

- PALANDT: BGB, 21. Aufl.
 PETERSOHN, F.: In: Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 51, 386ff. (1961).
 RGR-Kommentar: 1959, 11. Aufl., Allg. Teil, Bd. I, Teil 1.
 SCHEID, W.: In: Handbuch der inneren Medizin, 4. Aufl., Bd. 5, Teil III, Neurologie, S. 29/30.
 SCHOLZ, W.: In: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, Bd. 13, Teil 1, Bandteil B, S. 1284ff.
 SOERGEL-SIEBERT: BGB 1952, 8. Aufl.
 SCHNEIDER, M.: In: Therapiewoche 6, 217ff. (1955/56).
 STAUDINGER: BGB-Kommentar, 1935, 10. Aufl., I. Allg. Teil.
 STOCHDORPH, O.: Persönliche Mitteilung.
 TÖNNIS, W.: In: Mschr. Unfallheilk. 66, 169ff. (1963).

Dr. med. ERICH LIEBHARDT
 Institut für Gerichtliche Medizin
 München 15, Frauenlobstr. 7

E. TRUBE-BECKER (Düsseldorf): Zur ärztlichen Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten.

Immer wieder ergeben sich neue Fragen zur Problematik der ärztlichen Schweigepflicht. Die Anfragen aus der Ärzteschaft deuten auf ein großes Interesse, und das Verhalten mancher Ärzte weist auf eine weit verbreitete Unsicherheit hin.

Zur ärztlichen Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten ergeben sich für den gewissenhaften Arzt nicht selten besondere Schwierigkeiten und Pflichtenkollisionen. Erschwert wird seine Situation oft dadurch, daß behördliche Instanzen Gutachten oder Krankenpapiere anfordern, und daß dabei das Auskunftsersuchen von dem Hinweis auf die eigene Verpflichtung zur Verschwiegenheit begleitet ist.

Eine der ersten ärztlichen Handlungen nach dem Tode des Patienten ist die Ausstellung des Totenscheines. Sie allein schon kann für den Arzt eine Konfliktsituation entstehen lassen. Er wird vor die Entscheidung gestellt, entweder den Totenschein korrekt auszufüllen und damit die Krankheit des Patienten zu offenbaren oder aber unzureichende oder sogar falsche Angaben zu machen. Zur Vermeidung dieses Konfliktes wurde von NEUFFER im Jahre 1952 vorgeschlagen, einen sog. „vertraulichen Totenschein“ zu schaffen. Ein solcher Leichenschauschein, wie er in der Schweiz schon seit dem Jahre 1911 und in Holland seit 1927 benutzt wird, wurde zunächst probeweise in Hessen, im Jahre 1956 in Berlin eingeführt, im Jahre 1963 in Bremen, Niedersachsen und am 1. 1. 1964 in Schleswig-Holstein. In den anderen Ländern gilt nach wie vor ein Totenschein, der einheitlich gestaltet ist und die Todesursache für jedermann erkennbar ausweist. Schon durch diesen Sachverhalt ist die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses über den Tod des Patienten hinaus nicht uneingeschränkt ermöglicht.

Besondere Schwierigkeiten ergeben sich für den Arzt, wenn nach dem Tode des Patienten von Versicherungsträgern oder von Gerichten Atteste, Gutachten oder Krankenpapiere angefordert werden. Durch das dritte Strafrechtsänderungsgesetz wurde zwar die bis dahin immer wieder umstrittene Frage, ob das Krankenblatt oder die Aufzeichnungen des Arztes über seinen Patienten der Beschlagnahme unterworfen sind oder nicht, grundsätzlich dahingehend geklärt, daß diese Aufzeichnungen nicht beschlagnahmt werden können. Voraussetzung für die Beschlagnahmefreiheit ist aber nach § 97 StPO, Abs. 2, daß die betreffenden Aufzeichnungen sich im Gewahrsam des Arztes befinden, und daß eine Entbindung von der Schweigepflicht nicht erfolgt ist.

