehrende Bezüge der Einkommensteuer. Da die einzelnen Rentenleistungen konkret nach dem unfallbedingt dauerhaft vermehrten Bedarf des Geschädigten berechnet und geleistet werden, ist in ihnen auch kein steuerpflichtiger Zinsanteil enthalten.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Schadensersatzansprüche für psychische Schäden

Ein Arzt, der bei der Behandlung eines Patienten einen Kunstfehler macht, haftet auch für psychische Schäden des Patienten, wenn diese mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf den Behandlungsfehler zurückzuführen sind. Das hat das Landgericht Ingolstadt in einem Zivilprozeß gegen den Krankenhauszweckverband Ingolstadt und einen im dortigen Klinikum beschäftigten Chirurgen festgestellt. Sie wurden verurteilt, einer 53jährigen Frau ein Schmerzensgeld in Höhe von 30000 Mark und den Verdienstausfall für fast sieben Jahre zu bezahlen. Der Chirurg hatte im Juni 1987 bei einer Unterleibsoperation eine Tamponade im Bauchraum der Patientin zurückgelassen, die erst zehn Wochen später entdeckt und entfernt wurde. Zusätzlich zu den gravierenden körperlichen Beschwerden kam für Anneliese E., daß sie in den Wochen nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus von den Ärzten, die ihren Fall begutachteten, als "überempfindlich oder gar als Simulantin" betrachtet wurde, wie das Gericht in seiner Urteilsbegründung feststellt. Das "Nichternstnehmen" der postoperativen Beschwerden, das "ungerechtfertigte Abstempeln als Simulantin", das "Alleingelassensein mit ihren Beschwerden" hätten zu "erneuten seelischen Traumatisierungen" und "mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Chronifizierung der Schmerzen" geführt, stellte die Gutachterin fest.*Urteil: Aktenzeichen 3 0 121/90*

Schmerzensgeld für neun Jahre Psychiatrie

Nach neun Jahren, unter katastrophalen Bedingungen widerrechtlich festgehalten, gefüttert mit 2,3 Kilogramm Psychopharmaka, kam Klaus-Peter Löser 1981 als gesundheitliches Wrack aus der Psychiatrischen Klinik in Marburg. Eher zufällig stieß er auf eine Gruppe von Studenten, die mit ihm gemeinsam kämpfte, 14 Jahre lang. Am Mittwoch sprach ihm das Landgericht Marburg eine Entschädigung von 500000 Mark zu, die höchste Summe, die jemals ein Gericht in Deutschland einem Psychiatriepatienten gewährt hat.

Schon mit 19 Monaten muß Löser mit einer Lungentuberkulose und Hirnhautentzündung ins Krankenhaus. Die Sache sei ausgeheilt, der Kleine altersgemäß entwickelt, diagnostiziert die Kasseler Kinderklinik bei der Entlassung. Zu Hause erfährt Löser eine Erziehung, die die Entwicklung eines Kindes zwangsläufig stören muß: Freunde sind verboten, selbst das Schuhebinden lernt er durch Prügel. Mit 14 Jahren schickt ihn die Mutter in ein Heim. Auch dort gibt es Schläge, doch zu Hause will ihn niemand mehr zurück haben.

Später, nach mehreren Fluchtversuchen, erinnert sich die Heimleitung an die frühkindliche Hirnhautentzündung. Eine Ärztin diagnostiziert eine "Hirnschädigung und Intelligenzretardierung im Sinne mittleren Schwachsinns". Im Juli 1972, Klaus-Peter Löser ist 22 Jahre alt, kommt er gegen seinen Willen in die geschlossene Anstalt. Nach vier Monaten wird er dort erstmals eingehend untersucht. Ergebnis: Kein Schwachsinn, sondern ein angesichts der Psychopharmaka völlig normaler Intelligenzquotient von 83. Dennoch bleibt Löser in der Anstalt. Als offizielle Begründung wird immer wieder die Schwachsinns-Geschichte aufgerollt. Neun Jahre lang, bis Löser 1981 flieht und zwei Jahre später auch formal entlassen wird. Unterstützt von Studenten kämpft er seitdem um Akteneinsicht und Gutachten. 1994 kritisiert der Hannoveraner Professor Hinderek Emrich, daß es "so gut wie keine Begründung für die Medikation" gab.

Eindeutig ist auch Emrichs Diagnose: Löser leide unter einer "Persönlichkeitsstörung", von "Schwachsinn" könne aber keine Rede sein. Anhaltspunkte für eine "Fremd- oder Selbstgefährdung", rechtliche Bedingung für die Zwangseinweisung in eine Anstalt, habe es nicht gegeben. Für später tatsächlich aufgetretene Aggressionen machte der Professor "das ungünstige Milieu in der Klinik und die lange Internierung verantwortlich: "Große Krankensäle mit über 30 Patienten und ohne die Möglichkeit, sich zurückzuziehen, und ohne persönlichen Bereich (wie auch nur ein Nachttisch) stellen extrem einengende, entpersonalisierende und traumatisierende Lebensbedingungen dar."

Das Gutachten gab die Leitlinien für das Marburger Urteil bereits vor. Die Ärzte hätten "in grob fahrlässiger Weise das Vorliegen der Unterbringungsvoraussetzungen fälschlicherweise bejaht", urteilte das Landgericht. Statt einer therapeutisch-pädagogischen Behandlung seien Löser "nicht indizierte Neuroleptika verabreicht worden". Aber auch in einem für den Patienten negativen Punkt folgten die Richter dem Hauptgutachter: Lösers Anwalt rechnete vor, ohne den Psychiatrieaufenthalt hätte sein Mandant als Hilfsarbeiter arbeiten können. Deshalb forderte er nicht nur ein Schmerzensgeld, sondern eine Rente bis zum 65. Lebensjahr, insgesamt 4,5

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Millionen Mark. Wie Gutachter Emrich hat das Gericht jedoch die Arbeitsfähigkeit "als nicht erwiesen angesehen" und die Klage insoweit abgewiesen. An den Folgen des Heim- und Klinikaufenthaltes trägt Löser noch heute*Az.: 5 O 33/90*

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Nichterkennung umweltbedingter Schädigungen durch den Arzt

Bei allen unklaren Erkrankungen sollte der Arzt nachfragen, ob eine chronische Belastung mit Fremdstoffen entweder im häuslichen oder beruflichen Bereich gegeben ist. Betroffen sind alle Arbeitsplätze, nicht nur die der chemischen Industrie. Es muß versucht werden, durch Raumluft- und Materialmessungen die Exposition exakt zu bestimmen, um einer arztrechtlichen Haftung zu entgehen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Schadenersatzansprüche - Vergleich durch Schlichtungsstellen

Meldet sich ein Patient bei einem Arzt mit Schadensersatzansprüchen wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers, soll der Arzt zunächst seine Haftpflichtversicherung verständigen, dem Patienten aber erklären, daß damit noch keine Stellungnahme in der Sache selbst abgegeben wird. Mit der Anzeige bei der Versicherung vergibt sich der Arzt nichts. Er erfüllt damit nur seine Verpflichtung aus dem Versicherungsvertrag, während umgekehrt die Versicherung verpflichtet ist, unberechtigte Schadensersatzansprüche abzuwehren. Wenn dann die Versicherung einen Vergleich vorschlägt, sollte der Arzt den erfahrenen Sachbearbeitern und ihren beratenden Ärzten vertrauen und sich dieser Lösung nicht widersetzen. Ein Prozeß kann viel mehr Mißhelligkeiten mit sich bringen.

Der Anspruchsteller kann auch auf die Möglichkeit hingewiesen werden, zur Vermeidung von gerichtlichen Auseinandersetzungen die Schlichtungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer einzuschalten, falls es mit der Versicherung zu keiner einvernehmlichen Regelung kommen sollte. Die Schlichtungsstelle erarbeitet in einem für den Patienten kostenlosen Verfahren eine gutachtliche Äußerung über die für einen Streitfall wesentlichen medizinischen Fachfragen. Kommt es auf Grund dieser Stellungnahme der Schlichtungsstelle zu keinem Vergleich, so können beide Seiten immerhin das mit einem Prozeß für sie verbundene Risiko besser einschätzen.

Bei Zuwiderhandlung kann der Arzt den Versicherungsschutz verlieren (§ 5 Nummer 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Beweislast

Im Strafrecht geht die Rechtsprechung davon aus, daß die erfolgreiche und kunstgerecht ausgeführte Behandlung den Tatbestand der Körperverletzung nach § 223 StGB erfüllt. Eine Einwilligung für einen ärztlichen Eingriff dient wie im Zivilrecht als Rechtfertigungsgrund.

Es gibt im Strafprozeß keine Beweislast für den Arzt. Vielmehr muß ihm zu seiner Verurteilung im vollen Umfang nachgewiesen werden, daß er schuldhaft einen Behandlungsfehler begangen und dadurch den Tatbestand der Körperverletzung oder Tötung erfüllt, oder daß er ohne Einwilligung in die körperliche Integrität des Patienten eingegriffen hat.

Auch das Aufklärungsgespräch ist hier also nicht vom Arzt zu beweisen. Vielmehr muß ihm widerlegt werden, daß ein von ihm behauptetes Aufklärungsgespräch tatsächlich stattgefunden hat. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, daß im Strafverfahren der Patient die Funktion eines Zeugen hat, der von der Staatsanwaltschaft als Belastungszeuge gegen den Arzt eingesetzt werden kann.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Verjährung von Schadensersatzforderungen gegen den Arzt

Die einfachste Art und Weise, sich gegen einen Schadensersatzanspruch zu verteidigen, ist der Hinweis auf die eingetretene Verjährung. Wenn der Patient einen Behandlungsfehler geltend macht oder die Auffassung vertritt, mangels ausreichender Aufklärung läge eine rechtswidrige Körperverletzung vor, so beträgt die Verjährungsfrist drei Jahre.

Diese dreijährige Verjährungsfrist beginnt in dem Zeitpunkt, in welchem der Patient von dem Schaden und der Person des Ersatzpflichtigen Kenntnis erlangt hat. Dafür ist ein objektiver Maßstab anzulegen. Keineswegs ist eine Sicherheit im Wissen in einem solchen Umfang erforderlich, daß kein Prozeßrisiko für den Patienten mehr besteht.

Zwar ist Kenntnis vom Mißerfolg einer ärztlichen Behandlung nicht ohne weiteres mit Kenntnis vom Behandlungsfehler gleichzusetzen. Kenntnis vom Behandlungsfehler gibt auch nicht schon Kenntnis von seiner Ursächlichkeit. Kennt der Patient aber das konkrete Behandlungsgeschehen in seinen Grundzügen, reicht dies für die zu fordernde Kenntnis aus. Der Patient darf sich also nicht sehenden Auges den Erkenntnisquellen verschließen. Es ist also nicht erforderlich, daß sämtliche Schadensfolgen bereits übersehen werden. Es reicht die allgemeine Kenntnis von den vorhersehbaren, nach der Lebenserfahrung nicht unerwarteten Folgen eines ärztlichen Eingriffs aus.

Der mögliche Schädiger, auch wenn es sich um einen Arzt handelt, der bis dahin in einem besonderen Vertrauensverhältnis zu dem Patienten gestanden hat, handelt jedoch nicht treuwidrig, wenn er, ohne die Tatsachen zu verschweigen oder zu verdrehen, ein schuldhaftes Fehlverhalten leugnet.

OLG Hamm, Urteil vom 19.9.1984 - 3 U 95/84; Dr. O. - KU 6/85

Fazit:

Zivilrechtliche Verjährungsfristen beginnen erst ab "der Kenntnis von Tat und Täter" zu laufen. Das heißt, die Schadensersatzforderungen verjähren erst drei Jahre, nachdem die Betreffenden von ihrem Schicksal wissen. Im Strafprozeß verjährt das Delikt der Körperverletzung fünf Jahre, nachdem es begangen wurde.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Rechtsprechungsübersicht

Mutter muß für pränatale Gesundheitsschäden haften

Der Oberste Gerichtshof des australischen Bundesstaates Neusüdwales hat einer Achtzehnjährigen umgerechnet 3,9 Millionen Mark Schadenersatz für innere Verletzungen zugesprochen, die ihr vor der Geburt durch die Nachlässigkeit ihrer Mutter zugefügt wurden. Nicole Vanessa Lynch selbst hatte ihre Mutter wegen eines von dieser verursachten Autounfalls verklagt, der sich vier Monate vor der Geburt ereignete und bei Nicole eine Gehirnlähmung hervorrief. Medizinische Sachverständige hatten den Zusammenhang bestätigt. Zur Kasse gebeten wird indessen nicht die Mutter, sondern ihre Versicherung. Mütter, die während der Schwangerschaft "einen gefährlichen Sport wie Skilaufen betreiben, die zu viel rauchen oder Alkohol trinken", gingen, so ein auf Schadenersatzprozesse spezialisierter Jurist, das Risiko ein, von ihren Kindern wegen der dadurch verursachten pränatalen Schäden verklagt zu werden.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Mißbildung - Schadenersatz

Sowohl der Bundesgerichtshof (BGH), wie auch das höchste englische Gericht, der Court of Appeal (Mckay and another v Essex Area Health Authority and another - 1982 - 2 ALL ER CA 771 f - Urteil vom 19.2.1982) mußten sich kürzlich mit dem Problem des "wrongful life" auseinandersetzen: In beiden Fällen hatte eine an Röteln erkrankte Schwangere ein schwer geschädigtes Kind geboren ("wrongful entry into life"). Den behandelnden Ärzten wurde vorgeworfen, sie hätten die Risiken der Schwangerschaft nicht erkannt und die Frauen nicht ausreichend über die Möglichkeit des - genetisch indizierten - Schwangerschaftsabbruches aufgeklärt.

Soweit die geschädigten Kinder Schadenersatzansprüche geltend machten, stellte sich die juristische Frage, ob es eine ärztliche Pflicht gibt, ein Leben mit schweren Behinderungen zu vermeiden. Ist - aus der Sicht des Kindes - ein behindertes Leben gegenüber dem Nichtleben als Schaden einzustufen?

Beide Gerichte haben die Schadenersatzklagen der Kinder abgewiesen. Der Court of Appeal verwies auf die Grenzen rechtlicher Erkenntnis und meinte, die Rechtsfrage (Leben als Schaden?) liege "völlig außerhalb der juristischen Entscheidungskompetenz". Auch der BGH war der Ansicht, die so gestellte Frage entziehe sich einer rechtlichen Beurteilung. Ohne Bejahung eines Schadens aber konnte den Kindern kein Schadenersatzanspruch zuerkannt werden.

Für den Arzt ist die Haftungsproblematik damit jedoch nicht aus der Welt. Denn soweit es um die Ansprüche der Eltern gegen den behandelnden Arzt geht, hat der BGH grünes Licht für Schadenersatzansprüche wegen des Mehraufwandes gegeben, der den Eltern aus der Versorgung des behinderten Kindes entsteht. Für diesen Anspruch kommt es nur darauf an, ob

- die ärztliche Beratungspflicht verletzt wurde und ob
- bei pflichtgemäßem Verhalten ein rechtzeitiger Schwangerschaftsabbruch möglich gewesen und auch durchgeführt worden wäre.

Daß der BGH den Eltern des behinderten Kindes Schadenersatzansprüche zugesteht, kann kaum verwundern. Denn der gleiche Senat hat bereits den Unterhaltsaufwand für ein gesundes, aber ungewolltes Kind als Schaden anerkannt und den Operateur nach einem fehlgeschlagenen Sterilisationseingriff zum Schadenersatz verurteilt (Urteil vom 18.3.1980 - VI ZR 105/78 -).

BGH vom 18.1.1983 - VI ZR 114/81 -. In der Vorinstanz waren die Ansprüche der Mutter abgewiesen worden.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Haftung für Assistenzpersonal

Bürgerliches Gesetzbuch

Vom 18. August 1896 (RGBl. S. 195)

(BGBl. III 400-2)

§ 276

Umfang der Verschuldenshaftung

(1) Der Schuldner hat, sofern nicht ein anderes bestimmt ist, Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten. Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt. Die Vorschriften der §§ 827, 828 finden Anwendung.

(2) Die Haftung wegen Vorsatzes kann dem Schuldner nicht im voraus erlassen werden.

§ 278

Haftung für Erfüllungsgehilfen

Der Schuldner hat ein Verschulden seines gesetzlichen Vertreters und der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeit bedient, in gleichem Umfange zu vertreten wie eigenes Verschulden. Die Vorschrift des § 276 Abs. 2 findet keine Anwendung.

§ 831

Schadensersatzpflicht bei Bestellung eines Verrichtungsgehilfen

(1) Wer einen anderen zu einer Verrichtung bestellt, ist zum Ersatze des Schadens verpflichtet, den der andere in Ausführung der Verrichtung einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn der Geschäftsherr bei der Auswahl der bestellten Person und, sofern er Vorrichtungen oder Gerätschaften zu beschaffen oder die Ausführung der Verrichtung zu leiten hat, bei der Beschaffung oder der Leitung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet oder wenn der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde.

(2) Die gleiche Verantwortlichkeit trifft denjenigen, welcher für den Geschäftsherrn die Besorgung eines der im Absatz 1 Satz 2 bezeichneten Geschäfte durch Vertrag übernimmt.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Allgemeines

1.) Zivilrechtlich

Der zivilrechtliche Haftungsmaßstab für medizinisches Hilfspersonal ist in § 276 BGB festgelegt: "Der Schuldner hat, sofern nicht ein anderes bestimmt ist, Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten. Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt." Derjenige Arzt, der Assistenten, Famuli, Helferinnen, med.-techn. Assistenten und andere Hilfskräfte im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit beschäftigt, haftet für die Fehler der Angestellten gegenüber dem Patienten ebenso, als sei ihm selbst der Fehler unterlaufen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 278 BGB.

Außerhalb der vertraglichen Haftung für Erfüllungsgehilfen, d.h. im Falle eines deliktischen Anspruchs, haftet der Arzt ferner für Verrichtungsgehilfen nach § 831.

Der Arzt kann sich aus einer solchen deliktischen Haftung befreien (exculpieren), wenn er glaubwürdig darlegen kann, bei der Auswahl sowie Beaufsichtigung des Personals die erforderliche Sorgfalt anzuwenden.

2.) Strafrechtlich

Aus strafrechtlicher Sicht hat der Arzt seine Hilfsperson eigenverantwortlich auszuwählen, anzuleiten und zu kontrollieren. Hierbei werden Zeugnisse, die Zuverlässigkeit bei der täglichen Arbeit, aber auch Äußerungen der Hilfsperson selbst über ihren Erfahrungsstand den Ausschlag geben. Für Fehler dieses Personenkreises bei einem ernsten Zwischenfall hat der Arzt im Rahmen einer ihm vorwerfbaren Fahrlässigkeit nur in folgenden Fällen einzustehen:

- bei ärztlicher Anweisung zur Kompetenzüberschreitung
- bei Überforderung
- bei mangelnder Anleitung oder mangelnder Kontrolle
- bei nachlässiger Auswahl

Daneben machen sich die Hilfspersonen selbst strafbar, wenn sie im Rahmen der ihnen zugeteilten Kompetenzen ihre Sorgfaltspflicht verletzen. Entsprechendes gilt auch bei der eigenmächtigen Kompetenzüberschreitung durch das Personal ohne Wissen oder Duldung des Arztes. Dafür ist der Arzt im allgemeinen strafrechtlich nicht zu belangen, es sei denn, es ist ihm gleichzeitig ein Auswahl- oder Überwachungsverschulden nachzuweisen.

Literatur:

Ärztliches Management 4 (1984), 108

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Schuldhaftes Handeln einer Arzthelferin

(hier Fehler bei der Dokumentation in Zusammenhang mit der Leistungsabrechnung) muß sich der Arzt nicht als eigene pflichtverletzende Handlung zurechnen lassen, solange er die Angestellte sorgsam auswählte, anleitete und überwachte. Ein entsprechender Disziplinarbescheid ist rechtswidrig, wenn er lediglich damit begründet wird, daß eine Angestellte schuldhaft eine pflichtverletzende Handlung begangen habe und dies dem Arzt zuzurechnen sei, ohne daß dabei zum Ausdruck kommt, inwieweit ein eigenes Verschulden des Arztes vorliegt.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Injektionen durch medizinisches Hilfspersonal

"Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen sind Eingriffe, die zum Verantwortungsbereich des Arztes gehören. Der Arzt kann mit der Durchführung dieser von ihm angeordneten Maßnahmen sein medizinisches Assistenzpersonal beauftragen, soweit nicht die Art des Eingriffs sein persönliches Handeln erfordert. Da Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen nicht zu dem üblichen Aufgabenbereich des ausgebildeten Assistenzpersonals gehören, bleibt der Arzt in jedem Fall für die Anordnung und ordnungsgemäße Durchführung der Eingriffe sowie für die Auswahl und Überwachung der Hilfskraft verantwortlich. Der Arzt darf daher die Durchführung nur solchen Hilfskräften übertragen, die in der Punktions- und Injektionstechnik besonders ausgebildet sind und von deren Können und Erfahrungen er sich selbst überzeugt hat. Die Durchführung von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen außerhalb des ärztlichen Verantwortungsbereichs ist nur in Notfällen vertretbar, in denen der Arzt nicht erreichbar ist."

Es lassen sich die Situationen vorstellen, in denen medizinische Assistenzpersonen in die Gefahr unterlassener Hilfeleistung geraten - z.B. bei Verweigerung der Durchführung einer Injektion entgegen ausdrücklicher Anweisung eines Arztes in einer speziellen Notfallsituation, wenn sie wissens- und erfahrungsgemäß dazu in der Lage sind. Die richtige Beurteilung obliegt dem behandelnden Arzt, der damit auch die Verantwortung für die sachgemäße Berücksichtigung im Einzelfall trägt.

Krankenhausträger und Chefärzte gehen dazu über, eine Dokumentation über die Tätigkeiten der Pflegekräfte zu verlangen, damit jederzeit übersehen werden kann, wer wann welche Tätigkeit ausübt bzw. ausgeübt hat.

Auch werden Dienstanweisungen oder ähnliche Anordnungen gegeben, aus denen hervorgeht, welche Personen unter welchen Voraussetzungen zu bestimmten Injektionen berechtigt sind.

Darüber hinaus sollten derartige Anweisungen auch die sonstigen sachlichen Bedingungen und Umstände möglichst präzise berücksichtigen - Festlegung der Injektionstechnik (subkutan, intramuskulär, intravenös, Injektion in laufende Infusionen u. dgl.), auch z.B. Beschränkung auf bestimmte oder Ausschluß von einzelnen Medikamenten, Abgrenzung spezieller Risikopatienten u.ä.

Zur erforderlichen Übersichtlichkeit gehört beispielsweise auch die Ausschaltung von Verwechslungsmöglichkeiten von Ampullen, indem das parallele Vorhandensein verschiedener konfektionierter Spezialitäten (z.B. verschiedene Wirkstoffkonzentrationen) ausgeschaltet und insgesamt das Arzneimittelsortiment überschaubar gestaltet wird. Eine Schwester kann das Durchführen von Injektionen generell ablehnen; sie muß es auf jeden Fall dann, wenn sie sich nicht dazu in der Lage fühlt. Nur so kann sie dem Vorwurf eines Übernahmeverschuldens entgehen. Wenn allerdings der Arzt nicht anwesend sein kann, etwa, weil er im Krankenhaus mit der Versorgung eines anderen Patienten befaßt ist, so kann der Mitarbeiter, der die Fähigkeiten zum Injizieren nachweislich besitzt, diese Maßnahme nicht ablehnen, wenn die Dringlichkeit des Krankheitsverlaufes sein Handeln gebietet.

Literatur:

Parenterale Arzneimittelapplikation. Injektionen, Infusionen durch medizinisches Assistenzpersonal. Juristische u. medizinische Aspekte. DÄ 7 (1980) 394, 400

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Haftungsverteilung zwischen Ärzten

Haftung des erstbehandelnden Arztes

Unterläuft dem niedergelassenen erstbehandelnden Arzt ein Behandlungsfehler und gelingt auch einem zweiten Arzt die Wiederherstellung nicht, oder macht auch dieser noch Fehler, so gilt in der Judikatur folgende Prämisse: "Ohne den Fehler des ersten Arztes wäre der zweite nicht tätig geworden und somit dessen Fehler nicht zustande gekommen." Es empfiehlt sich daher in einem solchen Falle, den Eingriff abzubrechen, den Transport in eine Klinik zu begleiten und bei der endgültigen Versorgung dabeizubleiben.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Verantwortlichkeitsübergang nach Krankenhausaufenthalt

Wenn der Hausarzt einen Patienten in eine Klinik überweist, geht die Verantwortung für die Behandlung des Patienten mit dessen Aufnahme in das Krankenhaus auf die Krankenhausärzte über. Jedoch setzt die Verantwortlichkeit des Hausarztes wieder ein, wenn der Patient aus dem Krankenhaus zurückkehrt und die Behandlung durch den Hausarzt fortgesetzt wird. Dies gilt auch für die im Krankenhaus durchgeführte Beratung.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Duldung einer Gefährdung des Patienten

Kein Arzt, der es besser weiß, darf sehenden Auges eine Gefährdung seines Patienten hinnehmen, wenn ein anderer Arzt seiner Ansicht nach etwas falsch gemacht hat oder er jedenfalls den dringenden Verdacht haben muß, es könne ein Fehler vorgekommen sein. Das gebietet der Schutz des dem Arzt anvertrauten Patienten.

Aufgabenbeschneidung durch Klinikdirektor

Ein außerplanmäßiger Universitätsprofessor, der als Oberarzt in einer Universitäts-Frauenklinik beschäftigt ist, darf nicht durch die Verfügung seines Klinikdirektors von den Aufgaben eines Oberarztes ausgeschlossen werden. Das hat das Bundes-Verwaltungsgericht (BVG, Az.: 2 C 20.94, Urteil vom 1. Juni 1995) entschieden.

Nach den Feststellungen des Gerichts hatte der Ärztliche Direktor einer Universitäts-Frauenklinik den seit 1979 verbeamteten Oberarzt im Juni 1990 mit sofortiger Wirkung vom Nacht- und Wochenenddienst ausgeschlossen. Im Tagdienst durfte der Arzt weiterhin in seiner Funktion als Oberarzt tätig sein. Außerdem übertrug ihm der Klinikdirektor die Leitung einer Station zur Betreuung stationärer Tagespatienten sowie die Koordination ihrer Aufnahme mit der Poliklinik.

Das habe dazu geführt, daß der Oberarzt nicht mehr bei Operationen und im Bereich der Geburtshilfe zum Einsatz kam, stellte das Gericht fest. Vom Klinikdirektor war diese Absicht auch nicht bestritten worden. Seine Verfügung habe er damit begründet, daß es im Hinblick auf eine ordnungsgemäße Krankenversorgung nicht zu verantworten sei, Patienten in Notfällen der Behandlung durch einen Arzt zu überlassen, der sich in der Vergangenheit kritischen Situationen wiederholt ärztlich nicht gewachsen und wenig verantwortungsbewußt gezeigt habe.

Gynäkologische Operationen und Geburtshilfe stellen nach den Feststellungen des Gerichts jedoch in der frauenärztlichen Praxis und insbesondere im Betrieb einer Universitäts-Frauenklinik alltägliche und typische Aufgaben dar, die einen wesentlichen Teil der ärztlichen Aufgaben ausmachen.

Die Verfügung des Klinikdirektors beschneide dem Oberarzt einen wesentlichen Teil seiner amtsmäßigen Verwendung und stelle keine rein organisatorische Maßnahme dar, die den Betriebsablauf innerhalb der Klinik regeln soll.

Für derartige Entscheidungen sei im vorliegenden Fall nach dem Bayerischen Beamtengesetz der Dienstvorgesetzte zuständig. Im konkreten Fall wäre dies der Rektor der Universität gewesen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Letztverantwortung des leitenden Arztes

Die "Endverantwortung" oder "Letztverantwortung" des leitenden Arztes steht im Mittelpunkt der Diskussionen über die Struktur des Ärztlichen Dienstes im Krankenhaus. Sie wird zum Teil als Relikt aus der Zeit des "Hierarchischen Systems" betrachtet, das überwunden werden muß.

Was ist unter dem Begriff der Endverantwortung im juristischen Sinne zu verstehen? Findet dieser Begriff eine Grundlage im geltenden Recht und wenn ja, umfaßt die Endverantwortung des leitenden Arztes nur die Verantwortung für Handlungen der noch in der fachärztlichen Weiterbildung stehenden Ärzte, oder betrifft sie auch die Tätigkeit der nachgeordneten Fachärzte einer Abteilung? Kann der leitende Arzt aufgrund seiner Endverantwortung für Fehler eines auf einem Spezialgebiet eingesetzten nachgeordneten Arztes haftbar gemacht werden, obwohl er dieses Spezialgebiet nicht in gleichem Maße wie der betreffende Arzt beherrscht? Ist der leitende Abteilungsarzt (zum Beispiel der Chirurg) auch für das Verhalten eines Funktionsarztes (zum Beispiel des Anästhesisten) letztverantwortlich? Ist das mit der Endverantwortung des leitenden Arztes notwendig verbundene Weisungsrecht gegenüber dem nachgeordneten ärztlichen Dienst mit dem Grundsatz der Freiheit des ärztlichen Berufs vereinbar?

Maßgebend ist hierbei die Regelung des Einstehenmüssens für das Verhalten Dritter im geltenden Recht. Dabei ist zu unterscheiden zwischen der zivilrechtlichen und der strafrechtlichen Haftung. Zivilrechtlich haftet der liquidationsberechtigte leitende Arzt, der die privatärztliche Behandlung eines Patienten seiner Abteilung übernommen hat, für ein Verschulden seiner ärztlichen Mitarbeiter, deren er sich dabei bedient, ohne Entlastungsmöglichkeit wie für eigenes Verschulden (Haftung für Erfüllungsgehilfen, § 278 BGB). Neben diese Haftung aus Vertrag tritt die Haftung aus unerlaubter Handlung für den Verrichtungsgehilfen gemäß § 831 Abs. 1 BGB. Nach dieser Bestimmung ist derjenige, der einen anderen zu einer Verrichtung bestellt, zum Ersatz des Schadens verpflichtet, den der andere in Ausführung der Verrichtung einem Dritten widerrechtlich zufügt. Der leitende Arzt wird jedoch - anders als nach § 278 BGB - von der Haftung frei, wenn er nachweist, daß er bei der Auswahl und Überwachung des nachgeordneten Arztes die erforderliche Sorgfalt beachtet hat. Es handelt sich hier nicht wie bei § 278 BGB um die Haftung für das Verschulden eines Dritten, sondern um die Haftung für eigenes Verschulden bei der Auswahl und Überwachung des Verrichtungsgehilfen. Sonach findet die zivilrechtliche Endverantwortung des leitenden Arztes ihre Rechtsgrundlage in den §§ 278, 831 BGB. Diese Bestimmungen enthalten jedoch insofern keine abschließende Regelung, als sie nicht vorschreiben, welche Sorgfaltspflichten im einzelnen dem leitenden Arzt in bezug auf die Tätigkeit seiner ärztlichen Mitarbeiter obliegen. Im wesentlichen handelt es sich um Pflichten bei der Leitung, Organisation, Aus- und Fortbildung. Der Arzt muß sich im Interesse des Patienten seinen eigentlichen Aufgaben mit der gebotenen Ausschließlichkeit und Konzentration widmen können. Dies ist nur möglich, wenn jeder Angehörige eines ärztlichen Teams sich grundsätzlich auf das sorgfaltsgemäße Verhalten seiner Kollegen verlassen darf. Es gilt der Vertrauensgrundsatz, der seinerseits auf dem Prinzip der Eigenverantwortung beruht. Das bedeutet: Jedes Mitglied eines ärztlichen Teams trägt grundsätzlich die Verantwortung für sein eigenes Tun oder Unterlassen. Dem leitenden Arzt obliegt neben seiner eigentlichen ärztlichen Tätigkeit die Führung seiner Mitarbeiter, das heißt: Delegation von Verantwortung, Beaufsichtigung und korrigierendes Eingreifen. Dies bedeutet nicht, daß der leitende Arzt jede einzelne Verrichtung eines auf einem Spezialgebiet eingesetzten ärztlichen Mitarbeiters kennen und beherrschen muß; wesentlich ist nur, daß er den Sinn und Zweck der betreffenden Tätigkeit verstehen, deren Ausführung beurteilen und sich auf diese Weise des Spezialisten "bedienen" . Dabei darf er auf die sachgerechte Durchführung der dem Mitarbeiter übertragenen Aufgaben grundsätzlich vertrauen.

Dem leitenden Arzt kann ein fehlerhaftes Handeln eines Mitarbeiters nur dann als eigene Pflichtverletzung zugerechnet werden, wenn besondere Umstände die Gefahr einer Sorgfaltspflichtverletzung eines Mitarbeiters begründen oder wenn der Arzt die Fehlleistung eines Mitarbeiters durch Mängel in der Leitung, Organisation und Beaufsichtigung ermöglicht oder erleichtert hat. Das bedeutet im einzelnen: Der leitende Arzt hat die Arbeit auf seiner Abteilung so zu organisieren, zu leiten und zu beaufsichtigen, daß eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten gewährleistet ist. Der leitende Arzt hat schließlich auch selbst alle organisatorischen Vorkehrungen zu treffen, um Gefahren vom Patienten abzuwenden.

Für die Abgrenzung der Verantwortung zwischen leitendem Arzt (zum Beispiel Chirurg) und Funktionsarzt (zum

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Beispiel Anästhesist) gilt ebenfalls der Vertrauensgrundsatz: Jeder Arzt hat die in seinen Aufgabenbereich fallenden Verrichtungen seinem Partner gegenüber selbständig und unabhängig wahrzunehmen; er darf sich auf die sorgfältige Erfüllung der seinem Partner obliegenden Aufgaben grundsätzlich verlassen. Eine Pflicht zur gegenseitigen Überwachung und Überprüfung auf etwaige Sorgfaltspflichtverletzungen besteht nur dann, wenn konkrete Umstände Anlaß zu Zweifeln an der Qualifikation und Zuverlässigkeit des Partners geben. Diese Grundsätze gelten unabhängig davon, ob es sich beim Funktionsarzt um einen Facharzt handelt oder nicht.

Die skizzierten Sorgfaltspflichten des leitenden Arztes bilden den objektiven Maßstab für die Beurteilung, ob der leitende Arzt bei der Führung seiner Mitarbeiter fehlerhaft gehandelt hat. Eine zivilrechtliche und strafrechtliche Haftung des leitenden Arztes hat indessen nur Platz, wenn die objektive Fehlleistung des Arztes für den eingetretenen Schaden beim Patienten ursächlich und dem Arzt subjektiv vorwerfbar, das heißt von ihm verschuldet ist. Nur in diesem Fall ist er für das Verhalten seiner ärztlichen Mitarbeiter letztverantwortlich. Hierbei ist zu beachten, daß das Zivilrecht im Gegensatz zum Strafrecht bei der Prüfung des Verschuldens auf einen objektivierten und typisierten Sorgfaltsmaßstab abstellt, maßgeblich ist "die im Verkehr erforderliche Sorgfalt" (§ 276 BGB). Demgegenüber kommt es für die strafrechtliche Schuld allein auf die persönlichen Kenntnisse und Erfahrungen der Beteiligten an. Der Endverantwortung des leitenden Arztes steht nicht entgegen, daß die ärztlichen Mitarbeiter in dem ihnen übertragenen Aufgabenbereich im Rahmen ihrer Eigenverantwortung neben dem leitenden Arzt zivilrechtlich aus unerlaubter Handlung (§ 823 BGB) und strafrechtlich persönlich haften.

Durch die Führungsverantwortung des leitenden Arztes und das damit zwangsläufig verbundene Kontroll- und Weisungsrecht wird der in § 1 Abs. 1 Bundesärzteverordnung verankerte Grundsatz der Freiheit der ärztlichen Berufsausübung nicht berührt. Die Einrichtung von Rangordnungsstufen ist eine notwendige Folge der Arbeitsteilung, die ohne sinnvolle Koordination und Lenkung durch einen verantwortlichen Vorgesetzten undenkbar ist. Die notwendige Freiheit verbleibt dem ärztlichen Mitarbeiter bei der eigenverantwortlichen Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Behandlung Minderjähriger

Bürgerliches Gesetzbuch

Vom 18. August 1896 (RGBl. S. 195)

(BGBl. III 400-2)

Geschäftsfähigkeit

§ 104

Geschäftsunfähigkeit

Geschäftsunfähig ist:

1. *wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat;*
2. *wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.*
3. *(Aufgehoben).*

§ 105

Nichtigkeitsgründe bei Willenserklärungen

(1) Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig.

(2) Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.

§ 106

Beschränkte Geschäftsfähigkeit Minderjähriger

Ein Minderjähriger, der das siebente Lebensjahr vollendet hat, ist nach Maßgabe der §§ 107 bis 113 in der Geschäftsfähigkeit beschränkt.

§ 107

Einwilligung bei Minderjährigen

Der Minderjährige bedarf zu einer Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters.

§ 108

Wirksamkeit von Verträgen ohne Einwilligung

(1) Schließt der Minderjährige einen Vertrag ohne die erforderliche Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, so hängt die Wirksamkeit des Vertrags von der Genehmigung des Vertreters ab.

(2) Fordert der andere Teil den Vertreter zur Erklärung über die Genehmigung auf, so kann die Erklärung nur ihm gegenüber erfolgen; eine vor der Aufforderung dem Minderjährigen gegenüber erklärte Genehmigung oder Verweigerung der Genehmigung wird unwirksam. Die Genehmigung kann nur bis zum Ablaufe von zwei Wochen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

nach dem Empfange der Aufforderung erklärt werden.

(3) Ist der Minderjährige unbeschränkt geschäftsfähig geworden, so tritt seine Genehmigung an die Stelle der Genehmigung des Vertreters.

§ 2

Beginn der Volljährigkeit

Die Volljährigkeit tritt mit der Vollendung des achtzehnten Lebensjahres ein.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Allgemeines

Übernimmt der Arzt die Behandlung eines noch minderjährigen Patienten, so ergeben sich schon beim Abschluß des Behandlungsvertrages gewisse rechtliche Besonderheiten, die durch die Geschäftsunfähigkeit (vor Vollendung des 7. Lebensjahres) bzw. die beschränkte Geschäftsfähigkeit (nach Vollendung des 7. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) des Kranken bedingt sind.

Auszugehen ist von den bürgerlich-rechtlichen Bestimmungen über die Geschäftsfähigkeit: Nach §§ 104, 105 BGB ist jede Willenserklärung eines noch nicht 7 Jahre alten Kindes nichtig. Nach §§ 106, 107 BGB bedarf ein Minderjähriger, der älter als 7 Jahre ist, zu jeder Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt (was für die Einwilligung in einen Heileingriff überwiegend verneint wird), der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters. Die genannten gesetzlichen Vorschriften finden indes nur auf rechtsgeschäftliche Willenserklärungen unmittelbar Anwendung, während es sich bei der Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff nicht um die Zustimmung zu einem Rechtsgeschäft, sondern um die Gestattung einer Verletzung der körperlichen Unversehrtheit handelt. Ob ein Behandlungsvertrag mit dem Minderjährigen überhaupt wirksam zustande gekommen ist, beurteilt sich demnach nach diesen zivilrechtlichen Normen.

Der analogen Anwendung der erwähnten Gesetzesbestimmungen im Hinblick auf den Schutz des Minderjährigen sind Grenzen gesetzt. Falls der Jugendliche nach seiner geistigen und sittlichen Reife imstande ist, die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen, bedarf er eines besonderen gesetzlichen Schutzes nicht mehr und ist deshalb in der Lage, die rechtswirksame Einwilligung in den ärztlichen Eingriff selbst zu erteilen.

Der Bundesgerichtshof behandelt also einen Minderjährigen, soweit die Zustimmung zu einem ärztlichen Heileingriff in Frage steht, unter bestimmten Voraussetzungen wie einen Volljährigen. Um mit den Lebensverhältnissen in Einklang zu bleiben, wird man von Fall zu Fall prüfen müssen und wird vor allem der Arzt zu prüfen haben, ob der Minderjährige in der Lage ist, die Ersprießlichkeit des Eingriffes selbst zu ermessen, je nach seiner sittlichen und geistigen Reife und je nach der Erheblichkeit des Eingriffes.

Die vorhandenen gerichtlichen Entscheidungen gehen davon aus, daß in gewissen Fällen bei ärztlichen Eingriffen an Minderjährigen eine Einwilligungserklärung des gesetzlichen Vertreters nicht mehr erforderlich ist, falls der Minderjährige selbst zustimmt. Damit ist der Arzt vor die Notwendigkeit gestellt, ehe er den Eingriff vornimmt, zu prüfen, ob er sich mit der Einwilligung des Minderjährigen begnügen darf. Ob der Minderjährige die geistige und sittliche Reife besitzt, um die Bedeutung und Tragweite des Eingriffes und seiner Gestattung zu ermessen, wird der Arzt aus seinem Gespräch mit dem jugendlichen Patienten festzustellen versuchen.

Handelt es sich um einen zwar nicht unwichtigen, aber auch nicht dringlichen Eingriff, so ist z.B. nach Urteilen des BGH die Erklärung eines 16 Jahre alten Patienten ohne die Zustimmung der Eltern als Personensorgeberechtigte unzureichend. Allein auf die Erklärung des Minderjährigen kann sich der Arzt daher nur dann verlassen, wenn ein weniger bedeutsamer Eingriff beziehungsweise eine tägliche Behandlung vorgenommen werden soll, oder wenn es sich um einen Eingriff handelt, bei dem solche Eile geboten ist, daß die Erklärung der Eltern nicht abgewartet werden kann.

Die Eilbedürftigkeit des Eingriffs kann das Abwarten einer Erklärung auch des volljährigen Patienten schwierig machen oder sogar ganz verhindern. Solange die Zeit zur Einholung der Einwilligung ausreicht, muß diese eingeholt werden. In einem echten Notfall mit einem vital indizierten Eingriff ist indes eine solche Erklärung sowie eine sonst erforderliche Aufklärung des Patienten häufig realitätsfern. Ist der Patient bewußtlos, kann gar keine Einwilligung ausdrücklich eingeholt werden. In einem solchen Fall hilft die Rechtsprechung mit der Annahme einer mutmaßlichen Einwilligung des Patienten. Der Arzt muß aus der momentanen Sicht heraus entscheiden, wie sich der Patient entschlossen hätte, wenn er seinen Willen unter Kenntnis der Umstände hätte mitteilen können. Regelmäßig wird die mutmaßliche Antwort pro vita, also für das ärztliche Handeln lauten.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Mitteilungspflicht bei der Behandlung Minderjähriger

Ist der Arzt, der ein 16jähriges Mädchen nach einem Selbstmordversuch behandelt, verpflichtet, die Eltern oder die Polizei zu benachrichtigen?

Nein. Abgesehen von den Fällen, in denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (vgl. zum Beispiel § 11 Abs. 1 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23.7.53 - Bundesgesetzblatt I S. 700 -), hat der Arzt nicht die Pflicht, den Eltern eines minderjährigen Patienten von der Behandlung als solcher, dem Untersuchungsbefund oder sonstigen anläßlich der Behandlung bekanntgewordenen Umständen Mitteilung zu machen. Entsprechendes gilt für die Mitteilungspflicht gegenüber Strafverfolgungsbehörden.

Eine andere, hier nicht zu beantwortende Frage ist, ob der Arzt berechtigt ist, die Eltern oder die Polizei von der Behandlung eines Minderjährigen zu unterrichten, ohne sich dem Vorwurf der Verletzung seiner ärztlichen Schweigepflicht auszusetzen (vgl. hierzu ausführlich Rieger: Hippokrates 37 [1966], 145, und Diagnostik 2 [1969], 149).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Einwilligung in diagnostische Eingriffe bei Minderjährigen

Bedarf ein zu diagnostischen Zwecken vorgenommener Eingriff bei einem Minderjährigen (zum Beispiel eine Lumbalpunktion, Suboccipitalpunktion oder Fontanellenpunktion) der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters?

Nach geltendem Recht stellt sich auch ein zu Heilzwecken vorgenommener ärztlicher Eingriff in die körperliche Unversehrtheit als rechtswidrige Körperverletzung dar, wenn er nicht durch eine wirksame Einwilligung des Patienten gedeckt ist. Eine wirksame Einwilligung setzt notwendig voraus, daß der Patient weiß, worin er einwilligt. Der Arzt hat daher die Pflicht zur umfassenden Aufklärung des Patienten über die typischen Folgen und Nebenwirkungen sowie über alle nicht völlig abseits liegenden Schädigungsfolgen. Besonders strenge Anforderungen an die Aufklärungspflicht werden grundsätzlich dort gestellt, wo ein ärztlicher Eingriff - wie in der Regel bei den obengenannten Punktionen, aber auch zum Beispiel bei der intravenösen Blutentnahme - nicht unmittelbar der Heilung, sondern nur der ärztlichen Erkenntnis (Diagnose) dient (vgl. BGH VersR 1968, 558; Neue jur. Wschr. 1971, 1887; im einzelnen ist der Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht umstritten; vgl. statt aller Geilen bei Mergen: Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. II, München 1971, S. 11 ff. mit zahlreichen Nachweisen). Der Patient muß auf Grund der Aufklärung durch den Arzt in der Lage sein, das Für und Wider der beabsichtigten Maßnahmen gegeneinander abzuwägen und sich frei zu entscheiden. Hierzu bedarf er der notwendigen Einsichtsfähigkeit, die es ihm ermöglicht, die Tragweite eines ärztlichen Eingriffs voll zu übersehen. Auf seine Geschäftsfähigkeit kommt es hierbei nicht an. Daher kann grundsätzlich auch ein Minderjähriger in einen ärztlichen Eingriff rechtswirksam einwilligen. Die Frage ist nur, wann im konkreten Einzelfall die erforderliche Verstandesreife vorhanden ist. Starre Altersgrenzen lassen sich hier nicht festlegen. Es kommt vielmehr entscheidend darauf an, daß die Kritik- und Urteilsfähigkeit des Minderjährigen so weit entwickelt und verselbständigt ist, daß er die Risiken des Eingriffs überschauen kann und somit dem Volljährigen gleichgestellt werden kann.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Dokumentationspflicht und Einsichtrecht in Krankenunterlagen

Berufsordnung für die Deutschen Ärzte

In der Fassung vom 1. Januar 1994

geändert am 15. Oktober 1995

§ 15

Ärztliche Aufzeichnungen

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Ärztliche Aufzeichnungen sind nicht zur Gedächtnisstütze für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Bürgerliches Gesetzbuch

Vom 18. August 1896 (RGBl. S. 195)

(BGBl. III 400-2)

§ 950

Verarbeitung und Umbildung

(1) Wer durch Verarbeitung oder Umbildung eines oder mehrerer Stoffe eine neue bewegliche Sache herstellt, erwirbt das Eigentum an der neuen Sache, sofern nicht der Wert der Verarbeitung oder der Umbildung erheblich geringer ist als der Wert des Stoffes. Als Verarbeitung gilt auch das Schreiben, Zeichnen, Malen, Drucken, Gravieren oder eine ähnliche Bearbeitung der Oberfläche.

(2) Mit dem Erwerbe des Eigentums an der neuen Sache erlöschen die an dem Stoffe bestehenden Rechte.

§ 985

Herausgabeanspruch

Der Eigentümer kann von dem Besitzer die Herausgabe der Sache verlangen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

Vom 23. Mai 1949 (BGBl. I S. 1)

(BGBl. III 100-1)

Artikel 10

Brief- und Fernmeldegeheimnis

(1) Das Briefgeheimnis sowie das Post- und Fernmeldegeheimnis sind unverletzlich.

(2) Beschränkungen dürfen nur auf Grund eines Gesetzes angeordnet werden. Dient die Beschränkung dem Schutze der freiheitlichen demokratischen Grundordnung oder des Bestandes oder der Sicherung des Bundes oder eines Landes, so kann das Gesetz bestimmen, daß sie dem Betrogenen nicht mitgeteilt wird und daß an die Stelle des Rechtsweges die Nachprüfung durch von der Volksvertretung bestellte Organe und Hilfsorgane tritt.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Strafgesetzbuch (StGB)

vom 15. Mai 1871 (RGBl. S. 127) in der Fassung der Bekanntmachung

vom 13. November 1998 (BGBl. I S. 3322)

§ 203

Verletzung von Privatgeheimnissen

(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 Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert...*

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Strafprozeßordnung (StPO)

In der Fassung der Bekanntmachung vom 7. April 1987 (BGBGl. III 312-2)

§ 53

Zeugnisverweigerungsberechtigte aus beruflichen Gründen

(1) Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner berechtigt

3. Rechtsanwälte, Patentanwälte, Notare, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, Steuerberater und Steuerbevollmächtigte, Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Hebammen über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut worden oder bekanntgeworden ist,

(2) Die in Absatz 1 Nr. 2 bis 3 b Genannten dürfen das Zeugnis nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.

§ 94

Beschlagnahme

(1) Gegenstände, die als Beweismittel für die Untersuchung von Bedeutung sein können, sind in Verwahrung zu nehmen oder in anderer Weise sicherzustellen.

(2) Befinden sich die Gegenstände in dem Gewahrsam einer Person und werden sie nicht freiwillig herausgegeben, so bedarf es der Beschlagnahme.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für Führerscheine, die der Einziehung unterliegen.

§ 95

Pflicht zur Vorlegung und Auslieferung

(1) Wer einen Gegenstand der vorbezeichneten Art in seinem Gewahrsam hat, ist verpflichtet, ihn auf Erfordern vorzulegen und auszuliefern.

(2) Im Falle der Weigerung können gegen ihn die in § 70 bestimmten Ordnungs- und Zwangsmittel festgesetzt werden. Das gilt nicht bei Personen, die zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sind.

§ 97

Nicht beschlagnahmbare Gegenstände

(1) Der Beschlagnahme unterliegen nicht

1. *schriftliche Mitteilungen zwischen dem Beschuldigten und den Personen, die nach § 52 oder § 53 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 b das Zeugnis verweigern dürfen,*
2. *Aufzeichnungen, welche die in § 53 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 b Genannten über die ihnen vom Beschuldigten anvertrauten Mitteilungen oder über andere Umstände gemacht haben, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht erstreckt,*
3. *andere Gegenstände einschließlich der ärztlichen Untersuchungsbefunde, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht der in § 53 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 b Genannten erstreckt.*

(2) Diese Beschränkungen gelten nur, wenn die Gegenstände im Gewahrsam der zur Verweigerung des Zeugnisses Berechtigten sind. Der Beschlagnahme unterliegen auch nicht Gegenstände, auf die sich das

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Zeugnisverweigerungsrecht der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Hebammen erstreckt, wenn sie im Gewahrsam einer Krankenanstalt sind, sowie Gegenstände, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht der in § 53 Abs. 1 Nr. 3 a und 3 b genannten Personen erstreckt, wenn sie im Gewahrsam der anerkannten Beratungsstelle nach § 3 des Gesetzes über Aufklärung, Verhütung, Familienplanung und Beratung vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398) sind. Die Beschränkungen der Beschlagnahme gelten nicht, wenn die zur Verweigerung des Zeugnisses Berechtigten einer Teilnahme oder einer Begünstigung, Strafvereitelung oder Hehlerei verdächtig sind oder wenn es sich um Gegenstände handelt, die durch eine Straftat hervorgebracht oder zur Begehung einer Straftat gebraucht oder bestimmt sind oder die aus einer Straftat herrühren.

§ 160

Ermittlung durch die Staatsanwaltschaft

(1) Sobald die Staatsanwaltschaft durch eine Anzeige oder auf anderem Wege von dem Verdacht einer Straftat Kenntnis erhält, hat sie zu ihrer Entschließung darüber, ob die öffentliche Klage zu erheben ist, Sachverhalt zu erforschen.

(2) Die Staatsanwaltschaft hat nicht nur die zur Belastung, sondern auch die zur Entlastung dienenden Umstände zu ermitteln und für die Erhebung der Beweise Sorge zu tragen, deren Verlust zu besorgen ist.

(3) Die Ermittlungen der Staatsanwaltschaft sollen sich auch auf die Umstände erstrecken, die für die Bestimmung der Rechtsfolgen der Tat von Bedeutung sind. Dazu kann sie sich der Gerichtshilfe bedienen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Allgemeines

Bis 1963 stufte der Bundesgerichtshof in gängiger Rechtsprechung Krankenblätter als interne Gedächtnisstütze für den behandelnden Arzt ein. Ab 1978 hat er eine ordnungsgemäße Dokumentation als eine Art "Rechenschaftspflicht" gegenüber dem Patienten erklärt.

Der Arzt ist gemäß § 15 Abs. 1 der Ärztlichen Berufsordnung zur Anfertigung von Aufzeichnungen in erforderlichem Maße verpflichtet.

Urteile und Berichterstattungen erzeugen zum Teil Unsicherheiten und können den Eindruck erwecken, der Patient habe jederzeit das Recht, Einsicht in Krankenunterlagen des behandelnden Arztes zu nehmen. Uneingeschränkte Rechte auf Vorlage der Krankenunterlagen bestehen z.B. im Rahmen eines Haftpflichtprozesses gegen den Arzt. Tenor der gängigen Rechtsprechung ist jedoch, daß kein allgemeines Einsichtsrecht des Patienten außerhalb einer gerichtlichen Auseinandersetzung besteht. Ein Einsichtsrecht - niemals einen Herausgabeanspruch - kann der Patient geltend machen. Dieses besteht jedoch nur grundsätzlich, also nicht ausnahmslos.

Zweifellos gibt es ärztliche Aufzeichnungen, die vom Einsichtsrecht ausgeschlossen sein müssen. Hierbei kann es sich um therapeutische Rücksichten gegenüber dem Patienten selbst oder aber um schutzwürdige Interessen Dritter handeln. Weiterhin sind die aus dem Datenschutzrecht sich ergebenden Einschränkungen zu beachten.

Bei der Auswertung von Krankenunterlagen dürfen die realen Gegebenheiten ihres Zustandekommens nicht übersehen werden. Hier bedarf es vor allem des Hinweises, daß die steigenden Anforderungen der Rechtsprechung an die Dokumentation die Ärzte zunehmend ihrer eigentlichen Aufgabe entziehen. Die Krankengeschichte mit allen Untersuchungsbefunden, diagnostischen und Behandlungsangaben ist für die Tätigkeit der behandelnden und nachbehandelnden Ärzte unentbehrliche Grundlage. Sie enthält differentialdiagnostische Erwägungen, vorläufige Diagnosen mit ihren Irrtumsmöglichkeiten, Zusatz- und Nebenbefunde sowie prognostische Überlegungen mit all ihren Unsicherheiten. Der Arzt braucht die Möglichkeit, in der Krankengeschichte - auch in Form von Abkürzungen, die für den Außenstehenden nicht ohne weiteres verständlich sind - Anmerkungen und Überlegungen festzuhalten. Insoweit kann die Krankengeschichte nicht die Funktion haben, Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse für forensische Zwecke zu dokumentieren, obwohl sie im Prozeß als Beweismittel zur Verfügung steht und auch unter diesem Gesichtspunkt mit der erforderlichen Sorgfalt geführt werden sollte.

Ein Patient kann von seinem Arzt oder vom Krankenhaus die Einsichtnahme in seine Krankenunterlagen verlangen, wenn er ein berechtigtes Interesse hat. Dies ist der Fall, wenn der Patient die Aussichten eines Haftpflichtprozesses wegen fehlerhafter Behandlung prüfen will (Oberlandesgericht Bremen - I U 47/79 (b)).

Der Arzt ist verpflichtet, Patienten Fotokopien aller Krankenunterlagen mit schriftlicher Bestätigung der Vollständigkeit und Richtigkeit gegen Erstattung der Fotokopiekosten herauszugeben, wenn berechtigtes Interesse gegeben ist. Dieses hat der Patient, wenn er anhand der Unterlagen prüfen will, ob ein Behandlungsfehler vorliegt. (Oberlandesgericht Köln - Urteil vom 12.11.1981 - 7 U 96/81 - NJW 1982, Seite 704 ff.).

Kurzübersicht Rechtsprechung

Praktisch ist das Einsichtsrecht nach Auffassung des BGH in folgender Weise zu gewähren:

1. Soweit der Patient damit einverstanden ist, soll ihm Einsicht im Rahmen des Arztgespräches gewährt werden.
2. Im Streitfall sollte auf die Einschaltung einer neutralen ärztlichen Vertrauensperson verwiesen werden. Dieser Arzt entscheidet dann nach pflichtgemäßem Ermessen über die Befugnis zur Einsicht in die Krankenunterlagen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

3. Dem Arzt ist es gestattet, auf den Ablichtungen der Befund- und Behandlungsberichte, auf die sich das Einsichtsrecht des Patienten erstreckt, weitere nicht hierunter fallende Bemerkungen abzudecken. Von den Unterlagen, auf die sich das Einsichtsrecht des Patienten danach noch erstreckt, können auf Kosten des Patienten Fotokopien hergestellt werden, die diesem dann zu überlassen sind.

Der BGH hat darüber hinausgehend anerkannt, daß es auch bezüglich der objektiven Befunde besondere Situationen geben kann, in denen der Arzt dem Patienten aus therapeutischen Gründen keine Einsicht zu gewähren braucht. Er sieht dies aber als Ausnahmefälle an, bei denen die Grenzen eng zu ziehen sind. Grundsätzlich muß es nach Auffassung des BGH im Interesse des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten in Kauf genommen werden, daß dieser von für ihn ungünstigen Befunden Kenntnis erhalte.

Während der BGH im Bereich der *somatischen* Behandlung von einem grundsätzlichen Einsichtsrecht des Patienten ausgeht, hat er im zweiten Fall ein solches Einsichtsrecht nach einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung prinzipiell verneint. Nach Auffassung des BGH enthalten die Unterlagen über eine typische psychiatrische Behandlung ganz vorwiegend Aufzeichnungen, die mit Rücksicht auf das Persönlichkeitsrecht des Arztes und dritter Personen nicht gegen den Willen des behandelnden Arztes dem Patienten zur Einsicht zugänglich gemacht werden dürfen.

Bei einer *psychiatrischen* Behandlung stehen über die genannten objektiven Daten hinaus notwendig subjektive Bewertungen im Vordergrund, die auch das Verhältnis des behandelnden Psychiaters zu dem Patienten bewegen, so daß der Arzt seinerseits schutzwürdig erscheine. Zu berücksichtigen sei auch, daß in der Krankenakte vielfach Berichte von Angehörigen enthalten seien. Selbst bei deren Zustimmung zu der Einsichtnahme könne zweifelhaft sein, ob sie sich über die Bedeutung einer Offenlegung ihrer Angaben im klaren seien. Letztlich sei auch die Besorgnis des Arztes zu respektieren, daß der Patient durch die Einsicht in die während seiner psychischen Erkrankung entstandenen Unterlagen Schaden nehmen könne. Dies unterliege der ärztlichen Gewissensentscheidung. Hinter diesen Erwägungen müsse in dem zu entscheidenden Falle das Interesse des Patienten an einer eigenen Auswertung der Krankenakte zurückstehen.

(BGH vom 23.11.1982, NJW 1983, 328 und 330)

Ordnungsgemäße Dokumentation über Behandlung von Patienten ist nicht nur Gedächtnisstütze des Arztes. Sie wird aufgrund des Behandlungsvertrages geschuldet. (BGH Urt. v. 27.6.1978 - NJW 1978 S. 2337)

Der Patient *hat Anspruch* auf Einsicht in objektive Feststellungen über Gesundheits- bzw. Krankheitszustand und Aufzeichnungen über Behandlung, auch wenn sich durch Kenntnis ungünstiger Prognose das Befinden des Patienten verschlechtern kann. Nur in seltenen Ausnahmefällen kann der Arzt aus therapeutischen Gründen gewisse Erkenntnisse vorenthalten.

Kein Einsichtsrecht besteht in Aufzeichnungen über *persönliche* Eindrücke bei Gesprächen mit Patienten oder Dritten oder über Motive für bestimmte Behandlungen. (BGH Urt. 23.11.1982 - AZ: VI ZR 222/79 und AZ VI ZR 177/81).

Bei klinischen Unterlagen über typische psychiatrische (psychotherapeutische) Behandlung bleibt die Entscheidung über Offenlegung der Aufzeichnungen dem Arzt vorbehalten, weil subjektive Beurteilungselemente in den gesamten Krankenunterlagen im Vordergrund stehen.

Einsichtsrechte sollten dem Patienten in der Regel im Rahmen des Arzt-Patienten-Gespräches gewahrt werden. Auf ausdrückliches Verlangen ist auch selbständiges Studium der Aufzeichnungen zu empfehlen.

Anstelle der Originale können auf Kosten des Patienten zu fertigende Ablichtungen herausgegeben werden.

Der Patient darf Einsichtsrecht nicht mißbräuchlich oder zur Unzeit ausüben.

Der Patient hat kein Recht auf Originalröntgenaufnahmen. Begründung: Aufbewahrung der Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen 30 Jahre, über Röntgenuntersuchungen 10 Jahre. Der Patient kann auf Aushändigung von Kopien, die auf seine Kosten zu fertigen sind, bestehen (§ 29 Röntgenverordnung).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Krankenunterlagen sind dem weiterbehandelnden Arzt auf sein Verlangen vorübergehend zu überlassen (das folgt aus dem Behandlungsvertrag und § 29 Abs. 4 Röntgenverordnung).

Fazit

Aufzeichnungen sind Teil der ärztlichen Tätigkeit geworden, die dem Patienten, und zwar Kraft einer vertraglichen Nebenpflicht, geschuldet werden. Die Sicherstellung der Dokumentation als Teil der sachgemäßen Behandlung obliegt dem Arzt (oder Krankenhaus). Dies ist mittlerweile sogar Bestandteil des Standesrechts geworden.

Die Dokumentation umfaßt Anamnese, Diagnose und Therapie. Sie hat so ausführliche Aufzeichnungen einzuschließen, daß der Arzt selbst oder ein ihm folgender Arzt diese Dokumente sinnvoll verwerten kann. Die ordnungsgemäße Erfüllung dieser Pflicht ist an den Kriterien der

- Vollständigkeit,
- Wahrheit und
- Klarheit

zu messen. Der Arzt ist jedoch nicht verpflichtet, eine dem Patienten als medizinischem Laien verständliche Aufzeichnung zu führen.

Sind die Krankengeschichten unzulänglich oder unrichtig geführt, so ergeben sich beweisrechtliche Konsequenzen von der Beweiserleichterung bis hin zur Beweisumkehr, wenn nach richterlichem Ermessen dem Patienten die (volle) Beweislast für einen Arztfehler angesichts der vom Arzt verschuldeten Aufklärungshindernisse billigerweise nicht zugemutet werden kann.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Einsichtsrechte bei psychiatrischen Therapien

Auch einem Patienten, der psychiatrisch behandelt worden ist, kann die Einsicht in die vollständigen Krankenunterlagen nicht verweigert werden, wenn dem keine schützenswerten Interessen des Patienten selbst, des Arztes oder Dritter entgegenstehen. (Ergänzung zu BGHK 85, 339 = NJW 193, 330 - zu BGB § 242, 611) (Urteil des BGH vom 2.10.1984 - VI ZR 311/82 (Hamm))

Der Kläger war im Jahr 1965 in das beklagte Landeskrankenhaus auf Veranlassung des Vormundes und des Vormundgerichts eingeliefert worden. Später wollte er Einsicht in seine Krankenakten haben, was ihm verweigert wurde. Schon das Landgericht hatte dem Kläger das Recht zugesprochen, über seinen Rechtsanwalt Einsicht in die Akten zu nehmen. Nunmehr hatte der BGH den Klinikträger verurteilt, dem Kläger oder einem seiner Rechtsanwälte Einsicht in die Krankenakten zu gewähren, und zwar dadurch, daß er diesen eine Dokumentation in Form von Fotokopien aller Krankenunterlagen mit der schriftlichen Bestätigung über Richtigkeit und Vollständigkeit überläßt.

Die zugelassene Revision des Beklagten hatte keinen Erfolg.

(Quelle: Neue Juristische Wochenzeitschrift, 1985, Heft 12 - S. 674,

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Einsichtsrecht in Abschiedsbriefe

Verschlossene "Abschiedsbriefe" tragen oft die Bemerkung: "Nach meinem Tode zu öffnen" oder sind mit einer Postadresse versehen, jedoch nicht abgesandt. Hier erhebt sich für den behandelnden Arzt die Frage: Darf ich aus diagnostischen Gründen den Brief öffnen oder nicht. Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Art. 10 GG proklamiert als Grundrecht die "Unverletzlichkeit des Briefgeheimnisses". Das Briefgeheimnis ist der Rechtsschutz, den das Gesetz verschlossenen Briefen und Sendungen gewährleistet. Strafrechtlich wird der Bruch des Briefgeheimnisses nach § 203 StGB auf Antrag des Verletzten mit Geldstrafe oder Gefängnis bestraft.

Berechtigte Brieföffnungen ergeben sich aus der elterlichen Gewalt und bei besonderen Anstaltsverhältnissen.

Sonst darf das Briefgeheimnis nur auf ausdrücklich gesetzlicher Grundlage im Einzelfall durchbrochen werden, so, wenn ein Schriftstück für ein Straf- oder Insolvenzverfahren von Bedeutung ist (§ 99 StPO). Anordnung der Beschlagnahme und Öffnung durch den Richter. Der Polizei ist auch ein Recht des 1. Zugriffes entzogen, während die Staatsanwaltschaft in dringenden Fällen nur beschlagnahmen, aber nicht eröffnen darf.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Einsicht in Krankenunterlagen Verstorbener

Im Urteil vom 31.5.1983 hat der BGH (NJW 1983, 2 627/MedR 1984, 2 [5]) entschieden, daß ein Einsichtsrecht von Angehörigen oder Erben eines Verstorbenen *nicht* Kraft ihrer Erbenstellung gegeben ist. Der Schutz des vom Verstorbenen dem Arzt entgegengebrachten Vertrauens muß im Zweifel den Vorrang haben.

Es obliegt dem Arzt, die Gewissensentscheidung der Einsichtnahme zu treffen. Verweigert er die Einsichtnahme, muß er darlegen, daß sich seine Weigerung auf konkrete oder mutmaßliche Belange des Verstorbenen stützt. Bei gerichtlicher Geltendmachung der Erben wird diesen auferlegt, die Umstände zu erklären, aus denen sie ihr besonderes Interesse herleiten.

Grundtenor der Rechtsprechung der letzten Jahre ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Dies ist verfassungsrechtlich in Artikel 2 GG festgelegt. Der Patient hat die völlige Dispositionsbefugnis über seinen Körper. Der ärztliche Heileingriff unterliegt den allgemeinen Regeln des Zivil- und Strafrechts.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Wessen Eigentum sind die Krankenunterlagen?

Hersteller der Krankenunterlagen im Sinne von § 950 BGB ist der Arzt; bei Anstellung im Krankenhaus ist es der Krankenhaus-Träger. Demzufolge hat weder der Benutzer noch der Zahlungspflichtige einen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen, denn dies bedeutet einen ersatzlosen, endgültigen Besitzverlust (§ 985 BGB). Dies ist jedoch dringend zu unterscheiden von der Herausgabe oder Überlassung der Dokumentation zum Zwecke der Herstellung von Kopien oder Abschriften auf Kosten des Patienten.

Der BGH hat in einem Urteil vom 23.11.1982 (Az.: VI ZR 222/79) entschieden, daß der Patient gegenüber dem Arzt und/oder Krankenhaus grundsätzlich, d.h. *auch außerhalb eines Rechtsstreites* einen Anspruch auf Einsicht hat. Dies betrifft objektive Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen, nicht aber subjektive Bewertungen. Der Einwurf, der Patient sei nicht in der Lage, diese Aufzeichnungen zu verstehen, ist dabei nicht haltbar; auch die Urheber- und Eigentumsrechte des Arztes treten zurück. Dies gilt auch für den Bereich der psychiatrischen Erkrankungen bzw. Behandlungen (Urteil vom 2.10.1984 BGH, VERSR 1984, 1171 [5]), sofern keine schützenswerten Interessen des Patienten dagegenstehen. Der Patient hat die Kosten hierfür zu tragen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Aufbewahrungsfristen für Krankenunterlagen im Krankenhaus

- Nach § 43 Abs. 3 der Strahlenschutzverordnung (BGBl. I 1976, S. 2905) sind Aufzeichnungen über die Untersuchung mit radioaktiven Stoffen oder ionisierenden Strahlen 10 Jahre, Aufzeichnungen über die Behandlung mit solchen Stoffen bzw. Strahlen 30 Jahre nach der letzten Untersuchung oder Behandlung aufzubewahren.
- § 29 Abs. 4 der Röntgenverordnung (BGBl. I 1973, S. 173) bestimmt, daß der Betreiber einer Röntgeneinrichtung Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen 30 Jahre nach der letzten Behandlung, über Röntgenuntersuchungen 10 Jahre nach der letzten Untersuchung aufzubewahren hat.
- Aufzeichnungen über die Behandlung Geschlechtskranker sind nach § 10 Abs. 1 S. 2 GeschlKrG i.V. mit § 2 Abs. 3 Zweite DVO zum GeschlKrG 5 Jahre aufzubewahren.
- Besondere Aufbewahrungspflichten bestehen weiter gem. C 4 der "Richtlinien für die Bestellung von Durchgangsärzten" i.d.F. vom 1.4.1982, wonach der Durchgangsarzt verpflichtet ist, alle Unterlagen über das Durchgangsarztverfahren einschl. der Röntgenbilder mindestens 15 Jahre aufzubewahren.
- Eine 20jährige Aufbewahrungsfrist für ärztliche Unterlagen über Unfallverletzte gilt bei Zulassung zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren gemäß den "Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger für die Zulassung von Krankenhäusern zur Behandlung Schwer-Unfallverletzter (Verletzungsartenverfahren) - Stand Januar 1985" (Ziff. 4.4).
- Für die im Krankenhaus angestellten und beamteten Ärzte gelten die berufsrechtlichen Bestimmungen über die Aufbewahrung von Krankenunterlagen. Nach der ärztlichen Berufsordnung sind ärztliche Aufzeichnungen mindestens 10 Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, es sei denn, gesetzliche Vorschriften oder die ärztliche Erfahrung gebieten im Einzelfall eine längere Aufbewahrung (vgl. § 11 Abs. 2 MuBO).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Aufbewahrungsfristen in der ärztlichen Praxis

Art der Dokumente	Aufbewahrungsfrist Jahre	30	10	5	1
I. Medizinische					
Röntgentherapien[1)]		x			
Röntgendiagnosen[2)]			x		
Arztbriefe			x		
Beleglisten			x		
Gutachten, u.a.:					
- Sozialversicherungsträger (LVA, BfA)			x		
- Berufsgenossenschaften				x	
- Behörden			x		
sonstige Versicherungen				x	
EEG-Diagramme			x		
EKG-Diagramme			x		
Laborbefunde			x		
Laborbücher			x		
Krankenhausberichte			x		
Patientenkarteikarten			x		
Kopien Berichtsvordrucke von Früherkennungsuntersuchungen[3)]					x
Durchschriften von Betäubungsmittelrezepten[4)]			x		
Zytologische Präparate[5)]			x		
Kontrollkarten der internen Qualitätssicherung[6)]			x		
Durchschriften von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen[7)]					x

Erläuterungen:
1) § 29,4 RöVO
2) § 11.2 MuBO (Muster-Berufsordnung)
3) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen
4) Betäubungsmittel-Verschreibungs-VO
5) Zytologie-Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen
6) Richtlinien der Bundesärztekammer
7) § 21,2 Bundesmantelvertrag

Für die *medizinischen Unterlagen* gelten die obigen Fristen bei Praxisauflösung weiter. Beim Tod des Arztes geht die Aufbewahrungsfrist auf den oder die Erben über, auch wenn sie Nichtärzte sind. Die ärztliche Schweigepflicht muß auch dann gewahrt werden.

Nähere Einzelheiten können bei den jeweiligen Landesärztekammern erfragt werden, die für die Landes-Berufsordnungen zuständig sind.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Art der Dokumente	Aufbewahrungsfrist Jahre	10	6
II. Sonstige			
Jahresabschlüsse (Einnahme-/Ausgaberechnungen)		x	
Inventare		x	
Anlageverzeichnisse (AfA-Listen)		x	
Buchführungskonten		x	
Kontokorrentbücher		x	
Rechnungsausgangsbücher		x	
Vermögensverzeichnisse		x	
Geschäftsbriefe (empfangene/abgesandte)			x
Bankbelege und -auszüge			x
Postscheckbelege und -auszüge			x
Gehalts- und Lohnunterlagen			x
Personalunterlagen			x
Kassenbücher/Kassenbelege			x
Reisekostenabrechnungen			x
Wechsel			x

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Dokumentation nicht zu früh ausmisten

Seien Sie vorsichtig beim Entrümpeln Ihrer Dokumentation: Sie können sich nicht darauf verlassen, daß Sie Krankenunterlagen vernichten dürfen, sobald die vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist (in der Regel wenigstens 10 Jahre) abgelaufen ist. In einem möglichen Prozeß um Schadenersatz wegen eines Behandlungsfehlers hat der Patient Anspruch darauf, daß Sie eine ordnungsgemäße Dokumentation vorlegen. Können Sie das nicht und hat der Patient dadurch Nachteile in dem Verfahren zu erwarten, kann sich die Beweislast umkehren. Dann muß nicht der Patient einen Fehler in der Behandlung nachweisen, sondern Sie, daß Sie bei der Behandlung Ihre Sorgfaltspflicht nicht verletzt haben. Ohne die Krankenakte dürfte Ihnen das schwerfallen. Dieses Risiko können Sie nur ausschließen, wenn Sie die Dokumentation grundsätzlich 30 Jahre lang aufbewahren. Spätestens dann sind die Ansprüche des Patienten verjährt.

(WirtschaftsTip, 28.8.1995)

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Beschlagnahme von Krankenunterlagen beim Arzt

Im Ermittlungsverfahren wegen eines Behandlungsfehlers kommt es immer wieder wegen der Vollstreckung von Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschlüssen hinsichtlich der Krankenakten zu Konflikten zwischen Ärzten und Polizei bzw. Staatsanwalt. Ärzte nehmen daran Anstoß, daß ohne vorherige Anfrage häufig uniformierte Polizeibeamte in der Praxis erscheinen und unter Vorweisung von Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschlüssen die Krankenakten herausverlangen.

Kann sich der einzelne Arzt im Regelfall mit dem Behandlungsfehlervorwurf noch abfinden, so fehlt ihm für den Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschluß hinsichtlich der Patientenunterlagen jegliches Verständnis; dies um so mehr, wenn er als vorbehandelnder Arzt mit dem unterstellten Behandlungsfehler nichts zu tun hat.

Im Ermittlungsverfahren sind bei der Strafanzeige wegen einer Körperverletzung, die auf einem Behandlungsfehler beruht, die Krankenunterlagen (Lilie, 1980) für den Staatsanwalt eine unverzichtbare Erkenntnisquelle. Für ihn besteht nach § 160 Abs. 2 StPO die Verpflichtung, alle für die Ent- und Belastung wichtigen Beweismittel zu sichern (StPO § 160 Rn 22). Nicht nur Leichenschau und Leichenöffnung (§ 87 StPO), sondern insbesondere auch die Durchsuchung, Sicherstellung bzw. Beschlagnahme sind hier die von der Prozeßordnung vorgeschriebenen Maßnahmen.

Bei der Anordnung der Beschlagnahme der Krankenakten wird allerdings häufig übersehen, daß sie für eine spätere Hauptverhandlung von eingeschränkter Bedeutung sein können (Müller-Dietz, 1965). Unabhängig von der neueren Rechtsprechung (BGH NJW 1978 und NJW 1978), die die Bedeutung der ärztlichen Dokumentation auch unter dem Gesichtspunkt der Interessen des Patienten an den Unterlagen behandelt, steht im Strafverfahren die Tatsache im Vordergrund, daß die Krankenunterlagen selbst nur in beschränktem Ausmaß als Beweismittel verwertbar erscheinen. Sie kommen als Urkunden gem. § 249 StPO nämlich dann nicht in Betracht, wenn das Unmittelbarkeitsprinzip zu einem Verlesungsverbot nach § 250 StPO führt (Müller-Dietz, 1965). Es ist dann nur unter den Voraussetzungen des § 251 Abs. 2 StPO möglich, die Akten in der Hauptverhandlung zu verlesen. Andernfalls muß der Arzt selber gehört werden.

Die Akten dienen aber auch als entscheidende Grundlage für den Sachverständigen, der mit seinem Gutachten dem Gericht das ausschlaggebende Beweismaterial liefert. Die ärztliche Dokumentation bildet allerdings nur eine Grundlage für seine Arbeit.

Freilich darf in diesem Zusammenhang nicht übersehen werden, daß die Beschlagnahme meistens nicht für die Hauptverhandlung, sondern eher für das Ermittlungsverfahren erfolgt. Dort ist die rechtliche Situation eine andere. Der Staatsanwalt, der bei seinen Untersuchungen nur prüft, ob hinreichender Tatverdacht besteht, ist nicht durch die Beschränkungen der §§ 249 bzw. 250 StPO gebunden. Er kann und muß sich deshalb auf alle Tatsachen und Anhaltspunkte stützen und findet seine Grenze an den verbotenen Vernehmungsmethoden. Anders als vor Gericht können deshalb wesentliche Anhaltspunkte aus den Krankenpapieren entnommen werden. In dieser Divergenz zwischen Ermittlungsverfahren und Hauptverfahren ist eine wesentliche Ursache für ein gespanntes Verhältnis zwischen Arzt und Staatsanwaltschaft anläßlich eines Strafverfahrens zu sehen. Gerade die Schwierigkeiten, auf die die Staatsanwaltschaft immer wieder stößt, wenn sie die Krankenunterlagen eines Arztes benötigt, führen zu einem regelmäßig vorsorglich beantragten Durchsuchungs- und Beschlagnahmebefehl.

Von der Beschlagnahmeanordnung sollte als Ultima ratio aber nur dort Gebrauch gemacht werden, wo der Arzt die Beamten der Praxis verweist und sich zu Unrecht weigert, die Dokumentation herauszugeben. Dem Amt muß daher nicht immer durch einen uniformierten Polizisten vor wartenden Patienten ein Beschlagnahme- und Durchsuchungsbeschluß des Gerichtes vorgelegt werden.

Im Regelfall sollte es ausreichen, wenn zunächst ein ziviler Beamter nach § 95 StPO verfährt und die schlichte Herausgabe begehrt und dabei dem Arzt die Zusammenhänge seines Vorgehens erläutert.

Dies entspricht dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, weil der Einsatz von Zwangsmitteln von Anfang an überflüssig gemacht wird (Lilie, 1981). Der Arzt erscheint nicht gleich als Krimineller, von dem die erforderlichen Unterlagen für das Ermittlungsverfahren nur durch Zwangsmaßnahmen erlangt werden können.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Der Arzt muß jedoch die Unterlagen nicht immer herausgeben.

Ist der betroffene Arzt *selbst* eines Behandlungsfehlers bezichtigt, wenn er also Beschuldigter ist, muß er allerdings immer die Dokumentation der Staatsanwaltschaft ausliefern, wenn eine Beschlagnahmeanordnung vorliegt. In diesem Fall kommt es weder auf die Einwilligung des betroffenen Patienten an, noch kann sich der Arzt auf § 97 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. Abs. 2 S. 2 StPO berufen, der die ärztliche Dokumentation der Beschlagnahme entzieht. Gem. § 97 StPO sind die Krankenunterlagen nur dann beschlagnahmefrei, wenn der Arzt, in dessen Gewahrsam sie sich befinden, als Zeuge in dem Verfahren in Betracht kommt.

§ 97 StPO ist das letzte Glied einer Kette, die gewährleisten soll, daß jeder Patient, auch der Straftäter mit einer Verletzung, einen Arzt aufsucht, ohne Gefahr zu laufen, daß der Arzt den Ermittlungsbehörden Auskunft über die Tat geben muß (➔ Roxin: Strafverfahrensrecht). Aus diesem Grunde schützt § 203 StGB die Vertraulichkeit dessen, was sich zwischen Arzt und Patient abspielt. § 53 StPO ist das Korrelat zur Schweigepflicht und räumt dem Arzt im Gegensatz zur generellen Zeugnispflicht das Recht ein, im Strafverfahren gegen seinen Patienten die Aussage zu verweigern (Deutsches Ärzteblatt, 1982).

Da der Arzt nicht in die Rolle des Zeugen, der das entscheidende Belastungsmaterial gegen seinen Patienten als Beschuldigten liefert, gezwungen werden kann, darf auch nicht das, was der Arzt über die Behandlung dieses Patienten schriftlich niedergelegt hat, beschlagnahmt werden (§ 97 StPO). Spätestens an dieser Stelle wird deutlich: Das Beschlagnahmeverbot dient nicht etwa dem Arzt, sondern soll vielmehr den vollständigen Schutz des verletzten Rechtsbrechers gewährleisten. Aus diesem Grunde ist bei der Beschlagnahme von Krankenakten unterschiedlich zu verfahren. Ist der Arzt der Beschuldigte, also z.B. wenn gegen ihn eine Strafanzeige wegen eines Behandlungsfehlers erstattet wurde, so befindet er sich nicht in der Zeugenrolle, so daß weder § 53 noch § 97 StPO eingreifen können; die Krankenunterlagen dürfen jederzeit beschlagnahmt werden, ohne daß der Arzt oder der Patient sich dagegen wehren können (§ 97 Rn 6, NJW 1963). Anders ist jedoch die Rechtslage dann, wenn der Staatsanwalt im gleichen Ermittlungsverfahren auch die bei den vor- oder nachbehandelnden Ärzten geführten Krankenunterlagen benötigt. Diese Ärzte, die in ihren Unterlagen etwa den Status des Patienten vor einer Operation niedergelegt haben, sind nicht Beschuldigte, sondern Zeugen. In diesem Fall sind diese Krankenakten gem. § 97 StPO vor einer Beschlagnahme geschützt. § 97 Abs. 1 Nr. 2 und 3 StPO knüpft mit dem Beschlagnahmeverbot an die Zeugenrolle des § 53 StPO und das dort niedergelegte Weigerungsrecht an. Dann ist es auch gleichgültig, daß die Zeugenrolle nicht in einem Verfahren gegen den Patienten, sondern gegenüber einem Kollegen besteht.

Diese Regel erfährt aber dann eine Einschränkung, wenn der Patient den Arzt von seiner Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden hat. Bedingt durch die Verknüpfung von Zeugnisverweigerungsrecht und Beschlagnahmeverbot wirkt sich die Entbindung von der Schweigepflicht auf Zeugnisverweigerungsrecht und Beschlagnahmeverbot aus.

Gemäß § 53 Abs. 2 StPO führt die Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten dazu, daß der Arzt nicht länger das Zeugnis verweigern darf. Dies kann konsequenterweise nicht auf das präsente Wissen des Arztes beschränkt bleiben, sondern betrifft auch dessen auf dem Papier festgehaltene Erkenntnisse (➔ Müller-Dietz, 1965). In der Literatur sind die Auswirkungen des Falles, daß der Patient als Beschuldigter den Arzt von der Schweigepflicht entbindet, umstritten. Einige Autoren lehnen grundsätzlich die Möglichkeit ab, daß durch eine Entbindung von der Schweigepflicht seitens des Patienten auch das Beschlagnahmeverbot entfalle.

So wird zwar die Koppelung von Schweigepflicht, Zeugnisverweigerungsrecht und Beschlagnahmeverbot gesehen, aber die ausschließliche Verfügungsbefugnis des Arztes über die Krankenakte in den Vordergrund gerückt, nach der alle zivilrechtlichen Kompetenzen zur Verfügung über die Krankenakte beim Arzt liegen sollen (➔ Müller-Dietz, 1965). Weiter wurde versucht, diese Ansicht zu unterstützen, indem man die Identität des Inhalts der Krankenakte mit dem, was der Patient dem Arzt mitgeteilt hatte, verneinte, weil die Unterlagen durchaus Geheimnisse Dritter, die dem Patienten nicht immer bekannt sein müssen, enthalten können. Insoweit soll also der Arzt besser als der Patient beurteilen können, welche Tragweite die Entbindung im Einzelfall habe (➔ Göppinger: NJW 1963).

Diesen auf den ersten Blick sehr pragmatischen Argumenten muß allerdings entgegengehalten werden, daß sie die Verknüpfung von Zeugnisverweigerungsrecht und Beschlagnahmeverbot umgehen und de lege lata nicht zu vertreten sind (➔ Rengier, 1979). Dies mag dem Arzt im Einzelfall problematisch erscheinen, da aber mit der Entbindung gem. § 53 Abs. 2 StPO das Zeugnisverweigerungsrecht entfällt, besteht damit auch kein

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Hinderungsgrund mehr für eine Beschlagnahme. Die neuere Rechtsprechung zur ärztlichen Dokumentation stützt diese Argumente (➔ Lilie, 1980). Danach ist die Dokumentation nicht mehr ausschließlich als persönliche Gedächtnisstütze des Arztes anzusehen, sondern ist auch im Interesse des Patienten angelegt, um die vertraglichen Pflichten diesem gegenüber zu erfüllen.

Ist der Arzt in dem betreffenden Verfahren also nur Zeuge und nicht Beschuldigter, so kann er einer Beschlagnahme dann nichts entgegensetzen, wenn der anzeigende Patient ihn von seiner Schweigepflicht entbunden hat.

Fehlt es allerdings an einer wirksamen Entbindung durch den Patienten, so darf die Krankenakte beim vor- oder nachbehandelnden Arzt anders als beim beschuldigten Arzt nicht beschlagnahmt werden.

Es ist immer der Träger des Geheimhaltungsinteresses selbst, der diese Entbindungserklärung abgeben muß, da es sich hierbei um ein höchstpersönliches Recht handelt (§ 53 Rn 46, 48). Eine Vertretung dabei ist grundsätzlich ausgeschlossen.

Diese Tatsache ist dann für den Arzt als Zeugen von großer Bedeutung, wenn der Patient gestorben ist. Aus der Höchstpersönlichkeit des Rechts folgt nämlich, daß etwa von den Erben keine wirksame Entbindungserklärung abgegeben werden kann (➔ Lilie, 1980). Für die Beschlagnahme heißt das, daß diese Krankenakten dem Zugriff der Staatsanwaltschaft entzogen sind.

Da es sich hier aber nur um ein Zeugnisverweigerungsrecht und keine Pflicht handelt, liegt eine endgültige Entscheidung darüber, ob die Krankenakten herausgegeben werden, allein bei dem Arzt, in dessen Gewahrsam sie sich befinden (BGH: MDR 1980).

Unsicherheiten können für den Arzt nur dann entstehen, wenn dem Arzt keine ausdrückliche Entbindungserklärung des Patienten vorliegt. Sollte sich jemand anders als der Patient auf eine entsprechende Erklärung berufen, so wäre es ratsam, immer eine schriftliche Erklärung des Patienten zu verlangen. Diese ist allerdings dann entbehrlich, wenn der Patient etwa unter Berufung auf die eigenen Krankenunterlagen eine Strafanzeige erstattet hat (➔ Lilie, 1980).

Zusammenfassung:

Es ist festzuhalten: Die Ermittlungsbehörden haben mit § 94 Abs. 1, § 95 StPO ein Instrumentarium, welches es ermöglicht, auch ohne den Rückgriff auf eine Beschlagnahme- und Durchsuchungsanordnung den Besitz der ärztlichen Dokumentation zu erlangen.

Die Beschlagnahme der Dokumentation bei einem Arzt, der eines Behandlungsfehlers beschuldigt wurde, unterliegt keinen Beschränkungen.

Geht es allerdings um die Krankenakten des vor- oder nachbehandelnden Arztes, der nur Zeuge ist, so ist die Beschlagnahme ausgeschlossen. Diese wird aber dann möglich, wenn der betreffende Patient den Arzt von seiner Schweigepflicht wirksam entbunden hat.

Literatur:

BGH bei Holtz: MDR 1980, 815; Lilie B.: a.a.O. 96

BGH NJW 1978, 1681, und NJW 1978, 2337

Deutsches Ärzteblatt, 21 (1982) 20 (31), ausführliche Empfehlungen des 85. Deutschen Ärztetages, Rüping: Theorie und Praxis des Strafverfahrensrechts, RN 251, Kleinknecht: StPO, § 53 Rn 5

Göppinger: NJW 1958, 242, Eb. Schmidt: Lehrkommentar zur StPO, Nachträge I § 97, Rn 11

Karlsruher Kommentar zur StPO (KK)-Laufhütte: Vor § 94 Rn 5: BVerfGE 20, 186, Lilie, H.: NStZ 1981, 438

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

KK-Laufhütte: § 97 Rn 6, Müller-Dietz: a.a.O. 49, OLG Celle NJW 1963, 407

KK-Pelchen: § 53 Rn 46, 48

Lilie B.: Medizinische Datenverarbeitung, Schweigepflicht und Persönlichkeitsrecht, Göttingen (1980), 96, OLG Celle NJW 1965, 362, Löwe-Rosenberg-Meyer: § 53 Rn 64

Lilie B.: a.a.O. 98

Lilie H.: Ärztliche Dokumentation und Informationsrechte des Patienten, Frankfurt a.M. (1980) 119

Lilie H.: a.a.O. S. 128; Stürner: NJW 1978, 1230

Löwe-Rosenberg: Strafprozeßordnung, § 160 Rn 22

Müller-Dietz: Die Beschlagnahme von Krankenakten, Freiburg (1965) 76

Müller-Dietz: a.a.O. 76

Müller-Dietz: a.a.O. 93

Müller-Dietz: a.a.O. 96

Rengier: Die Zeugnisverweigerungsrechte im geltenden und künftigen Strafverfahren, Paderborn (1979) 260, Roxin: a.a.O. 190

Roxin: Strafverfahrensrecht, 16. Aufl. 190

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Keine Beschlagnahme der Krankenunterlagen bei einem ärztlichen Zeugen

Beschluß des Landgerichts Hagen vom 29.3.1993 - 41 Qs 47/93:

Ein Patient erstattete Strafanzeige wegen Körperverletzung gegen einen Krankenhausarzt. Er befreite den vor- und nachbehandelnden Arzt ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht, um dessen Zeugenaussage herbeizuführen. Auf Grund eines richterlichen Durchsuchungs- und Beschlagnahmebeschlusses wurde bei dem niedergelassenen Arzt die gesamte den Patienten betreffende medizinische Dokumentation sichergestellt. Das Landgericht hat den Beschlagnahmebeschluß aufgehoben.