Zu der Frage, ob aus einer rechtswirksamen Entbindung des Arztes von der Schweigepflicht durch den Patienten die Aufhebung der Beschlagnahmefreiheit hergeleitet werden kann, gibt es zahlreiche Veröffentlichungen und sich widersprechende Entscheidungen. Ohne im einzelnen darauf eingehen zu können, läßt sich feststellen, daß die ärztlichen Aufzeichnungen weit mehr enthalten können als die Angaben des Patienten, so auch Sachverhalte, die dem Arzt von dritter Seite mitgeteilt worden sind, oder Äußerungen über den Patienten, die nichts mit seiner Krankheit zu tun haben (GÖPPINGER, SCHMIDT, ELBEL, KOHLHAAS). Es besteht die Möglichkeit, daß nach dem Tode des Patienten seine Angehörigen Befunde erfahren, die bisher nicht bekannt waren und die ihrer Art nach geeignet sein können, das Andenken des Patienten oder sogar den Ruf seiner Familie zu schädigen.

Stets ist das mutmaßliche Interesse des Patienten zu berücksichtigen. Ein solches Interesse nach dem Tode des Kranken eindeutig zu fixieren, ist schwierig. Die Versorgung z. B. seiner rentenberechtigten Angehörigen liegt sicher im Interesse des Patienten, so daß in einem solchen Falle die Offenbarung eines die Rente begründeten Leidens durch den Arzt stets angebracht sein wird. Wenn sich der Arzt in einem solchen Falle weigern würde, Krankheitsverlauf und Todesursache den Versicherungsträgern mitzuteilen, würde er dem Interesse des Patienten sicher nicht entsprechen.

Obwohl § 106 SGG bestimmt, daß Krankenpapiere und Aufzeichnungen, Sektions- und Untersuchungsbefunde sowie Röntgenbilder zur Vorbereitung der mündlichen Verhandlung beigezogen werden können, ist der Arzt weder berechtigt noch verpflichtet, die gewünschten Papiere herauszugeben (HESS, WIETHAUP, HOFMANN-SCHRÖTER, KOHLHAAS). Sie gelten als seine privaten Aufzeichnungen und sind zu seinem persönlichen Gebrauch bestimmt (SCHMIDT, BEWER, ELBEL, SCHMELCHER).

Wenn auch die Lehrmeinungen und Gerichtsentscheidungen nicht einheitlich sind, so hat sich doch immer mehr die Ansicht durchgesetzt,

daß die Verpflichtung zur Verschwiegenheit über den Tod des Anvertrauenden hinaus andauert. Die Zustimmung zur Offenbarung oder die Entbindung von der Schweigepflicht ist ein höchstpersönliches Recht des Anvertrauenden. Es ist nicht vererblich, so daß nach dem Tode des Patienten eine Entbindung von der Schweigepflicht durch die Angehörigen nicht möglich ist (DALCKE). Eine Kammergerichtsentscheidung vom 2. 1. 1914 war zunächst Vorbild für abweichende Entscheidungen. Das Gericht ging bei der Beurteilung einer Erbstreitigkeit davon aus, daß beim Tode „mit der Vernichtung des Körpers auch dessen frühere Eigenschaften“ regelmäßig ihre Bedeutung verlören. Die unbeschränkte Zulassung der Zeugnisverweigerung liege weder im Interesse des Leidenden noch in dem der Angehörigen. Eine Geisteskrankheit sei kein Leiden, „das irgendwie den sittlichen Wert und das Andenken des damit Behafteten gefährden könnte“. Die gleiche Auffassung hat in einer Entscheidung aus dem Jahre 1959 das OLG Düsseldorf vertreten. Es nahm ebenso wie das Kammergericht an, daß die Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten einschrumpfe, weil die Persönlichkeitsinteressen nach dem Tode des Patienten an Bedeutung verlören.