Der gegenüber einem Zeugen - nicht dem Beschuldigten - erlassene Beschluß verstieß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Zunächst waren keine Gründe dafür ersichtlich, die Originalunterlagen herauszuverlangen, anstatt Ablichtungen anzufertigen. Außerdem hätte ein Auskunftsverlangen gegenüber dem Zeugen genügt.

Anhaltspunkte dafür, daß der Zeuge in der Zwischenzeit Unterlagen beiseite schaffen oder verfälschen und dann unvollständige Auskünfte erteilen oder manipulierte Unterlagen übergeben würde, waren nicht erkennbar. Schon aus diesem Grund war die Beschlagnahme unzulässig (vgl. Kleinknecht/Meyer, StPO, § 94, Rdnr. 18 m.w.N.).

Arztrecht 10/1993

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Betäubungsmittel - Rechtliche Aspekte

Zur Strafbarkeit beim Verschreiben von Ersatzdrogen

Beschluß des Bundesgerichtshofs vom 17. Mai 1991 - 3 StR 8/91

Der Wortlaut des § 13 Abs. 1 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) läßt die Auslegung zu, daß eine sozialmedizinische Indikation ausreicht, um eine Ersatzdroge zu verschreiben, z.B. um einen Opiatabhängigen unter Inkaufnahme einer fortbestehenden Abhängigkeit von dem Zwang zur Beschaffungskriminalität zu befreien. Mit dieser Feststellung hat der Bundesgerichtshof den Instanzgerichten aufgegeben, die besondere rechtliche Problematik der ambulanten Überbrückungstherapie zu berücksichtigen. Ausführungen des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Zulässigkeit der Verschreibung von sogenannten Ersatzdrogen sind keine Rechtsnorm, sondern stellen für den Richter nur eine Entscheidungshilfe dar.

Zum Sachverhalt:

Das Landgericht hatte den Angeklagten, einen praktischen Arzt, wegen unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln in zehn Fällen zu einer Gesamtgeldstrafe von 100 Tagessätzen verurteilt. Die Revision des Angeklagten hatte Erfolg.

Aus den Gründen:

Die Feststellung zum objektiven und subjektiven Tatbestand des § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a, § 13 Abs. 1 BtMG ist unvollständig, weil das Landgericht die für die rechtliche Beurteilung maßgebenden Gesichtspunkte zum Teil verkannt hat.

a) Nach § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG wird mit Freiheitsstrafe bis zu vier Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer entgegen § 13 Abs. 1 BtMG Betäubungsmittel verschreibt. Nach § 13 Abs. 1 BtMG dürfen die in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel von Ärzten nur dann verschrieben werden, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen Körper begründet ist. Der Angeklagte hat seinen drogenabhängigen Patienten L-Polamidon und in einem Fall Ritalin verschrieben. L-Polamidon ist der Handelsname für das in der Anlage III Teil A genannte Levomethadon, Ritalin der Handelsname für das dort genannte Methylphenidat (vgl. Körner, BtMG, 3. Aufl. 1990, § 29 Rdnr. 76, Anhang C 1 Nr. 15 und Nr. 49 Buchst. i). Der Bundesgerichtshof hat in früheren, an die Rechtsprechung des Reichsgerichts anknüpfenden Entscheidungen die ärztliche Begründetheit einer Betäubungsmittel-Verschreibung dann angenommen, wenn das Mittel nach den allgemein oder weitaus überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft als Heilmittel für das Leiden des Patienten geeignet ist (BGHSt 29, 6, 9; 1, 318, 322; RGSt 62, 369, 385). Ob dieser Auslegung für das Verschreiben von Ersatzdrogen für Drogenabhängige auch heute noch uneingeschränkt zu folgen ist, kann zweifelhaft sein. Der geltende § 13 Abs. 1 BtMG 1981 läßt das Verschreiben der in der Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel zu, »wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist«. Der früher geltende § 11 Abs. 1 Nr. 9 Buchst. a BtMG 1972 pönalisierte das Verschreiben von Betäubungsmitteln, »wenn die Anwendung nicht ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich ist«. Was der Gesetzgeber mit dem Verzicht auf das Wort »ärztlich« bezweckt hat, ergibt sich aus der Gesetzesbegründung (abgedruckt bei Pfeil/Hempel/ Schiedermaier/Slotty, Betäubungsmittelrecht, Stand: Januar 1987, B § 13 Rdnrn. 1-3) nicht (vgl. dazu Haffke, MedR 1990, 243, 246 Anm. 37).

Der neue Wortlaut läßt auch die Auslegung zu, daß eine sozialmedizinische Indikation zum Verschreiben ausreicht, z.B. um den Opiatabhängigen unter Inkaufnahme einer fortbestehenden Abhängigkeit von dem Zwang zur Beschaffungskriminalität zu befreien.

Ob eine solche Auslegung mit dem Zweck des Betäubungsmittelgesetzes, das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen (§ 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG), zu vereinbaren wäre, braucht der Senat nicht zu entscheiden. Jedenfalls sind an die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals »keine Begründetheit der Anwendung am oder im menschlichen Körper« strenge Anforderungen zu stellen. Denn vom

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Vorliegen dieses Merkmals hängt es ab, ob ein Arzt, der ein an sich verschreibungsfähiges Betäubungsmittel verordnet, eine Straftat begeht, die mit Freiheitsstrafe bis zu vier Jahren bedroht ist. Das grundsätzliche Gebot der Gesetzesbestimmtheit (Art. 103 Abs. 2 GG) erfordert eine Auslegung, die den Arzt als Adressat der Strafnorm klar erkennen läßt, unter welchen Voraussetzungen er sich durch das Verschreiben einer zur ärztlichen Medikation zugelassenen Ersatzdroge strafbar macht.

b) Entgegen der Ansicht des Landgerichts liegt der Tatbestand des unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln nicht schon deshalb vor, weil der Arzt durch die Verordnung der Ersatzdroge gegen die Regeln der Schulmedizin verstoßen hat. Dies würde zu einer Kriminalisierung medizinisch vertretbarer abweichender Auffassung führen und durch Strafandrohung die Entwicklung neuer Therapien verhindern.

Vielmehr ist anerkannt, daß die Verfahren der Schulmedizin nicht ohne weiteres mit den für die strafrechtliche Auslegung maßgeblichen Regeln der ärztlichen Kunst gleichzusetzen sind (Dreher/Tröndle, StGB, 45. Aufl. 1991, § 223 Rdnr. 9 c; Eser, in: Schönke/Schröder, StGB, 23. Aufl. 1988, § 223 Rdnr. 35; Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 655; Laufs, Arztrecht, 4. Aufl. 1988, Rdnrn. 336 ff.; Moll, Strafrechtliche Aspekte der Behandlung Opiatabhängiger mit Methadon und Codein, 1990, S. 234/235). Die Regeln der ärztlichen Kunst belassen einem Arzt gerade auf einem medizinisch umstrittenen Gebiet wie dem der Verschreibung von Ersatzdrogen für Drogenabhängige (Überblick bei Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 647) einen von ihm zu verantwortenden Risikobereich. Erst wenn die dem Arzt zuzubilligende Risikogrenze eindeutig überschritten ist (vgl. BGHSt 29, 6, 11), greift die Strafnorm des § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG ein, und zwar unabhängig davon, ob für die berufsrechtliche oder verwaltungsrechtliche Beurteilung ein strenger Maßstab anzulegen ist.

c) Auch dem Vorstand der Bundesärztekammer fehlt die ihm vom Landgericht zugeschriebene »Richtlinienkompetenz«, einen für den Strafrichter verbindlichen Indikationenkatalog dafür aufzustellen, wann das Verschreiben von Ersatzdrogen zulässig ist. Empfehlungen der ärztlichen Berufsorganisationen sind für den Richter, der in eigener Verantwortung über das Vorliegen der den Straftatbestand des § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. a BtMG ausfüllenden Norm des § 13 Abs. 1 BtMG zu entscheiden hat, zwar eine Entscheidungshilfe, entbinden ihn aber nicht von der Verpflichtung, auch unter Berücksichtigung abweichender Stellungnahmen der ärztlichen Wissenschaft in jedem einer Verurteilung zugrundegelegten Einzelfall zu prüfen, ob die Verschreibung des Betäubungsmittels begründet war. Die Äußerung des Vorstandes der Bundesärztekammer ist keine Rechtsnorm, die die in § 13 Abs. 1 BtMG festgelegte Strafbarkeitsgrenze zu konkretisieren vermag (vgl. BVerfGE 76, 171 zu den von der Bundesrechtsanwaltskammer festgestellten Richtlinien des anwaltlichen Standesrechts).

d) Darüber hinaus hat das Landgericht nicht bedacht, daß selbst die von ihm - zu Unrecht - für rechtlich entscheidend angesehenen Richtlinien des Vorstandes der Bundesärztekammer aus dem Jahre 1988 (Dt. Ärztebl. 1988, 192 f.) die dort aufgeführten Indikationen (u.a. Drogenabhängige mit lebensbedrohlichen Zuständen im Entzug, Drogenentzug bei schweren konsumierenden Erkrankungen, drogenabhängige Aids-Kranke mit fortgeschrittener manifester Erkrankung) ausdrücklich nur als Beispielsfälle nennen, so daß auch sie Raum für eine einzelfallbezogene Annahme einer anderen Indikation lassen.

In der Stellungnahme des Vorstandes der Bundesärztekammer zu diesen Indikationen heißt es: »Solche Behandlungen sollen nur von in der Therapie von Drogenabhängigen erfahrenen Ärzten in Institutionen und unter strenger Kontrolle erfolgen«. Dies hat das Landgericht dahin gedeutet, daß sich der Angeklagte unabhängig von der Feststellung einer medizinischen Indikation für das Verschreiben einer Ersatzdroge schon deshalb strafbar gemacht habe, weil die ambulante Verabreichung von Methadon mit der deutschen Schulmedizin nicht in Einklang zu bringen sei. Ambulante Betreuung ohne Einbindung des Patienten in ein übergreifendes therapeutisches Behandlungsprogramm mag zwar im Regelfall gegen die Begründetheit der Anwendung von Ersatzdrogen sprechen. Ausnahmen sind jedoch denkbar, etwa wenn der Arzt auch bei ambulanter Behandlung die erforderliche strenge Kontrolle gewährleisten kann (vgl. Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 656 a. E.; BGHSt 29, 6: ausreichende Vorsorge dafür, daß der Patient das Mittel verschreibungsmäßig gebraucht). Das Landgericht hätte daher unter Berücksichtigung dessen, daß der Angeklagte die Einnahme von Polamidon - von der Einschaltung einer Vertrauensperson im Falle M. abgesehen - selbst überwacht, die Patienten mindestens einmal in der Woche untersucht und immer kleiner werdende Dosen verschrieben hat, eine einzelfallbezogene Prüfung und Abwägung vornehmen müssen. Da der Angeklagte lebensbedrohende Zustände bei einem Teil seiner Patienten behauptet hat und die festgestellten Krankheitssymptome auch die weitere Indikation einer schweren konsumierenden Erkrankung nicht von vornherein ausschließen, hätte sich das Landgericht nicht darauf beschränken dürfen, nur die Wertung des Sachverständigen (»lebensbedrohlicher Befund nicht zu

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

diagnostizieren«) mitzuteilen. Ohne tatrichterliche Subsumtion ist dem Senat eine rechtliche Überprüfung nicht möglich, auch nicht dahin, ob der Sachverständige bei seinen lediglich anhand der Patientenkartei getroffenen Diagnosen dort nicht festgehaltene, aber vom Angeklagten unwiderlegt beschriebene schwerste Krankheitsbilder berücksichtigt hat.

e) Hinzu kommt folgendes: Nach den Feststellungen verfolgte der Angeklagte in den abgeurteilten Fällen den Zweck, die Patienten bis zum bevorstehenden Antritt einer Therapie oder einer Haftstrafe zu stabilisieren. Das Landgericht hätte sich daher auch mit der besonderen rechtlichen Problematik der »ambulanten Überbrückungstherapie« auseinandersetzen müssen. Diese ist von der ambulanten Entzugsmedikation zu unterscheiden. Ziel der ambulanten Überbrückungstherapie ist es, die Versorgung eines Drogenabhängigen bis zur stationären Aufnahme zur Langzeitbehandlung zu gewährleisten. Schon das Reichsgericht hat das ärztliche Verschreiben von Betäubungsmitteln für zulässig angesehen, wenn es »bis zum Beginn eines fest vereinbarten, aber aus äußeren Gründen nicht sofort durchführbaren Heilverfahrens« ärztlich angezeigt ist (RGSt 62, 369, 386). Das ist auch unter der Geltung des BtMG 1981 zulässig (vgl. Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 657; Moll, a.a.O., S. 168/169). Da das Landgericht den Sachverhalt unter diesem rechtlichen Gesichtspunkt nicht, auch nicht zu etwaigen in diese Richtung gehenden Fehlvorstellungen des Angeklagten näher aufgeklärt hat, fehlt dem Senat die tatsächliche Grundlage für Darlegungen, unter welchen Voraussetzungen im einzelnen der Angeklagte eine ambulante Überbrückungstherapie für zulässig halten durfte.

f) Schließlich reichen auch die Erwägungen des Landgerichts zur Schuld des Angeklagten nicht aus. In Fällen der vorliegenden Art ist nicht nur zu prüfen, ob der von der ärztlichen Begründetheit seiner Medikation überzeugte Angeklagte einem Verbotsirrtum unterlegen ist (BGH, NJW 1979, 1943, 1944, insoweit in BGHSt 29, 6 ff. nicht abgedruckt), sondern auch, ob er sich in einem den Vorsatz ausschließenden Tatbestandsirrtum befunden hat. Das kommt z.B. in Betracht, wenn der Angeklagte bei einem Patienten die tatsächlichen Voraussetzungen für ein erlaubtes Verschreiben verkannt hat. Auch wenn dies auf grober Fahrlässigkeit beruhen würde, entfiele die Strafbarkeit. Denn nach § 29 Abs. 4 BtMG ist Fahrlässigkeit nur bei unerlaubtem Verabreichen oder unerlaubtem Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch, nicht aber bei unerlaubtem Verschreiben strafbar. Ob bei fahrlässigem Inverkehrbringen durch Verschreiben etwas anderes gilt (vgl. hierzu Körner, a.a.O., § 29 Rdnr. 512), kann offenbleiben, weil für eine solche Fallgestaltung keine Anhaltspunkte bestehen.

Mitgeteilt von Rechtsanwalt Dr. B. Debong, Karlsruhe

Aus Arztrecht 8/1992

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Anordnung des Ruhens der Approbation an Arzt wegen Betäubungsmittelmißbrauchs

Beschluß des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg vom 19. Juli 1991 - 9 S 1227/91

1. Das Schwergewicht des strafrechtlichen Vorwurfs und gleichzeitig des Vorwurfs, der Antragsteller besitze durch sein Verhalten nicht mehr das zur Ausübung des ärztlichen Berufs erforderliche Ansehen und Vertrauen (»Unwürdigkeit«) und biete keine Gewähr, daß er künftig seine beruflichen Pflichten zuverlässig erfüllen werde (»Unzuverlässigkeit«), ist der Verdacht, daß er als Chefarzt der Anästhesie über einen nennenswerten Zeitraum hinweg zum Eigenkonsum während der Dienstzeit Betäubungsmittel entwendet hat, darunter auch solche, die zur Anwendung bei Patienten während operativer Eingriffe vorgesehen und erforderlich waren, wodurch es in vielen Fällen zur Gefährdung von Patienten während der Narkose gekommen ist. Ein solches Verhalten stellt eine schwere Verletzung der ärztlichen Berufspflichten in ihrem Kern dar, Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Von einem Arzt, der seinen Dienst unter dem Einfluß von Betäubungsmitteln ausübt, nachdem er diese seinen Patienten entzogen hat, obwohl sie dringend auf sie angewiesen waren, geht gleichzeitig eine mittelbare und eine unmittelbare Gefahr für Leben und Gesundheit der sich ihm anvertrauenden Kranken aus. Von ihm muß wegen der Art und Häufigkeit seiner Taten angenommen werden, daß er auf Grund einer schwerwiegenden charakterlichen Fehlhaltung auch in der Zukunft in vergleichbarer Weise handeln wird. Das Verhalten weist daher nicht nur einen erheblichen Unrechtsgehalt auf, sondern es läßt seine weitere ärztliche Tätigkeit als Risiko erscheinen, das im öffentlichen Gesundheitsinteresse nicht hingenommen werden kann. Der Betäubungsmittelmißbrauch eines Arztes in Verbindung mit einer an Gewissenlosigkeit grenzenden Gefährdung von Patienten in der Narkose, einem Zustand völligen Ausgeliefertseins während eines schwerwiegenden Eingriffs in die Körperintegrität, erfährt darüber hinaus im Urteil der Öffentlichkeit eine außerordentliche Mißbilligung. Die Glaubwürdigkeit des ärztlichen Berufsstands, die für den Bestand des gesundheitspolitisch überaus wichtigen Vertrauensverhältnisses erforderlich ist, das zwischen Arzt und Patient bestehen muß und jeder Heilbehandlung förderlich ist, gebiete daher den Ausschluß eines solchen Arztes, wenn nicht das öffentliche Interesse auch unter diesem Gesichtspunkt Schaden leiden soll. Das Leben und die Gesundheit von Patienten sowie das öffentliche Interesse an der Aufrechterhaltung eines vertrauenswürdigen ärztlichen Berufsstands haben auch in Anbetracht des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit Vorrang vor der Berufsfreiheit des Arztes und rechtfertigen daher, ihm die Berufsausübung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 Bundesärzteordnung (BÄO) vorläufig zu untersagen, wenn die Dringlichkeit des Tatverdachts seine Verurteilung wahrscheinlich macht. Unbeschadet dessen, daß die Täterschaft des Antragstellers derzeit nicht als erwiesen gelten kann, erlauben die vorliegenden Erkenntnisse und Beweismittel die Würdigung, daß er die ihm vorgeworfenen Taten auch tatsächlich begangen hat. Eine solche Bewertung ist der Verwaltungsbehörde und den Verwaltungsgerichten entgegen der Auffassung des Antragstellers nicht verwehrt.

2. Die sofortige Vollziehung der Ruhensanordnung ist unter dem rechtlichen Aspekt der Berufsunwürdigkeit erforderlich. Mit dem Tatbestandsmerkmal der Berufsunwürdigkeit wird, wie dargelegt, das Ansehen des ärztlichen Berufsstandes geschützt, und zwar nicht um seiner selbst willen, sondern um des Vertrauens willen, das die Öffentlichkeit den Angehörigen des Arztberufs entgegenbringen soll. Das Ansehen und Vertrauen in die Ärzteschaft ist daher ein Element des wichtigen Gemeinschaftsgutes der Volksgesundheit (§ 1 Abs. 1 BÄO), das als solches vor Gefährdung in Schutz genommen werden muß; einer gleichzeitigen Gefährdung bestimmter oder bestimmbarer Personen bedarf es nicht. Diesem Schutzgut würde Schaden zugefügt, wenn die Öffentlichkeit damit rechnen müßte, daß ein Arzt die Heilkunde weiter ausüben dürfte, der mit hoher Wahrscheinlichkeit in besonders verwerflicher Weise gegen seine Pflichten verstoßen hat, wie es im vorliegenden Falle anzunehmen ist. Denn dies bedeutete, daß die Bevölkerung sich nicht mehr davor sicher fühlen könnte, von unter Betäubungsmitteln stehenden Ärzten behandelt und dabei in Lebens- und Gesundheitsgefahr gebracht zu werden. Ein solches Ansehensrisiko bestünde nicht, wenn die Verfehlungen nicht in die Öffentlichkeit getragen worden wären und dies auch nicht konkret zu besorgen wäre. So liegt der Fall des Antragstellers aber nicht. Der Tatverdacht ist einer größeren Anzahl von Angehörigen des Pflegepersonals im Kreiskrankenhaus bekannt. Die Große Strafkammer des Landgerichts hat im Mai und Juni 1991 mehrfach öffentlich verhandelt. Den Vorwürfen ist eine hohe Öffentlichkeitswirksamkeit eigen. Der Fall ist daher mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit entweder bereits in der Öffentlichkeit bekannt oder dies kann jederzeit geschehen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Arztrecht 5/1992

§ 37 BtMG

Absehen von der Verfolgung

§ 37 BtMG schafft die Möglichkeit, daß, wenn eine Straftat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurde und keine höhere Strafe als eine Freiheitsstrafe bis zu 2 Jahren zu erwarten ist, die Staatsanwaltschaft mit Zustimmung des für die Eröffnung des Hauptverfahrens zuständigen Gerichts vorläufig von Anklageerhebung absehen kann, wenn der Beschuldigte nachweist, daß er sich seit mindestens 3 Monaten in einer Rehabilitationsbehandlung im Sinne des § 35 Abs. 1 befindet.

Wenn Anklage bereits erhoben ist, kann bis zum Ende der Hauptverhandlung das Verfahren vorläufig eingestellt werden. Die Entscheidung der Staatsanwaltschaft, ob Anklage erhoben oder davon abgesehen werden soll, liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Staatsanwaltschaft. Bei § 37 Abs. 1 handelt es sich nicht um eine Mußvorschrift. Das Verfahren wird von der Staatsanwaltschaft fortgesetzt, wenn der Beschuldigte die Behandlung nicht bis zu ihrem vorgeschriebenen Abschluß fortsetzt, die Fortführung der Behandlung nicht nachweist, einen erneuten Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz begeht oder wenn durch neue Tatsachen oder Beweismittel eine höhere Straferwartung als 2 Jahre Freiheitsstrafe naheliegt. Die Erwartung einer Resozialisierung entfällt jedoch nicht alleine durch einen einmaligen Rückfall in den Drogenkonsum. Obwohl Jugendstrafe nicht Freiheitsstrafe im Sinne des Gesetzes, sondern Erziehungsstrafe ist, ermöglicht § 48 BtMG die Zurückstellung auch der Jugendstrafe, wenn neben der Therapiezusage auch die Einwilligung des Erziehungsberechtigten und gesetzlichen Vertreters vorliegt.

Erforderlich ist für die Zurückstellung der Strafvollstreckung noch, daß das Gericht, das in erster Instanz verurteilt hat, die Zustimmung zur Zurückstellung erteilt. Weder die Zustimmung des Gerichts noch die Versagung der Zustimmung durch das Gericht können von der Vollstreckungsbehörde oder dem Antragsteller angegriffen werden. Die Entscheidung des Gerichts ist bindend. Liegt sie nicht vor, dann darf die Vollstreckungsbehörde nicht zurückstellen. Möglich ist allerdings, daß ein neuer Antrag auf Zurückstellung nach § 35 BtMG gestellt wird. Dies ist allerdings nur sinnvoll, wenn zwischenzeitlich neue Umstände, die eine andere Beurteilung angezeigt erscheinen lassen, vorliegen.

Während der Behandlung ist der Drogenabhängige nach § 35 Abs. 3 verpflichtet, der Vollstreckungsbehörde die Aufnahme und Fortführung der Behandlung zu bestimmten Zeitpunkten nachzuweisen und auch seine Therapeuten von der Schweigepflicht zu entbinden. Eine 2- bis 3-monatige Meldung durch die Therapieeinrichtung oder durch den Klienten reicht aus. Die Therapieeinrichtung ist verpflichtet, den Nichtantritt der Therapie, den Behandlungsbeginn, den Behandlungsabbruch und das Behandlungsende des Verurteilten der Justiz mitzuteilen. Die für die Therapieeinrichtung gesetzlich geregelte Meldepflicht hat bei den Therapieeinrichtungen und Drogenarbeitern starke Kritik bis zur Ablehnung hervorgerufen. Noch immer wird teilweise die Abschaffung der Rückmeldepflicht bei Therapieabbruch verlangt, weil sie Therapie zur Strafe werden lasse, das therapeutische Vertrauensverhältnis störe, die Schweigepflicht verletze und den freien Zu- und Abgang zur Drogentherapie behindere. Dem wird entgegengehalten, daß mit dem Abbruch der Behandlung das Vertrauensverhältnis beendet und der Probant durch den Abbruch einer erhöhten Rückfall- und Suizidgefahr ausgesetzt ist. Darüberhinaus habe die Vollstreckungsbehörde ein erhebliches Interesse daran, möglichst bald zu wissen, wenn der Klient die Einrichtung verlassen hat, zumal die Strafe nur hinsichtlich der Vollstreckung zurückgestellt, nicht aber zur Bewährung ausgesetzt ist. Einigkeit besteht zwischenzeitlich in der Literatur, daß eine vorübergehende Abwesenheit von der Therapieeinrichtung eine Unterbrechung, aber noch kein Abbruch der Therapie ist. Abbruch ist ein Verhalten, aus dem der Schluß gezogen werden kann, daß der Straftäter die Therapie nicht fortsetzen will. Da Erfahrungen gezeigt haben, daß der Klient nach einer Abwesenheit von 1 bis 6 Tagen häufig zur Therapieeinrichtung zurückkehrt, haben die Drogenbeauftragten von Bund und Ländern vereinbart, landesrechtlich zu empfehlen, eine unerlaubte Abwesenheit von länger als 7 Tagen als Therapieabbruch anzusehen. Daraus kann auch der Schluß gezogen werden, daß die Therapieeinrichtung spätestens am 7. Tage nach Verlassen der Einrichtung die Vollstreckungsbehörde informiert. Wenn der Drogenabhängige nach kurzer Zeit zur Einrichtung zurückkehrt und die Behandlung fortsetzt, sollten die

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Vollstreckungsbehörden und Therapieeinrichtungen die Möglichkeiten zur Fortsetzung der Behandlung großzügig handhaben. Von Bedeutung für die Therapieeinrichtung ist schließlich, daß sie zur Erhaltung des Vertrauensverhältnisses darauf achten sollten, mit Ausnahme des Zeitpunktes des Abbruchs keine Informationen über den Therapieverlauf abzugeben, wenn der Betroffene die behandelnden Personen nicht von der Schweigepflicht entbindet.

§ 35 Abs. 4-6 regelt die Voraussetzungen des Widerrufs der Zurückstellung. Insbesondere widerruft die Vollstreckungsbehörde die Zurückstellung, wenn die Behandlung nicht begonnen oder nicht fortgeführt wird, wenn die Aufnahme und Fortführung der Behandlung nicht nachgewiesen wurde, wenn bei nachträglicher Bildung einer Gesamtstrafe nicht auch deren Vollstreckung zurückgestellt wurde, oder wenn eine weitere gegen den Verurteilten erkannte Freiheitsstrafe zu vollstrecken ist.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Betäubungsmittel - Sicherstellung

Kasuistik

Ein 25jähriger Patient wird unter dem Vollbild einer Kokain-Intoxikation in der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg aufgenommen. Bei Übergabe der Wertsachen an das Pflegepersonal werden neun Kokainbriefchen entdeckt. Das Rauschgift wird zusammen mit Marihuana, Haschisch und weiterem Kokain, das der Patient am folgenden Tag freiwillig aushändigt, anfänglich mit seinem Einverständnis, später gegen seinen erklärten Willen, im Stationstresor verwahrt. Drei Tage nach der Aufnahme war die Kokainintoxikation weitgehend abgeklungen. Zu diesem Zeitpunkt bestand der Patient auf Entlassung, aber auch auf Rückgabe des Rauschgifts.

Aus medizinischer Sicht war dieser Fall wenig problematisch. Nach Anamnese, Befund sowie dem Ergebnis einer toxikologischen Untersuchung bestand an der Diagnose einer Kokainpsychose kein Zweifel. Hinsichtlich der Behandlung und Entlassung war die rechtliche Situation insofern eindeutig, als der Patient in der Lage war, rechtswirksame Erklärungen abzugeben, und eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung nicht bestand, so daß Maßnahmen gegen seinen erklärten Willen nicht berechtigt gewesen wären.

Rechtliche Probleme:

Als weitaus schwieriger erwiesen sich jedoch die juristischen Fragen hinsichtlich des sichergestellten Kokains. So war zu prüfen, ob die Ärzte sich nicht durch die Verwahrung des Rauschgifts im Stationstresor strafbar gemacht hatten. Bereits die Sicherstellung der Drogen für 3 Tage könnte als »Besitz« im Sinne des § 29 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) anzusehen sein, doch kam in diesem Fall eine derartige Annahme nicht in Betracht, da die Verwahrung aus Fürsorgegründen erfolgt war (s. Körner). Die Inverwahrnahme schien bei einer Güterabwägung gemäß § 34 StGB unter Berücksichtigung der Stationssicherheit gerechtfertigt zu sein.

Unklar war weiterhin, ob das Rauschgift bei Entlassung an den Patienten zurückgegeben werden durfte oder gar mußte. Nach § 985 und § 823 BGB hatte der Patient als Eigentümer der Drogen zivilrechtlich einen Herausgabe- bzw. Schadensersatzanspruch. Fraglich war allerdings, ob die Eigentumsrechte hinsichtlich des Rauschgifts wegen Verstoßes gegen die guten Sitten überhaupt hätten wirksam ausgeübt werden können. Bei einer Güterabwägung gemäß § 34 StGB jedenfalls erwiesen sich die Fürsorgegründe wiederum als das höhere Rechtsgut und somit die Zurückhaltung der Drogen als zulässig (s. Rieger). Die Aushändigung des Rauschgifts wäre auch nach den Bestimmungen des BtMG nicht legitim gewesen: Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung stellt die Rückgabe von Betäubungsmitteln an den unmittelbaren Vorbesitzer zwar keine Abgabe im Sinne des § 29 BtMG dar, weil der Kreis der Teilnehmer an dem Betäubungsmittelverkehr dadurch nicht vergrößert wird (s. Schmidt). Doch wäre durch die Rückgabe die Verfügungsgewalt wieder auf den Patienten übergegangen und damit auf jeden Fall das Tatbestandsmerkmal des »Inverkehrbringens« erfüllt gewesen.

In der geschilderten Situation hätte die Aushändigung sogar die Verwirklichung eines besonders schweren Falles nach § 29 Abs. 3 Nr. 4 BtMG bedeutet.

Der besonders schwere Fall wird durch den Begriff der »nicht geringen Menge« definiert, die im Gesetz nicht festgelegt ist und deren Bestimmung damit der Rechtsprechung zufällt.

So hat das Oberlandesgericht (OLG) Karlsruhe 1978 bei 9 g Kokain (OLG Karlsruhe) eine nicht geringe Menge als gegeben erachtet; an anderer Stelle ist die Grenze zum besonders schweren Fall über 30 Konsumeinheiten definiert worden (s. Hügel-Junge), wobei als eine Einheit die mittlere tägliche Einstiegsdosis festgesetzt wird, die bei Kokain 30-100 mg beträgt.

Da der Reinheitsgrad von Kokain im Zwischenhandel in Einzelfällen bis 90 % betragen kann, hielten die Autoren mit etwa 9 g Kokain ohne Zweifel eine »nicht geringe Menge« unter Verschluß.

Die Rückgabe des Betäubungsmittels bei Entlassung wäre somit einer Beihilfe zum Rauschgifthandel in einem besonders schweren Fall gleichgekommen, weil der Patient sich nach eigenen Angaben das Rauschgift beschafft hatte, um damit Handel zu treiben.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Bei Berücksichtigung der verschiedenen Gesetze folgte also: Das Rauschgift durfte bei Entlassung dem Patienten nicht nur nicht zurückgegeben werden, es durfte ebensowenig im Besitz der behandelnden Ärzte bleiben.

Weitere Folgerung: Die Ärzte durften aufgrund gesetzlicher Bestimmungen das Rauschgift nicht behalten, es dem Patienten einerseits auch nicht zurückgeben, andererseits ihm ebensowenig die Herausgabe verweigern, noch gegen seinen Willen das Rauschgift vernichten.

Literatur

Körner: Betäubungsmittelrecht, 1982, Anm. 188 zu § 29.

Vgl. Rieger, H.-J.: Wegnahme von Medikamenten zum eigenen Schutz des Patienten. Dtsch. med. Wschr. 109, 1860 (1984).

BGH, Neue jur. Wschr., 1337 (1982); BGH, Monatsschrift für deutsches Recht (MDR), 512 (1988); Schmidt: MDR, 881 f. (1982).

OLG Karlsruhe, Neue jur. Wschr. 1978, 1697.

Hügel-Junge: Deutsches Betäubungsmittelgesetz, 6. erneuerte Auflage, § 29 BtMG Rdnr. 27.3 mit weiteren Nachweisen (1984).

Megges, G., Steinke, W., Wasilewski, J.: Die Präzisierung des Begriffs »nicht geringe Menge« im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes. Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ), 163 f. (1985).

BGH Neue jur. Wschr. 1985, 2771.

NStZ 1984, 286 m. Anm. Endriß.

Lenckner, in: Schönke-Schröder; Strafgesetzbuch, Kommentar, 21. Aufl. München 1982, Rdnr. 31.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Rentenversicherung muß auch Entgiftung zahlen

Das Bundessozialgericht in Kassel hat grundsätzlich entschieden, daß bei Alkohol- und Drogenabhängigen, die keiner Krankenversicherung angehören, die Rentenversicherung vor den eigentlichen Entwöhnungskuren auch für die Entgiftungsbehandlung aufkommen muß, die sonst als Krankenbehandlung zu Lasten der Krankenkassen geht.

Das Bundessozialgericht entsprach damit der Klage des Krankenhauszweckverbands in Augsburg, der von der Landesversicherungsanstalt Schwaben die Kosten für die Entgiftungsbehandlung von sieben Suchtkranken verlangte, denen die Landesversicherungsanstalt Entwöhnungskuren bewilligt hatte. Die Patienten konnten aber die Entwöhnungskuren ohne die vorausgegangene Entgiftungsbehandlung nicht antreten. Die Patienten sind nicht krankenversichert.

Der Krankenhausträger hat nach der Feststellung des Bundessozialgerichts mit der Entgiftungsbehandlung infolgedessen ein Geschäft der Rentenversicherung betrieben. Der anders lautende Wille der Landesversicherungsanstalt ist nach Auffassung des Bundessozialgerichts unerheblich, weil die der Entwöhnungskur vorausgehende Entgiftungsbehandlung im öffentlichen Interesse lag. Das Krankenhaus hat damit zwar zunächst ein Geschäft ohne ausdrücklichen Auftrag der Landesversicherungsanstalt getätigt, die Rentenversicherung muß aber jetzt nachträglich dafür aufkommen.

Das Sozialgericht erster Instanz in Augsburg hatte dagegen die Klage des Krankenhauszweckverbandes abgewiesen, weil die akute Entgiftungsbehandlung keine Kur im Sinne einer Rehabilitationsmaßnahme ist.

Aktenzeichen: 5 RJ 39-89

Keine fahrlässige Tötung durch den Arzt, wenn der süchtige Patient die Dosis der substituierenden Medikamente überschreitet

Verschreibt ein Arzt einem süchtigen Patienten substituierende Medikamente und klärt er ihn bei der Verordnung darüber auf, daß die Dosisüberschreitung tödlich sein kann, ist er nicht wegen fahrlässiger Tötung strafbar, wenn der Patient an einer Überdosis der Medikamente stirbt. Der Behandlungsvertrag begründet für den Arzt zwar die Verpflichtung, Schaden von seinem Patienten abzuwenden. Er geht jedoch nicht so weit, den eigenverantwortlichen Patienten vor sich selbst zu schützen. Mit dem Behandlungsvertrag gibt ein Patient insbesondere auch seine Verantwortlichkeit und Entscheidungsfreiheit für sich nicht ab - wie nicht zuletzt daraus ersichtlich ist, daß er Anspruch darauf behält, in vollem Umfang über die Behandlung aufgeklärt zu werden, damit er auf der Grundlage eines richtigen Sachverhalts über sich entscheiden kann.

Urteil des Landgerichts Kiel vom 1.11.1989 - I Kls 2/87

Volle Fahrt zurück in der Drogenpolitik

Schweizer Regierung will Rauschgiftkonsum doch weiter bestrafen

bca. **Zürich** (Eigener Bericht) - Die Schweizer Regierung will an ihrem harten Kurs in der Drogenpolitik festhalten, obwohl sie dafür bei Patienten, Fachleuten und betroffenen Organisationen wenig Unterstützung findet. Eine teilweise Liberalisierung des Rauschgiftkonsums und -handels, wie sie von der großen Mehrheit der Schweizer Kantone, Parteien und Hilfsorganisationen befürwortet wird, kommt nach dem Willen der Regierung nicht in Frage: Kleinhandel und Konsum sollen weiterhin bestraft werden. Noch im Oktober vergangenen Jahres hatten sich die zuständigen Behörden und Drogenexperten für die Straflosigkeit des Konsums aller Drogen und damit für eine Änderung des jetzigen Betäubungsmittelgesetzes ausgesprochen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Die Schweizer Bischöfe hatten in ihrer Stellungnahme argumentiert, der Drogenabhängige sei krank und gehöre nicht vor den Strafrichter. In einer früheren Umfrage äußerten sich auch 75 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer gegen die Bestrafung von Drogenkonsumenten. Die in mehreren Städten praktizierte Abgabe von sterilen Spritzen an Süchtige wird gemäß der Umfrage ebenfalls von der Mehrheit der Bevölkerung unterstützt.

Demzufolge spiegeln nun die meisten Reaktionen auf die harte Haltung der Regierung Enttäuschung wider. Zwar will Innenminister Flavio Cotti prüfen, ob für erstmalige Drogenkonsumenten künftig anstelle der Strafe eine Therapie verordnet werden solle. Auch will er mit entsprechenden Vorbeugungs- und Betreuungsmaßnahmen die Zahl der Drogenabhängigen bis 1993 stabilisieren und in fünf Jahren um 20 Prozent reduzieren. Mit ihrer Entscheidung setzt sich die Regierung aber über die Empfehlungen einer eidgenössischen Betäubungsmittel-Kommission hinweg, den Drogenkonsum und die Beschaffung zum Eigengebrauch nicht mehr zu ahnden und vermehrt auf Prävention zu setzen. Cotti argumentierte, die Nachbarländer der Schweiz bestraften ausnahmslos den Drogenkonsum und den Kleinhandel. Ein Alleingang der Schweiz mitten in Europa - so Cotti - wäre unverantwortlich.

Während die Sozialdemokratische Partei die »neue alte« Drogenpolitik der Regierung rundweg ablehnt, stoßen die Maßnahmen im Großteil des bürgerlichen Lagers ebenfalls auf wenig Gegenliebe. Nach offiziellen Schätzungen gibt es in der Schweiz 17 000 bis 25 000 Konsumenten von harten Drogen und rund eine halbe Million, die mindestens einmal Haschisch konsumiert haben.

Pharmakonzern droht Schadenersatzklage

- Dem Pharmakonzern **Hoffmann-LaRoche** droht eine Schadenersatzklage, die nach Meinung der Londoner *Times* zur größten Personenhaftungsklage der britischen Rechtsgeschichte werden könnte. Ein Richter am Londoner High Court erteilte 3 000 Klägern, angeblich »Abhängigen« des Beruhigungsmittels Valium, jetzt die Erlaubnis, eine Sammelklage gegen die britische Tochter des Basler Konzerns anzustrengen. Etwa 570 britische Rechtsanwaltsfirmen sind bereits seit November mit der Vorbereitung der Klage befaßt. Diese würde sich auch gegen die britische Firma John Wyeth & Brother richten. Der Richter billigte eine Liste von 15 Drogen des Wirkstoffes Benzodiazepin, die in die Sammelklage einbezogen werden könnten. Möglichst schnell sollte dabei festgestellt werden, ob neben Roche und Wyeth auch gegen andere Hersteller Klagen eingereicht würden. Zu den in diesem Zusammenhang genannten Drogen gehören u.a. Librium, Mogadan, Serenid, Nobrium, Tranxilium, Dalmadorm, Halcion, Frisium, Noctamid, Rohypnol, Lexotanil u.a.

Die Klagen werden sich darauf stützen, daß die Hersteller es versäumt hätten, ausreichend vor dem Suchtpotential dieser Drogen gewarnt zu haben. Der Richter des High Courts, Justice Ian Kennedy, äußerte die Auffassung, daß bei Klagen dieser Art nur in den seltensten Fällen der Schadenersatz pro Person 10 000 Pfund erreichte, oder diese Summe gar überschreite.

Drogensüchtige Mutter nach Tod von Baby inhaftiert

Corona (AFP) - Die US-Justiz hat eine drogenabhängige Frau angeklagt und in Haft genommen, deren Baby gestorben war, nachdem sie es mit rauschgiftinfizierter Muttermilch gestillt hatte. Wie am Samstag aus Justizkreisen bekannt wurde, wird die Frau beschuldigt, das Leben ihres Kindes gefährdet zu haben. In Blut, der Galle und Magen des Babys seien Spuren von aufputschenden Methamphetaminen gefunden worden. Es handele sich um eine Tötung durch die Einnahme von Amphetaminen.

Mit Haschisch und Valium am Steuer

München (dpa) - Eine zunehmende Flut von Haschischbefunden bei Verkehrsteilnehmern registrieren die Gerichtsmediziner. Professor Wolfgang Eisenmenger vom Institut für Rechtsmedizin in München erklärte, Urinuntersuchungen bei oberbayerischen Straftätern auf Medikamenteneinnahme hätten ergeben, daß bei 15 Prozent dieser Personen Cannabisinhaltsstoffe im Blut gefunden wurden, 20 Prozent hatten Rückstände von Beruhigungsmitteln wie Valium im Blut.

Den Gerichtsmedizinern sei es jedoch bisher nicht möglich, eine einheitliche Bezugsgröße zwischen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Haschischkonsum und Fahruntauglichkeit herzustellen, sagte Eisenmenger. Die Haschischsubstanz sei noch eine Woche nach dem Genuß im Urin nachweisbar. Um Aussagen über einen Rausch abgeben zu können, müsse gleichzeitig Cannabis im Blut gefunden werden. Da sich die Haschischinhaltsstoffe im Fettgewebe ablagern, könne es noch Tage nach dem Konsum zu sogenannten »Echoräuschen« kommen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Strafverfahren gegen Ärzte

Urteile und Schriftverkehr

Zur Strafbarkeit eines behandelnden Arztes wegen vorsätzlicher Körperverletzung, bei Drogensubstitution

Urteil des Bayerischen Obersten Landesgerichts

Der 4. Strafsenat des Bayerischen Obersten Landesgerichts hat in dem Strafverfahren gegen Dr. A. K. wegen vorsätzlicher Körperverletzung für Recht erkannt:

I. Die Revision der Staatsanwaltschaft gegen das Urteil des Landgerichts Aschaffenburg vom 9.3.1994 wird als unbegründet verworfen.

II. Die Staatskasse trägt die durch das Rechtsmittel entstandenen Kosten und notwendigen Auslagen des Angeklagten.

Gründe:

I.

Das Amtsgericht - Schöffengericht - Aschaffenburg verurteilte den Angeklagten am 23.9.1992 wegen fahrlässiger Körperverletzung in vier Fällen zur Gesamtgeldstrafe von 80 Tagessätzen à 100 DM.

Auf seine hiergegen eingelegte Berufung sprach das Landgericht Aschaffenburg den Angeklagten am 9.3.1994 frei. Es ist von folgenden Feststellungen ausgegangen:

Der Angeklagte ist Arzt für Allgemeinmedizin. Mit den Problemen der Suchtkrankheit infolge einer Betäubungsmittelabhängigkeit war er während seiner Ausbildung kaum befaßt, hat sich jedoch im Verlaufe seiner Tätigkeit als praktischer Arzt hierfür stärker interessiert, insbesondere, als sich Ende 1970/Anfang 1980 Eltern drogenabhängiger Kinder hilfesuchend an ihn wandten. Der Angeklagte kam dabei mit den Problemen der Substitutionstherapien näher in Berührung, wobei ihn besonders die Behandlung drogenabhängiger Patienten mit codeinhaltigen Präparaten (wie z. B. Remedacen) interessierte. Er hat sich dabei auch für Veröffentlichungen durch Mediziner interessiert, insbesondere auch für eine in Buchform erschienene Abhandlung des praktischen Arztes Dr. med. Gorm Grimm in Kiel zu diesem Thema. Der Angeklagte gewann die Überzeugung, daß er durch die Verabreichung codeinhaltiger Medikamente an drogenabhängige Patienten diese insbesondere vom Heroin werde fernhalten können, um in der Folgezeit der Behandlung zu erreichen, daß diese Patienten sich einer Langzeittherapie unterziehen würden, um so letztlich die Abhängigkeit zu beseitigen.

In den Fällen Z., R., W. und K. hat der Angeklagte folgende Verschreibungen vorgenommen:

In der Zeit vom 19.7.1989 bis 24.1.1991 verschrieb er dem inzwischen verstorbenen Zeugen S. Z. Remedacen mit dem Suchtinhaltsstoff Dihydrocodein, einige Male zusammen mit dem Beruhigungsmittel Rohypnol und am 22.1.1990 zusammen mit Codeinum, wobei das Remedacen mehrfach in der Größenordnung einer Anstaltspackung verschrieben wurde.

Dem Zeugen T. R. verschrieb der Angeklagte in der Zeit vom 14.9.1988 bis 10.11.1990 vielfach Remedacen, mehrfach zusammen mit Rohypnol, am 13.11.1989 Valiquid mit dem Suchtinhaltsstoff Diazepam, zum Teil gleichzeitig oder auch gesondert Valoron N und Codeinum, sowie am 20.5.1990 und am 3.5.1990 zusammen mit Medinox N, einem Barbitursäurederivat.

Der Zeugin M. W. verschrieb der Angeklagte in der Zeit vom 19.9.1989 bis 1.3.1991 zusammen mit Codeinum

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

(Remedacen) Rohypnol, zum Teil gleichzeitig mit Valoron N und am 3.5.1990 zusätzlich Medinox N.

Der Zeugin I. K. verschrieb er in der Zeit vom 24.7.1989 bis 11.3.1991 Remedacen, zum Teil in einer Gruppierung mit Valoron N, Rohypnol, Codeinum und Medinox N.

Die Behandlung dieser Patienten wurde kostenfrei vorgenommen. Sie wurden vom Angeklagten jeweils nach ausführlichen Gesprächen über die Drogenproblematik untersucht und beraten und insbesondere darauf hingewiesen, daß die von ihm für richtig gehaltene Substitutionstherapie mit Codein nur eine Überbrückung bis zum Antritt einer Langzeittherapie darstellen könne und oberstes Ziel sein müsse, diese Langzeittherapie anzutreten. Bei der Behandlung ging er davon aus, daß die jeweiligen Patienten pro Tag dreimal zwei Kapseln Remedacen einnehmen sollten, um dadurch die Gefahr des Rückfalls zum Heroin zu beseitigen. Die begleitenden Medikamente wurden verschrieben, wenn dies aus medizinischer Sicht zur Beseitigung von Begleiterscheinungen (z. B. Schlafstörungen, Zustände der Unruhe u. a.) für erforderlich gehalten wurde.

Durch die Behandlung des Angeklagten ist bei den Zeugen R., W. und K. keine Codeinabhängigkeit eingetreten. Alle vier genannten Patienten haben eine Langzeittherapie angetreten. K. und W. haben ihre Abhängigkeit überwunden, während sich R. noch in einer Therapie befindet.

Die Zeugen waren bei Behandlungsbeginn mit einer Codeinsubstitution einverstanden. Sie hatten von sich aus um die entsprechenden Remedacen-Verschreibungen gebeten, um vom Heroin und damit von der Szene und den hiermit verbundenen Gefahren loszukommen. Unbeschadet der mit der Behandlung durch den Angeklagten verbundenen »hohen Gefährdung« der Patienten war, auch nach Anhörung des Sachverständigen Prof. Täschner, eine Körperverletzung nicht zu diagnostizieren.

Mit ihrer Revision rügt die Staatsanwaltschaft die Verletzung formellen und materiellen Rechts.

Sie beanstandet mit der Aufklärungsrüge die unterlassene Verlesung der Patientenkarteikarten der Zeugen Z., R., W. und K. Durch die Verlesung wäre bewiesen worden, daß der Angeklagte durch jahrelanges Verschreiben zahlreicher Suchtersatzstoffe wie Rohypnol, Codein, Remedacen, Medinox u. a. je nach Wunsch der Patienten und nicht durchgeführter Kontrolle hinsichtlich der verschreibungsgemäßen Einnahme dieser Präparate und bezüglich fehlenden Beikonsums von Drogen bei allen vier Patienten eine Körperverletzung durch übermäßig lange Aufrechterhaltung ihrer Drogensucht und Herbeiführung einer zusätzlichen Medikamentenabhängigkeit begangen habe. Ebenso hätte damit bewiesen werden können, daß sich die Tätigkeit des Angeklagten auf das Verschreiben von Suchtersatzmitteln beschränkt hatte. Dies sei mengenmäßig wahllos und ohne erkennbares Konzept hinsichtlich der Dosisreduzierung und der Vorbereitung auf eine Langzeittherapie geschehen.

Materielles Recht sieht die Revisionsführerin unter anderem deshalb als verletzt an, weil nicht nachvollziehbar sei, aufgrund welcher Feststellungen der Sachverständige zu dem Ergebnis gelangt sei, eine Körperverletzung sei nicht diagnostizierbar.

Die Staatsanwaltschaft beim Revisionsgericht, die das Rechtsmittel vertritt, hat zur Ergänzung der Sachrüge ausgeführt, das angefochtene Urteil leide an einem Sachmangel, weil sich den Gründen nicht entnehmen ließe, welche Feststellungen der Tatrichter treffen konnte und welche zur Verurteilung erforderlichen nicht. Die Strafkammer habe zum tatbestandlichen Erfolg des § 223 StGB keine Feststellungen getroffen. Insoweit ließen die Urteilsgründe nicht erkennen, ob bei den Patienten des Angeklagten eine Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens oder eine Gesundheitsschädigung eingetreten sei, die auch im Unterhalten oder Vertiefen eines bereits gegebenen pathologischen Zustands bestehen könne.

Im übrigen ergebe sich aus der Aufklärungsrüge, daß der Angeklagte dem inzwischen verstorbenen Patienten Z. u. a. auch Fortral verschrieben habe, das unter das Betäubungsmittelgesetz falle. Die Strafkammer hätte sich demzufolge auch mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob in diesem Fall nicht auch ein Vergehen nach § 29 Abs. 1 Nr. 6a BtMG gegeben sei.

II.

Das zulässige Rechtsmittel ist nicht begründet.

1. Die Aufklärungsrüge greift nicht durch.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Sie genügt den Anforderungen des § 344 Abs. 2 Satz 2 StPO. Die Revision stellt die Behauptung auf, durch das Verlesen der Patientenkarteikarten der Zeugen Z., R., W. und K., deren Inhalt mitgeteilt wird, wäre bewiesen worden, daß der Angeklagte bei allen vier Patienten eine Körperverletzung durch übermäßiglange Aufrechterhaltung ihrer Drogensucht und Herbeiführung einer zusätzlichen Medikamentenabhängigkeit begangen habe. Damit ist die Aufklärungsrüge in zulässiger Weise erhoben.

Sie ist aber nicht begründet, weil auch unter Zugrundelegung des Inhalts der ärztlichen Aufzeichnungen der Tatbestand der Körperverletzung in keinem der vier Fälle zu beweisen ist.

Entsprechend den bereits vom Landgericht getroffenen Feststellungen hätte sich durch das Verlesen der Karteikarten ergeben, daß der Angeklagte bei allen vier heroinabhängigen Patienten über einen Zeitraum zwischen 11/2 und 2 Jahren Remedacen verschrieben hat. Hierbei handelt es sich um ein rezeptpflichtiges Arzneimittel (Hustensedativum), dessen Wirkstoff Dihydrocodein dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt ist (Anlage II zu § 1 Abs. 1 BtMG) und das in den von Anlage II ausgenommenen Zubereitungen vorzugsweise von niedergelassenen Ärzten zur Heroinsubstitution verwendet wird (hierzu Körner BtMG. 3. Aufl., § 29 Rd. 659, Anhang C 1 Rn. 5).

Es entspricht zwar ständiger Rechtsprechung, daß das Aufrechterhalten einer Sucht durch das ärztlich unbegründete Verschreiben von Arznei- oder Betäubungsmitteln den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen kann, weil dadurch eine Perpetuierung der Sucht eintreten und Therapiemöglichkeiten zerstört oder erschwert werden können (RGSt 77, 17/18; Körner § 29 Rn. 659, Anhang C 44 Rn. 1 a.E.; BGH NJW 1970, 519; OLG Frankfurt NStZ 1988, 25/26; BayObLG StV 1993, 641).

Andererseits ist nicht ausgeschlossen, daß die Verschreibung codeinhaltiger Arzneimittel im Rahmen einer Substitutionsbehandlung mit dem langfristigen Ziel der Beseitigung der Heroinabhängigkeit, auch wenn eine derartige Substitutionsbehandlung medizinisch stark umstritten ist, unter Umständen auch als Heilmaßnahme angesehen werden kann (vgl. Körner Anhang C 44 Rn. 4; RGSt 62, 369/386/388). So wird zwar während des Zeitraums einer solchen Behandlung eine bestehende Heroinsucht jedenfalls zeitweilig aufrecht erhalten. Da das Ziel der Behandlung jedoch im Entzug und damit in der Verbesserung des Allgemeinzustandes besteht, führt eine Codeinbehandlung unter diesen Umständen zu keiner dem Arzt zurechenbaren Gesundheitsbeschädigung, es sei denn, sie bewirkte eine Verschlechterung des Krankheitsbildes oder es stünde mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit fest, daß eine Heilung von der Drogensucht zu einem früheren Zeitpunkt durch andere Behandlungsmethoden herbeigeführt worden wäre (Körner Anhang C 44 Rn. 4 a.E.). Derartige Feststellungen lassen sich an Hand des Inhalts der Patientenkarteikarten jedoch nicht treffen. Sie enthalten nur Diagnosen, zeitliche Daten von Untersuchungen und Verschreibungen sowie die Auflistung verschiedener Suchtersatzstoffe. Sie enthalten keine Hinweise darauf, daß die Verschreibung von Remedacen oder anderen Suchtersatzstoffen übermäßig lange, das heißt ohne vernünftigen ärztlichen Grund erfolgt wäre. Ebensowenig enthalten sie Aussagen darüber, inwieweit weitere Suchtersatzstoffe wahllos ausschließlich auf Wunsch der Patienten verordnet wurden und Kontrollen zur verschreibungsgemäßen Einnahme oder zum Ausschluß fortwährenden Drogenkonsums stattgefunden haben.

Ebenso, wie mit dem Inhalt der hier geführten Patientenkarteikarten die Behauptung nicht bestätigt werden kann, der Angeklagte habe die Drogensucht von vier Patienten übermäßig lange aufrechterhalten, kann mit ihnen allein auch nicht bewiesen werden, daß der Angeklagte weitere Suchtersatzstoffe wie Rohypnol und Medinox N neben Remedacen und anderen Codeinpräparaten ohne medizinische Indikation und ohne wirksame Einwilligung verschrieben und dadurch den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt hat (vgl. hierzu Dreher/Tröndle StGB 46. Aufl. § 223 Rn. 9a). Der Inhalt der Patientenkarteikarten beweist insoweit lediglich, daß die genannten nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegenden Suchtersatzstoffe auch tatsächlich verschrieben wurden. Über den Anlaß und die Folgen der Verschreibungen sagen die Unterlagen nichts aus. Zwar entspricht es gesicherter medizinischer Erkenntnis, daß das Hinzuverschreiben von Barbituraten (hier: Medinox N) und Diazepinen (hier: Rohypnol) regelmäßig medizinisch nicht indiziert ist. Es kann lediglich in Ausnahmefällen zur Behandlung von Sekundärkrankheiten von Opiatabhängigen vertretbar sein, weil die Einnahme derartiger psychoaktiver Substanzen zu einer nur noch schwer zu behandelnden Polytoxikomanie sowie zu lebensbedrohlichen Zuständen (Körner § 29 Rn. 659 und Anhang C 44 Rn. 3 und Rn. 5 m.w.Nachw.) und damit zu einer Körperverletzung führen kann. Mit dem Inhalt der Patientenkarteikarten ist dieser Nachweis aber hier nicht zu führen. Ebensowenig ist diesen zu entnehmen, inwieweit die Patienten des Angeklagten aufgeklärt wurden und zu einer wirksamen Einwilligung in der Lage waren. Damit erweist sich die Aufklärungsrüge als unbegründet.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

2. Der Freispruch des Angeklagten vom Vorwurf der Körperverletzung ist auch auf die Sachrüge hin nicht zu beanstanden.

a) Das Urteil des Landgerichts genügt inhaltlich den Anforderungen des § 267 Abs. 5 Satz 1 StPO. Danach muß der Tatrichter bei seinem Freispruch aus tatsächlichen Gründen zunächst diejenigen Tatsachen feststellen, die er für erwiesen hält. Im Rahmen der Beweiswürdigung muß er darlegen, wie er zu diesen Feststellungen gelangt ist, und hierbei auch ausführen, aus welchen Gründen die für einen Schuldspruch erforderlichen Feststellungen nicht getroffen werden konnten (vgl. hierzu etwa BGHR StPO § 267 Abs. 5 Freispruch Nr. 5 und 7).

Dementsprechend legte das Landgericht dar, welchen Patienten in welchen Zeiträumen jeweils Suchtersatzmittel verschrieben wurden. Ausgehend von der Einlassung des Angeklagten, der es Glauben schenkte, und gestützt auf die Aussagen der Zeugen R., W. und K. stellte es fest, daß die Patienten jeweils untersucht, beraten und mit dem Ziel der Codeinbehandlung, nämlich der Zuführung zu einer Langzeittherapie, vertraut gemacht wurden und damit auch einverstanden waren. Sämtliche Patienten haben nach den Feststellungen des Landgerichts eine Langzeittherapie auch angetreten. Es stellte, sachverständig beraten, ferner fest, daß die Einwilligungen der Patienten zur Art und Weise der Behandlung durch den Angeklagten wirksam waren, und kam, gestützt auf die Einlassung des Angeklagten und die Aussagen der Zeugen R., W. und K. sowie nach dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Täschner zu dem Ergebnis, daß die bestehende Heroinabhängigkeit nicht in vermeidbarer Weise aufrechterhalten wurde, eine Codeinabhängigkeit nicht aufgetreten ist, die Mehrfachmedikation medizinisch indiziert war, nach wirksamer Einwilligung durchgeführt wurde und dadurch keine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist. Damit liegen dem Urteil des Landgerichts Feststellungen zugrunde, die eine Subsumtion unter den Tatbestand der fahrlässigen oder vorsätzlichen Körperverletzung nicht zulassen. Eine Verletzung des § 267 Abs. 5 Satz 1 StPO ist nicht zu erkennen.

b) Ein sachlich-rechtlicher Begründungsmangel liegt nicht in den Erwägungen, mit denen das Landgericht das Vorliegen einer Gesundheitsbeschädigung verneint hat. Schließt sich der Tatrichter einem Sachverständigen an, so muß er im Urteil die Anknüpfungstatsachen und die Gedankengänge des Sachverständigen so darlegen, daß das Revisionsgericht die Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellungen prüfen kann (ständige Rechtsprechung, vgl. etwa BGHR StPO § 267 Abs. 1 Satz 1 Beweisaufnahme 2 Zeuge/Sachverständiger). Diesen Anforderungen werden die Urteilsgründe noch gerecht. Aus ihnen ergibt sich, daß dem Sachverständigen neben der Einlassung des Angeklagten die Aussagen der als Zeugen vernommenen Patienten R., K. und W. vorlagen. Ihm war auch bekannt, daß sich sämtliche vier Patienten tatsächlich einer Langzeittherapie unterzogen und daß die Zeuginnen K. und W. erklärt hatten, eine Codeinabhängigkeit sei bei ihnen nicht eingetreten. Diese Zeuginnen hatten zudem angegeben, ihre Heroinabhängigkeit überwunden zu haben. Ausdrückliche Feststellungen zu den Folgen der Mehrfachmedikation bei sämtlichen vier Zeugen wurden ausweislich der Urteilsgründe nicht getroffen. Dem Sachverständigen war aber die Tatsache der Mehrfachmedikation bekannt. Sein Gutachten befaßt sich damit. Seine Äußerung, die Behandlungsmethoden des Angeklagten seien mit einer hohen Gefährdung der Patienten verbunden gewesen, wäre sonst auch nicht verständlich. Damit ist aber ohne weiteres nachvollziehbar, warum das Landgericht eine Gesundheitsbeschädigung als nicht erwiesen angesehen hat. Es konnte zwar die erhebliche Gefahr einer Gesundheitsbeschädigung der Zeugen durch die Behandlungsmethoden des Angeklagten feststellen, doch sah es den Nachweis einer fehlenden medizinischen Indikation oder einer unwirksamen Einwilligung oder den Eintritt eines schädlichen Erfolgs nicht als erfüllt an. Einer lückenhaften Beweiserhebung zu den Folgen der Codeinbehandlung und der Mehrfachmedikation sämtlicher vier Patienten hätte nur mit einer hierauf abzielenden Aufklärungsrüge begegnet werden können.

Im übrigen übersieht die Staatsanwaltschaft, daß der festgestellte Sachverhalt auch unter dem Gesichtspunkt der Beteiligung des Angeklagten an einer eigenverantwortlichen Selbstverletzung oder Selbstgefährdung zu beurteilen ist. Der Angeklagte hat die verschriebenen Suchtersatzmittel den Patienten nicht selbst verabreicht, sondern diesen nach deren Aufklärung und mit ihrer Einwilligung wunschgemäß verschrieben. Körperverletzung in mittelbarer Täterschaft würde voraussetzen, daß die Opfer als unfreie Werkzeuge des das Geschehen beherrschenden Angeklagten gehandelt haben (vgl. hierzu OLG München NJW 1987, 2940/2941 m.w.Nachw.; Dannecker/Stoffers StV 1993, 642/644). Davon kann jedenfalls nach den Feststellungen des Tatrichters keine Rede sein. Die Fähigkeit der Patienten des Angeklagten zu eigenverantwortlichem Handeln hat das Landgericht in Kenntnis, daß es sich bei ihnen um heroinabhängige Patienten handelte, bejaht. Nach der Rechtsprechung des BGH (BGHSt 32, 362; BGH NStZ 1991, 392), der sich der Senat anschließt, darf im Bereich der Körperverletzungsdelikte ein Verletzungserfolg einem Dritten, dessen Handeln hierfür mitursächlich geworden ist, im Sinne aktiven Tuns nicht zugerechnet werden, wenn er sich als Folge einer eigenverantwortlich gewollten und

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

verwirklichten Selbstgefährdung darstellt und sich die Mitwirkung des Dritten in einer bloßen Veranlassung, Ermöglichung oder Förderung des Selbstgefährdungsaktes erschöpft hat.

3. Von der erhobenen Aufklärungsrüge wird die Verordnung von Fortral nicht erfaßt.

Zwar ist in dem Verfahren zugrundeliegenden Strafbefehl dargelegt, daß der Angeklagte seinem früheren Patienten Z. auch das »Betäubungsmittel Fortral« verschrieben hat. Damit ist auch ein möglicher Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz Gegenstand des Verfahrens. Im Strafurteil ist der gesamte dem Tatrichter unterbreitete Sachverhalt ohne Rücksicht auf die rechtliche Wertung des Strafbefehls auszuschöpfen. Einer ausdrücklichen Stellungnahme des Landgerichts zur Anwendbarkeit des BtMG bedurfte es aber dennoch nicht. Das synthetische Opiat Pentazocin, das u. a. unter dem Handelsnamen Fortral im Handel war, zählt nämlich nicht zu den in den Anlagen I und II zu § 1 Abs. 1 BtMG aufgeführten Betäubungsmitteln, die nicht verschreibungsfähig sind, sondern ist in Anlage III Teil B unter den verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln genannt. Seine Verschreibung wäre demnach nur dann von § 13 Abs. 1 BtMG i.V.m. § 29 Abs. 1 Ziff. 6a BtMG erfaßt, wenn die Anwendung am oder im menschlichen Körper nicht begründet gewesen wäre. Durch die Urteilsbegründung in ihrer Gesamtheit, insbesondere durch die Wiedergabe der Ausführungen des Sachverständigen Prof. Täschner, hat das Landgericht in rechtlich nicht zu beanstandender Weise zum Ausdruck gebracht, daß es die Voraussetzungen des § 29 Abs. 1 Ziff. 6a BtMG hier nicht als nachweisbar ansieht.

Im übrigen wäre Voraussetzung einer zulässigen Aufklärungsrüge die bestimmte Behauptung gewesen, daß seitens des Angeklagten Fortral verordnet wurde, obwohl dessen Anwendung ärztlich nicht begründet war. Das ist nicht geschehen.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 473 Abs. 1 Satz 1 Abs. 2 Satz 1 StPO.

28. Nov. 1994

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Urteil des Landgerichts Aschaffenburg (Berufungsurteil)

Die 1. Kleine Strafkammer des Landgerichts Aschaffenburg - als Berufungsgericht - erkennt in der öffentlichen Sitzung vom 09. März 1994, in dem Strafverfahren gegen den Angeklagten, verh. Allgemeinarzt, wegen vorsätzlicher Körperverletzung aufgrund der Hauptverhandlungen vom 10.02., 18.02., 01.03. und 09.03.1994 zu Recht:

I. Auf die Berufung des Angeklagten wird das Urteil des Amtsgerichts - Schöffengericht - Aschaffenburg vom 23. September 1992 aufgehoben.

II. Der Angeklagte wird - unter Verwerfung der Berufung der Staatsanwaltschaft - freigesprochen.

III. Die Staatskasse trägt die Kosten des gesamten Verfahrens und die dem Angeklagten entstandenen notwendigen Auslagen.

Gründe:

I.

Das Amtsgericht - Schöffengericht - Aschaffenburg erkannte mit Urteil vom 23. September 1992 wie folgt:

1. Der Angeklagte wird wegen fahrlässiger Körperverletzung in vier Fällen zur Gesamtgeldstrafe von 80 Tagessätzen à 100,- DM verurteilt.
2. Der Angeklagte hat die Kosten des Verfahrens und seine eigenen notwendigen Auslagen zu tragen.

Angewandte Vorschriften: §§ 230, 232, 53 StGB.

Gegen dieses Urteil haben sowohl der Angeklagte als auch die Staatsanwaltschaft Aschaffenburg form- und fristgerecht Berufung eingelegt.

Der Angeklagte erstrebt mit seinem Rechtsmittel die Aufhebung des Ersturteils und seinen Freispruch. Die Staatsanwaltschaft vertritt die Auffassung, daß sich der Angeklagte der vorsätzlichen Körperverletzung in vier Fällen schuldig gemacht habe und erstrebt insoweit die Abänderung des Ersturteils in Schuldspruch.

Die Berufung des Angeklagten erwies sich in vollen Umfange als erfolgreich. Der Vorwurf der Staatsanwaltschaft, der Angeklagte habe sich (nach Beschränkung der Anklage in erster Instanz) in vier Fällen der vorsätzlichen (nach Meinung des Erstgerichts der fahrlässigen) Körperverletzung dadurch schuldig gemacht, daß er den schwer heroinabhängigen vier Patienten codeinhaltige Medikamente verordnet und dadurch die Betäubungsmittel durch ein anderes Suchtpotential ersetzt habe, konnte nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme in der Berufungshauptverhandlung nicht aufrechterhalten werden.

II.

Die Kammer hat folgende Feststellungen getroffen:

A

Der am 23.06.1930 geborene Angeklagte ist verheiratet und hat vier Kinder. Er hat nach dem Medizinstudium (Staatsexamen 1956/57) als Assistenzarzt in Krankenhäusern in Hanau und Aschaffenburg gearbeitet und hat sich 1959 als praktischer Arzt in Kahl/Main niedergelassen. Er hat dort als Arzt für Allgemeinmedizin eine umfangreiche Allgemeinpraxis mit Kassenzulassung betrieben. Die Kassenpraxis hat er zwischenzeitlich aufgegeben und ist nunmehr nur noch in eingeschränktem Umfang im Rahmen einer Privatpraxis tätig. Mit den Problemen der Suchtkrankheit infolge einer Betäubungsmittelabhängigkeit war er während seiner Ausbildung

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

kaum befaßt, hat sich jedoch im Verlaufe seiner Tätigkeit als praktischer Arzt hierfür stärker interessiert, insbesondere, als sich Ende der 70er/Anfang der 80er Jahre Eltern drogenabhängiger Kinder hilfesuchend an ihn wandten. Der Angeklagte kam dabei mit den Problemen der Substitutionstherapien näher in Berührung, wobei ihn besonders die Behandlung drogenabhängiger Patienten mit codeinhaltigen Präparaten (wie z. B. Remedacen) interessierte. Er hat sich dabei auch für Veröffentlichungen durch Mediziner interessiert, insbesondere auch für eine in Buchform erschienene Abhandlung des praktischen Arztes Dr. med. Gorm Grimm in Kiel zu diesem Thema. Der Angeklagte gewann die Überzeugung, daß er durch Verabreichung codeinhaltiger Medikamente an drogenabhängige Patienten diese insbesondere vom Heroin werde fernhalten können, um in der Folgezeit der Behandlung zu erreichen, daß diese Patienten sich einer Langzeittherapie unterziehen würden, um so letztlich die Abhängigkeit zu beseitigen.

B

Bei den hier noch in Frage stehenden vier Fällen (den Zeugen Z. - zwischenzeitlich verstorben -, R., W. und K.) hat der Angeklagte folgende Verschreibungen vorgenommen:

a) In der Zeit vom 09.07.1989 bis 24.01.1991 verschrieb er dem inzwischen verstorbenen Zeugen S. Z. Remedacen mit dem Suchtinhaltsstoff Dihydrocodein, einige Male zusammen mit dem Beruhigungsmittel Rohypnol und am 22.01.1990 zusammen mit Codeinum, wobei das Remedacen mehrfach in der Größenordnung einer Anstaltspackung verschrieben wurde.

b) Dem Zeugen T. R. verschrieb der Angeklagte in der Zeit vom 14.09.1988 bis 10.11.1990 vielfach Remedacen, mehrfach zusammen mit Rohypnol, am 13.11.1989 Valiquid mit dem Suchtinhaltsstoff Diazepam, zum Teil gleichzeitig oder auch gesondert Valoron N und Codeinum, sowie am 20.04.1990 und am 03.05.1990 zusammen mit Medinox M, einem Barbitursäurederivat.

c) Der Zeugin M. W. verschrieb der Angeklagte in der Zeit vom 19.09.1989 bis 01.03.1991 zusammen mit Codeinum (Remedacen) Rohypnol, zum Teil gleichzeitig mit Valoron N und am 03.05.1990 zusätzlich Medinox M.

d) Der Zeugin I. K. verschrieb er in der Zeit vom 24.07.1989 bis 11.03.1991 Remedacen, zum Teil in einer Gruppierung mit Valoron N, Rohypnol, Codeinum und Medinox.

Die Behandlung der obengenannten Zeugen (wie auch anderer drogenabhängiger Patienten) hat der Angeklagte ohne Verrechnung irgendwelcher Honorare über den ganzen Zeitraum hinweg kostenlos vorgenommen.

III.

Der Angeklagte hat sich dahin eingelassen, daß er die von ihm getroffenen medizinischen Maßnahmen bei seinen drogenabhängigen Patienten für richtig gehalten habe und daß diese Ansicht im Hinblick auf die heute mehr und mehr angewandten Substitutionstherapien mit Methadon oder Codein voll gerechtfertigt sei. Er habe die drogenabhängigen Patienten (insbesondere die obengenannten vier Zeugen) jeweils nach ausführlichen Gesprächen über die Drogenproblematik untersucht und beraten und insbesondere darauf hingewiesen, daß die von ihm für richtig gehaltene Substitutionstherapie mit Codein nur eine Überbrückung bis zum Antritt einer Langzeittherapie darstellen könne und oberstes Ziel sein müsse, diese Langzeittherapie anzutreten. Bei der Behandlung sei er davon ausgegangen, daß die jeweiligen Patienten pro Tag dreimal 2 Kapseln Remedacen einnehmen sollten, um dadurch die Gefahr des Rückfalls zum Heroin beseitigen zu können. Die begleitenden Medikamente (wie oben dargelegt) habe er verschrieben, wenn er dies aus medizinischer Sicht zur Beseitigung von Begleiterscheinungen (z. B. Schlafstörungen, Zustände von Unruhe u. a.) für erforderlich gehalten habe.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

IV.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme konnte die Kammer nicht mit der erforderlichen Sicherheit feststellen, daß sich der Angeklagte durch sein oben dargelegtes Verhalten der vorsätzlichen oder fahrlässigen Körperverletzung gegenüber den vier Zeugen schuldig gemacht hat. Ein solcher Schuldvorwurf hätte allenfalls dann begründet sein können, wenn der Angeklagte den von ihm als Arzt zu verantwortenden Risikobereich bei seiner Behandlung überschritten hätte und dadurch vorwerfbar eine bestehende Betäubungsmittelabhängigkeit ungerechtfertigt aufrechterhalten oder eine weitere Abhängigkeit von den von ihm verordneten Medikamenten herbeigeführt hätte. Dieser Vorwurf war aus folgenden Erwägungen nicht nachzuvollziehen:

a) Bei der Vornahme eines Heileingriffs unterliegt ein Arzt grundsätzlich den »Regeln der ärztlichen Kunst«. Es gilt jedoch der Grundsatz der Methodenfreiheit, was nicht eine Gleichsetzung mit der Schulmedizin erfordert (vgl. Dreher/Tröndle, 46. Aufl., Rn. 9c zu § 223 StGB). Hierzu hat der Sachverständige Prof. Dr. Täschner ausgeführt, daß die sogenannte Schulmedizin, getragen durch die Universitätskliniken, das Bundesgesundheitsamt und auch die Bundesärztekammer, die Anwendung von Ersatzdrogen zur Therapierung Opiatabhängiger oder auch zur Dämpfung der Ausfallserscheinungen auch heute noch ablehnt. Die richtige Methode sei danach vielmehr körperliche Entgiftung, strikte Abstinenz und Langzeittherapie. Die sogenannten Substitutionstherapien (wie Methadon oder Codeinprogramme) seien heute zwar mehr und mehr in Anwendung, könnten jedoch von der Schulmedizin nicht als die richtige Behandlungsmethode angesehen werden. Der Sachverständige Dr. Raida, der in seiner Praxis in Darmstadt seit Jahren in großem Umfang opiatabhängige Patienten mit einem Codeinprogramm therapiert, vertritt dagegen die Auffassung, daß diese Substitutionstherapie im Hinblick auf eine angestrebte spätere Langzeittherapie sehr gute Erfolge bringe.

Welcher dieser Ansichten zu folgen ist oder ob jede für sich allein Gültigkeit besitzt, mag hier dahinstehen, denn die Methodenwahl durch einen Arzt unter Abweichung von der Schulmedizin indiziert für sich keinesfalls den Tatbestand der vorsätzlichen oder fahrlässigen Körperverletzung. Vorliegend haben die Zeugen Z., R., W. und K. (wobei der Zeuge Z. in der Berufungshauptverhandlung nicht mehr konkret befragt werden konnte, weil er zwischenzeitlich verstorben ist) übereinstimmend und glaubwürdig angegeben, das sie jeweils wegen ihrer starken Heroinabhängigkeit den Angeklagten aufgesucht und um medizinischen Rat gebeten haben. Der Angeklagte habe sich dabei in ausführlichen Gesprächen und auch durch eigene Untersuchung mit dem jeweiligen Drogenproblem vertraut gemacht und grundsätzlich den Rat erteilt, die Abhängigkeit letztlich durch eine sogenannte Langzeittherapie zu bekämpfen. Die Zeugen haben weiterhin angegeben, daß sie dem Angeklagten ihren Willen zur Durchführung einer solchen Langzeittherapie bekundet haben und daß sie jeweils von sich an den Angeklagten wegen der Verabreichung von Remedacen als codeinhaltiges Medikament herangetreten sind, um die Zeit bis zum Antritt einer Langzeittherapie zu überbrücken und sich insbesondere aus der Rauschgiftszene lösen zu können. Die Zeugen haben auch übereinstimmend bekundet, daß der Angeklagte das entsprechende Remedacen-Programm mit ihnen durchgesprochen und die Dosierung der Medikamente genau vorgegeben hat. Bei jeder Neuverschreibung habe sich der Angeklagte persönlich von der Notwendigkeit ein Bild gemacht und auch immer wieder das diagnostische Gespräch gesucht. Insbesondere die Zeuginnen W. und K. haben dargelegt, daß sie im Rahmen der Substitution mit Remedacen vom Heroin lassen konnten (bis auf wenige Rückfalle), sich von der Szene lösen und den damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren (Aids) entgehen konnten. Bei ihrer Vernehmung in der Hauptverhandlung haben die genannten Zeugen auch die Auffassung vertreten, daß eine Abhängigkeit vom Codein in der Form wie bei Heroin bei ihnen nicht eingetreten sei, wobei die Zeugin W. ihre entgegenstehende frühere polizeiliche Aussage nicht mehr aufrechterhielt und ihre damaligen Äußerungen auf ihren schlechten Allgemeinzustand zurückführte.

Zu dieser Frage hat auch der Sachverständige Prof. Dr. Täschner ausgeführt, daß er Körperverletzungen aufgrund der vom Angeklagten an die Zeugen verabreichten Medikamente nicht mit der entsprechenden Sicherheit feststellen könne, wobei der Effekt, den der Angeklagte durch seine Methode erzielt habe, nicht ganz verkehrt gewesen sei. Allerdings habe nach seiner Auffassung durch die Behandlungsmethode des Angeklagten eine »hohe Gefährdung« der genannten Zeugen bestanden. Dies reicht jedoch nicht aus, um eine Körperverletzung zu diagnostizieren. Weiterhin ist als beachtlich zu bedenken, daß die vier genannten Zeugen sich letztlich Langzeittherapien unterzogen haben, wobei sich der Zeuge R. derzeit noch in der Therapie befindet und die Zeuginnen K. und W., die einen entsprechenden guten und sicheren Eindruck in

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

der Hauptverhandlung hinterlassen haben, glaubhaft ihre Abhängigkeit überwunden haben.

b) Nach Bekundung des Zeugen KHM M., der die Durchsuchung der Praxisräume des Angeklagten vorgenommen hat, waren für die genannten Zeugen und weitere heroinabhängige Patienten jeweils Karteikarten in der Patientenkartei angelegt, in welche jeweils die einzelnen Verschreibungen eingetragen waren.

c) Soweit dem Angeklagten zum Vorwurf gemacht wurde, er habe die Verschreibungen über einen zu langen Zeitraum hinweg vorgenommen, ohne darauf zu drängen, daß baldmöglichst Langzeittherapien angetreten wurden, hat er hierzu angegeben, er habe stets darauf gedrängt, daß ein baldiger Therapieantritt erfolgen solle und daß ihm dies auch immer wieder von den Zeugen zugesichert worden sei. Allerdings sei ihm die Zeugin K. etwas »aus dem Ruder gelaufen« (damit waren erhebliche psychische Probleme der Zeugin gemeint), weshalb er bei ihr zur entsprechenden Therapierung auch umfangreichere Verschreibungen, wie oben dargelegt, vorgenommen habe. Insgesamt habe er Remedacen, auch andere Beruhigungsmittel verschrieben, wenn dies nach einer von ihm gestellten Diagnose erforderlich gewesen sei.

Nach Auffassung der Kammer war dieses Verhalten des Angeklagten durch eine entsprechend vorzunehmende Güterabwägung gerechtfertigt, nämlich der Tatsache, daß die Gefahr drohte, daß die Zeugen wieder zum Heroin greifen würden, wenn er nicht in der konkreten Situation dieser Gefahr durch Verschreibung der obengenannten Medikamente entgegengetreten wäre.

d) Bei Prüfung der Frage, ob durch die Behandlungsmethode des Angeklagten eine Körperverletzung der Patienten herbeigeführt werden konnte, war auch zu bedenken, daß die Zeugen bei Behandlungsbeginn ihre Einwilligung mit der Codeinsubstitution gegeben haben. Die Zeugen R., W. und K. haben in der Hauptverhandlung übereinstimmend bekundet, daß sie nach Offenbarung ihrer Heroinabhängigkeit den Angeklagten von sich aus um die entsprechenden Remedacen-Verschreibungen gebeten haben, weil sie vom Heroin und damit von der Szene und den verbundenen Gefahren loskommen wollten und ihnen die Möglichkeiten der Codeinbehandlung zu diesem Zweck bekannt waren. Der Sachverständige Prof. Dr. Täschner hat hierzu ausgeführt, daß er nach seiner psychiatrischen Erfahrung auch im Hinblick auf die bestehende Heroinabhängigkeit nicht von vornherein sagen könne, daß eine solche Einwilligung unwirksam sei, da die Patienten mit ihrer Problematik vertraut waren und sich mit Hilfe der Codeinsubstitution bewußt von ihrer Heroinabhängigkeit lösen wollten und deshalb auch entsprechende wirksame Erklärungen abgeben konnten.

e) Die Zeugen S. und A. haben in der Berufungsverhandlung bestätigt, daß sie ebenfalls heroinabhängig waren und deshalb ebenfalls an den Angeklagten mit dem Wunsch herangetreten sind, durch eine Remedacen-Substitution ihre Abhängigkeit zu bekämpfen. Beide Zeugen haben bestätigt, daß der Angeklagte nach entsprechender Untersuchung und Diagnostizierung Remedacen mit entsprechender Dosierungsanweisung verschrieben hat und sie nach entsprechender Einnahme über Monate hinweg von ihrer Heroinsucht loskommen konnten, ohne daß eine Langzeittherapie erforderlich gewesen sei und ohne daß sie in der Folgezeit noch codeinhaltige Präparate einnehmen mußten.

V.

Nach alledem ist festzustellen, daß sich die Arzneimittelverschreibungen des Angeklagten als Heilmaßnahmen und nicht als Gesundheitsbeschädigungen darstellen. Denn der Angeklagte hat nach vorausgegangener sorgfältiger Untersuchung und Diagnose und nach Ausschluß von Kontraindikationen langfristig zur Durchführung eines Substitutionsprogramms codeinhaltige Arzneimittel (Remedacen) verschrieben, um bei den heroinabhängigen Zeugen langfristig die Opiatsucht zu beseitigen und die Patienten zur Drogenfreiheit zu führen. Hierbei war der Angeklagte zu der Überzeugung gelangt, daß zur Heilung der Patienten der Einsatz codeinhaltiger Arzneimittel erforderlich ist und eine Remedacen-Substitution die günstigste Heilungsaussicht im Hinblick auf eine sich anschließende Langzeittherapie verspricht. Darin kann aber nach Sachlage in den vorliegend zu beurteilenden Fällen keine Gesundheitsbeschädigung gesehen werden (vgl. auch Körner, 3. Aufl., Komm. zum Betäubungsmittelgesetz C 44 Nr. 4).

Der Angeklagte war deshalb unter Verwerfung der Berufung der Staatsanwaltschaft nach Aufhebung des Ersturteils freizusprechen.

Chronologischer Verlauf des Schuldvorwurfes gegen einen behandelnden Arzt bei Drogensubstitution

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Nachfolgend wird anhand von Schriftverkehr, Sektionsbefunden, Gutachten etc. ein Beispiel dargelegt, in dem ein Allgemeinarzt der fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) sowie der fahrlässigen mehrfachen Körperverletzung (§ 230 StGB) bezichtigt wird.

Der Mediziner hatte einer langjährigen Drogenabhängigen über längere Zeit Medinox und Remedacen verordnet. Die Patientin verstarb. Verantwortlich gemacht für ihren Tod wird der behandelnde Arzt. Ihm wird vorgeworfen, zu hohe Dosen verabreicht zu haben. Die Therapie entspräche nicht dem gesetzlich erlaubten Rahmen der Drogensubstitution. Wegen der Verschreibung von Ritalin bei weiteren Patienten wird ihm überdies der Schuldvorwurf der fahrlässigen Körperverletzung gemacht.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- Sektionsbefund der verstorbenen Patientin -

Dem Auftrag der Staatsanwaltschaft entsprechend haben wir die gerichtsmedizinische Untersuchung der Leiche von Frau J. R. durchgeführt.

A. Befund und vorläufiges Gutachten

1. Bei der Leiche handelt es sich um eine Frau in gutem Allgemein- und Ernährungszustand.
2. Die Leiche fühlt sich kalt an.
3. Die Haut und sichtbare Schleimhäute sind blaß.
4. Die Totenstarre ist an den großen Körpergelenken sowie an der Kiefermuskulatur voll ausgeprägt.
5. Am Rücken der Leiche finden sich, mit Ausnahme der Aufliegeflächen, blaurotviolette, auf starken Fingerkuppendruck vollständig wegdrückbare Totenflecke.
6. An der Rumpfrückseite sind Verletzungen nicht abgrenzbar.
7. Das Haupthaar ist von brauner Farbe, bis überschulterlang.
8. In der behaarten Kopfhaut sind zunächst sicht- oder tastbare Verletzungen nicht abgrenzbar.
9. Die Haut des Gesichtes, insbesondere rechtsseitig, wie auch im Stirnbereich, deutlich lividrot verfärbt.
10. Über dem linken Stirnhöcker eine horizontal gestellte, etwa 1,5 cm lange, reizlose Narbenbildung.
13. Das knöcherne Nasenskelett ist intakt, in beiden Nasenöffnungen etwas bräunlich-rötliche Flüssigkeit.
14. In beiden äußeren Gehörgänge kein Fremdinhalt.
15. Die Lippen sind spaltförmig geöffnet, blaßgrauviolett.
16. Die Zunge liegt hinter den im Oberkiefer und Unterkiefer intakten Zahnreihen. Vom rechten Mundwinkel eine gelblich-bräunliche Abrinnspur gleichfarbenen Sekretes.
17. Unterhalb des Kinnes, etwas nach links ausgreifend zum Mundboden zu gelegen, eine 2-markstückgroße, gelbliche Hautverfärbung mit zentralen, violettbläulichen Hautschattierungen.
18. Der Hals ist mittellang, eher schlank, nicht abnorm beweglich. Die Halshaut ist unverletzt.
19. Brustkorb seitengleich, gewölbt, nicht abnorm eindrückbar.
20. Die weiblichen Brustdrüsen sind mäßig fettreich, etwas schlaff.
21. Im oberen inneren Quadranten der linken Brustdrüse eine Tätowierung, eine fragliche Rose darstellend.
22. An der Brustkorbvorderwand sowie der seitlichen Brustkorbwand links finden sich EKG-Elektroden aufgeklebt.
23. Bauchdecken etwa im Brustkorbniveau, sie sind unverletzt.
24. Im Unterbauch sowie im Mittel- und Oberbauch rechts zahlreiche Überdehnungsnarben.
25. Am rechten Beckenkamm eine Tätowierung unklaren Motivgehaltes.
26. Äußeres Genitale weiblich, äußerlich unauffällig.
27. Die Afteröffnung ist frei.
28. An der Vorderaußenseite des linken Oberschenkels, ca. handbreit unterhalb des Leistenbandes, eine 4 x 2 cm haltende, gelbgrünliche Hautverfärbung mit violetten Farbschattierungen.
29. Am rechten Unterschenkel, bis über das Kniegelenk zum Oberschenkel sich erstreckend, findet sich ein Verband, der an der Unterschenkelaußen- und -innenseite durch jeweils ca. 40 cm lange Holzbrettchen zusätzlich versteift ist.
30. An der Kniegelenksaußenseite rechts ein Pflasterverband, nach dessen Entfernung eine punktförmige Hautdurchtrennung wie nach Punktion sichtbar wird.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

31. Darüber hinaus über der Kniescheibe rechts eine etwa pfennigstückgroße, weißlich depigmentierte Stelle der Haut, gesäumt von einem bräunlich-rötlichen, bis 3 mm breiten Saum.
32. Die Unterschenkelweichteile rechts etwas teigig geschwollen.
33. Über dem Sprunggelenk links, an der Streckseite, in Längsrichtung des Unterschenkels verlaufend, eine 1,5 cm lange, angedeutet weißliche Aufhellung der Haut.
34. Die Zehennägel beidseits weisen einen roten Farbanstrich auf.
35. In der rechten Ellenbeuge findet sich eine kaum erkennbare punktförmige Läsion der Oberhaut. Bei Umschneidung ist hier eine Unterblutung des Unterhautfettgewebes nicht zu erkennen.
36. An der Unterarminnenseite links, 3 Querfinger unterhalb der Ellenbeuge, eine 2-markstückgroße, weißlich pigmentierte reizlose Narbenbildung.
37. Darüber hinaus an der Beugeseite des linken Handgelenkes mehrfache, schwach sichtbare, quer verlaufende, reizlose Narbenbildungen.
38. Darüber hinaus an der Streckseite des Zeigefingergrundgelenkes links eine 1,5 cm lange, reizlose Narbenbildung, von der aus sich in Längsrichtung des Grundgliedes eine weitere, gleichartige Narbenbildung erstreckt.
39. In der Ellenbeuge links eine fragliche punktförmige Hautdurchtrennung, bei Einschneidung der Haut hier jedoch keinerlei Einblutung zu erkennen.
40. An der Innenseite des linken Ellenbogengelenkes, zur Streckseite zu gelegen, eine 8 x 4 cm haltende, gelbgrünliche Hautverfärbung mit violettbläulichen Hautschattierungen, zentral gelegen.