Das OLG München ist in einer Erbstreitigkeit ebenfalls davon ausgegangen, daß die Schweigepflicht entfalle, wenn kein weiterer Grund zur Geheimhaltung vorläge. Allein das Gericht und nicht der Arzt habe zu entscheiden, ob die Schweigepflicht gewahrt werden müsse. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang schließlich auch ein Beschluß des LG Augsburg aus dem Jahre 1963. Obwohl Zeugnisverweigerungsrecht und Schweigepflicht des Arztes mit dem Tode des Patienten nicht erlöschen, wird angenommen, daß ausnahmsweise ein Arzt nach dem Tode eines Patienten zum Zwecke der Feststellung seiner Testierbarkeit über dessen Geisteszustand aussagen müsse, insoweit an seine berufliche Schweigepflicht nicht gebunden und auch nicht berechtigt sei, die Aussage zu verweigern. Das LG Augsburg begründete seine Einstellung entsprechend den Entscheidungen des KG und des OLG Düsseldorf und damit, daß die persönlichen Eigenschaften des Patienten mit seinem Tode an Bedeutung verlören. Die zitierten Entscheidungen sind in Erbstreitigkeiten ergangen. Im Verlaufe der Verfahren um die Klärung des „gesunden Willens“ des Verstorbenen hinsichtlich der Vermögensverteilung an die Erben wurde ohne weiteres angenommen, daß dem Verstorbenen der Aufteilungsmodus seines Besitzes an die Hinterbliebenen wichtiger sei als die Wahrung seiner Geheimnisse.

Dazu ist zu bemerken, daß das, was Geheimnis ist, allein bestimmt wird durch den mutmaßlichen Geheimhaltungswillen des Geschützten. Es mag sein, daß das Interesse des Patienten an der Wahrung seiner Geheimnisse nach seinem Tode in mancher Hinsicht geringer veranschlagt werden könnte. Keinesfalls jedoch besteht ein Geheimhaltungs-

interesse nach dem Tode nur in dem Bereich, den ein Gericht festlegt. Die Geisteskrankheit eines Menschen beeinträchtigt zwar nicht den sittlichen Wert, sie bestimmt aber entscheidend seinen sozialen Wert (LENCKNER). Jeder Arzt weiß, wie stark gerade hinsichtlich einer Geisteskrankheit der Geheimhaltungswille des Patienten ist. Es ist deshalb nicht einzusehen, warum eine Geisteskrankheit vom Standpunkt des Patienten aus nicht auch über den Tod hinaus einschränkungslos eine geheimhaltungswürdige Tatsache sein sollte. Das Interesse an der Geheimhaltung einer Geisteskrankheit muß außerdem nicht ausschließlich in der Person des betroffenen Verstorbenen liegen. Auch seine Angehörigen können damit geschützt werden.

Die angeführten Entscheidungen haben auch in der Literatur ein positives Echo ausgelöst (SCHULZ, EBERMEYER, BAUMBACH-LAUTERBACH). So meint ERDSIEK, daß die Begründungen des KG und des OLG Düsseldorf lebensnah seien. Er wendet sich vor allem gegen ein absolutes Schweigerecht des Arztes und tritt dafür ein, daß auch nach dem Tode der mutmaßliche Wille des Verstorbenen berücksichtigt werden soll. Die Interessenabwägung sei eine Aufgabe, die nach seiner Ansicht in die richterliche Zuständigkeit falle. Demgegenüber sei auf eine Entscheidung des Reichsgerichts aus dem Jahre 1936 verwiesen. Das Reichsgericht stellte damals fest, daß die Schweigepflicht des Arztes den Tod des Kranken überdauere, nicht aber das Recht, den Arzt von der Schweigepflicht zu befreien. Es führte weiter aus, daß die Interessen des Verstorbenen besser gewahrt bleiben würden, „wenn der unparteiisch und gewissenhaft abwägende Arzt pflichtgemäß darüber entscheidet, ob er das ihm Anvertraute geheimhalten oder offenbaren soll oder will“. Das Reichsgericht bestätigte damit eine grundsätzliche Entscheidung, die im Jahre 1906 das OLG Dresden gefällt hatte. Nach dem Ableben des Patienten könne der Arzt überhaupt nicht mehr von der Schweigepflicht entbunden werden.

Eine am 6. 4. 1962 gefällte Entscheidung des LSG München ist unter den Urteilen aus jüngster Zeit besonders bemerkenswert. Ein Arzt hatte gegen den Beschluß eines Sozialgerichts Beschwerde eingelegt. Nach dem angefochtenen Beschluß sollte er nach dem Tode seines Patienten dessen Krankengeschichte zur Verhandlung mitbringen, „weil er im Interesse der Lebenden durch die Angehörigen von seiner Schweigepflicht entbunden werde könne“. Das LSG München stimmte dem Arzt zu, „daß die Schweigepflicht grundsätzlich nicht mit dem Tode des durch die Schweigepflicht Geschützten erlischt“. Wenn auch ein wichtiger Grund für die Schweigepflicht — der Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient — wegfalle, so sei doch die Gewißheit des Patienten, daß der Arzt auch über seinen Tod hinaus zur Verschwiegenheit verpflichtet sei, Voraussetzung für eine rückhaltlose Offenbarung. Die

Bereitschaft, trotz bestehender Schweigepflicht nach dem Tode auszusagen, hänge allein von dem Ergebnis der vom Arzt durchgeführten Interessenabwägung ab. Diese Gewissensentscheidung können und dürfe das Gericht dem Arzt nicht dadurch abnehmen, daß es die Zeugnisverweigerung für unbegründet erklärt.

Nach Ansicht des LSG München hätte die weit überwiegende Zahl der Ärzte die zur Klärung des Sachverhaltes im Einzelfalle notwendigen Befundberichte dem Gericht vorgelegt oder ausgesagt. Die Tatsache, daß nur in wenigen Ausnahmefällen von dem Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch gemacht worden sei, beweise, „daß die Ärzte die ihnen obliegende Pflicht der sorgfältigen Interessenabwägung erfüllen“. Übrigens wird auch in der Literatur die Ansicht vertreten, daß eine Entbindung von der Schweigepflicht nach dem Tode des Anvertrauenden nicht mehr erfolgen kann (DALCKE-FUHRMANN-SCHÄFER, LIERTZ, SCHÖNKE-SCHRÖDER, RAHN, BEWER, GÖPPINGER).

Gegebenenfalls muß sorgfältig geprüft werden, ob ein Bruch der Schweigepflicht von einem berechtigenden Zweck an Bedeutung übertroffen wird. Der Arzt muß nach den Grundsätzen der Güterabwägung handeln. Er hat zu entscheiden, ob es geboten ist, zum Schutze höherwertiger Interessen auszusagen. Eine Stellvertretung durch einen Hinterbliebenen ist schon deshalb abzulehnen, weil dieser überhaupt nicht überblicken kann, welche Folgen sich für den Patienten oder für Dritte durch eine Geheimnisoffenbarung ergeben können.

Besondere Probleme ergeben sich für den Pathologen und Gerichtsmediziner. Im Falle einer vom Gericht angeordneten Leichenöffnung hat ein die Schweigepflicht begründendes Arzt-Patient-Verhältnis nicht bestanden. Die Offenbarungspflicht ist in diesem Falle umfassend.

Im Falle einer Verwaltungssektion muß der Pathologe der betreffenden Behörde die ermittelte Todesursache mitteilen. Die Mitteilungspflicht erstreckt sich dagegen nicht auf Körperveränderungen, die offensichtlich nicht für das Ableben von Bedeutung waren. Die Bekanntgabe liegt sicher nicht ohne weiteres im Interesse des Verstorbenen einer Gravidität oder der Folgen einer früher einmal durchgemachten Geschlechtskrankheit.

Bei der Durchführung einer klinischen Sektion kann der Pathologe hinsichtlich der Schweigepflicht in eine Konfliktsituation geraten. Bekannt wird dem Arzt auch ein Geheimnis, wenn er es ohne Wissen und Willen des Patienten auf Grund seiner besonderen Sachkunde erfährt. Dazu gehört auch alles, was der Pathologe bei der Vornahme einer Obduktion erkennt (HEROLD). Die vom Pathologen erhobenen Befunde werden dem Krankenhausarzt mitgeteilt und den Krankenpapieren beigefügt. Der Obduzent ist in diesem Falle der Erfüllungsgehilfe des Arztes,