B. Innere Besichtigung

I. Schädelhöhle

41. Die Kopfschwarte zeigt nach dem Abziehen an ihrer Innenfläche eine blaßgraurote Farbe.
42. Im Bereich der seitlichen Scheitelbeinregion rechts eine schwache, schwarzrote Einblutung von etwa 2 cm Länge und 1 cm Breite. An der Schläfenmuskulatur beidseits sind Einblutungen nicht abgrenzbar.
43. Das knöcherne Schädeldach ist unverletzt, es mißt 17,7 x 13,4 cm, ist regelmäßig längsoval geformt, bis 10 mm stark.
44. Nach Abnahme des knöchernen Schädeldaches wölbt sich die harte Hirnhaut gespannt hervor. Über der harten Hirnhaut, unter ihr sowie zwischen den weichen Hirnhäuten sind Blutaustritte nicht abgrenzbar.
45. Im Längsblutleiter sowie in den Querblutleitern flüssiges Blut.
46. Das Gehirn wiegt 11 225 g.
47. Die Hirnwindungen sind an den Kuppen abgeplattet, die Windungstäler verstrichen, die Kleinhirnmandeln springen hervor. Die Hirngrundgefäße sind zart.
48. Auf zahlreichen Schnitten durch Groß- und Kleinhirn zeigt sich eine regelrechte Verteilung von graubrauner Rinde und weißem Mark. Krankhafte Veränderungen, insbesondere Blutaustritte finden sich nicht.
49. Das Hirnkammersystem ist nicht ausgeweitet, es ist mit klarer, wäßriger Flüssigkeit gefüllt, seine Innenhautauskleidung ist zart.
50. Auf Schnitten durch Brücke und verlängertes Mark kein krankhafter Befund, insbesondere keine Blutaustritte.
51. Nach dem Abziehen der harten Hirnhaut von der Schädelbasis erweist sich diese als unverletzt.

II. Brust- und Bauchhöhle

52. Nach Eröffnen der Bauchdecken gelangt man durch ein bis zu 5 cm starkes, gelbes Fettgewebe auf die z. T. deutlich geblähten Darmschlingen, welche von einem fetthaltigen Netz vollständig bedeckt werden.
53. In der Bauchhöhle kein Fremdinhalt.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

54. Bauchfell und Darmüberzug glatt, glänzend, spiegelnd.
55. Der Wurmfortsatz ist vorhanden, reizlos, zart.
56. Zwerchfellstand rechts V., links VI. Rippe.
57. Die Rippenknorpel schneiden sich mittelhart.
58. Nach Entnahme des Brustbeines sinken die deutlich geblähten Lungen kaum in die Brusthöhlen zurück. Beidseits finden sich keine Verwachsungen, keine Verklebungen, kein Fremdinhalt.
59. Der Herzbeutel ist unverletzt, fettbewachsen, er enthält gelbliche Flüssigkeit.
60. Nach Durchschneiden der unteren Hohlader entleert sich ausschließlich dunkelrotes, flüssiges Blut.

a) Halsorgane:

61. Die Zunge zeigt im Spitzenbereich seitlich, rechts mehr als links, deutliche Zahnabdrücke, jedoch ohne Verletzung der Oberfläche. Auf dem Schnitt frei von Einblutungen.
62. Die Zungengrunddrüsen sind deutlich ausgebildet.
63. Die Gaumenmandeln fehlen, an ihrer Stelle strahlige, reizlose Narben.
64. Die Speiseröhre zeigt eine grauweiße Schleimhaut und ist leer.
65. Die Luftröhre zeigt eine angedeutet nach unten zunehmende Rötung der Schleimhaut. In der Luftröhre grauer, schleimiger Inhalt.
66. Das Kehlkopfskelett sowie das Zungenbein ist unverletzt.
67. Die Weichteile des Kehlkopfeinganges etwas sulzig geschwollen.
68. Die Halsschlagaderäste mit geringen beetartigen Innenhauteinlagerungen im Aufteilungsbereich versehen.
69. Die Schilddrüse ist zweilappig angelegt, nicht vergrößert, auf dem Schnitt ohne Knoten.
70. Die Halsmuskulatur frei von Einblutungen.

b) Brustorgane:

71. Das Herz wiegt 319 g.
72. Herzaußenfell, Herzinnenfell und Klappenapparat sind zart, letzterer erscheint schlußfähig.
73. Das eirunde Loch ist geschlossen.
74. Abgang der Herzkranzarterien regelrecht. Sie weisen nur ganz vereinzelt beetartige, weiche Innenhauteinlagerungen auf.
75. Über dem absteigenden Ast der linken Herzkranzschlagader, etwa im mittleren Drittel, eine bis 2 mm breite Muskelbrücke über 5 mm Länge.
76. Auf dem Schnitt zeigt die Herzmuskulatur eine braunrote Farbe, ohne Narben oder Fremdeinlagerungen bzw. nennenswerte Fetteinwachsung.
77. Die große Körperschlagader ist nahezu zartwandig.
78. Die Lungen sind beidseits gehörig gelappt, die rechte Lunge wiegt 545 g, die linke 432 g.
79. An ihrer Oberfläche sind sie von blaugrauvioletter Farbe, glatt und glänzend.
80. Auf dem Schnitt zeigt das Lungengewebe eine dunkelgraurote, gleichmäßige Farbe. Es ist überwiegend trocken, im Oberlappenbereich rechts jedoch mit deutlicher Flüssigkeitseinlagerung.
81. In den Lungenschlagaderästen kein embolisches Material.
82. In den Luftröhrenästen kein Fremdinhalt.
83. Einatmungs- oder Verdichtungsbezirke finden sich nicht.

c) Bauchorgane:

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

84. Die Leber wiegt 1878 g.
85. An ihrer Oberfläche ist sie von braunroter Farbe, glatt und glänzend. Der Unterrand ist scharf.
86. Auf dem Schnitt zeigt das Lebergewebe eine braunrote Farbe, die Läppchenzeichnung ist erkennbar.
87. Die Gallenblase ohne Steininhalt. Im Gallenblasenbett ein bohnengroßer, vergrößerter Lymphknoten.
88. Gallenwege, Lebervenen und Pfortadersystem sind frei durchgängig.
89. Die Milz wiegt 311 g, die schiefergraue Kapsel ist glatt und glänzend, gespannt.
90. Auf dem Schnitt zeigt das Milzgewebe eine dunkelrote Farbe, es ist fest. Die Milzkörperchen sind abgrenzbar.
91. Nierenbecken, ableitende Harnwege und Harnblase mit grauweißer Schleimhaut ausgekleidet. Die Harnblase enthält 100 ml eines gelblich-klaren Urins.
92. Die Scheide ist mit grauweißer Schleimhaut ausgekleidet.
93. Die Gebärmutter ist nicht vergrößert, der Muttermund ist etwas verzogen, nicht eindeutig beurteilbar ob grübchenförmig oder quer gestellt. Gebärmutterschleimhaut mittelhoch aufgebaut, wie kurz vor der Abstoßung. Anhangsgebilde beidseits mit einzelnen Zysten versehen sowie mit mehrfachen abgrenzbaren Follikeln.
94. Der Magen enthält 150 ml eines braunrotgelben, bröckeligen Inhaltes mit einzelnen, weißlich-stippchenartigen Beimengungen, die jedoch keine sicher sandige Konsistenz aufweisen.
95. Die Schleimhaut unauffällig.
96. Im Zwölffingerdarm und Dünndarm reichlich gelbgrün-schleimiger und sämiger Inhalt.
97. Im Dickdarm grünbrauner, salbenartiger Stuhl.
98. Die Bauchspeicheldrüse ist graugelbrot, fest.
99. Am Skelettsystem von Rumpf und Gliedmaßen keine Verletzungen nachweisbar.
100. Nunmehr wird ein Einschnitt geführt am rechten Kniegelenk. Aus der Kniegelenkshöhle entleert sich reichlich bernsteinfarbene Flüssigkeit.

Zusammenfassung der Befunde:

Hirnvolumenvermehrung mit Zeichen akuten Hirndruckes,

fleckförmige Lungenwassersucht,

feste Schwellung der Milz,

vergrößerter Gallenblasenbettlymphknoten,

zartes Gefäßsystem,

Kniegelenkserguß rechts,

Zustand nach Entfernung der Gaumenmandeln vor langer Zeit,

reizlose Narben an der Beugeseite des linken Handgelenkes wie nach Pulsaderschnittversuchen,

Zustand nach vermutlicher Punktion des rechten Kniegelenkes,

keine nachweisbaren Injektionsstellen,

nicht mehr frische Hautverfärbungen an der Kinnunterseite, am linken Ellenbogengelenk,

Tätowierungen an der Brustkorbvorderseite links sowie in der Gegend der rechten Leistenbeuge.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

C. Vorläufiges Gutachten

I. Eine anatomisch nachweisbare Todesursache hat die Obduktion der Leiche der Frau nicht ergeben. Bei Berücksichtigung der zum Zeitpunkt der Obduktion bekannten Vorgeschichte kommt eine Vergiftung mit einem Gift, welches keine charakteristischen und anatomischen Veränderungen hinterläßt, in Betracht.

   Anhaltspunkte für eine Gewalteinwirkung von dritter Hand gegen den Körper der oben Genannten zu deren Lebzeiten, durch die der Tod erklärt werden könnte, fanden sich nicht.

II. Zur Sicherung der Diagnose wurden
   a) Gewebsteile aus Hirn, Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Milz, Luftröhre und Gallenblasenbettlymphknoten in Formol asserviert.
   b) Blut und Urin wurden zur Alkoholbestimmung sichergestellt.
   c) Zur chemisch-toxikologischen Untersuchung wurden asserviert: Blut, Urin, Mageninhalt, Gallenflüssigkeit, Teile von Lunge, Leber und eine Niere, Haupthaar und Nasenschleimhaut.
   d) Der anwesende Beamte erteilt Auftrag zur Alkoholbestimmung und zur chem.-tox. Untersuchung.

III. Wir bitten gegebenenfalls um Auftrag zu weiteren Untersuchungen.

IV. Ein abschließendes Gutachten bleibt vorbehalten.

V. Gegen die Freigabe der Leiche bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- Histologisches Gutachten -

Mit Beschluß vom 15.9.95 wird um Erstattung eines histologischen Zusatzgutachtens bezüglich der Todesursache von Frau J. R. gebeten.

Das Gutachten stützt sich auf die Kenntnis des Obduktionsbefundes und der histologischen Zusatzuntersuchung.

Gutachten

1. Obduktionsbefund:

Anläßlich der am 30.9.93 durchgeführten gerichtsmedizinischen Untersuchung der Leiche der Frau J. R. wurden folgende wesentliche Befunde erhoben:

Hirnvolumenvermehrung mit Zeichen akuten Hirndruckes,

fleckförmige Lungenwassersucht,

feste Schwellung der Milz,

vergrößerter Gallenblasenbettlymphknoten,

zartes Gefäßsystem,

Kniegelenkserguß rechts,

Zustand nach Entfernung der Gaumenmandeln vor langer Zeit,

reizlose Narben an der Beugeseite des linken Handgelenkes wie nach Pulsaderschnittversuchen,

Zustand nach vermutlicher Punktion des rechten Kniegelenkes,

keine nachweisbaren Injektionsstellen,

nicht mehr frische Hautverfärbungen an der Kinnunterseite, am linken Ellenbogengelenk,

Tätowierungen an der Brustkorbvorderseite links sowie in der Gegend der rechten Leistenbeuge.

Eine anatomisch nachweisbare Todesursache konnte von den Obduzenten nicht festgestellt werden.

2. Histologischer Befund:

Von den anläßlich der Leichenöffnung asservierten Organteilen wurden nach gründlicher Formolhärtung und Wässerung Gewebsblöcke ausgeschnitten und nach der Methode von Peterfy über Methylbenzoat in Paraffin eingebettet. Sodann wurden Dünnschnitte hergestellt und mit Hämatoxylin-Eosin angefärbt. Ausschnitte aus dem Gehirn wurden zur Darstellung von Nerven- und Gliazellen zusätzlich mit Kresylechtviolett angefärbt. Eine Bindegewebsfärbung erfolgte nach van Gieson. Ausschnitte aus der Niere wurden zusätzlich mit PAS angefärbt. Ausschnitte aus der Lunge wurden zur Darstellung von Fett nach Sudan III und zur Darstellung von Eisenpigment mit Berliner Blau angefärbt. Bei mikroskopischer Betrachtung der so hergestellten Präparate ergaben sich folgende Befunde:

Gehirn:

Die weichen Häute zeigen eine diskrete Bindegewebsvermehrung. Die Gefäßdichte ist unauffällig. Die Gefäße sind z. T. prall mit roten Blutkörperchen gefüllt. Die Gefäßwände sind nicht auffällig verdickt. An keiner Stelle läßt sich eine Infiltration mit Zellen der weißen Reihe erkennen. An einzelnen Stellen, nahe von Gefäßen, jedoch hiervon etwas abgesetzt, lassen sich geringe Ansammlungen roter Blutkörperchen erkennen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Die Nervenzellen sind überwiegend stark geschrumpft. Die Nissl-Substanz ist homogenisiert und zeigt ein acidophiles färberisches Verhalten. Im Neuropil finden sich, ausgehend von den Nervenzell-Leibern, streifige Aufhellungen, entsprechend den neurotisch aufgetriebenen apikalen Dendriten. Die kleinen Gefäße im Rindenniveau sind überwiegend stark ausgeweitet und prall gefüllt mit roten Blutkörperchen. Ganz vereinzelt lassen sich auch Zellen der weißen Reihe, vorwiegend Lymphozyten, erkennen. Weder subendothelial noch perivaskulär finden sich Protein- oder Fibrinausfällungen. Im Marklager zeigen die Oligodendrozyten perinukleär einen wasserhellen Hof.

Kleinhirn:

Die Purkinjezellschicht ist nicht wertbar gelichtet. Abschnittsweise läßt sich angedeutet eine Homogenisierung des Zytoplasmas erkennen. Die Körnerzellschicht zeigt gerade beginnend eine leichte Lichtung.

Verlängertes Mark:

Es ist eine normale anatomische Gliederung abgrenzbar. Die Oliven sind ohne wertbare krankhafte Veränderungen dargestellt.

Brücke:

Eine normale anatomische Gliederung in Bahnen und Brückenkerne ist sichtbar. Die ortständigen Nervenzellen zeigen abschnittsweise, und dann auch nur geringfügig ausgeprägt, eine Schrumpfung und leichte Homogenisierung der Nisslsubstanz. Ferner erkennt man feinporige optisch leere Hohlräume.

Herz:

An Ausschnitten aus der Herzmuskulatur haben sich die Herzmuskelfasern regelrecht dargestellt, sie sind annähernd von gleichmäßiger Dicke. Die Querstreifung ist erkennbar. Die Kerngröße variiert kaum, die Gefäßwände sind unauffällig. Das perivaskuläre Bindegewebe ist nicht vermehrt. Entzündliche Veränderungen oder Herzmuskelnarben sind nicht gegeben. An Ausschnitten aus dem rechten Herzmuskel läßt sich eine deutliche zapfenförmige Fetteinwachsung erkennen, die jedoch die Muskelschicht nicht vollständig durchsetzt.

Lunge:

An Ausschnitten aus der Lunge sind die Lungenbläschen dargestellt. Die Alveolarwände sind weitgehend zart. In den Lungenbläschen läßt sich immer wieder homogen eosin-rotes Material nachweisen. An anderen Stellen sind Lungenbläschen zusammengesunken. Die Gefäße hier erweitert und prall mit Blut gefüllt. Überwiegend sind die Alveolarräume optisch leer. An keiner Stelle lassen sich mit eisenpositivem Pigment beladene Alveolardeckzellen bzw. Herzfehlerzellen nachweisen. Die Luftröhrenäste enthalten abgeschilferte Epithelien sowie etwas Schleim. Entzündliche Veränderungen sind an keinem der Ausschnitte gegeben.

Luftröhre:

An Ausschnitten aus der Luftröhre findet sich ein regelrechter Wandaufbau. Das Flimmerepithel ist noch deutlich erkennbar. Die kleinen Gefäße sind kräftig mit roten Blutkörperchen gefüllt und weit. Entzündliche Veränderungen sind an keiner Stelle gegeben.

Leber:

An Ausschnitten aus der Leber haben sich die Leberläppchen regelrecht dargestellt. Die Leberzellen sind von gleichmäßiger Größe, die Kerne unauffällig. Eine Bindegewebsvermehrung besteht nicht. In den Portalfeldern finden sich unterschiedlich stark ausgeprägt Lymphozyten, einhergehend mit sehr geringen läppchenintermediären lymphogranulozytären Infiltraten. Die Gefäße sind zart und mäßig blutgefüllt, die Gallengänge sind unauffällig.

Milz:

An Ausschnitten aus der Milz sind die Sinusoide weit und kräftig blutgefüllt. Die Milzfollikel zeigen einen regelrechten Aufbau aus rundkernigen Lymphozyten, vereinzelt lassen sich auch zentral aufgehellte Follikel

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

erkennen.

Niere:

An Ausschnitten aus der Niere haben sich die Nierenkörperchen dargestellt, die Glomerulumschlingen sind zartwandig, ebenso die Bowmann'schen Kapseln. Die Glomerulumschlingen füllen die Nierenkörperchen aus. Die ableitenden Harnkanäle zeigen teils hochstehende, teils flache Epithelien. Die Gefäße sind zart, weit gestellt und prall mit roten Blutkörperchen gefüllt. An einer Stelle im Nierenbecken läßt sich eine umschriebene Ansammlung rundkerniger Lymphozyten erkennen. In diesem Bereich sind ebenfalls weit gestellte, prall mit roten Blutkörperchen gefüllte Gefäße abgrenzbar. Eine auffallende Bindegewebsvermehrung ist an keiner Stelle vorhanden.

3. Zusammenfassung der histologischen Befunde:

Generalisierte hypoxische Nervenzellschädigung des Rindenbandes,

geringe hypoxische Schädigung der Purkinjezellschicht und teilweise der pontinen Nervenzellen,

beginnende Körnerzellnekrose,

geringe leptomeningeale Fibrose am Großhirn,

geringe frische und reaktionslose leptomeningeale Blutaustritte,

ektatische, paralytische Gefäße mit Blutstauung im leptomeningealen Raum,

geringes feinporiges Ödem im Hirnstamm,

fleckförmiges Lungenödem,

ausgeprägte lymphozytäre Infiltration der Portalfeder in der Leber sowie geringe, vorwiegend lymphozytäre läppchenintermediäre Infiltration,

fraglich entzündliche Begleitreaktion der Milz,

Stauung der Nieren.

4. Abschließende Stellungnahme:

Am Gehirn fand sich eine ausgeprägte finale hypoxische, d. h. auf Sauerstoffmangel beruhende Schädigung der Nervenzellen vorwiegend an der Großhirnrinde. Die übrigen am Gehirn erhobenen Befunde (Körnerzellnekrose, Ödem) lassen sich ebenfalls auf eine solche Ursache zurückführen. Vorbestanden hat lediglich eine Fibrose der weichen Häute, die hinsichtlich ihrer Genese unterschiedlich sein kann, der jedoch keine relevante Bedeutung für den Todeseintritt zukommt. An den übrigen untersuchten Organen konnten Zeichen des finalen Herz-Kreislauf-Versagens festgestellt werden (fleckförmiges Lungenödem, Hyperämie der Nieren). An der Leber zeigte sich eine erhebliche portale, überwiegend rundzellige Infiltration, einhergehend mit sehr geringen mehr läppchenintermediären lymphozytären Infiltraten, jedoch ohne Anzeichen einer Schädigung der Leberzellen selbst. Die Lympholikel der Milz zeigten eine geringe entzündliche Aktivierung. Die Befunde an Leber und Milz stellen chronisch reaktive Veränderungen unspezifischer Art vom entzündlichen Typ dar, wie sie als Folge viraler, bakterieller und toxischer Expositionen des Körpers aufzutreten pflegen.

Die am Gehirn realisierten mikroskopischen Befunde sind zwanglos geeignet, einen letztendlichen Todeseintritt infolge eines zentralen Regulationsversagens aufgrund einer Sauerstoffmangelschädigung des Gehirns zu erklären.

An allen untersuchten Organen fanden sich jedoch keinerlei Hinweise für insbesondere ein natürliches krankhaftes Leiden, welches mittelbar oder unmittelbar die Hirnschädigung hervorgerufen haben könnte.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- Toxikologisches Gutachten -

Anläßlich der am 30.09.1993 durchgeführten gerichtsmedizinischen Untersuchung der Leiche von Frau J. R. wurde von Herrn K. Auftrag zur toxikologischen Zusatzuntersuchung einschließlich Begutachtung erteilt.

Chemisch-toxikologische Untersuchung

1. Mageninhalt:

Proben des 1 : 10 verdünnten Mageninhaltes wurden nach Extraktion und Aufnahme des Extraktes in Pufferlösung mittels FPIA (Fluoreszenz-polarisations-immunchemisches Nachweisverfahren) auf folgende Arznei- und Suchtstoffgruppen untersucht:

Barbiturate

Benzodiazepine

Morphin-Derivate

Trizyklische Antidepressiva

Amphetamine

Cocain

Hierbei ergab sich der Hinweis für das Vorliegen von Morphin-Derivaten und Barbituraten in hoher Konzentration. Hinweise für das Vorliegen von Arznei- oder Suchtstoffen aus den anderen untersuchten Gruppen haben sich nicht ergeben.

Eine Probe des 1 : 10 verdünnten Mageninhaltes wurde nach Extraktion mit TBPE (Tetrabrom-phenolphthalein-ethylester) auf das Vorliegen basischer Arzneistoffe wie z. B. Antidepressiva oder Antihistaminika untersucht. Hierbei ergab sich kein Hinweis auf das Vorliegen derartiger Verbindungen.

2. Blut:

Proben des Herzblutes wurden nach Extraktion und Aufnahme des Extraktes in Pufferlösung mittels FPIA (Fluoreszenz-polarisations-immunchemisches Nachweisverfahren) auf folgende Arznei- und Suchtstoffgruppen untersucht:

Barbiturate

Benzodiazepine

Morphin-Derivate

Trizyklische Antidepressiva

Amphetamine

Cocain

Hierbei ergab sich der Hinweis für das Vorliegen von Morphin-Derivaten und Barbituraten in hoher Konzentration. Hinweise für das Vorliegen von Arznei- oder Suchtstoffen aus den anderen untersuchten Gruppen haben sich nicht ergeben.

Proben des Herzblutes wurden nach Zugabe eines internen Standards und Extraktion hochdruckflüssigkeitschromatographisch mittels Dioden-Array-Detektor auf das Vorliegen von Barbituraten untersucht. Hierbei wurde Pentobarbital aufgefunden. Die quantitative Bestimmung ergab:

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Pentobarbital	16,0 mg/l Blut

Proben des Oberschenkelvenenblutes wurden nach Zugabe eines internen Standards, Extraktion und erforderlichenfalls nach Derivatisierung des Extraktes gaschromatographisch massenspektrometrisch auf das Vorliegen von Morphin-Derivaten untersucht. Hierbei wurde Dihydrocodein aufgefunden. Die quantitative Bestimmung ergab:

Dihydrocodein	0,259 mg/l Blut

3. Urin:

Proben des Urins wurden mittels FPIA (Fluoreszenz-polarisations-immunchemisches Nachweisverfahren) auf folgende Arznei- und Suchtstoffgruppen untersucht:

Barbiturate

Benzodiazepine

Morphin-Derivate

Trizyklische Antidepressiva

Amphetamine

Cannabis-Inhaltsstoffe

Cocain

Methadon

Hierbei ergab sich der Hinweis für das Vorliegen von Morphin-Derivaten und Barbituraten, jeweils in hoher Konzentration, sowie von Cannabis-Derivaten. Hinweise für das Vorliegen von Arznei- oder Suchtstoffen aus den anderen untersuchten Gruppen haben sich nicht ergeben.

Eine Probe des Urins wurde mit TBPE (Tetrabrom-phenolphthalein-ethylester) auf das Vorliegen basischer Arzneistoffe wie z. B. Antidepressiva oder Antihistaminika untersucht: Hierbei ergab sich kein Hinweis auf das Vorliegen derartiger Verbindungen.

Begutachtung

Die bei der toxikologischen Untersuchung erhobenen Befunde beweisen die vorangegangene Aufnahme von Sucht- und Ersatzmitteln. Die aufgefundene Konzentration an Pentobarbital, dem Wirkstoff von Medinox, liegt deutlich oberhalb des therapeutischen Bereiches. Weiterhin beweisen die Befunde eine Aufnahme von Dihydrocodein, das im sogenannten Codeinsaft verwendet wird. Die Konzentration liegt hier eher am unteren Rand des Bereiches, der bei der Verwendung von Dihydrocodein als Ersatzmittel aufgefunden wird.

Der Eintritt des Todes von Frau J. R. läßt sich als Folge der Aufnahme einer hohen Dosis von Pentobarbital in Verbindung mit Dihydrocodein erklären.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- Sachverständigengutachten -

Im Auftrag des Gerichts soll auf Antrag der Verteidigung eine gutachtliche Äußerung zur Behandlung der verstorbenen drogenabhängigen Frau J. R. durch den behandelnden Arzt, Herrn Dr. R., gemacht werden. Die Begutachtung erfolgt auf Betreiben von Herrn Dr. H., dem Verteidiger von Herrn Dr. R. Das Gutachten erfolgt auf der Grundlage der Akteneinsicht. Ein Kontakt zur Sache konnte mit dem Rechtsanwalt und dem Angeklagten aus terminlichen Gründen nicht hergestellt werden. Es ist jedoch nicht zu erwarten, daß für die Beurteilung wesentliche neue Gesichtspunkte aufkommen können. Gegebenenfalls könnten zusätzliche Ausführungen mündlich (oder auch schriftlich) nachgereicht werden.

Aktenlage

Verwendet wurden die Akten des Landgerichts Augsburg mit dem Az 207 JS 14423/93.

Aus den vorliegenden Akten werden vor allem Materialien kriminalpolizeilicher Sicherstellungen, Einlassungen des Herrn Dr. R., Vernehmungsprotokolle und das Gutachten aus dem Institut für Rechtsmedizin München genutzt.

Sachverhalt

Anlaß des Gerichtsverfahrens ist der Tod der Frau J. R. Sie litt an einer langjährigen Drogenabhängigkeit. Frau J. R. verstarb am 29.9.1993 unter den Umständen einer Barbiturat-Dihydrocodein-Mischintoxikation in ihrer Wohnung. Sie stand zum Zeitpunkt ihres Todes bereits mehrere Monate in Behandlung ihrer Drogensucht bei Herrn Dr. R. Von ihm bekam sie mehrmals in etwa wöchentlichen Intervallen große Mengen an Barbituraten (Medinox) und Dihydrocodein (Remedacen) verordnet.

Die gerichtsrelevante Fragestellung bezieht sich im wesentlichen auf die Angemessenheit dieser ärztlichen Behandlungsweise.

Im einzelnen werden dem Vernehmungsprotokoll von der Kriminalpolizei Augsburg und von der Staatsanwaltschaft am LG Augsburg, RA R. vom 4.11.1993 folgende Informationen entnommen (Seitenangaben in Klammern auf Akten bezogen):

1. Die Mutter von Frau J. R., Frau A. J., hat am 29.9.1993, um etwa 11.45 Uhr, Frau J. R. in ihrem Zimmer auf dem Tisch liegend bewegungslos und nicht ansprechbar angetroffen. Ihr Körper sei noch warm gewesen und es habe der Eindruck bestanden, daß sie vielleicht noch geatmet habe. Es sei bräunliche Flüssigkeit als Erbrochenes im Mund gewesen. Frau J. habe versucht, die Tochter wiederzubeleben. Nachdem dies nicht gelang, holte sie den Notarzt, der offensichtlich Reanimationsmaßnahmen unternahm, jedoch letztlich nur mehr den Tod feststellen konnte.

2. Frau J. schildert die dem Todestag vorausgehenden Tage mit Frau J. R.: Frau J. R. sei hochgradig intoxikiert gewesen, sei wegen Schmerzen im Bein ärztlich behandelt worden - es sei ihr so schlecht gegangen, daß nach Meinung von Frau J. eine Krankenhauseinweisung nötig gewesen wäre, was aber durch konsultierte Ärzte (ärztlicher Notdienst und Dr. R.) nicht vollzogen worden wäre. Phasenweise hätte sie kaum mehr gehen können, hätte nur mehr gelallt und hätte auch zeitweise nur mehr aus einer Schnabeltasse erfolgreich trinken können.

3. Herr Dr. R. habe der Patientin in jenen Tagen am 23.9.1993 100 Kapseln Medinox und 100 Kapseln Remedacen verordnet. Zuletzt habe er am 27.9.1993 100 Kapseln Remedacen und 100 Kapseln Medinox verschrieben (S. 347). Dieses Verordnungsverhalten würde seit Mai 1993 praktiziert werden. Die Drogensucht - angeblich Barbituratsucht - solle schon etwa 15 Jahre vorliegen.

4. Es liegen mehrere Rezepte von Herrn Dr. R. vor, die die Verordnung von hohen Mengen von Betäubungsmitteln (Ritalin, L-Polamidon) auch an andere Patienten beinhalten. Teilweise wurden die zulässigen Tagesdosen überschritten und auch Mehrfachverordnungen für einen Tag vorgenommen. Die Details dazu finden sich in der Anklageschrift auf S. 348-350.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Beurteilung

I. Grundorientierungen der Suchtmedizin

Zum Verständnis der fachlichen Bewertung dieser Sachlage ist zunächst der Stand der Suchtmedizin kurz zu erörtern.

1) Es gibt derzeit keine suchtmedizinische Spezialität im medizinischen Fächerkreis, sondern es besteht eine weithin in der Fachliteratur und auch in den Massenmedien erkennbare kontroverse Diskussion der adäquaten Therapie zwischen Vertretern der sogenannten Abstinenzprogramme, die bei Drogenabhängigen als einziges Mittel der Wahl eine Entwöhnungstherapie angezeigt sehen und den Vertretern der Substitutionstherapie, die generell die Indikation zur Abgabe von Ersatzmedikamenten gegeben sehen. Die letzte Gruppe ist eine wachsende Zahl von medizinischen Außenseitern in bezug auf die traditionell für Suchtkrankheiten zuständige Psychiatrie. Eine Grundlage dieser Bewegung ist die Initiative von Behandlern der HIV-infizierten Drogenabhängigen. Aus dieser gegenwärtig noch polarisierten Situation der Diskussion der Behandlungsrichtlinien Suchtkranker, bei der beinahe jede medizinische Spezialität Behandlungskonzepte vorschlägt, resultieren für den Nicht-Spezialisten deutliche Orientierungsschwierigkeiten in Hinblick darauf, was das richtige medizinische Handeln bei Suchtkranken ist. Diese Situation kann auch dazu verführen, Außenseitermethoden im Suchtbereich mit Standardmethoden zu verwechseln. Bedauerlicherweise werden auch Suchtberatungsstellen in diesen Fragen zu wenig konsultiert.

Führender Fachverband für Suchtfragen ist die »Deutsche Gesellschaft für Suchttherapie und Suchtforschung e. V.«, die bei der »Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren« in Hamm eingebunden ist. Der Verband konnte sich noch nicht entschließen, die Substitutionsbehandlungen mit Ersatzstoffen - vor allem in der oben dargestellten Form - zu akzeptieren oder gar Therapiestandards zu formulieren. Die Therapiebewertungsforschung ist diesbezüglich noch zu sehr im Fluß.

Auch der Arbeitskreis des Wissenschaftlichen Beirates und des Ausschusses »Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene« der Bundesärztekammer hat für die Behandlung von Drogenabhängigen eine richtungsgebende Funktion. Er hat beispielsweise in dem für Ärzte bezüglich Behandlungsstandards wichtigen Publikationsorgan »Deutsches Ärzteblatt« zum Thema »Ersatzdrogen« die sehr restriktiven Kriterien der Behandlung mit Ersatzdrogen dargelegt (Deutsches Ärzteblatt 85 (1988), 5:B192-B193). Zuletzt (1994) wurde ein inzwischen gut verbreitetes Büchlein von Nowak et al. zur Behandlung Drogenabhängiger herausgegeben (Schattauer Verl. Stuttgart), das den aktuellen Stand der Drogentherapie darstellt, jedoch in keiner Weise die Behandlungspraktiken von Herrn Dr. R. stützen läßt. Selbst wenn man berechtigt unterstellt, daß die Konzepte der Drogentherapie in Deutschland in Richtung Ausweitung der Substitutionstherapie im Wandel sind, so ist auch die neueste Publikation von Gölz (1995) »Der drogenabhängige Patient« (Urban & Schwarzenberg, München) und die darin von Ulmer dargelegten Ausführungen zur Codeinsubstitution nicht geeignet, die Behandlungsweise von Herrn Dr. R. zu stützen. Auch hier wird allgemein die Substitution mit Dihydrocodein zurückhaltend beurteilt und die Substitution mit Methadon bevorzugt. Sicher ist auch, daß die Beigabe von den therapeutisch schwer steuerbaren Barbituraten zu Dihydrocodein kontraindiziert ist und nur Sondersituationen vorbehalten bleibt.

2) Die klinische Erfahrung zeigt gelegentlich, daß es gewisse Erfolge mit Dihydrocodein-substituierten Drogenabhängigen gibt. Eine Steigerung der sozialen Integration ist dabei möglich, dennoch wird die Sucht aufrecht erhalten. Erforderlich ist allerdings ein Abbau des Beigebrauchs von anderen Stoffen.. Dies verfolgt jede Substitutionsbehandlung als Therapieteilziel. Damit ist medizinisch betrachtet die Substitutionstherapie im engeren Sinne keine kausale Therapie, sondern eher eine palliative Therapie, die der Minderung von Beschwerden dient, ohne die Krankheit in ihrer »inneren Ablauflogik« zu beeinflussen. Nur nach sozialmedizinischen Kriterien wäre es im Sinne der »Besserung des sozialen Befindens« eine Behandlung. Dieser Aspekt hat unter dem Begriff der »harm-reduction« im Kreise der Suchtexperten eine zunehmende Bedeutung bekommen. Dies beruht vor allem auf den Praktiken und den Diskussionen in den anglo-amerikanischen Ländern, aber auch in der Drogenpolitik Hollands. In Deutschland ist die Substitutionstherapie an das Abstinenzziel geknüpft. Vage Andeutungen von Patienten, daß sie bald einen stationären Entzug machen wollten, reichen zur Zieldefinition der Substitutionstherapie nicht aus.

Der sachliche Kernpunkt und Nährboden der dargestellten Kontroverse trifft die Frage nach dem Umgang mit

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

den Patienten, die noch nicht für die Entwöhnungstherapie motiviert sind. Die extrem niedrige Mitwirkungsbereitschaft (Compliance) von Drogenabhängigen regt zum Umdenken der Therapiekonzepte an. Etwa 70 bis 90% der jeweils lokalen Drogenszene sind in keinem suchttherapeutischen Kontakt, weil dieser von Abstinenzforderungen gegenüber dem Abhängigen geprägt ist und damit die Süchtigen überfordert. Durch hier entgegenkommende Substitutionsprogramme mit Methadon können andererseits im Extremfall (z. B. Amsterdam) bis zu 75% der vorhandenen Drogenszene »therapeutisch« (i. o. g. Sinne) erreicht werden. Im Regelfall werden in Deutschland hingegen neben den etwa 10% jährlich ausstiegsmotivierten und an Abstinenztherapieprogrammen interessierten Drogenabhängigen durchschnittlich noch zusätzliche 15% nach den Richtlinien für neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB-Richtlinien) erreicht. Mit einer Methadonsubstitution nach optimaler Ausschöpfung der NUB-Richtlinien könnten maximal etwa 25% zusätzlich erreicht werden. Auf diese Weise wären dann etwa mehr als 50% der Drogenabhängigen in kontinuierlichem therapeutischen Kontakt. In Hinblick auf den derzeit wesentlich geringeren Prozentsatz an therapeutisch erreichbaren Drogenpatienten (etwa 25%) kann es sein, daß die Hilfsbereitschaft der Ärzte von drängenden Drogenabhängigen angesprochen wird, wobei sich die Ärzte dann zumindest ethisch von dem Aspekt der Hilfeleistung motiviert fühlen können: Die Nichtvergabe von Medikamenten würde zu einer weiteren Verelendung und Kriminalisierung einer großen Anzahl der Patienten führen. Vor allem die Rolle von Hausärzten ist hier noch weitgehend ungeklärt. Andererseits wird diese Argumentation vermutlich auch oft als Begründung für ertragreiche Privat-Rezeptierungen niedergelassener Ärzte mißbraucht. Daher sind wie bisher die Empfehlungen der Bundesärztekammer Richtschnur des Behandelns der Drogenabhängigen. Abweichungen davon bedürfen besonders umsichtiger patientenbezogener Überlegungen, Abklärungen und Kontrollmaßnahmen. Darüber hinaus muß eine detaillierte Dokumentation der ärztlichen Maßnahmen erfolgen. Dies wurde auch von Ärzteverbänden wie dem Kreisverband Augsburg schriftlich gefordert.

3) Die Motivationsdefizite der Patienten führten in den letzten Jahren im Bereich der Drogenhilfe zu dem Konzept der Niederschwelligkeit und zu der sogenannten akzeptierenden Drogenarbeit. Das bedeutet, daß man soweit möglich auf die Patienten zugeht und nur wenige Vorbedingungen für eine Therapie oder Betreuung verlangt (vgl. »Kundenorientierung« der neueren Gesundheitsökonomie). Das kann auch so mißverstanden werden, daß die Medikationswünsche der Patienten akzeptiert oder gar kritiklos vollzogen werden. Die Medikationswünsche beziehen sich erfahrungsgemäß oft auf medizinisch absurde Medikamentenkombinationen. Es sind hier aus der Sicht der Praxis keine klaren allgemeinverbindlichen Empfehlungen für das Handeln substituierender Ärzte erkennbar. Einige Ärztekammern wie Hamburg und Westfalen-Lippe haben die Substitution mit Dihydrocodein in »begründeten Einzelfällen« als kunstgerecht anerkannt. Der Stand der derzeitigen Diskussion ist, daß durch die Zulassung der Methadon-Substitution nach den NUB-Richtlinien zunächst diese Möglichkeit der Methadon-Substitution genutzt werden sollte. Sollte diese Substitution nicht möglich sein, dann sollte jede anderweitige Substitution gut begründet sein (Nachweis der Nichteignung des Patienten für Entwöhnungstherapie) und sich nach diesen Richtlinien orientieren.

4) Die unstrukturierte, ziellose Verordnung von psychoaktiven Medikamenten an Suchtkranke ist eine über Jahrzehnte bekannte Handlungsweise der Ärzte. In den letzten Jahren gibt es verstärkte Bemühungen, hier Regularien zu entwickeln. Es sind in der Tat gewisse Versäumnisse festzustellen, die auch teilweise im Bereich der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung den verantwortlichen Organen der Ärzteschaft zuzuordnen sind.

Der zentrale Punkt des aktuellen Wandels in der Drogentherapie ist also, daß die mangelnde Therapiemotivation der Drogenabhängigen nahelegt, zunächst mit medikamentösen Ersatzangeboten, vorzugsweise mit Methadon, an die Abhängigen heranzutreten.

Dihydrocodein ist vermutlich auch in Zukunft nur bei besonders zuverlässigen Patienten ein denkbares Mittel zur Substitution. Eine Anerkennung dazu steht aber noch aus. Festzuhalten ist aber, daß das Abstinenzziel ausdrücklich in den jeweiligen Behandlungsvertrag aufgenommen werden muß.

II. Todesumstände von Frau J. R.

1. Der Tod von Frau J. R. läßt sich wohl am besten mit den Folgen der Mischintoxikation mit Barbituraten und Dihydrocodein erklären, wobei möglicherweise der reduzierte Allgemeinzustand der letzten Tage zu einer besonderen Anfälligkeit gegenüber den für Frau J. R. üblichen Dosierungen der Selbstmedikation geführt haben kann.

2. Diagnostisch handelt es sich bei Frau J. R. am ehesten um eine langjährige Polytoxikomanie incl. des

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Herointyps, mit dem besonderen Akzent einer langjährigen Barbituratabhängigkeit mit kaum vorhandener Veränderungsmotivation bzw. Therapiemotivation. Daraus leitet sich ein im Verhältnis zur Schwere der Störung zu geringes konkretes Mitwirkungsinteresse von Frau J. R. an suchttherapeutischen Prozeduren ab. Frau J. R. stand auch mit einer Suchtberatungsstelle Schwaben, mit Herrn K., in Kontakt, wobei auch hier bei Frau J. R. sehr wenig Motivation festzustellen ist, einen regelrechten Beratungskontakt zu halten. Dies ist aber die Voraussetzung für eine klassische abstinenzorientierte Therapie.

3. Offensichtlich war Frau J. R. in den letzten Tagen vor ihrem Versterben in einem kritischen Zustand. Obwohl Frau J. R. von mehreren Ärzten gesehen worden ist, erfolgte keine Einweisung, vor allem auch deswegen, weil Frau J. R. nach ärztlichen Angaben wohl keine Aufnahme wünschte und sich sogar entsprechenden Empfehlungen widersetzte. Dies gehört zu dem für Außenstehende schwer nachvollziehbaren Eigensinn der Suchtkranken, die meistens erst bei Konfrontation mit schwersten Störungen bereit sind, ihr Suchtmittelkonsumverhalten zu verändern oder gar eine Therapie zu machen. Grundlegend wäre es daher aus suchtmedizinischer Sicht wahrscheinlich nur durch eine Zwangseinweisung über das Vormundschaftsgericht möglich gewesen, Frau J. R. kurzfristig in einer psychiatrischen Klinik unterzubringen, wo die Krise der Patientin überbrückt hätte werden können. Zum Zwecke des Barbituratentzugs wäre dabei ein etwa 5-wöchiger Aufenthalt erforderlich gewesen. Daß damit nachhaltige Veränderungen hätten bewirkt werden können, muß erfahrungsgemäß bezweifelt werden.

III. Das ärztliche Handeln von Herrn Dr. R.

Bezug für die Beurteilung der ärztlichen Handlungsweise sind die bereits 1993 für die Ärzteschaft verfügbaren Kriterien im Umgang mit Drogenabhängigen. Davon sollen kurz folgende Aspekte herausgegriffen werden:

Im Juni 1993, im Deutschen Ärzteblatt 90, Heft 24, Seite A 1812 bis 1818 werden die Vorschriften der 4. Novelle der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung dargelegt. Dort werden Indikationsstellung, Dosierungen, Tagesdosen, Rezeptierverhalten u. dgl. genauer dargelegt. Beispielsweise ist daraus ersehbar, daß der beabsichtigte Zweck der Verordnung von Betäubungsmitteln auf keine andere Weise erreichbar sein muß. Für eine Substitutionstherapie bei Drogenabhängigen muß derzeit auch die mangelnde Eignung für eine Entwöhnungstherapie (Abstinenztherapie) nachgewiesen werden (S. A 1812).

Darüber hinaus hat der Augsburger Ärztliche Kreisverband, repräsentiert durch Dr. Dorn, im ärztlichen Mitteilungsblatt Schwaben Nr. 4 im August 1993 Regeln zur Dihydrocodeinsubstitution erfaßt. Solche Regeln waren schon seit Jahren bereits in den breiten ärztlichen Fachkreisen schon öfters diskutiert worden, wie beispielsweise in Leserbriefen im Deutschen Ärzteblatt u. dgl. Es handelt sich bei den Mitteilungen des Augsburger Ärzteverbands um einen 12-Punkte-Katalog, bei dem folgende Punkte wichtig sind (s. S. 210 d. Akte):

1. Betr. Punkt 3 der Regeln:

Es muß eine überzeugende Indikation (mit Therapieplan) gestellt werden. Aufgrund der mangelhaften Unterlagen von Herrn Dr. R. und auch in Hinblick auf seine mündliche Einlassung muß davon ausgegangen werden, daß die verordneten Medikamente Medinox und Remedacen ohne solide Begründung verordnet wurden. Die Angabe von Patienten alleine, diese Stoffe zu benötigen, ist kein Grund zur Verordnung. Eine spezifische Diagnostik muß erfolgen, gegebenenfalls unterstützt durch die Konsultation des Drogenberaters. Auch ein erfahrener Psychologe in einer Beratungsstelle wie Herr K. kann hier tragfähigere suchtdiagnostische Beurteilungen abgeben als ein Allgemeinarzt.

2. Betr. Punkt 4 der Regeln:

Es ist eine ständige Therapiekontrolle, insbesondere in Hinblick auf den Nebengebrauch vorzunehmen, wobei auch Urinkontrollen erforderlich sind. Davon ist in den Unterlagen nichts vermerkt. Es ist daher nicht davon auszugehen, daß eine geeignete Therapiekontrolle stattgefunden hat.

3. Betr. Punkt 7 der Regeln:

Die Dihydrocodein-Abgabe soll nur in 3-Tagesmengen erfolgen. Es wurden von Herrn Dr. R. wesentlich größere Dosierungen verabreicht. Die Einnahme der Tabletten wurde nicht reglementiert.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

4. Betr. Punkt 9 der Regeln:

Es soll ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgefaßt sein. Dieser läßt sich für Frau J. R. nicht finden.

5. Der Arzt muß eine Qualifikation für die Substitutionstherapie nachweisen können. Dies ist ebenfalls nicht der Fall, da Herr Dr. R. sich nicht für die Methadonsubstitution qualifiziert hat.

6. Darüber hinaus ist ja der besonders gravierende Umstand gegeben, daß Herr Dr. R. die Barbiturate so verordnete, daß keinerlei mittelfristige Programmtaktik erkennbar war. Diese Medikamente sind besonders gefährlich, weil sie im Gegensatz zu Benzodiazepinen eine wesentlich geringere therapeutische Breite haben. Ein Umstellen auf Benzodiazepine wäre im Prinzip möglich gewesen, es hat allerdings den Nachteil, daß damit auch eine Benzodiazepinsucht ausgelöst werden kann. Andererseits sind die Benzodiazepine auf der Drogenszene die führenden Medikamente, daß eher anzunehmen ist, daß Frau J. R. auch mit diesen Medikamenten Erfahrungen hatte. Zumindest der Entscheidungsvorgang dazu wäre erforderlich und zu dokumentieren gewesen. Auch wurden die Wechselwirkungen der Medikamente im Hinblick auf ihre atemantriebsdämpfenden Effekte nicht bedacht. Inwieweit Frau J. R. darüber informiert worden war, bleibt fraglich.

7. Grundlegend fehlt der gesamten Behandlung ein therapeutisches Gesamtkonzept, vor allem was bilateral zwischen Arzt und Patientin vereinbarte Therapieziele der Substitution betrifft (z. B. Zeitrahmen).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist daher davon auszugehen, daß Herr Dr. R. eine mangelnde Qualität und Qualifikation in der hier dokumentierten Phase der Behandlung der polyvalent drogenkonsumierenden und drogenabhängigen Frau J. R. zeigte. Damit waren hohe Risiken der Behandlung gegeben, daß die Patientin in ihrer Suchtentwicklung weiter voranschreitet und auch möglicherweise an einer Überdosierung verstirbt, was dann wohl offensichtlich auch der Fall war.

- Stellungnahme des Beschuldigten -

Nach meiner persönlichen Meinung handelt es sich in diesem Strafverfahren seitens der Staatsanwaltschaft um einen politischen Prozeß, mit dem Ziel, von der desolaten staatlichen Drogenpolitik abzulenken.

Im Begleitwort zum Buch von Gorm Grimm »Die Lösung des Drogenproblems« hieß es bereits 1985: »Die offizielle Drogenpolitik im Hinblick auf die Behandlung Drogensüchtiger beschränkt sich heute in der Bundesrepublik Deutschland auf Zwang, Abschreckung und Strafe.«

Nach meiner persönlichen Meidung hat sich daran bis heute nichts geändert und erkennbare Erfolge dieser Drogenpolitik sind ausgeblieben.

Auch in diesem Jahr ist die Zahl der Drogentoten wieder höher als im vergangenen.

Süddeutsche Zeitung vom 20.11.1995: «... Er ist in der diesjährigen Statistik des Polizeipräsidiums, die im Vorjahr zur gleichen Zeit 65 Fälle dieser Art verzeichnete, der 74. Drogentote.«

Vor einigen Wochen verdeutlichte Frau Minister Stamm von der Bayerischen Staatsregierung in einer Diskussionsrunde (Talk im Turm) im Kreise u. a. ihrer Amtsbrüder und -schwestern weiterer Bundesländer diese meine persönliche Meinung.

Die Diskussion um die Legalisierung von Haschisch wurde von ihr nahezu verteufelt, aber sie stellte fest, alles Übel liege im Alkoholmißbrauch und rief zur Vorbildwirkung auf diesem Gebiet auf, dabei aber vergessend, oder aber aus anderen Gründen nicht darauf eingehend, wer denn alljährlich beim Oktoberfest bzw. am Nockerberg vor laufenden Fernsehkameras das erste Maß Bier dem Volke zutrinkt. Kein Staatsanwalt käme auf die Idee, in diesen Vorgängen den Tatbestand der Volksverführung erfüllt zu sehen.

Jährlich sterben ca. 30-40 Tsd. Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums.

Es wird seitens der Anklage nichts unterlassen, die Situation zu verschärfen:

1. Bereits bei der Ermittlung wird versucht, durch Vortäuschung falscher Tatsachen zusätzliche Straftatbestandsmerkmale zu konstruieren.

   So wird eine 100%ige Überschreitung der zulässigen einfachen Tageshöchstverschreibungsmenge für Ritalin unterstellt, was den Festlegungen im BtMG widerspricht. Gleiches gilt für das Gutachten des Herrn Dr. J. (?) Tatsache ist, daß die einfache Tageshöchstverschreibungsmenge für Ritalin nicht 200 mg, sondern 400 mg beträgt.

   Erst auf Intervention durch die Verteidigung wird diese Anschuldigung fallengelassen.

2. Im Ermittlungsbericht und im Gutachten der Sachverständigen Dr. J. (?) wird festgehalten: »Es muß davon ausgegangen werden, daß die Verstorbene alle von Dr. R. verschriebenen Tabletten eingenommen hat.« Diese Feststellung ist falsch!! Bei gewissenhafter Prüfung der Beweismittel (Rezepte) ist erkennbar, soweit ein Interesse vorliegt, daß die Rezepte nur teilbeliefert bzw. gar nicht beliefert waren.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

3.	So am 23.09.1993	20 Kaps. Remedacen	(20 Tabl. = DM 30,35)
		20 Tabl. Medinox Mono	(20 Tabl. = DM 9,95)
	am 24.09.1993	20 Tabl. Medinox Mono	
	am 25.09.1993	20 Tabl. Medinox Mono	
	am 27.09.1993	20 Kaps. Remedacen	
		20 Kaps. Medinox Mono	

Zum Sachverständigen der Staatsanwaltschaft Herrn Dr. J.:

Selbst wenn von der Staatsanwaltschaft bestellt, ist zu erwarten, daß auch bei strafrechtlicher Fragestellung die Grundregeln wie bei einem unabhängigen Sachverständigen eingehalten werden:

Der Sachverständige ist eine Person, die kraft ihrer besonderen Sachkunde dem Richter die ihm fehlende Kenntnis von Erfahrungssätzen vermittelt oder die Beurteilung des Tatbestandes ermöglichen soll. (Gutachten Fibel, H. H. Marx, Georg Thieme Verlag Stuttgart) Dabei wird Unparteilichkeit erwartet.

Als langjähriger Gutachter beim Sozialgericht Augsburg habe ich bei jedem Gutachten-Auftrag folgende Aufforderung zu beachten: »Bitte prüfen Sie sofort, ob der Auftrag in Ihr Sachgebiet fällt und ohne Hinzuziehung weiterer Sachverständiger erledigt werden kann. Ist dies nicht der Fall, verständigen Sie bitte das Gericht unverzüglich. Gleiches gilt, wenn Sie Zweifel am Inhalt und Umfang des Auftrages haben.«

Ich melde bei dem von der Staatsanwaltschaft bestellten Gutachter Herrn Dr. J. Bedenken dahingehend an, daß er die Voraussetzungen nicht erfüllt, um den an ihn gestellten Gutachtensauftrag annehmen zu dürfen.

Begründung:

1. Herr Dr. J. schildert in seinem Gutachten (und wiederholt es mündlich) die Wirkung der Barbiturate und stellt als besonders verheerend den »hang-over-Effekt«, mit dem alles seinen Anfang nehme, dar.

   Er verschweigt aber dem Gericht, daß gerade dieser Effekt bei Barbiturat-Langzeit-Abhängigen in so abgeschwächter Form auftritt, daß sie eben so ungewöhnlich hohe Mengen dieses Medikamentes tolerieren (Daunderer M., Akute Intoxikationen). Ursache dafür ist eine Enzym-Aktivierung in der Leber, wodurch es zu einem rascheren Abbau der Barbitursäurederivate kommt.

2. Der Gutachter nimmt zur Frage der Behandlung Drogenabhängiger Stellung, obwohl anzunehmen ist, daß er über die für eine derartige gutachterliche Aussage erforderliche Erfahrung nicht verfügt.

   In einem Aufsatz aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München (Drogentodesfälle durch dihydrocodeinhaltige Ersatzmittel; (62) Dt. Ärztebl. 90, Heft 8, 1993), dem der Gutachter Herr Dr. J. meines Wissens angehört, ist abschließend festgeschrieben: »Als Rechtsmediziner ohne eigene therapeutische Erfahrung im Umgang mit Drogenabhängigen können wir die dargestellten Gefahren der DHC-Substitution nicht gegen mögliche Vorteile abwägen.«

   Der Gerichtsmediziner hat naturgemäß Erfahrung nur an Toten und an Drogenabhängigen im Gerichtssaal. Hier ist ein Gutachter gefragt, der Erfahrung mit lebenden und nicht unter staatlichem Zwang stehenden Drogenkonsumenten hat.

3. Der Herr Gutachter gibt allgemeine Erklärungen ab, zu den Kernfragen:

3.1 Ist ein Pentobarbital-Blutspiegel von 16 mg/Liter ist mit absoluter Sicherheit eine zum Tode führende Blutkonzentration.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Literatur:

3.1.1 Mitteilung des Bundesgesundheitsamtes vom 20.06.1995, S. 6

Wirkstoff	potentiell letale Dosis	Lit.Nr.	mittlere hypnot. Dosis	Lit.-Nr.
Pentobarbital	unbekannt	/	0,1 g	(9,1)

3.1.2 Toxikologie, Wirth/Gloxhuber, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1994, S. 334

Potentiell letaler Blutspiegel

Mögliche Indikation zur Hämoperfusion: 10-50! mg/Liter

3.1.3 Medical Toxycology, Ellmhorn

Drowsy	0,8±0,2 mg/dl
Stuporous	1,4±0,3 mg/dl
Coma 1 (responsive to pain)	1,8±0,2 mg/dl
Coma 2 (unresponsive to pain)	2,2±0,2 mg/dl
Coma 3 (mild vital sign instability)	2,6±0,2 mg/dl
Coma 4 (severe vital sign instability)	3,4±0,6 mg/dl

3.1.4 Daunderer Max, Akute Intoxikationen, Urban & Schwarzenberg, 3. Auflage

Pentobarbital	therap./bzw. ungiftig	toxisch	letal
(akut)	1!!! mg/Liter	4-6 mg/Liter	100 mg/Liter
(chronisch)	Serum 15-35 mg/Liter	40 mg/Liter	100 mg/Liter

ebensowenig wie zur 2. Kernfrage:

Wie wird die vorgefundene Lage der Verstorbenen erklärt: Vor dem laufenden Fernsehgerät auf dem Tisch liegend??

3.2 Ist mit Sicherheit eine weitere Todesursache auszuschließen, speziell die Frage: Ist bei bekanntem erhöhtem Thromboserisiko bei der Verstorbenen mit Sicherheit der Tod, verursacht durch eine Lungenembolie ausgeschlossen?

Das erhöhte Thromboserisiko ergibt sich aus der Tatsache, daß die Verstorbene wegen eines Kniegelenkergusses einen immobilisierenden Verband über 2 große Gelenke bekommen hatte (zur Frage des erhöhten Thromboserisikos bei genannten Voraussetzungen liegt ein umfangreiches Schrifttum vor und kann jederzeit vorgelegt werden).

Im Obduktionsbericht wird der rechte immobilisierte Unterschenkel »etwas teigig geschwollen« beschrieben (auch durch das 2. Gutachten von Frau B. nicht geklärt, weil nicht untersucht!).

Weiter ist zu lesen, die Lunge betreffend, »im Oberlappen rechts jedoch mit deutlicher Flüssigkeitseinlagerung«. Dieser Befund wird im 1. Obduktionsprotokoll nicht diskutiert.

Im 2. (histologischen) Gutachten von Frau Dr. B. sind zwar mehrere Lungenabschnitte histologisch untersucht worden, eine Schichtung des rechten Lungenoberlappens ist nicht erfolgt. D. h., es sind Stichproben, aber keine systematische und vollständige Untersuchung des rechten Lungenoberlappens

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

durchgeführt worden. Nur diese kann mit absoluter Sicherheit ein embolisches Mikrogeschehen nachweisen. So kann exakt nur gesagt werden: Eine Embolie konnte nicht nachgewiesen werden. Ausgeschlossen werden kann sie so nicht.

Die Formulierung »mit absoluter Sicherheit« ist in medizinischen Fragen immer fragwürdig und findet sich in wissenschaftlichen Arbeiten nicht.

Als Vergleich: Bei beispielsweise der Feinnadelpunktion der Vorsteherdrüse zur Feststellung eines Carcinoms können auch mehrere durch Punktion gewonnene Gewebepartikel ohne histologischen, also feingeweblichen Nachweis von Krebsgewebe sein. Erst bei der Schichtung, d. h. Fixieren des betreffenden Organes und Schneiden in viele dünne Scheiben (die Dicke beträgt Bruchteile eines Millimeters) kann eine zuverlässige Aussage getroffen werden.

Beantwortet ist dabei immer noch nicht, warum der Sekundenherztod als Folge eines vaso-vagalen Reflexgeschehens als Todesursache mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen sei. In diesem Fall ist morphologisches Substrat nicht zu erwarten (vergleichbar dem plötzlichen Kindstod).

Erklärung aus der pathologischen Physiologie:

Das erhöhte Thromboserisiko bei über zwei große Gelenke immobilisierenden Verbänden (d. h wenn eine Extremität durch einen Verband so ruhiggestellt wird, daß zwei große Gelenkegeschient werden, bei der Verstorbenen das Fußgelenk und das Kniegelenk des rechten Beines) ist bekannt!

»Nach Verletzungen der unteren Extremitäten und immobilisierenden Verbänden muß mit dem Auftreten einer tiefen Beinvenenthrombose gerechnet werden. (3)«

Die Pathophysiologie der tiefen Beinvenenthrombose mit der konsekutiven Lungenembolie ist seit über 100 Jahren medizinisches Allgemeingut.

Die 3 wesentlichen pathogenetischen Faktoren

1. die venöse Stase im Niederdrucksystem (immobilisierender Verband)

2. die Endothelschädigung und (Knietrauma - hämorrhagisches Punktat)

3. die erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes (D-Dimer!!)

sind heute noch als »Vircho'sche Trias« anerkannt.

Zwei Faktoren der »Vircho'schen Trias« sind bei der Verstorbenen erfüllt, der dritte wurde von der Gerichtsmedizin nicht untersucht.

Literatur:

1. Europäische Konsensus-Erklärung 1992, »Die Prävention der venösen Thromboembolie«

2. »Heparin«", Aktuelle Berichte - Analysen - Meinungen, II/92

3. Dt. Ärzteblatt 92, Heft 28/29, 17. Juli 1995

Unerwähnt bleibt im Obduktionsbericht vom 06.10.1993 die im »vorläufigen Sektionsergebnis« vom 30.09.1993 getroffene Feststellung: »Des weiteren könnte auch ein bereits seit längerem vorhandener akuter Infekt für das Ableben in Frage kommen.«

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Der Infekt ist bekannt (Kieferhöhlenentzündung!) und dokumentiert.

Eine infektbedingte Vorschädigung kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden (vorläufiges Sektionsergebnis).

»So können (Kardiologie in Klinik u. Praxis, Kraynbühl u. Kübler, Georg Thieme Verlag), bei einem ... Vorgeschädigten bereits kleinere Embolien zu einer katastrophalen Kreislaufsituation führen.

In über 90% findet sich als Embolieequelle eine Thrombose der tiefen Bein- oder Iliacavenen. Eine Embolisierung erfolgt mehr in die rechte als die linke Lunge.«

4. Nicht auf das dem Gutachter bekannte freisprechende Urteil von Aschaffenburg in vergleichbarer Sachlage ist Herr Dr. J. eingegangen.

   Er hat somit das Gericht glauben zu machen versucht, meine Verschreibungsgewohnheit den Drogenabhängigen gegenüber sei etwas absolut Verwerfliches und empörend.

   Am 06.12. d. J. lädt die Bayerische Landesapothekerkammer zu einer gemeinsamen Veranstaltung mit dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München zum Thema »Aktuelle Probleme bei der Substitution Drogenabhängiger mit DHC«, es referiert Prof. Dr. W. Eisenmenger, Vorstand des Institutes für Rechtsmedizin der Universität München, zu dem Ärzte und Apotheker gleichermaßen bedrängenden Problem.

   Kein Drogenspezialist ist zu dieser Veranstaltung mit eingeladen!!

   Auf S. 4 wird über Mengenverhältnisse gesprochen - da geht es um die »Verwendung größerer Mengen, z. B. 200 Remedacen-Tabletten, 100 Rohypnol-Tabletten oder 1000 ml = 1 Liter!! DHC-Saft«.

   Herrn Dr. J. sind diese Mengenverordnungen offensichtlich unbekannt - von einem »Rechtsmediziner ohne eigene therapeutische Erfahrung im Umgang mit Drogenabhängigen« nicht unbedingt zu erwarten.

   Woher nimmt der Herr Dr. J. die Erfahrung, um über eine »ordnungsgemäße Verschreibungspraxis« gutachterlich Stellung nehmen zu können?

   Wann hat Herr Dr. J. letztmals ein Rezept ausgestellt?

   Dann kann man aber ein Gutachten mit dieser konkreten Fragestellung guten Gewissens nicht annehmen.

5. Der Herr Gutachter kann zu den entscheidenden Fragen keine Erklärung abgeben - außerdem zeigt er durch seine wertenden Äußerungen (»Es ist empörend«, wobei ich mich nicht mehr erinnere, worüber sich der Herr Gutachter empört hat, sowie seinen Hilferuf an die Presse, die auch ohne rechte Sachkenntnis staatstreu folgt) fehlende Unparteilichkeit und verletzt durch Weglassen die Grundregeln wissenschaftlichen Handelns und ist nach meiner Meinung als Täuschung auszulegen.

   Herr Dr. J. ist von mir als Gutachter abzulehnen.

   Literatur: auszugsweise,

   Broad, W. u. Wade N.: Betrug und Täuschung in der Wissenschaft, Birkhauser Verlag Basel, 1984

Wenn ich die Drogenkarriere der verstorbenen Frau J. R. in das Verhältnis setze zu der Zeit, die sie in meiner Behandlung war, nämlich vom 20.08.1993 bis 02.09.1993, das sind 14 Tage, und vom 23.09.1993 bis 27.09.1993, das sind nochmal 4 Tage, also insgesamt 18 Tage, bei 15 Jahren Abhängigkeit, so habe ich einen Anteil von etwa 0,3% an diesem sehr wechselhaften Schicksal.

Dr. med. H. R.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- Brief des beschuldigten Arztes zum Vollzug der Bundesärzteordnung -

Vollzug der Bundesärzteordnung (BÄO)

Sehr geehrte Frau Oberregierungsrätin H.,

der Vorwurf des Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz bezieht sich auf die Verschreibung des Präparates Ritalin in zwei Fällen.

Ritalin ist als Therapeutikum aus der Kinderpsychiatrie bekannt. Es wird zur Behandlung des hyperkinetischen Syndroms eingesetzt. Darüber existiert ein umfangreiches Schrifttum.

Das Suchtpotential dieses Präparates wird bei Kindern als sehr gering eingeschätzt, selbst nach mehrjähriger Gabe. Erfahrung diesbezüglich bei Erwachsenen sind sehr spärlich.

Rapaport et al. fanden ein ähnliches Wirkprofil der Stimulantien (denen Ritalin zugehört) in Hinblick auf die Beeinflussung der motorischen Aktivität und verschiedener kognitiver Parameter sowohl bei hyperkinetischen Kindern als auch bei gesunden Kindern und bei Erwachsenen. Längsschnittuntersuchungen hätten gezeigt, daß hyperkinetische Kinder auch noch im Erwachsenenalter eine überschießende motorische Aktivität aufwiesen. Sie gehören zu einer Risikogruppe für das Auftreten dissozialen Verhaltens im Erwachsenenalter.

Im Hinblick auf den späteren Drogenmißbrauch bei einem Teil dieser Patienten ist bemerkenswert, daß die Gabe von Stimulantien im Kindesalter nicht zur Entwicklung einer Abhängigkeit von diesen Substanzen führe (Schulz u. Remschmidt - Hyperkinetisches Syndrom im Kindes- u. Jugendalter; Med. Mo. Pharm.; 14 Jahrg., H. 5; 1991).

Besteht bei Erwachsenen eine psychische Abhängigkeit von Stimulantien (z. B. Ritalin), so entwickelt sich eine Toleranzsteigerung, bei der die tägliche Dosis die therapeutische Dosis um ein vielhundertfaches überschreiten kann (Medizin-Gesamtdarstellung; Bd. V, Kap. VI, S. 6-7). Verbesserung der Leistung und Leistungsmotivation sowie günstige Wirkung auf die soziale Anpassung werden bei der Behandlung von Kindern mit hyperkinetischem Syndrom festgestellt (J. Martiniusi in: Kinder- u. jugendpsychiatrische Pharmakotherapie in Klinik u. Praxis; Springer Verlag 1984).

Dieser Effekt wird als »paradox« bezeichnet, da bei der Behandlung eines hyperkinetischen Syndroms mit Stimulantien (z. B. Ritalin) nicht nur eine der Pharmakologie entsprechende Steigerung des Antriebes (Aufputschmittel) ausbleibt, sondern eine Abnahme motorischer Aktivitäten, eine Verbesserung von Ausdauer und Konzentration und eine Verringerung emotionaler Schwankungen registriert worden war.

Entfalten die Stimulantien ihre »paradoxe« Wirkung, sind sie in jedem Alter indiziert.

Die notwendige Tagesdosis von Ritalin beträgt nach Prof. Huessy bei der Behandlung des hyperkinetischen Syndroms bei Kindern 5-100 mg. Die Medikation solle so lange wie möglich durchgeführt werden. Nach Prof. Huessy werden viele der hyperkinetischen Kinder zu hyperkinetischen Erwachsenen, die auf die gleiche Medikation reagieren. Er verweist auf eigene Patienten, die dieselbe Menge von mg/kg Amphetamin seit 35 Jahren erhalten, mit der gleichen guten Wirkung (Prof. Dr. H. R. Huessy, University of Vermont, College of Medicine, 1 South Prospect, USA-Burlington, Vermont 05405).

Einer meiner jugendlichen Patienten war im Kindesalter in kinderpsychiatrischer Behandlung, wurde mit Ritalin therapiert, eine Abhängigkeit hat sich nicht ausgebildet.

Aus dieser Erfahrung heraus hielt ich es für vertretbar, in den zwei relevanten Fällen Ritalin einzusetzen.

Beide Patienten zeigten Verhaltensweisen, wie sie dem hyperkinetischen Syndrom bei Kindern zuzuordnen sind, wie verminderte Aufmerksamkeitsspanne, allgemeine, teils schlecht gesteuerte Übererregbarkeit bei leichter Ablenkbarkeit, Affektstörungen, gestörtes Selbstbewußtsein. Diese Auffälligkeiten subsummiere ich unter dem Begriff: soziale Anpassungsschwierigkeiten.

In einem Fall habe ich nach zweimaliger Verordnung (02.07.1993 und 06.07.1993) von jeweils 20 Tabletten

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Ritalin diese Behandlung abgebrochen, weil mir der Patient dafür ungeeignet erschien.

Im zweiten Fall konnte ich einen guten Therapieeffekt erkennen. Der Patient erhielt jeweils 20 Tabletten verschrieben, befolgte vor allem meine Anweisung gewissenhaft (2x tägl. 10 mg) und hatte glaubwürdig einen Therapieplatz in absehbarer Zeit in Aussicht.

Die von mir vorgenommene und ausreichende Dosierung (20 mg/Tag) lag weit unter der für die Behandlung von Kindern empfohlenen Höchstmenge (100 mg/Tag) und ließ keinen Raum für den Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Abhängigkeit von Stimulantien.

Bei der letzten Verordnung erhielt der Patient 40 Tabletten, da zu diesem Zeitpunkt mein Urlaub bevorstand und die Verordnung zur Überbrückung bis zum Beginn der stationären Entzugsmaßnahme (Opioide) dienen sollte.

Damit war die zulässige Höchstmenge von 400 mg/Tag nicht überschritten und die Behandlungsdauer von bis zu 30 Tagen eingehalten.

Die Unterhaltung und Förderung eines Suchtverhaltens gegenüber Opioiden durch diese kurzzeitige und niedrige Dosierung von Ritalin halte ich für ausgeschlossen.

Den beabsichtigten Zweck hielt ich auf andere Weise nicht erreichbar, wie eventuell durch verhaltens- bzw. psychotherapeutische Maßnahmen, da die stationäre Entzugsmaßnahme bevorstand und die Zeit dafür nicht ausreichte.

Zu meinem Verschreibungsverhalten von Betäubungsmitteln allgemein kann ich nachweisen, daß ich gewissenhaft damit umgehe. Ich setze Betäubungsmittel ausschließlich zur Schmerzbekämpfung bei malignen Tumorerkrankungen bzw. bei schweren Unfällen (bei der Struktur meiner Praxis extrem selten), ein.

Bei den Drogen- und Tablettenabhängigen, die sich in meiner Behandlung befanden, handelte es sich ausschließlich um langjährig abhängige Menschen, einschließlich der Verstorbenen, die vorgaben, entweder einen Therapieplatz oder eine Haftstrafe in Aussicht zu haben. Bei allen chronisch Kranken, die neu in meine Praxis kommen, verfahre ich nach dem alten Grundsatz: Anfangen, wo der Patient steht und mit ihm weitergehen. Und das auch bei den Suchtpatienten.

Nur so kann man Zugang zu diesen Menschen bekommen, eine unverzichtbare Voraussetzung für die Vorbereitung der Langzeitentwöhnung.

Mein Ziel war es, die Betroffenen zum Ausstieg aus dem Suchtverhalten zu motivieren. Die bekannten und anzustrebenden Fakten, wie: Beschaffungsdruck (damit vielleicht auch Beschaffungskriminalität) verringern, einer HIV-Infektion vorbeugen und oft die soziale Wiedereingliederung erreichen, sind nur über den Weg des zu erwerbenden Vertrauens, das man nicht oktruieren kann, zu verwirklichen.

Dieses Vorhaben ist, wenn überhaupt, nicht in Wochen zu realisieren.

Ich habe diesen Patienten ein überdurchschnittliches Maß an Zuwendung gegeben, was sich schon zeitweilig nachteilig auf den normalen Praxisablauf auswirkte, mich aber an dieser Verfahrensweise dem kleinen Patientenkreis der Abhängigen gegenüber nicht hinderte.

Weitere dieser Problempatienten habe ich dann aber aus diesem Grund nicht mehr angenommen, obwohl ich noch mehrmals darum gebeten wurde.

Wenn ich hohe pro-Rezept-Mengen verschrieben habe, glaubte ich davon ausgehen zu können, daß die über viele Jahre von diesen Medikamenten abhängigen Patienten durchaus damit umzugehen verstünden und ich sie zunächst mit den bis dahin benötigten Mengen versorgen müsse.

Aus der Literatur ist bekannt, daß bei Barbituratabhängigkeit Tagesrationen von über 1200 mg (Pentobarbital-Toleranz-Test), was mehr als 12 Kapseln Medinox Mono entspräche, eingenommen werden.

Die Verstorbene gab anamnestisch an, täglich 16 Kapseln Medinox Mono zu benötigen. Für Codein (z. B. Codeinum phosph. Compretten) wird in der Literatur die mittlere erreichte Dosis mit 754 mg (15 Compretten), der

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Spitzenwert mit 7500 mg angegeben. Für Dihydrocodein (Remedacen) lag die mittlere erreichte Dosis bei 489,9 mg (16 Kapseln) pro Tag, das noch überlebte Maximum bei 3600 mg (120 Kapseln pro Tag) (W. Keup; Mißbrauchpotential von Codein und Dihydrocodein; Med. Mo. Pharm.; J. 16; H. 7; 1993). Im Kurzbericht über »Todesfälle durch DHC-Substitution« von R. Penning et al., Dt. Ärztebl. 90, H. 8 vom 26.02.1993 wird auf die fatalen Folgen unsachgemäßer Handhabung hingewiesen, aber gleichzeitig eingeräumt, mangels eigener therapeutischer Erfahrung mit Drogenabhängigen die Gefahren gegen mögliche Vorteile der DHC-Substitution nicht abwägen zu können.

Es gibt aber Mitteilungen, wonach die durchschnittliche Mortalität unter den Dihydrocodein-Substituierten sogar noch etwas unter der Todesrate der Methadon-Substituierten und deutlich unter der Mortalitätsrate unbehandelter Drogenabhängiger läge.

Die Sensibilität dieser Problematik war mir zu dem Zeitpunkt, in dem sich die Drogen- und Tablettenabhängigen in meiner Behandlung befanden, in diesem Umfang nicht bewußt.

Ich meine aber, daß infolge der Kürze der durch mich erfolgten Verordnung von Barbituraten und Codeinpräparaten im Vergleich zu der Länge der bestehenden Abhängigkeit eine Unterhaltung und Förderung der Sucht in der Form, daß eine Körperverletzung daraus abgeleitet werden kann, nicht gegeben ist.

Das Problem liegt sicher mit darin begründet, daß die Behandlung Drogen- und Tablettenabhängiger nach schulmedizinischen Regeln nur in einem sehr kleinen Prozentsatz realisierbar ist, aber nach schulmedizinischen Regeln beurteilt wird.

Es ist bekannt, daß sich von den etwa 2,5 Millionen in Deutschland geschätzten Abhängigen (ohne Nikotinabhängige) nur etwa 4500 (0,18%) in Behandlung nach den NUB-Richtlinien zur Substitution befinden (Ergebnis einer Umfrage der KBV 1993), wobei die Angaben in der Literatur schwanken.

Seitens der Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin wird festgestellt, daß in Deutschland über 90% aller Drogenabhängigen keinerlei Therapie erhalten. Sogenannte drogenfreie Langzeittherapien stünden nicht einmal für 4% der Betroffenen zur Verfügung. Auch die Substitution mit Methadon erreiche nur wenige Prozent. Angesichts dieser verheerenden Lage sei Linderung schon ein Erfolg ärztlichen Handelns.

Einmal, weil nicht genügend Behandlungsplätze zur Verfügung stehen und zum anderen, weil viele der Abhängigen diese Form der Substitution wegen der strengen Reglementierung ablehnen, nach meiner Auffassung aber von einer Betreuung nicht ausgeschlossen werden sollen.

Ich habe eine der im Strafverfahren angeführten Personen noch bis Januar 1994 in meiner Betreuung gehabt.

Ich habe entsprechend den Empfehlungen in den NUB-Richtlinien zur Substitution (die sich im engeren Sinn auf die Substitution durch Methadon beziehen und regeln, unter welchen Voraussetzungen die Methadon-Substitution kassenärztlich abrechenbar ist!) Drogen-Screening veranlaßt und jedesmal Barbiturate im Urin nachweisen können, ohne ihr welche verschrieben zu haben.

Und so erfolgte die bei sauberem Urin in Aussicht gestellte DHC-Substitution nicht und die betreffende Person ist dann weggeblieben - was sicher nicht bedeutet, daß sich ihr Suchtverhalten geändert hat.

Diese Patientin stand einer stationären Entzugsbehandlung aufgeschlossen gegenüber. Ich konnte dieses Vorhaben nicht weiter verfolgen.

Auch die Verstorbene hat mir wiederholt während der kurzen! Behandlungszeit versichert, einen Therapieplatz bereits fest zu haben.

Sie hat ihn mir gegenüber datiert und auch dadurch glaubhaft gemacht, daß sie den Therapieplatz schon aus dem Grund annehmen müsse, da die Zwangsräumung ihrer Wohnung für diesen Zeitpunkt angeordnet sei.

Die Verordnung der Drogenersatzstoffe sollte der Überbrückung dienen.

Die Verstorbene war nach ihren Angaben seit 15 Jahren (!) barbituratabhängig, sie befand sich vom 20.08.1993 bis 02.09.1993 und vom 23.09.1993 bis 27.09.1993 in meiner Behandlung.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Die vier Patienten, denen gegenüber mir Körperverletzung durch Unterhaltung und Förderung einer Sucht angeschuldigt wird, befanden sich zwischen 4 Wochen und maximal 8 Wochen in meiner Behandlung.

Ich wiederhole noch einmal: Bei den vier betreffenden Patienten handelte es sich insgesamt um über Jahre abhängige Personen. Die Kürze der Behandlungszeit war nicht geeignet, eine derartige Anschuldigung zu begründen.

Auch weise ich die Anschuldigung der fahrlässigen Tötung zurück.

Es gab keine Hinweiszeichen auf das Vorliegen eines lebensbedrohlichen Zustandes.

Ob die Überdosis von Pentobarbital den Tod tatsächlich herbeigeführt hat, bleibt anzuzweifeln. Die festgestellte Blutkonzentration von 16 mg/l Pentobarbital ist dem toxischen Bereich zuzuordnen, die potentiell letale Dosis wird aber in der Literatur für (kurz- und) mittellang wirkende Barbiturate mit ab 50 mg/l angegeben.

Selbst wenn eine Pentobarbitalintoxikation als Todesursache in Frage kommt, ist nicht ausgeschlossen, daß dies in suizidaler Absicht geschehen ist (Motiv: ausweglose Lage bei bevorstehender Zwangsräumung ihrer Wohnung).

Ebensowenig ist der Tod durch eine Lungenembolie ausgeschlossen. Es ist bekannt, daß bei Ruhigstellung einer Extremität über zwei große Gelenke ein erhöhtes Embolierisiko besteht. Diese Voraussetzungen waren bei der Verstorbenen gegeben.

Mein Handeln war in allen Fällen von der Absicht geprägt, den Betroffenen in der jeweiligen Situation die ihnen adäquate Hilfe zukommen zu lassen.

Ich bin mir stets des gesetzlichen Berufsauftrages bewußt und davon überzeugt, daß ich das für die Ausübung des ärztlichen Berufes erforderliche Ansehen und Vertrauen bei der Bevölkerung besitze und weiter die Gewähr für eine ordnungsgemäße Ausübung des ärztlichen Berufes biete.

Seit 1988 bin ich beim Sozialgericht in Augsburg gutachterlich tätig.

Herr Vizepräsident D., den ich über die Einleitung des Verwaltungsverfahrens - Vollzug der Bundesärzteordnung - informiert habe, ist bereit, auf Anforderung eine Stellungnahme zu meiner Person abzugeben.

Hochachtungsvoll

Dr. H. R.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- Argumente zur Verteidigung -

Strafwürdigung Dr. R. (v. Johannes Daunderer)

Gegenargumente für eine Strafbarkeit aus § 222 StGB, - Fahrlässige Tötung der Pat. J. R., sowie § 230 fahrlässige Körperverletzung der anderen Patienten:

- Die Zustimmung der Patientin zu der Behandlung stellt eine eigenverantwortliche Selbstgefährdung dar, die hier tatbestandsausschließend wirkt. Zwar setzt eine rechtskräftige Einwilligung generelle Einwilligungsfähigkeit und keine Willensmängel voraus, bei Suchtkranken muß jedoch eine differenzierte Betrachtung erfolgen.

- J. R. war verfügungsberechtigt, d. h. die Disposition über die tatbestandlich geschützten Rechtsgüter Gesundheit und Leben unterlag ihr selbst.

- Einwilligungsfähigkeit lag ebenso vor. Diese ist gegeben, wenn der Patient nach seiner geistigen und sittlichen Reife imstande ist, die Bedeutung und Tragweite des Rechtsgutsverzichts zu erkennen und sachgerecht zu beurteilen (BGHST 12, 379 in NJW 64, 1177). Aufgrund der langjährigen Polytoxikomanie der Patientin verfügte diese über umfangreiches Wissen und Erfahrung im Umgang mit Drogen. Dies ist für die Einschätzung der Tragweite und Auswirkungen der Substitutionstherapie ihrerseits zu berücksichtigen. Ein erheblicher Wissensvorsprung des Herrn Dr. R., der das Vorliegen eines erheblichen Wissensgefälles und damit die Annahme eines doluslosen Werkzeuges in Person der J. R. rechtfertigen würde, ist nicht gegeben.

Fremdgefährdung in mittelbarer Täterschaft ist abzulehnen. Die »Ermöglichung« der Selbstgefährdung ist jedoch in jedem Fall straflos. Schon die Beihilfe zum Selbstmord ist straflos. Ein Schuldvorwurf, der darin liegt, suchtkranken Patienten das Beschaffen von Substitutionspräparaten zu erleichtern, die diese sich dann selbst und eigenverantwortlich applizieren, ist keinesfalls gegeben. Mitnichten, wenn aus der Motivation der Zustandslinderung und Überbrückung eines Zeitintervalls bis zur stationären Behandlung gehandelt wurde.

Das Verhalten der J. R. stellt hier eine eigenverantwortliche Selbstgefährdung dar, deren Ermöglichung straflos ist.

- Auch wenn man das Verhalten als Fremdgefährdung werten würde, so ist in jedem Fall zu berücksichtigen, daß bei langjährigen Suchtkranken nicht die gleichen Anforderungen an eine rechtsgültige rechtfertigende Einwilligung gestellt werden dürfen, wie bei Gesunden. Das Kriterium der freien Willensbildung und Verstandesreife muß hier abgeschwächt werden. Die Jurisprudenz geht stets von gesunden Menschen aus. Die Medizin hat es mit Kranken zu tun. Die von der Judikatur an die Einwilligung gestellten hohen Anforderungen wären hier nicht sachgerecht, da das moralisch zu fordernde leidmildernde Therapieren bei Suchtkranken sonst niemals rechtskräftig kraft Einwilligung möglich wäre.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- Der Stand der Wissenschaft, der den Einsatz von Substitutionsdrogen rechtfertigt, ist im Wechsel begriffen und u. a. politisch geprägt. Dieser ist im übrigen nur geeignet, eine Sorgfaltspflichtverletzung des Herrn Dr. R. zu begründen. Das Gutachten des Herrn Dr. T. beschäftigt sich einseitig damit. Ein Pflichtwidrigkeitszusammenhang des Verschreibens dieser Medikamente mit dem Tod der J. R. oder der Gesundheitsbeeinträchtigung der anderen Patienten, muß jedoch eindeutig erwiesen sein. Der tatbestandliche Erfolg muß objektiv Herrn Dr. R.s Verhalten zugerechnet werden können. Zwar ist die Beobachtung hypothetischer Kausalverläufe in aller Regel unzulässig. Es muß hier jedoch nach einer Risikoerhöhung für die Patienten gefragt werden (sog. Risikoerhöhungstheorie, vertreten s. a. von Prof. C. Roxin, München, dazu C. Roxin in Strafrecht AT § 11 Rd. 36 ff). Nach dem Schutzzweck der Normen §§ 230, 222 StGB müßte das Todesrisiko oder Gesundheitsschädigungsrisiko der Patienten relevant gesteigert worden sein. Die Patienten befanden sich alle in einem Zustand starker physischer und psychischer Abhängigkeit. Der körperliche Zerfall war bereits weit vorangeschritten. Die Heilungsaussichten ohne ärztliches Handeln wären bei ihnen erwiesenermaßen sehr gering. Das Verschreiben der Ersatzdrogen, auch in hoher Dosierung, stellt demnach keine relevante Risikoerhöhung gegenüber therapielosem Verhalten dar, das einen Schuldvorwurf begründen könnte. Fraglich wäre hier schon, ob das Verhalten überhaupt adäquat kausal im Sinne der »conditio sine qua non« Formel ist, oder nicht ein rettender Kausalverlauf zugrunde zu legen ist. Es ist unbestritten, daß die Patientin J. R. im Zeitraum der Verschreibung der Präparate so stark abhängig war, daß sie sich die Drogen anderweitig beschafft hätte. Das Risiko einer Überdosierung wäre hier mindestens genauso hoch. Der Behandlungszeitraum durch Herrn Dr. R. ist das Ende einer langen chronischen Krankheitsgeschichte. Die Krankheit, die in dem akuten Intoxikationszustand und Tod endet, kann nicht als einzig ausschlaggebend für den Todeseintritt gewertet werden.
- Das Gutachten des Herrn Dr. T. vermag lediglich zu einer Aufklärung bzgl. eines Verstoßes gegen das BTM-Gesetz beizutragen. Unbeachtet bleibt jedoch der Grundsatz der Therapiefreiheit. Grenzwerte und Dosierungsangaben berücksichtigen lediglich die physische Verträglichkeit eines »Durchschnittspatienten«. Zu berücksichtigen ist jedoch, daß bei langjährigen extensiven Polytoxikomanikern (J. R. = 15 Jahre) die Verträglichkeit steigt. Der psychische Aspekt, d. h. eine einzelfallbezogene Besserung des Gesamtzustandes eines Patienten durch Verabreichung hoher Dosen vor einem bevorstehenden stationären Aufenthalt, kann so nicht berücksichtigt werden.

  Das Überschreiten der Dosierungsvorgaben in Einvernehmen mit dem Patienten muß unter Berücksichtigung der freien Selbstbestimmung, der Privatautonomie und des Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnisses im Einzelfall zulässig sein. »Vertrauen« ist Grundlage jeder Entwöhnung. Dem Patienten für kurze Zeit seinen Dosierungsvorstellungen zu entsprechen, muß demnach im Wege des übergesetzlichen rechtfertigenden Notstands gerechtfertigt sein. Die Patienten befinden sich in Dauergefahr um Leben und Gesundheit durch ihren extensiven Drogenkonsum. Ein eventueller Verstoß gegen das BTM-Gesetz, um auf Grundlage eines dann bestehenden »Vertrauens« den Patienten zu therapieren, ist daher unter Umständen in Kauf zu nehmen. Eine gesundheitsschädigende Absicht und Gesinnung des Herrn Dr. R. besteht nicht.
- Das Nichtvorliegen eines schriftlichen Behandlungsvertrages ist zwar ein Formverstoß. Daraus eine Ungültigkeit des Einverständnisses und des Behandlungsvertrages (gem. § 125 BGB) abzuleiten, würde jedoch ergänzenden Vertragsauslegungen (§ 133, 157 BGB) entgegenstehen. Der wirkliche Wille des Patienten ist maßgebend. Die hohe Dosierung ist von diesem Willen gedeckt.
- Der Sektionsbefund ist nicht evident, die Todesursache in den Ersatzdrogen zu sehen. Der Todeseintritt durch Lungenembolie oder Infektfolgen ist nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Auch die histologische Untersuchung vermag lediglich Hinweise auf cerebrale Sauerstoffdefizite zu liefern. Der Kausalitätsbeweis »Verschreibung der Präparate« - Todesursache ist somit nicht ausreichend.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Das Ärztliche Attest/Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Strafgesetzbuch (StGB)

Vom 15. Mai 1871 (RGBl. S. 127) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S. 945, 1160) (BGBl. III 450-2)

§ 278 Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse

Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Das ärztliche Attest

Das ärztliche Attest ist ein schriftliches Gesundheitszeugnis als Ergebnis einer ärztlichen Feststellung oder Untersuchung. Es hat nicht wissenschaftlich begründete Schlußfolgerungen zum Inhalt. Erscheinungsformen des Attests sind z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Zeugnisse für Versicherungen, Bescheinigungen zur Befreiung von Schulsport, Diätbescheinigung für die Steuererklärung, Bestätigung der guten Einstellung eines Diabetes für die Führerscheinbehörde, Bescheinigungen als Nachweis einer Verhandlungsunfähigkeit im Strafprozeß.

Unter Strafe (§ 278 StGB) steht das Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen. Atteste werden z.T. in freier Form ausgestellt, z.T. werden Vordrucke benutzt. Erweiterte Atteste sind die Formulargutachten für Versicherungen.