dessen Tätigkeit ein Arzt-Patient-Verhältnis begründet hat. Abgesehen davon werden bei einer Leichenöffnung den Obduzenten eine Fülle von Befunden bekannt, die nicht selten weitgehende Rückschlüsse auf den Lebenslauf, die Lebensart und die Veranlagungen des Verstorbenen zulassen. Sicher wäre es nicht im Interesse des Patienten, wenn sämtliche bei einer Obduktion erhobenen Befunde uneingeschränkt offenbart würden. Eine ärztliche Schweigepflicht würde dann überhaupt illusorisch. Deshalb müssen die Obduktionsbefunde, ebenso wie Krankengeschichten, Röntgenaufnahmen und Aufzeichnungen des Arztes behandelt werden. Eine Entbindung von der Schweigepflicht durch die Angehörigen für solche Tatsachen, die erst nach dem Tode bekanntgeworden sind, ist noch weniger möglich als für solche, die der Arzt noch vor dem Ableben des Patienten erfahren hat (HEROLD). Das bedeutet, daß auch der Pathologe nach seinem ärztlichen Gewissen darüber zu entscheiden hat, inwieweit er offenbaren darf. Es gelten für ihn die gleichen Bestimmungen wie für den Arzt, der zu Lebzeiten des Patienten Untersuchungen oder Behandlungen durchgeführt hat.

Es läßt sich deshalb *zusammenfassend* feststellen:

Nach dem Tode des Patienten muß der Arzt das Geheimnis in eigener Verantwortung „verwalten“. Nur der Arzt kann objektiv die Interessen seines Patienten erkennen. Er allein kann unabhängig von jedem persönlichen Interesse feststellen, ob das Schweigen oder das Offenbaren im Interesse des Kranken liegt. Er muß nach den Grundsätzen der Güterabwägung entscheiden zwischen dem Recht des Patienten auf Wahrung des Berufsgeheimnisses und dem Verlangen eines Angehörigen zur Offenbarung.

Aus den durchgeführten Überlegungen, den Ansichten in der Literatur sowie den veröffentlichten Gerichtsentscheidungen ergeben sich folgende Grundsätze:

1. Die ärztliche Schweigepflicht und das Schweigerecht bestehen nach dem Tode des Patienten unverändert fort.
2. Die Hinterbliebenen eines Verstorbenen oder aber seine Erben können den Arzt, der ihn behandelt hat, nicht rechtswirksam von der Schweigepflicht entbinden.
3. Der von seiner Schweigepflicht zu Lebzeiten des Patienten nicht befreite Arzt hat nach dem Tode seines Patienten gewissenhaft abzuwägen, ob das Interesse des Verstorbenen an der Geheimhaltung und sein mutmaßlicher Wille das Schweigen gebieten oder ob ein höherwertiges Interesse die Offenbarung verlangt.
4. Zur Wahrung der Schweigepflicht auch nach dem Tode des Patienten ist die Einführung des vertraulichen Totenscheins unbedingt erforderlich.

On peut donc conclure de la manière suivante :

Après la mort du patient, le médecin est responsable de la garde du secret. Le médecin seul est capable de discerner objectivement les intérêts de son patient. Lié par aucun intérêt personnel, c'est lui seulement qui est en mesure de décider ce qui est dans l'intérêt du malade : garder ou rompre le silence. Il n'y a aucune autorité ni aucun juge qui puissent le forcer à changer sa décision. Il doit décider parès mûre réflexion, s'il est dans l'intérêt du patient de maintenir le secret professionnel, ou s'il, peut agréer à la demande d'un parent de rompre le secret.

Les principes suivants résultent des remarques ci-dessus, des opinions relevées dans la littérature ainsi que de jugements publiés :

1. L'obligation et le droit qu'a le médecin de garder le secret de son patient subsistent sans changement après la mort du malade.

2. Ni la famille du défunt, ni ses héritiers ne peuvent dispenser valablement le médecin qui a traité le malade de son obligation de garder le secret professionnel.

3. Le médecin qui n'a pas été du vivant de son patient délivré du secret professionnel doit examiner avec soin après la mort de son patient si l'intérêt du défunt et son désir probable de garder le secret exigent le silence ou bien si un intérêt supérieur exige de rompre le secret.

4. Pour garder le secret professionnel également après la mort du malade, l'établissement d'un certificat de décès est absolument nécessaire.