Atteste, insbesondere solche in freier Form, weisen nicht selten Mängel auf: Zweck oder Adressat werden nicht angegeben; das Datum der Untersuchung fehlt; es ist nicht erkenntlich, ob die Aussage auf einem objektiven Befund beruht; es werden "schlagwortartige" diagnostische Begriffe verwendet; die notwendige äußere Form wird nicht gewahrt.

Für die Bemessung des Honorars für ein Attest setzten das "Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen" (ZSEG) und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Maßstäbe.

Gefälligkeitsattest

Vor falsch verstandener Großzügigkeit bei Ausstellung von Attesten mit nicht hinreichend exakt überprüftem Sachverhalt ist eindringlich zu warnen, da hierbei die Gefahr der Verwirklichung des Tatbestandes der Fälschung ärztlicher Urkunden (§278 StGB) besteht. Sie stellen keine "kleinen Gefälligkeiten" sondern eine strafbare Handlung dar.

Zu einer strafrechtlichen Verfolgung bei Falschangaben auf einem ärztlichen Attest ist jedoch nicht nur der Beweis des fahrlässigen Tatbestandes, sondern der Nachweis einer vorsätzlichen Falschangabe zu führen.

Kranke nicht gesund geschrieben

Krankfeiern auf der einen Seite, auf der anderen Seite die Furcht der Arbeitnehmer, durch zu häufiges krankheitsbedingtes Fehlen den Arbeitsplatz zu verlieren. Die Diskussion um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist umstritten. Wieviel "Kranksein" ist noch erlaubt? Eine Frage, die jetzt auch das Arbeitsgericht Bad Kreuznach beschäftigte. Dieses Mal war es jedoch kein Arbeitnehmer, dem gekündigt worden war, sondern eine Ärztin des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in Rheinland-Pfalz, früher der

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Vertrauensärztliche Dienst, der unter anderem die Arbeitsunfähigkeit von erkrankten Arbeitnehmern überprüft.

Der MDK hatte seiner Mitarbeiterin vorgeworfen, sie sei "nicht hinreichend entscheidungsfreudig bei der Beendigung von Arbeitsunfähigkeitsverhältnissen". MDK-Geschäftsführer Dr. Dieter Stenner unterstellte der langjährigen Mitarbeiterin während der Gerichtsverhandlung unter anderem, sie habe im Laufe ihrer Dienstzeit in 30 von 100 Fällen Fehldiagnosen erstellt. Auch der Vorgesetzte der Klägerin habe sie auf "fehlende, elementare medizinische und sozialmedizinische Kenntnisse" aufmerksam gemacht. Nach dem Gespräch habe sich die "Arbeitshaltung" der Medizinerin nicht verbessert. "Sie diagnostiziert in fast jedem Fall einen Lösungsmittelschaden" meinte Dr. Stenner.

DGB-Rechtssekretär Rolf Winkler, der die Ärztin vertritt, hält die Vorwürfe des MDK für unbegründet. Die Arbeit der Ärztin sei in einer Dienstbewertung im Jahr 1992 durchweg mit der Note "sehr gut" bis "gut" bewertet worden. Interessanterweise sei die nächsthöhere Vorgesetzte, die die Zeugnisse ausstellte, mittlerweile versetzt worden.

Der Rechtssekretär glaubt vielmehr, daß in den Fällen, in denen Arbeitsunfähigkeitsverhältnisse angezweifelt werden, Interessen der Krankenkassen und der Arbeitgeber eine Rolle spielten. "Die Ärzte, die über die Arbeitsfähigkeit eines Patienten entscheiden, tragen eine große Verantwortung." Die alleinige Orientierung der Beurteilung müsse sich am medizinischen Befund halten, meinte Winkler, und nicht an populistischen Diskussionen.

Richter Helmut Redlich konnte die gegnerischen Parteien nicht zu einer gütlichen Einigung bewegen. Der Vorschlag des Geschäftsführers, die Mitarbeiterin möge persönlichen Urlaub, allerdings ohne Vergütung, beantragen, wurde von der Gegenseite abgelehnt. "Als einzige Möglichkeit zur Einigung können wir uns die Fortsetzung des Arbeitsverhältnises unserer Mandantin vorstellen", machte Winkler deutlich. Die Klage wird vor der Arbeitsgerichtskammer in Bad Kreuznach fortgeführt. Für den Fall, daß der MDK unterliege, kündigte Stenner an: "Wir können uns nahezu nicht vorstellen, Frau D. wieder auf die Patienten loszulassen."

Anmerkung: Rechtswidrigkeit: eine gegen eine Rechtsnorm verstoßende Handlung.

Rechtsnorm: Sozialgesetzbuch SGB V §275/5: "Die Ärzte des Medizin. Dienstes der Krankenkassen = MDK sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben *nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen.* Sie sind nicht befugt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen."

Arbeitsunfähigkeit: Richtlinien und aktuelle Rechtsprechung

- **Definition der Arbeitsunfähigkeit (AU):** AU liegt vor, wenn der Versicherte wegen Krankheit seine ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr einer Verschlimmerung seiner Erkrankung ausüben kann oder wenn absehbar ist, daß bei Krankheit die fortgesetzte Tätigkeit unmittelbar zur AU führt. (AU-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 3. September 1991)
- **Feststellung der AU:** Das Ausstellen einer AU-Bescheinigung (AUB) setzt eine Untersuchung voraus (AU-Richtlinien). In besonderen Fällen genügt es, wenn sich der Arzt etwa durch Befragen der Angehörigen oder Rückfrage bei früher behandelnden Ärzten zuverlässig über den Zustand des Patienten informiert hat (OLG Düsseldorf), 10. Dezember 1956). Der Befund kann auch nach hinreichend anschaulicher Schilderung der Beschwerden durch einen vertrauenswürdigen und intellektuell befähigten Patienten erhoben werden, wenn sich die geschilderten Symptome widerspruchsfrei in ein bestimmtes Krankheitsbild einordnen lassen (LG Darmstadt, Az.: 9 0 21/89).
- **Rückwirkende AUB:** Der Beginn der AU darf nur ausnahmsweise und in der Regel nur bis zu zwei Tage rückdatiert werden. Dies gilt auch für die Bescheinigung über das Fortbestehen der AU. (AU-Richtlinien)
- **Haftung des Arztes:** Die Entscheidung des Arztes, eine AU zu bejahen, ist in vollem Umfang gerichtlich nachprüfbar. Bei vorsätzlich oder wider besseres Wissen falsch bescheinigter AU kann der Arzt zu Schadenersatz herangezogen werden und sich nach Paragraph 278 Strafgesetzbuch strafbar machen. Unter Beachtung der gebotenen Sorgfalt ist der Arzt jedoch gerade in Zweifelsfällen befugt, zumindest bis zur einwandfreien Klärung in einem Gerichtsverfahren einem Arbeitnehmer die AU zu bescheinigen. Er haftet auch dann nicht gegenüber dem Patienten, wenn ein Gutachter später die AU verneint. (LG Darmstadt, Az.: 9 021/89)

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- **Wirtschaftlichkeitsprüfung:** Die Verordnungen von AUB unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot (BSG, Az.: 6 R Ka 7/84). Die AUB darf daher bei absehbar längerer Erkrankung nicht mehrfach über wenige Tage ausgestellt und abgerechnet werden. Die Häufigkeit der AUB kann bei der Wirtschaftlich´keitsprüfung besonders geprüft werden (SGB V: Paragraph 106 Absatz 2).
- **AUB in der Privaten Krankenversicherung:** Der private Versicherer ist an die AUB gebunden, wenn er nicht verlangt, daß sich der Versicherte durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen läßt (OLG Hamm, 23. Mai 1986).
- **Dokumentation:** Die Durchschrift der AUB soll zwölf Monate lang aufbewahrt werden. Bei Dokumentation mit EDV genügt die Speicherung der Daten ebenfalls für ein Jahr. (Bundesmantelvertrag - Ärzte vom 28. Septeember 1990)

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Ärztliche Werbung

(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach, geändert durch die Beschlüsse des 103. Deutschen Ärztetages 2000 in Köln

Der 103. Deutsche Ärztetag 2000 in Köln hat Änderungen in der (Muster-)Berufsordnung in dem Abschnitt „Berufliche Kommunikation“ sowie zu Kapitel D II Nr.11 beschlossen. Die vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Änderungen sind in dem nachstehenden abgedruckten Text kursiv eingefügt.

2. Berufliche Kommunikation

§27

Erlaubte sachliche Information über die berufliche Tätigkeit – berufswidrige Werbung

(1) Dem Arzt sind sachliche Informationen über seine Berufstätigkeit gestattet. Für Praxisschilder, Anzeigen, Verzeichnisse, Patienteninformationen in Praxisräumen und öffentlich abrufbare Arztinformationen in Computerkommunikationsnetzen gelten hinsichtlich Form, Inhalt und Umfang die Grundsätze des Kapitels D I Nrn. 1–5. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung.

(2) Der Arzt darf eine *berufswidrige* Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Dies gilt auch für die anpreisende Herausstellung von Ärzten in Ankündigungen von Sanatorien, Kliniken, Institutionen oder anderen Unternehmen. Der Arzt darf nicht dulden, dass Berichte oder Bildberichte veröffentlicht werden, die seine ärztliche Tätigkeit oder seine Person berufswidrig werbend herausstellen.

§28

Öffentliches Wirken und Medientätigkeit

Veröffentlichungen medizinischen Inhalts oder die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen in den Medien sind zulässig, soweit die Veröffentlichung und die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Information begrenzt und die Person sowie das Handeln des Arztes nicht *berufswidrig* werbend herausgestellt werden. Dies gilt auch für öffentliche Vorträge medizinischen Inhalts.

D. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten

I.

Regeln der beruflichen Kommunikation, insbesondere zulässiger Inhalt und Umfang sachlicher Informationen über die berufliche Tätigkeit

Nr.1
Information anderer Ärzte

Ärzte dürfen andere Ärzte über ihre Qualifikation und über ihr Leistungsangebot informieren. Bei der Information ist jede berufswidrig werbende Herausstellung der eigenen Tätigkeit untersagt.

Nr.2
Praxisschilder

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

(1) Der Arzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und die Bezeichnung als Arzt oder eine Facharztbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung anzugeben und Sprechstunden anzukündigen. *Die nach der Weiterbildungsordnung erworbenen Bezeichnungen dürfen* nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form und nur dann geführt werden, wenn der Arzt die von *weiterbildungsrechtlichen Qualifikationen umfassten Tätigkeiten* nicht nur gelegentlich *ausübt*.

(2) Das Praxisschild darf über die Angaben nach Abs.1 hinaus Qualifikationen, die von einer Ärztekammer verliehen wurden, enthalten. Für die Angaben nach Satz 1 gilt Abs.1 Satz 2 entsprechend. Privatwohnung, Kommunikationsverbindungen, medizinisch-akademische Grade und ärztliche Titel können angekündigt werden. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.

(2a) Ausgenommen sind hiervon ausdrücklich die als nicht führungsfähig bezeichneten Qualifikationen der (Muster-)Weiterbildungsordnung von 1992.

(3) Folgende weitere Angaben dürfen, sofern die Voraussetzungen vorliegen, auf dem Praxisschild genannt werden:

a) Zulassung zu den Krankenkassen

b) „hausärztliche Versorgung“

c) „Durchgangsarzt“ oder *„D-Arzt“, „H-Arzt“*

d) „Dialyse“

e) Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund nach Kapitel D II Nr.11

f) Bereitschaftsdienst- oder Notfallpraxis

(4) Ein Arzt, der Belegarzt ist, darf auf seine belegärztliche Tätigkeit durch den Zusatz auf dem Praxisschild „Belegarzt“ und die Hinzufügung des Namens des Krankenhauses, in dem er die belegärztliche Tätigkeit ausübt, hinweisen.

(5) Ein Arzt, der ambulante Operationen ausführt, darf dies mit dem Hinweis „Ambulante Operationen“ auf dem Praxisschild ankündigen, wenn er ambulante Operationen, die über kleine chirurgische Eingriffe hinausgehen, ausführt und die Bedingungen der von der Ärztekammer eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen erfüllt.

(6) Ein Arzt darf mit der Bezeichnung „Praxisklinik“ eine besondere Versorgungsweise und besondere Praxisausstattung auf seinem Praxisschild ankündigen, wenn er

a) im Rahmen der Versorgung ambulanter Patienten bei Bedarf eine ärztliche und pflegerische Betreuung auch über Nacht gewährleistet,

b) neben den für die ärztlichen Maßnahmen notwendigen Voraussetzungen auch die nach den anerkannten Qualitätssicherungsregeln erforderlichen, apparativen, personellen und organisatorischen Vorkehrungen für eine Notfallintervention beim entlassenen Patienten erfüllt.

(7) Die Ärzte, die die Angaben zu Absätzen 4 bis 5 führen, haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die für eine Prüfung der notwendigen Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.

(8) Die Bezeichnung „Professor“ darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch die Hochschule oder das zuständige Landesministerium verliehen worden ist. Dasselbe gilt für die von einer medizinischen Fakultät einer ausländischen wissenschaftlichen Hochschule verliehene Bezeichnung, wenn sie nach Beurteilung durch die Ärztekammer der deutschen Bezeichnung „Professor“ gleichwertig ist. Die nach Satz 2 führbare, im Ausland erworbene Bezeichnung ist in der Fassung der ausländischen Verleihungsurkunde zu führen.

(9) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärzte-Partnerschaft, Kapitel D Nr.8)

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte anzuzeigen. Der Zusammenschluss ist ferner entsprechend der Rechtsform mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis“ oder „Partnerschaft“ anzukündigen. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig. Hat eine ärztliche Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaft gemäß Kapitel D Nr.8 mehrere Praxissitze, so ist für jeden Partner zusätzlich der Praxissitz anzugeben.

(10) Bei Kooperationen gemäß Kapitel D Nr.9 darf sich der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß Kapitel D Nr.10 darf der Arzt, wenn die Angabe seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung Arzt oder eine andere führbare Bezeichnung angegeben wird.

(11) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen nicht angekündigt werden.

(12) Das Führen von Zusätzen, die nicht gemäß den vorstehenden Vorschriften erlaubt sind, ist untersagt.

(13) Für Form und Anbringung der Praxisschilder gelten folgende Regeln:

a) Das Praxisschild soll der Bevölkerung die Praxis des Arztes anzeigen. Es darf nicht in aufdringlicher Form gestaltet und angebracht sein und das übliche Maß (etwa 35 x 50 cm) nicht übersteigen,

b) bei Vorliegen besonderer Umstände, zum Beispiel bei versteckt liegenden Praxiseingängen, darf der Arzt mit Zustimmung der Ärztekammer weitere Arztschilder anbringen,

c) bei Verlegung der Praxis kann der Arzt an dem Haus, aus dem er fortgezogen ist, bis zur Dauer eines halben Jahres ein Schild mit einem entsprechenden Vermerk anbringen.

(14) Mit Genehmigung der Ärztekammer darf der Arzt ausgelagerte Praxisräume gemäß §18 erforderlichenfalls mit einem Hinweisschild kennzeichnen, welches seinen Namen, seine Arztbezeichnung und den Hinweis „Untersuchungsräume“ oder „Behandlungsräume“ ohne weitere Zusätze enthält.

Nr.3
Anzeigen

(1) Anzeigen über die Niederlassung oder Zulassung dürfen nur in Zeitungen erfolgen. Sie dürfen außer der Anschrift der Praxis nur die für die Schilder des Arztes gestatteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten zur Bekanntgabe der Niederlassung oder der Aufnahme der Kassenpraxis veröffentlicht werden.

(2) Im Übrigen sind Anzeigen in den Zeitungen nur bei Praxisaufgabe, Praxisübergabe, längerer Abwesenheit von der Praxis oder Krankheit sowie bei der Verlegung der Praxis und bei der Änderung der Sprechstundenzeit oder der Fernsprechnummer gestattet. Derartige Anzeigen dürfen aus diesem Anlass höchstens dreimal veröffentlicht werden.

(3) Form und Inhalt dieser Zeitungsanzeigen müssen sich nach den örtlichen Gepflogenheiten richten.

(4) Ärzte, welche sich zu einem zugelassenen Praxisverbund (Kapitel D II Nr.11) zusammengeschlossen haben, dürfen dies als Verbund in Zeitungsanzeigen bis zu dreimal bekannt geben.

Nr.4
Verzeichnisse

(1) Ärzte dürfen sich in für die Öffentlichkeit bestimmten Informationsmedien eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:

a) sie müssen allen Ärzten, die die Kriterien des Verzeichnisses erfüllen, zu denselben Bedingungen gleichermaßen mit einem kostenfreien Grundeintrag offen stehen,

b) die Eintragungen müssen sich grundsätzlich auf die nach Kapitel D I Nr.2 ankündigungsfähigen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Bezeichnungen beschränken.

(2) Soll das Verzeichnis weitere Angaben enthalten, darf sich der Arzt eintragen lassen, wenn sich die Angaben im Rahmen der Bestimmungen nach Nr.5 halten und insbesondere die Form, der Inhalt, der Umfang und die Systematik der Angaben vom Herausgeber des Verzeichnisses vor der Veröffentlichung mit der zuständigen Ärztekammer abgestimmt worden sind.

(3) Ärzte, welche sich zu einem zugelassenen Praxisverbund (Kapitel D II Nr.11) zusammengeschlossen haben, dürfen dies in Verzeichnissen zusätzlich zu eventuellen Einzelangaben der Praxis bekannt geben.

Nr.5
Patienteninformation in den Praxisräumen *und öffentlich abrufbare Arztinformationen in Computerkommunikationsnetzen*

(1) Sachliche Informationen, *die im Zusammenhang mit der Erbringung ärztlicher Leistungen stehen*, und organisatorische Hinweise zur Patientenbehandlung (Abs.3) sind in Praxisräumen des Arztes *sowie in öffentlich abrufbaren Arztinformationen in Computerkommunikationsnetzen* zur Unterrichtung der Patienten zulässig, wenn eine *berufswidrig* werbende Herausstellung des Arztes und seiner Leistungen unterbleibt.

(2) Angaben nach Abs.1 dürfen, soweit sie auf besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Tätigkeiten) verweisen, in Praxisinformationen und öffentlich abrufbaren Arztinformationen in Computerkommunikationsnetzen nur dann aufgenommen werden, wenn

a) nicht mehr als drei Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen aufgeführt werden,

b) diese Angaben nicht mit solchen der Weiterbildungsordnung oder solchen Qualifikationen, die von Ärztekammern verliehen wurden, verwechselt werden können.

Den Angaben muss der deutliche Hinweis vorangestellt werden, dass ihnen nicht eine von einer Ärztekammer verliehene Qualifikation zugrunde liegt.

(3) Bei praxisorganisatorischen Hinweisen handelt es sich um Hinweise, welche die „Organisation“ der Inanspruchnahme des Arztes durch Patienten in seinen Praxisräumen sowie den organisatorischen Ablauf in der Praxis selbst betreffen. Hinweise auf Sprechstunden, Sondersprechstundenzeiten, Telefonnummern, Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunde, Praxislage in Bezug auf öffentliche Verkehrsmittel (Straßenplan), Angabe über Parkplätze, insbesondere Einrichtungen für Behinderte können Gegenstand von praxisorganisatorischen Hinweisen sein.

(4) Ärzte, welche sich zu einem zugelassenen Praxisverbund (Kapitel D II, Nr.11) zusammengeschlossen haben, dürfen den Verbund in Computerkommunikationsnetzen auf einer dem allgemeinen Publikum zugänglichen Homepage ankündigen. Auf dieser Homepage dürfen sachliche Informationen des Verbundes, die im Zusammenhang mit der Erbringung ärztlicher Leistungen stehen, sowie organisatorische Hinweise zur Patientenbehandlung gegeben werden. Jede berufsrechtswidrig werbende Herausstellung des Verbundes und/oder der an ihm teilnehmenden Ärzte ist untersagt.

(5) Entsprechendes gilt für Ankündigungen auf Briefbögen, Rezeptvordrucken, Stempeln und im sonstigen beruflichen Schriftverkehr.

Allgemeines:

Gemäß §25 der Berufsordnung für Ärzte war bisher jede berufswidrige ärztliche Werbung verboten. Problematisch war im Einzelfall die Festlegung, wann diese Verbotsgrenze erreicht war, und ob das Werbungsverbot der Berufsordnung mit dem höherrangigen Recht des Grundgesetzes vereinbar war.

Dieses strikte Werbeverbot ist nun gefallen.

Nach bahnbrechenden Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes konnte der Deutsche Ärztetag

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

schlichtweg nicht mehr anders: Er änderte die Musterberufsordnung. Ärzte dürfen nun jederzeit ohne besonderen Anlass in Zeitungen inserieren, dort und auf Praxisschild oder Briefkopf Tätigkeitsschwerpunkte und Qualifikationen jenseits der starren Weiterbildungsordnung nennen. Auch das Praxisschild muss nicht mehr mit dem Zentimetermaß kontrolliert werden. Zum Marktschreier darf ein Arzt aber nicht werden.

Jede anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung ist nach wie vor verboten.

Werbeverbot für Ärzte gelockert

Patienten können sich künftig leichter über die Qualifikation und Tätigkeitsschwerpunkte eines Arztes informieren.

Der Patientenschutz muss als hohes Gut immer erhalten bleiben. Daran sollten auch Lockerungen des Werbeverbots nichts ändern. Dennoch machten einige vor kurzem ergangene Gerichtsurteile eine Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung (MBO) notwendig, sagte Dr. Ingo Flenker, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Vorsitzender der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer, beim 105. Deutschen Ärztetag in Rostock. In einer „Kaskade von monatlichen Entscheidungen“ hätten sich Bundesverfassungs- und Bundesverwaltungsgericht mit Fragen der Werbung von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Rechtsanwälten befasst und grundsätzliche Entscheidungen zu dem Bereich der beruflichen Kommunikation freiberuflich Tätiger getroffen.

So hatte Flenker zufolge das Bundesverwaltungsgericht es im April 2001 den Ärzten gestattet, auf ihrem Praxisschild neben der Facharztbezeichnung unter Angabe der verleihenden Organisation den Tätigkeitsschwerpunkt „Akupunktur“ anzukündigen.

2001 hatte das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass Zahnärzte berechtigt sind, auf ihrem Praxisschild nicht nur Qualifikationen anzuzeigen, die nach Weiterbildungsrecht erworben wurden, sondern auch Qualifikationen, die zum Beispiel auf einer Fortbildung beruhen und nicht nur gelegentlich ausgeübt werden.

Im Januar 2002 beschloss das Bundesverfassungsgericht, dass im Bereich der Klinik-Werbung der Begriff „Spezialist“ verwendet werden darf. Im Januar 2002 hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass die Begrenzung von Anzeigen auf bestimmte Anlässe wie beispielsweise Praxisgründungen oder Urlaub, nicht mehr angemessen ist und diese Begrenzung daher aufgehoben werden soll. „Aus dieser Rechtsprechung folgt, dass in einer modernen Informationsgesellschaft auch dem Interesse der Bevölkerung auf Information Rechnung getragen werden muss“, sagte Flenker.

Nicht nur die Gerichtsurteile, sondern auch der Vergleich mit anderen europäischen Berufsordnungen erforderten eine Regelung von Details. Die Neufassung könne sich jedoch auf generalklauselartige Bestimmungen beschränken, die Flenker erläuterte. Zweck der Vorschriften sei eine Gewährleistung des Patientenschutzes durch eine sachgerechte und angemessene Information und eine Vermeidung einer dem Selbstverständnis des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung. Auf dieser Grundlage soll, so die Berufsordnung, dem Arzt sachliche berufsbezogene Werbung gestattet werden. Unter berufswidriger Werbung sind, so die novellierte MBO, zum Beispiel Informationen zu verstehen, die „geeignet sind, den Patienten irrezuführen, weil eine falsche Qualifikation angegeben wird oder die eigene Leistungsfähigkeit anpreisend herausgestellt wird“.

Keine Beschränkung bei Größe der Praxisschilder

Wie bisher darf der Arzt Weiterbildungsbezeichnungen angeben sowie künftig zusätzlich sonstige öffentlich-rechtliche Qualifikationen, Tätigkeitsschwerpunkte und im bisher bekannten Maß organisatorische Hinweise. Durch diese Vorschrift wurde, so Flenker, die bisherige Privilegierung der Weiterbildungsbezeichnungen aufgegeben und den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts gefolgt. Künftig darf auch auf die Ärztekammer hingewiesen werden, die die Qualifikation verliehen hat. Nach der geplanten Neufassung der Regelungen zur beruflichen Kommunikation muss der Arzt auch darauf achten, dass Tätigkeitsschwerpunkte und Qualifikationen nicht mit solchen nach dem geregelten Weiterbildungsrecht erworbenen Fähigkeiten verwechselt werden

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

können. Es dürfen nur solche Tätigkeiten angekündigt werden, die auch regelmäßig ausgeübt werden.

Gestrichen wurde außerdem jede Beschränkung bei der Größe der Praxisschilder. Zuvor war ausdrücklich vorgeschrieben, dass das Schild nicht „in aufdringlicher Form gestaltet und das übliche Maß (etwa 35 x 50 cm) nicht übersteigen“ sollte. Die zuständigen Ärztekammern sind befugt, Unterlagen anzufordern, um die Ankündigungen zu überprüfen. Solche Neuregelungen in der (Muster-)Berufsordnung gibt es für Briefbogen, Rezeptvordrucke, Anzeigen oder Internetpräsentationen. Auch in Zeitungsanzeigen darf der Arzt in regelmäßigen Abständen auf sich aufmerksam machen, unabhängig davon, ob dazu ein besonderer Anlass besteht.

Werbeverbot der Ärzte gelockert: Mehr Information für den Patienten

Patienten können sich künftig leichter über die Qualifikation und Tätigkeitsschwerpunkte eines Arztes informieren. Beschränkten sich Hinweise auf dem Praxisschild bisher auf Bezeichnungen, die nur durch das Weiterbildungsrecht der Ärztekammern gedeckt waren, so können Ärzte nach einem Beschluss des 105. Deutschen Ärztetages in Rostock künftig auch auf Tätigkeitsschwerpunkte wie Akupunktur oder Qualifikationen hinweisen, die nicht Gegenstand des Weiterbildungsrechts sind. Mit der Novellierung der (Muster-)Berufsordnung reagierte das Ärzteparlament auf Urteile des Bundesverfassungs- und Bundesverwaltungsgerichts aus jüngster Zeit. „Aus dieser Rechtsprechung folgt, dass in einer modernen Informationsgesellschaft dem Interesse der Bevölkerung auf Information besonders Rechnung getragen werden muss“.

Jede anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung ist nach wie vor verboten. Das diene dem Schutz der Patienten und müsse auch beibehalten werden, so Flenker. Nach der geplanten Neufassung der Regelungen zur beruflichen Kommunikation muss der Arzt auch darauf achten, dass Tätigkeitsschwerpunkte und Qualifikationen nicht mit solchen nach dem geregelten Weiterbildungsrecht erworbenen Fähigkeiten verwechselt werden können.

Gestrichen wurde zudem jede Beschränkung bei der Größe der Praxisschilder. Zuvor war ausdrücklich vorgeschrieben, dass das Schild nicht „in aufdringlicher Form gestaltet und das übliche Maß (etwa 35 x 50 cm) nicht übersteigen“ sollte.

Die zuständige Ärztekammer ist befugt, Unterlagen anzufordern, um die Rechtmäßigkeit der Ankündigungen zu überprüfen. Diese Neuregelungen in der (Muster-)Berufsordnung gelten für das Praxisschild genauso wie für den Briefbogen, Rezeptvordrucke, Anzeigen oder Internetpräsentationen. Auch in Zeitungsanzeigen darf der Arzt in regelmäßigen Abständen auf sich aufmerksam machen, unabhängig davon, ob dazu ein besonderer Anlass wie eine Praxisübernahme besteht. Diese Veröffentlichungen in Zeitungen waren vor der Novellierung höchstens drei Mal zu besonderen Anlässen erlaubt.

Seit April 2001 hat sich das Bundesverfassungsgericht und das Bundesverwaltungsgericht mehrmals mit der berufsrechtlichen Regelung der Werbung von Ärzten, Zahnärzten und Rechtsanwälten befasst. So hatte das Bundesverfassungsgericht zuletzt im Januar 2002 entschieden, dass zwei Ärzte einer Privatklinik in einem Faltblatt als Kniespezialisten und Wirbelsäulenspezialisten bezeichnet werden dürfen (Az: 1 BvR 1147/01).

Die Berufsordnung regelt nun die „Werbung“ generalklauselartig und verzichtet auf Detailregelungen. Dadurch soll der veränderten Rechtslage sowie dem veränderten Informationsbedürfnis der Patienten Rechnung getragen werden.

Neuregelung des Werbeverbots gilt in Bayern ab dem kommenden Jahr

Landesärztekammer verankert die in Rostock geänderte Musterberufsordnung

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Als eine der ersten hat die Bayerische Landesärztekammer eine Lockerung des Werbeverbots der Ärzte beschlossen. Die Änderungen der Berufsordnung, die beim 55. Bayerischen Ärztetag in Freising mit nur einer Stimmenthaltung beschlossen wurden, treten offiziell zum 1. Januar 2003 in Kraft.

Künftig können die Ärzte in Bayern auf Praxisschildern, Briefbögen, Rezeptvordrucken, in Zeitungsanzeigen oder im Internet wesentlich umfassender als bisher über ihre Tätigkeit informieren.

Im Einzelnen dürfen angekündigt werden:

- sonstige nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
- nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
- sonstige Qualifikationen, die beispielsweise von Fachgesellschaften vergeben werden,
- als solche gekennzeichnete „besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ sowie
- organisatorische Hinweise, wie etwa „behindertengerechte Praxis“.

Andere Qualifikationen und „besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ dürfen allerdings nur so angekündigt werden, dass diese Angaben nicht mit solchen nach geregeltem Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können.

Mit dieser Neuregelung, die zahlreiche einschlägige Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des -verwaltungsgerichtes sowie die im Mai in Rostock vom Deutschen Ärztetag verabschiedete Muster-Berufsordnung berücksichtigt, trage die Bayerische Landesärztekammer den berechtigten Interessen der Bürger auf mehr sachliche Information Rechnung, betonte Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann.

Nach wie vor bleibe es jedoch beim Verbot berufswidriger Werbung. Als berufswidrig gilt eine nach Inhalt oder Form anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Unterlassene Hilfeleistung

Strafgesetzbuch (StGB)

Vom 15. Mai 1871 (RGBl. S. 127) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S. 945, 1160) (BGBl. III 450-2)

§ 323 c Unterlassene Hilfeleistung

Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 13 Begehen durch Unterlassen

(1) Wer es unterläßt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, daß der Erfog nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.

(2) Die Strafe kann nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

Allgemeines

Für an Behandlungen beteiligte Ärzte und medizinisches Hilfspersonal können sich strafrechtliche Folgen durch Unterlassene Hilfeleistungen ergeben.

In diesem Zusammenhang müssen zwei verschiedene und auch rechtlich zu differenzierende Tatbestände auseinandergehalten werden.

(I) Der Vorwurf der fahrlässigen Tötung oder (bei nicht tödlichem Ausgang) Körperverletzung durch ein Unterlassen (§§ 222,13 StGB) oder (§§ 223,13 StGB)

(II) Eine Unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB)

(I) Im ersten Fall befindet sich der Behandelnde in einer sogenannten "Garantenstellung" d.h. er hat eine besondere Erfolgsabwendungspflicht. Hierbei wird das Unterlassen erforderlicher Maßnahmen aktivem Tun gleichgestellt (§13 StGB sog. unechtes Unterlassungsdelikt). Diese kann sich z.B. aufgrund telefonischer Ratschläge oder durch die Versorgung eines Bewußtlosen ergeben. Spezielle Behandlungspflichten sind ebenfalls immer dann gegeben, wenn ein Arzt im Rahmen des Notarzt- oder Kassenärztlichen Notfalldienstes um Hilfe gebeten wird, diese jedoch nicht erbringt.

Wenn nun der im Rahmen dieser speziellen Behandlungspflichten tätig werdende Mediziner das ärztlich Erforderliche unterläßt, so ist eine Bestrafung wegen fahrlässiger Tötung durch Unterlassen zu befürchten.

Beispiel:

Erleidet z.B. ein Patient, der routinemäßig zur Diabeteskontrolle in die Sprechstunde einbestellt war, einen plötzlichen Myocardinfarkt, der, mehr oder weniger nachlässig therapiert, noch in den Praxistäumen zum Tod führt, so ist es sicherlich vorwerfbar, wenn der Arzt - in der Annahme, es sei bloß ein Schwächeanfall mit Übelkeit - den Patienten auf dem Untersuchungstisch in einem Nebenraum unbeaufsichtigt liegen läßt.

Zur Vermeidung einer Bestrafung muß der Arzt die Durchführung wirksamer diagnostischer oder therapeutischer

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Maßnahmen nachweisen, wobei im obigen Beispiel zumindest eine EKG-Ableitung und die Verständigung des Rettungsdienstes anzuordnen sind. Im Einzelfall kann die Vornahme der externen Herzmassage bei offensichtlichem Herzstillstand oder eine Beatmung bei erkennbarer Ateminsuffizienz erforderlich werden. Sicherlich ist jedoch die Anlegung zu enger Maßstäbe ungerechtfertigt, da nicht jeder niedergelassene Arzt die Routine eines Notarztes vorweisen kann. Die Durchführung von Mindestmaßnahmen nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft wird jedoch aus rechtlicher Sicht erwartet.

Aber:

Für die Erfüllung des Straftatbestandes ist ein **ursächlicher Zusammenhang** zwischen der ärztlichen Unterlassung und dem Tod des Patienten unabdingbar, so daß bei einem schwer vorerkrankten Patienten nur in seltenen Fällen nachgewiesen werden kann, daß er durch eine sachgemäße Behandlung hätte überleben können.

(II) Neben der fahrlässigen Tötung oder Körperverletzung durch Unterlassen können pflichtwidrige Versäumnisse des Arztes zur Verurteilung wegen *unterlassener Hilfeleistung* führen (*echtes Unterlassungsdelikt*). Nach § 323c Strafgesetzbuch trifft den Arzt **wie alle anderen Menschen**, die bei Unglücksfällen zugegen oder in der Nähe sind und Hilfe leisten könnten, eine allgemeine Hilfeleistungspflicht. Weil der Arzt bei Erkrankung unter Umständen besser Hilfe leisten kann als jeder andere, gilt diese Pflicht für ihn insoweit besonders, auch wenn er keinen Behandlungsvertrag mit dem "Verunglückten" abgeschlossen hatte und eine Garantenstellung nicht entstehen konnte.

Beispiel:

Diese Grundsätze wären z.B. dann anzuwenden, wenn ein offensichtlich alkoholisierter Stadtstreicher mit unklarer Bewußtseinsstörung von zufällig vorbeikommenden Passanten dem niedergelassenen Gynäkologen sozusagen auf den Teppichboden vor die Rezeption gelegt würde. Mag man auch Verständnis dafür haben, daß eine solche Störung äußerst unangenehm ist, so könnte eine Strafbarkeit nach § 323c Strafgesetzbuch wegen unterlassener Hilfeleistung dann gegeben sein, wenn der Frauenarzt den ungebetenen Gast möglichst schnell wieder los werden möchte und der Stadtstreicher im Flur vor der Arztpraxis durch Aspiration nach einem Schädelbasisbruch verstirbt.

Dem Arzt könnte hier als erstes eine Verletzung seiner *Prüfungspflicht* vorgeworfen werden, wenn er den Bewußtlosen ohne oder nur nach flüchtiger Untersuchung wieder "abgeschoben" hatte. Zum anderen hätte man von ihm verlangen müssen, daß er den ungebetenen Patienten wenigstens mit Erste-Hilfe-Maßnahmen versorgt und einen Rettungswagen alarmiert hätte. Auch bloße Scheinmaßnahmen eines in Wirklichkeit zur Hilfeleistung nicht Bereiten reichen nach der Rechtsprechung nicht aus. Die gängige Rechtsprechung meint, der Arzt müsse die ihm *zumutbare bestmögliche Hilfe* leisten. Insoweit wäre eine Hilfeleistung erforderlich und - wenn nicht gerade andere dringliche Pflichten entgegenstehen - auch zumutbar. Der Arzt müßte mit einer Bestrafung nach § 323c Strafgesetzbuch zu einer Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 1 Jahr rechnen.

Unterlassene Therapie bei Vergifteten

Im Rahmen der Therapie von Vergiftungen würde z.B. als Unterlassene Hilfeleistung eingestuft, wenn man bei "Vergiftungen mit Phosphorsäureestern, Zyaniden und Bipyridilium-Derivaten eine Mund-zu-Mund oder Mund-zu-Nase Beatmung unterlassen würde, wenn keine andere künstliche Beatmungsmöglichkeit vorhanden wäre, da eine Vergiftung der Retter durch einatmen oder Hautresorption nicht erfolgt. Andere Maßstäbe müßten hier jedoch angelegt werden, wenn ein begründeter Verdacht auf ansteckende gefährliche Krankheiten besteht. Das Unterlassen der Beatmung ohne Hilfsmittel wäre demnach bei einer evidenten Gesundheitsgefährdung für den Retter nicht als Unterlassene Hilfeleistung zu bewerten.

Neuartige Methoden

"Wenn neuartige Methoden als ultima nicht eingeführt werden, so kann ein starres Festhalten an eingeführten Methoden eine Unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB) darstellen, genau wie eine Außerachtlassung risikofreier, herkömmlicher Methoden.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Neuartige Methoden, die auf einem ernsthaften wissenschaftlichen Bemühen beruhen, sind durch die Freiheit der Wissenschaft und der Lehre ebenso gedeckt wie hergebrachte Methoden (Art. 5 Abs. III GG)".

Literatur:

Wessels, J.: Strafrecht Allgemeiner Teil

Kaatsch, H.J.: Ärztliches Management 4/84

Daunderer, M.: Leserbrief Notfallmedizin 1988

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Schweigepflicht

Strafgesetzbuch (StGB)

Vom 15. Mai 1871 (RGBl. S. 127) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S. 945, 1160) (BGBl. III 450-2)

§ 203 Verletzung von Privatgeheimnissen

(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 Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,

3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,

4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,

4a Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach § 3 des Gesetzes über Aufklärung, Verhütung, Familienplanung und Beratung vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398),

5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder

6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,

2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,

3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates oder

5. öffentlich bestellten Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist,

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind. Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(3) Den in Absatz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) 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.

§ 204 StGB - Verwertung fremder Geheimnisse

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, zu dessen Geheimhaltung er nach § 203 verpflichtet ist, verwertet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) § 203 Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 205 StGB - Strafantrag

(1) In den Fällen der §§ 203 und 204 wird die Tat nur auf Antrag verfolgt.

(2) nicht zutreffend.

Geheimhaltungspflicht (= Geheimnisträger) sind unter anderem

a) Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen;

b) Angehörige eines anderen Heilberufs

z.B. Krankenpflegepersonal, Hebammen, medizinisch technische Assistentinnen, Masseure, medizinische Bademeister, Krankengymnasten;

c) die berufsmäßig tätigen Gehilfen der Geheimnisträger, z.B. Sekretärinnen, Schreibkräfte;

d) die zur Vorbereitung auf den Beruf Tätigen

z.B. Medizinalassistenten, famulierende Medizinstudenten;

e) alle anderen im öffentlichen Dienst tätigen Mitarbeiter.

§ 34 Rechtfertigender Notstand

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mttel ist, die Gefahr abzuwenden.

Hippokratischer Eid

"Was immer ich sehe, bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach außen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf", so lautete der hippokratische Eid aus dem 5. Jahrhundert vor Christus.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

Vom 23. Mai 1949 (BGBl I S. 1)

(BGBl. III 100-1)

Artikel 1 (Menschenwürde, Bindung der Staatsgewalt an das Grundrecht)

(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten zu zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Artikel 2 (Individuelle Freiheitsrechte)

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt

Die verfassungsrechtlich geschützte Würde eines Menschen (Art. 1 I GG) und sein Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art 2 I GG) fordern die Respektierung der Privat- und Intimsphäre.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Allgemeines

Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muß und darf erwarten, daß alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unbefugter gelangt. Nur so kann zwischen Arzt und Patient jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt.

Seine gesetzliche Verankerung findet dieser Grundsatz in § 203 des Strafgesetzbuches (vor dem 1.1.1975 § 300 StGB)

Im Folgenden ist die Norm hinsichtlich der ärztlichen Schweigepflicht zu analysieren.

Geheimnis

ist eine nur einem einzelnen oder einem beschränkten Personenkreis bekannte Tatsache, deren Geheimhaltung der davon Berührte (= Geheimnisgeschützter) in seinem Interesse will oder auch nur mutmaßlich will. Die Geheimhaltungspflicht erstreckt sich auf sämtliche Tatsachen. Die in § 203 StGB genannten Personen haben eine Schweigepflicht nicht nur bezüglich der ärztlichen Behandlung, sondern auch bezüglich sonstiger persönlicher Umstände des Patienten, etwa seiner wirtschaftlichen oder familiären Verhältnisse, die ihnen anläßlich der Behandlung bekanntgeworden sind.

Anvertrauen

bedeutet das Einweihen in ein Geheimnis unter Umständen, aus denen sich eine Pflicht zur Verschwiegenheit ergibt.

Das Bekanntgewordensein (ohne besondere Mitteilung) löst ebenfalls die Verschwiegenheitspflicht aus; so z. B. wenn der Arzt bei der Untersuchung eine Krebsgeschwulst entdeckt.

In seiner Berufseigenschaft muß dem Geheimnisträger das Geheimnis anvertraut oder bekanntgeworden sein, also während und infolge seines beruflichen Auftretens.

Offenbaren ist die Mitteilung an einen anderen in irgendeiner Form, also auch die Übergabe von Niederschriften oder die Gestattung, in solche Einsicht zu nehmen.

Ein Geheimnis ist auch dann offenbart, wenn es einer Person mitgeteilt wird, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegt. Ein Arzt verstößt deshalb auch dann gegen die Schweigepflicht, wenn er etwas Anvertrautes oder ihm Bekanntgewordenes unbefugt einem anderen, an der Behandlung des Patienten nicht beteiligten Arzt offenbart (es sei denn, er tut dies in einer Form, die die Persönlichkeit des Geheimnisgeschützten nicht erkennen läßt).

Nur die unbefugte Offenbarung eines fremden Geheimnisses ist strafbar. "Unbefugt" ist nicht Gleichbedeutung mit "ohne Einwilligung", sondern heißt soviel wie "ohne Rechtfertigung". Als Rechtfertigungsgründe kommen insbesondere in Betracht:

Einwilligung des Geheimnisgeschützten, mutmaßliche Einwilligung, Erfüllung einer Rechtspflicht, Schutz eines höherwertigen Rechtsguts und Wahrnehmung eigener berechtigter Interessen. Hiernach ist z.B. der Arzt zur Offenbarung befugt, wenn und soweit ihm der Patient - in dessen Interesse ja das Schweigegebot besteht - die Erlaubnis dazu gibt. Dabei ist aber zu beachten, daß eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht seitens des Patienten dem Arzt nicht ohne weiteres auch die Befugnis geben muß, das Krankenblatt mit allen Einträgen herauszugeben. Sofern also der Patient nicht ausdrücklich die Herausgabe des vollständigen Krankenblattes gestattet, wird die Erklärung, der Arzt werde von seiner Schweigepflicht entbunden, hinsichtlich ihrer Tragweite nach dem Zweck auszulegen sein, zu dem sie abgegeben wurde. Enthält das Krankenblatt Aufzeichnungen über geheimzuhaltende Dinge, die für den bestimmten Zweck unerheblich sind, so bleibt der Arzt insoweit zum Schweigen verpflichtet. Aber auch ohne Erlaubnis des Patienten kann der Arzt zur Offenbarung befugt sein. Allgemein ist dies dann der Fall, wenn bei Interessenwiderstreit andere Interessen oder Pflichten, die höheren

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

oder mindestend gleichen Rang haben wie das Geheimhaltungsinteresse des Patienten, nur durch Offenbarung wahrgenommen werden können. Hier kommen auch die eigenen Belange des Arztes in Betracht. Der Arzt ist also durch das Schweigegebot nicht gehindert, sich in einem Strafverfahren sachgemäß zu verteidigen und in einem Zivilprozeß alles vorzutragen, was zur Begründung eigener Ansprüche (Honorar) oder zur Abwehr gegen ihn gerichteter Forderungen (Schadenersatzansprüche) notwendig ist. Aber auch hier gilt, daß die Durchbrechung der Schweigepflicht nie weiter erlaubt sein kann, als es nach der Sachlage notwendig ist. Im Leipziger Kommentar Anm. zu § 203 StGB heißt es dazu:

"Für jede Durchbrechung der Schweigepflicht gilt der Grundsatz der Pfleglichkeit oder die Wahl des geringsten Rechtsübels. Sie darf nicht weiter gehen, als es das Bedürfnis der Sachlage erzwingt. Das Wertverhältnis von Mittel und Zweck muß stets gewahrt bleiben. Die Einwilligung z.B. kann an ausdrückliche oder stillschweigende sachliche oder persönliche Grenzen gebunden sein.

Die Offenbarung hat sich stets in den Grenzen des unvermeintlichen Notwendigen zu halten. Wer diesen Rahmen überschreitet, offenbart insoweit unbefugt. Schildert etwa der sein Honorar einklagende Rechtsanwalt, anstatt zunächst nur seine Inanspruchnahme durch den Beklagten vorzutragen, das anvertraute Geheimnnis in allen Einzelheiten, so offenbart er zunächst unnötig zu viel".

Macht ein Patient Schadensersatzansprüche gegen einen Arzt mit der Begründung geltend, er sei falsch behandelt worden, so darf der Arzt - auch ohne Einverständnis des Patienten - von seinem Wissen soweit Gebrauch machen, als es irgendwie auf die Schadensersatzansprüche Einfluß haben kann und die Offenbarung für die Abwehr der Ansprüche notwendig ist. Vorgänge, die für die Prüfung der Ansprüche nach dem verantwortlichen Urteil des Arztes bedeutungslos sind, muß der Arzt, soweit sie überhaupt der Schweigepflicht unterliegen, jedoch weiterhin geheimhalten.

Aus § 823 Abs. 2 BGB in Verbindung mit §§ 203 und 204 StGB kann die Verletzung der Schweigepflicht, Schadensersatzansprüche des Geheimnisgeschützten begründen.

Einsicht in ärztliche Unterlagen

1. Einsichtnahme und Ausleihe dürfen grundsätzlich nur mit Einwilligung des Kranken, bei Verstorbenen der nächsten Angehörigen erfolgen.

2. Einsichtnahme und Ausleihe bedürfen dann nicht der Einwilligung des Kranken, wenn bei Interessenwiderstreit andere Interessen oder Pflichten, die höheren oder mindestens gleichen Rang haben wie das Geheimhaltungsinteresse des Kranken oder seiner Hinterbliebenen, nur durch Offenbarung wahrgenommen werden können.

3. Von den Stellen nach Ziff. III. 1. Buchst. a) mit e) wird die Einwilligung des Kranken jeweils selbst eingeholt. Für den Nachweis des Vorliegens der Einwilligung genügt in diesen Fällen eine entsprechende Versicherung dieser Stellen. Von den übrigen ersuchenden Stellen ist die Einwilligung urschriftlich nachzuweisen.

Berechtigte

1. Die Einsichtnahme in die unter I.1 genannten Unterlagen und die Ausleihe dieser Unterlagen ist auf folgenden Stellen - soweit dort Ärzte tätig sind, auf diese beschränkt:

a) Landesversicherungsanstalten, Versorgungsämter und Sozialgerichte

b) sonstige Gerichte

c) Ausführungsbehörden für die Gesetzliche Unfallversicherung und Berufsgenossenschaften

d) Gesundheitsämter und Krankenanstalten

f) sonstige durch eine ausdrückliche gesetzliche Vorschrift berechtigte Stellen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

2. Vor Einsichtgewährung oder Ausleihe ist das Krankenblatt oder die sonstige Unterlage vom verantwortlichen Arzt daraufhin zu überprüfen, ob Teile der Aufzeichnungen im Interesse des Geheimnisgeschützten oder des Klinikums der Geheimhaltung bedürfen. Trifft dies zu oder besteht sonst ein wichtiger Grund, die unmittelbare Einsicht oder Aushändigung der Unterlagen zu verweigern, darf dem Ersuchen um Einsichtnahme oder Ausleihe nur in Form eines schriftlichen oder mündlichen auszugsweisen Berichts entsprochen werden.

3. Nicht berechtigt zur Einsichtnahme und Ausleihe sind insbesondere gesetzliche und private Krankenkassen sowie der Kranke selbst und seine Angehörigen. Mit Zustimmung des verantwortlichen Klinikarztes kann jedoch in Fällen, in denen ein berechtigtes Interesse nachgewiesen wird, einem vom Kranken beauftragten Arzt Einsicht in die Unterlagen gewährt werden.

4. Die Beschlagnahme von Krankheitsgeschichten durch die Staatsanwaltschaft oder die Polizei ist grundsätzlich nicht zulässig (§ 97 Abs. 1 Nr. 2 und 3 in Verbindung mit § 53 Nr. 3 der Strafprozeßordnung).

Auszüge aus Krankenblättern

Auszüge aus Krankenblättern (in Form von Gutachten) können allen hierzu berechtigten Kostenträgern im üblichen Rahmen gefertigt werden.

Meldepflicht

Bestehen hierzu besondere gesetzliche Verpflichtungen, z.B. nach

§ 138 StGB	(Anzeigepflicht bei Kenntnis von drohenden Verbrechen),
- §§ 3-9	des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundes-Seuchengesetz) vom 18.7.1961 (BGBl. I S. 1012, ber. 9.8.1961, BGBl. I S. 1300),
§§ 11 a, 12, 13	des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23.7.1953 (BGBl. I S. 700; BGBl III Nr. 2126-4),
§ 7 Buchst. d)	der Verordnung zur Ausführung des Impfgesetzes vom 22.1.1940 (BGBl. I S. 214; BGBl. III Nr. 2126-5-1),
§ 5	der Siebenten Berufskrankheiten VO vom 20.6.1968 (BGBl. I S. 721),
§ 4	der Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes vom 9.12.1970 (GVBl. S. 671)

- jeweils in den geltenden Fassungen -

so müssen die erforderlichen Anzeigen im Rahmen dieser Gesetze und Verordnungen erstellt werden.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Inhalt und Umfang der ärztlichen Schweigepflicht

Die ärztliche Schweigepflicht umfaßt vor allem die Krankheit des Patienten, jedoch auch die Diagnose, die Therapie, die Prognose und alles was an Unterlagen dazu entsteht, wie ärztliche Behandlungsdaten, Karteikarten, Röntgenaufnahmen, Anästhesieprotokolle, Untersuchungs- und Laborbefunde, EKG- und EEG, CT- und NMR-Auswertungen und vieles andere mehr.

Die ärztliche Pflicht zur Verschwiegenheit schützt des weiteren alle dem Arzt anvertrauten persönlichen Verhältnisse des Patienten, seien diese gesellschaftlicher, wirtschaftlicher oder sonstiger Natur. Hierzu zählen auch exzessive Verhaltensweisen des Patienten, beispielsweise im Genußmittelbereich.

Die Schweigepflicht umfaßt nicht nur die Geheimnisse des Patienten, sondern auch Geheimnisse, die eine andere Person als den Patienten betreffen, wobei diese Person an der Geheimhaltung vermutlich insoweit ein Interesse hat, als eine Weiterverbreitung unterbleiben soll. Dies ist stets dann der Fall, wenn zwischen der Kenntniserlangung durch den Arzt und der Berufsausübung zumindest ein innerer Zusammenhang besteht.

Die ärztliche Pflicht zur Verschwiegenheit verbietet letztlich auch noch die Bekanntgabe des Namens des Patienten und vor allem die Tatsache, daß eine bestimmte Person sich überhaupt in ärztlicher Behandlung befindet.

Leichenschau - Schweigepflicht

Aus der Schweigepflicht nach dem Tode kann eine Geheimhaltungspflicht von Tatsachen oder Verdachtsgründen, die strafrechtliche Folgen haben könnten, abgeleitet werden. Jeder Arzt, somit auch der behandelnde Arzt kann zur Leichenschau herangezogen werden. Deshalb kann es vorkommen, daß er privates Wissen im Zusammenhang mit dem Todeseintritt hat (Streit, Vergiftung). In diesen Fällem muß er den Verdacht auf einen nichtnatürlichen Tod oder eine unnatürliche Todesursache bescheinigen. Pflicht des Leichenschauers ist, zur Feststellung der Todesursache beizutragen oder die Todesursache festzustellen.

Ärztliche Schweigepflicht am Telefon

Telefonische Auskünfte über Patienten sind bekanntlich nicht erlaubt (ärztliche Schweigepflicht) es sei denn, man kennt den Anrufer an Stimme oder Äußerung, die genauere Kenntnisse über Patienten anzeigen (Codewort bei Aufnahme). Nahe Verwandte können oft nicht begreifen, daß selbst in dringenden Fällen Diagnose oder Lageberichte verweigert werden. Statt langatmig zu erklären, aus welchen juristischen Gründen eine Auskunft nicht möglich ist (so gerne man es täte!), dreht ein erfahrener Arzt den Spieß um und fragt, was denn los war, wie es dem Patienten gehe, ob der Anrufer etwas Neues wüßte und vielleicht irgendwelche wichtige Hinweise geben könne? Daraus entwickelt sich ein Gespräch, das den Anrufer deshalb befriedigt, weil er, wenn auch nicht in Details, wenigstens einen Stimmungsbericht erhält und ersehen kann, daß der Arzt um den Patienten bemüht ist. Er gibt sich auch in der Regel damit zufrieden.

Schweigepflicht eines Gutachters

Für jeden Arzt besteht die Schweigepflicht gegenüber jedermann, sei es gegen Kollegen oder gegen einen Dritten. Aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses, das oft erst den Behandlungserfolg ermöglicht, sind strenge Anforderungen an die Einhaltung der Schweigepflicht zu stellen. Der Arzt kann nur durch ausdrückliche, möglichst schriftliche Einverständniserklärung des Patienten von ihr entbunden werden. Wird diese Erklärung nicht erteilt oder gar nicht eingeholt, ist der Arzt zu Auskünften nicht berechtigt. Dies gilt gegenüber amtlichen Stellen, und unter Umständen, wenn der Arzt als Sachverständiger oder sachverständiger Zeuge in Prozessen auftritt, gegenüber z.B. den in einem Strafprozeß anwesenden, am Verfahren nicht beteiligten Zuhörern (so Herbst im Deutschen Ärzteblatt 1969, 2713) vor allem gilt dies dann aber auch gegenüber anderen Ärzten, was nicht immer ausreichend berücksichtigt wird.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Es besteht die Gefahr der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, wenn der Patient z.B. im Rahmen eines Prozesses Einblick in die Akte und Kenntnis von der Stellungnahme eines vorbehandelnden Arztes erhält, den er nicht von der Schweigepflicht entbunden hat. Vorsicht geboten ist auch bei der Aushändigung von Karteikarten im Rahmen einer Praxisübernahme bei Kauf oder Tausch, da hier ebenfalls die Möglichkeit besteht, daß der Patient durch Zufall Kenntnis von den Eintragungen erhält. In Zweifelsfällen hat der Vertrauensschutz des Patienten unbedingten Vorrang vor einem Interesse an der Weitergabe von Informationen.

Schweigepflicht gegenüber Hilfspersonal

Seinem eigenen Hilfspersonal, das seinerseits wiederum zur Verschwiegenheit verpflichtet ist (§ 204 Abs. 3 StGB), darf der Arzt selbstverständlich die ihm geoffenbarten und anvertrauten Geheimnisse seines Patienten zugänglich machen, soweit diese Mitarbeiter in die Therapie eingebunden sind. Dies liegt einmal im Interesse des Patienten selbst und ist in aller Regel von dessen mutmaßlicher Einwilligung gedeckt.

Für alle Mitteilungen an Angehörige anderer Heilberufe - wie Krankenschwestern, -pflegern, Masseure, Krankengymnastinnen und dgl. - gilt: diesen gegenüber darf nur soviel vom Krankheitsbild und -zustand des Patienten mitgeteilt werden, als dies zur richtigen Ausübung ihrer heilberuflichen Tätigkeit mindesterforderlich oder wenigstens sein kann.

Belehrung über Schweigepflicht

Nach der Berufsordnung ist jeder Arzt verpflichtet, seine Mitarbeiter über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dieses schriftlich festzuhalten. Dies trifft für alle Personen zu, die Hilfsfunktionen im Zusammenhang mit der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ausüben: Assistenten, Famuli, Praktikanten und Auszubildende, aber auch die nur gelegentlich mitarbeitende Ehefrau.

Jeder Arzt sollte daher in regelmäßigen Abständen - etwa einmal jährlich - eine Belehrung über die Schweigepflicht vornehmen und sich die erfolgte Belehrung durch Unterschrift bestätigen lassen. Wenn es dann einmal zu einer Verletzung der Schweigepflicht kommt, kann der Arzt jederzeit den Nachweis erbringen, daß er seine Mitarbeiter über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit belehrt hat.

Mit der Belehrung sollte den Mitarbeitern eine Kopie von § 203 StGB - Verletzung von Privatgeheimnissen - und ein Auszug aus der Berufsordnung für Ärzte § 3 - Schweigepflicht, ausgehändigt werden.

Der folgende Text kann als Formularmuster dienen:

Verpflichtung zur Verschwiegenheit

Ich bin vom Praxisinhaber mündlich eingehend darüber unterrichtet worden, daß ich zu absoluter Verschwiegenheit über alle mir in der Praxis bekanntwerdenden Umstände, auch die persönlichen Verhältnisse der Patienten, verpflichtet bin. Ich darf auch nicht nahen Angehörigen der Patienten unbefugt Auskunft erteilen. Meine Verschwiegenheitspflicht endet nicht mit Beendigung meines Anstellungsverhältnisses.

Mir ist bekannt, daß auch schriftliche Mitteilungen der Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde der Schweigepflicht unterliegen. Ferner ist mir bekannt, daß die Pflicht zur Verschwiegenheit auch meinen Familienangehörigen gegenüber besteht.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Ich bin belehrt worden, daß

- ein Bruch dieser Verschwiegenheitspflicht arbeitsrechtlich ein Grund zur fristlosen Kündigung,

aber auch

- Anlaß zu einem Strafverfahren sein kann.

Im Rahmen der mir gegebenen Belehrung ist mir der Gesetzestext (§ 203 Strafgesetzbuch „Verletzung von Privatgeheimnissen") sowie § 2 der Berufsordnung bekanntgegeben und erläutert worden. Ich erkläre, daß ich keine weiteren Fragen und Aufklärungswünsche habe.

Ein Exemplar dieser Erklärung ist mir ausgehändigt worden.

. . . . . .
(Ort, Datum)

. . . . . .
(Mitarbeiter)

. . . . . .
(Belehrung bestätigt: Praxisinhaber)

Die Belehrung habe ich heute, am . . . . . wiederholt.

. . . . . .
(Ort, Datum)

Schweigepflicht gegenüber anderen Ärzten

Die ärztliche Schweigepflicht besteht auch jedem anderen Arzt gegenüber, der nicht im Rahmen seiner Berufsausübung mit dem Patienten selbst zu tun hat. Dies gilt nur dann nicht, wenn ein Ärzteteam in einem Krankenhaus oder einer Gemeinschaftspraxis mit dem Patienten befaßt ist. In Kenntnis der Tatsache erklärt sich nämlich derjenige, der sich unter diesen Umständen behandeln läßt, zumindest stillschweigend mit dem Zusammenwirken dieser Ärzte und der dabei notwendig werdenden gegenseitigen Unterrichtung über seine medizinischen Daten und Fakten einverstanden.

Konsultiert jedoch der behandelnde Arzt aus eigenem Interesse einen weiteren Arzt, so kann er dies ohne Verstoß gegen seine Verschwiegenheitspflicht im konsiliarischen Bereich nur dann, wenn er dem ihn beratenden Arzt den Namen des Patienten verschweigt, und der um Rat angegangene Arzt auch nicht aus den Umständen, die ihm geoffenbart werden, auf die Person des Patienten schließen kann.

Schweigepflicht gegenüber einem Dienstherrn bzw. Arbeitgeber

Die ärztliche Schweigepflicht besteht für beamtete **Krankenhausärzte** auch gegenüber ihrem Dienstherrn und wird durch die Beamtenpflichten nicht eingeschränkt. Mit der Berufung in das Beamtenverhältnis ist der beamtete Krankenhausarzt von seinen Pflichten als Arzt nicht entbunden.

Der daraus resultierenden Verpflichtung des beamteten Krankenhausarztes zur Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht auch gegenüber seinem Dienstherren kann dieser nicht entgegenhalten, daß die Bediens´teten der Krankenhausverwaltung ihrerseits aufgrund dienstrechtlicher Bestimmungen zum Schweigen verpflichtet seien. Der Patient vertraut vielmehr sein Geheimnis ausschließlich dem behandelnden Arzt an (OVG Lüneburg: Urteil vom 29.7.1975 II OVG A 78/73).

Nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes über Betriebsärzte und Sicherheitsingenieure sind die Betriebsärzte "nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen und haben die Regeln der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten". Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, aber nicht verpflichtet, soweit er von der Schweigepflicht befreit worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze höheren Rechtsgutes erforderlich ist.

Kollisionssituationen bestehen für den Betriebsarzt in der täglichen Praxis, z.B. in der Beratung des Arbeitgebers gemäß § 3 Betriebsärzte-Gesetz unter dem Gesichtspunkt des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung, bei Fragen des Arbeitsplatzwechsels, der pflichtgemäßen Untersuchung, arbeitsmedizinischer Beurteilung und Beratung sowie der Abfassung und Auswertung der Untersuchungsergebnisse.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Unterzieht sich ein Arbeitnehmer eines Betriebes oder ein Bewerber um eine Anstellung in einem Betrieb einer der im Betriebsärzte-Gesetz vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Untersuchung, Einstellungskontrolle oder einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung, so ist er **stillschweigend damit einverstanden**, daß der Betriebsarzt das Ergebnis der Untersuchung an den Arbeitgeber weitergibt.

Die stillschweigende Einwilligung zur Weitergabe des Untersuchungsergebnisses an den Arbeitgeber deckt diese Weitergabe nur insofern, als der Arbeitgeber die Kenntnisse der Ergebnisse als Grundlage für seine Entscheidung über Einstellung, Weiterbeschäftigung am selben Arbeitsplatz oder Versetzung auf einen anderen Arbeitsplatz oder für die Veranlassung besonderer Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz benötigt. Hingegen ist die Weitergabe einzelner Untersuchungsbefunde durch das stillschweigende Einverständnis nicht gedeckt.

Das stillschweigende Einverständnis des Arbeitnehmers oder Stellenbewerbers liegt dann nicht mehr vor, wenn der Betreffende der Weitergabe des Ergebnisses **ausdrücklich widerspricht**. Der Betriebsarzt ist dann grundsätzlich nach § 8 Abs. 1 Betriebsärzte-Gesetz daran gehindert, das Untersuchungsergebnis dem Arbeitgeber bekanntzugeben, es sei denn, daß die Weiterbeschäftigung des Arbeitnehmers oder die Einstellung eines Bewerbers auf den vorgesehenen Arbeitsplatz zu einem Risiko nicht nur für ihn selbst, sondern auch für seine Umwelt führt. In solchen Fällen wird die Offenbarung der geheimhaltungspflichtigen Tatsachen wegen des **Schutzes des höherwertigen Rechtsgutes** im Einzelfall ohne Zustimmung des Betreffenden gerechtfertigt sein.

Das Risiko für die Folgen einer Verweigerung der Zustimmung seitens des Arbeitnehmers oder Bewerbers trägt grundsätzlich dieser selbst. (Aus Dr. R. Hess, "Schutz von Patientendaten in den arbeitsmedizinischen Diensten")

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Ausnahmen von der Schweigepflicht

Nicht jede Weiterleitung eines Privatgeheimnisses durch den Arzt ist nach § 203 StGB strafbar. Voraussetzung hierzu ist, daß der Arzt das Geheimnis *unbefugt* offenbart. Eine unbefugte Verletzung von Privatgeheimnissen durch den Arzt liegt danach nicht vor, wenn der Arzt zur Offenbarung des Geheimnisses berechtigt oder sogar verpflichtet ist. Im Einzelfall ist die Offenbarung eines Privatgeheimnisses durch den Arzt "befugt" im Sinne des § 203 StGB:

1. Entbindung von der Schweigepflicht durch den Verfügungsberechtigten

Für die Wirksamkeit des Einverständnisses in die Offenbarung des Geheimnisses ist dabei die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit ausreichend; ein konkludent erteiltes Einverständnis genügt jedoch auch. Dieses Einverständnis kann auch lediglich gegenständlich und auf die Mitteilung an bestimmte Personen beschränkt sein, z.B. bei einer psychologischen Einstellungsuntersuchung einzig und allein bezüglich der Eignungsaussage gegenüber dem Betriebsinhaber.

2. Bei Vorliegen eines sog. Rechtfertigungsgrundes

Hierzu zählen:

a) die mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen

Diese kommt u.a. dann in Betracht, wenn die Einwilligung des Berechtigten nicht eingeholt werden kann, jedoch Umstände vorliegen, die nach dem mutmaßlichen Willen und dem objektiven Interesse des Berechtigten seine Zustimmung wahrscheinlich erscheinen lassen. Hierbei ist ein erkennbar entgegenstehender Wille des Berechtigten jedoch zu beachten.

b) Offenbarungspflicht aufgrund besonderer Gesetze

Eine Anzahl gesetzlicher Vorschriften zwingen den Arzt sogar, von seiner Verschwiegenheit abzugehen:

So z.B. das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (in den §§ 11 Abs. 2, 12 und 27), die ´§§ 3 und 69 des Bundesseuchengesetzes, § 23 des Sprengstoffgesetzes sowie die §§ 17 und 18 des Personenstandsgesetzes. Darüber hinaus verlangt auch § 1543 d RVO vom Arzt eine "Auskunftspflicht". Eine weitere Mitteilungspflicht für den Betriebsarzt findet sich zudem noch im Betriebsärztegesetz.

Nicht nur für Ärzte, sondern für alle in § 203 Abs. 1 StGB Genannten gilt zudem die generelle Verpflichtung, der Anzeige geplanter Verbrechen gem. § 138 StGB, jedoch hier mit der Sonderregelung des § 139 Abs. 3, Satz 2 StGB.

c) Mitteilungspflicht aus Vertrag

Aus dem mit einem Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag erwächst dem Arzt unmittelbar keine Verpflichtung Dritten gegenüber, sich über die bestehende Verschwiegenheitsverpflichtung im Verhältnis zu seinem Patienten hinwegzusetzen, denn dieser Patienten-Arzt-Vertrag statuiert keine Garantenstellung des Arztes hinsichtlich außenstehender Dritter.

Diese Ausgangssituation ist jedoch nicht vergleichbar mit dem Fall, wenn der Arzt auch gleichzeitig die Ehefrau, die Partnerin oder den Partner eines HIV-Infizierten in Behandlung hat. Hier kann auch aus der Behandlungsübernehme des nicht infizierten Partners eine eigene Garantenstellung erwachsen. Dies hätte zur Folge, daß die bestehende Kollision zwischen der Verpflichtung zur Verschwiegenheit gegenüber den HIV-Infizierten bzw. AIDS-Patienten und dem Recht des nicht infizierten Patienten auf Leben und

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Gesundheit zu einer Abwägung dahingehend führen muß, daß dem höherwertigen Rechtsgut - also Leben und Gesundheit des nichtinfizierten Partners - der Vorrang zu geben ist. Voraussetzung ist jedoch, daß der Arzt zunächst auf den infizierten Patienten in der Weise nachdrücklich und ernsthaft einwirkt, daß dieser persönlich seinen Partner hinsichtlich seines Gesundheitszustandes unterrichtet. Nur dann, wenn der Patient der ärztlichen Aufforderung nicht folgt bzw. die Ermahnungen des Arztes aufgrund persönlichkeitsbedingter Uneinsichtigkeit des Patienten als von vorneherein zwecklos erscheinen, ist der Arzt im Ausnahmefall berechtigt, den nicht infizierten, bei ihm ebenfalls in Behandlung stehenden Partner des Patienten zu unterrichten.

d) Befugnis zur Mitteilung an Dritte

Eine weitaus größere Bedeutung nimmt aber die Frage ein, ob in gewissen Situationen und Konfliktlagen der Arzt wohl nicht verpflichtet, jedoch befugt ist, Dritten von der HIV-Trägerschaft oder der AIDS-Erkrankung seines(-r) Patienten(-in) Mitteilung zu machen.

Zu denken wäre dabei u.a. an den Arbeitgeber, an die Blut- und/oder Samenbank, an den nachbehandelnden Arzt/Zahnarzt, vor allem aber an den Intimpartner.

Die Konfliktsituation für den Arzt besteht darin: auf der einen Seite fordert sein Patient berechtigterweise die absolute Wahrung des Geheimnisses seiner Erkrankung Dritten gegenüber, auf der anderen Seite steht das höherrangige Rechtsgut Leben und Gesundheit unwissender Partner, Arbeitskollegen und nachbehandelnder Ärzte des Erkrankten.

Unterläßt der Arzt bewußt deren Aufklärung und ist dies kausal für eine nachweisbare Infektion des Partners, des Arbeitskollegen oder des nachbehandelnden Arztes, dann können u.U. auf den Arzt zumindest erhebliche zivilrechtliche Schadenersatzansprüche zukommen.

Die hieraus erwachsende Pflichtkollision ist gemäß den allgemeinen, von der Rechtsprechung hierzu entwickelten Grundsätzen für den Arzt in der Weise zu lösen, daß das Interesse in der Abwehr drohender ärztlicher Gefahren für Leib, Leben und Freiheit gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse des Patienten regelmäßig höher anzusehen ist.

Diese Rechtsprechungsgrundsätze können in vollem Umfang bei der HIV-Infizierung bzw. der AIDS-Erkrankung angewendet werden. Jedoch muß hier der Arzt seinen Patienten zuerst ernsthaft ermahnen und eindringlich auffordern, seinem/n Intimpartner/n von seiner Infizierung bzw. Erkrankung unverzüglich Mitteilung zu machen, sämtliche Blut- und Spermaspenden einzustellen, seinen weiterbehandelnden Ärzten und Zahnärzten von diesem Umstand Kenntnis zu geben. Eine Mitteilung an den Arbeitgeber erscheint jedoch nur dann angezeigt, wenn der Patient mit anderen Patienten und Mitarbeitern derart in Berührung kommt bzw. kommen kann, daß eine Infizierung derselben nicht absolut ausschließbar ist. Dies dürfte vor allem im Krankenhausbereich sowie beim niedergelassenen Arzt der Fall sein.

Kommt der Patient diesem ärztlichen Zureden jedoch nicht nach, oder erscheint ein solches wegen der Uneinsichtigkeit des Patienten von vorneherein zwecklos, dann kann der Arzt den Intimpartner, den Arbeitgeber, seinen weiterbehandelnden Kollegen, den Blutspendedienst und dergl. vom Krankheitsbild des Patienten informieren.

3. Hilfspersonal

Wird ein behandelnder Arzt von der Schweigepflicht entbunden und sodann eine Beschlagnahme der Krankenunterlagen im Arzthaftpflichtprozeß angeordnet, ist eine Beschlagnahme auch beim Hilfspersonal möglich, weil sich die Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht automatisch auf die Hilfskräfte erstreckt.

4. Schweigepflicht bzw. Ausnahmen von der Verschwiegenheitspflicht gegenüber Familienangehörigen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit besteht grundsätzlich gegenüber jedem Dritten, d.h. jedem Fremden, aber auch dem/der Verlobten, den Kindern und dem Ehegatten gegenüber. Letzteres ist nicht ganz unbestritten. Sicher dürfte eine Mitteilung an nächste Angehörige jedoch nur dann gestattet sein, wenn der Patient die Erlaubnis hierzu gibt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn er in Gegenwart dieses nächsten Angehörigen mit dem Arzt seine Erkrankung oder seinen Krankheitsverdacht bespricht.

Bei Kindern und Jugendlichen stellt sich die Frage nach der Verschwiegenheitspflicht wie folgt: je jünger diese Kinder sind, desto weniger aktuell wird die Wahrung der Verschwiegenheit. Bei Patienten unter 14 Jahren wird die Fähigkeit, das Wesen des Diskretionsanspruchs zu erfassen, in aller Regel fehlen. Je näher aber der minderjährige Patient an die Volljährigkeit heranrückt, desto mehr muß der Arzt eruieren, ob der Jugendliche nicht schon insoweit entscheidungsfähig geworden ist. Dies hängt maßgeblich von dessen Reifungsprozeß und der Art des "Geheimnisses" ab. Ist der minderjährige Patient als entscheidungsfähig anzusehen, dann greift im Verhältnis zu ihm die Verschwiegenheitspflicht des Arztes.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Schweigepflicht bzw. Ausnahmen von der Verschwiegenheitspflicht gegenüber Behörden bzw. Verwaltungen

1. Gegenüber Kassenärztlicher Vereinigung bzw. Krankenkasse

Das Bundessozialgericht hat im Hinblick auf die Schweigepflicht betont, daß ein Kassenarzt gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung nicht nur zur Durchbrechung der Schweigepflicht berechtigt, sondern zur Auskunftserteilung bzw. Vorlage von Unterlagen sogar verpflichtet ist, soweit kassenarztrechtliche Vorschriften (Gesetz, Satzung, Vertrag, Richtlinien etc.) dies vorsehen. Im Verhältnis Kassenarzt - Kassenärztliche Vereinigung geht es auch nicht nur um die Feststellung der Leistungspflicht des Kostenträgers wie im Verhältnis zwischen Kassenärztlicher Vereinigung - Krankenkasse, sondern generell um die Abrechnung und Überwachung der gesamten kassenärztlichen Tätigkeit. Deshalb steht die Schweigepflicht auch nicht der Auskunftserteilung und Vorlage von Unterlagen im Rahmen der Prüfung der ärztlichen Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung entgegen.

Das Bundessozialgericht stützt die ärztliche Offenbarungsbefugnis nicht auf eine stillschweigende oder mutmaßliche Einwilligung des versicherten Patienten, sondern auf eine dem Gesetz selbst (§ 368 Abs. 2 Satz 2 RVO i.V.m. § 35 Abs.3 SGB I, § 100 SGB X) zu entnehmende Zulassung und zwar nicht nur gegenüber den Krankenkassen und dem Vertrauensärztlichen Dienst, sondern vor allem auch gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.

2. Gegenüber den Trägern der Sozialhilfe

Die Träger der Sozialhilfe sind vielfach auch auf ärztliche Auskünfte angewiesen, wenn Art oder Höhe der Sozialhilfeleistung vom gesundheitlichen Zustand der Hilfeempfängers abhängen. Die Leistungsberechtigten sind insoweit zur Mitwirkung verpflichtet. Sie haben nach den §§ 60ff. des Sozialgesetzbuchs, Allgemeiner Teil, in angemessenem und zumutbarem Umfang die für die Leistung erheblichen Tatsachen anzugeben und müssen auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers auch der Erteilung erforderlicher Auskünfte durch Dritte zustimmen.

Wird in den gesetzlich gezogenen Grenzen das Einverständnis des Hilfeempfängers verlangt und erteilt, so liegt hierin kein Verstoß gegen datenschutzrechtliche oder sonstige Bestimmungen.

3. Gegenüber Sozialgerichten

Die Sozialgerichte sind wohl gesetzlich berechtigt, Behandlungsunterlagen (Krankengeschichten, Karteikarten, Befundberichte usw.) beizuziehen, dies bedeutet aber nicht, daß der Besitzer dieser Unterlagen sie herausgeben muß. Zwischen dem Recht der Beiziehung und der Pflicht der Herausgabe, wie sie bei einer Beschlagnahme gegeben ist, besteht ein Unterschied. Wer vom Sozialgericht angeforderte Unterlagen nicht zur Verfügung stellt, wird aber in der Regel damit rechnen müssen, als Zeuge zum Gerichtstermin vorgeladen zu werden.

4. Gegenüber dem Finanzamt

Ärzte dürfen, auch bei einer zur Nachprüfung der Erfüllung ihrer eigenen Steuerpflichten vorgenommenen Betriebsprüfung, die Vorlage der von ihnen geführten Patientenkartei zur Einsichtnahme durch das Finanzamt insowiet verweigern, als darin Eintragungen enthalten sind, auf die sich ihr Recht zur Auskunftsverweigerung nach § 102 Abs. 1 Nr. 3 c AO erstreckt.

Das Auskunftsverweigerungsrecht des Arztes erstreckt sich nach dieser Vorschrift auf alles, was ihm bei der Ausübung seines Berufes anvertraut worden ist. Das Begriffsmerkmal "anvertraut" ist nach allgemeiner Meinung weitherzig auszulegen (BFH v. 11.12.1957 - BB 1958 S. 181).

4a. Gegenüber dem Gericht

Eine Nachtschwester sollte vor Gericht über die Einlieferung eines Patienten aussagen, der bei einem Einbruch verletzt worden war. Sowohl der behandelnde Arzt als auch die Schwester verweigerten die Aussage. Das war -

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

so der Bundesgerichtshof (BGH) - zulässig. Begründung: Vom Aussageverweigerungsrecht des Arztes und seiner Helferinnen ist alles umfaßt, was diese in ihrer Eigenschaft als ärztliche Berufshelferin erfährt. Es muß nur ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Erfüllung der beruflichen Aufgabe - ärztliche Versorgung des Patienten - bestehen. Die Entscheidung gilt auch für alle niedergelassenen Ärzte und ihre Mitarbeiter. BGH vom 20.2.1985 - 2 StR 561/84 -

5. Gegenüber Polizei- bzw. Verkehrsbehörden

Personalien, Anschrift und der Umstand, daß sich eine Person zur ambulanten Behandlung ins Krankenhaus begibt, stellen ein Geheimnis gem. § 203 StGB dar.

Die **Anfrage einer Polizeibehörde** nach diesen Tatsachen allein zu Ermittlungszwecken, vermag die Offenbarung des Geheimnisses nicht zu rechtfertigen (OLG Bremen, Beschluß v. 27.8.1982 - Ws 71/82).

Ein Gegenstand der Erörterung zwischen Verkehrsmedizinern und Juristen ist die Schweigepflicht und Meldeberechtigung des Arztes, wenn sich bei der Untersuchung von Unfallursachen herausstellt, daß sich der Unfallverursacher wegen eines körperlichen Leidens in ärztlicher Behandlung befunden hat und der Mediziner von der sich aus dem Gesundheitszustand ergebenden zeitweiligen oder u.U. ständigen Fahruntauglichkeit wissen mußte.

Zweifellos wird der Arzt den Patienten auf die Gefahren aufmerksam gemacht haben, die sich aus seinem Gesundheitszustand bei der Teilnahme als Kraftfahrer im Straßenverkehr ergeben können. Stößt er jedoch auf Uneinsichtigkeit, dann kann sich der Arzt - trotz seiner grundsätzlichen Schweigepflicht - nach den Grundsätzen über die Abwägung widerstreitender Pflichten befugt fühlen, die Verkehrsbehörde zu benachrichtigen, daß sein Patient am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er wegen seiner Erkrankung nicht mehr fähig ist, ein Fahrzeug zu lenken, ohne sich und andere zu gefährden (Urteil des Bundesgerichtshofes vom 8.10.1968).

Der Arzt ist zur Meldung eines solchen Zustandes nicht verpflichtet, wie sein Kollege in der DDR, der nach § 8 der dortigen Tauglichkeitsvorschrift die Behörde unterrichten mußte. Wenn er aber Anzeige erstattet, kann er nicht wegen Verletzung der Schweigepflicht belangt werden. In das Straßenverkehrsgesetz der Schweiz ist 1975 eine Vorschrift aufgenommen worden, die die Berechtigung des Arztes zur Meldung gesetzlich sichert. Auch im deutschen Verkehrsrecht der Bundesrepublik wäre die gesetzliche Absicherung der Berechtigung des Arztes zur Meldung begrüßenswert.

Wird innerhalb eines Verkehrsstrafverfahrens der für den Straßenverkehr unzureichende Gesundheitszustand eines Beteiligten oder Zeugen festgestellt, dann sind auch Richter und Staatsanwälte zur Meldung an die Verkehrsbehörde angehalten ("Mitteilungen in Strafsachen" Nr. 46 Abs. 2).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Schweigepflicht bzw. Ausnahmen von der Verschwiegenheitspflicht gegenüber Versicherungsgesellschaften

1. Gegenüber privaten Krankenversicherungen:

Bei Auskünften gegenüber privaten Krankenversicherungen ist der Arzt stets und ausschließlich an die Schweigepflicht gebunden, es sei denn, sein Patient entbindet ihn davon.

2. Gegenüber Lebensversicherungsgesellschaften:

Wenn Lebensversicherungsgesellschaften zum Zwecke des Abschlusses und der Durchführung von Versicherungsverträgen Anfragen an den Arzt richten, kann sich der Arzt damit begnügen, daß die Versicherung anstelle der Übersendung der Entbindungserklärung des Patienten in dem Auskunftsersuchen lediglich auf das Vorliegen einer solchen Erklärung hinweist und den Inhalt der Erklärung wörtlich aufführt.

3. Gegenüber Haftpflichtversicherungsgesellschaften:

Gegenüber Haftpflichtversicherungsgesellschaften muß nach wie vor daran festgehalten werden, daß der Arzt von seinem Patienten **jedesmal** und ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden sein muß, wenn er Fragen für seine Versicherungsgesellschaft beantworten soll.

4. Gegenüber Sozialversicherungsträgern:

Urteil des OLG Hamm vom 9.11.1994 - 3 U 120/94

Das OLG Hamm stellt in seinem Urteil fest, daß allgemein keine gesetzliche Möglichkeit besteht, ohne Zustimmung des Patienten Auskunft über die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegenden Umstände zu erhalten. Auch gegenüber Leistungsträgern der Sozialversicherung gelte grundsätzlich das Sozialgeheimnis, § 35 SGB I. Zwar muß gemäß § 60 Abs. 1 SGB I derjenige, der Sozialleistungen erhält, alle Tatsachen angeben, die für die Leistung erheblich sind, und einer Auskunftserteilung durch Dritte zustimmen sowie eine Änderung in den Verhältnissen unverzüglich mitteilen. Als Sanktion komme jedoch gemäß § 66 SGB I bei fehlender Mitwirkung bzw. Zustimmung nicht deren Erzwingung oder Einsetzung in Betracht, sondern nur die Versagung von Sozialleistungen. Auch im sozialgerichtlichen Verfahren könne gemäß § 106 Abs. 3 Nr. 2 und 3 SGB I die Beziehung von Krankenpapieren und die Einholung von Auskünften nur bei Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht durch den Patienten angeordnet werden.

Versicherer dürfen täuschen

Versicherungen richten an den Arzt Anfragen mit Bitte um Befundmitteilungen. Die betreffenden Anschreiben enthalten häufig Redewendungen wie:

"Wir bestätigen ausdrücklich, daß Ihr Bericht von uns streng vertraulich behandelt wird . . . Eine Untersuchung des Patienten ist nicht erwünscht . . . Ihr Patient hat Sie von der Schweigepflicht entbunden."

Stellungnahme der Staatsanwaltschaft:

Auch wenn diese Zusicherungen unrichtig und/oder falsch sind, begeht der Versicherer kein strafbares Verhalten.

Gemäß § 203 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis, offenbart, das ihm als Arzt oder als Angehöriger eines Unternehmens anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Bei diesem Delikt handelt es sich um ein sogenanntes Sonderdelikt.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Täter dieses Deliktes können nur die in Paragraph 203 aufgeführten Berufsgruppen sein.

Zu diesen Berufsgruppen, die sich einer Verletzung von Privatgeheimnissen schuldig machen können, gehören auch Angehörige eines Lebensversicherungsunternehmens. Von Paragraph 203 StGB ist aber nur die Offenbarung der anvertrauten oder sonst bekanntgewordenen fremden Geheimnisse betroffen.

Mit Formschreiben der obigen Art versuchen Versicherer jedoch lediglich, sich fremde Geheimnisse unbefugt zu verschaffen. Insofern damit nicht die Absicht und Durchführung einer Offenbarung dieser fremden Geheimnisse verbunden ist, kommt eine Strafbarkeit gemäß Paragraph 203 StGB nicht in Betracht. Der Versicherer kann solche Auskünfte zur Abschätzung des eigenen Versicherungsrisikos benutzen. Auch wenn der Versicherer ohne Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung Auskünfte einholt, kann hierin kein Betrug gesehen werden. Bei einem Strafbestand des Betruges im Sinne des Paragraph 263 StGB handelt es sich um ein Vermögensdelikt. Voraussetzung für eine Strafbarkeit in diesem Sinne ist eine durch Täuschung bewirkte Vermögensverfügung eines Dritten. Das unbefugte Erschleichen von Informationen wird von dieser Vorschrift nicht erfaßt.

Kommentar:

Bei allen Auskünften an Dritte geht der Arzt ein hohes Risiko ein, die ärztliche Schweigepflicht zu brechen. Versicherer können dagegen ohne Gefahr einer Rechtsverfolgung wertvolle Informationen über den Gesundheitszustand ihrer Kunden erschleichen. Sie spalten das Vertrauen zum Arzt, indem sie - ohne ihre Versicherten zu informieren - Befundauskünfte mit einer Honorarprämie von 20,- bis 30,- DM anfordern.

Oft wollen die Versicherer einen Kontakt zwischen Arzt und Patient vor der Befundauskunft verhindern, um angeblich unnötige Kosten zu vermeiden. Dem Versicherten sind Vermögensnachteile, die sich aufgrund einer ärztlichen Befundauskunft ergeben können, häufig nicht zum Zeitpunkt ihrer Schweigepflichtentbindung bewußt. Der Arzt muß wahrhaftig Auskunft erteilen und hat im Falle eines für den Versicherten unbefriedigenden Ergebnisses die Unzufriedenheit seiner Patienten zu erfragen.

Deshalb immer Kontakt zum Patienten aufnehmen und um die schriftliche Einwilligung bitten. Dies unterstützt auch die "Patientenbindung im Zeitalter der Chipkarte".

Martin P. Wedig

Quelle: Der Praktische Arzt 18/95

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten

1. Gegenüber den Hinterbliebenen bzw. Erben

In vielen Straf- und Zivilgerichtsverfahren kommt der Aussage des Arztes, der den Verstorbenen zuletzt und möglicherweise über einen längeren Zeitraum behandelt hat prozeßentscheidende Bedeutung zu. Die Hinterbliebenen haben daher ein großes und auch anerkennenswertes Interesse an der Aussage des Arztes; für sie stehen in der Regel hohe zivilrechtliche Ansprüche, beispielsweise gegen Versicherungen oder Rentenstellen, auf dem Spiel.

Der Bundesgerichtshof hat in einem Strafurteil ausgeführt: Nach dem Tode des Patienten müsse der als Zeuge vernommene Arzt eigenverantwortlich entscheiden, ob er vor Gericht aussagen wolle oder nicht. Diese Ansicht ist sachgerecht: Niemand kennt den Inhalt des "Geheimnisses" besser als der behandelnde Arzt. Entschließt er sich, trotz der Bitte naher Angehöriger, zu einer Aussageverweigerung (§ 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO; § 383 Abs. 1 Nr. 5 ZPO), werden triftige Gründe - als Stichwort mag hier "postmortaler Persönlichkeitsrechtsschutz" genügen - vorliegen.

Das Gericht soll dem Arzt insoweit vertrauen; denn auch er ist bestrebt, die Hinterbliebenen seines verstorbenen Patienten bei der Durchsetzung von Ansprüchen gegen Dritte nach besten Kräften zu unterstützen. Der Richter ist daher nicht berechtigt zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Aussageverweigerung vorliegen.

Entscheidet sich der Arzt nach eingehender und gewissenhafter Prüfung der Besonderheiten des Einzelfalles (unter Umständen nach Einholung von juristischem Rat) für die Aussage, so ist für die Anwendung des § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB (Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht) kein Raum.

Das Recht des Patienten auf Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bezieht sich im allgemeinen auf höchstpersönliche Daten. Insoweit ist es Ausfluß des Rechtes auf Entfaltung der Persönlichkeit gemäß Artikel 2 GG. Diesem Grundrecht entspringt die Befugnis, über die Verwendung der höchstpersönlichen Daten durch Dritte, in diesem Fall durch Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht zu bestimmen. Dieses höchstpersönliche Recht ist nicht vererblich. Weder die Erben noch die Angehörigen sind daher nach dem Tode des Patienten berechtigt, den Arzt von seiner Schweigepflicht zu entbinden. Dem Arzt bleibt somit nur der mutmaßliche Wille des Verstorbenen als Anhaltspunkt für die Berechtigung, die Schweigepflicht zu brechen.

Von der Schweigepflicht umfaßte Tatsachen können sich jedoch auch auf das vererbbare Vermögen oder Vermögenswerte beziehen.

In diesem Fall, der jedoch nur einen Teil der von der Schweigepflicht umfaßten Tatsachen ausmacht, geht mit dem Vermögenswert auch die Verfügungsbefugnis über die mit dem Vermögenswert verbundenen Geheimnisse auf die Erben über. Diese können daher den Arzt von der Schweigepflicht über Tatsachen, die sich auf das Vermögen beziehen, entbinden.

Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung stehen nicht den Erben, sondern den Hinterbliebenen zu. Die Erben haben bereits deswegen keine Möglichkeit, dem Arzt Auskünfte an die gesetzliche Unfallversicherung zu untersagen. Darüber hinaus ist der Arzt gemäß § 1543 d RVO verpflichtet, dem Träger der Unfallversicherung Auskunft über die Behandlung und den Zustand des Verletzten bzw. Getöteten zu geben.

2. Gegenüber privaten Versicherungen

Gegenüber der privaten Unfallversicherung besteht die Schweigepflicht. Der Anspruch der Hinterbliebenen auf Auszahlung der Versicherungssumme ergibt sich nicht aus dem Erbrecht, sondern aus dem Versicherungsvertrag. Die Hinterbliebenen können daher nicht als Erben eines vermögenswerten Gegenstandes über diesbezügliche von der Schweigepflicht umfaßte Tatsachen verfügen und den Arzt von seiner Schweigepflicht entbinden.

In der Praxis wird sich jedoch die Unfallversicherung bei Hinweisen auf Suizid in aller Regel weigern, die volle Versicherungssumme auszuzahlen. Ihr steht insoweit ein Zurückbehaltungsrecht zu, wenn sie über die

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Todesursache keine Informationen erhält. Die Angehörigen, in einigen Fällen auch die Versicherung, werden dann auf den bisher behandelnden Arzt mit der Bitte um Information zukommen. Der Arzt hat dann unter Heranziehung des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, ob und welche Informationen er an wen weitergibt.

Folgen der Verletzung der Schweigepflicht

Solange Ärzte nicht ausnahmsweise zur Information Dritter legitimiert sind, besteht für sie die Verpflichtung über ihre Patienten absolutes Stillschweigen zu bewahren. Eine unbefugte bzw. nicht gerechtfertigte Offenbarung von geheimzuhaltenden Umständen zieht folgende rechtliche Konsequenzen nach sich:

1. strafrechtlich:

§ 203 StGB bedroht den Geheimnisbruch mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe; dies gilt gem. Abs. 4 dieser Strafrechtsnorm auch für den Fall, daß der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tode des Betroffenen unbefugt preisgibt. Handelt der Täter darüber hinaus noch gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, dann reicht die Freiheitsstrafe sogar bis zu zwei Jahren. Das Vergehen der Verletzung von Privatgeheimnissen ist ein sog. Antragsdelikt (gem. § 205 Abs. 1 StGB). Zudem trifft den beamteten Täter (Anstaltsarzt oder Verwaltungsbeamten) noch ein Disziplinarverfahren nach den einschlägigen Disziplinarordnungen bzw, den Beamtengesetzen.

2. zivilrechtlich:

Neben den erwähnten strafrechtlichen Konsequenzen setzt sich jeder, der die ihm obliegende Berufsverschwiegenheit bricht, zivilrechtlichen Haftungstatbeständen aus. In Frage kommt als Anspruchsnorm § 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 203 StGB.

Zu den materiellen Schäden, die zu ersetzen sind, zählen u.a. Einkommenseinbußen, Verlust des Arbeitsplatzes oder der Wohnung, Scheidungsfolgen-Lasten, wenn durch die Indiskretion die Ehe des Betroffenen "in die Brüche" geht. Hinzu kommen u.U. noch immaterielle Schäden, weil die widerrechtliche Lüftung des Geheimnisses den Betroffenen in seiner vom allgemeinen Persönlichkeitsrecht mitumfaßten Individualsphäre verletzt, sein Recht am eigenen Charakterbild mißachtet - er womöglich zu Unrecht einer gewissen Neigung oder eines entsprechenden Umgangs verdächtigt wird -, und ihn die Rechtsverletzung einer meist "erheblich in Gewicht fallenden Beeinträchtigung" im Kollegen-, Arbeits-, Freundes- und Familienkreis aussetzt.

Die hierfür von den Gerichten anzusetzenden Schmerzensgeldbeträge (gem. § 847 BGB) fallen i.d.R. nicht niedrig aus.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Ärztliche Schweigepflicht Checkliste

Der Arzt ist von Gesetzes wegen verpflichtet, über alle ihm in beruflicher Eigenschaft bekanntgewordenen Tatsachen Stillschweigen zu bewahren. Es gibt aber auch Einzelfälle, in denen er berechtigt ist, die Schweigepflicht zu durchbrechen. Anhand nachstehender Liste soll aufgezeigt werden, wann dies möglich ist *(Ja)* und wann nicht *(Nein)*.

– *Ausdrückliches Einverständnis des Patienten (Schweigepflichtentbindung):* Ja.

– *Stillschweigendes Einverständnis:* Grundsätzlich Ja.

  Beispiel: Bei Mit-, Weiter- und Nachbehandlung durch mehrere Ärzte gilt das grundsätzlich auch zwischen Ärzten bestehende Schweigegebot als aufgehoben, es sei denn, der Patient hat ausdrücklich etwas anderes bestimmt.

– *Mutmaßliche Einwilligung:* Grundsätzlich Ja.

  Beispiele: Übergabe der Patientenkartei an Praxisnachfolger und Mitbenutzung der Patientenkartei bei Gründung einer Gemeinschaftspraxis, es sei denn, der Patient hat ausdrücklich etwas anderes bestimmt.

– *Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten:* Ja.

  Beispiele: Meldung von Geschlechtskrankheiten nach dem Geschlechtskrankheitengesetz; Meldung von Krankheiten nach dem Bundesseuchengesetz; Meldung von Schwangerschaftsabbrüchen.

– *Schutz eines höherwertigen Rechtsgutes:* Grundsätzlich Ja.

  In diesen Fällen bedarf es sorgfältiger Abwägung zwischen dem Geheimhaltungsinteresse des Patienten und den gegenstehenden Rechtsgütern. Der Arzt ist hier zur Preisgabe des Patientengeheimnisses berechtigt, aber nicht verpflichtet.

  Beispiele: Kindesmißhandlung: (Ja). Der Arzt ist berechtigt, Polizei oder Jugendamt zu informieren. *Abwehr drohender Gefahren für Leib, Leben und Freiheit anderer Personen:* (Grundsätzlich Ja). *Ansteckungsgefahr:* Der Arzt ist berechtigt, Angehörige eines Patienten vor einer von diesem ausgehenden Ansteckungsgefahr zu warnen. *Gefährdung des Straßenverkehrs:* Der Arzt darf die Verwaltungsbehörde benachrichtigen, wenn ein Patient als Kraftfahrer am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er wegen einer Erkrankung (Psychose, Epilepsie) dabei sich und andere gefährdet. Erforderlich ist jedoch in beiden Fällen, daß der Arzt zuvor auf den Patienten eingewirkt hat, um ihn von sich aus zur Ergreifung der notwendigen Maßnahmen zu veranlassen.

– Strafverfolgungsinteresse bei begangenen Straftaten: Grundsätzlich Nein.

  Ausnahmsweise dann, wenn es sich um schwerste Taten gegen Leib, Leben und Freiheit oder die innere oder äußere staatliche Sicherheit handelt und Wiederholungsgefahr besteht.

– *Schutz fremder Vermögensinteressen:* Grundsätzlich Nein.

  Ausnahmsweise bei Gefahr besonders schwerwiegender Folgen.

– *Vorteilserschleichung bei Sozialleistungen:* Grundsätzlich Ja. Hat der Patient durch falsche Angaben und Vortäuschen einer Erkrankung auf Kosten der Allgemeinheit Vorteile erschlichen, so darf der Arzt die zuständigen Stellen verständigen, beispielsweise das Versorgungsamt bei Erschleichung eines Schwerbehindertenausweises.

– *Finanzielles Interesse einer Versicherungsgesellschaft:* Nein. Auch wenn die Versicherungsgesellschaft bei genauer Kenntnis der Todesursache die Versicherungssumme nicht auszahlen müßte.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

- *Minderjährige (gegenüber Eltern):* Grundsätzlich Ja, wenn der Minderjährige das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht hat. Grundsätzlich Nein, wenn der Minderjährige das 14. Lebensjahr vollendet hat.

  Das gilt auch bei Verschreibung der sog. "Anti-Baby-Pille". Keine Geheimhaltungspflicht, wenn eine erfolgreiche Behandlung nur in Zusammenarbeit mit den Eltern des Minderjährigen gewährleistet ist. Bei Geschlechtskrankheiten dürfen die Eltern informiert werden, sofern dies für die ärztliche Behandlung als notwendig erscheint und andere schwerwiegende Gründe dem nicht entgegenstehen.
- *Behandlung von Prominenten:* Grundsätzlich Nein.
- *Drogensucht des Patienten:* Grundsätzlich Nein.
- *Wahrnehmung berechtigter Interessen des Arztes:* Ja.

  Zur Durchsetzung von Honoraransprüchen oder zur Verteidigung in einem gegen ihn gerichteten Strafverfahren oder berufsgerichtlichen Verfahren darf der Arzt Angaben über die Behandlung eines Patienten machen, soweit dies dazu erforderlich ist. Ebenso darf der Arzt seine Berufshaftpflichtversicherung über den Sachverhalt informieren, wenn er wegen eines Behandlungsfehlers in Anspruch genommen wird.
- *Polizei und Staatsanwaltschaft:* Nein.

  Keine besondere Aussagepflicht besteht gegenüber Polizei und Staatsanwaltschaft. Mitteilungen an diese Behörden unterliegen in vollem Umfang der ärztlichen Schweigepflicht.
- *Sozialversicherungsträger:* Grundsätzlich Nein.

  Jedoch entsteht eine gesetzliche Verpflichtung der Versicherten zur Entbindung von der Schweigepflicht bei Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialversicherungsträger. Der Arzt sollte darauf achten, daß ihm diese - meist formularmäßig - eingeholte Einverständniserklärung des Patienten vorgelegt wird.

  Im Zweifelsfall ist dem Arzt anzuraten, sich an seine Ärztekammer oder seinen Rechtsanwalt zu wenden.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Interessenkollision

Ärztliche Schweigepflicht gegenüber Angehörigen bei Lebensgefahr für den Patienten

Der Arzt arbeitet oft zwischen Skylla und Charybdis oder gerät in ein juristisches Teufels-Problem-Dreieck. Auf der einen Seite droht ihm eine mögliche Strafe wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323 Strafgesetzbuch), wenn er trotz entgegenstehendem Willen des Patienten nicht tätig wird. Würde er aber gegen den Willen des Patienten handeln, dann besteht andererseits die Gefahr, daß er wegen Körperverletzung strafbar würde oder zivilrechtlich schadensersatzpflichtig werden könnte, weil er ohne Einwilligung handelt. Als dritte Möglichkeit käme noch eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht in betracht, wenn er dritte Personen, z.B. über den lebensbedrohlichen Zustand seines Patienten informiert, um Schaden und Unheil abzuwenden.

Unter Umständen wird ein Tätigwerden des Arztes auch bei entgegenstehendem Willen des Patienten verlangt. Auch wenn der betreffende Arzt die Hilfe selbst nicht erbringen kann oder muß, weil er evtl. nicht der erforderliche Spezialist ist, muß er die Verwirklichung der Hilfe bei akut lebensgefährlicher Erkrankung des Patienten durch eigene Maßnahmen fördern oder vorbereiten, der entgegenstehende Wille des Kranken ist gegebenenfalls unbeachtlich, wenn sein Leben bedroht ist.

Die ärztliche Schweigepflicht tritt im Verhältnis zu Angehörigen zurück, wenn auch ihre Unterrichtung ein erforderliches und angemessenes Mittel zur Rettung eines Patienten ist. Der Arzt ist hier gemäß § 34 StGB, dem sog. Rechtfertigenden Notstand zum Bruch seiner ärztlichen Schweigepflicht (entgegen § 203 I Nr. 1 StGB) befugt. Im Rahmen einer Güterabwägung überwiegt die körperliche Unversehrtheit.

Zur Rettung dieses höherwertigen Rechtsgutes bedarf es nur einer begrenzten Offenbarung. Im Rahmen des Rechtfertigenden Notstandes ist der Arzt demnach berechtigt die Schweigepflicht zu brechen, wenn dies zur Abwendung von Gefahren für Leib und Leben des Patienten nötig ist.

Es ist somit festzuhalten, daß der Arzt bei lebensbedrohlichen Erkrankungen unter Umständen die Schweigepflicht brechen muß, um sich nicht einer Unterlassenen Hilfeleistung schuldig zu machen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Notarzt und Rettungsdienst

Gesetz über den Beruf der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten (Rettungsassistentengesetz - RettAssG)

Vom 10. Juli 1989 (BGBl I, S. 1384)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

I. Abschnitt

Erlaubnis

§ 1

Wer die Berufsbezeichnung "Rettungsassistentin" oder "Rettungsassistent" führen will, bedarf der Erlaubnis.

§ 2

(1) Die Erlaubnis nach § 1 ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller

1. a) an dem Lehrgang nach § 4 oder an dem Ergänzungslehrgang nach § 8 Abs. 3 teilgenommen und die staatliche Prüfung bestanden hat sowie

b) die praktische Tätigkeit nach § 7 erfolgreich abgeleistet hat,

2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt und

3. nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs unfähig oder ungeeignet ist.

(2) Eine außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes erworbene abgeschlossene Ausbildung erfüllt die Voraussetzung nach Absatz 1 Nr. 1, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes anerkannt wird.

II. Abschnitt

Ausbildung

§ 3

Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs als Helfer des Arztes insbesondere dazu befähigen, am Notfallort bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatienten durchzuführen, die Transportfähigkeit solcher Patienten herzustellen, die lebenswichtigen Körperfunktionen während des Transports zum Krankenhaus zu beobachten und aufrechtzuerhalten sowie kranke, verletzte und sonstige hilfsbedürftige Personen, auch soweit sie nicht Notfallpatienten sind, unter

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

sachgerechter Betreuung zu befördern (Ausbildungsziel).

§ 4

Der Lehrgang besteht aus mindestens 1200 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung und dauert sofern er in Vollzeitform durchgeführt wird, zwölf Monate. Er wird von staatlich anerkannten Schulen für Rettungsassistenten durchgeführt und schließt mit der staatlichen Prüfung ab.

§ 5

Voraussetzung für den Zugang zum Lehrgang nach § 4 ist

1. die Vollendung des 18. Lebensjahres und die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs und

2. der Hauptschulabschluß oder eine gleichwertige Schulbildung oder eine abgeschlossene Berufsausbildung.

§ 6

Auf die Dauer des Lehrgangs nach § 4 werden angerechnet

1. Ferien,

2. Unterbrechungen durch Schwangerschaft, Krankheit oder aus anderen, von der Schülerin oder vom Schüler nicht zu vertretenden Gründen bis zur Gesamtdauer von 120 Stunden oder, sofern der Lehrgang in Vollzeitform durchgeführt wird, von vier Wochen, bei einem verkürzten Lehrgang nach § 8 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 oder Abs. 4 bis zu höchstens 60 Stunden oder, sofern der Lehrgang in Vollzeitform durchgeführt wird, von zwei Wochen.

Auf Antrag können auch darüber hinausgehende Fehlzeiten berücksichtigt werden, soweit eine besondere Härte vorliegt und das Ausbildungsziel durch die Anrechnung nicht gefährdet wird.

§ 7

(1) Die praktische Tätigkeit umfaßt mindestens 1600 Stunden und dauert, sofern sie in Vollzeitform abgeleistet wird, zwölf Monate. Sie ist nach bestandener staatlicher Prüfung in einer von der zuständigen Behörde zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Einrichtung des Rettungsdienstes abzuleisten.

(2) Die Ermächtigung zur Annahme von Praktikanten nach Abs. 1 setzt voraus, daß die Einrichtung auf Grund ihres Einsatzbereichs, ihrer personellen Besetzung und ihrer medizinischen Entwicklung entsprechenden technischen Ausstattung geeignet ist, eine dem Ausbildungsziel (§ 3) und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (§ 10) gemäße praktische Tätigkeit unter Aufsicht einer Rettungsassistentin oder eines Rettungsassistenten zu ermöglichen. Rettungswachen sind nur dann geeignet im Sinne des Satzes 1, wenn in ihrem Einsatzbereich ein Notarztdienst eingerichtet ist oder sie sonst mit einem Notarztdienst verbunden sind.

(3) Wird die praktische Tätigkeit nach Abs. 1 außer durch Urlaub um mehr als 160 Stunden oder, sofern sie in Vollzeitform abgeleistet wird, von mehr als vier Wochen unterbrochen, ist die über diese Frist hinausgehende Zeit nachzuholen. Dies gilt entsprechend, wenn eine nach § 8 Abs. 1 Satz 2 oder Abs. 5 verkürzte praktische Tätigkeit um mehr als 80 Stunden oder mehr als zwei Wochen unterbrochen wird. § 6 letzter Satz gilt entsprechend.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

§ 8

(1) Die zuständige Behörde kann auf Antrag eine andere Ausbildung im Umfang ihrer Gleichwertigkeit auf die Dauer des Lehrgangs nach § 4 anrechnen, wenn die Durchführung des Lehrgangs und die Erreichung des Ausbildungsziels dadurch nicht gefährdet werden. Eine außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeleistete praktische Tätigkeit kann im Umfang ihrer Gleichwertigkeit ganz oder teilweise auf die praktische Tätigkeit nach § 7 angerechnet werden.

(2) Die zuständige Behörde hat auf Antrag eine nach den vom Bund/Länderausschuß "Rettungswesen" am 20. Sept. 1977 beschlossenen "Grundsätzen zur Ausbildung des Personals im Rettungsdienst" (520-Stunden-Programm) erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als Rettungssanitäter in vollem Umfang auf den Lehrgang nach § 4 anzurechnen. Eine nach Abschluß der in Satz 1 genannten Ausbildung abgeleistete Tätigkeit im Rettungsdienst ist im Umfang ihrer Gleichwertigkeit auf die praktische Tätigkeit nach § 7 anzurechnen.

(3) Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpfleger mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893) sind auch ohne Teilnahme an einem Lehrgang nach § 4 zur staatlichen Prüfung zuzulassen, wenn sie an einem Ergänzungslehrgang von mindestens 300 Stunden teilgenommen haben.

(4) Für Soldaten der Bundeswehr, Polizeivollzugsbeamte des Bundesgrenzschutzes oder der Polizei eines Landes, die

1. die Sanitätsprüfung und den fachlichen Teil der Unteroffiziersprüfung für Unteroffiziere im Sanitätsdienst der Bundeswehr,

2. die Fachprüfung für die Verwendung als Sanitätsbeamter im Bundesgrenzschutz oder

3. eine vergleichbare Fachprüfung für die Verwendung im Sanitätsdienst der Polizei eines Landes

bestanden haben, wird der Lehrgang nach § 4 auf Antrag um 600 Stunden, sofern er in Vollzeitform durchgeführt wird, um sechs Monate verkürzt.

(5) Bei Personen nach Abs. 3 und 4 können Zeiten einer Tätigkeit in der Intensivpflege, in der Anaesthesie oder im Operationsdienst bis zu drei Monaten auf die praktische Tätigkeit nach § 7 Abs. 1 angerechnet werden.

§ 9

Die zuständige Behörde hat auf Antrag eine Ausbildung in den in § 3 genannten Aufgaben und Tätigkeiten, die bei der Feuerwehr erworben worden ist, im Umfang ihrer Gleichwertigkeit auf den Lehrgang nach § 4 und auf die praktische Tätigkeit nach § 7 Abs. 1 entsprechend anzurechnen. Die staatliche Prüfung ist auch in diesen Fällen Voraussetzung für die Erteilung der Erlaubns nach § 1.

§ 10

Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit wird ermächtigt, im Benehmen mit dem Bundesminister für Bildung und Wissenschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsassistenten und Rettungsassistentinnen die Mindestanforderungen an den Lehrgang nach § 4, das Nähere über die staatliche Prüfung, über die praktische Tätigkeit nach § 7 und deren erfolgreichen Abschluß, die Voraussetzungen für die Gleichwertigkeit einer Tätigkeit nach § 8 Abs. 2 Satz 2, den Ergänzungslehrgang nach § 8 Abs. 3 sowie über die Urkunde für die Erlaubnis nach § 1 zu regeln.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

III. Abschnitt

Zuständigkeiten

§ 11

(1) Die Entscheidung nach § 2 Abs. 1, § 8 Abs. 3 und § 9 trifft die zuständige Behörde des Landes, in dem der Antragsteller die Prüfung nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a abgelegt hat oder ablegen will.

(2) Die Entscheidung über die Anrechnung einer Ausbildung nach § 8 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 und über die Verkürzung des Lehrgangs nach § 8 Abs. 4 trifft die zuständige Behörde des Landes, in dem der Antragsteller an einem Lehrgang nach § 4 teilnehmen will oder teilnimmt.

(3) Die Entscheidung über die Anrechnung einer praktischen Tätigkeit nach § 8 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 5 trifft die zuständige Behörde des Landes, in dem der Antragsteller die Prüfung nach § 2 Abs. 1 Buchstabe a bestanden hat.

IV. Abschnitt

Bußgeldvorschrift

§ 12

Ordnungswidrig handelt, wer ohne Erlaubnis nach § 1 die Berufsbezeichnung "Rettungsassistentin" oder "Rettungsassistent" führt. Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Deutsche Mark geahndet werden.

V. Abschnitt

Übergangsvorschriften

§ 13

(1) Antragsteller, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Ausbildung als Rettungssanitäter nach dem 520-Stunden-Programm erfolgreich abgeschlosen oder mit einer solchen Ausbildung begonnen und diese nach Inkrafttreten des Gesetzes erfolgreich abgeschlossen haben, erhalten eine Erlaubnis nach § 1, wenn sie eine mindestens 2000 Stunden umfassende Tätigkeit im Rettungsdienst abgeleistet haben und die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 vorliegen. Bei der Berechnung der Stundenzahl sind alle Zeiten zu berücksichtigen, in denen der Antragsteller bei einer mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragten Organisation oder in Einrichtungen des Rettungsdienstes bei der Feuerwehr im praktischen Einsatz tätig war.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für Antragsteller, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes nach landesrechtlichen Vorschriften den Absolventen einer Ausbildung nach dem 520-Stunden-Programm gleichgestellt worden sind.

VI. Abschnitt

Schlußvorschriften

§ 14

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 15

Dieses Gesetz tritt mit Ausnahme des § 10 am 1. September 1989 in Kraft. § 10 tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt und wird im Bundesgesetzblatt verkündet.

Bonn, den 10. Juli 1989

Der Bundespräsident

Weizsäcker

Der Bundeskanzler

Helmut Kohl

Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Ursula Lehr

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung (Unterbringungsgesetz - UnterbrG)

In der Fassung der Bekanntmachung vom 5. April 1992 (GVBl. S. 60, BayRS 2128-1-I)

Anmerkung: Landesgesetz gilt nur für Bayern

Erster Abschnitt. Zulässigkeit und Zweck der Unterbringung

Art. 1 Voraussetzungen der Unterbringung

(1) [1]Wer psychisch krank oder infolge Geistesschwäche oder Sucht psychisch gestört ist und dadurch in erheblichem Maß die öffentliche Sicherheit oder Ordnung gefährdet, kann gegen oder ohne seinen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder sonst in geeigneter Weise untergebracht werden.[2]Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 ist die Unterbringung insbesondere auch dann zulässig, wenn jemand sein Leben oder in erheblichem Maß seine Gesundheit gefährdet.[3]Die Unterbringung darf nur angeordnet werden, wenn die Gefährdung nicht durch weniger einschneidende Mittel, insbesondere durch Hilfen nach Art. 3, abgewendet werden kann.

(2) [1]Die Unterbringung kann nur vollzogen werden, wenn keine Maßnahmen nach §§ 81, 126a der Strafprozeßordnung (StPO) oder nach §§ 63, 64 und 67a des Strafgesetzbuchs (StGB) getroffen sind.[2]Ist jemand auf Grund des Unterbringungsgesetzes untergebracht und werden Maßnahmen auf Grund der in Satz 1 genannten Bestimmungen getroffen, so ist die Unterbringungsanordnung nach diesem Gesetz außer Vollzug zu setzen, sie kann aufgehoben werden, wenn nach den Umständen nicht zu erwarten ist, daß die Unterbringungsanordnung später wieder vollzogen werden muß.

Art. 2 Unterbringungszweck

Zweck der Unterbringung ist, die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung zu beseitigen, zugleich ist der Untergebrachte nach Maßgabe des Gesetzes wegen seiner psychischen Erkrankung oder Störung zu behandeln, um ihm ein eigenverantwortliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Art. 3 Hilfen

(1) Um eine Unterbringung nach diesem Gesetz zu vermeiden oder so weit wie möglich zu verkürzen oder dem Betroffenen nach Beendigung der Unterbringung eine erforderliche Hilfestellung mit dem Ziel seiner gesundheitlichen Wiederherstellung und sozialer Eingliederung zu gewähren, sind die vorhandenen vorsorgenden, begleitenden und nachsorgenden Hilfen auszuschöpfen.

(2) Zur Erreichung des in Absatz 1 aufgezeigten Zwecks haben die Gesundheitsämter mit den Ärzten, den psychiatrischen Krankenhäusern, den Trägern der Sozial- und Jugendhilfe, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und allen anderen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfe gewähren, eng zusammenzuarbeiten.

(3) Die Hilfen ergeben sich insbesondere aus den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs.

Art. 4 Fürsorgegrundsatz

[1]Bei allen Maßnahmen auf Grund dieses Gesetzes ist auf den Zustand des Betroffenen besonders Rücksicht zu nehmen und sein Persönlichkeitsrecht zu wahren.[2]Maßnahmen haben zu unterbleiben, wenn zu befürchten ist, daß sie den Zustand des Betroffenen nachteilig beeinflussen, es sei denn, daß sie unumgänglich sind.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Zweiter Abschnitt. Allgemeine Verfahrensvorschriften

Art. 5 Antrag

Die Unterbringung wird auf Antrag der Kreisverwaltungsbehörde angeordnet.

Art. 6 Öffentliche Zuständigkeit der Kreisverwaltungsbehörde

(1) [1]Örtlich zuständig ist die Kreisverwaltungsbehörde, in deren Bezirk das Bedürfnis für die Unterbringung hervortritt. [2]Die Kreisverwaltungsbehörde teilt die getroffene Entscheidung der Kreisverwaltungsbehörde mit, in deren Bezirk der Betroffene seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Die Kreisverwaltungsbehörde hat das Verfahren an die Kreisverwaltungsbehörde abzugeben, in deren Bezirk sich der Sitz des für die Unterbringungsmaßnahme zuständigen Gerichts befindet.

Art. 7 Vorbereitendes Verfahren

(1) [1]Die Kreisverwaltungsbehörde führt die Ermittlungen von Amts wegen durch. [2]Ergeben sich gewichtige Anhaltspunkte für das Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 1 Abs. 1, so hat sie ein schriftliches Gutachten eines Arztes am Gesundheitsamt darüber einzuholen, ob die Unterbringung aus medizinischer Sicht geboten ist oder ob und durch welche Hilfen nach Art. 3 die Unterbringung vermieden werden kann. [3]Das nötigenfalls unter Beiziehung eines Arztes für Psychiatrie zu erstellende Gutachten muß auf den gegenwärtigen Gesundheitszustand des Betroffenen abstellen und auf einer höchstens 14 Tage zurückliegenden persönlichen Untersuchung des Betroffenen beruhen. [4]Zu diesem Zweck kann die Kreisverwaltungsbehörde den Betroffenen zu dem Arzt vorladen und, soweit erforderlich, durch die Polizei vorführen lassen; wird durch die Vorführung dem Betroffenen die Freiheit entzogen, hat die Kreisverwaltungsbehörde unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen; § 70 Abs. 5 Satz 1 und § 70m des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit gelten entsprechend. [5]Aus diesem Gutachten muß auch hervorgehen, ob der Betroffene offensichtlich nicht in der Lage ist, seinen Willen kundzutun und ob er von seiner persönlichen Anhörung erhebliche Nachteile für seine Gesundheit oder eine Gefährdung Dritter zu besorgen sind. [8]Das für den gewöhnlichen Aufenthalt des Betroffenen zuständige Gesundheitsamt soll gehört werden.

(2) [1]Der Betroffene ist verpflichtet, die Untersuchung nach Abs. 1 zu dulden. [2]Der Arzt kann, soweit es erforderlich ist und keine Nachteile für die Gesundheit des Betroffenen zu befürchten sind, auch ohne dessen Einwilligung Blutproben entnehmen und andere einfache diagnostische Eingriffe vornehmen.

(3) [1]Kommt die Kreisverwaltungsbehörde zu dem Ergebnis, daß die Voraussetzungen des Art. 1 Abs. 1 vorliegen, beantragt sie bei dem nach § 70 Abs. 5 Satz 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit zuständigen Gericht, die Unterbringung anzuordnen. [2]Dem Antrag, der zu begründen ist, sind die Ermittlungsergebnisse nach Absatz 1 beizufügen.

(4) Liegen nach Auffassung der Kreisverwaltungsbehörde die Voraussetzungen des Art. 1 Abs. 1 nicht vor, so teilt sie das dem Betroffenen mit, wenn eine Begutachtung nach Abs. 1 erfolgt ist, oder der Betroffene im Rahmen des Verfahrens schriftlich von der Einleitung Mitteilung erhalten hat.

(5) [1]Gegen eine Maßnahme zur Regelung einzelner Angelegenheiten im Rahmen der Vorbereitung der Unterbringung kann der Betroffene auch schon vor der gerichtlichen Anordnung der Unterbringung Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellen. [2]Über den Antrag entscheidet das nach § 70 Abs. 5 Satz 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit zuständige Gericht. [3]§ 701 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit ist entsprechend anzuwenden. [4]Der Verwaltungsrechtsweg ist ausgeschlossen.

Art. 8 Zuständigkeit zur Ausführung der Unterbringung

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

(1) Die Ausführung der vom Gericht angeordneten Unterbringung obliegt der Kreisverwaltungsbehörde.

(2) Die Kreisverwaltungsbehörde kann sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 der Mitwirkung der Polizei bedienen.

Dritter Abschnitt. Besondere Unterbringungsarten

Art. 9 Vorläufige Unterbringung

(1) Vor einer vorläufigen Unterbringungsmaßnahme nach § 70h Abs. 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit gibt das Gericht dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk der Betroffene seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, Gelegenheit zur Äußerung, sofern nicht Gefahr in Verzug ist, in diesem Fall ist dem Gesundheitsamt alsbald nach Anordnung der vorläufigen Unterbringungsmaßnahme Gelegenheit zur Äußerung zu geben.

(2) [1]Nach Ablauf der vom Gericht bestimmten Dauer der vorläufigen Unterbringung nach § 70h des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit ist der Betroffene vom Leiter der Einrichtung zu entlassen, sofern das Gericht nicht inzwischen die Unterbringung durch eine weitere einstweilige Anordnung verlängert oder nach §§ 70, 70f des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit angeordnet hat. [2]Die Möglichkeit einer Anordnung nach Art. 10 bleibt unberührt.

(3) [1]Ist die weitere Unterbringung des Betroffenen, dessen vorläufige Unterbringung nach § 70h des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit oder bei fehlendem Gutachten nach § 70c Abs. 2 in Verbindung mit § 68b Abs. 4 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit angeordnet wurde, nach Auffassung des Leiters der Einrichtung aus medizinischen Gründen nicht erforderlich, so kann er den Betroffenen entlassen. [2]Hiervon sind das Gericht, die Kreisverwaltungsbehörde sowie bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, derjenige, dem die Sorge für die Person obliegt, unverzüglich zu benachrichtigen.

Art. 10 Sofortige vorläufige Unterbringung

(1) [1]Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, daß die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach Art. 1 Abs. 1 vorliegen und kann auch eine gerichtliche Entscheidung nach § 70h oder nach § 70e Abs. 2 in Verbindung mit § 68b Abs. 4 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit nicht mehr rechtzeitig ergehen, um einen für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung drohenden Schaden zu verhindern, so kann die Kreisverwaltungsbehörde die sofortige vorläufige Unterbringung anordnen und nach Maßgabe des Art. 8 vollziehen. [2]Die Kreisverwaltungsbehörde hat das nach § 70 Abs. 5 Satz 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit zuständige Gericht unverzüglich, spätestens bis zwölf Uhr des auf das Ergreifen folgenden Tages, von der Einlieferung zu verständigen.

(2) [1]In unaufschiebbaren Fällen des Absatzes 1 kann die Polizei den Betroffenen ohne Anordnung der Kreisverwaltungsbehörde in eine Einrichtung im Sinn des Art. 1 Abs. 1 einliefern. [2]Die Polizei hat das nach § 70 Abs. 5 Satz 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit zuständige Gericht und die nach Art. 6 zuständige Kreisverwaltungsbehörde unverzüglich, spätestens bis zwölf Uhr des auf das Eingreifen folgenden Tages, von der Einlieferung zu verständigen. [3]Satz 1 gilt auch in den Fällen, in denen sich ein Betroffener entgegen der Entscheidung des Gerichts der Obhut der Einrichtung entzieht.

(3) [1]Bei einer Unterbringung nach Absatz 1 hat die Kreisverwaltungsbehörde der unterzubringenden Person die Gelegenheit zu geben, einen Angehörigen oder eine Person ihres Vertrauens zu benachrichtigen, sofern der Unterbringungszweck dadurch nicht gestört wird. [2]Die Kreisverwaltungsbehörde hat die Benachrichtigung selbst zu übernehmen, wenn die unterzubringende Person nicht in der Lage ist, von dem Recht nach Satz 1 Gebrauch zu machen und die Benachrichtigung ihrem mutmaßlichen Willen nicht widerspricht. [3]Ist die unterzubringende Person minderjährig, oder ist für sie ein Betreuer bestellt, so ist in jedem Fall unverzüglich derjenige zu benachrichtigen, dem die Sorge für die Person obliegt. [4]Die Pflicht nach den Sätzen 1 bis 3 gilt bei einer Einlieferung nach Absatz 2 für die Polizei entsprechend. [5]Eine Benachrichtigung nach den Sätzen 1 bis 3 solll

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

auch durch die Einrichtung, in der der Betroffene untergebracht wurde, erfolgen, sofern die Benachrichtigung durch die Kreisverwaltungsbehörde oder die Polizei unterblieben ist.

(4) [1]Befindet sich jemand in einer Einrichtung im Sinn des Art. 1 Abs. 1, ohne auf Grund dieses Gesetzes eingewiesen worden zu sein, so kann, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 vorliegen, aber eine Entscheidung der Kreisverwaltungsbehörde nicht mehr rechzeitig veranlaßt werden kann, der Betroffene gegen seinen Willen festgehalten werden. [2]Die Entscheidung trifft der Leiter der Einrichtung. [3]Er hat das nach § 70 Abs. 5 Satz 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit zuständige Gericht und die nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 zuständige Kreisverwaltungsbehörde unverzüglich, spätestens bis zwölf Uhr des auf den Beginn des Festhaltens folgenden Tages zu verständigen.

(5) [1]Der Leiter der Einrichtung hat in den Fällen der Absätze 1, 2 und 4 die sofortige Untersuchung des Betroffenen zu veranlassen. [2]Ergibt diese, daß die Voraussetzungen des Art. 1 Abs. 1 nicht vorliegen, so darf der Betroffene nicht gegen seinen Willen festgehalten werden, von der Entlassung sind das nach § 70 Abs. 5 Satz 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit zuständige Gericht und die nach Art. 6 zuständige Kreisverwaltungsbehörde unverzüglich zu verständigen.[3]Bestehen auf Grund der Untersuchung begründete Anhaltspunkte für das Vorliegen der Voraussetzungen nach Art. 1 Abs. 1, so teilt das der Leiter der Einrichtung dem nach § 70 Abs. 5 Satz 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit zuständigen Gerichts und der nach Art. 6 zuständigen Kreisverwaltungsbehörde spätestens bis 12 Uhr des Tages mit, der dem Beginn des zwangsweisen Aufenthalts des Betroffenen folgt; wurde die Anordnung nach Absatz 1 von einer anderen Kreisverwaltungsbehörde erlassen, so ist auch dieser Mitteilung zu machen. [4]Der Betroffene ist unverzüglich, spätestens am Tag nach dem Ergreifen oder dem Beginn des Festhaltens, dem Richter vorzustellen.

(6) [1]Ergeht bis zum Ablauf des auf das Ergreifen oder dem Beginn der Festhaltens des Betroffenen folgenden Tages keine Entscheidung des Gerichts, so ist der Betroffene zu entlassen. [2]Hiervon sind das Gericht und die Kreisverwaltungsbehörde sowie bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, derjenige, dem die Sorge für die Person obliegt, unverzüglich zu benachrichtigen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Strafgesetzbuch (StGB)

Vom 15. Mai 1871 (RGBl. S. 127) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S. 945, 1160) (BGBl. III 450-2)

§ 138 Nichtanzeige geplanter Straftaten

(1) Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung

1. einer Vorbereitung eines Angriffskrieges (§ 80)

2. eines Hochverrats in den Fällen der §§ 81 bis 83 Abs. 1,

3. eines Landesverrats oder einer Gefährdung der äußeren Sicherheit in den Fällen der §§ 94 bis 96, 97 a oder 100,

4. einer Geld- oder Wertpapierfälschung in den Fällen der §§ 146, 151, 152 oder einer Fälschung von Vordrucken für Euroschecks oder Euroscheckkarten in den Fällen des § 152a Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 oder 3.

5. eines schweren Menschenhandels in den Fällen des § 181 Abs. 1 Nr. 2 oder 3,

6. eines Mordes, Totschlags oder Völkermordes (§§ 211, 212 oder 220a),

7. einer Straftat gegen die persönliche Freiheit in den Fällen der §§ 234, 234a, 239a oder 239b,

8. eines Raubes oder einer räuberischen Erpressung (§§ 249 bis 251 oder 255) oder

9. einer gemeingefährlichen Straftat in den Fällen der §§ 305 bis 308, 310b Abs. 1 bis 3, des § 311 Abs. 1 bis 3, des § 311a Abs. 1 bis 3, der §§ 311b, 312, 313, 315 Abs. 3, des § 315b Abs. 3, der §§ 316a, 316c oder 319

zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterläßt, der Behörde oder dem Bedrohten rechtzeitig Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer von dem Vorhaben oder der Ausführung einer Straftat nach § 129a zu einer Zeit, zu der die Ausführung noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterläßt, der Behörde unverzüglich Anzeige zu erstatten.

(3) Wer die Anzeige leichtfertig unterläßt, obwohl er von dem Vorhaben oder der Ausführung der rechtswidrigen Tat glaubhaft erfahren hat, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 139 Straflosigkeit der Nichtanzeige geplanter Straftaten

(1) Ist in den Fällen des § 138 die Tat nicht versucht worden, so kann von Strafe abgesehen werden.

(2) Ein Geistlicher ist nicht verpflichtet anzuzeigen, was ihm in seiner Eigenschaft als Seelsorger anvertraut worden ist.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

(3) Wer eine Anzeige unterläßt, die er gegen einen Angehörigen erstatten müßte, ist straffrei, wenn er sich ernsthaft bemüht hat, ihn von der Tat abzuhalten oder den Erfolg abzuwenden, es sei denn, daß es sich um

1. einen Mord oder Totschlag (§§ 211 oder 212),

2. einen Völkermord in den Fällen des § 220a Abs. 1 Nr. 1 oder

3. einen erpresserischen Menschenraub (§239a Abs. 1)

eine Geiselnahme (§ 239b Abs. 1) oder

einen Angriff auf den Luftverkehr (§ 316c Abs. 1)

durch eine terroristische Vereinigung (§ 129a)

handelt. Unter denselben Voraussetzungen ist ein Rechtsanwalt, Verteidiger oder Arzt nicht verpflichtet anzuzeigen, was ihm in dieser Eigenschaft anvertraut worden ist.

(4) Straffrei ist, wer die Ausführung oder den Erfolg der Tat anders als durch Anzeige abwendet. Unterbleibt die Ausführung oder der Erfolg der Tat ohne Zutun des zur Anzeige Verpflichteten, so genügt zu seiner Straflosigkeit sein ernsthaftes Bemühen, den Erfolg abzuwenden.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Rechtliche Aspekte der Tätigkeit von Rettungssanitätern und Rettungsassistenten

Bei der Durchführung der verantwortungsvollen Tätigkeit im Rettungsdienst stehen nicht nur medizinische, sondern auch weitreichende rechtliche Überlegungen im Mittelpunkt der Handlungen.

Von besonderem Interesse für den Rettungssanitäter und Rettungsassistenten sind:

- zivilrechtliche Haftung und
- strafrechtliche Verantwortlichkeit

im Rahmen seiner selbständigen Arbeit am Notfallort.

Die zivilrechtliche Haftung

Die zivilrechtliche Haftung wird durch den § 823 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) geregelt: (sinngemäß) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstandenen Schadens verpflichtet. Nach dem BGB handelt vorsätzlich, wer um die schädigenden Folgen seines Handelns weiß und sie willentlich herbeiführt oder den als möglich erkannten Schaden bewußt in Kauf genommen hat.

Fahrlässig handelt, wer die bei der jeweiligen Tätigkeit übliche und erforderliche Sorgfalt außer acht läßt.

Weiterhin ist es wichtig, folgende Zusammenhänge zu erkennen.

§ 680 BGB. Dieser Paragraph schränkt die Haftung insofern ein, daß ein mit der Geschäftsführung Beauftragter zur Abwendung einer dem Geschäftsherren drohenden Gefahr, nur Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zu vertreten hat.

Im § 827 BGB wird festgelegt, daß jemand, der in einem Zustand von Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Geistesgestörtheit einen Schaden anrichtet, hierfür nicht haftet. Hat er diesen Zustand allerdings selbst zu verantworten, so haftet er verantwortlich, wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiele.

Die § 831 und § 832 BGB sind im Rettungsdienst ebenfalls interessant und wichtig.

Der § 831 beschäftigt sich mit der "Haftung für den Verrichtungsgehilfen". Hier wird festgelegt, daß jemand, der einen anderen zu einer Verrichtung anstellt, für dessen Schaden haftet, es sei denn, er weist nach, daß er bei der Auswahl und Anstellung die erforderliche Sorgfalt hat walten lassen. Weiterhin ist er nicht ersatzpflichtig, wenn der Schaden auch bei Anwendung der nötigen Sorgfaltspflicht nicht zu vermeiden gewesen wäre.

Der Rettungssanitäter und Rettungsassistent ist sowohl Verrichtungsgehilfe der einsetzenden Dienststelle, vertreten durch den Dienststellenleiter wie evtl. des am Notfallort anwesenden Notarztes.

Der § 832 BGB spricht dieselben Verpflichtungen und Auflagen demjenigen zu, der kraft Gesetzes die Aufsicht über eine minderjährige, körperlich oder geistig behinderte Person hat und diese nicht mit der nötigen Sorgfalt betreut. Schäden, die durch diese Person gegenüber einem Dritten angerichtet werden, müssen von der aufsichtsführenden Person erstattet werden.

Diese Problemstellung greift vor allem bei Krankentransport von Unmündigen (Kinder oder Geisteskranke), wenn Eltern oder Vormund nicht anzutreffen sind.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Die strafrechtliche Verantwortlichkeit

Die strafrechtliche Verantwortlichkeit wird im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt. Hier gibt es zahlreiche Rechtsnormen, die besonders den Arzt und seine Mitarbeiter betrefffen. Als erstes wäre hier die ärztliche Schweigepflicht und das Zeugnisverweigerungsrecht zu nennen.

Damit das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, welches für die Behandlung eine unabdingbare Voraussetzung ist, durch nichts gestört wird, ist es vom Gesetzgeber besonders geschützt. Durch den § 203 StGB wird mit Freiheits- und mit Geldstrafe oder einer dieser Strafen bestraft, wer ein fremdes Geheimnis unbefugt offenbart. Die Strafverfolgung tritt auf Antrag des Geschädigten ein. Der Schweigepflicht entspricht das Recht zur Zeugnisverweigerung im Strafverfahren, welches in der Strafprozeßordnung verankert ist (§§ 53, 53a StPO).

Von der Schweigepflicht kann nur in ganz wenigen, eng begrenzten Ausnahmefällen abgewichen werden:

- Wenn der Patient den Arzt meist schriftlich, im Ausnahmefall auch mündlich, von der Schweigepflicht entbindet.
- Soweit es zur Pflege und Behandlung des Patienten nötig ist, dürfen wesentliche Kenntnisse dem behandelnden Arzt oder dem mit der Pflege betrauten Personenkreis mitgeteilt werden.
- Wenn durch Offenbarung von Berufsgeheimnissen höherwertige Rechtsgüter geschützt werden (Anzeigepflicht 138 StGB).
- Wenn der zum Schweigen Verpflichtete eigene berechtigte Interessen wahrnehmen muß (Verteidigung im Strafverfahren).
- Eine weitere Ausnahme macht die Meldepflicht bei ansteckenden Krankheiten (Bundesseuchengesetz).

Der § 323c StGB verpflichtet jeden zur Hilfeleistung, soweit er aufgrund seiner Ausbildung und seiner körperlichen Leistungsfähigkeit dazu imstande ist. Der Gesetzestext lautet: "Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl es erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten und ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheits- oder Geldstrafe bestraft".

Durch den § 222 StGB stellt der Gesetzgeber die fahrlässige Tötung unter Strafe. Die §§ 223 StGB - 233 StGB befassen sich mit der Körperverletzung. Das Strafmaß, welches zwischen 3 und 10 Jahren Freiheitsstrafe liegen kann, richtet sich nach verschiedenen Kriterien. Der Grad des Verschuldens, das Ausmaß der Verletzung und die verwendeten Werkzeuge sind für die Straffestsetzung ausschlaggebend. Eine Körperverletzung ist allerdings nicht rechtswidrig, wenn sie mit dem Einverständnis des Verletzten vorgenommen wird und nicht gegen die guten Sitten verstößt.

Der § 239 StGB ist ebenfalls wichtig für den Rettungssanitäter und Assistent. Er behandelt die Freiheitsberaubung. Hier wird festgelegt, daß man keinen gegen seinen Willen des Gebrauchs der persönlichen Freiheit berauben darf (Strafmaß: Bis zu 5 Jahren Freiheitsentzug oder Geldstrafe). Dies betrifft vor allem die Einweisungen in geschlossene Anstalten. Es muß hierfür eine Verfügung gesetzlich befugter Dienststellen vorliegen (Gericht, Polizei oder Erziehungsberechtigter).

Patienten oder Verletzte dürfen durch das Rettungsdienstpersonal grundsätzlich nicht zur Mitfahrt gezwungen werden.

Strafrechtliche Verantwortung des Ersthelfers gegenüber der Allgemeinheit

Unabhängig von einer Ausbildung in medizinischer Erster Hilfe ist gemäß § 323c StGB jedermann verpflichtet, bei Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not Hilfe zu leisten, wenn dies erforderlich und ihm den Umständen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und die Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist. Wer gegen dieses Rechtsgut der Allgemeinheit verstößt, wird bestraft. Der Hilfebegriff des Strafrechts ist allgemeiner Natur. Er bezeichnet eine Tätigkeit, die der Intention nach auf Abwehr weiterer Schäden gerichtet ist.[11] Die medizinische Erste Hilfe durch Laien ist nur ein Teil der nach den Umständen des Einzelfalls erforderlichen und zumutbaren Hilfe.

"Unglücksfall" im Sinne der Vorschrift ist jedes plötzlich eintretende Ereignis, das erhebliche Gefahren insbesondere für Menschen hervorruft oder hervorzurufen droht, z.B. Unfälle, sich plötzlich verschlimmernde Erkrankungen, Suizidversuche[12] und Opfernotlagen infolge von Straftaten.[13] Der Umfang der Hilfspflicht wird durch die Erforderlichkeit und Zumutbarkeit der Hilfeleistung beschränkt. Es muß das zur zweckmäßigen Hilfe Erforderliche getan werden. Der Hilfeleistungspflicht wird nich dadurch genügt, daß zum Zwecke der Rettung irgendetwas unternommen wird. Vielmehr ist nach objektiven Maßstäben festzustellen, ob das als erforderlich Anzusehende im Rahmen des konkret Möglichen getan worden ist. Es ist die bestmögliche Hilfe auf wirksame Weise zu leisten.[14] Hierzu gehört auch die Prüfung der Frage, was zur Hilfe getan werden kann.[15] Kommt jemand an einem Verkehrsunfall vorbei, so ist von ihm als Mindestmaßnahme zu fordern, daß er sich vergewissert, ob Polizei und Rettungsdienst zu verständigen sind und bejahendenfalls daß er dies auch unternimmt. Ein Fernsprechteilnehmer darf hierzu die Benutzung seines Telefons nicht verweigern.[16] Ein Mißbrauch von Notrufen im Sinne von § 145 Abs. 1 StGB liegt niemals vor, wenn der Rettungsdienst in Hilfsabsicht und gutem Glauben verständigt wird und es sich nachträglich herausstellt, daß es sich um einen "Fehlalarm" handelt. Ist der Anwesende in der Leistung medizinischer Erster Hilfe ausgebildet und beherrscht er diese einfachen Erstmaßnahmen, so hat er nach Prüfung, ob sein entsprechendes Eingreifen vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes geboten ist, die erforderliche medizinische Erste Hilfe zu leisten,[17] sofern er hierzu körperlich in der Lage ist und Zugriff aud ggf. notwendiges Hilfsmaterial hat. Beherrscht er Weitergehendes, z.B. weil er Arzt, Rettungssanitäter oder -assistent ist, ist er verpflichtet, auch dieses Wissen einzusetzen, selbst wenn er außerdienstlich in räumliche Beziehung zum Unglücksfall gelangt.[18] Befinden sich bereits andere Personen am Unfallort, so ist jede von ihnen zur Hilfeleistung verpflichtet, solange die Untätigkeit der übrigen zutage tritt. Jeder der zur Rettung fähigen Anwesenden bleibt zur Hilfeleistung verpflichtet und wird erst dann von der Verpflichtung frei, wenn einer von ihnen die Hilfe der anderen überflüssig macht.[19] Für Fahrzeugführer gilt: Bei zwingender Notwendigkeit darf auch auf Autobahnen gehalten werden; hierzu genügt die Möglichkeit eines ernsten Unfalls, die die Nachkommenden zur Hilfeleistung verpflichtet.

Nach der Rechtsprechung stellt in einem solchen Fall jedoch die Verkehrssicherung das erste Gebot dar und geht einer Schadensbeseitigung vor. Der Fahrer muß sofort vom rechten Fahrstreifen weg beiseite fahren, und er ist zum sofortigen Einschalten der Warnblinkanlage sowie zum Aufstellen eines auffällig warnenden Zeichens in etwa 100 m Entfernung verpflichtet, wobei vorgeschriebene Sicherungsmittel wie Warndreiecke zu verwenden sind.[20] Ob der Vorgang der Verkehrssicherung auch im Falle der Rettung einer Person aus einem brennenden Fahrzeug Geltung beanspruchen kann, erscheint zumindest fraglich. Nicht erforderlich ist die Hilfe jedenfalls dann, wenn sich das Opfer ohne weiteres selbst helfen kann oder von anderer Seite bereits ausreichend Hilfe geleistet wird.[21]

Die Hilfeleistungspflicht wird weiterhin durch die Zumutbarkeit begrenzt. Unzumutbar wird weiterhin durch die Zumutbarkeit begrenzt. Unzumutbar ist die Hilfeleistung bereits nach dem Gesetz, wenn sich der Pflichtige dadurch einer erheblichen eigenen Gefahr aussetzen oder wenn er andere wichtige Pflichten verletzen würde. Es wird kein Heroismus verlangt, wohl aber die Inkaufnahme eines Zeitverlustes und je nach Lage des Einzelfalls eine im Verhältnis zum Schaden unbeachtliche Körpergefahr.[22] Der Helfer braucht sich jedoch nicht der konkret drohenden Gefahr eigener Verletzung oder Infektion auszusetzen.[23] Diese Einschränkung der Hilfeleistungspflicht ist jeweils in Relation sowohl zur Stellung des Helfers als auch zur konkret geforderten Hilfeleistung zu bewerten. Von einem Familienangehörigen, Polizei- oder Feuerwehrbeamten ist ein größeres Maß an Einsatz zu erwarten als von einem dem Patienten unbekannten Laienhelfer.[24] Insbesondere die geringe Gefahr eigener Infektion stellt sich nicht beim Anfordern des Rettungsdienstes und regelmäßig auch nicht beim Herstellen der stabilen Seitenlage, sondern allenfalls beim unmittelbaren Blutkontakt mit infizierter Körperflüssigkeit. Der Hilfspflichtige darf deshalb auch beim Hinzukommen zu einem Drogennotfall auf der Bahnhofstoilette nicht jegliche Hilfeleistung unter Berufung auf Unzumutbarkeit verweigern, sondern nur diejenige mit erheblichem Risiko für ihn selbst.[25] Zwischen der eigenen Gefährdung und der zu behebenden Gefahr muß ein angemessenes Verhältnis bestehen. Je größer die Gefahr für das Opfer ist, um so mehr kann dem Hilfspflichtigen an Einsatz und Opfer zugemutet werden,[26] Maßstab ist das allgemeine Sittlichkeitsempfinden.[27]

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Wer eine Garantenstellung innehat, wird im Falle der Kausalität seines Untätigbleibens für Tod oder (weiteren) Schaden des Patienten nicht lediglich wegen unterlassener Hilfeleistung nach § 323c StGB, sondern wegen Tötung oder Körperverletzung begangen durch Unterlassen bestraft. Dies gilt für unterlassene Hilfeleistungen u.a. durch enge Familienangehörige, Aufsichtspersonen, im Dienst befindliche Ärzte und Angehörige anderer Heilhilfsberufe sowie Betriebssanitäter ebenso wie für Polizei- und Feuerwehrbeamte sowie die Verursacher von Schadensereignissen.

Weigert sich der Gefährdete, die Hilfe anzunehmen, so entfällt die Hilfspflicht, soweit er über das bedrohte Rechtsgut verfügen kann. So kann z.B. der Unfallverletzte Hilfe zurückweisen, nicht jedoch der Eigentümer beim Brand seines Wohnhauses. Die Hilfeleistungspflicht entfällt des weiteren nicht, wenn sich der Gefährdete, der die Hilfeleistung ablehnt, in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand befindet[28] oder Suizid begehen will.

Strafrechtliche Verantwortung des Ersthelfers gegenüber dem Notfallpatienten

Entschließt sich der Hilfspflichtige zur Hilfeleistung - wie es das Gesetz von ihm verlangt -, hat er diese fehlerfrei zu erbringen. Begeht er bei der Hilfeleistung einen Fehler, der sich kausal für den Tod oder einen (weiteren) Körperschaden des Notfallpatienten auswirkt, kommt eine Bestrafung wegen fahrlässiger Körperverletzung oder gar Tötung in Betracht, §§ 222, 230 StGB. Hierin liegt zum Teil die Furcht des eingangs erwähnten Drittels der Bevölkerung begründet und erklärt die häufig anzutreffende Haltung, eher eine Bestrafung wegen unterlassener Hilfeleistung in Kauf zu nehmen, der man sich mit Glück unerkannt zu entziehen vermag, als sich der Herausforderung zu stellen und auf der Grundlage einer nur drei bzw. acht Doppelstunden umfassenden und meist Jahre zurückliegenden Ausbildung in einer Notsituation Maßnahmen zu ergreifen, die sich in 50% der Fälle als nicht hilfreich und nur in jedem 20. Fall als lebensrettend erweisen. Auf die Strafandrohung kann jedoch im Grunde nach nicht verzichtet werden, weil auch und gerade der Notfallpatient vor unsachgemäßer Hilfeleistung zu schützen ist. Die bloße Tatsache der Erste-Hilfe-Leistung allein führt nicht zur Verwirklichung des Tatbestandes der Körperverletzung, zumal die Erste Hilfe lediglich der Heilbehandlung dient, ohne selbst Heileingriff zu sein. Die Vorschriften sollen vor unüberlegter und mangelhafter Erster Hilfe schützen. Dies auch mit Grund: Nach einer Untersuchung von *Sefrin et al.* unterlaufen auch tatsächlich einem Drittel der Laienhelfer bereits Fehler bei der Lagerung und Blutstillung.[29] Bislang ist jedoch weder im Schrifttum noch in der veröffentlichten Rechtsprechung eine Kasuistik bekannt geworden, in der ein Laienhelfer aufgrund eines solchen Fehlers wegen fahrlässiger Körperverletzung oder gar Tötung bestraft wurde. Neben der Kausalität, die zwischen Fehler und Tod bzw. Körperschaden nachgewiesen werden muß, ist es der subjektive Fahrlässigkeitsbegriff des Strafrechts, der eine Strafverfolgung des Laienhelfers hindert. Fahrlässig im Sinne des Strafrechts handelt, wer die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach den Umstäden und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande ist, und dadurch den weiteren Schaden herbeigeführt hat. Die Umstände des konkreten Falles, insbesondere die Eilbedürftigkeit der Maßnahme und die äußeren Umstände sind ebenso zu berücksichtigen wie die persönlichen Fähigkeiten und Kenntnisse. Zu berücksichtigen sind insbesondere die Unvorhersehbarkeit und Plötzlichkeit des Ereignisses, die nicht abschließend überschaubare Situation, das Vorliegen einer gesetzlichen Hilfeleistungspflicht mit äußerem und innerem Erwartungsdruck sowie die regelmäßig schwierigen örtlichen Bedingungen. In einer solchen Situation kann einem Ersthelfer ein Fehler unterlaufen, der ihm unter normalen Umständen - sofern es für den Laienhelfer überhaupt vergleichbare normale Umstände gibt - nicht unterlaufen würde und der deshalb nicht schuldhaft erfolgt. Erweist sich der nach bester subjektiver Bemühung unternommene Rettungsversuch nachträglich als fehlerhaft und schädlich, so kann grundsätzlich kein rechtliches Unwerturteil ausgesprochen und der Laienhelfer nicht zur Verantwortung gezogen werden. Da die Rechtsordnung insbesondere erwartet, daß die letzte Rettungschance auch dann genutzt wird, wenn die Gefahr besteht, daß sich die Maßnahme als zwecklos oder gar schädlich erweist, kann sie, wenn sich diese Gefahr realisiert hat, das Verhalten nicht mißbilligen.[30]

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Organisation des Rettungsdienstes

Auszüge aus dem Bundesgerichtshof-Urteil zum Rettungsdienst (BGH, 22.11.1992, AZ III ZR 178/91)

1. Rettungsdienst und Notarztdienst sind in der Weise einander zugeordnet, daß der Notarztdienst einen notwendigen Bestandteil des Rettungsdienstes bildet.

2. Ein funktionsfähiges Rettungswesen ist ohne Mitwirkung von Notärzten, die den Notfallpatienten schon an Ort und Stelle medizinisch betreuen und ihn zur weiteren Versorgung in ein Krankenhaus begleiten können, nicht denkbar.

3. Der Notarztdienst ist dem Rettungsdienst funktionell so zugeordnet, daß er an dessen Qualifizierung als öffentlich-rechtliche Institution teilhat.

4. Die Aufgabe des Notarztdienstes ist es, einem Notfallpatienten unverzüglich medizinische Hilfe zukommen zu lassen. Die Notwendigkeit rascher Hilfeleistung setzt ein flächendeckendes rettungs- und notarztdienstliches System ständiger einsatzfähiger personeller und sächlicher Hilfsmittel voraus, die innerhalb des zu betreuenden Bereiches in möglichst geringer Entfernung von jedem denkbaren Einsatzort stationiert sind.

5. Die in Länderrichtlinien für die Standortwahl von Rettungswachen zu berücksichtigenden Hilfsfristen müssen auch bei der Verteilung von Notarztwagenstandorten Beachtung finden.

6. Die gesetzliche Verpflichtung einer Kassenärztlichen Vereinigung, die zum Einsatz mit Notarztwagen im Rahmen des Rettungsdienstes erforderlichen Notärzte zur Verfügung zu stellen, folgt aus dem in den §§ 72ff., SGB V festgelegten Sicherstellungsauftrag,

7. Ziel der Sicherstellung ist es, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine

a) bedarfsgerechte und

b) gleichmäßige ärztliche Versorgung

c) in zumutbarer Entfernung und

d) unter Berücksichtigung des jeweiligen Standards der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Verfügung zu stellen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Reanimationspflicht für Rettungsdienstpersonal

Bei mindestens acht von zehn Reanimationsversuchen im Rettungsdienst stehen Ärzte und Sanitäter vor dem Problem, wann sie einmal aufgenommene Wiederbelebungsbemühungen wegen Erfolglosigkeit einstellen dürfen. Oftmals stellt sich schon auf der Anfahrt die Frage, ob es sinnvoll erscheint, an einem erkennbar an Altersverfall Verstorbenen die Prozedur der Reanimationsmaßnahmen überhaupt einzuleiten. Nachdrücklich fordert die Öffentlichkeit als Reaktion auf negative Folgeerscheinungen der Intensivmedizin ein "menschenwürdiges Sterben". Im Spannungsfeld dieser von ethischen und religiösen Werten überlagerten Auseinandersetzung gewinnt die rechtliche Problematik an Bedeutung.

Verpflichtung zur Reanimation

Das Personal des Rettungsdienstes unterliegt einer dreifachen Verpflichtung, lebensrettende und -erhaltende Maßnahmen bei Notfallpatienten einzuleiten. Die Folgenschwerste ergibt sich für den (Rettungs-) Sanitäter aus dem allgemeinen strafrechtlichen Hilfeleistungsgebot des § 323c StGB (siehe Kapitel Unterlassene Hilfeleistung), nach dem Personen, gleich ob Laien oder RTW-Besatzung bei Unglücksfällen die erforderliche und ihnen mögliche Hilfe zu leisten haben. Für den Notarzt gilt eine verschärfte "Garantenpflicht" zur Hilfeleistung. Er wird wie sein Kollege des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes im Falle der Unterlassung von lebensrettenden Maßnahmen so zu bestrafen sein, als wenn er dem Patienten den durch sein Untätigbleiben entstehenden Zustand selbst zugefügt hat. Im schlimmsten Fall hat er den Tod des ihm anvertrauten Patienten als Garant zu vertreten, wenn sich nachweisen läßt, daß gerade das Unterbleiben der von ihm erwarteten ärztlichen Handlung für die Folgen kausal war. Seit der Einführung eines einheitlichen Berufsbildes für nichtärztliches Personal mit dem Rettungsassistenzgesetz - (RettAssG vom 1. September 1989) hat sich in diesem Bereich die rechtliche Situation geändert. Es ist demnach auch für Rettungsassistenten möglich, als Garant zu haften.

Entstehung der vertraglichen Handlungspflicht

Die öffentlich-rechtliche Verpflichtung zur Einleitung lebensrettender Maßnahmen ergibt sich aus der Aufgabenzuweisung in den landesrechtlichen Rettungsdienst- bzw. Feuerwehrgesetzen. Sowohl bei privaten als auch öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstanbietern kommt spätestens beim Abrücken der RTW/NAW-Besatzung zum Einsatzort ein zivilrechtlicher Erstversorgungs- und Beförderungsvertrag zustande (sog. Typenmischvertrag sui generis § 305 BGB). Neben der Beförderung werden von dem Personal entsprechend ihrer Aufgabenzuweisung die präklinischen Versorgungsmaßnahmen geschuldet.

Reanimationspflicht als Zwangslage

In der Praxis befindet man sich meist in einer grundsätzlichen Zwangslage. Wenn eine Reanimation überhaupt Erfolg haben kann, dann nur, wenn sie sofort und mit vollem Einsatz begonnen wird, weil im Grenzfall wenige Sekunden zwischen reversiblem Funktionsausfall und irreversiblem Hirnschaden entscheiden. Die Entscheidung zur Reanimation bedeutet demnach den Einsatz sämtlicher erforderlicher Reanimationsmedikamente (Adrenalin, gegebenenfalls Xylocain, Atropin oder Puffersubstanzen $NaHCO_3$), die Entscheidung zur elektrischen Defibrillation bei Kammerflimmern sowie die manuelle Herzkompression und Beatmung. Um trotz des meist langen therapiefreien Intervalls bis zum Eintreffen am Notfallort überhaupt Chancen auf einen erfolgreichen Ausgang zu haben, ist es für den Arzt zwingend und für das nichtärztliche Personal nach Fähigkeiten und Sachlage zu fordern, alle erforderlichen Maßnahmen einzuleiten. Es ist demnach eine klare Entscheidung "für" oder "gegen" die Durchführung der Wiederbelebung. Eine Alibireanimation, d.h. ohne Einsatz aller erfolgversprechenden Maßnahmen, verfehlt ihr Ziel.

Abbruch der Reanimation

Wann können oder sollen Reanimationsmaßnahmen als erfolglos abgebrochen werden? Dies sollte kein rein forensisches Problem sein, sondern auch eine Frage der prognostischen Einschätzung.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Die Verpflichtung zu lebensrettenden Maßnahmen erlischt mit dem Tode des Patienten. Der Mensch wird als Rechtssubjekt mit Ausnahme des § 168 StGB "Störung der Totenruhe" nur zu seinen Lebzeiten vom Strafgesetzbuch geschützt. Rettungsdienst- bzw. Feuerwehrgesetze und der kombinierte Beförderungsvertrag übernehmen mit der Hilfeleistungspflicht als staatliche Aufgabe bzw. schuldrechtliche Leistung auch die äußere Grenze des strafrechtlichen Individualschutzes. Medizin und Rechtswissenschaft halten seit einigen Jahren den Organtod des menschlichen Gehirns mit dem Erlöschen seiner Gesamtfunktion für den maßgeblichen Todeszeitpunkt. Spätestens mit dem Funktionsausfall des Gehirns besteht demnach keine Verpflichtung mehr, Reanimationsversuche aufzunehmen oder fortzuführen, weil sie infolge der Irreversibilität des Todes erfolglos wären.

Feststellung des Organtods des Gehirns

Problematisch ist die Bestimmung des Gehirntodes. Nach wie vor besteht im Rettungsdienst keine medizinisch-technische Möglichkeit, den Hirntod eines Patienten festzustellen. Die Ableitung eines Elektroenzephalogramms (EEG) oder die Karotisangiographie sind insbesondere im Rettungsdienst nicht durchführbar. Gleichwohl hat sich gerade das Verhalten des Rettungsdienstpersonals in Anbetracht der Unüberwindbarkeit des Herzstillstandes an der rechtlichen Grenze des Hirntods zu orientieren. Der Eintritt des Hirntodes muß daher aus dem EKG - unter Berücksichtigung der Ischämiezeit des Gehirns - geschätzt werden. Das menschliche Gehirn überlebt den Herzstillstand ohne künstliche Blutzirkulation durch Wiederbelebungsmaßnahmen nur um etwa drei bis fünf Minuten. Die Zeitspanne ist individuell verschieden und situationsbedingt. Maßgebliche Koeffizienten sind hierbei z.B. Umgebungstemperatur, Herzschädigungen oder die vorherige Aufnahme von Toxinen. Das Rettungsdienstpersonal darf seine Bemühungen nach angemessener Zeit (ca. 20 Minuten) demnach erst einstellen, wenn:

- die vorher unter Umständen weiten und starren Pupillen des Patienten nicht enger geworden sind (gilt nicht bei Intoxikationen)
- keine Spontanatmung einsetzt,
- eine effektive Kontraktion des Herzens trotz Stimulation des Myokards ausbleibt (EKG-Kontrolle.

Eine Wiederbelebung erübrigt sich, wenn bereits beim Eintreffen am Einsatzort sichere Todeszeichen vorliegen.

Hierzu zählen:

- Totenstarre
- Autolyse (=Abbau von Organeiweiß durch freigewordene Zellenzyme)
- schwerste Verletzungen, die mit dem Leben nicht vereinbar sind.

Kälte und Leichenflecken sind nicht als sichere Todeszeichen zu bewerten, da eine verminderte Durchblutung der Körperperipherie eine den Leichenflecken ähnliche Kältemarmorierung der Haut (Cutis marmorata) verursachen kann. Alle drei Voraussetzungen müssen hierbei kumulativ erfüllt sein. Bleiben während der Reanimation Ansätze zur Spontanatmung erhalten oder treten auf und bleiben die Pupillen eng und reagieren auf Licht, dann ist die Fortführung sogar über Stunden gerechtfertigt. Besonders lange Zeiten, bei denen von primären und sekundären erfolgreichen Wiederbelebungen ausgegangen werden kann, sind unklare Intoxikation und Ertrinkungsunfälle in winterlichen Gewässern. In letzterem Fall gilt der Grundsatz **"nobody is dead until he is warm and dead"**, d.h. die endgültige Todesfeststellung darf erst nach der Wiedererwärmung erfolgen. Hierbei erscheint die Durchbrechung des notfallmedizinischen Grundsatzes, die Stabilisierung der Vitalparameter am Notfallort durchzuführen angebracht und ein Transport unter Reanimation wäre evident von Nutzen.

Lebensverlängerung sinnlos?

In der strafrechtlichen Literatur wird überwiegend auch die Unterlassung der therapeutisch sinnlosen Lebensverlängerung des bewußtlosen Moribunden für zulässig gehalten, wenn ein ansprechbarer Patient in der Lage des Sterbenden vernünftigerweise die Fortsetzung der Behandlung ablehnen würde. Hier würde das

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Fehlen der mutmaßlichen Einwilligung in die Maßnahmen der Retter mit dem Behandlungsrecht auch die damit korrespondierende gesetzliche Pflicht entfallen lassen. Die Judikatur hat hierzu ein sog. Patiententestament entwickelt, das im wesentlichen fordert, bei infauster Prognose auf Wiederbelebungsmaßnahmen zu verzichten. Ließe sich mutmaßen, daß ein Unfallopfer mit großer Wahrscheinlichkeit nicht in Rettungsmaßnahmen einwilligte, entfiele demnach auch hier die Behandlungspflicht. Derartige Überlegungen haben jedoch im Rettungswesen keinen Raum, weil in der zur Verfügung stehenden Zeit die Situation des Patienten nicht abschließend gewürdigt werden kann. Die unterstellte Willensäußerung ließe sich nur von einem Arzt beurteilen, der den Moribunden schon längere Zeit betreut hat und über seine Persönlichkeit und Leidensgeschichte informiert ist.

Transport von Verstorbenen

Abschließend ergibt sich die Frage, ob nach einer erfolglosen Reanimation der Verstorbene in den Fahrzeugen des Rettungsdienstes transportiert werden darf. Grundsätzlich ist es untersagt, Leichen in Kranken-, Notarzt- oder Rettungswagen zu befördern. Lediglich in Berlin, Hessen und dem Saarland ist es aufgrund der landesrechtlichen Regelungen dem Rettungsdienst gestattet, im Freien oder auf der Straße Gestorbene vom Unfallort in eine Klinik zu transportieren.

Literatur:

Praxis Kurier 6 vom 10. Februar 1982

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Vergütung der im Notfalldienst erbrachten Leistungen

Urteil des Bundessozialgerichts vom 12.10.1994 - 6 RKa 29/93

Die in der Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst liegende Berufsausübungsregelung ist mit Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz vereinbar. Sie ist durch vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls geboten und beschränkt die Berufsfreiheit weder übermäßig noch unzumutbar. Das gilt auch in Ansehung der Tatsache, daß dem betroffenen Vertragsarzt für die angeordnete Dienstbereitschaft als solche keine Vergütung gewährt wird. Ein allgemeiner Rechtssatz des Inhalts, daß die Heranziehung zur Mithilfe bei der Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe schon an sich, ohne Rücksicht auf ihre Ausgestaltung im einzelnen, einen Anspruch auf Entschädigung oder Aufwendungsersatz auslöse, ist dem Grundgesetz nicht zu entnehmen (BVerfGE 30, 292, 311). Im Hinblick darauf, daß dem Notfallarzt die im Rahmen des Bereitschaftsdienstes erbrachten ärztlichen Leistungen uneingeschränkt vergütet werden, braucht eine darüber hinausgehende Entschädigung nicht vorgesehen zu werden.

Arztrecht 11/199

Notfallbehandlung = Kassenleistung

Würden notärztliche Rettungsdienstleistungen aus der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgegrenzt, hätte das zur Folge, daß die Honorierung der ärztlichen Behandlung den in der GKV geltenden Vergütungsregelungen entzogen wäre. (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 23. Juni 1995, Az.: BVerwG 8 C 14.93).

Beitragsfreie Versicherung von Nothelfern

Es ist geboten, darüber zu informieren, daß Menschen, die anderen bei Unglücksfällen oder Überfällen helfen oder auch nur helfen wollen, nicht nur ggf. Ansprüche nach dem umstrittenen Opferentschädigungsgesetz geltend machen sollten, sondern vor allem nach § 539 Abs. 1 Ziffer 9a der guten alten Reichsversicherungsordnung (RVO) beim zuständigen Unfallversicherungsträger. In der Regel ist dies die gemeindliche oder staatliche Unfallversicherung. Informationen erteilt das städtische Versorgungsamt. Die gesetzliche Unfallversicherung, bei der jeder Nothelfer kraft Gesetzes beitragsfrei versichert ist, gewährt zwar weder Schmerzensgeld noch Ersatz für beschädigte Kleidung, aber, was ja wohl viel wichtiger ist: Verletztengeld, Berufshilfe, Heilbehandlung und bei Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 Prozent auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine mitunter lebenslange Unfallrente. Stirbt der Helfer oder Retter an seinen Verletzungsfolgen, wird Witwen- und Waisenrente gewährt.

Transportverweigerung durch Sanitäter

Ein Rettungssanitäter hat grundsätzlich nicht mit einem Arzt über die Notwendigkeit eines Krankentransportes, den dieser angefordert hat, zu diskutieren. Das entschied das Landesarbeitsgericht in einem Grundsatzurteil.

Der Sanitäter hatte Ende Juli 1982 nach 17 Uhr bei einem Mayener Arzt nachgefragt, ob der Transport eines fiebrig erkrankten Patienten zur Praxis des Arztes tatsächlich erforderlich sei. Dabei kam es zwischen Arzt und Sanitäter zu einem heftigen Wortwechsel. Aufgrund dessen entließ das DRK den eigentlich unkündbaren Sanitäter fristlos. Das Gericht hob die Kündigung allerdings wieder auf, weil der Verstoß angesichts der Umstände nicht so schwerwiegend sei. (Az: 5 Sa 1091/82)

Notfalldienst: Anonyme Anrufer

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Frage: Im Rahmen des Wochenend-Bereitschaftsdienstes erlebt man es immer wieder, daß Patienten mit dem ausdrücklichen Wunsch nach nur telefonischer Beratung anrufen und sich - auch nach bereits erbrachter Leistung - weigern, ihre Personalien anzugeben, weil sie die Beratung quasi als Serviceleistung des Arztes ansehen. Das Thema der Anfragen bezieht sich regelmäßig auf ernst zu nehmende medizinische Fragen bzw. Verletzungen. Wie soll sich der Arzt in diesen Fällen verhalten, und wie sieht es insbesondere aus im Hinblick auf die Haftung bezüglich eventueller Schadensersatzforderungen bei angeblichen ärztlichen Versäumnissen?

Antwort: 1. Es ist unerläßlich, auch im Rahmen des Wochenend-Bereitschaftsdienstes, die **Personalien und die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse** beim Patienten zu erfragen, da nur so die Möglichkeit der Abrechnung ausgeführter Beratungs- und sonstiger Leistungen unter Rückgriff auf einen Notfallschein gegeben ist bzw. eine privatärztliche Rechnung gestellt werden kann. Bereits bei telefonischer Beratung liegt ein Vertrag vor, der ggf. Schadensersatzforderungen auslöst.

2. Eine Verpflichtung zum Schadensersatz besteht nur, wenn als ursächliche Folge eines rechtswidrigen Verhaltens eines Arztes ein Schaden eingetreten ist und der Arzt schuldhaft gehandelt hat, d.h. wenn er die im Verkehr erforderliche Sorgfalt (§ 276 BGB) außer acht läßt.

Zur ärztlichen Sorgfaltspflicht gehört, daß der Arzt, insbesondere bei "ernst zu nehmenden medizinischen Problemen" und wenn er den Patienten nicht kennt, den Kranken **persönlich** untersucht, um die erforderlichen ärztlichen Maßnahmen anordnen zu können. Telefonisch kann in solchen Fällen nur eine vorläufige "Erste Hilfe" angeordnet werden, die lege artis sein muß. Der Anrufer sollte darauf ausdrücklich hingewiesen werden. Sofern dem Arzt dann keine Gelegenheit zur persönlichen Untersuchung gegeben wird, kann ihm **keine** Sorgfaltspflichtverletzung vorgeworfen werden, und somit können auch keine Schadensersatzansprüche geltend gemacht werden.

3. Soweit der Anrufer nicht bereit ist, seine Personalien anzugeben, sollte der Arzt eine telefonische Bera- tung ablehnen. Dabei ist jedoch zu beachten, daß der Arzt verpflichtet ist, in Notfällen zu helfen. Ob es sich um einen Notfall handelt, muß vom Arzt im Einzelfall beurteilt werden.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Alarmierung der Polizei

Unproblematisch sind in der Praxis diejenigen Fälle, in denen die Polizei aufgrund eigener Alarmierung an die Notfallstelle gerufen wird oder beim Eintreffen des Notarztes bereits am Notfallort anwesend ist. Ebenfalls keine Probleme ergeben sich, sofern ein Notfallpatient, gegebenenfalls dessen Angehörige, die Zuziehung der Polizei ausdrücklich wünschen. Denkbar sind diese Konstellationen vor allem bei Verkehrsunfällen, bei denen polizeiliche Ermittlungen zur Schadensregulierung erforderlich sind. Unproblematisch ist auch die Zuziehung der Polizei durch den Notarzt, sofern er persönlich polizeilichen Schutz zur Ausübung seiner Tätigkeit benötigt. In diesen Fällen kann auch die Rettungsleitstelle die Polizei um ihr Eingreifen bitten.

Abgesehen von den unproblematischen Fällen gilt für den Notarzt folgendes: Als Arzt unterliegt er mit seiner Tätigkeit der ärztlichen Schweigepflicht (2). Über alles, was ihm im Zusammennhang mit der Behandlung des Notfallpatienten bekannt geworden oder anvertraut worden ist, hat er zu schweigen. Ausgenommen sind nur die Fälle einer gesetzlichen Offenbarungspflicht, wie zum Beispiel bei den §§ 138, 139 StGB (Anzeige geplanter Straftaten). Entdeckt der Notarzt bei der Behandlung des Notfallpatienten, daß dieser eine strafbare Handlung begangen oder zu begehen versucht hat oder ihr Opfer geworden ist, so darf er diese Tatsache, die ihm in seiner Eigenschaft als Arzt bekannt geworden oder anvertraut worden ist, nicht ohne Einwilligung des Patienten offenbaren, will er sich nicht der Schweigepflichtverletzung strafbar machen. Diese Situation kann vor allem bei häuslichen Unfällen, internistischen Notfällen und Vergiftungen vorliegen.

Willigt der Patient in diesem Fall in die Zuziehung der Polizeibehörden ein, so darf der Notarzt die Polizei informieren, je nach den Umständen des Falles auch an die Notfallstelle rufen.

In Fällen, wo der Notfallpatient das Opfer einer Straftat geworden ist oder sein könnte, kann der Notarzt auch unter dem Gesichtspunkt der mutmaßlichen Einwilligung berechtigt sein, im Interesse des Notfallpatienten die Polizei hinzuziehen. Hat der Notfallpatient strafbare Handlungen begangen, so kann der Notarzt auch unter Bruch der Verschwiegenheitspflicht die Polizei informieren, sofern er eine Abwägung der jeweils betroffenen Rechtsgüter vorgenommen hat und sich aufgrund dieser Abwägung der Rechtsgüter für das höherwertige Rechtsgut entscheidet und die Verschwiegenheitspflicht bricht. Er handelt in diesem Fall in gerechtfertigtem Notstand (§ 34 StGB) (3).

Eine Pflicht zur Benachrichtigung und Beiziehung der Polizei besteht dann, wenn der Notarzt bei einem Notfallpatienten Anzeichen für einen nichtnatürlichen Tod feststellt (§ 22 Abs. 3 b.w. Bestattungsgesetz) oder ob es sich um die Leiche eines Unbekannten handelt.

Das Personal der Rettungsleitstellen unterliegt ebenfalls der Schweigepflicht, allerdings einer von der des Notarztes abgeleiteten (4).

Hieraus folgt für das Leitstellenpersonal, einerlei, ob es sich je nach Organisation der Rettungsleitstelle um Mitarbeiter der Hilfsorganisationen oder um Angestellte im öffentlichen Dienst handelt, daß es selbständig die Polizei nicht einschalten darf. Zulässig ist die Einschaltung nur, wenn der Notfallpatient dies ausdrücklich wünscht oder Anhaltspunkte für eine mutmaßliche Einwilligung vorliegen. Dies zu entscheiden wird für das Leitstellenpersonal im Regelfall nicht möglich sein. Wird der Notarzt von seiner Schweigepflicht entbunden, so darf auch das Personal der Rettungsleitstelle ein Geheimnis offenbaren, von welchem es erfahren hat, und gegebenenfalls die Polizeibehörden benachrichtigen. In den Fällen des § 138 StGB hat die Rettungsleitstelle im Rahmen der Anzeigepflicht die Polizei einzuschalten.

In seltenen Fällen kann das Leitstellenpersonal, welches aufgrund einer Güterabwägung zugunsten eines höherrangigen Rechtsgutes die Schweigepflicht verletzt, gerechtfertigt handeln (§ 34 AtGB).

Literatur:

1. Gorgaß, B., F. W. Ahnefeld: Der Rettungssanitäter, 1980 S. 216

2. Vgl. hierzu Lippert, H.-D.: Schweigepflicht und Datenschutz im Rettungswesen, Notfallmedizin 7 (1981), 738.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Ders. Die Schweigepflicht des Krankenhausarztes gegenüber Polizeibehörden. Notfallmedizin 7 (1981), 1207 jeweils m.w.N.

3. Lippert, H.-D.: (o. Anm. 2) S. 1208 m.w.N.

4. Lippert, H.-D.: (o. Anm. 2) S. 739 m.w.N.

Notfalleinweisung psychisch Kranker

Verwahrung in Bayern

Bei der Notfalleinweisung eines psychisch Kranken zur stationären Aufnahme in eine Anstalt wegen Selbst- oder Gemeingefährlichkeit gelten Art. 1 u. 10 des Bay Unterbringungsgesetzes vom 5.4.1992.

Voraussetzung ist das Vorliegen von Geisteskrankheit bzw. Geistesschwäche im urkundigen Sinne oder von Rauschgift- oder Alkoholsucht bei gleichzeitiger Selbst- oder Gemeingefährlichkeit.

Geistesschwäche besagt dabei lediglich eine leichtere Form der psychischen Störung, die noch in einzelnen Bereichen eine Selbstverfügung des Patienten ermöglicht. Die Bezeichnung ist also nicht etwa identisch mit einer Herabsetzung der intellektuellen Fähigkeiten des Patienten. Bei einem Zeugnis nach Artikel 1 dürfte also die Bezeichnung "Geisteskrankheit" gegenüber "Geistesschwäche" vorzuziehen sein. Das gleichzeitige Vorliegen von Selbst- bzw. Gemeingefährlichkeit ist nur zu bejahen, wenn eine Gefährdung von Leib oder Leben oder Eigentum des Patienten selbst oder einer anderen Person zu befürchten ist. Diese unmittelbar drohende Gefahr muß in dem Zeugnis konkret und für den Polizeibeamten verständlich nachgewiesen werden. Es ist daher notwendig, in dem Zeugnis u.a. anzugeben, wodurch der Patient sich oder andere tatsächlich gefährdet (z.B. weil er droht, sich aus dem Fenster zu stürzen oder weil er auf seine Frau mit dem Messer losgeht). Die volle Ermessensentscheidung und Verantwortung für die Soforteinlieferung gemäß Art. 10 des Bayer. Unterbringungsgesetzes liegt nämlich beim Polizeibeamten. Der Arzt, der also immer die Funkstreife oder - meist erfolgreicher - das zuständige Polizeirevier einschalten muß, hat bei diesem Modus dem Polizeibeamten gegenüber lediglich die Funktion des sachverständigen Zeugen. Die Einlieferung kann in die geschlossene Abteilung einer Nervenklinik oder eines Nervenkrankenhauses, aber auch in eine sonstige zur Aufnahme geeignete Krankenanstalt vorgenommen werden.

Kann Selbst- oder Gemeingefährlichkeit nicht nachgewiesen werden, so bleibt für eine Eileinweisung nur die Möglichkeit, den Patienten entweder zu einer Zustimmungserklärung zur Einweisung in eine geschlossene Krankenanstalt zu bewegen oder aber auf dem Boden einer vorläufigen Vormundschaft eine Rechtsgrundlage für die Eileinweisung zu schaffen. Über das Vormundschaftsgericht ist selbstverständlich die Soforteinweisung nicht möglich. Hier muß ein Entmündigungsantrag gestellt werden. Antragsberechtigt sind der Ehepartner bzw. Verwandte unter Beibringung eines entsprechenden ärztlichen Zeugnisses. Dies muß bei einer Eilmaßnahme zur Abwicklung des gesamten Entmündigungsverfahrens den Hinweis auf eine dringende Gefahr enthalten, damit eine vorläufige Vormundschaft errichtet werden kann. Bei Vorliegen von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche - nicht aber bei Suchtkrankheiten - ist außerdem der Staatsanwalt antragsberechtigt. Das entsprechende Zeugnis muß dann an das zuständige Amtsgericht gerichtet werden, verbunden mit der Anregung, die nötigen Maßnahmen für die klinische Eileinweisung unter Zwang einzuleiten.

Im Falle der Abwicklung über das Vormundschaftsgericht wie auch beim Nichteinschreiten der Polizei nach Art. 10 II des Bay Unterbringungsgesetzes empfiehlt es sich, möglichst gleichzeitig die nervenärztliche Beratungsstelle der Gesundheitsbehörde zu informieren, damit weiteres veranlaßt werden kann.

Grundsätzlich ist aber festzustellen, daß ein Polizeibeamter die Einlieferung gem. Art. 10 II dann nicht verweigern kann, wenn das ärztliche Zeugnis am Vorliegen von Selbst- oder Gemeingefährlichkeit keinen Zweifel läßt.

War der Patient zu einer Zustimmungserklärung zur Einweisung in eine geschlossene Krankenanstalt zu bewegen - wozu er nicht voll geschäftsfähig sein muß - so sind keine weiteren Formalitäten zu berücksichtigen als bei einer allgemeinen Krankenhauseinweisung. Selbstverständlich muß das ärztliche Einweisungszeugnis aber auch dann die medizinische Indikation für eine Aufnahme enthalten.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Urteil: Schmerzensgeld für leichtfertige Diagnose

Hat ein Nervenarzt in einem Attest leichtfertig eine falsche Diagnose gestellt und die Unterbringung des Patienten in einer psychiatrischen Klinik empfohlen, muß er Schmerzensgeld zahlen. Selbst wenn die Unterbringung nicht erfolgt sei, handle es sich um einen Eingriff in die Persönlichkeitssphäre des Betroffenen, entschied der Bundesgerichtshof. Damit gab das Karlsruher Gericht der Klage eines Angestellten gegen eine Nervenärztin statt. Das Oberlandesgericht Düsseldorf hatte eine Geldentschädigung des Klägers abgewiesen, da eine Fehldiagnose kein besonders schwerer Eingriff in die Privatsphäre sei. Der Bundesgerichtshof verwies den Fall zurück zur Sachaufklärung an das Berufungsgericht. Es muß prüfen, ob die Ärztin die falsche Diagnose leichtfertig gestellt hat (VI ZR 293/88 vom 11. April 1989)

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Private Rettungsdienste

Krankentransport-Bestellung durch Krankenhaus

Ein (öffentlicher) Krankenhausträger darf einen im Bereich seiner Krankenhäuser anfallenden Krankentransportauftrag dann nicht an die örtliche Rettungsstelle weiterleiten, wenn der Patient ausdrücklich seinen Transport durch ein bestimmtes privates Krankentransportunternehmen wünscht (amtlicher Leitsatz).

BGH, Urt. v. 21.2.1989 - KZR 7/88 - (Vorinstanzen: OLG München, Urt. v. 17.12.1987; LG München I)

Tatbestand:

Die Kläger betreiben seit 1985 in München ein privates Krankentransportunternehmen; sie stehen im Wettbewerb mit den gemeinnützigen Hilfsorganisationen (z.B. Bayerisches Rotes Kreuz, Malteser-Hilfsdienst, Johanniter-Unfall-Hilfe, Arbeiter-Samariter-Bund), die nach dem Bayerischen Rettungsdienstgesetz vom 11. Januar 1974 (GVBl. S. 1, zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Dezember 1987, GVBl. S. 494) tätig werden. Nach diesem Gesetz ist der Rettungsdienst (Krankentransport und Notfallrettung) Aufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte im übertragenen Wirkungskreis (Art. 2 Abs. 1 RDG). Die Kreise und Städte, die zu einem Rettungsdienstbereich gehören, schließen sich zu einem Rettungszweckverband zusammen, in dem eine Rettungsleitstelle eingerichtet wird (Art. 2 Abs. 2 und 3, Art. 4 RDG). Der Rettungszweckverband überträgt seinerseits die Durchführung des Rettungsdienstes den gemeinnützigen Hilfsorganisationen (Art. 3 Abs. 1 RDG); diese schließen mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Berufsgenossenschaften Vereinbarungen über die Benutzungsentgelte (Art. 10 Abs. 1 RDG).

Die Aufträge für Krankentransporte erreichen die Kläger ebenso wie die Rettungsleitstelle vor allem über Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte, die die Transportaufträge hinsichtlich der einzelnen Patienten lediglich vermitteln; ausnahmsweise kann auch einmal eine Beauftragung durch das Krankenhaus selbst in Frage kommen.

Die Kläger hatten zunächst Aufträge auch von den Münchner Krankenhäusern erhalten, deren Träger der beklagte Freistaat ist. Im Februar 1986 wurden jedoch die betreffenden Kliniken auf dem Dienstweg angewiesen, sämtliche Krankentransporte über die Rettungsleitstelle abzuwickeln, insbesondere private Krankentransportunternehmen nicht zu beauftragen. Mit dieser Anweisung sollte eine entsprechende Maßnahme der Stadt und des Landkreises München unterstützt werden, die ebenfalls die von ihnen getragenen Krankenhäuser aufgefordert hatten, alle Aufträge an die Rettungsleitstelle weiterzuleiten.

Mit der Klage haben die Kläger Unterlassung der Anweisung sowie Feststellung der Schadensersatzpflicht des Beklagten verlangt. Das Landgericht hat der Klage stattgegeben. In der Berufungsinstanz haben die Kläger (nebst einem zweiten Hilfsantrag) hilfsweise die Verurteilung des Beklagten begehrt, es zu unterlassen, private Krankentransportunternehmen auch dann nicht anzufordern, wenn ein Patient dies ausdrücklich von sich aus wünscht. Hierzu hatte sich der Beklagte nur hinschtlich der privat- oder der gar nicht versicherten Patienten bereitgefunden, während es hinsichtlich der gesetzlich versicherten Patienten (über 90%) bei der Dienstanweisung blieb. Das Berufungsgericht hat das Urteil des Landgerichts aufgehoben und die Klage abgewiesen; es hat sich dabei auf die beiden Krankentransportentscheidungen des Senats vom 26. Mai 1987 (BGHZ 101, 72 sowie KZR 9/86) gestützt.

Die Kläger nehmen dieses Urteil im wesentlichen hin. Sie wenden sich mit ihren Revisionsanträgen lediglich gegen die Abweisung des angeführten Hilfsantrages. Der Beklagte beantragt die Zurückweisung der Revision.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Entscheidungsgründe:

I. 1. Das Berufungsgericht hat auch den Hilfsantrag der Kläger, der allein noch Gegenstand des Revisionsverfahrens ist, für unbegründet erachtet und dabei im wesentlichen auf seine Ausführungen zur Abweisung des Hauptantrages in Anlehnung an die Senatsentscheidungen vom 26. Mai 1987 (KZR 13/85, BGHZ 101, 72 sowie KZR 9/86) Bezug genommen. Der Wille des Patienten - so hat das Berufungsgericht darüber hinaus ausgeführt - müsse aus den genannten Gründen, insbesondere gegenüber dem überragenden Interesse an einem insgesamt effizienten, flächendeckenden Rettungsdienst, zurücktreten. Im übrigen sei - vor allem unter dem Gesichtspunkt des § 1 UWG - für eine gegen die Kläger gerichtete Behinderung nichts Konkretes vorgetragen. Die Einschaltung der Rettungsleitstelle und der dieser angeschlossenen Organisationen, die die traditionellen Träger des Rettungsdienstes seien, sei vielmehr sachgerecht. Für einen wettbewerbswidrigen Mißbrauch, insbesondere auch durch Ausnutzung der Machtstellung der öffentlichen Hand, sei nichts erkennbar.

2. Die gegen diese Beurteilung des Berufungsgerichts gerichteten Angriffe der Revision haben Erfolg. Sie führen im Umfang des im Revisionsverfahren weiterverfolgten Hilfsantrages zur Aufhebung des Berufungs urteils und zur Verurteilung des Beklagten.

II. Nach den vom Berufungsgericht getroffenen Feststellungen und nach dem unstreitigen Parteivorbringen ist das Unterlassungsbegehren der Kläger bereits nach § 1 UWG begründet. Es ist daher unerheblich, ob - wie vom Berufungsgericht nur unterstellt - der Beklagte im vorliegenden Zusammenhang als Normadressat im Sinne des § 26 Abs. 2 GWB anzusehen ist und ob sich der Anspruch auch aus § 26 Abs. 2 GWB herleiten läßt, zumal insoweit die gleichen Beurteilungskriterien maßgebend sind (vgl. BGHZ 96, 337, 346 - Abwehrblatt II).

Ein dem Beklagten zuzurechnendes Verhalten des Klinikpersonals der unter seiner Trägerschaft stehenden Krankenhäuser, private Krankentransportunternehmen auch dann nicht anzufordern wenn ein Patient dies ausdrücklich von sich aus wünscht, verstößt als individuell gezielte Behinderung bestimmter Wettbewerber gegen § 1 UWG.

1. Der Hilfsantrag betrifft ein Handeln im geschäftlichen Verkehr, da er auf Unterlassung eines durch die Dienstanweisung des Beklagten veranlaßten und ihm deshalb zuzurechnenden, nach außen wirkenden Verhaltens seiner Bediensteten gerichtet ist, das der Förderung der Geschäftstätigkeit der an die Rettungsleitstelle angeschlossenen Krankentransportunternehmen dient (vgl. BGHZ 101, 72, 75f - Krankentransporte I).

Dabei geht es um ein Handeln zu Zwecken des Wettbewerbs. Nach ständiger Rechtsprechung liegt ein Handeln zu Zwecken des Wettbewerbs dann vor, wenn ein Verhalten objektiv geeignet ist, den Absatz oder Bezug einer Person zum Nachteil einer anderen zu begünstigen, und der Handelnde dabei subjektv in der Absicht tätig ist, eigenen oder fremden Wettbewerb zum Nachteil eines anderen zu fördern, sofern diese Absicht nicht völlig hinter anderen Beweggründen zurücktritt (vgl. BGH GRUR 1988, 38, 39 - Leichenaufbewahrung; GRUR 1986, 898, 899 - Frank der Tat; v. Gamm, Wettbewerbsrecht, 5. Aufl., Erster Halbband, Kap. 17 Rdn. 41, jeweils m.w.N.). Die gemeinnützigen Hilfsorganisationen stehen mit dem Unternehmen der Kläger im Wettbewerb. Das in Rede stehende Verhalten des Klinikpersonals des Beklagten ist objektiv geeignet, den Absatz der Transportleistungen dieser Wettbewerber zum Nachteil der Kläger zu fördern und erfolgt auch in entsprechender Absicht des Beklagten. Der Beklagte hat selbst diesen Gesichtspunkt als maßgebliches Motiv seines Verhaltens herausgestellt. Daß der beklagte Freistaat selbst nicht in einem konkreten Wettbewerbsverhältnis zu den Wettbewerbern steht, ist bei einem auf die Förderung fremden Wettbewerbs gerichteten Verhalten unerheblich; ausreichend ist das Wettbewerbsverhältnis zwischen dem geförderten und dem benachteiligten Unternehmen (vgl. BGH a.a.O. - Frank der Tat; v. Gamm, a.a.O. Rdn. 41 m.w.N.).

2. Hinsichtlich der im Revisionsverfahren allein noch interessierenden Fälle, in denen der Patient die Beauftragung eines privaten Krankentransportunternehmens ausdrücklich wünscht, liegt eine gezielte individuelle Behinderung dieses Unternehmens vor, wenn sich der Beklagte über den ausdrücklich geäußerten Willen des Patienten in Ausnutzung von dessen besonderer Situation hinwegsetzt und den Beförderungsauftrag weisungswidrig an ein der Rettungsleitstelle angeschlossenes Konkurrenzunternehmen umleitet.

Der im vorliegenden Fall zu beurteilende Gegenstand des Hilfsantrages ist nicht vergleichbar mit der

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Fallgestaltung der beiden vorausgegangenen Krankentransportentscheidungen des Senats (BGH, Urt. v. 26.5.1987 - KZR 13/85, VGHZ 101, 72 und Urt. v. 26.5.1987 - KZR 9/86). Dort war davon auszugehen, daß die Patienten dem Krankenhaus - wie es die Regel ist - die Auswahl des Krankentransportunternehmens überlassen hatten. Stellte der Patient die Entscheidung in das Ermessen des Krankenhauses und leitet dieses den Auftrag dann weiter an die Rettungsleitstelle, so ist dagegen aus dem Blickwinkel des § 1 UWG nichts einzuwenden (BGHZ 101, 72, 76f).

Anders hingegen die rechtliche Beurteilung, wenn bereits der Patient die Nachfrageentscheidung zugunsten eines bestimmten privaten Krankentransportunternehmens getroffen hat. In einem solchen Fall ist das Klinikpersonal - wenn es sich zur Weiterleitung des entsprechenden Auftrags bereit erklärt hat - grundsätzlich an die Weisung des Patienten gebunden (vgl. § 665 BGB), so daß für ein Ermessen seitens des Krankenhauses bzw. seines Trägers insoweit kein Raum mehr ist.

Die Auswahl des Krankentransportunternehmens ist - von den wenigen Fällen abgesehen, in denen Auftraggeber das Krankenhaus ist - an sich Sache des Patienten. Dies liegt für die privatversicherten und nicht versicherten Patienten auf der Hand, denn sie schließen jeweils mit den Leistungserbringern selbst einen Vertrag. Aber auch die gesetzlich Versicherten haben das Recht, ein Krankentransportunternehmen auszuwählen. Das Sach- oder Naturalleistungsprinzip, das sonst in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt, fand nach bisher geltendem Recht für die hier in Rede stehenden Leistungen keine Anwendung. Die Reichsversicherungsordnung behandelte vielmehr Krankentransportkosten als Reisekosten im Sinne des § 194 RVO, die von der Krankenkasse "übernommen" werden, während etwa die dem Sachleistungsprinzip unterliegende Krankenhilfe im Sinne der §§ 182ff RVO dem Versicherten "gewährt" wurde (Zacher/Friedrich-Marczyk, ZfS 1980, 97, 99, Spieß BlStSozArbR 1983, 202f; davon geht ersichtlich auch das Bundessozialgericht aus: vgl. BSGE 48, 139, 140f; 55, 37; BSG SozR 2200 § 194 Nr. 12; ferner Krauskopf/Schröder-Printzen, Soziale Krankenversicherung, 2. Aufl., Stand: Mai 1988, § 194 RVO Anm. 3.1; abweichend Siewert, SozVers 1975, 146ff; Schneider, BlStSozArbR 1983, 118ff). Dem entsprach auch die bisherige Abrechnungsweise der Kläger, die - nach den Feststellungen des Berufungsgerichts - die von Krankenhausmitarbeitern vermittelten Fahrtaufträge entweder unmittelbar dem Patienten oder - in etwa 90% der Fälle - dessen an der Auftragserteilung unbeteiligten Krankenkasse in Rechnung stellten. Ob aufgrund des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) v. 20.12.1988 (BGBl. 1 S. 2477) nunmehr - wie der Beklagte meint - auch für Krankentransportleistungen grundsätzlich das Sachleistungsprinzip gilt, kann offen bleiben. § 133 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB-V in der Fassung des GRG) spricht - in Übereinstimmung mit der bisherigen Rechtslage - von Rahmenverträgen über das Entgelt für andere Krankentransporte (Abs. 1) und von der Leistungspflicht der Krankenkassen zur Übernahme der Kosten (Abs. 2). Auch § 60 SGB-V (in der Fassung des GRG) spricht von einer Übernahme der Fahrkosten in den dort angeführten Fällen. Daß eine Kostenübernahme ausscheidet, wenn ein privates Unternehmen den Krankentransport durchgeführt hat, läßt sich der gesetzlichen Regelung nicht entnehmen. Vielmehr hat auch der gesetzlich krankenversicherte Patient grundsätzlich die freie Wahl zwischen mehreren zugelassenen Leistungserbringern; es steht ihm grundsätzlich frei, welches Krankentransportunternehmen er beauftragt (vgl. BGHZ 101, 72, 83 = GRUR 1987, 829, 832 - Krankentransporte I). Macht er von dieser Wahlmöglichkeit Gebrauch, muß das Krankenhaus bei der Übermittlung des Auftrags diesen Willen beachten. Tut er dies nicht und lenkt stattdessen die bereits getroffene Nachfrageentscheidung des Patienten weisungswidrig in Wettbewerbsabsicht an die Rettungsleitstelle zur Weiterleitung an die angeschlossenen Organisationen, so liegt darin eine wettbewerbswidrige Behinderung des privaten Konkurrenten.

Zu Unrecht meint das Berufungsgericht, der Beklagte könne sich demgegenüber auf sein - dem Wunsch des Patienten vorgehendes - Interesse an einem insgesamt effizienten, flächendeckenden Rettungsdienst berufen. Nach dem Bayerischen Rettungsdienstgesetz ist - wie auch nach den entsprechenden Gesetzen anderer Länder (siehe BGH, Urt. v. 26.5.1987 - KZR 9/86 - Krankentransporte II; BVerwG NJW 1985, 2778) - zwar der Rettungsdienst (Krankentransport und Notfallrettung) eine öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge. Der Krankentransport ist aber nicht allein den dort genannten Trägern des Rettungsdienstes vorbehalten; er steht vielmehr grundsätzlich jedem offen. Vorschläge der Bundesländer zu einer Einschränkung durch eine entsprechende Änderung des Personenbeförderungsgesetzes (§ 49a Abs. 3 des Entwurfs, BT-Drucks. 10/3425) blieben ohne Erfolg (vgl. auch § 133 Abs. 3 SGB-V); doch ist beim Abschluß der Rahmenverträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und über das Entgelt für andere Krankentransporte - als Höchstpreise - u.a. die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung zu berücksichtigen (§ 133 Abs. 1 SGB-V, in der Fassung des GRG).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Stehen danach aber Rettungsleitstelle und private Anbieter im Wettbewerb, so kann der Krankenhausträger - wenn ihm die Wahl frei steht, weil die Patienten sie dem Krankenhauspersonal überlassen haben - im Interesse eines funktionsfähigen Rettungsdienstes und damit auch im eigenen Interesse an einer bewährten sachgerechten Abwicklung die Beförderungsaufträge über die Rettungsleitstelle abwickeln (vgl. VGHZ 101, 72, 83f - Krankentransporte 1). Hierauf kann er sich jedoch dann nicht stützen, wenn der Patient ausdrücklich ein bestimmtes konkurrierendes Privattransportunternehmen wünscht; denn dann geht es nicht mehr um die Erfüllung der öffentlichen Aufgabe, sondern um die Weitergabe der privaten Bestellung des Patienten. Zu einer solchen Weitergabe der privaten Bestellung ist das Krankenhauspersonal zwar nicht ohne weiteres verpflichtet, wovon auch die Revision ausgeht; übernimmt es jedoch die Weiterleitung der privaten Bestellung, so muß es sich an den ausdrücklichen Wunsch des Patienten nach einem bestimmten Krankentransportunternehmen halten. Aus den Senatsurteilen vom 26. Mai 1987 (KZR 13/85, BGHZ 101, 72 und KZR 9/86 - Krankentransporte I und II) läßt sich nichts Gegenteiliges entnehmen; sie betrafen allein die Fälle, in denen die Patienten dem Krankenhauspersonal die Transportwahl freigestellt hatten.

3. Das Berufungsgericht hat weiter gemeint, für eine gegen die Kläger gerichtete Behinderung sei nichts Konkretes vorgetragen. Es verkennt dabei, daß ein Unterlassungsanspruch nicht notwendig eine bereits begangene Verletzung voraussetzt, sondern als vorbeugender Anspruch auch bei Erstbegehungsgefahr bestehen kann, insbesondere bei Berühmung, zu einem bestimmten Verhalten berechtigt zu sein (vgl. BGHZ 3, 270, 276 - Constanze I; BGH GRUR 1955, 411, 413 - Zahl 55; GRUR 1957, 342, 345 - Underberg; GRUR 1963, 218, 220 - Mampe Halb und Halb II). Nachdem der Beklagte angekündigt hat, daß er alle Aufträge - auch bei entgegenstehenden Wünschen der Patienten - über die Rettungsleitstelle abwik_keln lassen wird, ist die Begehungsgefahr außer Zweifel. Sie ist auch nicht nachträglich ausgeräumt worden, denn der Beklagte hat seine Dienstanweisung nur für den relativ geringen Anteil der privat- bzw. nichtversicherten Patienten zurückgenommen.

Schließlich ist auch nichts dafür vorgetragen und erkennbar, daß die Kläger etwa deshalb nicht betroffen seien, weil sie zur Durchführung von Krankentransporten im Sinne des § 133 SGB-V nicht geeignet wären, mit den gesetzlichen Krankenkassen einen entsprechenden Rahmenvertrag abzuschließen.

III. Danach war auf die Revision der Kläger das Urteil des Berufungsgerichts aufzuheben und der Beklagte nach dem in der Berufungsinstanz gestellten (ersten) Hilfsantrag zu verurteilen. Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 91 Abs. 1, 92 Abs. 1 ZPO.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Literatur:

1. Puhan in: Lüttgen (Hrsg.), Handbuch des Rettungswesens, G. 3.2.1, S. 12f.; s. auch ders. Notfallmedizin 1989, S. 600 (608f.); weitgehend identische Daten finden sich in: Bundesminister für Verkehr (BMV) (Hrsg.), Unfallverhütungsbericht Straßenverkehr 1989m BT-Ds 11/7344, Übersicht Rettungswesen, S. 139 (144); nach Gail/Kühner Notfallmedizin 1990, S. 419 (420) bleibt 1/3 der Unfallopfer ohne Hilfeleistung; nach Bartsch et al. Der Notarzt 1989, S. 77 (78) werden sogar in 55% der Fälle keine Maßnahmen getroffen.

2. Schmiedel/Unterkofler in: Lüttgen (o. Anm. 1), G. 1.4, S. 34; vgl. auch Bierhoff/Klein Leben retten 1990, S. 82 (91) zur Bedeutung der Sorge des Helfers, bei der Betreuung eines Notfallopfers Fehler zu machen.

3. Weissauer, Juristische Aspekte der Ersten Hilfe, in Stöckel (Hrsg.), Erste Hilfe, S. 111; vgl. auch Gatz, Erste Hilfe im Betrieb, S. 8

4. vgl. Stein/Kunze, Erste Hilfe - Aufgaben der Unternehmer, Führungskräfte, Ersthelfer, Versicherten, 5. Aufl., S. 17 u. Gatz (o. Anm. 3), S. 53f.

5. BMV (o. nm. 1). ebd.

6. Bouska VD 1969, S. 225 (229)

7. vgl. auch Jagusch-Hentschel, Straßenverkehrsrecht, 31. Aufl., § 2 StVG Rdnr. 14; Daten: BMV (o. Anm. 1), S. 144f.

8. BMV (o. Anm. 1), S. 165f.

9. Stein/Kunze (o. Anm. 4), S. 32 u. 52; Gatz (o. Anm.), S. 98f.; vgl. auch 10. Lohmar in: Lüttgen (o. Anm. 1), C II.4.4, S. 1f.

11. Schönke-Schröder-Cramer, StGB, 21. Aufl., § 323c Rdnr. 11

12. BGHSt 6, S. 1 47

13. Cramer (o. Anm. 11), Rdnrn. 5-7

14. Weißauer (o. Anm. 3), S. 113 mwN

15. Cramer (o. Anm. 11), Rdnr. 17

16. BayObLG NJW 1974, S. 1520 (1523); a.A. offensichtlich AG Hannover, zitiert nach Hannov. Allg. Ztg. v. 11.5.1992, S. 22 zum Fall einer Apothekerin, die die Benutzung ihres Telefons anläßlich eines schweren Verkehrsunfalls mit der Begründung verweigerte, sie sei schon häufig von Fixern aufgesucht worden.

17. u.a. Buchfelder/Buchfelder, Handbuch der Ersten Hilfe, S. 11

18. Weissauer (o. Anm. 3), vgl. auch Sefrin/Knuth, DÄBl. 1989, S. C-2128f.

19. BayOblG NJW 1957, S. 354

20. BGH VersR 1975, S. 1024; OLG Frankfurt/Main VersR 1988, S. 750

21. Cramer (o. Anm. 11), Rdnr. 16 mwN

22. Cramer (o.Anm. 11), Rdnr. 20 mwN

23. Cramer (o.Anm. 11), Rdnr. 21 mwN

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

24. Cramer (o.Anm. 11), Rdnr. 20a; Weißauer (o. Anm. 3), S. 114

25. zur Infektionsgefahr als Unzumutbarkeitsgrund s. bereits: RG DR 1994, S. 726; zu Aids und Atemspende aus rechtlicher Sicht: Ufer Rettungsdienst 1986, S. 422; 1988, S. 399 u. 461; Spengler DRiZ 1990, S. 259; Eberbach AIFO 1987, S. 281 (284); Lippert, Medical Tribune 46a/1987 v. 17.11.1987, S. 23

26. Cramer (o. Anm. 11), Rdnr. 26

27. BGHSt 11, S. 136

28. Cramer (o. Anm. 11), Rdnr. 26

29. zitiert nach: Rebentisch in: ADAC (Hrsg.), Bericht über das 4. Symposium Verkehrsmedizin 1982 in Münster, ADAC-Schriftenreihe Bd. 27, S.164 (165)

30. Weissauer (o. Anm. 3), S. 116ff. u. Buchfelder/Buchfelder (o. Anm. 17), S. 12f. jeweils zu den strafrechtlichen Folgen fehlerhafter Erste-Hilfe-Leistung mwN auf grundsätzliche Ausführungen in: Bockelmann, Strafrecht des Arztes, S. 101; Schultz in: Interverband für Rettungswesen (IVR), Schweiz (Hrsg.), Haftung des Laien bei Nothilfe, 5. Aufl., S. 5f.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Straßenverkehr

Ordnungswidrigkeitengesetz OWiG

in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 1987 (BGBl. I S. 602)

(BGBl III 454-1)

§ 16 Rechtfertigender Notstand

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Handlung begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grads der ihnen drohenden Gefahren das geschützte Interesse das beeinträchtigende wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Handlung ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Strafgesetzbuch (StGB)

Vom 15. Mai 1871 (RGBl. S. 127) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S.945, 1160) (BGBl. III 450-2)

§ 34 Rechtfertigender Notstand

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

§ 315c Gefährdung des Straßenverkehrs

(1) Wer im Straßenverkehr

1. ein Fahrzeug führt, obwohl er

a) infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel oder

b) infolge geistiger oder körperlicher Mängel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen,

und dadurch Leib oder Leben eines anderen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert gefährdet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 ist der Versuch strafbar.

(3) Wer in den Fällen des Absatzes 1

1. die Gefahr fahrlässig verursacht oder

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

2. fahrlässig handelt und die Gefahr fahrlässig verursacht,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 316 Trunkenheit im Verkehr

(1) Wer im Verkehr (§§ 315 bis 315 d) ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 315a oder § 315c mit Strafe bedroht ist.

(2) Nach Absatz 1 wird auch bestraft, wer die Tat fahrlässig begeht.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Privilegien für Ärzte nur bei Notfällen

Besondere Vorrechte genießen Ärzte, wenn sie sich nachweisbar in einem Noteinsatz befinden. Ein "übergesetzlicher Notstand" kann eine Pflichtwidrigkeit im Straßenverkehr rechtfertigen, wenn ein Arzt einem in Lebensgefahr schwebenden Patienten eiligst Hilfe bringen muß. Das Oberlandesgericht Hamm hat in einem Falle sogar entschieden, daß es einem Arzt in einem solchen Falle auch erlaubt sei, trotz vorhergehenden Alkoholgenusses ein Fahrzeug zu lenken (Hamm VRS 20, 232). Nahm der Arzt nur irrtümlich an, es liege ein Notfall vor, so kann das pflichtwidrige Verhalten entschuldigt sein. Ein verkehrswidriges Fahrverhalten ist beim Notfalleinsatz aber dann nicht gerechtfertigt, wenn die Fahrt mit großer Wahrscheinlichkeit zur Gefährdung und Verletzung von Personen führt. Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein Arzt gemäß § 52 Absatz 6 der Straßenverkehrszulassungsordnung ein Schild mit der Aufschrift "Arzt Notfalleinsatz" auf dem Dach seines Fahrzeuges anbringen, das bei einem Notfalleinsatz gelbes Blinklicht ausstrahlt. Die Erlaubnis hierzu ist im Fahrzeugschein zu vermerken. Seit einer Neufassung dieser Vorschrift bezieht sich diese Berechtigung auf die Person des Arztes, und nicht mehr, wie zuvor, auf ein konkretes Fahrzeug. Der Arzt kann also nunmehr das Schild im Notfalle an jedem von ihm benutzten Fahrzeug anbringen. Er begeht allerdings eine Ordnungswidrigkeit, wenn er die Bescheingung nicht mitführt oder nicht zur Prüfung aushändigt. Eine Ausnahmegenehmigung für blaues Blinklicht mit dazugehörigem Einsatzhorn ist für Ärzte nicht möglich.

Nach einer Verwaltungsvorschrift zu § 46 Absatz 1 Nr. 11 der Straßenverkehrsordnung kann ein Arzt schließlich bei "rechtfertigendem Notstand" Parkerleichterungen in Anspruch nehmen. Ärzte, die häufig von dieser gesetzlichen Ausnahmeregelung Gebrauch machen müssen, erhalten von der zuständigen Landesärztekammer ein Schild mit der Aufschrift "Arzt Notfall", das im Einsatzfalle gut sichtbar hinter der Windschutzscheibe anzubringen ist.

Fazit: Der Dachaufsatz "Arzt im Notfalleinsatz" gibt kein Sonderrecht. Dennoch kann der Arzt berechtigt gewesen sein, Verkehrsregeln zu übertreten. Denn es gibt den Begriff des "rechtfertigenden Notstands". Danach darf jeder Bürger auch Rechtsvorschriften verletzen, wenn anders eine Gefahr für Leib und Leben eines Menschen nicht abgewehrt werden kann. Das Menschenleben ist gegenüber einer Verkehrsampel "das höhere Rechtsgut". Aber auch ein "rechtfertigender Notstand" berechtigt nicht dazu, zur Rettung eines Menschen einen anderen in Lebensgefahr zu bringen.

Geschwindigkeitsüberschreitung auf der Fahrt zur Klinik

Bei der Prüfung, ob ein Verhalten, das den Tatbestand einer Ordnungswidrigkeit erfüllt, durch eine Notstandslage gerechtfertigt ist, müssen die Gerichte eine Abwägung der widerstreitenden Interessen vornehmen. Hierfür zeigt das Bayerische Oberste Landesgericht bei einer Geschwindgkeitsüberschreitung eines Arztes auf dem Weg zu einer Notfallversorgung in der Klinik die Leitlinien auf.

Zum Sachverhalt:

Der Betroffene fuhr am 18.10.1989 gegen 8.36 mit seinem PKW innerhalb geschlossener Ortschaft mit einer Geschwindigkeit von 85 km/h. Er berief sich auf einen rechtfertigenden Notstand; er sei wegen eines Notfalls in die Klinik in München gerufen worden, wo seine schnellstmögliche Anwesenheit als behandelnder Arzt erforderlich gewesen sei.

Die durch das Amtsgericht erfolgte Verurteilung wurde aufgehoben.

Aus den Gründen:

Das Amtsgericht hat einen rechtfertigenden Notstand nach § 16 (OWiG) deshalb verneint, weil der Betroffene als behandelnder Arzt zwar zu einem Notfall in die Klinik nach München gerufen worden sei, dieser Umstand jedoch eine Geschwindigkeitsüberschreitung nicht rechtfertige, weil der Betroffene bei Einhaltung der jeweiligen Geschwindigkeitsbegrenzung nicht wesentlich später von Tutzing aus in München angekommen wäre und

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

darüber hinaus nicht ersichtlich sei, warum in der Klinik keine ausreichende ärztliche Versorgung bis zum Eintreffen des Betroffenen möglich gewesen wäre; Geschwindigkeitsüberschreitungen seien äußerst gefährlich.

Aus diesen Formulierungen ergibt sich, daß das Gericht den Begriff des rechtfertigenden Notstandes verkannt hat.

Bei der Prüfung der Frage, ob bei Abwägung der widerstreitenden Interessen die Einhaltung von Verkehrsvorschriften (hier der vorgeschriebenen Höchstgeschwindigkeit von 50 km/h innerhalb der geschlossenen Ortschaft P.) gegenüber der dringenden Behandlungsbedürftigkeit eines akut erkrankten Patienten zurückzustehen hat, kommt es auf die Umstände des Einzelfalles an. Ein rechtfertigender Notstand in bezug auf eine Geschwindigkeitsüberschreitung kann bei einem Arzt z.B. auch dann gegeben sein, wenn dieser in eine Belegklinik zu einer Patientin gerufen wird, bei der nach einer Entbindung unerwartet schwere Blutungen einsetzten, welche die Notwendigkeit einer unverzüglichen Notoperation durch den behandelnden Facharzt, der diese Patientin und ihre Anamnese im Gegensatz zu den in der Klinik anwesenden Assistenzärzten kennt, als möglich erscheinen läßt.

Allerdings ist auch in einem solchen Fall eine Geschwindigkeitsüberschreitung unzulässig, wenn auf dieser Fahrt andere Verkehrsteilnehmer gefährdet werden oder wenn die Fahrweise des Arztes eine solche Gefährdung auch nur befürchten läßt. Es kommt deshalb entscheidend auch darauf an, welche Gefahren mit der Einhaltung der unzulässig hohen Geschwindigkeit im konkreten Fall verbunden waren, ferner darauf, wie die allgemeine Verkehrslage und Verkehrsdichte zur Tatzeit war.

Auch ist im Hinblick auf die den übrigen Verkehrsteilnehmern drohenden Gefahren der Einhaltung der Höchstgeschwindigkeit der Vorrang jedenfalls dann einzuräumen, wenn der hierdurch erreichte nicht ins Gewicht fallende Zeitgewinn zur Gefährdung anderer Verkehrsteilnehmer außer Verhältnis steht.

Das Amtsgericht hat sich bei seiner Betrachtung zum rechtfertigenden Notstand nicht ausreichend mit den konkreten Einzelheiten auseinandergesetzt und sie gegeneinander abgewogen, sondern ist lediglich allgemein von einem Notfall, zu dem der Betroffene gerufen worden sei, ausgegangen und hat diese Tatsache abgewogen mit der generellen Gefährlichkeit von Geschwindigkeitsüberschreitungen.

Beschluß des Bayerischen Obersten Landesgerichts vom 1.10.1990 - 1 Ob OWi 331/90

Parken im Halte- oder Parkverbot

Die allgemeine Notstandsregelung des OWiG (§ 16) rechtfertigt das Abstellen eines Kraftfahrzeugs im Halteverbot oder Parkverbot nur, wenn eine akute Gefahrenlage gegeben ist, wenn zur Abwehr der Gefahr das Abstellen des Fahrzeugs gerade an dieser Stelle unerläßlich ist und wenn nicht die sich daraus ergebende Beeinträchtigung der Sicherheit und Ordnung des Verkehrs im Einzelfall schwerer wiegt.

Die Inanspruchnahme der Notstandsrechte ist im übrigen nicht abhängig vom Führen des "Arzt-Notfall-Schildes". Das Schild gibt jedoch der Polizei und den anderen Verkehrsteilnehmern einen Hinweis.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Beeinträchtigungen der Verkehrstüchtigkeit

Die weiter zunehmende Verkehrsdichte in der Bundesrepublik stellt hohe Anforderungen an Aufmerksamkeit und Reaktionsvermögen aller Verkehrsteilnehmer vom Kind bis zum Greis, insbesondere aber an den Kraftfahrer. Viele, insbesondere ältere Menschen, verdanken ihre volle Verkehrstüchtigkeit der optimalen Arzneibehandlung ihres chronischen Leidens (z.B. Bluthochdruck oder Zuckerkrankheit). Arzneimittel können aber auch die Verkehrstüchtigkeit einschränken. Die Sorgfaltspflicht des Herstellers gebietet, daß er Arzneimittel, die die Verkehrstüchtigkeit einschränken können, daraufhin von verkehrsmedizinischer Seite untersuchen läßt, um in Arztinformation und Packungsbeilage entsprechende Hinweise geben zu können. Es bedarf jedoch der engen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient, die individuelle Empfindlichkeit des Patienten und die möglichen Wechselwirkungen mehrerer gleichzeitig gegebener Arzneimittel zu ermitteln. Der Arzt muß sich dabei auf die Einnahmezuverlässigkeit des Patienten und auch darauf verlassen können, daß dieser (bzw. die Eltern und Angehörigen bei Kindern und alten Menschen) ihn über Arzneimittel, die von anderen Ärzten verschrieben oder selbst gekauft wurden, unterrichtet. Unsachgemäße Hinweise von dritter Seite, auch durch Packungsbeilagen können dazu führen, daß der Patient ein notwendiges Arzneimittel selbst absetzt, was eine Einschränkung seiner Verkehrstüchtigkeit zur Folge haben kann. Der Arzt sollte seine Patienten darauf hinweisen, ihn in allen Zweifelsfällen bezüglich Arzneimittel und Verkehr um Rat zu fragen. Der Arzt muß Wirkung und Wirkungsdauer der verschriebenen Arzneimittel kennen, um seine Patienten gut beraten zu können. Aus diesem Grunde ist es zweckmäßig, sich auf wenige, vertraute Arzneimittel zu beschränken. Da mehrere, gleichzeitig gegebene Arzneimittel sich wechselseitig unvorhersehbar beeinflussen können, sollte man auf therapeutisch nicht begründete Kombinationen verzichten. Über die notwendigen allgemeinen Kenntnisse hinaus soll dieses Merkblatt den Arzt auf spezielle Probleme derjenigen Arzneimittelgruppen hnweisen, bei denen häufig mit einer Einschränkung der Verkehrstüchtigkeit zu rechnen ist.

Arzneimittel und Alkohol:

Die Unvereinbarkeit von unmäßigem Alkoholgenuß und aktiver Teilnahme am Straßenverkehr ist der Öffentlichkeit auch durch Strafandrohung bewußt, nicht aber die oft ebenso verkehrsgefährdende Verstärkung von Arzneimittelwirkungen durch mäßigen Alkoholgenuß. Ursache kann eine unmittelbare Wirkungsverstärkung, eine Hemmung der zum Arzneimittelabbau notwendigen Enzyme und eine Beeinflussung der Resorption sein. Die wichtigsten betroffenen Arzneimittelgruppen sind Barbiturate und andere Hypnotika wir zum Beispiel Methaqualon, Tranquillantien von Benzodiazepintyp und Meprobamat; stark wirksame Analgetika; Antiepileptika; Neuroleptika, vorwiegend vom Phenothiazintyp, wie sie niedrig dosiert auch in Präparaten zur Behandlung vegetativer Störungen zu finden sind; Antidepressiva, Antihistaminika (häufig in Grippe- und Schnupfenmitteln) sowie Präparate gegen die Reisekrankheit und schließlich orale Antidiabetika. Bei der sozialen Bedeutung mäßigen Alkoholgenusses kann man den Patienten kaum zu generellem Alkoholverzicht unter Medikamenten bewegen; bei den genannten Arzneimittelgrupen ist jedoch besondere Zurückhaltung angebracht.

Schlafmittel:

Grundsätzlich gilt, daß derjenige, der am Abend ein Schlafmittel eingenommen hat, bis zum nächsten Morgen kein Fahrzeug lenken darf. Da bei länger wirksamen Schlafmitteln und solchen, die zur Kumulation neigen, auch am folgenden Morgen noch Aufmerksamkeit, Reaktionsfähigkeit, Kritikvermögen und Stimmungslage beeinflußt sein können, sollen nur kurz wirksame Schlafmittel verordnet werden. Da die Wirkungsdauer eines Schlafmittels nicht nur von dessen chemischer Struktur, sondern auch von der Dosis abhängt, ist diese so zu wählen, daß der Patient am nächsten Morgen voll leistungsfähig ist. Es ist daher ratsam, sich auf ein einziges oder ganz wenige Präparate, deren Wirkung der Arzt genau kennt, zu beschränken. Auch über die Risken noch frei erhältlicher Schlafmittel ist der Patient als Verkehrsteilnehmer zu beraten. Besondere Beachtung verdient, daß zahlreiche Schmerzmittel sowie Mittel gegen vegetative Störungen und Angina pectoris Zusätze langwirkender Barbiturate enthalten. Das ist auch bei der gleichzeitigen Verordnung von Schlafmitteln zu berücksichtigen.

Beruhigungsmittel (Sedativa):

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Fertigarzneimittel dieser Gruppe, die auch als Herzmittel, Magenmittel und Nervenmittel angeboten werden, enthalten Sedativa verschiedenster chemischer Struktur, deren Wirkung anhand der chemischen Bezeichnung für den Arzt oft nicht als solche ohne weiteres zu erkennen sind. Auch hier beschränke sich der Arzt auf wenige Präparate mit einem oder zwei Wirkstoff(en), mit deren Wirkung und Nachwirkung er gut vertraut ist; Kombinationspräparate mit mehreren Bestandteilen sind wegen der schlecht überschaubaren Interaktion der Einzelbestandteile in bezug auf Beeinflussung der Verkehrstüchtigkeit besonders problematisch.

Tranquillantien:

Arzneimittel dieser Gruppe sind von besonderer Bedeutung für die Beeinflussung der Verkehrstüchtigkeit, da sie häufig über längere Zeit bei Störungen der Stimmungslage und des Vegetativums eingenommen werden. Die Präparate der Benzodiazepingruppe und Meprobamat beeinflussen bei niedriger Dosierung und ohne Alkohol die Verkehrstüchtigkeit in der Regel nicht. Bei höherer Dosierung ist jedoch ihre dann stärker sedierende Wirkung und Kumulation zu bedenken.

Auch ihre muskelrelaxienrende Wirkung kann in diesem Falle die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen. Bei länger andauernder Medikation mit Vertretern dieser Stoffgruppe, was ohnehin nur selten notwendig sein wird, ist daher Vorsicht am Platze. Als Tranquillantien werden auch niedrig dosierte Neuroleptika angeboten, die bei empfindlichen Patienten nicht nur extrapyramidale Symptome auslösen, sondern auch gleichzeitig gegebene Schlafmittel potenzieren können. Das erstere gilt auch für Metoclopramid, das nicht zu dieser Gruppe gehört und zum Beispiel wegen Übelkeit und Erbrechen beschrieben wird.

Antiepileptika:

Diejenigen Epileptiker, die aufgrund der Leitsätze im Gutachten Krankheit und Kraftverkehr (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1973) ein Kraftfahrzeug führen dürfen, müssen in bezug auf ihre antiepileptische Medikation vom behandelnden Arzt sorgfältig überwacht werden. Bei Umstellung des Arzneitherapieplans muß mit Wirkungsänderungen und Wechseländerungen der einzelnen Wirkstoffe gerechnet werden. Das Lenken eines Fahrzeuges sollte erst dann wieder erlaubt werden, wenn der Patient anderweitig voll leistungsfähig ist. Es ist besonders auf Wesensänderungen, Einnahmezuverlässigkeit und Alkoholmißbrauch zu achten.

Mittel gegen Erkältung und Reisekrankheiten:

Diese weitverbreiteten Mittel, die zur Behandlung von Erkältungen, sogenannter Grippe, und Schnupfen angeboten werden, enthalten häufig Antihistaminika, mit zum Teil nicht unerheblicher sedierender Wirkung. Oft wird versucht, diesen Effekt durch Zusatz von Coffein zu vermindern oder aufzuheben, was aber wegen unterschiedlicher Resorption und Wirkungsdauer unverläßlich ist. Ein Antihistaminikum wird auch in einem Depot-Penicillinpräparat verwendet (Supracillin).

Antihypertensiva:

Die zur Behandlung des Bluthochdruckes verwendeten Wirkstoffe Reserpin, Clonidin und α-Methyldopa wirken sedierend. Der Patient ist dahingehend zu beraten. Es wird jedoch auch von der individuellen Empfindlichkeit des Patienten bestimmt, ob er sicher am Sraßenverkehr teilnehmen kann. Bei den weiteren verwendeten Präparaten wie Guanethidin, wesentlich weniger ausgeprägt bei Dihydralazin, α-Methyldopa und Prazosin sind orthostatische Nebenwirkungen zu berücksichtigen. Hier sollte zur Beurteilung der Verkehrstüchtigkeit das Auftreten von orthostatischen Beschwerden unter Alltagsbelastung herangezogen werden. Unter einigen β-Blockern wurden gelegentlich Müdigkeit, Schläfrigkeit und körperliche Leistungsminderung beobachtet, die der Berücksichtigung bedürfen.

Narkosemittel und Lokalanästhetika:

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Praktisch alle zur Zeit für die intravenöse Narkose üblichen Zubereitungen haben Nachwirkungen, die die Führung eines Kraftfahrzeuges für 24 Stunden nach der Narkose verbieten. Den Patienten ist daher zu empfehlen:

nur in Begleitung nach Hause zu gehen,

für 24 Stunden kein Fahrzeug zu lenken,

keinen Alkohol zu sich zu nehmen und

tunlichst zu Hause zu bleiben.

Nach Lokalanästhesie (auch sogenannter Neuraltherapie) und Gasnarkose einschließlich der Lachgasanalgesie kann die Koordinationsfähigkeit für etwa zwei Stunden gestört sein. Es ist also auch hier zu empfehlen, den Patienten darauf hinzuweisen, unmittelbar nach dem Eingriff kein Kraftfahrzeug zu lenken und sich nur in Begleitung nach Hause zu begeben. Das gleiche gilt nach ambulanten diagnostischen und therapeutischen Eingriffen, die eine Medikation erfordern.

Ophthalmika:

Medikamentöse Pupillenerweiterung und Akkommodationslähmung kann, vor allem wegen der hohen Blendgefahr, die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigen, was nach ophthalmologischer Untersuchung zu beachten ist. (Auch die Einnahme von atropinhaltigen Arzneimitteln beziehungsweise Belladonnaextrakten, Anticholinergika und Psychopharmaka vom Phenothiazintyp kann Akkomodationsstörungen auslösen). Bei ständiger medikamentöser Pupillenverengung sollte ausreichendes Dämmerungssehvermögen nachgewiesen sein.

Alkohol-Vorsatz

Die Höhe der Blutalkoholkonzentration läßt keinen Schluß auf vorsätzliches Handeln zu, da es keinen Erfahrungsatz gibt, wonach man ab einer bestimmten Blutalkoholkonzentration die Fahruntüchtigkeit erkennt (OLG Köln, Beschluß vom 16. Januar 1987 - Ss 742/86).

Meldung einer Gesundheitsstörung, die zur Fahruntauglichkeit führt

Die Konfliktsituation für den Arzt besteht darin: auf der einen Seite fordert sein Patent berechtigterweise die absolute Wahrung des Geheimnisses seiner Erkrankung Dritten gegenüber, auf der anderen Seite steht das höherrangige Rechtsgut Leben und Gesundheit unwissender Partner, Arbeitskollegen und nachbehandelnder Ärzte des Erkrankten.

Diese gar nicht so seltene Ausgangslage wird unter Hinweis und Bezugnahme auf den rechtfertigenden Notstand des § 34 StGB gelöst. Es ist nämlich allgemein anerkannt, daß das Interesse an der Abwehr drohender ernstlicher Gefahren für Leib, Leben und Freiheit gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse des Patienten regelmäßig als höher anzusehen ist. Dies hatte das Reichsgericht - weit vor der Einführung des § 34 StGB - bereits mit Urteil vom 16.5.1905 bei einem Arzt angenommen, welcher der Mutter eines kleinen Kindes von der Syphiliserkrankung einer im nämlichen Haus wohnhaften jungen (unverheirateten) Frau Mitteilung gemacht hatte, weil er eine Ansteckung des Kindes, das von der Frau mit ins Bett genommen wurde, nicht auschließen konnte. Auf der nämlichen Linie lag auch der Beschluß des OLG München vom 26.4.1956, der einem Arzt die Befugnis konzedierte, im Interesse der allgemeinen Sicherheit des Straßenverkehrs der Gesundheitsbehörde mitteilen zu können, daß sein Patient typische epileptische Anfälle mit tiefer Bewußtlosigkeit erleide und einmal sogar als Führer eines Kraftfahrzeugs infolge eines Schrecks eine kurze Bewußtlosigkeit gehabt habe. Seit der Entscheidung des BGH vom 8.10.1968 kann in der Rechtsprechung als herrschend angesehen werden, daß ein Arzt trotz seiner grundsätzlichen Schweigepflicht nach den Kriterien über die Abwägung widerstreitender Pflichten oder Interessen im Einzelfall berechtigt, jedoch nicht verpflichtet sein kann, die Verwaltungsbehörde zu benachrichtigen, wenn sein Patient mit einem Kraftfahrzeug am allgemeinen Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

wegen seiner Erkrankung nicht mehr fähig ist, ein solches zu führen, ohne sich und andere zu gefährden. Voraussetzung hierfür ist jedoch stets, daß der Arzt vorher den Patienten auf seinen Gesundheitszustand und auf die Gefahr aufmerksam macht, wenn er bei bzw. in seinem Zustand am allgemeinen Straßenverkehr mit dem eigenen PKW teilnimmt. Ist der Patient dann trotz dieser ärztlichen Belehrung und Ermahnung uneinsichtig, oder ist ein Zureden des Arztes wegen der Art der Erkrankung oder wegen der augenfälligen Uneinsichtigkeit des Patienten von vorneherein zwecklos, dann kann der Arzt "die Flucht nach vorne" antreten und sich an die zuständige Verkehrsbehörde wenden und diese vom Krankheitszustand seines Patienten informieren. Hingegen unzulässig wäre nach der herrschenden Literaturmeinung - entgegen der der Rechtsprechung des BGH - die gegen den ausdrücklichen Willen eines voll einsichts- und urteilsfähigen Patienten erfolgte Mitteilung über seinen lebensgefährlichen Zustand an nahe Angehörige, um damit seine eigene Rettung zu ermöglichen.

Drogenabhängige im Straßenverkehr

Es obliegt dem Arzt die Verpflichtung, einen drogenabhängigen Patienten, auch einen solchen, der entsprechende Medikamente einnimmt, darauf hinzuweisen, daß er am Kraftverkehr nicht teilnehmen dürfe. Kommt er aber zu dem Ergebnis, daß sein Patient sich an die Warnungen nicht hält und trotzdem den Verkehr belastet, muß er das höherwertige Rechtsgut, nämlich die Sicherheit des Verkehrs und das Leben anderer Menschen über sein Vertrauensverhältnis zum Patienten stellen und notfalls der Behörde Mitteilung machen. Diese Frage ist aber außerordentlich schwierig zu beurteilen und gerichtlich noch nicht entschieden.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Sterbehilfe

Strafgesetzbuch (StGB)

Vom 15. Mai 1871 (RGBl. S. 127) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S. 945, 1160) (BGBl III 450-2)

§ 216 Tötung auf Verlangen

(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Aktive und passive Euthanasie

Erlaubt ist stets nur die Hilfe *beim* Sterben, nicht die Hilfe *zum* Sterben. Die Lebensverkürzung durch aktives Tun, die aktive Euthanasie, ist selbst dann mit Strafe bedroht, wenn der Kranke ernsthaft um sie bittet. Eine Beihilfe zum Suizid ist stets straflos, da schon die Haupttat "Selbstmord" straflos ist (Grundsatz der Akzessorietät). Die Abgrenzung gestaltet sich oftmals problematisch. Es ist herrschende Meinung, daß eine Schmerzlinderung in Grenzsituationen selbst dann rechtlich erlaubt ist, wenn nicht ausgeschlossen werden kann, daß sie - als unerwünschte Nebenwirkung - den Todeskampf abkürzt (z.B. die hochdosierte Gabe von Morphinen zur Analgesie).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Sterbehilfe bei infausten Krankheitsbildern

Urteil des Bundesgerichtshofs vom 8.5.1991 - 3 StR 467/90

Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nur entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen geleistet werden.

Zum Sachverhalt:

Die Angeklagte war Fachschwester für Anästhesie und Intensivpflege in der Intensivstation eines Krankenhauses, die Getöteten waren Patienten dieses Krankenhauses.

Während ihres Dienstes hat die Krankenschwester fünf schwerstkranken Patienten heimlich tödliche Injektionen verabreicht, um ihnen aus Mitleid weiteres von ihr als sinnlos angesehenes Leiden und einen Todeskampf zu ersparen, obwohl weder die Patienten noch deren Angehörige darum gebeten hatten. Das Landgericht hat sie unter Freisprechung im übrigen wegen Totschlages in fünf Fällen, wegen Tötung auf Verlangen, wegen fahrlässiger Tötung sowie versuchten Totschlages zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von elf Jahren verurteilt.

Gegen dieses Urteil richtete sich die zu Ungunsten der Angeklagten eingelegte Revision der Staatsanwaltschaft wegen des Freispruchs.

Die Staatsanwaltschaft rügte die Verletzung formellen Rechts und meinte die Strafkammer habe ihren Antrag, den psychologischen Sachverständigen Dr. M. als befangen abzulehnen, rechtsfehlerhaft zurückgewiesen. Das trifft nicht zu.

Aus den Gründen:

Es war Aufgabe der psychiatrischen und psychologischen Sachverständigen, über das nach außen zur Schau getragene Verhalten der Angeklagten hinaus einen Zugang zu den bei ihr abgelaufenen innerpsychischen Prozessen zu gewinnen.

Deshalb haben sich die Sachverständigen in monatelangen Gesprächen bemüht, die wahre Persönlichkeit der Angeklagten und ihre wirklichen Motive zu erkunden. Soweit sich hierbei zwangsläufig therapeutisch wirksame Beziehungen zu der Angeklagten entwickelt haben können, haben diese die Sachverständigen gegenüber den Prozeßbeteiligten offengelegt. Ein Verstoß gegen formelles Recht liegt nach Auffassung des Senats nicht vor.

Die Nachprüfung des Urteils auf Grund der Sachrüge der Staatsanwaltschaft hat auch keinen Rechtsfehler ergeben, so daß die eingelegte Revision zu verwerfen war.

Zutreffend habe das Landgericht den Tatbestand des Mordes verneint. Die in Betracht kommenden Mordmerkmale der Heimtücke oder der niedrigen Beweggründe lägen nicht vor, weil die Angeklagte - wie ihr nicht zu widerlegen ist - nicht aus Feindseligkeit oder eigensüchtigen Motiven, sondern wegen der jeweils für aussichtslos angesehenen Lage der Todkranken aus spontanem Mitleid mit ihnen gehandelt habe.

Das Mordmerkmal der Arg- und Wehrlosigkeit kann unter diesen Umständen nur dann entfallen, wenn die Tat nicht aus einer feindseligen Haltung gegenüber dem Opfer begangen worden ist, weil der Täter glaubte, zu dessen Bestem zu handeln.

Allerdings reicht nicht bei jeder Krankenhaustötung Schwerstkranker eine Mitleidmotivation aus, um eine die Heimtücke prägende feindselige Haltung des Täters aus Rechtsgründen auszuschließen.

In oberflächlich vorhandener Mitleidsmotivation kann sich Feindseligkeit gegenüber dem Lebensrecht Schwerstkranker offenbaren. "Heimtücke wird bei 'Mitleidstötung' vorliegen, wenn der Täter seine Opfer unter Ausnutzung von deren Arg- und Wehrlosigkeit nach eigenen Wertmaßstäben 'selektiert' und von sich aus

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

selbstherrlich das Leben der seiner ärztlichen oder pflegerischen Fürsorge anvertrauten Patienten gezielt verkürzt, indem allein er bestimmt, wen er wann durch eine von niemandem erbetene Tötung 'erlösen' will", so der Senat.

Für eine solche Fallgestaltung liegen nach dem vom Landgericht festgestellten Sachverhalt keine hinreichenden Anhaltspunkte vor.

Die Angeklagte hat aus spontanem Antrieb gehandelt, weil sie jeweils dem Schwerstkranken, den sie ohnehin dem alsbaldigen Tode ausgeliefert sah, aus Mitgefühl weiteres "sinnloses" Leiden sowie im Einzelfall die physische und psychische Belastung einer für unvertretbar erachteten Reanimation ersparen wollte.

Sie wußte, daß eine Reanimation "vor allem bei älteren Menschen durchweg mit der Zufügung von Rippenserienbrüchen verbunden ist".

Wenn sich, nach Aussage der Krankenschwester, während des Einsatzes eines Beatmungsgeräts das Instrument verstellte und der "Patient gegen den Respirator kämpfte", mußte zur Regulierung ein Arzt gerufen werden, was manchmal sehr lange dauerte. Die ärztliche Betreuung auf der Intensivstation entsprach auch nach dem Urteil der Sachverständigen nicht dem zu fordernden medizinischen Standard.

Dabei haben die auf der Intensivstation eingesetzten Ärzte möglicherweise die Rechtslage bei der Behandlung Sterbender verkannt. Kann der todkranke Patient nicht mehr selbst entscheiden und wird für ihn auch kein Pfleger bestellt, so ist sein mutmaßlicher Wille und nicht das Ermessen der behandelnden Ärzte rechtlicher Maßstab dafür, welche lebensverlängernden Eingriffe zulässig sind und wie lange sie fortgesetzt werden dürfen.

Die Ausschöpfung intensivmedizinischer Technologien ist, wenn sie dem wirklichen Patientenwillen widerspricht, rechtswidrig (vgl. BGH 32, 367, 380). Die vom Landgericht gehörten ärztlichen Sachverständigen Prof. Dr. K. und Prof. Dr. Sch. haben die bei einer Patientin angewandten Wiederbelebungsmaßnahmen als "irrsinnige Aktivitäten" bezeichnet.

Bei dieser Beweislage konnte das Landgericht ohne durchgreifende rechtliche Bedenken die Einlassung der Angeklagten als unwiderlegt ansehen, sie habe mit den tödlichen Injektionen lebensverlängernde intensiv-medizinische Maßnahmen zum Besten der Patientin verhindern wollen, weil dies in deren wohlverstandenem Interesse gelegen habe. Zutreffend hat das Landgericht einen Verbotsirrtum der Angeklagten ausgeschlossen. Ihr war bewußt, daß Sterbehilfe auch bei aussichtsloser Prognose nicht durch gezieltes Töten geleistet werden darf.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Der Suizidpatient

Strafgesetzbuch (StGB)

Vom 15. Mai 1871 (RGBl. S. 127) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S. 945, 1160) (BGBl. III 450-2)

§ 323 c Unterlassene Hilfeleistung

Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Bürgerliches Gesetzbuch

Vom 18. August 1896 (RGBl. S. 195)

(BGBl. III 400-2)

Geschäftsführung ohne Auftrag

§ 677 [Ordnungsgemäße Geschäftsführung]

Wer ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, hat das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert.

§ 678 [Geschäftsführung bei entgegenstehendem Willen des Geschäftsherren]

Steht die Übernahme der Geschäftsführung mit dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn in Widerspruch und mußte der Geschäftsführer dies erkennen, so ist er dem Geschäftsherrn zum Ersatze des aus der Geschäftsführung entstehenden Schadens auch dann verpflichtet, wenn ihm ein sonstiges Verschulden nicht zur Last fällt.

§ 683 [Ersatz für Aufwendungen]

Entspricht die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn, so kann der Geschäftsführer wie ein Beauftragter Ersatz seiner Aufwendungen verlangen. In den Fällen des § 679 steht dieser Anspruch dem Geschäftsführer zu, auch wenn die Übernahme der Geschäftsführung mit dem Willen des Geschäftsherrn in Widerspruch steht.

§ 670 [Ersatz von Aufwendungen]

Macht der Beauftragte zum Zwecke der Ausführung des Auftrags Aufwendungen, die er den Umständen nach für erforderlich halten darf, so ist der Auftraggeber zum Ersatze verpflichtet.

Gesetz über die Aufgaben und Befugnisse der Bayerischen Staatlichen Polizei (Polizeiaufgabengesetz-PAG)

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

In der Fassung der Bekanntmachung vom 14. September 1990 (GVBl. S.397, BayRS 2012-1-1-I)

Anmerkung: Landesgesetz, gilt nur für Bayern

Art. 17 Gewahrsam

(1) Die Polizei kann eine Person in Gewahrsam nehmen, wenn

1. das zum Schutz der Person gegen eine Gefahr für Leib oder Leben erforderlich ist, insbesondere weil die Person sich erkennbar in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand oder sonst in hilfloser Lage befindet.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Allgemeines

Die Rechtssprechung betrachtet den suizidalen Patienten wie einen durch Unfall in Lebensgefahr Geratenen, bei dem jedermann zu bestmöglicher Soforthilfe verpflichtet ist.

Der beim geschäftsfähigen Patienten uneingeschränkt geltende Grundsatz, daß die ärztliche Behandlung der Einwilligung durch den Patienten bedarf und von ihm abgelehnt werden kann, wird also durch eine Behandlungspflicht ersetzt, indem man postuliert, beim Entschluß zum Suizid sei die freie Willensentscheidung getrübt.

Die Praxis gibt dieser nicht unbestrittenen Auslegung für die Mehrzahl der Fälle zweifellos recht. Vor allem bei jungen, organisch gesunden Patienten entspringt der Entschluß zum Suizid oft einer momentanen Reaktion auf enttäuschte persönliche Bindungen, auf familiäre, schulische, berufliche oder finanzielle Schwierigkeiten oder auch einer Furcht vor einer nur eingebildeten unheilbaren Erkrankung. Manchmal weisen Ort und Zeit des Suizidversuches (z.B. kurz vor der Heimkehr von Angehörigen) oder ein Telefonanruf vor der Tabletteneinnahme auf den mehr apellativen Charakter der Handlung hin, aber selbst in Fällen, wo eine sorgfältige Planung oder die Einnahme mehrfacher tödlicher Giftmengen an der Ernsthaftigkeit des Vorgehens keinen Zweifel lassen, erlebt man es immer wieder, daß solche Patienten nach erfolgreicher Rettung mit neuem Mut weiterleben und mit ihren Problemen fertig werden. Nicht selten behalten solche Menschen ein Gefühl dankbarer Bindung an die behandelnden Ärzte oder mit der Behandlung Betrauten.

Aktive Mitwirkung am Suizidgeschehen (Suizid-Beihilfe)

Im Zeitalter der Verbreitung von "Anleitungen zum Freitod" muß auch der Fall bedacht werden, daß der Arzt von einem Suizidenten um aktive Mitwirkung angegangen wird, beispielsweise um die Verordnung suizidgeeigneter Medikamente. Es versteht sich von selbst, daß es hier allenfalls darum gehen kann, inwieweit dem Arzt solches Tun rechtlich *erlaubt* ist. Eine *Pflicht* zur aktiven Suizidmithilfe scheidet von vornherein aus. Ein *rechtliches* Verbot besteht insoweit nicht, als der Suizident freiverantwortlich handelt und sich die Mitwirkung auf untergeordnete Tätigkeiten beschränkt, so daß dem Opfer auch nach deren Erbringen noch die freie Entscheidung über Leben und Tod verbleibt. Die *berufsständische* Vertretbarkeit einer solchen Handlung steht indes auf einem anderen Blatt. (➔ Koch 1984)

Die **Beurteilung der Beihilfe zum Suizid** , die für sich allein keine strafbare Handlung darstellt, ist aus strafrechtlicher Sicht nicht nur unter dem Aspekt des Fehlens eines Tatbestandes für die Suizidhandlung als solche, sondern auch im Hinblick auf die unterlassene Hilfeleistung gemäß § 323 c StGB zu sehen. Nach höchstrichterlicher Entscheidung stellt jeder Selbstmord oder Selbstmordversuch einen Unglücksfall im Sinne der Vorschriften über die unterlassene Hilfeleistung dar.Gemäß Beschluß des Bundesgerichtshofes (BGH 10.3.54 - NJW 1955, 816) stellt die durch einen Selbstmordversuch herbeigeführte Gefahrenlage generell einen Unglücksfall dar. Das Unglück beginnt bereits dann, wenn der Selbstmörder ernsthaft die Absicht hat und erkennen läßt, sich zu töten, denn bereits dann benötigt er die durch § 323 c StGB gebotene Hilfe. Somit endet die Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid dort, wo für jedermann die Verpflichtung zur Hilfeleistung beginnt. Die Auffassung, daß der Arzt aufgrund der Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid dem Patienten einerseits wohl Beihilfe leisten könne, andererseits aber nach den Vorschriften über die unterlassene Hilfeleistung verpflichtet sei, den Selbstmord zu verhindern, ist weitgehend theoretisch. Daraus ist für ärztliches Handeln in praxi zu schlußfolgern: Ein zu einem noch lebenden Suizidenten gerufener Arzt hat zunächst zu prüfen, ob der Patient noch willensfähig ist oder nicht. Ist er noch willensfähig und lehnt jede mögliche ärztliche Hilfe ab, so hat sich der Arzt an diese Ablehnung zu halten und ärztliche Maßnahmen zu unterlassen. Dies auch dann, wenn durch das Unterlassen der Todeseintritt zu befürchten ist. Handelt er anders - durchaus in bester Absicht -, aber gegen den Willen des Patienten, so begeht er u.U. eine **Köperverletzung im strafrechtlichen Sinne** , für die er ggf. einzustehen hätte. Ist der Patient jedoch nicht mehr willensfähig, z.B. bewußtlos, so muß der Arzt handeln, selbst dann, wenn z. B. eine schriftliche Anordnung des Suizidenten über ein Unterbleiben aller ärztlicher Maßnahmen besteht. Auch im Falle des Vorliegens eines sogenannten Patienten-Testamentes verbleibt dem Arzt keine andere Wahl.

Dieser in der Rechtsprechung entwickelten Auffassung ist auch aus ärztlicher Sicht zuzustimmen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Eingehende Befragungen von 100 Personen, die einen Suizidversuch überlebt hatten, ergaben, daß 57% rückblickend froh gewesen sind, überlebt zu haben. 24% waren froh mit Einschränkung und 19% waren nicht froh. Will man nicht in Kauf nehmen, daß auch alle diejenigen sterben, die nach der Rettung für die weitere Zukunft eine positive Einstellung zum Leben gewinnen, so verbleibt nur die Lösung, bei allen Suizidversuchen, bei denen die Selbstentscheidungsfreiheit des Patienten nicht mehr gegeben ist, ärztliche Maßnahmen mit dem Ziele der Lebenserhaltung einzuleiten. (➔ Wiemers 1984).

Fazit: Der Selbstmord ist in der Bundesrepublik Deutschland keine mit Strafe bedrohte Handlung. Somit sind auch der Versuch und die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar.

Ein Selbstmordversuch, der nicht zum Tode geführt hat, hat für den Überlebenden keine rechtlichen Konsequenzen. (➔ Wiemers 1984).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Verpflichtung zur medizinischen Intervention

Die Situation des Arztes ist durch Vieldeutigkeit gekennzeichnet. Das Recht stellt den Suizid nicht unter Strafe, verpflichtet aber den Arzt zu unbedingter Hilfeleistung. Wenn er zum Suizidenten gerufen bzw.der Suizident meist in bewußtlosem Zustand in eine Klinik eingeliefert wird, ist für den Arzt kaum entscheidbar, ob eine gültige und freie Entscheidung oder ein verzweifelter Appell in diesem Suizid zum Ausdruck kommt. Mehrdeutig ist auch, wann überhaupt eine Entscheidung frei bzw. vernünftig und wann unfrei bzw. unvernünftig ist oder welche Kriterien beides hinreichend klar voneinander trennen können.Weiterhin kann sich der Arzt auf keinen gültigen Konsens in der Gesellschaft berufen, ob der Respekt vor der offensichtlich getroffenen Entscheidung des Suizidenten mehr zählt als die Maxime des Arztes, nichts zu unterlassen, was dem Suizidenten helfen könnte. Daß er helfen kann und der Suizident seine Hilfe braucht, ist unbestreitbar, wenn dieser, wie es meist der Fall ist, seine Handlung nicht auf Endgültigkeit, eher auf wirksamen Appell anlegt. Weitere Unsicherheiten stellen sich ein, wenn diese Hilfe nicht verlangt oder sogar zwecklos ist, z.B. wenn ein terminaler Patient seinem Sterbeprozeß ein Ende setzt. Das Problem der medizinischen Ethik ist nicht, ob der Suizid in diesem Fall eine "gute" Handlung ist oder nicht. Problematisch ist vielmehr, wo die *Grenzen der ärztlichen Hilfeleistungspflicht* anzusetzen sind bzw. worin die Hilfe bestehen muß.

Größerer Handlungsspielraum des Arztes muß sich darin zeigen, daß Therapie und Prophylaxe nicht im Kompetenzstreit auf der Strecke bleiben. Notfallversorgung (z.B. Entgiftung und Reanimation), Bearbeitung der verschiedenen Auslöse-Situationen wie chronisches Kranksein, Krankheiten des Alters, Unheilbarkeit, psychische und geistige Krankheiten, Straffälligkeit, Lebens- und Beziehungskonflikte, Sucht o.ä. und gezielte Nachsorge dürfen nicht einfach verschiedenen Spezialisten zugeordnet werden. Sie fordern vom Arzt, kompetenter *Begleiter* des Suizidenten zu sein, der alle ärztlichen, sozial- und psychotherapeutischen sowie seelsorgerlichen Belange sieht und koordiniert.

Den Arzt als Begleiter für den suizidalen Menschen zu fordern, kann nicht heißen, daß er eine Allzuständigkeit von der Reanimation über die Psychotherapie bis hin zur Seelsorge haben muß. Begleiter ist man aufgrund eines mitmenschlichen Versprechens, das vor jeder Professionalisierung liegt: auch dann bei demjenigen zu bleiben, der den Weg durch die Krise gehen muß, wenn dessen Verzweiflung und Leiden, dessen Mut und Wille zum Leben die Maßstäbe des Normalen unter- oder überschreiten. Insofern gibt es keine Grenze der ärztlichen Hilfeleistungspflicht, es gibt wohl die Pflicht, Art und Ausmaß der Hilfe der jeweiligen Situation anzupassen und nicht an Kompetenzgrenzen enden zu lassen. Hilfe kann nicht einfach in der Verhinderung des Sterbens bestehen. Diese Art der Hilfe hat immer dann ihre Berechtigung, wenn sie dem geretteten Suizidenten neue Chancen des geglückten Lebens eröffnet; doch sie ist immer da unangemessen, wenn sie die Krise, die im Mittelpunkt der Suizidhandlung steht, nicht bearbeitet, sondern ihre Bearbeitung dem Zufall überläßt.

Begleitung in der Krise der Suizidalität setzt voraus, daß die Helfer ihrer eigenen Angst vor dem Tod auf den Grund gehen. Ihnen scheint der Gedanke unerträglich und mit ihrem Beruf unvereinbar zu sein, daß Menschen sterben müssen und daß es deswegen vernünftigerweise keine unbegrenzte Verpflichtung geben kann, Leben zu erhalten, bzw. daß es nicht bedingungslos richtig sein kann, die Entscheidung eines Menschen, zu sterben, rückgängig zu machen. Eine Lösung, selbst eine kasuistische, für das Problem "Medizin und Suizid" kann es nicht geben ohne eine Lösung für das Problem "Medizin und Tod".

Bei ansprechbaren Suizidanten

Eine Unterscheidung zwischen "freiverantwortlichem" und "unfreiem" Suizid ist für den Fall bedeutsam, daß der *Patient das Bewußtsein (noch) nicht verloren* hat. Als weiteres Kriterium kommt hier der geäußerte Wille hinzu: Solange der freiverantwortliche Suizident Hilfe zurückweist, richtet sich die Hilfspflicht zunächst einmal darauf, ihn durch Zureden von etwaigen weiteren selbstzerstörerischen Schritten abzuhalten und umzustimmen zu versuchen. Die Anwendung von Gewalt ist ihm gegenüber zwar nicht geboten, aber auch nicht generell unzulässig: Der Einsatz maßvoller Nötigungsmittel ist grundsätzlich gerechtfertigt; die Zufügung bleibender Körperschäden wird man dagegen dem Retter nicht nur nicht zumuten können, sondern sogar zu untersagen haben. Beim "unfreien" Suizid verschiebt sich zwar nicht unbedingt die Skala der *Zulässigkeit* von Abhilfemaßnahmen, wohl aber die ihrer *Gebotenheit*: Soweit erforderlich und zumutbar, ist der Arzt zur

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Anwendung der zulässigen Zwangsmaßnahmen auch verpflichtet, da der entgegenstehende Wille mangels Freiverantwortlichkeit keinen Achtungsanspruch entfaltet.

In der Regel wird der Arzt in actu *nicht klären können, ob der Suizident als "freiverantwortlich" anzusehen ist*. Nur in Ausnahmefällen dürfte der Arzt über entsprechendes Hintergrundwissen verfügen bzw. werden die Tatumstände ein sofortiges und eindeutiges Urteil zulassen. Nach heutiger medizinischer Erkenntnis kann in der weit überwiegenden Anzahl "aktiver" Selbsttötungen und Selbsttötungsversuche nicht von Eigenverantwortlichkeit gesprochen werden. Solange der Arzt über keine eindeutigen gegenteiligen Informationen verfügt, muß er daher davon ausgehen, daß ein statistischer "Normalfall" vorliegt. Stellt sich später heraus, daß es sich um einen Ausnahmefall gehandelt hat, kann dem Arzt hieraus kein Vorwurf gemacht werden. Ohnehin berührt die Frage der Freiverantwortlichkeit weniger den Umfang seines Handlungs*rechts* als den seiner Handlungs*pflicht*. In jedem Fall hat der Arzt Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten (Koch 1984).

Anders ist die Situation bei den auf jeder Intensivstation bekannten Patienten, die (meist wohl im Verlauf depressiver oder psychotischer Schübe) wiederholt einen Suizidversuch unternehmen, bis sie mit der Wahl zunehmend härterer Mittel eines Tages ihr Ziel erreichen.

Schließlich gibt es aber auch Patienten, deren absolut ernstgemeinter Wille, aus dem Leben zu scheiden, nicht nur verständlich und nachfühlbar ist, sondern auch respektiert werden sollte. (Koch 1984)

Bei bewußtlosen Suizidanten

Ist der Patient bewußtlos, so muß sich der behandelnde Arzt nach zwar heftig kritisierter, aber noch nicht formell aufgegebener Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Leistung der möglichen und erforderlichen Hilfe selbst dann für verpflichtet ansehen, wenn er keinen Zweifel daran zu haben braucht, daß die Suizidentscheidung freiverantwortlich getroffen wurde. Schon heute ist diese Rechtsprechung jedoch auf den "aktiven" Suizid beschränkt. Hat der Patient nichts unternommen, um sich selbst den Tod zu geben, sondern lediglich freiverantwortlich seinem Krankheitsschicksal ergeben, ist eine Behandlungs*pflicht* des Arztes ausgeschlossen und ein Behandlungsrecht zumindest zweifelhaft. (Koch, 1984).

Ärztliches Handeln nach erfolgreichem Suizid

Abschließend ein kurzer Blick auf den Fall, in dem das Suizidgeschehen ein tödliches Ende genommen hat. Die Rechtslage ist hier leichter zu überschauen: Da es sich um einen nicht natürlichen Todesfall handelt, hat der die Leichenschau durchführende Arzt unverzüglich die Polizei einzuschalten, wenn er entsprechende Anzeichen feststellt. Zur Klärung der näheren Umstände der zuständige Ermittlungsrichter eine Leichenöffnung anordnen. Der zuletzt behandelnde Arzt darf die Sektion nicht selbst durchführen, er kann jedoch beratend zugezogen werden. Die Bestattung darf erst nach schriftlicher Genehmigung der Staatsanwaltschaft erfolgen. Soweit eine Sektion nicht behördlich verfügt wird, richtet sich deren Zulässigkeit ebenso wie die einer etwaigen Organentnahme nach den für natürliche Todesfälle entwickelten Regeln.

Zwangsmaßnahmen zur Suizidvermeidung

Die *Polizei* ist grundsätzlich befugt, eine Person, die Selbstmord begehen will, zu ihrem eigenen Schutz vorübergehend in Gewahrsam zu nehmen (vgl. z.B. § 17 I Nr. 1 des Polizeigesetzes für Bayern). Dies gilt nicht nur dann, wenn sich das Geschehen in der Öffentlichkeit abspielt und daher als Störung der öffentlichen Ordnung angesehen werden kann, sondern selbst bei einem Handeln des Lebensmüden innerhalb seiner privaten Sphäre. Die polizeilichen Eingriffsbefugnisse sind auch nicht davon abhängig, ob der Suizident freiverantwortlich gehandelt hat oder die Tat aus einem psychischen Defekt resultiert (in diesem Fall könnte sogar unter Umständen die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus erfolgen).

Strafrechtlich macht sich nach der - freilich im einzelnen widersprüchlichen und vielfach kritisierten - Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zumindest einer unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) schuldig, wer bei einem Suizidversuch nicht spätestens (nämlich bei eigenverantwortlich gefaßtem Selbstmordentschluß)

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

dann die erforderliche, mögliche und zumutbare Hilfe leistet, wenn der Lebensmüde infolge Bewußtlosigkeit die Herrschaft über den von ihm veranlaßten Geschehensablauf verloren hat. Wer - wie vor allem Angehörige - als sogenannter "Garant" dem Suizidenten besonders verpflichtet ist, muß gar Bestrafung wegen Tötung auf Verlangen, wenn nicht wegen Mordes oder Totschlags fürchten.

Paradoxerweise ist es hingegen nicht strafbar, eine freiverantwortliche Person anzustiften, sich das Leben zu nehmen oder ihr dazu Beihilfe zu leisten, solange sie die Handlungsfähigkeit noch nicht verloren hat. Hierzu folgerichtig steht auch die lediglich fahrlässige Mitverursachung eines freiverantwortlichen Suizids nicht unter Strafe: Was als Vorsatztat straffrei ist, muß es auch bei bloßer Fahrlässigkeit sein. Auch macht sich nicht strafbar - dies zugleich in grober Abgrenzung zur sogenannten passiven Sterbehilfe, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann -, wer, obgleich Garant, zuläßt, daß ein anderer in freier Willensbestimmung nichts gegen eine unbehandelt todbringende Erkrankung unternimmt, sondern dem Geschehen seinen Lauf läßt.

Umgekehrt: Wer einen handlungsfähigen und freiverantwortlichen Suizidenten mit Gewalt von seinem Vorhaben abhält, macht sich nicht wegen Nötigung (§ 240 StGB) strafbar. Ob jedoch auch längere Freiheitsentziehungen oder die Zufügung ernsthafter Körperverletzungen straflos wären, erscheint durchaus fraglich. Hingegen wäre die Grenze zur Strafbarkeit wohl überschritten, wenn die zu rettende Person nicht Hand an sich gelegt hat, sondern lediglich dem vorgezeichneten tödlichen Schicksal seinen Lauf zu lassen wünscht, daran aber gewaltsam gehindert wird.

Fehlt es an der Freiverantwortlichkeit des Suizidenten, so greift die Hilfspflicht nicht erst mit Eintritt der Bewußtlosigkeit ein. Sie ist je nach den Umständen des Einzelfalls darauf gerichtet, zu verhindern, daß es überhaupt zu der Tatausführung kommt bzw. dafür zu sorgen, daß die Folgen möglichst gering bleiben. Bereits eine fahrlässige Verkennung der Situation kann für den Garanten strafrechtliche Folgen (fahrlässige Tötung bzw. Körperverletzung, §§ 222, 230 StGB) nach sich ziehen. Auch zur Vermeidung eines "unfreien" Suizids sind maßvolle Zwangseingriffe in Rechtsgüter des Suizidenten zulässig.

Ansprüche auf Aufwendungsersatz bei Rettungshandlungen

Jeder, der bei einem Suizid(versuch) *Rettungsmaßnahmen* ergreift, hat ohne Rücksicht auf einen etwaigen entgegenstehenden Willen des Suizidenten als "Geschäftsführer ohne Auftrag" gemäß §§ 677, 683 BGB Anspruch auf Ersatz seiner Aufwendungen.War die Hilfeleistung vergebens, richtet sich der Anspruch gegen den Nachlaß des Suizidenten. Wer einen Selbstmörder zu retten unternimmt, ist überdies gemäß § 539 Nr. 9 RVO kraft Gesetzes in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert. Diese Regelungen unterscheiden nicht zwischen "freiverantwortlichem Suizid" und "Defekttat".

Selbstmord bei Krankheit: Unfallversicherung zahlt

Das Bundessozialgericht in Kassel hat in einem Musterprozeß entschieden, daß nach einem Selbstmord des Ehemannes und Vaters von den Hinterbliebenen Witwen- und Waisenrente aus der Unfallversicherung beansprucht werden kann, wenn ein vorausgegangener Unfall oder eine Berufskrankheit die Selbsttötung wesentlich mitverursacht hat. Der Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit brauchen dabei nicht der alleinige Beweggrund für den Selbstmord zu sein. Die bisherige engere höchstrichterliche Rechtsprechung wurde in dem Urteil des Bundessozialgerichts ausdrücklich aufgegeben. (Aktenzeichen: Bundessozialgericht 8 RknU 1/89)

Selbstmordversuch im Krankenhaus

Unternimmt ein Patient, der sich wegen Suizidgefahr in stationärer Behandlung befindet, im Krankenhaus trotzdem einen Selbstmordversuch und verletzt sich dabei, so wird der Krankenhausträger für die Folge´kosten haftbar gemacht. In diesem Fall kann er dem Schadensersatzanspruch des Patienten keinen Mitverschuldungseinwand entgegenhalten, entschieden die Richter des Bundesgerichtshofs.

Dieses Urteil bestätigt eindeutig, daß Ärzte immer dann schadensersatzpflichtig sind, wenn Patienten sich zwar aus eigenem Entschluß einen Schaden zufügen, die Behandlungs- und Obhutspflicht des Arztes aber gerade in Abwendung eines Selbstmordversuchs bestand.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Dem Urteil liegt folgender Sachverhalt zugrunde: Ein Patient befand sich nach Einnahme einer größeren Menge LSD zur Behandlung in der neurologisch-psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses. Dort wurde eine "rezidivierende psychotische Reaktion sowie der Verdacht auf eine beginnende schizophrene Entwicklung" diagnostiziert.

Ungefähr zweieinhalb Wochen nach der Aufnahme in das Krankenhaus versuchte der Patient Selbstmord zu begehen und stürzte sich von der zweiten Etage des Gebäudes in den Treppenhausschacht. Er zog sich erheliche Verletzungen zu.

Die Krankenkasse forderte die Krankenhausträger daraufhin auf, die zusätzlich entstandenen Heilbehandlungskosten zu ersetzen. Diese Forderung wurde abgelehnt, da der Patient durch sein Verhalten die Heilbehandlungskosten überwiegend selbst verschuldet habe. Vor dem Landgericht und dem Oberlandesgericht hatte der Krankenhausträger mit dieser Argumentation Erfolg.

Der BGH ließ diesen Einwand jedoch nicht gelten. Grundsätzlich könne sich auch derjenige, der Schutzpflichten gegenüber einem anderen verletze, darauf berufen, der andere habe schließlich den Schaden selbst schuldhaft mitverursacht. Dieser Grundsatz erfahre aber in den Fällen eine Einschränkung, in denen der Behandlungsauftrag gerade in der Abwendung solcher "Mitverschuldensursachen" besteht.

Der einem derartigen Behandlungsauftrag entgegenstehende Wille des Patienten sei rechtlich unerheblich. Bei dieser Sachlage gebe es keine Pflicht des Patienten, von sich aus der Selbstmordgefahr entgegenzuwirken.

Anders sei die Situation zu beurteilen, wenn ein Patient krankheitsunabhängig aus "normal-psychologischen Motiven oder sonstigen sachlichen Überlegungen", so der BGH, seinem Leben ein Ende bereiten wolle. Bei einem versuchten "Bilanzselbstmord" scheide eine Haftung des Krankenhausträgers von vornherein aus. Die Vermeidung derartiger Gefahren falle nicht in seinen Pflichtenkreis.

Urteil: (Az.: VI ZR 114/84, 8.Oktober 1985)

Literatur:

Bottke, W.: Das Recht auf Suizid und Suizidverhütung. In: Goltdammer's Archiv für Strafrecht 1982, S. 346-361.

Bottke, W.: Suizid und Strafrecht. Berlin 1982.

Engisch, K.: Die rechtliche Beurteilung des ärztlichen Eingriffs unter besonderer Berücksichtigung des Suizidpatienten. In: Heidelberger Jahrbücher IV/1960, S. 47-70.

Eser, A. (Hrsg.): Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem. Stuttgart 1976.

Geilen, G.: Suizid und Mitverantwortung. In: Juristenzeitung 1974, S. 145-154.

Koch, H.G.: Der Suizidpatient als Rechtsfall. Münch. Med. Wschr. 126 (1984), Nr. 22, 53-58

Pohlmeier, H.: Selbstmord-Gefährdete in der ärztlichen Praxis. In: Med. Klein. 1981, S. 59-64.

Wegener, M.: Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Psychotherapeuten - dargestellt am Beispiel des Klientensuizids. In: Juristenzeitung 1980, S. 590-597

Wolfslast, G.: Zur Haftung für Suizide während klinisch-psychiatrischer Therapie. In: Neue Zeitschrift für Strafrecht 1984, S. 105-109.

Wiemers, K.: Probleme der Reanimation und Intensivtherapie beim suizidalen Patienten. Münch. Med. Wschr. 126 (1984) 38-42

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Verschreibung von Medikamenten

Haftung für Arzneimittelnebenwirkungen

Als Risiko wird der Teil der abzuwägenden Größen umschrieben, der in § 5 II als schädliche Wirkungen bezeichnet wird. Die Schadenswahrscheinlichkeit läßt sich berechnen, indem man die absolute Zahl der Anwendungen zu der Zahl derjenigen ins Verhältnis stellt, bei denen die jeweilige schädliche Wirkung aufgetreten ist. Um diese Zahlen präzise ermitteln zu können, ist folgendes zu beachten:

– schädliche Wirkungen, die bei einem nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch beobachtet wurden, dürfen nicht berücksichtigt werden.

Die Risiko-Nutzen-Abwägung

Die Abwägung von Nutzen und Risiko eines Arzneimittels ist das Mittel zur Bewertung der Akzeptanz seiner schädlichen Wirkungen. Die Abwägung stellt den zweiten Schritt der Vertretbarkeitsprüfung dar, der der Abschätzung folgt. In der Literatur werden bedenkliche Arzneimittel als solche beschrieben, deren Anwendung mehr schadet als nützt. Ein Arzneimittel kann dann mehr schaden als nützen, wenn das Risiko der Arzneimittelanwendung größer ist als das Krankheitsrisiko, das Arzneimittel also potentiell mehr Schaden anrichten kann als die Krankheit selbst. Danach wäre z. B. ein Arzneimittel bedenklich, das die Symptome einer Bagatellerkrankung zu lindern vermag, aber in einer erheblichen Zahl von Fällen zu schweren, irreversiblen Nebenwirkungen führt. Die schädlichen Wirkungen eines Arzneimittels können aber auch unter dem Gesichtspunkt unvertretbar sein, daß der Verbraucher durch seine Anwendung sinnlosen Risiken ausgesetzt wird, weil der Therapieerfolg auf andere, weniger riskante Weise ebenfalls zu erreichen wäre. Durch die Anwendung des riskanteren Arzneimittels wird der Einsatz des risikoärmeren Präparates verhindert. Während in der ersten der beiden o. g. Alternativen eine isolierte Nutzen-Risiko-Betrachtung eines einzelnen Arzneimittels (wenn auch bezogen auf bestimmte Krankheitsrisiken) vorzunehmen ist, findet in der zweiten Alternative eine Gegenüberstellung von Nutzen und Risiko verschiedener Arzneimittel gleicher Indikation statt.

Etmer/Bolck, § 5 Anm. II 2c; Lewandowski, DAZ 1980, 1368 1368; ders., Pharma Re 1980, 106, 106

Der Rechtsgedanke der §§ 216, 226 a StGB als Kriterium der Unvertretbarkeit

Aus dem Strafgesetzbuch lassen sich absolute Grenzen der Einwilligungsfreiheit des Patienten bzw. Verbrauchers und damit auch des Handlungsspielraumes des Arztes ableiten. Aus § 216 StGB ergibt sich, daß es dem Einzelnen versagt ist, in die eigene, vorsätzliche Tötung mit rechtfertigender Wirkung für den Tötenden einzuwilligen. Die persönliche Dispositionsbefugnis endet weiterhin dort, wo eine Körperverletzung gegen die guten Sitten verstoßen würde (§ 226 a StGB). Die die Wirksamkeit der Einwilligung ablehnende Meinung in der Literatur überträgt den Rechtsgedanken des § 216 StGB auch auf die Fälle der Einwilligung in eine Gefährdung, so daß der Einwilligung in ein tödliches Risiko die rechtfertigende Wirkung versagt wird, wenn sich das Risiko realisiert. Wäre dieser Meinung zu folgen, so würde sich ein Arzt strafbar machen, wenn er einem voll informierten Patienten ein Arzneimittel injiziert, das in 1% der Anwendungsfälle zum Tod durch anaphylaktischen Schock führt und der Patient daran stirbt.

Absolute Bedenklichkeit

Die Feststellung, ob ein Arzneimittel absolut bedenklich ist, setzt einen Vergleich zwischen Arzneimittelrisiken und den Risiken der Erkrankung voraus, die durch die Arzneimittelanwendung behandelt werden soll. Ist das Risiko, an der Krankheit zu sterben, kleiner als das Risiko einer tödlichen Wirkung des Arzneimittels, so ist das

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Arzneimittel bedenklich. Eine Regel könnte möglicherweise derart formuliert werden, daß bedenklich ein solches Arzneimittel ist, das schwerere Gesundheitsschäden herbeiführen kann als die zu behandelnde Krankheit. Ist das Krankheitsrisiko hinsichtlich Schadensgröße und Schadenswahrscheinlichkeit kleiner als das Behandlungsrisiko, kann dagegen absolute Bedenklichkeit angenommen werden.

Relative Bedenklichkeit

Soll festgestellt werden, ob ein Arzneimittel den Verbraucher mit sinnlosen Risiken belastet, so ist wie folgt vorzugehen: Unter Arzneimitteln gleicher Indikation ist zumindest dasjenige Präparat relativ unbedenklich, das am besten wirksam und zugleich mit dem geringsten Risiko belastet ist. Dieses »optimale« Arzneimittel gibt den Standard vor, an dem Konkurrenzpräparate zu messen sind. Sie erreichen diesen Standard nicht, wenn sie bei gleicher oder schwächerer Wirksamkeit höhere Risiken aufweisen. Schwächere Wirksamkeit hat die Unvertretbarkeit der schädlichen Wirkungen eines Arzneimittels dann nicht zur Folge, wenn sie mit einem hinsichtlich Schadensgröße und/oder -wahrscheinlichkeit geringeren Risiko korrespondiert.

Der nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse begründete Verdacht

Hat man im Zusammenhang mit der Anwendung eines Arzneimittels unvertretbare, schädliche Wirkungen beobachtet, stellt sich als nächstes die Frage, ob der bisherige Wissensstand ausreicht, um einen »nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse begründeten Verdacht« (§ 5 II) anzunehmen. Der Verdacht kann sich dabei nur auf die Existenz eines kausalen Zusammenhangs zwischen den aufgetretenen Wirkungen und der Arzneimittelanwendung beziehen. Bislang wurde durch die Art der Darstellung (u. a. die Beispielfälle in der Vertretbarkeitsprüfung) suggeriert, daß dieser Ursachenzusammenhang eindeutig belegt ist. In der Praxis wird ein derartig sicheres Wissen regelmäßig nicht vorhanden sein. Hier muß man sich mit Wahrscheinlichkeitsaussagen begnügen. Während § 6 AMG 61 für ein Verkehrsverbot die Eignung des Arzneimittels zur Herbeiführung unvertretbarer schädlicher Wirkungen voraussetzte, wurde bei Schaffung des neuen Arzneimittelgesetzes die Formulierung der Bedenklichkeitsdefinition geändert. Man hatte im Eignungsbegriff das Erfordernis eines naturwissenschaftlichen Kausalnachweises gesehen , der in der Regel aber nicht erbracht werden kann. Um ein Leerlaufen des Verbots bedenklicher Arzneimittel zu verhindern , setzt § 5 AMG 76 nur noch einen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse begründeten Verdacht voraus. Er muß im Zeitpunkt des Inverkehrbringens vorliegen. Auch dieser Teil des Bedenklichkeitsbegriffs umschreibt eine Strafbarkeitsschwelle. Geht es bezüglich der Vertretbarkeit darum, die rechtliche Akzeptabilität von Arzneimitteleigenschaften zu prüfen, so ist hier danach zu fragen, wann ausreichende Verdachtsmomente für das Vorliegen der inakzeptablen Eigenschaften gegeben sind. Anhand der beteiligten Interessensphären kann diese Schwelle so gekennzeichnet werden, daß bei Vorliegen eines begründeten Verdachts die Gesundheitsinteressen der Verbraucher die wirtschaftlichen Interessen des Unternehmers an einem weiteren Inverkehrbringen des Arzneimittels überwiegen.

Der jeweilige Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse

§ 5 stellt nicht einfach auf einen begründeten Verdacht ab, sondern modifiziert den Begriff durch Beifügung eines Verweises auf den »Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse«. Er nimmt dadurch auf außerrechtliche Maßstäbe Bezug. Ähnlich dem technischen Sicherheitsrecht, das im wesentlichen zwischen den Termini »allgemein anerkannte Regeln der Technik«, »Stand der Technik« und »Stand von Wissenschaft und Technik« differenziert, sind auch die Bezüge des Arzneimittelrechts zu außerrechtlichen Kategorien unterschiedlich formuliert. So wird teilweise auf den »Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse« und teilweise auf deren »gesicherten Stand« verwiesen. Mit diesen abweichenden Formulierungen können unterschiedliche Inhalte verbunden sein, mit der Folge, daß Art und Umfang der Einbeziehung von Erkenntnissen je nach verwendetem Terminus verschieden zu bestimmen sind.