Literatur

- BECKER, W.: Schweigepflicht und Zeugniserweigerungsrecht des Arztes im neuen Recht. *Medizinische* 1953, 887.
- BEWER, C.: Zur Schweigepflicht des Arztes nach dem Tode des Patienten. *Berl. Ärztebl.* 1960, 374.
- BGH St 1/367.
— St 4/355.
- BOCKELMANN, A.: Ärztliche Schweigepflicht und Verkehrssicherheit. *Schr. Landesverkehrsrechtswacht* 1962, 3.
- EBERMEYER, L.: *Der Arzt im Recht*. Leipzig: Georg Thieme 1930.
- ELBEL, H.: Die Herausgabe von Krankenpapieren als Problem der ärztlichen Schweigepflicht. *Dtsch. med. Wschr.* 82, 1781—1786 (1957).
- ERDSIEK, G.: Zur Schweigepflicht des Arztes nach dem Tode des Patienten. *Neue jur. Wschr.* 1963, 632.
- Gesundheitsverwaltung der Stadt Berlin: Todesbescheinigung und ärztliche Schweigepflicht. *Ärztl. Mitt. (Köln)* 46, 56 (1961).
- GÖBBELS, H.: Ärztliche Schweigepflicht und Versicherung. *Hefte Unfallheilk.* 48, 226—236 (1955).
— Ärztliche Schweigepflicht. *Medizinische* 1958, 40.
- Zur Frage der ärztlichen Schweigepflicht nach ihrer Verletzung. *Ärzt. Mitt. (Köln)* 47/59, 1686 (1962).
- GÖPFINGER, H.: Die Beschlagnahmefreiheit der ärztlichen Aufzeichnungen. *Ärztl. Mitt. (Köln)* 40, 361—363 (1955).

- GÖPPINGER, H.: Die Entbindung von der Schweigepflicht und die Herausgabe oder Beschlagnahme von Krankenblättern. *Neue jur. Wschr.* **1958**, 241.
- GRÖMIG, H.: Herausgabe von Krankengeschichten durch das Krankenhaus. *Med. Klin.* **57**, 2196 (1962).
- GRÜTER, W.: Recht und Pflicht der Herausgabe von Krankengeschichten und Untersuchungsunterlagen. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **41**, 64 (1956).
- HARTMANN, F.: Die ärztliche Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten. Diss. Düsseldorf 1964.
- HEESEN, GÖHMANN u. MÜNSTERMANN: Kein Recht des Patienten auf Einsichtnahme in die Krankenpapiere. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **40**, 653 (1955).
- HEROLD, G.: Ärztliches Attest und Berufsgeheimnis. *Med. Klin.* **53**, 1095 (1958).
- Todesbescheinigung und ärztliche Schweigepflicht. *Med. Klin.* **53**, 2158 (1958).
- Zur Frage eines ärztlichen Schweigerechts im Prozeß. *Med. Klin.* **56**, 194 (1961).
- Die ärztliche Schweigepflicht bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **46**, 2596 (1961).
- Zur Frage der Schweigepflicht des Pathologen. *Dtsch. med. Wschr.* **88**, 1767 (1963).
- HESS, A.: Zur ärztlichen Schweigepflicht. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **46**, 1001 (1961).
- Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **47/59**, 2471 (1962).
- HOFMANN, K., u. K. SCHRÖTER: Sozialgerichtsgesetz. Berlin u. Frankfurt 1953, zu § 106.
- KG (2. 1. 1914) OLGE 29, 118.
- KLASEN, H. H.: Das Recht zu schweigen. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **47/59**, 885 (1962).
- KOEBEL: Das Fortwirken des Persönlichkeitsrechtes nach dem Tode. *Neue jur. Wschr.* **1958**, 936, 2101.
- KOHLHAAS, M.: Ärztliche Schweigepflicht nach dem Tode des Anvertrauenden? *Dtsch. med. Wschr.* **84**, 155 (1959).
- Durchbrechung der Schweigepflicht durch Bürokratismus bei Sozial-Versicherungsanstalten. *Dtsch. med. Wschr.* **84**, 1182—1183 (1959).
- Zur Frage des prozessualen Schweigerechts und der Schweigepflicht des Arztes. *Med. Welt* **1961**, 1361.
- Herausgabepflicht und Beschlagnahme ärztlicher Aufzeichnungen. *Neue jur. Wschr.* **17**, 1162—1166 (1964).
- Kommentar zum BGB: Hrsg. von J. v. STAUDINGER, 11. Aufl. Berlin: Schweitzer 1957.
- zum Strafrecht und Strafverfahren: Hrsg. von A. DALCKE, E. FUHRMANN u. SCHÄFER, 37. Aufl. Berlin: Schweitzer 1961.
- zum StGB: Hrsg. von O. G. SCHWARZ, 16. Aufl. München u. Berlin: Beck 1953.
- zum StGB: Hrsg. von A. SCHÖNKE u. H. SCHRÖDER, 9. Aufl. München u. Berlin: Beck 1959.
- zur ZPO: Hrsg. von A. BAUMBACH u. W. LAUTERBACH, 6. Aufl. München u. Berlin: Beck 1961.
- zur ZPO: Hrsg. von F. STEIN, M. JONAS, A. SCHÖNKE u. R. POHLE, 18. Aufl. Tübingen: J. C. Mohr 1953.
- LEMMME, H. J.: Bemerkungen zu einem Entwurf eines Gesetzes über die Schweigepflicht des Arztes. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **37**, 246 (1952).
- LENCKNER, TH.: Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes wegen beruflicher Schweigepflicht. (LG Augsburg, Beschl. v. 21. 11. 1963.) *Neue jur. Wschr.* **17**, 1186—1188 (1964).
- LG Augsburg: 21. 11. 1963. *Neue jur. Wschr.* **17**, 1186—1189 (1964).
- LSG München: 6. 4. 1962. *Neue jur. Wschr.* **15**, 1789 (1962).

44 E. TRUBE-BECKER: Ärztliche Schweigepflicht nach dem Tode des Patienten

- MIKAT, B.: Ärztliche Schweigepflicht und Leichenschauchein. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **48**, 820—826 (1963).
- MUELLER, B.: Gibt es Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht bei einem ernsthaft erkrankten Verkehrsteilnehmer? *Therapiewoche* **12**, 7, 286 (1962).
- NEUFFER, H.: Die ärztliche Schweigepflicht. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **1952**, 362.
- NEUKAMP, F.: Zum ärztlichen Zeugnisverweigerungsrecht. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **27**, 399 (1937).
- OLG Berlin: 29, 118.
— Dresden: 13, 161.
— Düsseldorf: 26. 1. 1959. *Neue jur. Wschr.* **1959**, 821.
— Hamburg: Beschl. v. 29. 12. 1961. *Neue jur. Wschr.* **1962**, 689—692.
— München: Bayer. *Ärztebl.* **1960**, 3.
— Nürnberg: 17. 8. 1956 (*Ws* 267/56).
- PETERS, H., T. SAUTTER u. R. WOLFF: Kommentar zur Sozialgerichtsbarkeit. Stuttgart u. Köln 1953, zu § 106.
- PLACZEK, S.: *Das Berufsgeheimnis des Arztes*, 2. Aufl. Leipzig: Georg Thieme 1898.
- PÖPPE, J.: Die ärztliche Schweigepflicht nach dem 3. Strafrechtsänderungsgesetz. Diss. Düsseldorf 1954.
- POIGER: Der Strafantrag bei Bruch der ärztlichen Schweigepflicht. *Neue jur. Wschr.* **1954**, 1107.
- PONSOLD, A.: *Lehrbuch der gerichtlichen Medizin*, 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme 1957.
- RAHN, D.: Von den Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **40**, 187 (1955).
RG St **57**, 63.
— *St* **62**, 138.
— *St* **71**, 22.
— *Z* **53**, 317.
— *Z* **61**, 384.
— *Z* **66**, 273.
- SCHMELCHER, R.: Krankengeschichten im Strafprozeß. *Krankenhausarzt* **30**, 170 (1957).
- SCHMIDT, E.: *Der Arzt im Strafrecht*, 1. Aufl. Leipzig: Weicher 1939.
— *Brennende Fragen des ärztlichen Berufsgeheimnisses*. München: Isar-Verlag 1951.
— *Ärztliche Schweigepflicht und kein Ende*. *Dtsch. med. Wschr.* **79**, 1649 (1954).
— *Ärztliche Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht im Bereich der Sozialgerichtsbarkeit*. *Neue jur. Wschr.* **1962**, 39.
- SCHULZ, G.: *Der Arzt vor dem Richter*, 2. Aufl. Hannover: Schlüter 1961.
- SEILER: *Der strafrechtliche Schutz der Geheimnisssphäre*, S. 120—121.
- SPANN, W.: *Ärztliche Rechts- und Standeskunde*, 1. Aufl. München: J. F. Lehmanns 1962.
- STAMMBERGER, W.: Die ärztliche Tätigkeit im Blickfeld der deutschen Strafrechtsreform. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **47**, 700—707 (1962).
- Strafgesetzbuch*, Leipziger Kommentar: Hrsg. von L. EBERMAYER, A. LOBE, W. ROSENBERG, J. NÄGLER u. a., 7. Aufl., Bd. 2. Berlin: W. de Gruyter & Co. 1951—1954.
- TRUBE-BECKER, E.: Ärztliche Schweigepflicht und Verkehrssicherheit. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **51**, 498—506 (1961).
- WEISSER, G.: Von den Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. *Ärztl. Mitt. (Köln)* **41**, 78 (1956).