Zusammenfassung

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Das Verkehrsverbot des § 5 I AMG dient dem Schutz der Verbraucher vor ungeeigneten Arzneimitteln. § 5 I verbietet dabei nicht nur besonders riskanten Arzneimitteln den Marktzugang, sondern auch solchen Präparaten, die unter Arzneimitteln gleicher Indikation lediglich die riskanteren sind. Entsprechend ist begrifflich zwischen »absoluter« und »relativer« Bedenklichkeit zu unterscheiden. Innerhalb der Vertretbarkeitsprüfung ist zwischen der Abschätzung von Risiko und Nutzen und ihrer Abwägung zu unterscheiden.

Haftung des Herstellers

Bei nicht im Beipackzettel erwähnten **»unbekannten« Arzneimittelstörwirkungen** haftet der Hersteller gemäß § 84 AMG. Werden Ansprüche an den Arzt gestellt, kann er die Haftung auf den Hersteller abwälzen.

Für im Beipackzettel erwähnte **»bekannte« unerwünschte Wirkungen** haftet der Hersteller nicht. Erhebt der Patient Haftungsansprüche, muß er nachweisen, daß ein »Arztfehler« die Störung hervorgerufen hat. Handelt es sich nicht um einen solchen, haften weder Arzt noch Hersteller.

Verordnet der Arzt in der Wissenschaft **umstrittene, fraglich wirksame oder besonders risikoreiche Präparate**, ist er bei Komplikationen nicht haftungspflichtig, wenn er das Arzneimittel im Rahmen der zugelassenen Indikationen anwendet und ihm kein Kunstfehler nachzuweisen ist. Die Rechtssprechung folgt im Prinzip dem Grundsatz, daß der Arzt durch die Verordnung Mitverantwortung für die Sicherheit und Wirksamkeit des von ihm benutzten Arzneimittels gegenüber dem Patienten übernimmt und er den Patienten über problematische Aspekte von Arzneimitteln aufzuklären hat. Dies gilt auch für den nachbehandelnden Hausarzt bei einer in der Klinik eingeleiteten problematischen Arzneitherapie. Sind dem Arzt besondere Risiken bekannt, ist es zweckmäßig, den Patienten darauf hinzuweisen und sich - falls der Patient auf der Behandlung besteht - eine schriftliche Einwilligung geben zu lassen.

Aufklärungspflicht des Herstellers nach dem Arzneimittelgesetz (AMG)

Unter der Verdachtsdiagnose akute Tonsillitis war einer OP-Gehilfin einer Karlsruher Klinik vom Hausarzt EUSAPRIM verordnet worden. 12 Tage nach Beginn der Behandlung zeigte sich juckender, roter Ausschlag am rechten Unterarm. Die Patientin kam als Notfallaufnahme in das Städtische Klinikum Karlsruhe. Dort wurde die Diagnose gestellt: »STEVENS-JOHNSON-Syndrom nach EUSAPRIM-Therapie einer Tonsillitis«.

Die Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg verneinte einen ärztlichen Behandlungsfehler. Als unmittelbare körperliche Folge der Schädigung durch das STEVENS-JOHNSON-Syndrom war die Erkrankte durch eine Vielzahl von Beschwerden körperlich stark beeinträchtigt. Nach 17 Tagen intensivmedizinischer Behandlung mußte sie stationär und ambulant in weiteren Kliniken versorgt werden. Durch Verdienstausfall und die Unfähigkeit, den familiären Haushalt zu führen, erlitt die Betroffene überdies einen materiellen Schaden.

Ein von der Patientin beauftragter Rechtsanwalt verklagte Wellcome wegen Vertriebs eines gesundheitsgefährdenden Arzneimittels auf Haftung. Der Firma seien seit Jahren solche schädlichen Wirkungen des Arzneimittels bekannt. Dessen ungeachtet beschreibe der EUSAPRIM-FORTE-Beipackzettel unter Nebenwirkungen lediglich: »Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Zungenentzündung sowie Arzneimittelexantheme wurden selten beobachtet.« Diesem Hinweis vermag kein Laie zu entnehmen, daß bei Einnahme des gegen Halsschmerzen verordneten Mittels das Risiko schwerster körperlicher Schädigung bis hin zum Tod eingegangen wird.

Weil Wellcome Klarheit und Vollständigkeit in der Eigenschaftsbeschreibung ihres Produktes EUSAPRIM unterließ, ergibt sich juristisch eine Anspruchsgrundlage (nach § 84 AMB: Haftung bei Verschweigen von Nebenwirkungen). Wie die beklagte Firma einräumen mußte, war ihr das Erythema multiforme oder STEVENS-JOHNSON-Syndrom seit mehr als 15 Jahren aus Fallmeldungen und einschlägigen Lehrbüchern bekannt.

Die beklagte Pharmafirma versuchte im Prozeß, den Schaden auf den Hausarzt abzuwälzen. Er habe einen Kunstfehler begangen, da bei Halsschmerzen (Tonsillitis) Penizillin das Mittel erster Wahl sei und nicht EUSAPRIM.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

In dem noch nicht rechtskräftigen Urteil des Landgerichts Karlsruhe bekam die Patientin in allen Punkten recht. Zur Kausalität führe das Gericht aus: »Steht ein Sachverhalt fest, der nach der Lebenserfahrung auf einen bestimmten Geschehensablauf hinweist, so ist dieser regelmäßige Verlauf, wenn der Fall das Gepräge des Üblichen und Typischen trägt, im Wege des Anscheinsbeweises als bewiesen anzusehen.«

Daß andere Verursachungsmechanismen theoretisch möglich seien, reicht nach Ansicht des Gerichts nicht aus. Beweisbelastet für einen atypischen Geschehensablauf war in diesem Fall die beklagte Pharmafirma.

Nach Auffassung des Gerichts verschuldete diese das aufgetretene STEVENS-JOHNSON-Syndrom, weil sie in der Gebrauchsinformation zwei Instruktionsfehler begangen hatte: Erstens hatte sie das Risiko nicht aufgezeigt, zweitens unterließ sie es in der Gebrauchsinformation darauf hinzuweisen, »daß EUSAPRIM FORTE nicht das geeignete Mittel für Halsschmerzen ist«.

Eine Gebrauchsinformation ist fehlerhaft, »wenn sie nicht den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entspricht, insbesondere nicht auf alle Gefahren des Arzneimittels ausreichend - auch unter Nennung besonders schwerer Folgen - hinweist«.

Die Pflicht des pharmazeutischen Unternehmers, die bestimmungsgemäße Anwendung des Arzneimittels durch eine »den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechende Gebrauchsinformation so klar zu umgrenzen, daß bei deren Beachtung kein das vertretbare Maß überschreitender Schaden entstehen kann«, ist rechtserheblich, »damit der Anwender selbst entscheiden kann, ob er bestimmte Risiken in Kauf nimmt«. Die Fehlerhaftigkeit der Information kann z. B. auf der Nichtangabe von Kontraindikationen, Warnhinweisen, Wechselwirkungen oder Dosierungsbeschränkungen beruhen. Jede nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zum Zeitpunkt des In-Verkehr-Bringens bekannte Nebenwirkung löst die Haftung des pharmazeutischen Unternehmers aus, wenn er auf sie nicht ausreichend hingewiesen hat. Das Gericht kritisiert, daß in der US-amerikanischen Produktbeschreibung schon seit Jahren der Hinweis auf das STEVENS-JOHNSON-Syndrom enthalten gewesen sei, nicht aber in Deutschland.

Pharmaherstellern wird die Entscheidung mit dem Aktenzeichen 20144/89 des Landgerichts Karlsruhe eine Mahnung für zukünftiges Handeln sein: »Der Hersteller muß nämlich, jedenfalls wenn durch sein Produkt die Gesundheit oder die körperliche Unversehrtheit von Menschen bedroht ist, schon dann eine Warnung aussprechen, wenn aufgrund eines zwar nicht dringenden, aber ernstzunehmenden Verdachts zu befürchten ist, daß Gesundheitsschäden entstehen können.«

Die Klägerin bekommt ein Schmerzensgeld sowie eine Schmerzensgeldrente, und es wird ihr ein materieller Ausgleich des erlittenen Schadens jetzt und in Zukunft zugestanden.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Nichteinsatz eines für eine bestimmte Indikation noch nicht zugelassenen Medikaments

Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 30.5.1990

Das Oberlandesgericht (OLG) Köln hat in einem Urteil vom 30.5.1990 - 27 U 169/89 - den Träger eines Krankenhauses zur Leistung von Schadensersatz verurteilt, weil die Ärzte dort bei der Behandlung einer Herpes-Enzephalitis beim Kläger ein auf dem Markt befindliches, für diese Indikation aber noch nicht zugelassenes Medikament zu spät eingesetzt hätten.

Der Sachverhalt:

Der Entscheidung liegt folgender Sachverhalt zugrunde: Der am 24.11.1985 geborene Kläger wurde am Samstag, dem 25.4.1987, gegen 15.30 Uhr im Krankenhaus der Beklagten zur stationären Behandlung aufgenommen. Bei der Aufnahme befand sich das Kind in einem generalisierten, rechts betonten tonisch-klonischen Krampfzustand. Seine Augen waren verdreht. Es zeigte sich eine Lippenzyanose mit Schaum vor dem Mund. Die Pupillen waren eng. Die Temperatur betrug 39°C, rektal gemessen. Die Herztöne waren rein, die Herzaktion tachykard. Der Krampfanfall wurde mit Diazepam und Phenobarbital therapiert, das Fieber wurde mit Wadenwickeln und Paracetamol bekämpft. Zu diagnostischen Zwecken wurden Blutbild, Entzündungsparameter, Elektrolyte, Nierenretentionswerte und Blutgaswerte bestimmt.

Nach einer ruhigen Nacht erlitt der Kläger am 26.4.1987 gegen 7.00 Uhr erneut einen Krampfanfall; die zwischenzeitlich gefallene Temperatur stieg auf über 39°C an. Es wurde eine Lumbalpunktion durchgeführt. Die Untersuchung des Liquors erbrachte den Nachweis von 72/3 weißen Blutkörperchen, so daß eine bakterielle Meningitis auszuschließen war. Die Medikation wurde unverändert fortgesetzt.

Am 27.4.1987 wurden weiterhin Krampfanfälle und Fieberschübe beobachtet. Es wurde ein EEG abgeleitet, ferner wurde eine antibiotische Behandlung mit Ceftazidim begonnen. Am 28.4.1987 wurde von ortsansässigen niedergelassenen Fachärzten für Radiologie ein kraniales Computertomogramm (CT) erstellt, das nach Ansicht der Radiologen »im Zusammenhang mit den klinischen Befunden mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine herdförmige Enzephalitis« schließen ließ. Im Anschluß an diesen Befund wurde dem Kläger zur Bekämpfung der Hirnentzündung Aciclovir (Zovirax®) in einer Dosierung von dreimal täglich 60 mg verabreicht.

Am 29.4.1987 wurde der weiterhin fiebernde Kläger auf Veranlassung seiner Mutter in eine Universitätsklinik verlegt. Er wurde dort unter anderem weiter mit Ceftazidim und Aciclovir behandelt. Die veranlaßte serologische Untersuchung ergab später den sicheren Befund einer Herpesvirus-Enzephalitis.

Am 11.6.1987 wurde der Kläger nach Hause entlassen. Er leidet seither unter einer Hemiparese rechts. Die Vertreter des Klägers führten die von ihm behaupteten körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen auf zu späten Einsatz von Aciclovir zur Bekämpfung der Herpes-Enzephalitis zurück, ein Medikament, das zum damaligen Zeitpunkt für diese Indikation vom Bundesgesundheitsamt nicht zugelassen war. Sie verlangten deshalb von der Beklagten Schadensersatz.

Das OLG Köln hat, ebenso wie schon in erster Instanz das Landgericht, dem Kläger recht gegeben. Nach seiner Auffassung sind den Ärzten der Beklagten Behandlungsfehler im diagnostischen und therapeutischen Bereich unterlaufen. In therapeutischer Hinsicht wirft das Gericht den Ärzten einen zu späten Einsatz von Aciclovir zur Bekämpfung der Herpes-Enzephalitis vor. Das Urteil führt hierzu unter anderem aus:

Indizierter Einsatz von Aciclovir schon bei Herpes-Enzephalitis-Verdacht:

»Im Behandlungszeitpunkt war der Einsatz von Aciclovir gegen Herpes-Enzephalitis eine klinisch gängige Praxis. Die Wirksamkeit des Mittels war auf Grund von Studien an großen Patientenzahlen (➔ Sköldenberg 1984, ➔ Witley 1986 und ➔ Prange 1985) belegt. Auch in dem Standardwerk Therapie der Krankheiten des Kindesalters (3. Auflage 1985) ist angegeben, daß die Behandlung der Herpes-Enzephalitis mit Aciclovir über das Versuchsstadium hinaus sei und sich als wirksam erwiesen habe, dieses Mittel heute zur Verfügung stehe, wobei

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

allerdings einleitend darauf hingewiesen ist, die Behandlung sei in Einzelfällen versucht worden.

Nach Ausführungen des Sachverständigen ist der Einsatz dieses Mittels bereits bei zureichendem Verdacht auf die Erkrankung indiziert ... Die Beklagte bestreitet im Grundsatz auch nicht, daß Aciclovir schon bei Herpes-Enzephalitis-Verdacht einzusetzen ist. Ihre Ärzte haben nach Vorliegen des CT, das 3/4im Zusammenhang mit den klinischen Befunden mit hoher Wahrscheinlichkeit eine herdförmige Enzephalitis¿ ergab, ebenfalls Aciclovir verabreicht. Dabei kommt es nicht darauf an, daß Aciclovir im Sinne der Vorschriften des Arzneimittelgesetzes (AMG) noch nicht als Medikament gegen diese Erkrankung zugelassen war. Der Kläger weist mit Recht darauf hin, daß das AMG nicht die therapeutische Freiheit des Arztes einschränkt, das heißt, es verbietet ihm nicht, ein Medikament, das gegen bestimmte Erkrankungen 3/4auf dem Markt¿ ist, auch gegen eine andere Erkrankung einzusetzen, wenn dies medizinisch geboten ist. Letzeres ist jedenfalls dann der Fall, wenn es medizinisch-wissenschaftlich erprobt ist und die Nebenwirkungen bekannt sind, was hier der Fall war.«

Unterlassene Anwendung von Aciclovir als grober Behandlungsfehler:

Das Gericht hat es zwar nicht als bewiesen erachtet, daß die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Klägers bei rechtzeitiger Bekämpfung der Herpes-Enzephalitis vermieden worden wären. Die verbleibenden Zweifel an der Ursächlichkeit des Fehlers gehen nach Auffassung des Gerichts jedoch zu Lasten der Beklagten, da deren Ärzte der Vorwurf des groben Behandlungsfehlers treffe.

»Ob ein Behandlungsfehler als grob zu qualifizieren ist, hängt im wesentlichen vom Einzelfall ab, insbesondere davon, ob er die Aufklärung des Krankheitsverlaufs besonders erschwert. Zwar sind generelle Definitionen nur bedingt tauglich (vgl. Steffen, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht, 3. Auflage S. 118), in Frage kommen aber vor allem Verstöße gegen elementare Behandlungsregeln, gegen elementare Erkenntnisse der Medizin (vgl. etwa BGH VersR 86, 366), therapeutisch insbesondere grundloses Nichtanwenden einer Standardmethode zur Bekämpfung bekannter Risiken (vgl. die Rechtsprechungsnachweise bei Steffen a. a. O., S. 121 f.).

Von besonderer Bedeutung ist dabei, ob der Fehler im Rahmen einer Gesamtbetrachtung des Behandlungsgeschehens unter Berücksichtigung der konkreten Umstände (vgl. BGH VersR 88, 495 = NJW 88, 1511) aus objektiver ärztlicher Sicht bei Anlegung des für einen Arzt geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabs nicht mehr verständlich und verantwortbar erscheint (vgl. BGH VersR 83, 729 = NJW 83, 2080). Ein Diagnoseirrtum im Sinne einer Fehlinterpretation der erhobenen Befunde ist dann als grob zu bezeichnen, wenn es sich um einen fundamentalen Irrtum handelt (BGH VersR 88, 293 = NJW 88, 1513), wobei ferner gravierend das Nichterheben gebotener Kontrollbefunde ins Gewicht fällt.«

Gemessen an diesen Grundsätzen hat das Gericht nicht nur die Versäumnisse im diagnostischen Bereich, sondern auch den verspäteten Einsatz von Aciclovir als grob fehlerhaft erachtet und dazu unter anderem ausgeführt:

»Auch der verzögerte Einsatz von Aciclovir ist nicht verständlich. Die Therapie mit diesem Mittel muß nach den Ausführungen des Sachverständigen als Standardmethode zur Bekämpfung von Herpes-Enzephalitis angesehen werden, weil es erprobt ist und sich als einzig nachhaltig erfolgversprechendes Mittel herausgestellt hat. Diese Kenntnis mußte von den Ärzten der Kinderabteilung der Beklagten erwartet werden.

Die fehlende Zulassung nach dem AMG ändert daran nichts. Dieser Umstand konnte allenfalls Veranlassung geben, vor Anwendung des Mittels bei den spezialisierten Fachkliniken der Universitäten K., A., B., D. oder X. telefonische Auskünfte über den Zeitpunkt des Einsatzes und etwa zu befürchtende Nebenwirkungen einzuholen, um Gewißheit über das therapeutische Vorgehen zu erlangen. Ein solches Verhalten ist zur Abwendung unmittelbar drohender schwerer Gefahren nicht nur zumutbar, sondern im Interesse des Patienten sogar geboten. Im übrigen zeigt die Tatsache, daß Aciclovir schließlich doch gegeben wurde, daß die fehlende Zulassung nach dem AMG von den Ärzten der Beklagten nicht als Hindernis für den Einsatz des Medikaments bewertet wurde.

Nach gefestigter höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. BGH VersR 86, 366 (367); 89, 80 = NJW 88, 2949) reicht es im Fall eines großen Behandlungsfehlers für die Haftung aus, daß der Fehler generell zur Verursachung des eingetretenen Schadens geeignet ist; wahrscheinlich braucht der Eintritt eines solchen Erfolgs nicht zu sein.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Vorliegend steht außer Zweifel, daß der um mindestens 24 Stunden verzögerte Einsatz von Aciclovir generell geeignet war, die Heilungschancen zu verringern, oder umgekehrt durch einen entsprechend früheren Einsatz des Mittels sich die Chancen des Klägers verbessert hätten, die Chancen einer vollständigen Heilung oder zumindest einer günstigeren Beeinflussung des Krankheitsverlaufs mit der Folge geringerer dauernder Beeinträchtigungen.«

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Wann darf der Arzt an einer klinischen Arzneimittelstudie teilnehmen?

Neueste Presseberichte legen den Schluß nahe, daß derjenige Arzt, der an einer klinischen Arzneimittelstudie teilnimmt, damit rechnen muß, daß seine Praxis durchsucht und seine Patienten von der Staatsanwaltschaft angeschrieben werden. Letztlich sei zu befürchten, daß man in Untersuchungshaft genommen wird.

Diese Schlüsse lassen sich aus den Berichten über einen Kölner Arzt ziehen, dem vorgeworfen wird, ohne erforderliche Aufklärung bei Patienten ein noch nicht zugelassenes Medikament ausprobiert und dabei allein in einem Jahr eine Million Mark von der Pharmaindustrie erhalten zu haben.

Richtig ist, daß die klinische Arzneimittelprüfung ein unverzichtbarer Bestandteil der Weiterentwicklung für die Arzneimittelversorgung der Patienten ist. Wer die gesetzlich vorgeschriebenen Voraussetzungen für die Teilnahme an solchen klinischen Studien einhält, handelt nicht nur rechtmäßig, sondern dient auch der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes, wie es § 1 Abs. 1 der Bundesärzteordnung formuliert. Um unbegründeter Angst vor der Teilnahme an einer klinischen Studie zu begegnen, wird nachfolgend dargestellt, unter welchen Voraussetzungen die Teilnahme an klinischen Studien rechtlich geschützt ist. Dabei verdienen gerade diejenigen Studien, in denen für ein bereits zugelassenes Arzneimittel ein neues, zusätzliches Anwendungsgebiet erforscht werden soll, besondere Beachtung.

Arzneimittelrecht:

Nach § 29 Abs. 3 Nr. 3 Arzneimittelgesetz (AMG) in der Bekanntmachung der Neufassung vom 19.10.1994 (BGBl. I, 3018 ff.) bedarf auch ein bereits zugelassenes Arzneimittel einer neuen Zulassung, wenn die der bisherigen Zulassung zugrunde liegenden Anwendungsgebiete erweitert werden sollen. Jede Zulassung - und damit auch die Zulassung mit erweitertem Anwendungsgebiet - setzt nach § 22 Abs. 2 Nr. 3 AMG voraus, daß die Ergebnisse der klinischen oder sonstigen ärztlichen Erprobung (klinische Prüfung) vorgelegt werden. Folglich ist auch bei Erweiterung des Anwendungsbereichs der 6. Abschnitt des AMG mit den §§ 40 bis 42 zu beachten. Diese Bestimmungen regeln den Schutz des Menschen bei der klinischen Prüfung. Aus § 42 Satz 2 AMG folgt, daß die Regelungen, die für die Erstzulassung gelten, im Grundsatz auch dann anzuwenden sind, wenn es um die klinische Prüfung eines bereits zugelassenen Arzneimittels mit erweitertem Anwendungsbereich geht.

§ 40 AMG beschreibt die allgemeinen Voraussetzungen für die klinische Prüfung eines Arzneimittels. Diese Voraussetzungen werden nach Maßgabe des § 41 AMG abgewandelt und erleichtert, wenn es um die klinische Prüfung bei einer Person geht, die an einer Krankheit leidet, zu deren Behebung das zu prüfende Arzneimittel angewendet werden soll. So liegt es bei den klinischen Studien, die in der sogenannten Phase III Verträglichkeits- und Wirksamkeitsprüfungen bei einer größeren Anzahl von Patienten in der Klinik und beim niedergelassenen Arzt umfassen (Deutsch, Arztrecht und Arzneimittelrecht, 2. Auflage, 1991, S. 371). Die vom niedergelassenen Arzt oder Krankenhausarzt zu beachtenden Voraussetzungen für eine rechtmäßige Teilnahme an der klinischen Studie sind folgende:

1. Die klinische Prüfung darf nur durchgeführt werden, wenn die Anwendung des zu prüfenden Arzneimittels nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist, um das Leben des Kranken zu retten, seine Gesundheit wiederherzustellen oder sein Leiden zu erleichtern.
2. Risiken, die mit der klinischen Prüfung für die Person verbunden sind, bei der sie durchgeführt werden soll, müssen gemessen an der voraussichtlichen Bedeutung des Arzneimittels für die Heilkunde ärztlich vertretbar sein.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

3. Der Patient muß die Einwilligung erteilen, nachdem er durch einen Arzt über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung aufgeklärt worden ist. Die Einwilligung braucht nicht schriftlich erklärt zu werden; sie ist auch wirksam, wenn sie mündlich gegenüber dem behandelnden Arzt in Gegenwart eines Zeugen abgegeben wird.

   Dies bedeutet, daß dem Patienten mitgeteilt werden muß, daß er sich in einem Versuchsprogramm befindet. Dazu gehört auch in groben Zügen die Mitteilung über die Art der klinischen Prüfung, also ob es sich um eine Pilotstudie oder eine klinisch kontrollierte Studie handelt.

   Dem Patienten ist zu erläutern, daß die Behandlungsunsicherheit Ausgangspunkt der Studie ist. Dabei braucht man dem Patienten keine Angst zu machen: Das in der Prüfung befindliche Arzneimittel ist ja gerade möglicherweise vielversprechender als die Standardbehandlung, worauf der Patient bei den möglichen therapeutischen Vorteilen hingewiesen werden sollte (Deutsch, a. a. O., S. 374).

   Wie bei der üblichen Risikoaufklärung vor Heileingriffen ist eine schriftliche Fixierung der Einwilligung des Patienten, insbesondere durch dessen Unterschrift, nicht erforderlich. § 41 Nr. 6 AMG läßt ausdrücklich die mündlich erklärte Einwilligung genügen, wenn sie gegenüber dem behandelnden Arzt in Gegenwart eines Zeugen abgegeben worden ist. Allerdings ist aus Beweisgründen dringend zu empfehlen, die unter Zeugen abgegebene Einwilligungserklärung und den Verlauf des Aufklärungsgespräches in den Krankenunterlagen zu dokumentieren. Diese Dokumentation genügt beweisrechtlichen Anforderungen. Insoweit heißt es in einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 8.1.1985 (ArztR 1985, 143), die Gerichte sollten dem Arzt im Zweifel glauben, daß die Aufklärung in der gebotenen Weise geschehen sei. Schriftliche Aufzeichnungen im Krankenblatt über die Durchführung des Aufklärungsgesprächs und seinen wesentlichen Inhalt seien nützlich und dringend zu empfehlen.

   Auf die Besonderheiten bei geschäftsunfähigen oder nicht einsichtsfähigen Patienten soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Darüber gibt es Sonderregelungen im Arzneimittelgesetz.
4. Weitere Anforderungen richten sich an den pharmazeutischen Hersteller und den Leiter der klinischen Prüfung. Nach dem Vertrauensgrundsatz darf der Arzt davon ausgehen, daß die Herstellerfirma diese Voraussetzungen erfüllt hat, insbesondere dann, wenn das zustimmende Votum der Ethikkommission (siehe unten zum Standesrecht) vorliegt.

Strafrecht:

Ein Arzt, der die oben genannten Grundsätze bei der Teilnahme an der klinischen Studie einhält, braucht selbstverständlich keine strafrechtlichen Konsequenzen zu befürchten.

Nach § 96 Nr. 10 AMG wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wer vorsätzlich an einer für den Patienten mit unvertretbaren Risiken verbundenen klinischen Studie teilgenommen hat und/oder die Regeln über Aufklärung und Einwilligung des Patienten mißachtet hat. Kommt der Patient bei einer solchen klinischen Studie zu Schaden, kann außerdem eine Strafbarkeit nach den allgemeinen Bestimmungen über vorsätzliche/fahrlässige Körperverletzung oder Tötung nach dem Strafgesetzbuch vorliegen. Selbst dann, wenn der Patient keinen körperlichen Schaden erleidet, er jedoch seine Einwilligung zur klinischen Studie nicht wirksam gegeben hat, ist eine Bestrafung wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Körperverletzung möglich. So lag es offenbar in dem eingangs geschilderten Fall des Kölner Arztes, dem vorgeworfen wird, die Regeln der klinischen Arzneimittelprüfung wissentlich mißachtet zu haben, und der deshalb eine Durchsuchung seiner Praxisräume sowie die Anordnung der Untersuchungshaft hinnehmen mußte.

Kassenarztrecht:

In kassenarztrechtlicher Hinsicht stellt sich die Frage, ob Arzneimittel, die klinisch geprüft werden, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen. Diese Frage ist insbesondere hinsichtlich bereits zugelassener Arzneimittel, deren Indikationsgebiet nur erweitert werden soll, zu bejahen. Es gilt nicht ausnahmslos der Grundsatz, daß eine Verordnung nicht zugelassener Arzneimittel unzulässig sei. Aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 8.6.1993 - 1 RK 21/91 - NJW 1993, 3018, läßt sich nur ableiten, daß ein Arzneimittel dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht verordnet werden darf, wenn ihm nach den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes die Zulassung bereits versagt worden ist. Wie die Situation ist, wenn über

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

die Zulassung noch nicht entschieden wurde, bleibt in der genannten Entscheidung offen. Insoweit ist auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 24.1.1990 - 3 RK 18/88 - NJW 1990, 2343, hinzuweisen. Dort wird zum Ausdruck gebracht, daß der kassenarztrechtliche Arzneimittelbegriff nicht an das Arzneimittelgesetz und das dort geregelte Zulassungsverfahren anknüpft. Zu den Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen wird gesagt, daß deren Beachtung zwar zweckmäßig sei; eine eigene Normativität komme ihnen aber nicht zu.

Im übrigen entsteht den Krankenkassen kein Schaden, wenn ein wirksames Arzneimittel, das wahrscheinlich im erweiterten Anwendungsbereich der Standardbehandlung ebenbürtig oder überlegen ist, angewendet wird. Gerade unter Hinweis auf diesen Aspekt hat das Bundesverfassungsgericht im Beschluß vom 15.9.1994 - 1 BvR 1651/94 - die Anwendung der Neufassung des § 47 Abs. 1 Nr. 2f AMG einstweilen ausgesetzt, soweit diese Vorschrift pharmazeutischen Unternehmen und Großhändlern die Abgabe von Arzneimitteln, die mit dem Hinweis »Zur klinischen Prüfung bestimmt« versehen sind, an Krankenhäuser und Ärzte nur erlaubt, sofern sie kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Standesrecht:

Schließlich ist die Berufsordnung, die als Satzung der jeweiligen Ärztekammer gilt, zu beachten. Entsprechend § 1 Abs. 4 der Musterberufsordnung muß der Arzt sich vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen durch eine bei der für das jeweilige Land zuständigen Ärztekammer oder bei einer medizinischen Fakultät gebildete Ethikkommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen. Pharmazeutische Hersteller, die klinische Studien planen, holen regelmäßig vorab das Votum der Ethikkommission ein. Ist dies für ein Bundesland geschehen, so schließen sich dem üblicherweise die Ethikkommissionen in anderen Bundesländern an. Der Arzt wird also hier mit keiner zusätzlichen Mühe belastet. Er sollte allerdings verlangen, daß der pharmazeutische Hersteller ihm das Votum der Ärztekommission zugänglich macht. Dies ist zugleich der Nachweis darüber, daß es sich im Sinne des Arzneimittelrechts und des Strafrechts um eine Studie mit vertretbaren Risiken für den Patienten handelt. Der Arzt braucht dann seinerseits nur noch die oben geschilderten Regeln über die Aufklärungspflicht zu beachten, um ohne rechtliches Risiko im Dienste der Gesundheit des einzelnen und der Gesamtheit an der klinischen Prüfung teilnehmen zu können. Wichtig ist natürlich auch eine sachlich korrekte Durchführung der klinischen Prüfung.

Münchner ärztliche Anzeigen/18.3.95 Nr. 11

Quelle: Mit freundlicher Genehmigung des Verlages Arztrecht aus ArztRecht 1/95

Patient hat Anspruch auf risikoärmeres Medikament

Urteil des BGH vom 11. Dezember 1990 - VI ZR 151/90:

a) Es kann ein Organisationsverschulden des Krankenhausträgers darin liegen, daß ein Medikament mit erheblich niedrigeren Risiken für den Patienten (hier: PPSB sicher) nicht rechtzeitig vor der Operation zur Verfügung steht.

b) Behauptet die Arztseite, der Patient hätte bei vollständiger und richtiger Aufklärung über deren Risiko in die vorgeschlagene Behandlung eingewilligt, so hat der Patient plausibel darzulegen, daß er in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre, nicht aber auch, wie er sich tatsächlich entschieden hätte.

Wenn für eine Behandlung verschiedene Medikamente mit unterschiedlichem Risiko für den Patienten auf dem Markt sind, muß das Krankenhaus das »risikoärmere« beschaffen. So hat der Bundesgerichtshof in einem Rechtsstreit zwischen einem Patienten, dem Träger eines Krankenhauses und einem Facharzt für Innere Medizin entschieden. Der Patient war mit einem komplizierten Bruch des linken Handgelenks in das Ordenskrankenhaus eingeliefert worden. Um die Hand zu retten, war eine sofortige Operation notwendig. Da der Patient 6 Wochen zuvor einen Herzinfarkt erlitten hatte, nahm er regelmäßig »Marcumar« ein, so daß die Blutgerinnungsfähigkeit durch ein Medikament wieder normalisiert werden mußte. Der Arzt verordnete dem Patienten ein Präparat, das mit einem 50%igen Risiko einer Hepatitis-Infektion verbunden ist. Von dem gleichen Präparat war auch eine »hepatitissichere« Version auf dem Markt, die dieses Risiko wesentlich herabgesetzt hätte. Der Patient erkrankte an einer chronischen Gelbsucht und ist mittlerweile erwerbsunfähig. Die

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Bundesrichter waren der Meinung, daß das kleine Krankenhaus, auch wenn es dieses Spezialmittel nicht vorrätig hatte, zumindest hätte prüfen müssen, ob nicht eine Zusammenarbeit mit anderen Kliniken möglich gewesen wäre.

Arzneimittelregulation in der EU: Patienten ohne Schutz

Das Bundesgesundheitsamt wies auf den Zusammenhang zwischen Omeprazol und irreversiblen Seh- bzw. Hörstörungen hin. Dies veranlaßte den Hersteller Astra, am 13. März 1994 Experten zu einer Krisensitzung am Frankfurter Flughafen zusammenzurufen. Die Firma erhielt ein entlastendes Statement, weil Kernaspekte des medizinischen Erkenntnisstandes unbeachtet blieben (a-t 6 [1994], 50).

Dem BGA liegen jetzt aus Deutschland 47 Berichte über Sehstörungen, fünf über Hörstörungen, acht über Fieber und zwei über Vaskulitiden unter der Behandlung mit Omeprazol vor. In einigen Fällen war Omeprazol das einzige verwendete Arzneimittel. Aus der EU kommen weitere 50 Berichte über Seh- und 13 über Hörstörungen. Aus England wird ferner über sieben Patienten mit Vaskulitis und aus Frankreich über fünf Personen mit Fieber berichtet. Es ist interessant, daß die meisten Berichte über Seh- (36) und Hörstörungen (12) aus England kommen, wo eine intravenöse Anwendungsform von Omeprazol nicht zugelassen ist. Die These des BGA, daß das Risiko der Seh- und Hörstörungen auf der zu hoch dosierten Ampullenform (40 mg Omeprazol) beruht, erscheint daher nicht nachvollziehbar.

Jetzt hat der Europäische Ausschuß für Arzneimittelspezialitäten (CPMP) in Brüssel einen weiteren »Persilschein« erteilt, weil angeblich kein Zusammenhang zwischen Sehstörungen und Omeprazol bestehen soll. Die herstellerfreundliche, aber verbraucherfeindliche Entscheidung kann nicht verwundern, denn nur der Hersteller, nicht aber Wissenschaftler und Ärzte, die die Erkrankten betreuen, werden vom CPMP gehört. Die Leitung des deutschen Arzneimittelinstituts war nicht in der Lage, die hierzulande bekanntgewordenen Berichte über Seh- und Hörstörungen entsprechend den Vorgaben der EU für die anderen Mitgliedsstaaten wissenschaftlich hinreichend überzeugend aufzuarbeiten. Diese Verzögerungstaktik der deutschen Behörde verärgerte die französischen Delegierten. Mit Artikel 12 des EU-Vertrages wollen sie nationale Maßnahmen der deutschen Behörde gegen Omeprazol verhindern.

Auch die Diskussion über BSE-verseuchtes Fleisch aus England oder über Risiken verbotener Pestizide in Deutschland dokumentiert die Grundauffassung der EU, daß Anbieterinteressen Vorfahrt vor Verbraucherschutz haben, getreu dem Prinzip, daß der Handel nicht durch verbraucherorientierte Sicherheitsbedenken eingeschränkt werden darf. Deshalb darf England weiterhin BSE-verseuchtes Fleisch oder Futtermittel exportieren. Nationale Maßnahmen wie Importverbot dürfen nicht ausgesprochen werden. Die EU-Bürokratie beabsichtigte zudem ein Informationsverbot über Arzneimittelrisiken, nach dem Mitgliedsstaaten verpflichtet sein sollten, darüber zu wachen, daß »keine Angaben« im Bereich der Arzneimittelsicherheit verbreitet werden, die »unnötige Beunruhigung auslösen können« und die nicht offiziell bestätigt wurden.

Auf welchen Wegen bei den EU-Behörden herstellerfreundliche Entscheidungen zustandekommen können, läßt das Beispiel des ehemaligen Vorsitzenden des CPMP, Professor Duilio Poggiolini, erahnen. Er nahm während seiner Diensttätigkeit in Italien als Beamter der Gesundheitsbehörde Bestechungsgelder in der vermuteten Höhe von mehr als 100 Millionen Dollar von der Pharmaindustrie entgegen. Als Gegenleistungen wurden den Firmen Zulassungen und Preiserhöhungen gewährt. Daß solches möglicherweise unter seiner Leitung auch bei der Brüsseler EU-Behörde geschah, wird durch die Entscheidung des CPMP im Falle des Rinderhirnextraktes CRONASSIAL/SYGEN der italienischen Firma Fidia denkbar. Die in Padua beheimatete Fidia soll Bestechungszahlungen im Wert von 250.000 US-Dollar angeboten haben, damit CRONASSIAL in Italien auf dem Markt bleiben kann. In Gegenwart von Poggiolini entschied das CPMP noch 1990 gegen ein Verbot des Rinderhirnextraktes in den Ländern der EU. Dabei war das Mittel bereits 1989 in Deutschland vom Markt genommen worden, weil es schwerste, z. T. tödliche GUILLAIN-BARRE-Syndrome ausgelöst hatte (a-t 8 [1989], 76). Wie jetzt im Fall Omeprazol sah das CPMP auch bei CRONASSIAL noch 1990 keinen »kausalen« Zusammenhang zwischen immunogener neurologischer Schädigung und Präparat. Erst 1993 nach dem Sturz von Poggiolini breitete sich auch unter Italiens Wissenschaftlern die Kenntnis über die schädliche Wirkung von CRONASSIAL aus. Wie lange wird es im Fall Omeprazol bei der EU dauern?

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

1989 waren nationale Entscheidungen im Rahmen der Arzneimittelsicherheit noch möglich. Das CPMP hätte Deutschland wegen der Marktrücknahme verklagen und die Wiedereinführung von CRONASSIAL in der Bundesrepublik anordnen können: Dem Verbraucher-/Patientenschutz à la Europäische Union fehlt ein Sicherheitsnetz. Im Streitfall dominiert das Herstellerinteresse. Das Risiko tragen die Patienten. Deshalb ist fraglich, ob das Verbot der Omeprazol-Ampullen Bestand haben wird, das das Arzneimittelinstitut mit Bescheid vom 2. August 1994 ausgesprochen hat.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Rechtsprechungsübersicht

Kasuistik zu Arzneimittelnebenwirkungen

Schlafmittel war schuld an schwerer Erkrankung

Eine Rente von 2081 Mark im Monat und eine Entschädigung von rund 30.000 DM erhält eine Frau aus dem Tübinger Vorort Bühl, nachdem sie im gerichtlichen Streit gegen das Schwarzwälder Arzneimittelunternehmen A.S. obsiegte. Die 45jährige hatte ein verunreinigtes Schlafmittel mit dem Wirkstoff L-Tryptophan eingenommen, das die sogenannte EMS-Krankheit bei ihr auslöste und zu schweren körperlichen Schäden führte.

Die Bühlerin hatte an Schlafstörungen gelitten und deshalb einen Tübinger Internisten aufgesucht. Der verschrieb ihr das L-Tryptophan-Mittel von A.S. Die Frau nahm das Medikament zwei Jahre ein. Langsam allerdings stellten sich Nebenwirkungen ein, die schließlich so stark wurden, daß die gelernte Heilpädagogin ihren Beruf nicht mehr ausüben konnte. Sie klagt bis heute über Muskelschmerzen, Sehstörungen, Krämpfe, Schwellungen und auch Haarausfall. Die Symptome werden der EMS-Erkrankung (Eosinophilie-Myalgie-Syndrom) zugeschrieben. Eine Krankheit, die in ihrem Erscheinungsbild neu ist. In Deutschland leiden etwa 100 Menschen unter diesem Syndrom. Als Auslöser gilt inzwischen zweifelsfrei das Medikament L-Tryptophan.

In Deutschland laufen mehrere Verfahren gegen das Arzneimittelunternehmen. Das Urteil des Tübinger Landgerichts ist nach Wissen von Richter Dr. Jörg Hofmann wahrscheinlich das erste auf diesem Gebiet. Es wäre somit richtungsweisend. Das Gericht gestand der Klägerin nun einen Verdienstausfall und einen Schadensersatz von gut 80.000 Mark zu. Das Pharmaunternehmen erkannte schon vorher eine Haftung an und ließ der Frau insgesamt bereits 60.000 Mark zukommen. Nun muß die Firma nach der Entscheidung des Gerichts noch rund 28.000 Mark drauflegen. Ebenso erhält die Bühlerin, bis sie 65 Jahre alt ist, eine monatliche Rente von 2081 Mark. Sollte der Frau noch weiterer Schaden entstehen, müßte das Unternehmen auch dafür aufkommen. Ein Schmerzensgeld wurde der Heilpädagogin allerdings nicht zugesprochen.

Schwierig ist die Frage, wer letztendlich für den Schaden aufkommt. Das Schwarzwälder Pharmaunternehmen ist nur der Verteiler des Medikaments. Hergestellt wurde L-Tryptophan von dem japanischen Konzern Showa Denko. Die Schwarzwälder bezogen die Substanz über einen Schweizer Zwischenhändler. Showa Denko hatte für sein Medikament 1984 einen gentechnologischen Bazillus eingeführt. 1988 ging die Firma zu einem neuen Bakterienstamm über, ohne A.S. darüber zu informieren. Das neue Verfahren wies vermutlich die Verunreinigungen auf.

Landgericht Tübingen, Az: II 0 644/90

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Der Contergan-Beschluß

StGB §§ 218, 230, 222; StPO § 153 Abs. 3 - Contergan-Beschluß

1. Die Verursachung von Nervenschäden bei Erwachsenen ist tatbestandsmäßig als Körperverletzung zu werten.

2. Zwar ist die Leibesfrucht als solche nicht durch die Strafbestimmungen der §§ 230, 222 StGB geschützt. Gleichwohl erfüllt die fahrlässige Verursachung von Mißbildungen beim Menschen durch Einwirkung auf die Leibesfrucht den Tatbestand der Körperverletzung (§ 230 StGB) und, wenn die Mißbildungen zum Tode führen, den Tatbestand der Tötung (§ 222 StGB).

3. Es besteht ein Kausalzusammenhang zwischen längerer Thalidomid-Einnahme und Nervenschäden.

4. Thalidomid ist generell geeignet, körperliche Mißbildungen zu verursachen.

5. Zu der Frage, wie sich ein ordentlicher und gewissenhafter Arzneimittelhersteller zu verhalten hat, wenn bei ihm Meldungen eingehen, in denen ein von ihm vertriebenes Präparat verdächtigt wird, schädliche Nebenwirkungen zu haben.

Welche Maßnahmen der Arzneimittelhersteller zu treffen hat, hängt entscheidend davon ab, wie sich der Schutz des Verbrauchers am besten verwirklichen läßt.

6. Die Einstellung nach § 153 Abs. 3 StPO setzt nicht voraus, daß das Verschulden des Angeklagten im Sinne eines Nachweises feststeht. Es muß vielmehr genügen, daß das Verschulden wahrscheinlich und ein Freispruch dementsprechend unwahrscheinlich ist.

7. Zur Frage, wann die Schuld des Täters als gering i. S. des § 153 Abs. 3 StPO zu werten ist. - Bei der Entscheidung dieser Frage ist auch das Geschehen nach der Tat angemessen zu berücksichtigen (ungewöhnlich lange Dauer des Ermittlungsverfahrens und insbesondere der Hauptverhandlung; negative Beurteilung des Angeklagten in der Öffentlichkeit; freiwillige Leistungen des Angeklagten an Bedürftige aus privaten Mitteln).

8. Es mag in besonders gelagerten Fällen denkbar sein, daß die Öffentlichkeit an der Klärung von Rechtsfragen mehr interessiert ist als an der Beantwortung der Frage nach Schuld oder Unschuld des Angeklagten. Dies ist jedoch kein öffentliches Interesse i. S. des § 153 Abs. 2, 3 StPO, das die Fortsetzung des Verfahrens gebietet, denn das Strafverfahren ist nicht dazu da, allgemein interessierende Fragen zu beantworten, sondern einzig und allein dazu, festzustellen, ob sich der jeweilige Angeklagte strafbar gemacht hat und - wenn ja - wie er zu bestrafen ist.

LG AACHEN, Beschluß v. 18.12.1970 - 4 KMs 1/68, 15-115/61.

Aus den Gründen:

I. Tatbestandsmäßigkeit

1. *Nervenschäden*

Die Verursachung von Nervenschäden Erwachsener ist, wie keiner näheren Darlegung bedarf, tatbestandsmäßig als Körperverletzung zu werten.

2. *Mißbildungen*

Die Kammer bejaht darüber hinaus die Frage, ob die fahrlässige Verursachung von Mißbildungen durch Einwirkung auf die Leibesfrucht den Tatbestand der Körperverletzung (§ 230 StGB), gegebenenfalls der Tötung (§ 222 StGB) erfüllt.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Allerdings ist nach herrschender Lehre (➔ Schönke-Schröder, Komm. zum StGB, 15. Aufl. 1970, § 223 Randnote 1; ➔ Dreher, Komm. zum StGB, 32. Aufl. 1970, § 223 Anm. 1 und Vorbem. 2 A vor § 211; ➔ Kohlrausch-Lange, Komm. zum StGB, 43. Aufl. 1961, § 211 Anm. V 1; Leipziger Kommentar zum StGB (LK), 8. Aufl. 1958, § 223 Anm. II 1 und LK, 9. Aufl. 1970, Vorbem. zu § 211 Randnote 3; ➔ Maurach, Strafrecht, Bes. Teil, 4. Aufl., S. 73; sowie die im vorliegenden Strafverfahren vorgelegten Gutachten von ➔ Bockelmann vom 27.3.1969; ➔ Armin Kaufmann I vom 21.11.1967; ➔ Armin Kaufmann II vom 31.8.1969; ➔ Lange vom 22.5.1969; ➔ Manrade von März 1969; ➔ Nowakowski vom 20.8.1969 und Horst Schröder vom 2.4.1969), der sich die Kammer anschließt, die Leibesfrucht als solche nicht durch die Strafbestimmungen der §§ 230, 222 StGB geschützt, weil Gegenstand dieser Tatbestände nur der Mensch ist. Das folgt zwingend aus der Feststellung, daß der Gesetzgeber im II. Teil, 16. Abschnitt des StGB (»Verbrechen und Vergehen wider das Leben«) eindeutig zwischen Leibesfrucht und Mensch unterschieden, dem Übergang der Leibesfrucht zum Menschen Rechnung getragen und hieran verschiedene Rechtsfolgen geknüpft hat. Dabei ist als Leibesfrucht im Gegensatz zum Menschen der erst werdende, noch im Mutterschoß geborgene Nasciturus zu verstehen (BGHSt 10,5), gleichgültig, ob er reif ist oder nicht (LK, § 218 Anm. II 1a) oder ob es sich um eine sogenannte Mißbildung handelt (➔ Schönke-Schröder, § 218 Randnote 3; ➔ Maurach, S. 54; LK, § 218 Anm. II 1a; RGSt 26, 178; RG in DR 1939, 365; GA 54, 228). Erst wenn der Mutterleib versucht, die Frucht auszustoßen, also mit dem Beginn der Geburt - sei es eine rechtzeitige, sei es eine Frühgeburt -, wird die Leibesfrucht zum Menschen (RGSt 26, 128). Durch die Bestimmung des § 218 StGB hat der Gesetzgeber die Leibesfrucht als eigenständiges Rechtsobjekt anerkannt, ihr einen selbständigen strafrechtlichen Schutz zukommen lassen und sie dadurch aus den auf den Menschen bezogenen Strafbestimmungen herausgenommen. Nur so ist der mit der Schaffung des § 218 StGB zum Ausdruck gebrachte Wille des Gesetzgebers zu verstehen. Wollte man nämlich entgegen der hier vertretenen Auffassung die Leibesfrucht dem Menschen gleichstellen, so wäre die Vorschrift des § 218 StGB gänzlich überflüssig, weil dann jede vorsätzliche Abtötung der Leibesfrucht schon als vorsätzliche Tötung im Sinne der §§ 211 ff. StGB strafbar wäre.

Wie sich der Entwicklungsgeschichte des § 218 StGB entnehmen läßt (vgl. ➔ Nowakowski, Gutachten S. 12 ff.), hat der Gesetzgeber die Leibesfrucht als selbständiges Schutzobjekt auch sehr wohl erkannt und ihr bewußt einen besonderen, wenn auch im Vergleich zum Menschen geringeren Schutz geben wollen. Aus dieser Entscheidung des Gesetzgebers folgt einmal, daß die Vorschriften der §§ 211 ff., 223 ff. StGB und somit auch die Bestimmungen der §§ 222, 230 StGB auf die Leibesfrucht nicht anwendbar sind, zum anderen, daß die Leibesfrucht als solche gegen fahrlässige Tötung oder Verletzung nicht geschützt ist, weil die Sonderbestimmung des § 218 StGB keine entsprechende Regelung enthält.

In neuerer Zeit haben sich allerdings vereinzelt Tendenzen gezeigt, die Leibesfrucht um ihres besseren Schutzes willen doch als Menschen im strafrechtlichen Sinne anzusehen (vgl. ➔ Hofmann in ÖJZ 1963, 284; ➔ Meyer in ÖJZ 1964, 383), worauf verschiedentlich hingewiesen wird (➔ Schönke-Schröder, § 223 Randnote 1; ➔ Dreher, Vorbem. 2A vor § 211; ➔ Heldrich in JZ 1965, 593; ➔ Schwalm in MDR 1968, 279 und Med. Klin. 1967, 1558). Die Kammer vermag sich dieser Auffassung aber nicht anzuschließen, weil sie, wie die vorstehenden Überlegungen zeigen, der im Gesetz getroffenen Regelung widerspricht. Die von Hofmann und Meyer (aaO) - für das österreichische Recht - entwickelte Meinung ist denn auch vom Österreichischen Obersten Gerichtshof durch Urteil v. 26.11.1964 (ÖJZ 1965, 215 = JurBl. 1965, 271 = SSt XXXV, 58; zuvor ebenso öOGH v. 9.2.1961 in ÖJZ 1961, 469 = SSt XXXII, 15) als mit österreichischem Recht unvereinbar abgelehnt worden.

Ein strafrechtlicher Schutz der Leibesfrucht vor fahrlässiger Verletzung oder Abtötung ist auch nicht in der Weise möglich, daß man einen entsprechenden Angriff auf die Leibesfrucht als Körperverletzung der Mutter wertet. Das würde voraussetzen, daß die Leibesfrucht als Teil der Mutter anzusehen wäre. Zwar ist die Frage, ob die Leibesfrucht Teil der Mutter ist oder nicht, in der geschichtlichen Entwicklung verschieden beantwortet, teilweise auch bejaht worden (vgl. ➔ Maurach, Bes. Teil, S. 53 f.; ➔ Welzel, Deutsches Strafrecht, 10. Aufl. S. 288 ff., insbes. S. 291; RGSt 41, 329; OGH in NJW 1950, 195). In der neueren Lehre und Rechtsprechung wird demgegenüber nahezu einhellig die Auffassung vertreten, daß es sich bei der Leibesfrucht und der Schwangeren um zwei selbständige Rechtssubjekte handelt, die der Gesetzgeber gesondert geschützt wissen will. So ist z. B. anerkannt, daß sich auch nach § 218 StGB strafbar macht, wer vorsätzlich eine Schwangere tötet oder zu töten versucht, weil er sich damit auch gegen die Leibesfrucht wendet (BGHSt 11, 15 [= JZ 1958, 748 mit Anm. v. Jescheck]). Streit herrscht nur darüber, ob die Strafvorschrift des § 218 StGB neben dem keimenden Leben auch der werdenden Mutter - im Interesse der Erhaltung ihrer Gesundheit und Fortpflanzungsfähigkeit - Strafschutz gewähren will (vgl. BGHSt 18, 285; LK, § 218 Anm. I 1; ➔ Maurach, Bes. Teil, S. 53 f.; ➔ Martin in NJW 1959,

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

468 f.; RGSt 67, 206-207; RG in DR 1940, 26; Schönke-Schröder, § 218 Randn. 1). Abgesehen davon, daß eine Bejahung dieser Frage zur Lösung des hier anstehenden Problems nichts beitragen kann, weil dann entsprechend der in § 218 StGB getroffenen Regelung allenfalls bei Tötung der Leibesfrucht eine Körperverletzung der Mutter angenommen werden könnte, wird in der Rechtsprechung die Ausdehnung des in § 218 StGB der Leibesfrucht gewährten Schutzes auf die Schwangere auch durchweg verneint. Zu Recht trennt die Rechtsprechung scharf zwischen der Schwangeren einerseits und der Leibesfrucht andererseits. Die Trennung entspricht dem eindeutigen Willen des Gesetzgebers, der sich - wie schon ausgeführt - mit der Schaffung des § 218 StGB für einen selbständigen Schutz der Leibesfrucht entschieden hat (BGHSt 10, 5; 10, 291; 10, 312; 11, 15 [= JZ 1958, 748 mit Anm. v. Jescheck]; 15, 345; GA 1966, 339).

Die gynäkologischen Erkenntnisse entsprechen der juristischen Vorstellung, daß die Leibesfrucht nicht als Teil der Mutter angesehen werden kann: Wenn auch die Frucht vom mütterlichen Organismus abhängig ist, so stellt sie doch einen von diesem völlig verschiedenen und selbständigen Organismus dar. Sofort nach der Befruchtung des menschlichen Eies setzt eine Zellteilung ein, in deren Verlauf bald die wichtigsten menschlichen Organe in ihren Urformen angelegt bzw. entwickelt sind. Auch die für das Seelenleben und das Bewußtsein nötigen Organe - Gehirn und Nerven - werden ebenfalls sehr frühzeitig angelegt. Die Leibesfrucht hat bald einen eigenen Kreislauf und einen eigenen Stoffwechsel. Blutgruppe, Blut- und Rhesusfaktoren können von denen der Mutter abweichen. Die Schwangere kann durch von ihr gebildete Antikörper die Frucht zum Absterben bringen, während andererseits die Leibesfrucht antigene, d. h. gegen die Mutter gerichtete, Wirkungen auslösen und den mütterlichen Organismus schwer schädigen kann. Auch erzeugt die Leibesfrucht Eigenwärme und führt unabhängig von der Mutter selbständige Bewegungen durch. Die Frucht kann ferner beim Tode der Mutter - jedenfalls vorübergehend - weiterleben. Die Bedingungen und Verhaltensweisen der intrauterin lebenden Frucht sind somit von denen des extrauterin lebenden Menschen grundverschieden. Dementsprechend ist die Leibesfrucht auch in der medizinischen Wissenschaft als selbständiger Organismus anerkannt.

Eine Körperverletzung der Mutter wäre demnach allenfalls dann zu bejahen, wenn die Mutter unmittelbar in ihrer eigenen körperlichen Unversehrtheit verletzt worden wäre. Das kann indes nicht angenommen werden. Nach dem bisherigen Stand des Verfahrens ist nämlich nicht ersichtlich, daß - sieht man einmal von dem sedierenden bzw. hypnotischen Effekt ab - der Körper der Mutter als solcher, insbesondere irgendeines ihrer Organe durch Thalidomid beeinträchtigt wurde.

Die Staatsanwaltschaft hat nun allerdings die Auffassung vertreten, eine Körperverletzung der Mutter sei darin zu sehen, daß diese bei Einnahme von Thalidomid nicht zur ordnungsgemäßen Versorgung der Leibesfrucht in der Lage gewesen sei; dadurch sei eine entsprechende Funktion der Mutter gestört worden. In diesem Sinne könnte auch eine Bemerkung von Schwalm (MDR 1968, 279) verstanden werden. Die Kammer vermag dieser Theorie einer Funktionsstörung der Mutter jedoch nicht zu folgen. Dagegen sprechen eindeutige medizinische Erwägungen: Aus gynäkologischer Sicht besteht nämlich die Funktion einer Schwangeren, soweit sie für die vorliegende Fragestellung von Bedeutung ist, lediglich darin, der Frucht über die innere Wand der Gebärmutter das mütterliche Blut mit allen seinen Bestandteilen zur Vornahme des Stoffwechsels anzubieten. Die Verwertung des angebotenen Blutes und der darin enthaltenen Substanzen und damit den eigentlichen Stoffwechsel nimmt die Frucht alsdann selbst vor, wobei sie über die Placenta bzw. deren Vorform (Trophoblast), die beide nicht Teil der Mutter, sondern der Frucht sind, die angebotenen Stoffe entweder annimmt oder deren Annahme ablehnt. Mit dem Anbieten ihres Blutes an den Trophoblasten oder die Placenta ist somit die Funktion der Mutter insoweit abgeschlossen. Die ausschließliche Funktion des Anbietens wird aber nicht dadurch gestört - und zwar weder direkt noch indirekt -, daß in dem Blut der Mutter Thalidomid oder dessen Metaboliten enthalten sind.

Die Richtigkeit dieser Feststellung wird deutlich, wenn man zum Vergleich den vom BGH in BGHSt 10, 312 ff. entschiedenen Fall heranzieht. Der BGH hat hier Gesetzeseinheit zwischen Fremdabtreibung und der ihr durch die Abtreibungshandlung dienende Körperverletzung der Mutter angenommen und die Gesundheitsbeschädigung der Mutter in dem frühzeitigen Abgang der Frucht gesehen. Während aber der frühzeitige Abgang der Frucht einen krankhaften Vorgang darstellt und dieser bei der Mutter selbst hervorgerufen wird, fehlt es daran im vorliegenden Fall. Denn nach den bisher bekannt gewordenen medizinischen Erkenntnissen werden Thalidomid oder seine Metaboliten nur bei der Leibesfrucht wirksam, die Schwangere dagegen ist nur als nicht selbst betroffener Leiter, Träger oder Vermittler des in ihrem Blut enthaltenen Stoffes anzusehen, ohne in ihrer Funktion, die Frucht zu ernähren und ihr die dazu nötigen Stoffe anzubieten, beeinträchtigt zu sein. Ist somit die schädliche Eigenschaft des Thalidomids in ihrer Wirkung allein auf die Leibesfrucht beschränkt und kommt es bei der Mutter selbst zu keinerlei krankhaftem Vorgang, so scheidet eine

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Körperverletzung der Mutter aus.

Die Verursachung von Mißbildungen ist nach alledem unter den vorliegend gegebenen Umständen nur dann strafbar, wenn man hierin eine Körperverletzung des mißgebildet geborenen Kindes sieht. Zu dieser Frage hat die strafrechtliche Rechtsprechung bisher nicht Stellung genommen. Die im Zivilrecht geltenden Rechtssätze sowie die hierzu ergangenen Entscheidungen (z. B. BGHZ 8, 243 [= JZ 1953, 307 mit Anm. v. Rudolf Schmidt]) und die sich daran anschließenden Diskussionen sind auf das ganz anders strukturierte Strafrecht in seiner viel schärferen rechtsstaatlichen Bindung an fest umrissene Tatbestände und dem daraus folgenden Analogieverbot nicht zu übertragen, da eine gänzlich andere rechtliche Situation vorliegt, der Strafgesetzgeber von anderen Voraussetzungen ausgegangen ist und das Strafgesetzbuch andere Zwecke verfolgt, so daß spezifische, strafrechtliche Beurteilungen vorliegend erforderlich sind. Ebensowenig haben Argumente aus dem Bereich der Rechtsprechung der Verwaltungs- (z. B. BVerwGE 14, 42; DÖV 1962, 67) und der Sozialgerichte (z. B. BSozG in NJW 1964, 470) für das Strafrecht präjudizielle Bedeutung.

In der strafrechtlichen Rechtslehre gehen die Meinungen zu der aufgeworfenen Frage weit auseinander. Während ein Teil der Lehre die Strafbarkeit der Verursachung von Mißbildungen auch unter dem Gesichtspunkt einer Körperverletzung des Kindes aus rechtsgeschichtlichen und -dogmatischen Überlegungen mit teilweise durchaus beachtlichen Argumenten verneint (vgl. die zitierten Gutachten von Bockelmann, Armin Kaufmann, Lange und Nowakowski) sind Maurach (Gutachten aaO) und grundsätzlich auch Schröder (Gutachten aaO) der Auffassung, daß die Verursachung von Mißbildungen als Körperverletzung des Kindes und damit eines Menschen im Sinne der §§ 223 ff. StGB anzusehen ist. Schröder zieht allerdings aus der Vorschrift des § 218 StGB den Schluß, daß die fahrlässige Herbeiführung von Mißbildungen straflos ist. Maurach erkennt diese Einschränkung nicht an und bejaht auch die Strafbarkeit der fahrlässigen Verursachung von Mißbildungen. Die Kammer schließt sich der Auffassung von Maurach an. Sie geht dabei wie Maurach und im Ansatz auch Schröder von folgenden Erwägungen aus:

Nach Rechtsprechung und Rechtslehre ist unter Gesundheitsbeschädigung eine Störung der ordnungsmäßigen körperlichen oder seelischen Funktionen oder - falls diese schon vorher krankhaft waren - eine Steigerung ihrer Krankhaftigkeit zu verstehen (vgl. Maurach, Gutachten S. 10, insbesondere Anm. 28 und 29 mit Nachweisen). In diesem Sinne sind Mißbildungen - zumindest auch - als Gesundheitsbeschädigung eines Menschen anzusehen. Sie sind bei der Leibesfrucht allenfalls angelegt, aber nicht abschließend verursacht und treffen endgültig erst das von § 230 StGB geforderte Handlungsobjekt »Mensch«. Denn eine Störung der ordnungsgemäßen körperlichen oder seelischen Funktionen mit Krankheitswert kann naturgemäß frühestens in dem Zeitpunkt vorliegen, in dem eine einer Störung zugängliche körperliche Funktion vorhanden ist. Die Fähigkeiten, mit den äußeren Gliedmaßen zielgerichtete Bewegungen auszuführen, zu laufen, mit den Händen zu arbeiten, zu hören usw. besitzt die Leibesfrucht noch nicht, lediglich die Anlagen zu diesen Funktionen sind bei der Leibesfrucht schon existent. Die Funktionen selbst treten aber erst zu einem nachgeburtlichen Zeitpunkt auf, der durch den die Gesamtentwicklung steuernden, naturgesetzlichen Entwicklungsplan bestimmt ist. Erst mit dem Einsetzen der entsprechenden Funktionen setzt auch deren Störung ein. In diesem Augenblick kann daher erst die krankhafte Störung der genannten körperlichen Funktionen und folglich das Vorliegen einer Gesundheitsbeschädigung bejaht werden. Die Mißbildung erweist sich damit als eine einen Menschen treffende Körperverletzung.

Daran ändert sich nichts dadurch, daß sowohl die intakte Anlage zu der erst später auftretenden körperlichen Funktion als auch die Anlage zu deren Störung schon in der Leibesfrucht vorhanden waren. Es ist nämlich insoweit unschädlich, daß die Störanlage gleichzeitig eine Störung schon bestehender körperlicher Funktionen der Frucht (etwa zu ungestörter Entwicklung ihrer Anlagen) darstellt: denn jedenfalls wirkt sich die Anlage später zusätzlich als eigenständige Störung der später einsetzenden körperlichen Funktionen des Kindes aus, die von denen der Leibesfrucht verschieden sind. Auch wer wegen der schon der Leibesfrucht zugefügten Anlagestörung die Selbständigkeit der das Kind treffenden Körperverletzung leugnen wollte, müßte jedenfalls in der Störung der später beim Kind auftretenden Funktionen (wie Gehen, Sprechen und Hören) zumindest eine Erweiterung und Vertiefung der in der Anlagestörung bereits gesetzten Verletzung erblicken, die einen lebenden Menschen und damit das Handlungsobjekt des § 230 StGB trifft. Eine derartige Erweiterung und Vertiefung einer bereits vorhandenen Funktionsstörung hat aber die Rechtsprechung mit Recht von jeher ebenfalls als Gesundheitsbeschädigung und damit als Körperverletzung anerkannt (vgl. Maurach, Gutachten, Nachweise in Anmerkungen 21 und 28).

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Das gleiche gilt, wenn eine schon in der zuvor intakten Leibesfrucht aufgetretene Mißbildung zugleich die Anlage zu der erst später beim Menschen auftretenden Körperfunktion vollständig zerstört. Denn der Ausfall einer nach dem Gesamtentwicklungsplan vorgesehenen körperlichen Funktion muß ebenso wie die Störung dieser Funktion als eine Gesundheitsbeschädigung angesehen werden. Diese Gesundheitsbeschädigung trifft auch einen Menschen; denn nach dem von der Natur vorgegebenen Entwicklungsplan sollte die Funktion erst beim Menschen eintreten.

Dem steht nicht entgegen, daß behauptet wird, an einer Körperverletzung fehle es deswegen, weil diese mit logischer Notwendigkeit einen unverletzten Vorzustand voraussetze; da aber das Kind bei der Geburt schon mit einer Gesundheitsbeschädigung behaftet sei, könne es insoweit gar nicht mehr verletzt werden. Auszugehen ist von der Überlegung, daß bei Erfolgsdelikten wie dem des § 230 StGB das Handlungsobjekt im Zeitpunkt des Erfolgseintritts vorhanden sein muß; denn lediglich der tatbestandsmäßige Erfolg setzt logisch und tatbestandsmäßig ein Objekt voraus, an dem er eintreten kann. Die Existenz des Handlungsobjektes schon zum Zeitpunkt der zum Erfolg führenden Handlung ist dagegen nicht erforderlich (➔ Maurach, Gutachten S. 18). Richtig ist allerdings, daß bei Mißbildungsfällen der Mensch als solcher zu keiner Zeit unverletzt war. Das ist indes für die Verwirklichung des Tatbestandes der Körperverletzung unbeachtlich; denn die Präexistenz eines unverletzten Vorzustandes ist keine tatbestandliche Voraussetzung der Körperverletzung - sie ist im Tatbestand auch nicht erwähnt -, sondern lediglich eine logische Voraussetzung, und zwar insofern, als jemand, der bereits verletzt ist, insoweit nicht erneut verletzt werden kann. Eine Körperverletzung darf zwar nicht den Geboten der Logik zuwider angenommen werden. Dem logischen Erfordernis der vorherigen Unverletztheit wird aber genügt, wenn ein unverletzter Vorzustand im natürlichen Sinne bestanden hat, und sei es in vortatbestandlicher Zeit. Das ist hier der Fall, wie folgende Überlegungen verdeutlichen:

Die Begriffe der Körperverletzung und der Gesundheitsbeschädigung sind ebenso wie der Begriff des Menschen Rechtsbegriffe, die hier auf in der Entwicklung befindliche Vorgänge anzuwenden sind. Ein wichtiges Glied in der zur Mißbildung des Kindes führenden Ursachenkette ist die erste Einwirkung des Medikamentes auf die Leibesfrucht. Diese Einwirkung ist zwar keine nach § 230 StGB tatbestandliche Körperverletzung, weil keine körperlichen Funktionen eines Menschen gestört werden, zudem die konkret gestörten Funktionen noch gar nicht eingesetzt haben. In dieser Einwirkung kann aber wegen der darin liegenden Anlage zur Störung späterer körperliche Funktionen beim Menschen sowie wegen der schon bei der Leibesfrucht sich zeigenden äußerlichen Mißgestalt eine tatbestandslose natürliche Verletzung erblickt werden. Jedoch erschöpft sich die Einwirkung in dieser Verletzungswirkung nicht. Wie die Leibesfrucht ein in der Entwicklung befindliches Wesen ist, so entwickelt sich auch die natürliche Verletzung fort. Jedes nach der Verletzung auftretende Entwicklungsstadium dieser Verletzung beruht auf dem vorherigen Stadium und damit auf der erstmaligen Einwirkung auf die Leibesfrucht. Die im Zeitpunkt der Menschwerdung bestehende und sich danach weiter entwickelnde natürliche Verletzung ist folglich ebenfalls als eine Weiterentwicklung der vorherigen Entwicklungsstadien anzusehen und also auf die erstmalige Einwirkung auf die Leibesfrucht zurückzuführen. Da aber die Leibesfrucht vor der Einwirkung unverletzt war, zeigt sich, daß innerhalb des natürlichen Entwicklungsverlaufes ein unverletzter Vorzustand durchaus vorlag.

Auch § 218 StGB und die dieser Vorschrift zugrundeliegenden Motive widersprechen der Annahme, daß die Verursachung von Mißbildungen als Körperverletzung eines Menschen strafbar ist, nicht. Insoweit vermag die Kammer Schröder, der mit der bisher vorgetragenen Auffassung jedenfalls im Ergebnis übereinstimmt, nicht mehr zu folgen. Für die Tatbestandsmäßigkeit im Sinne des § 230 StGB ist allein entscheidend, ob der Erfolg (Körperverletzung) am Handlungsobjekt (Mensch) verursacht worden ist oder nicht. Überlegungen zum systematischen Zusammenhang der Vorschriften des II. Teils, 16. Abschnitt des StGB ändern daran nichts. Sie vermögen lediglich die Straflosigkeit solcher Verletzungen der Leibesfrucht darzutun, die sich in dieser Verletzung erschöpfen. Wenn aber die Verletzung, die die Leibesfrucht erleidet, nicht auf diese beschränkt bleibt, sondern darüber hinaus auch für eine Körperverletzung am Menschen ursächlich wird, so trifft die gleiche Ursachenreihe zeitlich nacheinander verschiedene strafrechtliche Handlungsobjekte. Es ist nicht einzusehen, daß die Straflosigkeit hinsichtlich des zunächst getroffenen Handlungsobjektes zugleich Straflosigkeit wegen des nachfolgend getroffenen Handlungsobjektes bedingen soll. Die Körperverletzung eines Menschen ist nämlich nach dem Willen des Gesetzgebers in jedem Fall und unabhängig von etwaigen Einwirkungen auf die Leibesfrucht strafbar. Der Gesetzgeber hat, wie schon ausgeführt wurde, bewußt zwischen Mensch und Leibesfrucht unterschieden und deren Schutz vom Vorliegen verschiedener rechtlicher Voraussetzungen abhängig gemacht. Dabei hat er - offenbar in der Vorstellung, daß die Leibesfrucht im Verhältnis zum Menschen als geringerwertiges Rechtsobjekt zu betrachten sei - der Leibesfrucht einen schwächeren Schutz zukommen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

lassen als dem Menschen. Er hat die Leibesfrucht lediglich gegen vorsätzliche Vernichtung geschützt, nicht aber gegen fahrlässige, auch nicht gegen Verletzungen. Demgegenüber hat er den Menschen uneingeschränkt auch vor vorsätzlichen und fahrlässigen Verletzungen schützen wollen. Der Entstehungsgeschichte des StGB ist nicht zu entnehmen, daß der Gesetzgeber vorsätzliche oder fahrlässige Verletzungen eines Menschen dann in Kauf nehmen wollte, wenn diese Verletzungen bereits durch Einwirkungen auf die Frucht eingeleitet werden, sich aber erst später bei der Menschqualität manifestieren und damit auf jeden Fall einen Menschen treffen.

Die gleichen Überlegungen gelten auch hinsichtlich § 222 StGB. Auch hier ist entscheidend, ob der Handelnde den Tod am Handlungsobjekt (Mensch) verursacht hat.

Die hier vertretene Auffassung läuft nicht auf eine gemäß § 2 StGB und Art. 103 Abs. 2 GG verbotene Analogie hinaus, wonach eine Erweiterung der gesetzlich bestimmten Strafbarkeit unzulässig ist. Wie dargelegt, wird der in Mißbildungsfällen vorliegende Sachverhalt von den vom Gesetzgeber gegebenen Tatbeständen umfaßt. Die Kammer hält allerdings wegen der insoweit bestehenden unterschiedlichen Auffassungen in der Rechtslehre eine Klarstellung durch den Gesetzgeber im Interesse der Rechtssicherheit für dringend geboten.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

II. Kausalzusammenhang

Einschränkend ist hinzuzufügen, daß die von der Kammer vertretene Auffassung naturgemäß nur unter der Voraussetzung gilt, daß Thalidomid für die Entstehung von Mißbildungen ursächlich ist. Das ist von Verteidigern und Angeklagten bezweifelt worden. Diese haben vorgetragen, die Wirkung des Thalidomids könne auch darin bestehen, daß ein Embryo, der auf Grund von Schädigungen oder schädlichen Anlagen, die bereits vor der Einnahme des Medikaments vorhanden waren, vorzeitig abgegangen wäre, also nicht die Menschwerdung erlebt hätte, durch Thalidomid am Leben erhalten worden sei. Indes liegen keinerlei Anhaltspunkte für die Richtigkeit dieser Hypothese vor. Vielmehr steht - wie noch darzulegen sein wird - eindeutig fest, daß Thalidomid Mißbildungen verursacht.

1. *Nervenschäden*

Zunächst ist festzustellen, daß nach dem bisherigen Beweisergebnis ein *Kausalzusammenhang zwischen längerer Thalidomideinnahme und Nervenschäden nachgewiesen ist.*

Dabei ist unter dem Nachweis im Rechtssinne keineswegs der sogenannte naturwissenschaftliche Nachweis zu verstehen, der eine mathematische, jede Möglichkeit des Gegenteils ausschließende Gewißheit, also ein absolut sicheres Wissen (vgl. *BGH* in VRS 39,103 ff.), voraussetzt. Der für die strafrechtliche Beurteilung allein maßgebliche Beweis ist - erst und schon - erbracht, wenn das Gericht von den zu beweisenden Tatsachen nach dem Inbegriff der Hauptverhandlung voll überzeugt ist. Dementsprechend beruht der strafrechtliche Beweis, der Eigenart geisteswissenschaftlichen Erkennens gemäß, nicht auf einem unmittelbar einsichtigen Denken, sondern auf dem Gewicht eines die Gründe abwägenden Urteils über den Gesamtzusammenhang des Geschehens (vgl. u. a. *BGH* in NJW 1951, 122). Da bei einem solchen Urteil eine jeden auch nur theoretischen Zweifel ausschließende Sicherheit - jedenfalls in aller Regel - undenkbar ist, kommt es nicht auf die für den naturwissenschaftlichen Nachweis gebotene *objektive*, sondern nur auf *subjektive* Gewißheit an (vgl. Beschluß der Kammer vom 2.4.1970 - Bl. 513 167 ff. mit Nachweisen). Nun müssen gewiß schon die leisesten Zweifel des Richters den Beweis im Rechtssinne ausschließen (BGHSt 10, 208 ff.; BGH in VRS 39, 103 ff.). Dabei muß es sich aber immer um reale Zweifel handeln, während abstrakte, nur theoretische Zweifel nicht berücksichtigt werden dürfen. So verkennt nach der Rechtsprechung des BGH der Tatrichter, der glaubt, nur rein theoretisch gegebene Möglichkeiten nicht mit Sicherheit ausschließen zu können, daß die prozessuale Feststellung einer zu beweisenden Tatsache nur den Ausschluß des Zweifels eines besonnenen, gewissenhaften und lebenserfahrenen Beurteilers, nicht aber auch eine von niemandem anzweifelbare absolute Gewißheit erfordert (vgl. BGH in NJW 1951, 83 und in VRS 39,105).

Für den sogenannten Sachverständigenbeweis gelten insoweit keine Besonderheiten.

Der Nachweis des Kausalzusammenhangs zwischen Thalidomideinnahme und dem Auftreten von Nervenschäden ist unter Zugrundelegung dieser von Rechtsprechung und Rechtslehre für die Beweisanforderungen im Rechtssinne anerkannten Voraussetzungen zur Überzeugung der Kammer geführt...

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Kammer auf Grund der Erkenntnisse der klinischen Neurologen von der Ursächlichkeit des Thalidomids für Nervenschäden überzeugt ist.

Bestärkend kommt hinzu, daß die Ursächlichkeit des Thalidomids von mehreren Experten unabhängig voneinander vermutet und sodann mit wissenschaftlichen Methoden gesichert worden ist.

Auch vermag die von allen hierzu gehörten Sachverständigen getroffene Feststellung, daß eine Polyneuritis nach Thalidomid nie unter klinisch kontrollierten Bedingungen entstanden, sondern nur an ambulant behandelten Patienten beobachtet worden ist, an der Überzeugung der Kammer nichts zu ändern. Zwar verlangt heute die klinische Pharmakologie, daß die Wirkungen von Arzneimitteln und auch etwaige schädigende Eigenschaften unter bestimmten, sorgfältig erarbeiteten Versuchsbedingungen überprüft werden. Diese Forderung ist, soweit es sich um neu auf den Markt zu bringende Medikamente handelt, auch durchaus zu begrüßen. Es ist jedoch nicht einzusehen, weshalb der Beweis eines Ursachenzusammenhanges, wie es die Sachverständigen Professoren Preissig, Chain und offenbar auch Welte verlangen, nur dann anzuerkennen sein soll, wenn er in einem klinisch kontrollierten Experiment erbracht worden ist. Wie schon ausgeführt, vermag die klinische Neurologie auf Grund ihrer eigenen anerkannten wissenschaftlichen Methoden durchaus Nervenschäden zu erkennen und bestimmten

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Ursachen zuzuordnen. Dies ist im vorliegenden Fall mit Erfolg in sachgerechter Weise geschehen. Nachträglich derartige systematische Versuche, wie sie die genannten Sachverständigen fordern, durchzuführen, verstieße - schon bei Vorliegen eines Verdachts schwerer Nebenwirkungen - gegen ethische und strafrechtliche Normen.

Im übrigen würde die Ansicht, daß pharmakologische oder toxikologische Wirkungen eines Medikamentes nur im klinisch kontrollierten Versuch nachgewiesen werden können, die Anforderungen an eine Beweisführung im Rechtssinne - nur hierauf kommt es an - erheblich überspannen. Aus diesem Grund vermag die Kammer auch dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Chain im Ergebnis nicht zu folgen. Wie seine Darlegungen zweifelsfrei ergeben, versteht er nämlich unter »Nachweis« im Sinne seiner Ausführungen - geeignete Beweismittel seien nur Prüfungen unter systematischen klinischen Bedingungen - einen Beweis im sogenannten naturwissenschaftlichen Sinne, das heißt eine jede Möglichkeit des Gegenteils ausschließende Gewißheit, die - wie schon im einzelnen dargelegt - für einen Nachweis im strafrechtlichen Sinne nicht erforderlich ist. Es genügt vielmehr, daß das Gericht von dem Kausalzusammenhang nach dem Inbegriff der Hauptverhandlung - wie hier - überzeugt ist.

Auch der Umstand, daß nicht in allen Fällen nach mehr oder weniger langer Thalidomideinnahme eine Nervenschädigung oder gar eine Polyneuritis aufgetreten ist, läßt Zweifel an der Ursächlichkeit des Thalidomids nicht aufkommen. Diese Feststellung beweist lediglich, daß Thalidomid kein obligates Nervengift ist und beim einzelnen Menschen eine - so Prof. Hoff - »konstitutionelle Bereitschaft« vorliegen muß, um ein solches multifaktorielles Geschehen in Gang zu setzen. Es müssen also im Einzelfall noch weitere Faktoren hinzukommen, wenn eine Thalidomid-Polyneuritis entstehen soll. Zu denken ist etwa an vorgegebene Störungen der Leberfunktion oder des Zuckerstoffwechsels, an Resorptionsstörungen des Magen-Darm-Kanals, an Enzymanomalien oder Folgen bestimmter anderer Medikamente. Die Frage der Pathogenese, die hiermit angesprochen wird, ist jedoch nur von medizinisch-wissenschaftlichem Interesse. Für die Entscheidung über die Kausalität im Rechtssinne ist sie bedeutungslos, weil es insoweit nur auf die Frage ankommt, ob Thalidomid als Faktor hinweggedacht werden kann, ohne daß der Erfolg - hier die Nervenschädigung - entfiele. Das ist indes nicht der Fall. Denn daß Thalidomid seine schädliche Wirkung nur bei Vorliegen besonderer prädisponierender Faktoren entfaltet, ändert an seiner Ursächlichkeit nichts. Daß einer dieser Faktoren allein imstande ist, eine Polyneuritis des hier fraglichen Typs auszulösen, ist nicht anzunehmen. Keine der angegebenen, als konstitutionelle Faktoren in Betracht kommenden Störungen und auch kein anderer Faktor sind nämlich nach wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Lage, eine Polyneuritis mit dem typischen Bild und Verlauf hervorzurufen, wie sie nach Thalidomid beobachtet worden ist.

Aus den genannten Gründen ist es für den Nachweis der Kausalität auch ohne Einfluß, daß der Wirkungsmechanismus des Thalidomids, auf dessen Klärung der Sachverständige Prof. Rauen als Biochemiker in seinem Gutachten Wert legte, im einzelnen nicht bekannt ist.

Auch negative Ergebnisse in Tierversuchen vermögen die Ursächlichkeit des Thalidomids für Nervenschäden nicht in Frage zu stellen. Es ist zwar richtig, daß Versuche mit Thalidomid an verschiedenen Tierarten, wie zum Beispiel Ratten, Mäusen, Kaninchen, Hunden und Rhesusaffen, keinen Anhaltspunkt für eine auf Thalidomid zurückzuführende Nervenschädigung ergeben haben. Dennoch widersprechen diese Ergebnisse nicht der Annahme eines Kausalzusammenhangs...

Schließlich geht die Kammer davon aus, daß sich die Kausalität grundsätzlich auch im Einzelfall nachweisen läßt. Sie glaubt jedoch darauf hinweisen zu müssen, daß dieser Nachweis - vor allem im Zivilprozeß wegen der dort für den Geschädigten schwierigen Beweislage - mitunter nicht leicht, in einigen Fällen vielleicht überhaupt nicht zu führen sein wird.

2. *Mißbildungen*

Die Kammer ist nach dem bisherigen Ergebnis der Beweisaufnahme auch davon überzeugt, daß Thalidomid generell geeignet ist, Mißbildungen der Art zu verursachen, wie sie in Fachkreisen allgemein als Wiedemann- oder Dysmeliesyndrom beschrieben werden.

Wie bereits dargelegt, bedarf es zum Nachweis im Rechtssinne keines naturwissenschaftlichen Beweises, das heißt einer jede Möglichkeit des Gegenteils ausschließenden Gewißheit. Es genügt vielmehr, daß die Kammer unter Berücksichtigung aller Umstände voll von dem Kausalzusammenhang überzeugt ist. Das ist auch im Mißbildungsbereich der Fall.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Die Überzeugung der Kammer beruht in erster Linie auf den in den wesentlichen Punkten übereinstimmenden Darlegungen der Sachverständigen Professoren Hövels, Thomas, Schönenberg und Vivell. Diese Sachverständigen halten - auch für einen Laien nachvollziehbar - einen Kausalzusammenhang zwischen Thalidomideinnahme und Mißbildungen auf Grund ihrer eigenen wissenschaftlichen Forschungen in Verbindung mit den Erkenntnissen anderer Experten der einschlägigen medizinischen Fachrichtungen für erwiesen. Ihre Gutachten sind in sich und in ihrer Übereinstimmung überzeugend. Folgende, von ihnen vorgetragene Tatsachen sprechen für einen Kausalzusammenhang und haben zur Überzeugungsbildung der Kammer geführt:

Das sogenannte Wiedemann- oder Dysmeliesyndrom ist ein eigenständiges, morphologisches Mißbildungssyndrom, dessen Bild in besonderem Maße von Extremitätenmißbildungen geprägt wird. Es umfaßt Mißbildungsformen verschiedener Schweregrade, die von Amelie über schwere Phokomelie bis zu geringeren Schädigungen, etwa Hypoplasie des Daumenstrahls oder Triphalangie, reichen. Auffallend ist dabei einmal, daß doppelseitige und symmetrische Erscheinungsbilder überwiegen. Charakteristisch ist ferner, daß die phylogenetisch jüngeren Strahlen - nämlich Radius und Daumen bzw. Tibia und Großzehe - bevorzugt betroffen werden. Wie Professor Thomas in seinem eingehenden, durch eindrucksvolle Bilder belegten Gutachten ausgeführt hat, ist kein Thalidomidfall bekannt, in dem etwa Elle und Kleinfingerstrahl beziehungsweise Wadenbein und Kleinzehenstrahl betroffen sind, ohne daß auch die Daumen- bzw. Großzehenseite geschädigt ist. Selbst relativ geringe Schädigungen wie Hypoplasie des Daumenstrahls oder Triphalangie sind häufig mit einer gleichzeitigen Unterentwicklung des knöchernen Daumenstrahls verknüpft.

Neben den besonders charakteristischen Extremitätenmißbildungen sind für das Wiedemannsyndrom einzelne Begleitmißbildungen typisch, so Ohrmißbildungen, verschiedene innere Mißbildungen und Facialisparesen. Schließlich treten bei diesem Syndrom auch gehäuft Hämangiome auf, besonders im Gesicht in Verbindung mit Sattelnase, so daß sogar schon die Bezeichnung »Thalidomidgesicht« geprägt wurde.

Trotz der Vielzahl der möglichen Einzelmißbildungen bietet das Wiedemannsyndrom ein selbständiges und von anderen Mißbildungssyndromen deutlich abgrenzbares Bild. Das zeigt sich neben den erwähnten typischen Besonderheiten, insbesondere der Extremitätenmißbildungen, vor allem in einer auffallenden und bisher in dieser Häufung und Ausprägung noch nie beobachteten Kombination der genannten Einzelmißbildungen, die sich von allen bisher bekannten, mit Dysmelie einhergehenden Syndromen unterscheidet. Gerade die - gemessen an der statistischen Zufallserwartung eines gemeinsamen Vorkommens von bestimmten Einzelmerkmalen - ungewöhnliche oder ungewöhnlich häufige Kombination derartiger Merkmale ist für die Anerkennung eines eigenständigen morphologischen Syndroms entscheidend. Dem steht nicht entgegen, daß die Einzelkomponenten des Wiedemannsyndroms schon vor der Thalidomidära bekannt gewesen und beschrieben, sie auch schon damals gelegentlich in Kombination gemeinsam gesehen worden sind. In dem Ausmaß, wie es während des Vertriebs von Thalidomid festgestellt wurde, sind vergleichbare Syndrome vorher niemals beobachtet worden...

Außerdem besteht nach den auch insoweit überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Hövels eine bemerkenswert enge Korrelation zwischen der Häufung des Wiedemannsyndroms in bestimmten, eng begrenzten Zeitabschnitten und geographischen Gebieten und dem Verbrauch von Thalidomid. Bei epidemiologischer Prüfung wurde erkannt, daß der begrenzten räumlichen und zeitlichen Häufung des Syndroms eine zeitlich, räumlich und quantitativ ähnliche Verteilung des Thalidomidverbrauchs entsprach. Das gehäufte Auftreten des Wiedemannsyndroms im fraglichen Zeitraum ist eindeutig auf die Länder beschränkt, in denen thalidomidhaltige Präparate vertrieben wurden.

Für die Beweisführung ist schließlich von Bedeutung, daß bei Müttern, deren Kinder Mißbildungen vom Typ des Wiedemannsyndroms aufwiesen, in der Anamnese überzufällig häufig gerade für die Zeit eine Thalidomideinnahme vermerkt war, in der die Mißbildungen entstanden sein müssen. Daß sich der Zeitpunkt des Entstehens einer Mißbildung im Normalfall ziemlich sicher angeben läßt, entspricht wissenschaftlicher Erkenntnis. Es ist anerkannt, daß die Art der Fehlbildung eines Organs in vielen Fällen Rückschlüsse auf den Zeitraum der Entstehung und auf die formale Genese der Mißbildungen erlaubt. Das ist deshalb möglich, weil der formale zeitliche Ablauf der normalen Entwicklung weitgehend bekannt ist. Zwar kann das Alter menschlicher Früchte meist nicht mit letzter Exaktheit bestimmt werden, jedoch läßt sich der zeitliche Ablauf der menschlichen Entwicklung so annähernd genau angeben, daß eine zeitliche Zuordnung von Mißbildungen auf bestimmte Phasen der Embryonalentwicklung vorgenommen werden kann. Insbesondere läßt sich ein Endzeitpunkt festlegen, vor dessen Ablauf die Mißbildung entstanden sein muß - sogenannte teratogenetische

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Terminationsperiode -. Die Zeitspanne bis zu diesem Zeitpunkt - allgemein als teratogenetische Determinationsperiode bezeichnet - fällt, wie Untersuchungen ergeben haben und in Analogie zur Ergebnissen der experimentellen Entwicklungsphysiologie auch zu erwarten ist, mit der sogenannten sensiblen Phase der Organentwicklung, das heißt mit der Phase besonderer Anfälligkeit gegenüber äußeren und inneren Störungen, zusammen. Für Mißbildungen vom Typ des Wiedemannsyndroms liegt diese »kritische Phase nach Prof. Thomas etwa zwischen dem 27. und 40. Tag p. c. - nach der Konzeption - und entsprechend etwa zwischen dem 34. und 50. Tag p. m. - nach Beginn der Menstruation -, wobei sich diese Zeiträume allerdings wegen der Variabilität des Menstruationszeitpunktes und der Fruchtentwicklung um einige Tage verschieben können.

In den weitaus meisten Fällen, in denen sich der Zeitpunkt der Thalidomideinnahme durch die Mutter noch hat feststellen lassen, hat sich nun - wie die Kammer den Ausführungen von Prof. Hövels entnimmt - in der Tat gezeigt, daß die Mutter genau in dem Zeitpunkt Thalidomid eingenommen hat, der der sensiblen Entwicklungsphase der mißgebildeten Organe entspricht. Von Prof. Schönenberg und Prof. Vivell durchgeführte Erhebungen bestätigen diese Feststellungen.