WIETHAUP, H.: Beiziehung von ärztlichen Aufzeichnungen durch die Sozialgerichte. Krankenhausarzt **29**, 54—56 (1956).

WOESNER, H.: Fragen ärztlicher Geheimhaltungspflicht. Neue jur. Wschr. **1957**, 692.

WOLFF: Der strafrechtliche Schutz des Berufsgeheimnisses, S. 93.

Prof. Dr. ELISABETH TRUBE-BECKER
Institut für Gerichtliche Medizin
Düsseldorf, Moorenstr. 5

E. TRUBE-BECKER (Düsseldorf): Zur Haftung des Arztes bei der Verordnung von Medikamenten, unter besonderer Berücksichtigung von Contergan.

Der stetig ansteigende Verbrauch von Genuß- und Arzneimitteln, das fast schon unübersehbare Angebot an pharmazeutischen Präparaten und die nachgiebige Haltung vieler Ärzte Rezeptwünschen ihrer Patienten gegenüber geben Anlaß, den Standpunkt des Arztes in dieser Entwicklung zu überdenken. Die Situation ist dadurch besonders gekennzeichnet, daß trotz intensiver Warnung vor gesundheitsschädlichen Folgen übermäßigen Alkohol- und Nicotingenusses der Konsum dieser Genußmittel stetig zugenommen hat. In gleicher Weise ist der Tablettenverbrauch angestiegen. Immer begehrter werden vor allem Schlafmittel, Schmerztabletten und Psychopharmaka. Genußmittel und Tabletten scheinen besonders in den letzten Jahren für das Wohlbefinden des Menschen eine überragende Bedeutung erlangt zu haben.

Die akuten Gefahren des gesteigerten Tabletten- und Genußmittelkonsums liegen in der Verkennung der subjektiven Verträglichkeit und in den Grenzüberschreitungen, die nach MENDE vor allem bei psychisch Labilen und Neurotikern, insbesondere aber auch bei Heranwachsenden beobachtet werden. Der Mensch unserer Gesellschaft ist ausgesprochen „tablettenfreudig“ (LAUBENTHAL). Eine ständig wachsende Zahl unserer Mitmenschen hat das Tablettenröhrchen in der Handtasche „stets einsatzbereit“, um jede Schmerzempfindung und jede Unpäßlichkeit durch einen Griff zur Tablette sofort beheben zu können. Die Beschaffung der Mittel macht kaum noch Schwierigkeiten.

Der Verbrauch von Medikamenten ist in seinem Umfang nicht exakt festzustellen. Nach einer Erhebung der Emnid GmbH im Juni 1955 hatten 35—48 v. H. der Bevölkerung Westdeutschlands im Alter von über 16 Jahren in einem Zeitraum von 14 Tagen ein Medikament gegen irgendwelche körperliche Beschwerden eingenommen (LINKE). Die knapp 7 Mill. Einwohner Österreichs sollen jährlich 80 Mill. Schmerztabletten, 30 Mill. Aspirin-tabletten, 40 Mill. Schlaftabletten, 50 Mill. Abführ-tabletten konsumieren. In England werden jährlich 2 Mill. Pfd. Sterling