Die Kammer verkennt bei ihren Überlegungen nicht, daß - wie Prof. Hopf zu bedenken gibt - Häufigkeitsverschiebungen nach der einen oder anderen Seite keinen absolut sicheren Beweis für eine bestimmte Ursache erbringen können, zumal bei Statistiken Unsicherheiten und Ungenauigkeiten kaum völlig auszuschließen sind. Entsprechend hat auch Prof. Kloos die Ansicht vertreten, ein epidemieartiges Auftreten von Mißbildungen könne nur den *Verdacht* nahelegen, daß ein exogener Faktor hierfür verantwortlich sei; es könne durchaus endogene Ursachen geben, so daß sogar das Verschwinden der angeschuldigten Noxe und das gleichzeitige Abflauen der Mißbildungswelle kein sicherer Beweis für die Ursächlichkeit zu sein brauche. Allerdings fällt auf, daß Prof. Kloos im Jahre 1962 in einem Aufsatz selbst die Meinung geäußert hat, von einer Thalidomid-Embryopathie könne man sprechen, wenn die Mißbildungswelle 9 Monate nach dem Einziehen des Thalidomids abklinge. Hiervon abgesehen vermögen die Einwände der genannten Sachverständigen die Überzeugung der Kammer nicht zu erschüttern. Denn im vorliegenden Fall treten - wie ausgeführt - zu der epidemischen Häufung des beschriebenen typischen und genau abgrenzbaren Syndroms weitere Gesichtspunkte hinzu, die den Verdacht zu einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit verdichten, nämlich die Tatsache, daß das Syndrom gerade in der Zeit des Thalidomidvertriebs und noch dazu in zeitlich und örtlich enger Korrelation zum Thalidomidvertrieb in epidemischer Häufung aufgetreten ist und überdies die Mütter der mißgebildeten Kinder, so weit sich das nachträglich noch feststellen ließ, gerade in dem für die Entstehung der Mißbildungen maßgeblichen Zeitraum Thalidomid eingenommen haben. Demgegenüber ist die Wahrscheinlichkeit eines zufälligen Zusammentreffens angesichts der aufgezeigten Umstände so außerordentlich gering, daß sie aus dem Bereich vernünftiger Überlegungen ausgeschieden werden muß. Eine sachgerechte und vernünftige Würdigung der genannten Tatsachen läßt zur Überzeugung der Kammer nur den Schluß zu, daß Thalidomid die Ursache dieser Mißbildungen ist...

Für den schon hiernach festgestellten Kausalzusammenhang spricht ferner die Tatsache, daß es möglich ist, unter bestimmten Bedingungen bei gewissen Stämmen von Tierarten Mißbildungen, die mit dem Wiedemannsyndrom formal zu vergleichen sind, durch Thalidomid experimentell zu erzeugen. Prof. Wilson hat über durch Thalidomid erzeugte Mißbildungen bei Affenföten berichtet, die vorher noch niemals bei Affen oder anderen nichtmenschlichen Primaten gesehen worden und in auffallender Weise den beim menschlichen Embryo beobachteten, vergleichbaren Fällen ähnlich sind. Dieser Sachverständige hat bei seinen tierexperimentellen Untersuchungen aus dem Jahre 1964 außerdem festgestellt, daß die Reihenfolge, in der verschiedene Organe durch Thalidomideinwirkung betroffen werden, beim Affenembryo derjenigen beim menschlichen Embryo entspricht, wobei nur die naturbedingte Besonderheit besteht, daß sich der Affenembryo schneller entwickelt und dementsprechend eher als der menschliche Embryo gegen Thalidomid unempfindlich wird. Positive Ergebnisse hatten unter anderem auch die Affenversuche von Delahunt und Lassen, während Prof. Coulsten nicht die gleichen Mißbildungen wie Prof. Wilson gesehen hat.

Auch an anderen Tierarten ist inzwischen von zahlreichen Wissenschaftlern in der ganzen Welt die teratogene Wirkung von Thalidomid experimentell geprüft worden. In einer Reihe von Experimenten konnten dabei allerdings Mißbildungen an den Jungtieren nicht oder nur ausnahmsweise erzeugt werden. Negative Ergebnisse liegen vor bei Ratten, Mäusen, bestimmten Stämmen von Kaninchen, Hühnern und Hamstern. Doch wurden auch bei diesen Versuchen vermehrt intrauterine Resorptionen beziehungsweise eine Verminderung der Wurfzahl beobachtet. Von einer erheblichen Anzahl von Forschern wurden demgegenüber auch bei Ratten, Mäusen, Kaninchen, Hühnern und Schweinen nach Thalidomid Mißbildungen gefunden (vgl. ➔ Willert-Henkel,

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Klinik und Pathologie der Dysmelie, 1969, S. 82-85). Auch der in der Hauptverhandlung vernommene Sachverständige Prof. Coulsten hat hierzu ausgeführt, daß seine Versuche bei Kaninchen die teratogene Wirkung von Thalidomid gezeigt hätten. Prof. Kirchmair weist in seiner Abhandlung »Angeborene Stoffwechselkrankheiten - Thalidomid-Embryopathie« (Med. Monatsschrift 1968, S. 114 ff.) ebenfalls darauf hin, daß in Versuchen mit mischrassigen und hybriden Kaninchen die teratogene Wirkung und der ganz spezifische Effekt des Thalidomids habe nachgewiesen werden können; dabei hätten sich sehr große Ähnlichkeiten und Analogien zwischen den Thalidomidsyndromen beim Menschen und Kaninchen ergeben.

Es bedarf keiner näheren Darlegung, wie diese teilweise unterschiedlichen Ergebnisse zu erklären sind. Die Kammer verweist insoweit auf die ohne weiteres einleuchtenden Ausführungen von Prof. Coulsten, wonach die Erzeugung von congenitalen Mißbildungen nicht nur von der Verabreichung eines spezifischen Medikaments in einer besonderen Dosierung an ein genetisch empfängliches Tier zu einem Zeitpunkt, in dem sich der Embryo in einem empfindlichen Entwicklungsstadium befindet, abhängt, sondern darüber hinaus schon eine geringe Abänderung der Versuchsanordnung zur Änderung des Ergebnisses führen kann. Eine eingehende Analyse der unterschiedlichen Ergebnisse der Tierexperimente ist im übrigen auch deshalb nicht erforderlich, weil die Kammer dem Tierexperiment keine absolut sichere Beweiskraft beimißt. Sie folgt insoweit der Ansicht insbesondere der Professoren Wilson und Coulsten, wonach tierexperimentelle Ergebnisse die teratogene Wirkung beim Menschen nicht sicher beweisen. Immerhin legen aber - das ist unbestritten - positive Tierergebnisse - und seien es nur wenige - die Wahrscheinlichkeit nahe, daß das Mittel auch beim Menschen teratogen ist. Insoweit ist die trotz nicht restlos übereinstimmender Ergebnisse in zahlreichen Tierversuchen gewonnene, insgesamt recht eindeutige Feststellung, daß Thalidomid auch beim Tier teratogen ist, für die Beweisführung doch bedeutsam, weil sie die Überzeugung der Kammer, daß Thalidomid eine teratogene Substanz ist, nicht unerheblich stützt.

Eine gewisse Bedeutung kommt bestärkend auch der Tatsache zu, daß Familien bekannt sind, in denen neben dem betroffenen Kind sowohl vor als auch nach der Thalidomidära bis zu drei gesunde Kinder zur Welt kamen, umgekehrt aber keine Fälle beobachtet wurden, in denen ein Elternteil oder - von den während der Thalidomidära geborenen Zwillingsfällen abgesehen - ein Geschwisterteil ebenfalls Mißbildungen vom Typ des Wiedemannsyndroms aufweist.

Schließlich ist noch am Rande zu bemerken, daß die Thalidomid-Embryopathie, wie Prof. Thomas vorgetragen hat, neben der Röteln- und Strahlenembryopathie als eine der klassischen Embryopathien bereits in die Weltliteratur des Fachgebietes eingegangen ist.

Gesichtspunkte, die gegen den hiernach festgestellten Ursachenzusammenhang vorgebracht wurden, insbesondere von den Sachverständigen Professoren Blechschmidt, Hopf und Kloos sowie Dr. Püschel, sind nicht geeignet, dieses Ergebnis zu erschüttern:

Es kommt, wie bereits dargelegt, nicht darauf an, daß die Einzelkomponenten des Wiedemannsyndroms vor dem Vertrieb von Thalidomid schon bekannt gewesen und beschrieben worden sind und daß sie damals schon ganz vereinzelt in Kombinationen gemeinsam beobachtet wurden...

Die Kammer geht dementsprechend davon aus, daß es tatsächlich formal ähnliche Mißbildungen schon immer gegeben hat. Wie Prof. Hövels ausgeführt hat, ist das nach den Ergebnissen der experimentellen Teratologie sogar zu erwarten. Die Beweisführung wird dadurch indes nicht beeinflußt, denn dafür ist entscheidend, daß - wie ausgeführt - die im Zusammenhang mit Thalidomid beobachteten Kombinationen innerer und äußerer Fehlbildungen in dieser epidemischen Häufung vor 1957 und nach 1962 unbestreitbar nicht aufgetreten sind.

Unbegründet ist ferner der Einwand, der aus der Tatsache hergeleitet wurde, daß nicht alle Mütter, die in der sensiblen Phase Thalidomid eingenommen haben, ein mißgebildetes Kind geboren haben. Es entspricht nämlich biologischer Erfahrung - und gilt auch für die Teratologie -, daß nicht alle Individuen auf die gleiche Noxe gleichartig reagieren. In diesem Sinne haben sich übereinstimmend die Sachverständigen Professoren Thomas, Hövels und Schönenberg geäußert und hieran die Schlußfolgerung geknüpft, daß teratogene Folgen nicht immer auftreten müssen. Das sei nach den vorliegenden Ergebnissen der experimentellen Teratologie auch gar nicht zu erwarten. Im Tierexperiment ist, so entnimmt die Kammer den Gutachten der Sachverständigen weiter, sogar im Gegenteil sicher erwiesen, daß die Frucht auf Applikation eines chemischen Teratogens an die Mutter verschiedenartig reagieren kann. So kann es zu intrauterinem Fruchttod mit der Folge einer Resorption der Frucht oder zu einer Ausstoßung der abgestorbenen Frucht oder zu einer Schädigung mehr oder weniger

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

ausgedehnter Körperregionen oder schließlich auch zu keinerlei Schädigungen kommen. Das ergibt sich daraus, daß für die Wirkung entscheidend nicht die applizierte Menge des Stoffes, sondern seine Konzentration am Ort der Wirkung ist. Diese Konzentration am Wirkungsort ist aber von einer Fülle qualitativ bekannter, quantitativ aber kaum je gleichzeitig erfaßbarer Faktoren abhängig, nämlich mütterlichen, placentaren und letalen Faktoren. Dabei spielt besonders die Konstitution eine erhebliche Rolle. Das gleiche gilt auch für den Menschen. Auch bei ihm ist es nicht erstaunlich und sogar zu erwarten, daß Mütter, die in der sensiblen Phase Thalidomid genommen haben, trotzdem gesunde Kinder geboren haben. Es ist nicht verwunderlich, wenn eine genetisch so inhomogene Population wie der Mensch auf die gleiche teratogene Noxe im einen Fall mit Mißbildungen unterschiedlicher Expressivität und unterschiedlicher Penetranz, im anderen Fall überhaupt nicht reagiert. Man kann sogar sagen, daß die Entdeckung eines chemischen Stoffes, der bei niedriger Dosierung beim Menschen mit 100%iger Durchschlagskraft Mißbildungen erzeugt, eine - wie Prof. Hövels meint - teratologische Sensation bedeuten würde. Die Tatsache, daß in einer gegebenen Beobachtungsgruppe bestimmte Mißbildungen nicht immer oder gar nur sporadisch auftreten, spricht demnach nicht gegen die kausale Verknüpfung zwischen einer Häufung eben dieser Mißbildungen und einer exogenen teratogenen Noxe. Der insoweit vorgebrachte Einwand ist somit nach den gesicherten Erkenntnissen der experimentellen Teratologie entkräftet, er wurde im übrigen auch durch das Verschwinden des Wiedemannsyndroms nach Beendigung der Thalidomidära wesentlich relativiert.

Soweit die Sachverständigen Professoren Blechschmidt, Coulsten und Kloos ausgeführt haben, so lange die Art und Weise der Entwicklung des menschlichen Embryos nicht genau bekannt sei und noch vollkommene Unklarheit über den Wirkungsmechanismus des Thalidomids und das Stoffwechselschicksal dieser Substanz beim Embryo bestehe, seien Theorien über teratogene Eigenschaften von Thalidomid verfrüht, sei über die Ätiologie keine verbindliche Aussage zu machen und damit der Nachweis des Kausalzusammenhangs nicht zu führen, vermag die Kammer dem nicht zu folgen. Es besteht keinerlei Veranlassung, alle Schlußfolgerungen in Richtung auf einen Ursachenzusammenhang ohne Kenntnis der genauen Vorgänge im Mutterleib für hypothetisch, für reine Spekulation zu halten, wie das die genannten Sachverständigen getan haben. Die Kammer räumt zwar durchaus ein, daß die Kenntnis der menschlichen Entwicklung oder der Wirkungsweise des Thalidomids *eine* Möglichkeit zur Klärung der Frage des Ursachenzusammenhangs bieten kann, sicher ist sie jedoch nicht die *einzige*. Bei einer Vielzahl von chemischen Stoffen, insbesondere auch bei Arzneimitteln, ist der Wirkungsmechanismus ganz oder weitgehend unbekannt. Trotzdem wird nicht bezweifelt, daß diese Stoffe bestimmte Wirkungen, sei es erwünschter oder unerwünschter Art, haben.

Es spräche ferner nicht gegen den festgestellten Ursachenzusammenhang, wenn das Auftreten des Wiedemannsyndroms neben Thalidomid noch mit einem dritten - bisher allerdings unbekannten - Phänomen verknüpft sein sollte. Das gilt zum Beispiel für die Möglichkeit eines zusätzlichen Einflusses genetischer oder sonstiger konstitutioneller Faktoren, wie etwa der Zahl der vorausgegangenen Geburten und Schwangerschaften, Krankheiten der Mutter, Schwangerschaftsunterbrechungen oder sonstiger Eingriffe und Störungen während der Schwangerschaft. Zwar läßt sich die Möglichkeit einer mitursächlichen Beteiligung solcher Faktoren nicht sicher ausschließen. Sie würde aber - abgesehen davon, daß es sich nach den vorliegenden Beobachtungen über die Häufung des Wiedemannsyndroms um eine weitverbreitete Eigentümlichkeit des Stoffwechsels handeln müßte, für deren Vorliegen in den meisten Fällen aber keine Anhaltspunkte bestehen - der festgestellten kausalen Verknüpfung des Syndroms mit Thalidomid - und das ist für die rechtliche Beurteilung entscheidend - nicht entgegenstellen. Die Ursächlichkeit des Thalidomids würde nämlich nicht dadurch ausgeschlossen, daß es seine schädliche Wirkung nur bei gleichzeitigem Vorhandensein anderer Faktoren - gleich welcher Art - entfalten kann. Die Möglichkeit, daß ein solcher Drittfaktor in gleicher Weise mit dem Auftreten des Wiedemannsyndroms verknüpft ist wie Thalidomid, gleichwohl aber allein und ohne Mitwirkung von Thalidomid zu den Mißbildungen geführt hat, ist nach allen bisherigen Erfahrungen und Erkenntnissen so außerordentlich unwahrscheinlich, daß sie außer acht gelassen werden kann.

Die gleichen Überlegungen gelten auch für sogenannte peristatische Faktoren, das heißt Faktoren in der Umwelt, mit denen die Mutter beziehungsweise ihre Leibesfrucht in Berührung kommen kann. Zu denken ist insoweit etwa an Haushaltsmittel, Nahrungsmittel, Alkoholgenuß, Rauchgewohnheiten, Unfälle, Operationen, Narkosen, Röntgenbestrahlung in der Frühschwangerschaft, Pflanzenschutzmittel und sonstige Chemikalien oder Strahlenbelastung (Fernsehen, Leuchtzifferblätter und anderes). Hier kommt als zusätzliches Argument hinzu, daß kein Faktor unter den genannten und sonst noch denkbaren Faktoren ersichtlich ist, der lediglich während der Zeit der epidemischen Häufung des Dysmeliesyndroms existent war. Alle aufgeführten Faktoren gab es vor dieser Zeit und - wie zum Beispiel Röntgenbestrahlungen - heute zum Teil in noch größerem Umfange.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

In gleicher Weise ist die Vermutung entkräftet, daß *andere* Medikamente diese Art von Mißbildungen ausgelöst haben. Es ist neben den thalidomidhaltigen Präparaten kein Mittel bekannt, das während der Dysmeliewelle einen deren Ansteigen und Abklingen entsprechenden Umsatz hatte und nicht auch vorher oder nachher rezeptiert wurde. Das gilt auch für die Meclizine, die in dieser Richtung besonders angeschuldigt wurden, aber heute offenbar in noch viel größerem Umfange als vor 1958 in der Frühschwangerschaft zur Anwendung kommen.

Für die schon kurz erwähnte, von Hellmann entwickelte und von Prof. Kloos in der Hauptverhandlung vorgetragene Hypothese, es sei denkbar, daß Thalidomid lebenserhaltend wirke, also die Abstoßung mißgebildeter Früchte durch Unterdrückung einer Immunreaktion verhindere, hat die bisherige Beweisaufnahme keinerlei Anhaltspunkte ergeben. Gegen ihre Richtigkeit sprechen einmal Tierversuche, die - wie Prof. Hövels unter Hinweis auf Oettel und Frohberger berichtet hat - sogar zu dem gegenteiligen Ergebnis geführt haben, daß Thalidomid die Absterbe- und Resorptionsrate nicht verringert, sondern erhöht. Auch der sachverständige Zeuge Prof. Staemmler hat bekundet, daß er bei Tierversuchen eine Erhöhung der Resorptionsrate festgestellt habe. Außerdem ist die von Hellmann entwickelte Hypothese mit den vor und nach der Thalidomidära gemachten Erfahrungen nicht vereinbar. Es wäre nämlich - diese Hypothese einmal als richtig unterstellt - mit Sicherheit zu erwarten, daß vor und nach dieser Zeit vermehrt Aborte mit typischen Fehlbildungen festgestellt worden wären. Dies hat jedoch nicht einmal Prof. Kloos behauptet, der - mit diesem Vorhalt konfrontiert - hierfür keine Erklärung abgeben konnte. Die Kammer vermag daher dieser Theorie keine Beweiserheblichkeit beizumessen...

Die Kammer ist schließlich davon überzeugt, daß wegen des typischen Erscheinungsbildes und der extremen Seltenheit vergleichbarer Syndrome auch im Einzelfall der Kausalzusammenhang zwischen Thalidomideinnahme und Mißbildungen nachweisbar ist, falls die Mutter in der sensiblen Phase Thalidomid eingenommen hat.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

III. Schuld

Was das Verschulden im Bereich der Nervenschäden angeht, so ist nach dem bisherigen Sachstand der Nachweis vorsätzlichen Handelns, sowohl was den Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung als auch die insoweit in Frage kommenden Tatbestände des Arzneimittelgesetzes betrifft, nicht erbracht und nicht wahrscheinlich. Die Bejahung des Vorsatzes - auch in der Form des dolus eventualis - würde voraussetzen, daß die Angeklagten mit der Möglichkeit, nach Contergan-Einnahme könnten trotz der von ihnen getroffenen Maßnahmen weiterhin Polyneuritiden entstehen, positiv gerechnet haben.

Demgegenüber ist fahrlässiges Verhalten im Sinne des § 230 StGB - für das Arzneimittelgesetz gilt unbeschadet der besonderen Voraussetzungen der insoweit angeklagten Tatbestände Entsprechendes - insofern zu bejahen, als das Gesamtverhalten, wie es aus der Firma Chemie-Grünenthal nach außen in Erscheinung getreten ist, nicht den Anforderungen entspricht, wie sie an einen ordentlichen und gewissenhaften Arzneimittelhersteller zu stellen sind. Was von einem gewissenhaften und ordentlichen Arzneimittelhersteller zu fordern ist, bedarf, soweit es für die Beurteilung des vorliegenden Falles notwendig ist, einer näheren Darlegung.

Die Kammer setzt voraus, daß der Arzneimittelhersteller jedes Arzneimittel, bei dem nicht schon ausreichende Erfahrungen vorliegen, eingehend pharmakologisch und klinisch prüft, bevor er es in den Handel bringt. Der zu beurteilende Sachverhalt bietet jedoch keine Veranlassung, im einzelnen zu erörtern, wie eine ordnungsgemäße pharmakologische und klinische Prüfung auszusehen hat. Selbst wenn nämlich Thalidomid nicht ausreichend pharmakologisch und klinisch geprüft worden wäre, so wäre ein hierin zu erblickendes schuldhaftes Verhalten für das spätere Auftreten von Nervenschäden nicht als ursächlich anzusehen. Wie die Sachverständigen Prof. Herken, Kuschinsky und Lendle ausgeführt haben, hätte im Falle des Thalidomids auch eine ordentliche und gewissenhafte pharmakologische Prüfung das Auftreten von Polyneuritiden nicht notwendigerweise erkennen lassen. Entsprechendes gilt von der klinischen Prüfung, wie schon daraus erhellt, daß auch später unter klinisch kontrollierten Bedingungen bei Langzeitmedikation - soweit bisher in der Hauptverhandlung festgestellt - keine Polyneuritis entstanden ist...

Einer näheren Erörterung bedarf die Frage, wie sich ein ordentlicher und gewissenhafter Arzneimittelhersteller zu verhalten hat, wenn bei ihm Meldungen eingehen, in denen ein von ihm vertriebenes Präparat verdächtigt wird, schädliche Nebenwirkungen zu haben. Dabei ist einmal festzustellen, *wann* der Arzneimittelhersteller bei Eingehen solcher Meldungen tätig werden muß; sodann ist zu klären, *welche* Maßnahmen er in diesem Fall zu treffen hat.

Es ist selbstverständlich und bedarf keiner eingehenderen Darlegung, daß dem Arzneimittelhersteller grundsätzlich dann eine Offenbarungspflicht obliegt, wenn die schädliche Wirkung seines Präparates feststeht. Ebenso wie nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung der Arzt bei Eingriffen in die körperliche Integrität des Patienten offenbarungspflichtig ist, ist es auch der Arzneimittelhersteller, weil er durch den Vertrieb eines Gesundheitsschäden verursachenden Medikamentes ebenfalls in die körperliche Integrität des Verbrauchers eingreift. Während sich die Offenbarungspflicht des Arztes in erster Linie daraus ergibt, daß jeder Mensch wegen des ihm zustehenden Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit in die Lage versetzt werden muß, selbst entscheiden zu können, ob er einen Eingriff in seine körperliche Integrität gestatten will, kommt bei der Offenbarungspflicht des Arzneimittelherstellers noch eine weitere Erwägung hinzu: Im Gegensatz zu dem Eingriff des Arztes, der der Gesundheit des Patienten nutzen soll, ist der Eingriff des Arzneimittelherstellers, soweit er durch die unerwünschten Nebenwirkungen eines Arzneimittels verursacht wird, nutzlos und sogar gesundheitsschädlich. Hat aber der Patient nach anerkannter und durchaus richtiger Auffassung schon dann das alleinige Entscheidungsrecht über seine körperliche Unversehrtheit, wenn ihm der Eingriff nützt, so gilt das erst recht, wenn ihm der Eingriff schadet.

Das Recht des Patienten oder Arzneimittelverbrauchers, über Eingriffe in seine körperliche Unversehrtheit zu entscheiden, wird aber nicht erst dann berührt, wenn die schädliche Nebenwirkung eines Arzneimittels nachgewiesen ist. Schon wenn auf Grund eines ernst zu nehmenden Verdachts zu befürchten ist, daß ein Medikament auch zu Gesundheitsschäden führt, sieht sich der Verbraucher vor die Entscheidung gestellt, ob er eine Verletzung seiner körperlichen Unversehrtheit riskieren will oder nicht. Dieses Entscheidungsrecht des Verbrauchers hat eine entsprechende Offenbarungspflicht des Arzneimittelherstellers zur Folge.

Eine Offenbarungspflicht hat der Arzneimittelhersteller aber auch gegenüber dem Arzt, weil dieser mit der

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Verordnung eines Medikamentes Verantwortung übernimmt und außerdem seinerseits gegenüber seinem Patienten offenbarungspflichtig ist.

Dem Arzneimittelhersteller obliegt daneben eine allgemeine Schutzpflicht gegenüber dem Verbraucher, die sich aus folgenden Überlegungen herleitet:

Es gibt, wie sämtliche Sachverständige nahezu übereinstimmend dargelegt haben, kein Arzneimittel, das nicht irgendwelche unerwünschte schädliche Nebenwirkungen hat. Der Arzneimittelhersteller, der ein Arzneimittel auf den Markt bringt, schafft daher neben dem Nutzen, den sein Präparat hat, auch eine gewisse Gefahrenquelle. Es ist anerkanntes Recht, daß derjenige, der eine Gefahrenquelle schafft, auch die Pflicht hat, den Eintritt von Schäden zu verhindern. Dem entspricht, daß die deutschen Arzneimittelhersteller immer wieder ihre Eigenverantwortlichkeit hervorgehoben haben und diese Vorstellung auch Eingang in das Arzneimittelgesetz von 1961 gefunden hat.

Ein ausreichender Schutz des Verbrauchers ist nicht gewährleistet, wenn der Arzneimittelhersteller erst beim Nachweis der schädlichen Nebenwirkungen seines Präparates Schutzmaßnahmen ergreift. Die Kammer entnimmt den Ausführungen zahlreicher, in der Hauptverhandlung als Sachverständige gehörter Wissenschaftler, daß der Nachweis einer schädlichen Eigenschaft eines Arzneimittels mitunter erst nach geraumer Zeit, manchmal sogar überhaupt nicht zu führen ist. Ist das aber so, dann würde der Schutz des Arzneimittelverbrauchers allein davon abhängen, ob und wie schnell sich der Nachweis der schädlichen Wirkung führen läßt. Daß dies kein brauchbares Kriterium für die Beantwortung der Frage sein kann, wann der Arzneimittelhersteller zur Verhinderung von Schäden tätig werden muß, liegt auf der Hand, zumal das Erbringen des Nachweises durchaus von Zufälligkeiten abhängen kann.

Die Kammer ist darüber hinaus auch der Auffassung, daß der Arzneimittelhersteller nicht erst dann Schutzmaßnahmen zu treffen hat, wenn der gegen sein Präparat erhobene Verdacht schädlicher Wirkungen wissenschaftlich begründet ist. Dieser von Prof. Läuppi - und in ähnlicher Form von Prof. Kreienberg - vorgetragenen Ansicht vermag die Kammer nicht zu folgen. Denn wenn auch Prof. Läuppi keinen wissenschaftlichen Nachweis verlangt, so fordert er doch generell eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen der fraglichen Nebenwirkungen. Eine derartige, für alle Fälle gleichermaßen Gültigkeit beanspruchende Forderung läßt indes ohne zwingende Notwendigkeit die zu schützenden Interessen des Arzneimittelverbrauchers unberücksichtigt und bevorzugt in unangemessener Weise die Interessen des Arzneimittelherstellers.

Ehe ein Verdacht wissenschaftlich begründet ist, vergeht nämlich, wie sich auch aus dem Gutachten von Prof. Läuppi ergibt, mitunter geraume Zeit. Während dieser Zeit ist das Bestehen der Nebenwirkung in der Schwebe: Es kann sein, daß sich der Verdacht als unbegründet erweist; es ist aber auch möglich, daß das Präparat die behauptete Nebenwirkung hat und entsprechend zu Schäden bei den Verbrauchern führt. In einem derartigen Schwebezustand muß bei gegensätzlichen Interessen das Risiko naturgemäß auf einer Seite liegen, wenn es sich nur schwer oder gar nicht teilen läßt: Der Arzneimittelhersteller, der den Vertrieb seines Präparates einstellt oder durch Einführung der Rezeptpflicht oder durch Warnhinweise möglicherweise einschränkt, geht für den Fall, daß sich der Verdacht nicht bestätigen sollte, das Risiko eines finanziellen Verlustes ein; der Verbraucher hingegen, der über die Nebenwirkung eines Präparates nicht unterrichtet und auch durch eine wirksame Kontrolle des Arztes nicht geschützt ist, riskiert die Schädigung seiner Gesundheit, unter Umständen sogar sein Leben für den Fall, daß sich der Verdacht bestätigen sollte.

Es kann nach Auffassung der Kammer keinem Zweifel unterliegen, daß das Interesse des Verbrauchers, sich durch die Einnahme eines Arzneimittels keiner Schädigung seiner Gesundheit auszusetzen, dem Interesse des Arzneimittelherstellers an einem uneingeschränkten Vertrieb seines Präparates vorzugehen hat. Die Gesundheit ist das höherwertige Rechtsgut.

Der Arzneimittelhersteller kann das Risiko auch viel besser übersehen als der Verbraucher. Der Verbraucher, der über etwaige Nebenwirkungen eines Präparates nicht unterrichtet ist, kennt die Gefahr, in die er sich möglicherweise mit der Einnahme eines Arzneimittels begibt, überhaupt nicht. Er hat deshalb keine Möglichkeit, sich vor etwaigen Gesundheitsschäden zu schützen. Der Arzneimittelhersteller hingegen kann durch eingehende Prüfung der Substanz vor der Ausbietung schon einen erheblichen Teil der Nebenwirkungen erkennen und den Einsatz des Mittels von vornherein so einschränken, daß er normalerweise später keinen besonderen Gefahren ausgesetzt ist.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Die Kammer verkennt nicht, daß es auch Arzneimittel geben mag, deren Nebenwirkungen nicht schon in der experimentellen und klinischen Prüfung erkannt werden können, weil sie sich erst nach breiter Anwendung des Mittels beim Menschen zeigen. Aber auch in diesem Fall ist das Risiko des Arzneimittelherstellers geringer als das des Verbrauchers. Der Arzneimittelhersteller, der bei Auftauchen des Verdachts von Nebenwirkungen die zur Abwehr etwaiger Gefahren geeigneten Maßnahmen trifft, riskiert zunächst nur die Einschränkung des Vertriebs seines Mittels. Falls sich der Verdacht später bestätigt, ist diese Einschränkung naturgemäß zu Recht erfolgt. Aber auch wenn sich der Verdacht nicht als richtig erweisen sollte, braucht der Hersteller normalerweise nur mit vorübergehenden Einbußen zu rechnen. Beim Verbraucher hingegen können, falls das Mittel die behauptete Nebenwirkung tatsächlich hat, bereits bleibende gesundheitliche Schäden eingetreten sein, ehe der Verdacht als wissenschaftlich begründet angesehen werden kann.

Alle diese Gründe lassen es nach Auffassung der Kammer zwingend geboten erscheinen, während des aufgezeigten Schwebezustandes das Risiko dem Arzneimittelhersteller aufzuerlegen.

Die Kammer übersieht dabei nicht, daß dem Verbraucher gegebene Warnhinweise - worauf insbesondere Prof. Kreienberg hingewiesen hat - auch zu einer Verunsicherung des Verbrauchers führen können. Doch ist diese Gefahr zumindest bei ersetzbaren Arzneimitteln nicht sehr hoch zu veranschlagen, weil der Verbraucher, falls er infolge gegebener Warnhinweise Bedenken hat, ein bestimmtes Mittel weiter zu nehmen, auf therapeutisch gleichwertige, aber unschädliche Präparate ausweichen kann.

Auch die Gefahr, daß wegen etwaiger, durch Warnhinweise verursachter Bedenken des Verbrauchers gegen ein Präparat die Therapie des Arztes beeinträchtigt werden könnte - auch hierauf hat Prof. Kreienberg hingewiesen - schätzt die Kammer nicht als so hoch ein, daß sie es für vertretbar halten würde, den Verbraucher über etwaige Nebenwirkungen eines Präparates generell in Unkenntnis zu lassen. Es mag zwar Fälle geben, in denen sich die gegenüber dem Verbraucher gebotenen Maßnahmen auf den Hinweis, die Verordnung des Arztes zu beachten, beschränken müssen und können. Doch ist dies nur denkbar, wenn die Kontrolle des Arztes gewährleistet ist, also das Präparat unter Rezeptpflicht steht und der Arzt seinerseits über den bestehenden Verdacht und alle damit zusammenhängenden Fragen umfassend unterrichtet ist. Hieraus folgt, daß zumindest bei freiverkäuflichen Präparaten, die auch ohne ärztliche Empfehlung und Kontrolle eingenommen werden können, auf eine Unterrichtung des Verbrauchers nicht verzichtet werden kann.

Eine Risikoverteilung zu Lasten des Arzneimittelherstellers, wie sie die Kammer nach den vorstehenden Ausführungen für geboten hält, hat zwingend zur Folge, daß der Arzneimittelhersteller immer dann tätig werden muß, wenn es der Schutz des Verbrauchers erfordert. Das wird aus den genannten Gründen in der Regel nicht erst dann der Fall sein, wenn der gegen sein Präparat erhobene Verdacht wissenschaftlich begründet ist. Vielmehr wird grundsätzlich schon bei einem geringeren Grad an Verdacht ein Handeln des Arzneimittelherstellers notwendig sein.

Im allgemeinen wird man hierfür einen durch mehrere ernst zu nehmende Meldungen verstärkten Verdacht fordern, aber auch ausreichen lassen müssen. Doch liegt es in der Natur der Sache, daß sich ein generell gültiger Maßstab, an dem der Grad des Verdachtes im Einzelfall gemessen werden könnte, nicht angeben läßt, weil von Fall zu Fall unterschiedliche Faktoren berücksichtigt werden müssen.

So ist die Schwere des behaupteten Gesundheitsschadens von wesentlicher Bedeutung. Der Arzneimittelhersteller muß um so eher handeln, je schwerer die Schäden sind, die sein Präparat möglicherweise verursacht. Bei leichten Schäden mag es im Einzelfall vertretbar sein, daß der Arzneimittelhersteller zunächst versucht, den Verdacht durch gezielte Prüfungen zu widerlegen, und erst dann Maßnahmen ergreift, wenn ihm das nicht gelingt und auf Grund zahlreicher Meldungen eine größere Wahrscheinlichkeit dafür besteht, daß der Verdacht zutreffend ist. Bei schweren Schäden müssen Schutzmaßnahmen schon bei vergleichsweise geringen Verdachtsmomenten getroffen werden. Besonders schwere Schäden, wie zum Beispiel Mißbildungen, zwingen den Arzneimittelhersteller schon dann zum Handeln, wenn nur die - mitunter sogar entfernte - Möglichkeit besteht, daß sich der geäußerte Verdacht als richtig erweist.

Bedeutsam kann im Einzelfall auch sein, ob die aufgetretenen Schäden schnell oder langsam wieder abklingen oder als therapieresistent oder irreversibel bezeichnet werden. Bei langwierigen Beschwerden oder sogar irreparablen Schäden muß der Arzneimittelhersteller naturgemäß eher eingreifen als bei flüchtigen, rasch abklingenden Störungen.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Von Bedeutung ist ferner die Häufigkeit der Schäden. Treten diese mit Regelmäßigkeit oder doch in zahlreichen Fällen auf, so ist der Arzneimittelhersteller bei einem geringeren Grad an Verdacht zum Handeln verpflichtet, als wenn die Schäden nur vereinzelt oder nur in besonderen Ausnahmefällen beobachtet werden.

Wesentlich ist schließlich auch der therapeutische Wert des Präparates. Bei therapeutisch wertvollen oder sogar lebensnotwendigen und unersetzbaren Arzneimitteln können schwerere Schäden in Kauf genommen werden, als bei weniger wichtigen und leicht ersetzbaren Medikamenten. Entsprechend wird der Arzneimittelhersteller bei den zuerst genannten Präparaten einschneidende Maßnahmen erst zu treffen haben, wenn ein höheres Maß an Wahrscheinlichkeit dafür besteht, daß der bestehende Verdacht richtig ist. Mitunter mag es das Interesse des Patienten, das immer im Vordergrund zu stehen hat, sogar verlangen, daß ein Mittel wegen seines besonderen therapeutischen Wertes trotz nachgewiesener schwerer Nebenwirkungen - wenn auch unter strengen Vorsichtsmaßnahmen - weiter vertrieben wird. Demgegenüber ist bei weniger wichtigen und leicht ersetzbaren Medikamenten ein vergleichsweise geringeres Maß an Wahrscheinlichkeit zu fordern.

Auch eine unterschiedliche Kombination der aufgezeigten Gesichtspunkte kann im Einzelfall den Grad des Verdachtes im Sinne geringerer oder höherer Anforderungen beeinflussen.

Läßt sich nach alledem nicht generell verbindlich festlegen, wann ein Arzneimittelhersteller bei Eingehen von Nebenwirkungsmeldungen tätig werden muß, so kann das von einem ordentlichen und gewissenhaften Arzneimittelhersteller zu fordernde Verhalten nur dahingehend umrissen werden, daß er jeweils von Fall zu Fall unter Beachtung der genannten Kriterien und unter besonderer Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen des Verbrauchers eingehend prüfen muß, wann ihn ein gegen sein Präparat erhobener Verdacht zwingt, Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Im Normalfall wird das - wie gesagt - bei einem verstärkten Verdacht der Fall sein. Immer hat bei der Prüfung der Gedanke im Vordergrund zu stehen, daß der Arzneimittelhersteller, wenn es sich um Nebenwirkungen eines Arzneimittels handelt, besonders sorgfältig und gewissenhaft sein muß, um Schäden abzuwenden.

Auch die Beantwortung der Frage, welche Maßnahmen der Arzneimittelhersteller zu treffen hat, hängt entscheidend davon ab, wie sich der Schutz des Verbrauchers am besten verwirklichen läßt. Demzufolge sind Maßnahmen mehr interner Art, wie etwa die Einleitung oder Durchführung von Tierversuchen oder die Beauftragung einer als sorgfältig bekannten Klinik mit gezielten Untersuchungen, bei der Beurteilung der hier interessierenden Problemstellung nur von untergeordneter Bedeutung, weil sie in erster Linie auf die Klärung der Ursachenfrage abzielen und keine unmittelbare Sofortwirkung nach außen haben. Als Maßnahmen, die unmittelbar dem Schutz des Verbrauchers dienen, sind im wesentlichen zu nennen: eine ausreichende Unterrichtung von Ärzten und Verbrauchern, die Einführung der Rezeptpflicht und die Zurückziehung des Mittels vom Markt. Welche dieser Maßnahmen im Einzelfall in Betracht kommen, läßt sich ebenfalls nicht generell beantworten, weil die Entscheidung auch insoweit durch von Fall zu Fall unterschiedliche Faktoren bestimmt wird. . .

Die Unterrichtung des Verbrauchers ist zumindest bei rezeptfreien Arzneimitteln unerläßlich, weil hier die Kontrolle des Arztes fehlt oder fehlen kann und deshalb der notwendige Schutz des Verbrauchers und sein Entscheidungsrecht nur bei einer selbständigen Unterrichtung des Verbrauchers gewährleistet sind. . .

Selbstverständliche Voraussetzung hierfür ist, daß der Arzt, wie es im Falle der Rezeptpflicht ohnehin generell unentbehrlich ist, seinerseits ausreichend unterrichtet ist. Der Zweck der Rezeptpflicht, die durch Einschaltung der ärztlichen Kontrolle einen erhöhten Schutz des Verbrauchers erreichen will, wäre gefährdet oder überhaupt nicht verwirklicht, wenn der Arzt über die mögliche Schädlichkeit eines Arzneimittels nicht informiert wäre.

Aber auch bei rezeptfreien Präparaten kann auf eine Unterrichtung des Amtes nicht verzichtet werden, und zwar selbst dann nicht, wenn schon Warnhinweise für den Verbraucher gegeben werden. Zwar vermag der Arzt hier eine Kontrollfunktion nur dann auszuüben, wenn sich der Verbraucher an ihn wendet und er - der Arzt - die Einnahme des Mittels überwachen kann. Ist er indes in diesem Fall über Nebenwirkungen nicht unterrichtet, so kann dies für den Verbraucher durchaus zu einem zusätzlichen Gefahrenmoment werden. Denn es ist denkbar, daß der Verbraucher der Empfehlung oder Anweisung des ihm möglicherweise vertrauten Arztes folgt und den Warnhinweis des für ihn anonymen Arzneimittelherstellers unberücksichtigt läßt. Beachtet der Verbraucher demgegenüber die Warnung des Herstellers und handelt er demzufolge dem Rat des Arztes zuwider, so ist in der Tat die Therapie des Arztes gefährdet. All das läßt sich vermeiden, wenn der Arzt auch bei rezeptfreien

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Präparaten ausreichend über Nebenwirkungen informiert wird.

Die danach unter Berücksichtigung der genannten Einschränkung unerläßliche Unterrichtung sowohl des Arztes als auch des Verbrauchers muß nach Inhalt und Form ausreichend sein.

So muß der Arzneimittelhersteller vor allem klar und deutlich und für den Laien verständlich die Gefahren aufzeigen, welche die Einnahme des Medikamentes mit sich bringen kann, damit Arzt und Verbraucher entscheiden können, ob und wie lange sie die Anwendung des Mittels wagen wollen. Auch muß, falls der Arzneimittelhersteller nicht die Zurückziehung des Mittels vom Markt vorzieht, bei rezeptpflichtigen ebenso wie bei frei verkäuflichen Mitteln, eine sichere Möglichkeit zur Vermeidung der Schäden angegeben werden, wobei die Kammer auf die schon weiter oben erwähnte Einschränkung bei leichten, in Kauf zu nehmenden Störungen verweist. Schließlich muß die Information frei von irreführenden oder bagatellisierenden Angaben und Zusätzen sein, weil sonst ihr Schutzzweck gefährdet ist.

Was die Form der Unterrichtung angeht, so ist zu fordern, daß die Warnung im Beipackzettel in einer auffallenden Weise kenntlich gemacht wird. Außerdem muß durch eine besondere Gestaltung der Verpackung - etwa durch Änderung der Farbe, besser noch durch ausdrücklichen Hinweis - sichergestellt werden, daß die Beipackzetteländerung auch zur Kenntnis genommen wird. Das ist insbesondere nötig, wenn es sich um ein Medikament handelt, bei dem ein Dauerverbrauch in Frage kommt, weil gerade die besonders gefährdeten Dauerverbraucher erfahrungsgemäß nicht bei jeder neu gekauften Packung den Beipackzettel neu durchlesen. Die Ärzte, die bei der Fülle der ihnen zur Verfügung stehenden Arzneimittel ohnehin nicht jede Änderung von Beipackzetteln verfolgen können, müssen außerdem durch deutlich zu kennzeichnende Neufassung des Basisprospektes und durch ein oder notfalls mehrere Informationsschreiben unterrichtet werden. Diese Informationsschreiben müssen sich eindeutig von Werbeaussendungen unterscheiden, weil sonst die Gefahr besteht, daß sie ungelesen weggeworfen werden. Wie diese Unterscheidung am zweckmäßigsten vorzunehmen ist, läßt sich nicht abschließend beantworten, Zu denken wäre etwa an einen verschlossenen Brief, der durch besondere Farbe oder durch einen besonderen Aufdruck - zum Beispiel: »Wichtige Information über Nebenwirkungen! Bitte beachten!« - von sonstigen Aussendungen absticht.

Wendet man die vorstehend skizzierten Gesichtspunkte auf den vorliegenden Fall an, so ergibt sich, daß Ärzte und Verbraucher über den gegen Contergan geäußerten Verdacht, das Mittel könne bei längerer Medikation zu Polyneuritiden führen, und die sich hieraus ergebenden Bedenken und Konsequenzen nicht rechtzeitig und nach Form und Inhalt nicht ausreichend informiert worden sind [wird im einzelnen ausgeführt].

Das Gesamtverhalten, wie es aus der Firma Chemie-Grünenthal nach außen hin in Erscheinung getreten ist, entsprach nach alledem nicht den an einen ordentlichen und gewissenhaften Arzneimittelhersteller zu stellenden Anforderungen, wobei allerdings in der Hauptverhandlung noch nicht geprüft worden ist, ob dies in jedem Einzelfall für die Entstehung einer Polyneuritis ursächlich war.

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

IV. Zur Anwendbarkeit des § 153 Abs. 3 StPO

Im Verlauf der bisherigen Hauptverhandlung ist auch nicht abschließend festgestellt worden, inwieweit der einzelne Angeklagte dazu im einzelnen durch Tun oder Unterlassen beigetragen hat. Ein Verschulden jedes Angeklagten ist daher in seinen Einzelheiten bisher nicht nachgewiesen. Dadurch wird die Anwendbarkeit des § 153 Abs. 3 StPO jedoch nicht ausgeschlossen.

Die Einstellung nach §158 Abs. 3 StPO setzt nicht voraus, daß das Verschulden des Angeklagten im Sinne eines Nachweises feststeht. Wollte man die Bestimmung so verstehen, so würde dies bedeuten, daß das Verfahren, insbesondere auch die Hauptverhandlung, immer solange fortgesetzt werden müßte, bis das Verschulden des Angeklagten nachgewiesen ist, und zwar selbst dann, wenn schon in einem früheren Stadium des Verfahrens zu erkennen ist, daß das Verschulden in jedem Falle nur gering ist. Eine derartige Auslegung würden dem Sinn der Einstellungsvorschriften, Straftaten mit geringer Schuld des Angeklagten beschleunigt abzuschließen, widersprechen.

Verzichtet man demzufolge bei der Anwendung des § 153 Abs. 3 StPO auf den Nachweis des Verschuldens, so darf dies andererseits nicht dazu führen, daß der Angeklagte um einen Freispruch gebracht wird. Das selbstverständliche Recht des Angeklagten auf Freispruch muß indes sinnvoll angewendet werden. Gerade bei Strafverfahren von derart außergewöhnlich langer Dauer wie im vorliegenden Fall verbunden mit ungewöhnlich hohen Belastungen für den Angeklagten bedarf es einer sorgfältigen Abwägung der Interessen des Angeklagten. Diese ergibt hier, daß nicht schon die bloße theoretische Möglichkeit eines Freispruchs die Einstellung des Verfahrens ausschließt. Wollte man anderer Meinung sein, so würde das zur Folge haben, daß die Hauptverhandlung noch über geraume Zeit fortzusetzen wäre, weil zur Zeit ebenso wie der Nachweis des Verschuldens des einzelnen Angeklagten auch die Voraussetzung für einen Freispruch fehlt. Aus gegenwärtiger Sicht besteht jedoch auch bei Fortsetzung der Hauptverhandlung nicht mehr als die durchaus unsichere Möglichkeit eines Freispruchs. Es bedarf keiner näheren Darlegung, daß die Weiterführung der Hauptverhandlung - noch dazu ohne sichere Aussicht auf Freisprechung - für die Angeklagten in vielfacher Hinsicht belastend ist. Würde sie dann noch zu einer Verurteilung führen, so wäre die Verfolgung des Rechts auf Freispruch ins Gegenteil verkehrt.

Die Kammer ist daher der Auffassung, daß es zumindest in derart besonders gelagerten Fällen wie hier für die Anwendbarkeit des § 153 Abs. 3 StPO nur darauf ankommen kann, ob das Verschulden des Angeklagten wahrscheinlich und ein Freispruch dementsprechend unwahrscheinlich ist (so generell: Schwarz-Kleinknecht, Kommentar zur StPO, 29. Aufl. 1970, § 153 Anm. 2 A).

Diese Voraussetzung ist hier erfüllt. Es ist wahrscheinlich, daß die Angeklagten innerhalb der Firma Chemie-Grünenthal für die im Zusammenhang mit Contergan getroffenen und unterlassenen Maßnahmen, wie sie die Kammer aufgezeigt und gewürdigt hat, mitverantwortlich waren. Sie bekleideten mit Ausnahme des Angeklagten Dr. S. leitende Positionen in der Firma und waren sämtlich über die Contergan betreffenden Probleme in ausreichender Weise unterrichtet. Der Angeklagte Dr. S. war der für Contergan zuständige Präparatebetreuer. In dieser Eigenschaft übte er zwar keine leitende Funktion aus, doch übersah er als Sachbearbeiter die Dinge um Contergan am besten und war deshalb in der Lage und - soweit es möglich war - auch verpflichtet, auf getroffene und zu treffende Entscheidungen durch Vorschlag oder Warnung Einfluß zu nehmen.

Im Bereich der Mißbildungen steht die Beantwortung der Fragen im Vordergrund, worin insoweit ein Verschulden der Angeklagten erblickt und ob es gegebenenfalls noch als gering im Sinne des § 153 Abs. 3 StPO angesehen werden kann. Nicht vordringlich ist es dagegen festzustellen, ob das Verschulden feststeht oder wenigstens wahrscheinlich ist. Denn die Einstellung des Verfahrens wäre selbst dann nicht ausgeschlossen, wenn ein Verschulden insoweit gänzlich zu verneinen wäre. Da nämlich das Verhalten der Angeklagten, wie Anklage und Eröffnungsbeschluß zutreffend angenommen haben, als natürliche Handlungseinheit im Rechtssinne zu werten ist, und - wie ausgeführt wurde - im Polyneuritisbereich, der bei einer Würdigung des gesamten Verhaltens der Angeklagten durchaus nicht unbedeutend ist, ein Verschulden und damit eine Verurteilung wahrscheinlich ist, käme aus Rechtsgründen eine teilweise Freisprechung nicht in Betracht. Andererseits wäre die Einstellung schon dann unzulässig, wenn hinsichtlich der Mißbildungen ein das Maß des Geringen übersteigendes Verschulden auch nur möglich wäre.

Prüft man zunächst, worin ein Verschulden der Angeklagten an der Verursachung von Mißbildungen gesehen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

werden kann, so stellt sich vorrangig die Frage nach der Vorhersehbarkeit der teratogenen Wirkung des Thalidomids. Nach dem bisherigen Ergebnis der Hauptverhandlung ist der Nachweis, daß die Entstehung von Mißbildungen durch Thalidomid für die Angeklagten vorhersehbar war, nicht erbracht. Sämtliche bisher hierzu gehörten Wissenschaftler haben die Vorhersehbarkeit der Mißbildungen mehr oder weniger eindeutig verneint. . . Gleichwohl muß vor einer abschließenden Prüfung dieses Fragenkomplexes mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß das Vorhandensein einzelner der erwähnten Wirkungen beziehungsweise Eigenschaften nicht so sehr abwegig ist und war, daß eine teratogene Eigenschaft außerhalb des Bereichs des Vorhersehbaren lag.

Faßt man die vorstehenden Ausführungen zusammen, so ist festzustellen, daß sich einzelne der angesprochenen Umstände, aus denen sich möglicherweise besondere Verdachtsmomente ergeben konnten, zwar nicht sehr aufdrängten, insgesamt gesehen aber doch die Möglichkeit besteht, daß die Vorhersehbarkeit der teratogenen Wirkung des Thalidomids zu beweisen ist. Allerdings kann, da die angeschnittenen Fragen nicht oder zumindest nicht abschließend behandelt sind, über die Wahrscheinlichkeit des Nachweises keine sichere Aussage gemacht werden.

Ist es aber möglich, wenn auch vielleicht nicht sehr wahrscheinlich, daß die Mißbildungen vorhersehbar waren, so ist weiterhin zu prüfen, ob und wenn ja wodurch die Angeklagten die von ihnen in diesem Fall zu fordernde Sorgfalt verletzt haben. Damit ist die Frage gestellt, was ein ordentlicher und gewissenhafter Arzneimittelhersteller aus damaliger Sicht tun mußte, wenn auf Grund konkreter - wenn auch möglicherweise nur entfernter - Verdachtsmomente die Möglichkeit bestand, daß ein von ihm vertriebenes Präparat Mißbildungen verursachte. . .

Selbst wenn man unterstellt, daß die Angeklagten bei Durchführung von Tierversuchen vor 1961 entweder keine Erhöhung der Resorptionsrate beobachtet hätten oder hieraus nicht den Verdacht ableiten konnten, Thalidomid könne vielleicht zu Mißbildungen führen, so würde dies nur bedeuten, daß der Tierversuch negativ ausgefallen wäre. Es ist aber einhellige wissenschaftliche Meinung, daß die Ergebnisse des Tierversuchs nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden können. Insbesondere ist anerkannt, daß aus negativen Tierversuchen nicht der Schluß gezogen werden kann, die Substanz werde auch beim Menschen nicht zu Schäden führen. Ist das aber so, dann mußte ein ordentlicher und gewissenhafter Arzneimittelhersteller auch schon damals bei Arzneimitteln, bei denen Erfahrungen im Bereich der Schwangerschaft fehlten, also insbesondere bei neuartigen Substanzen, in Aussendungen und Gebrauchsanweisungen auf die fehlenden Erfahrungen hinweisen. Das gilt erst recht dann, wenn er Tierversuche nicht durchgeführt hat.

Angeklagte und Verteidiger haben allerdings behauptet und unter Beweis gestellt, daß die Firma Chemie-Grünenthal kraft gebilligter Übung der beteiligten Verkehrskreise nicht verpflichtet gewesen sei, während des Vertriebs von Contergan für die Schwangerschaft irgendwelche Vorbehalte in den Prospekten oder Aussendungen über Contergan zu machen. Soweit damit zum Ausdruck gebracht werden soll, daß in der pharmazeutischen Industrie damals allgemein nicht anders verfahren wurde als bei der Firma Chemie-Grünenthal, mag das zwar zutreffen. Doch kann auch branchenübliches Verhalten pflichtwidrig sein, wenn es vom Gebotenen abweicht, wie es hier der Fall ist. . .

Die Kammer wertet, ausgehend vom derzeitigen Sachstand, das Verschulden jedes einzelnen Angeklagten als insgesamt gering im Sinne des § 153 Abs. 3 StPO. Sie ist zu diesem Ergebnis auf Grund eingehender Abwägung folgender Gesichtspunkte und Umstände gelangt:

Gesetzliche Gründe stehen der Annahme eines geringen Verschuldens nicht entgegen. . .

Die Abweichung von dem nach Recht und Gesetz Gebotenen ist in bezug auf die verursachten Polyneuritiden erheblich, hinsichtlich der Mißbildungen nur gering. Der Eintritt von Nervenschäden war leicht vorherzusehen, das Entstehen von Mißbildungen nur schwer. Das Verhalten der Angeklagten, das zur Verursachung von Polyneuritiden und Mißbildungen geführt hat, muß jedoch vor dem Hintergrund der damaligen Lage eines Arzneimittel herstellenden Unternehmens gesehen werden. Außerdem sind die besonderen Umstände des Geschehens um Contergan und die persönliche Situation der Angeklagten als Angestellte der Firma Chemie-Grünenthal zu berücksichtigen. . .

Entwicklung, Produktion, Ausbietung und Vertrieb von Arzneimitteln waren zur Tatzeit fast ausschließlich der Verantwortung der Hersteller überlassen. Von den allgemein gültigen Rechtsnormen abgesehen gab es zunächst praktisch keine, seit Mai beziehungsweise August 1961 nur die allgemein gehaltenen Bestimmungen des

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Arzneimittelgesetzes als verbindliche Orientierungsnormen. Gerichtsentscheidungen, die Maßstäbe hätten setzen können, fehlten weitgehend. Auch Richtlinien ärztlicher Fachorganisationen waren - abgesehen davon, daß sie keine verbindlichen Rechtsnormen gesetzt hätten - zum damaligen Zeitpunkt noch nicht ausgearbeitet. Vereinzelte wissenschaftliche Veröffentlichungen, zum Beispiel über die Arzneimittelprüfungen, konnten ebenfalls keine verbindlichen Richtlinien aufstellen. Auch eine *wirksame* Kontrolle der Hersteller durch unabhängige Stellen gab es nicht. Der Hersteller war somit bei der Suche nach dem für ihn gebotenen Handeln praktisch auf sich allein gesteht. . .

[Die] Angeklagten [haben] nicht wesentlich anders gehandelt, als es in der pharmazeutischen Industrie damals größtenteils üblich war. Sie haben weder später gewarnt, als es die Mehrzahl der anderen Arzneimittelhersteller zu tun pflegte, noch unterschieden sich ihre Warnhinweise nach Inhalt und Form von denen anderer Hersteller. Haben die Angeklagten somit weitgehend branchenüblich gehandelt, so ist ihr Verhalten - das sei, um Mißverständnisse vorzubeugen, herausgestellt - deshalb nicht rechtmäßig . . . Doch ist einzuräumen, daß sich der einzelne unter Umständen vor eine durchaus schwierige Situation gestellt sehen kann, wenn er entscheiden muß, ob ihn die gebotene Sorgfalt zwingt, von einer allgemein geübten Verhaltensweise abzuweichen. Das gilt insbesondere dann, wenn - wie gesagt - verbindliche Richtlinien völlig fehlen und sich die gebotenen Maßnahmen nicht ohne weiteres anbieten.

Hinzu kommt noch, daß die Angeklagten bei ihrer Verhaltensweise durch zahlreiche, nicht bloß unbedeutende und namenlose Ärzte oder Außenseiter bestärkt worden sind. Dadurch ist möglicherweise ihr Blick für das tatsächlich Gebotene noch mehr verstellt worden. Der Kammer erscheint es in diesem Zusammenhang bemerkenswert, daß selbst im Jahre 1970 noch bekannte Wissenschaftler in der Hauptverhandlung durchaus ernsthaft die Ansicht vertreten haben, die Angeklagten hätten damals korrekt gehandelt . . .

Auch die zuständigen Gesundheitsbehörden des Bundes und der Länder haben es gegenüber den Angeklagten an dem nötigen Nachdruck fehlen lassen. Das mag teilweise an dem Fehlen einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage gelegen haben, zum Teil mögen auch personelle Besetzungsschwierigkeiten sowie mangelnde Kenntnis über das volle Ausmaß der Probleme um Contergan eine Rolle gespielt haben. Doch ist das Verhalten der Behörden sicherlich auch von einer gewissen Unentschlossenheit und allzu großem Zögern geprägt. Selbst als sich einzelne Länder schließlich dazu durchgerungen hatten, die Rezeptpflicht einzuführen, hielten es andere Länder immer noch nicht für nötig, entsprechend zu verfahren.

Allzu großes Zögern kennzeichnet auch das Verhalten der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Zwar mag auch sie durch die Firma Chemie-Grünenthal über die mit Contergan zusammenhängenden Fragen nicht vollständig informiert gewesen sein; dennoch hat sie teilweise unverständlich zaghaft reagiert. Die Kammer verkennt zwar nicht, daß die Arzneimittelkommission keine hoheitlichen Befugnisse hat. Man hätte aber gleichwohl beispielsweise erwarten können, daß sie angesichts der unzureichenden Informierung der Ärzte durch die Firma Chemie-Grünenthal selbst die Ärzte schnell und ausführlich über den gegen Contergan bestehenden Verdacht unterrichtete . . .

Insgesamt gesehen war das Verhalten Außenstehender somit durchaus widersprüchlich. Für die Angeklagten war es in dieser Situation schwierig, das tatsächlich Gebotene zu erkennen.

Die persönliche Lage der Angeklagten erschwerte es ihnen noch, mit dieser nicht einfachen Situation fertig zu werden. Sie standen zusätzlich zu den schon aufgezeigten Schwierigkeiten in einem unvermeidlichen, von der Rechtsordnung hingenommenen Interessenkonflikt zwischen den Geboten wissenschaftlicher Gründlichkeit und ärztlicher Verantwortung einerseits sowie einem an sich durchaus legitimen und sogar wirtschaftlich notwendigen Gewinnstreben andererseits und sahen sich zudem durch die besonderen inneren Verhältnisse bei der Firma Chemie-Grünenthal behindert.

Soweit die Angeklagten Kaufleute sind, war ihnen naturgemäß in erster Linie die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen des Unternehmens übertragen. Hinzu kam eine durch den beruflichen Werdegang bedingte enge Bindung gerade an diese Firma und damit die Gefahr einer Einengung des Gesichtskreises. Die Versuchung, die vermeintlichen Interessen des Unternehmens gegenüber den Bedenken von meist nachgeordneten Mitarbeitern mit ganz anderer und weitergehender Ausbildung durchzusetzen, war groß. Die Mediziner und Chemiker dagegen sahen sich in ein Unternehmen eingebunden, dessen Organisation und Zielrichtung wissenschaftlichen Mitarbeitern und ärztlichen Gesichtspunkten eine nachgeordnete Rolle zuwiesen. Der Kampf um eine angemessene Position verlangte die nachdrückliche Förderung der kaufmännischen

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Unternehmensziele. Die Möglichkeit, ärztliche Gesichtspunkte durch den Hinweis auf gesetzliche Bestimmungen und staatliche Kontrollen und die daraus resultierende Gefahr auch wirtschaftlicher Nachteile gewichtiger zu machen, fehlte, wie gesagt, fast völlig. Sämtliche Angeklagte waren vom Unternehmen wirtschaftlich abhängig. Der Entscheidungsspielraum eines jeden war, wenn auch im einzelnen verschieden groß, so doch begrenzt. Keiner trug uneingeschränkte Verantwortung. Alle waren der Gefahr ausgesetzt, unter bewußter oder unbewußter Zurückstellung von Bedenken eine Übereinstimmung auf der Linie des vermeintlichen, vorrangig wirtschaftlich bestimmten Firmeninteresses zu suchen und so die Sicherheit gruppeneinheitlichen Verhaltens zu gewinnen.

Die Kammer hält es für geboten, darauf hinzuweisen, daß auch die zuletzt genannten Umstände die Schuld der Angeklagten keineswegs ausschließen. Auch persönliche Schwierigkeiten führen nicht dazu, daß ihnen ein weitergehendes Handeln etwa nicht zumutbar gewesen wäre. Angesichts der Bedeutung der einem zwar im Vergleich zum Verbrauch des Mittels relativ kleinen, gemessen an der absoluten Zahl aber doch nicht unerheblichen Personenkreis drohenden Gefahr schwerer Gesundheitsschäden war von ihnen zu verlangen, daß sie persönliche Schwierigkeiten notfalls in Kauf nahmen. Hierin liegt keine Überforderung. Die Gesundheit vieler Menschen würde anderenfalls straflos aufs Spiel gesetzt werden können. Die Gesamtwürdigung aller aufgezeigten Gesichtspunkte läßt aber doch das Verschulden der Angeklagten weniger schwerwiegend erscheinen, als es bei bloßer Berücksichtigung des Abweichens ihres Fehlverhaltens von dem Gebotenen zunächst den Anschein haben mag.

Für die Bemessung der Schuld an der Verursachung von Mißbildungen sind diese Erwägungen allerdings nur von untergeordneter Bedeutung. Die Schwere der möglichen Schäden hätte es hier insbesondere geboten, Gedanken an die wirtschaftliche Zukunft des Unternehmens und das persönliche Fortkommen völlig außer acht zu lassen. Die Angeklagten handelten insoweit jedoch - wie ausgeführt - in einem weitgehend erfahrungsarmen Bereich. Gerade bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln galt die Gefahr einer teratogenen Eigenschaft, zumal bei therapeutischer Dosis, als gering, soweit sie überhaupt diskutiert wurde. Die Entdeckung der Teratogenität des Thalidomids kam für viele angesehene Wissenschaftler überraschend. Sie vorherzusehen war vielleicht aus den vorher dargelegten Gründen möglich, für die Angeklagten jedoch sehr schwierig . . .

Eine eindeutige Werbung für die Einnahme des Mittels während der Schwangerschaft ist nicht erfolgt. Es muß deshalb gesagt werden, daß die Angeklagten in diesem Bereich nur wenig von dem bei Bejahung der Vorhersehbarkeit zu fordernden Verhalten abgewichen sind. Ihre mögliche Schuld ist hier trotz der ungewöhnlich schweren Tatfolgen als verhältnismäßig gering zu bewerten, zumal sie schon verhältnismäßig kurze Zeit, nachdem Prof. Lenz seinen Verdacht geäußert hatte, in der Bundesrepublik die Zurückziehung von Thalidomid aus dem Handel veranlaßt haben, während die Verantwortlichen in anderen Ländern, zum Beispiel in Japan, mit dieser Entscheidung noch längere Zeit gezögert haben.

Es mag dahinstehen, ob man das Fehlverhalten der Angeklagten zur Tatzeit insgesamt bei Abwägung aller bisher aufgezeigten Umstände schon als gering im Sinne des § 153 Abs. 3 StPO ansehen kann oder noch nicht. Jedenfalls wird die von § 153 StPO für das Maß des Verschuldens gesteckte Grenze unterschritten, wenn man, wie es nach anerkanntem Recht geboten ist (vgl. Nr. 83 Ziff. 3 der Richtlinien für das Strafverfahren), auch das Geschehen nach der Tat angemessen berücksichtigt. Hier fällt in besonderem Maße ins Gewicht, daß die Angeklagten, die nicht vorbestraft sind und sich in ihrem bisherigen Leben in die soziale und gesellschaftliche Ordnung eingefügt hatten, seit nunmehr neun Jahren unter Strafverfolgung stehen. Schon das ungewöhnlich lange Ermittlungsverfahren von sechseinhalb Jahren stellte für die Angeklagten eine erhebliche Belastung dar. Das gilt in noch viel stärkerem Maße von der außerordentlich langen Hauptverhandlung. Diese ist mit zweieinhalb Jahren Dauer die längste der deutschen Rechtsgeschichte gewesen. Allein das zeugt davon, daß die Angeklagten Belastungen ausgesetzt waren, die mit den Maßstäben eines normalen Strafverfahrens nicht gemessen werden können. Die Inanspruchnahme an durchschnittlich drei Sitzungstagen in der Woche hat die Angeklagten weitgehend aus ihrem Berufsleben gerissen. Die für Strafverfahren des vorliegenden Ausmaßes unsinnige Bestimmung des § 229 StPO verhinderte darüber hinaus dringend notwendige längere Erholungspausen und versetzte die Angeklagten in einen Zustand dauernder physischer und psychischer Belastungen. Es ist im Rahmen dieses Beschlusses kein Raum, im einzelnen darzulegen, weshalb die Hauptverhandlung so lange gedauert hat. Dazu haben sicherlich die besondere Schwierigkeit und der außergewöhnliche Umfang der Prozeßmaterie beigetragen. Die Kammer sah sich aber nicht zuletzt auch durch die Unzulänglichkeit der auf Prozesse dieses Ausmaßes nicht zugeschnittenen Strafprozeßordnung gehindert, das Verfahren in angemessener Weise zu straffen. Unzulänglichkeiten des Gesetzes können nicht zu Lasten des

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Angeklagten gehen.

Sieht man von der Länge der Hauptverhandlung ab, so waren die Angeklagten auch durch die Eigenart des vorliegenden Verfahrens außergewöhnlichen, vor allem psychischen Belastungen ausgesetzt. Die Hauptverhandlung stand von Beginn an weitgehend im Blickpunkt der Öffentlichkeit. Ist es schon äußerst deprimierend, jahrelang in der allgemein negativer Beurteilung begegnenden Eigenschaft als Angeklagter dem besonderen Interesse der Öffentlichkeit ausgesetzt zu sein, so ist der allein daraus folgende psychische Stress hier noch zusätzlich dadurch erheblich verschärft worden, daß den Angeklagten wegen der ungewöhnlichen Schwere der ihnen angelasteten Schäden vielfach eine emotionell bedingte Antipathie entgegengebracht und ihr Verhalten demzufolge weitgehend mit Mißtrauen beobachtet wurde.

Alle diese Umstände haben dazu geführt, daß die Angeklagten inzwischen einen Teil ihrer Schuld abgetragen haben, wobei die Kammer nicht das schwere, mit den Belastungen, denen die Angeklagten ausgesetzt waren, nicht vergleichbare Schicksal der durch Thalidomid Geschädigten verkennt. Hinzu kommt für eine zusammenfassende Würdigung, daß die Angeklagten in wenn auch sehr zurückhaltender und vorsichtiger Form ein Fehlverhalten eingeräumt und sich überdies zu nicht unerheblichen, freiwilligen Leistungen für Bedürftige aus ihren privaten Mitteln verpflichtet haben.

Ein öffentliches Interesse an der weiteren Strafverfolgung besteht jetzt nicht mehr.

Die Kammer räumt ein, daß ein vom BGH überprüftes Urteil zur Klärung nicht unwichtiger Rechtsfragen hätte beitragen können. Doch darf nicht übersehen werden, daß diesem Strafverfahren ein zehn Jahre und länger zurückliegender Sachverhalt zugrunde liegt. Seitdem sind neue Gesetzesnormen aufgestellt worden. Außerdem haben sich die Anschauungen der hier maßgeblichen Verkehrskreise auf Grund neuer Erkenntnisse und Erfahrungen zumindest zum Teil gewandelt. Man kann heute mit gutem Grund feststellen, daß sich die an den Arzneimittelhersteller gestellten Anforderungen nicht unwesentlich verschärft haben. Ein Urteil des BGH, das über Geschehen aus der Zeit von 1961 und früher zu befinden hätte, wäre daher für die gegenwärtige Rechtslage - darauf ist das Interesse der Öffentlichkeit hauptsächlich ausgerichtet - nur von begrenztem Wert. Im übrigen ist bereits im bisherigen Prozeßverlauf unter verschiedenen Gesichtspunkten und von mehreren Prozeßbeteiligten aufgezeigt worden, wo die zahlreichen Auslegungsschwierigkeiten, zum Beispiel der Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes, für die praktische Rechtsanwendung liegen. Presse und Fachtagungen haben darüber berichtet und diskutiert. Eine wirklich befriedigende Neuordnung des gesamten Arzneimittelwesens kann ohnehin nur durch den Gesetzgeber erfolgen und wird von diesem anscheinend auch angestrebt.

Hiervon abgesehen rechtfertigt der Wunsch nach einer von der Autorität des BGH getragenen Entscheidung allein nicht die Fortsetzung dieses Strafverfahrens. Zweck des Strafverfahrens ist die Prüfung des staatlichen Strafanspruchs, sein Ziel gegebenenfalls die Durchsetzung dieses Anspruchs. Dabei wird es sich in manchen Fällen ergeben, daß die das Strafverfahren abschließende Entscheidung offene Rechtsfragen klärt und auch für andere vergleichbare Fälle bedeutsame Verhaltensnormen aufstellt. Doch ist das nur eine Nebenfolge der Entscheidung und nicht ihr Hauptziel. Es mag zwar in besonders gelagerten Fällen denkbar sein, daß die Öffentlichkeit - aus welchen Gründen auch immer - an der Klärung von Rechtsfragen, insbesondere dem Aufstellen von Verhaltensnormen mehr interessiert ist als an der Beantwortung der Frage nach Schuld oder Unschuld des Angeklagten. Wollte man aber diesem Interesse nachgeben, und allein deshalb das Strafverfahren fortsetzen, so würde das zu einer gefährlichen Verkennung von Sinn und Zweck des Strafverfahrens führen. Das Strafverfahren ist nicht dazu da, allgemein interessierende Fragen zu beantworten, sondern einzig und allein dazu festzustellen, ob sich der jeweilige Angeklagte strafbar gemacht hat und - wenn ja - wie er zu bestrafen ist. Ist letzteres erreicht oder ergibt sich in besonderen Fällen - wie dem des § 153 StPO -, daß auf eine weitere Verfolgung des staatlichen Strafanspruchs verzichtet werden kann, so ist das Strafverfahren zu beenden, gleichgültig, ob aus irgendwelchen Gründen interessierende Fragen noch offen sind oder nicht. Wollte man anderer Meinung sein, so würde dies zur Folge haben, daß ein Angeklagter nur deshalb auf der Anklagebank festgehalten wird - und das, wie im vorliegenden Fall, möglicherweise noch monate- oder jahrelang -, weil die Öffentlichkeit an der Klärung von Fragen interessiert ist, die über die Feststellung der Schuld oder Unschuld des Angeklagten und gegebenenfalls seiner Bestrafung hinausgehen. Daß eine derartige Auffassung mit rechtsstaatlichen Erfordernissen nicht in Einklang zu bringen ist, bedarf keiner näheren Darlegung.

Soweit die Öffentlichkeit ein Interesse daran hat, daß die Kammer durch Urteil möglicherweise noch offene

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Fragen klärt, insbesondere Maßstäbe für das Verhalten der pharmazeutischen Industrie setzt, gelten die vorstehend skizzierten Überlegungen entsprechend. Darüber hinaus ist die Kammer der Überzeugung, daß sie die für das Interesse der Öffentlichkeit wesentlichen Gesichtspunkte schon in diesem Beschluß aufgezeigt hat, und von einem Urteil insoweit keine weitergehenden Erkenntnisse mehr zu erwarten sind.

Gründen der Spezialprävention ist nach Überzeugung der Kammer durch das bisherige Verfahren Genüge getan.

Demgegenüber bedarf der Gesichtspunkt der Generalprävention einer ausführlichen Würdigung. Zwar haben einige vom Gesetzgeber eingeführte Änderungen, zum Beispiel die Unterstellung aller neuen Arzneimittel unter eine zeitlich begrenzte Rezeptpflicht und das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens, die Gefahren für den Patienten etwas gemindert. Die medizinische Wissenschaft und Einrichtungen der Ärzteschaft haben auf dem Gebiet der Arzneimittelprüfung, vor allem im Hinblick auf vorgeburtliche Schädigungen, und der Sammlung und Bewertung von Nebenwirkungsmeldungen teilweise neue Maßstäbe gesetzt. Nicht zuletzt ist auch durch dieses Verfahren die Öffentlichkeit auf die bestehenden Probleme und Gefahren aufmerksam gemacht und in ihrer Bereitschaft zu kritischer Stellungnahme bestärkt worden. Dennoch darf die auch jetzt noch bestehende Gefährdung des Arzneimittelverbrauchers nicht gering bewertet werden. Auch heute noch sind Arzneimittelhersteller insbesondere infolge einer immer noch fehlenden wirksamen staatlichen Kontrolle der Versuchung ausgesetzt, wirtschaftliche Gesichtspunkte den berechtigten, strafrechtlich geschützten Interessen der Patienten überzuordnen. Die Kammer glaubt jedoch, daß ihre Möglichkeiten, dieser Versuchung generalpräventiv entgegenzuwirken, sehr begrenzt sind und durch eine Begründung ihrer Auffassung in diesem Einstellungsbeschluß weitgehend ausgeschöpft werden. Eine Verurteilung einzelner oder aller Angeklagten, die nach weiterer längerer Hauptverhandlung vielleicht erfolgen würde, könnte zu einer Abschreckung von Inhabern oder leitenden Angestellten anderer Arzneimittelfirmen kaum Entscheidendes mehr beitragen.

Die Folgen der Tat sind - wie dargelegt - im Bereich der Polyneuritiden erheblich, im Bereich der Mißbildungen ungewöhnlich schwerwiegend. Für entscheidend hält die Kammer im Rahmen der Prüfung des öffentlichen Interesses an weiterer Strafverfolgung jedoch nicht die abstrakte Würdigung dieser Tatfolgen, sondern die berechtigten Interessen der Verletzten. Ihnen ist durch dieses Strafverfahren und im Zusammenhang mit ihm Genüge getan, soweit das in diesem Rahmen überhaupt möglich ist. Die für die Geltendmachung von Ersatzansprüchen der Verletzten *wesentlichen* Fragen sind vom Gericht ausführlich behandelt worden. Die Kammer hat ihre Ansichten dazu in diesem Beschluß niedergelegt. Die Schadensersatzansprüche der mißgebildeten Kinder werden auf Grund der rechtsverbindlichen, teilweise schon erfüllten Verpflichtung der Firma Chemie-Grünenthal zur Zahlung »von einschließlich Zinsen 110 Millionen Deutsche Mark« weitaus schneller und wahrscheinlich weitergehend befriedigt, als das durch Zivilprozesse möglich wäre. Für die nervengeschädigten Erwachsenen lobt die Firma insgesamt vier Millionen Deutsche Mark aus. Darüber hinaus wird den Verletzten durch diesen Beschluß eine gewisse Genugtuung zuteil. So hat denn auch die weitaus überwiegende Mehrheit der als Nebenkläger an diesem Verfahren beteiligten Verletzten einer Einstellung nicht widersprochen. Viele von ihnen haben durch ihre Vertreter sogar ausdrücklich erklären lassen, daß ihnen jedes Streben nach Rache oder Vergeltung fern liegt, eine menschliche Haltung, die angesichts des ihnen widerfahrenen schweren Leids hohe Achtung verdient.

Der Grundsatz der Gleichheit aller vor dem Gesetz wird durch eine Einstellung dieses Verfahrens nach § 153 StPO nicht verletzt. Es wurde schon auf die Besonderheiten des vorliegenden Verfahrens hingewiesen, die es weitgehend unmöglich machen, dieses Strafverfahren mit anderen Verfahren zu vergleichen. Es wurde auch dargelegt, inwieweit gerade diese besonderen Umstände die Entscheidung der Kammer, das Verfahren einzustellen, beeinflußt haben. Beispielhaft seien insoweit nochmals die ungewöhnlich lange Dauer des Verfahrens und die für die Angeklagten damit verbundenen besonderen Belastungen hervorgehoben. Der Gleichheitsgrundsatz wäre nur dann verletzt, wenn Angeklagten in einem *vergleichbaren* Fall eine erbetene Verfahrenseinstellung verweigert worden wäre. Hierfür sind indes keinerlei Anhaltspunkte ersichtlich.

Von wesentlicher Bedeutung für die Entscheidung der Kammer, das öffentliche Interesse an weiterer Strafverfolgung jetzt zu verneinen, war die Anwendung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Wie das Gericht schon hervorgehoben hat, sind die Angeklagten durch das sechseinhalb Jahre dauernde Ermittlungsverfahren und die über zweieinhalb Jahre andauernde Hauptverhandlung ungewöhnlich schweren und langen seelischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt gewesen. Sie verdienen deshalb menschliches Verständnis und Nachsicht. Ein Verfahrenshindernis besteht jedoch nicht. Weder Artikel 6 der Menschenrechtskonvention noch irgendeine andere Vorschrift gebieten im vorliegenden Falle einen Abbruch des

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Verfahrens. Es ist keine formaljuristische, die Menschen und ihr Recht verachtende Argumentation, wenn die zulässige Dauer eines Strafverfahrens in Beziehung gesetzt wird zu tatsächlicher und rechtlicher Schwierigkeit des aufzuklärenden Sachverhalts und Bedeutung der Sache. Der strafrechtliche Rechtsgüterschutz auch in tatsächlich und rechtlich schwierigen, häufig aber besonders wesentlichen Bereichen und gegenüber wirtschaftlich starken, sich - rechtlich zulässig - besonders nachdrücklich verteidigenden Angeklagten erfordert eine solche Abwägung- Die Gleichheit vor dem Gesetz wäre sonst tatsächlich in Gefahr. Daß der Gesetzgeber den hier in Rede stehenden Zeitraum nicht grundsätzlich für unangemessen hält. zeigt der neue § 78 c Abs. 3 StGB.

Diese Überlegungen hindern die Kammer jedoch nicht, der Dauer des Ermittlungsverfahrens und der Hauptverhandlung bei der Prüfung des öffentlichen Interesses im Sinne von § 153 StPO besonderen Wert beizumessen und sie in ihrem Verhältnis zur Bedeutung des staatlichen Strafanspruchs, der wahrscheinlichen Schuld der Angeklagten sowie Art und Höhe zu erwartender Strafen zu würdigen. Die Anwendung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit ergibt demnach im vorliegenden Falle zwar kein Verfahrenshindernis, wohl aber ein Argument gegen weitere Strafverfolgung.

Die Gesamtwürdigung aller aufgezeigten Gesichtspunkte läßt die Kammer in diesem Verfahren zum jetzigen Zeitpunkt das öffentliche Interesse an einer Fortsetzung der Hauptverhandlung verneinen...

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Literatur:

Abouleish, E.: Pain Control in Obstetrics. Philadelphia 1977

AMA Drug Evaluation, 3. edition, Littleton 1977

American Hospital Formulary Service, American Society of Hospital Pharmacists, Washington 1978. Einschließlich 2. Suppl. 1979

American Pharmaceutical Association: Evaluation of Drug Interactions, 2. edition, Washington 1976

Anderson, R. J., Gambertoglio, J. C., Schrier, R. W.: Clinical Use of Drugs in Renal Failure, 2. edition. Springfield 1978

Avery, G. S. (ed.): Drug Treatment. Sidney 1976

Baselt, R. C.: Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man. 2. Aufl. Davis, 1982

Beeley, L.: Safer Prescribing. Oxford 1976

Benet, L. Z. (ed.): The Effect of Disease States on Drug Pharmacokinetics. Washington 1976

Berde, B., Schild, H. O.: Ergot Alkaloids and Related Compounds. Handbuch der Experimentellen Pharmakologie. Berlin 1978

Bergersen, B. S.: Pharmacology in Nursing. Saint Louis 1976

Bochner, F., Carruther, G., Kampmann, J., Steiner, J.: Handbook of Clinical Pharmacology. Boston 1978

British National Formulary 1976-1978. Aylesbury 1976

Buser, H.-R., Muller, D.: Occurrence of the Pharmaceutical Drug Clofibric Acid and the Herbicide Mecoprop in Various Swiss Lakes and in the North Sea. Environmental Science and Technology Vol. 32, No. 1: 188-192 (1998)

Cluff, L. E., Caranasos, G. J., Stewart, L. B.: Clinical Problems with Drugs, Philadelphia 1975

Crawford, L. S.: Principles and Practice of Obstetric Anestesia, 4. edition. Oxford 1978

Curry, S. H.: Drug Disposition and Pharmacokinetics. Oxford 1974

D'ARCY, P. F., Griffin, J. P.: Iatrogenic Diseases. Oxford 1972

Davies, D. S., Prichard, B. N. C.: Biological Effects of Drugs in Relation to their Plasma Concentrations. London 1973

Dickason, E. J., Schult, M. O., Morris, E. M.: Maternal and Infant Drugs and Nursing Intervention. New York 1978

Dipalma, J. (ed.): Drill's Pharmacology in Medicine. New York 1971

Dipalma, J. R.: Basic Pharmacology in Medicine. New York 1976

Dreisbach, R. H.: Handbook of Poisoning, 9. edition. Los Altos 1977

Dukes, M. N. G. (ed.): Side-Effects of Drugs, Annual 1. Amsterdam-Oxford 1977

Dukes, M. N. G. (ed.): Side-Effects of Drugs, Annual 2. Amsterdam-Oxford 1978

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Dukes, M. N. G. (ed.): Side-Effects of Drugs, Annual 3. Amsterdam-Oxford 1979

Estabrook, R. W., Lindenlaub, E.: The Induction of Drug Metabolism. Stuttgart 1979

Fülgraff, G., Palm, D.: Pharmakotherapie. Klinische Pharmakologie. 3. Auflage. Stuttgart-New York 1979

Garb, S.: Undersirable Drug Interactions 1975

Gibaldi, M.: Biopharmaceutics and Clinical Pharmacokinetics. London 1977

Gibson, J.: The Nurse's Materia Medica, 4. edition. Oxford 1976

Goodman, L. S., Gilman, A. (eds.): The Pharmacological Basis of Therapeutics, 5. edition. New York 1975

Goron, L. E., Hayes, J. E.: Drugs and Nursing Implications, 3. edition. New York 1978

Goth, A.: Medical Pharmacology, 8. edition. St. Louis 1976

Griffith, W. H.: Drug Information for Patients. Philadelphia 1978

Gysling, E.: Behandlung häufiger Symptome. Leitfaden zur Pharmakotherapie. Bern 1976

Halling-Sorensen, B. et al.: Occurrence, Fate and Effects of Pharmaceutical Substances in the Environment - A Review. Chemosphere Vol. 36, No. 2: 357-393 (1998)

Hartmann, A. et al.: Identification of Fluoroquinone Antibiotics as the Main Source of umuC Genotoxicity in Native Hospital Wastewater. Environmental Toxicology and Chemistry Vol. 17, No. 3: 377-382 (1998)

Heberer, T., Stan, H.-J.: Determination of Clofibric Acid and N-(phenylsulfonyl)-Sarcosine in Sewage, River, and Drinking Water. International Journal of Environmental Analytical Chemistry Vol. 67: 113-124 (1997)

Heberer, T. et al.: Detection of Drugs and Drug Metabolites in Ground Water Samples of a Drinking Water Treatment Plant. Fresenius Environmental Bulletin Vol. 6: 438-443 (1997)

Herfindal, E. T., Hirschman, J. L.: Clinical Pharmacy and Therapeutics. Baltimore 1974

Hignite C., Azarnoff, D. L.: Drugs and drug metabolites as environmental contaminants: chlorophenoxyisobutyrate and salicyclic acid in sewage water effluent. Life Sciences Vol. 20, No. 2: 337-341 (January 15, 1977)

Hollister, L. E.: Clinical Pharmacology of Psychotherapeutic Drugs, Monografs in Clinical Pharmacology, vol. 1. New York-Edinburgh-London 1978

Judge, T. G., Caird, F. I.: Drug Treatment of the Elderly Patient. Turnbridge Wells 1978

Kewitz, H. (ed.): Medizinisch und wirtschaftlich rationale Arzneitherapie. Berlin-Heidelberg-New York 1978

Knoben, J. E., Anderson, P. O., Watanabe, A. S.: Handbook of Clinical Drug Data, 4. edition. Hamilton 1978

Lasagna, L.: Combination Drugs. Their Use and Regulation. New York 1975

Laurence, D. R.: Clinical Pharmacology, 4. edition. Edinburgh-London 1973

Lewis, A. J. (ed.): Modern Drug Encyclopedia and Therapeutic Index, 13. edition. New York 1975

Lewis, A. J. (ed.): Modern Drug Encyclopedia and Therapeutic Index, 14. edition. New York 1978

Lewis, P. J. (ed.): Therapeutic Problems in Pregnancy. Lancaster 1977

Lipton, M. A., Dimascio, A., Killam, K. F. (eds.): Psychopharmacology. A Generation of Progress. New York 1978

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Martin, E. W. (ed.): Hazards of Medication, 2. edition. Philadelphia 1978

Melmon, K. L., Morelli, H. F. (eds.): Clinical Pharmacology, 2. edition. New York 1978

Meyers, F. H., Jawetz, E., Goldfien, A.: Lehrbuch der Pharmakologie, deutsche Bearbeitung von B. Lemmer, G. Wiethold, R. Saller, M. Hodgson. Berlin-Heidelberg-New York 1975

Meyers, F. H., Jawetz, E., Goldfien, A.: A Review of Medical Pharmacology, 6. edition. Los Angeles 1978

Miller, R. R., Greenblatt, D. J. (eds.): Drug Effects in Hispitalized Patients. New York 1976

Mishell, D., Davajan, R. v.: Reproductive Endocrinology, Infertility and Contraception. Philadelphia 1979

Modell, W. (ed.): Drugs of Choice 1978-1979. St. Louis 1978

Morselli, P. L.: Drug Disposition during Development. New York 1977

N.N.: Pille im Brunnen. Der Spiegel No. 26: 154-155 (June 24, 1996)

Osol, A., Pratt, R.: The United States Dispensatory, 27. edition. Philadelphia 1973

Parish, P.: The Doctor's and Patient's Handbook of Medicines and Drugs. New York 1977

Parkhouse, Pleuvry, B. J., Rees, J. M.: Analgesic Drugs. Oxford 1979

Physician Desk References, 32. edition, 1978

Raloff, J.: Drugged Waters. Science News Vol. 153, No. 12: 187-189 (March 21, 1998)

Ritschel, W. A.: Handbook of Basic Pharmacokinetics, Hamilton 1976

Ritschel, W. A. (ed.): Clinical Pharmacokinetics. Stuttgart-New York 1977

Ryan, S. A., Clayton, B. D.: Handbook of Practical Pharmacology. St. Louis 1977

Saller, R., Berger, TH., Ulmer, E. M., Hellmbrecht, D.: Praktische Pharmakologie. Stuttgart, New York 1979

Schönfeld, H. (ed.): Antibiotics and Chemotherapy, vol. 25, Pharmacokinetics. Basel 1978

Schweier, P., Wolf, H. G.: Pharmakotherapie im Kindesalter, 2. Auflage, München 1977

Shirkey, H. C.: Pediatric Drug Handbook. Philadelphia 1977

Simon, C., Stille, W.: Antibiotika-Therapie in Klinik und Praxis. Stuttgart 1978

Stan, H.-J., Heberer, T.: Pharmaceuticals in the Aquatic Environment. Analusis Magazine Vol. 25, No. 7: M20-M23 (1997)

Steger-Hartmann, T. et al.: Biological Degradation of Cyclophosphamide and its Occurence in Sewage Water. Ecotoxicology and Environmental Safety Vol. 36: 174-179 (1997)

Trissel, L. A., Grimes, C. R., Gallelli, J. F.: Parenteral Drug Information Guide. Washington 1974

Vickers, M. D., WOOD-SMITH, F. G., Stewart, H. C.: Drugs in Anaesthetic Practice, 5. edition. London 1978

Wade, A. (ed.): Martindale, The Extra Pharmacopoeia, 27. edition. London 1977

Wallach, J.: Interpretation of Diagnostic Tests, 3. edition. Boston 1978

Walter, A. M., Heilmeyer, L.: Antibiotika-Fibel, 4. Aufl. Hrsg. von H. Otten, M. Plempel, W. Siegenthaler. Stuttgart

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

1975

Werry, J. S. (ed.): Dediatric Psychopharmakology, New York 1978

Wilson, C. O., Eiswold, O., Dörge, R. F.: Textbook of Organic Medicinal and Pharmahentical Chemistry. Philadelphia, 1977

copyright © 1998, 2006 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH