

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

für Schlafmittel ausgegeben (ROMENEY), und in den USA ist die Herstellung von Barbituraten von 1933 bis zum Jahre 1950 um 400 v.H. gestiegen (ISBILL und SCHEID). In einem Jahr sollen in den USA 15,7 Milliarden Tabletten eines einzigen Kopfschmerzmittels verkauft worden sein (GEORGENOFF). Im Jahre 1954 wurden in der Schweiz und in den USA ein Verbrauch von 90 Tabletten phenacethinhaltiger Mittel pro Kopf der Bevölkerung festgestellt. 10 v.H. von 3442 klinischen und poliklinischen Patienten trieben nach Untersuchungen von SCHEID u. Mitarb. eindeutig Mißbrauch mit Tabletten aller Art. Häufig erfolgt die Tabletteneinnahme über viele Jahre ohne jede ärztliche Kontrolle und führt nicht selten zu chronischen Krankheitserscheinungen. Dies gilt vor allem für die phenacethinhalten Tabletten, von denen sich rund 200 Präparate im Handel befinden sollen (LAUBENTHAL).

Der hohe Konsum von Genuß- und Arzneimitteln begründet schon für sich gesehen die Annahme eines Mißbrauchs. Ursache dieses Mißbrauchs trotz der der Öffentlichkeit als Folge bekannten Gesundheitsschädigungen ist die große Anziehungskraft dieser Mittel auf den Menschen. „Sie sind Vermittler von Zuständen des Leibes und der Seele“ (SATTES). Besondere Triebfeder zum Genuß ist häufig das in jedem Menschen wurzelnde Bedürfnis nach Anregungen, Reizungen und Erlebnissen, vor allen Dingen aber auch die geringe Leidensfähigkeit und die mangelnde Bereitschaft, unangenehme Empfindungen und Schmerzen auf sich zu nehmen. Schließlich leisten dem wachsenden Abusus die leichte Erreichbarkeit und auch die bei der Verordnung von Medikamenten praktizierte Großzügigkeit Vorschub.

Für die Beurteilung der Verantwortlichkeit des Arztes mag bedeutsam sein, daß der praktizierende Arzt fast täglich mit neuen Arzneimitteln konfrontiert wird. Er wird vor die schwierige Aufgabe gestellt, das Neue als solches zu erkennen und in rechter Weise anzuwenden. Zur größenmäßigen Kennzeichnung dieser Aufgaben einige Zahlen: In der Zeit vom 1. 10. 1961 bis zum 30. 1. 1964 wurden beim Bundesgesundheitsamt 2560 neue Medikamente registriert. Daraus errechnet sich ein Monatsdurchschnitt von mehr als 90 Neuheiten (KOLL). Nach den Unterlagen des Bundesgesundheitsamtes sind z.Z. rund 60000 Arzneispezialitäten im Verkehr. Ein Teil dieser Medikamente ist ohne Rezept zu erlangen. Kann dies die Verantwortlichkeit des Arztes mindern oder sie sogar auf andere übergehen lassen?

Bisher war herrschende Auffassung, daß der Arzt der einzige ist, der die Wirkung des Medikamentes auf den Organismus seines Patienten beurteilen und sich außerdem eine Vorstellung von der Zusammensetzung der Medikamente machen kann, der bei der Wahl therapeutischer Mittel die Möglichkeit hat, geeignet auf den Patienten einzuwirken, ihn zu beraten und zu lenken. Diese Auffassung galt bisher ganz besonders

für die ärztliche Betreuung von Schwangeren. Kann diese Verantwortlichkeit etwa abgelöst worden sein durch eine überwiegende oder sogar Generalhaftung der herstellenden Industrie?

Die Erfahrungen der jüngsten Vergangenheit haben nahezu in allen Ländern, in denen Arzneimittelgesetze existieren, zu einer Überprüfung der gesetzlichen Bestimmungen geführt. Auch in der Bundesrepublik hat der Gesetzgeber es für erforderlich gehalten, das noch junge Arzneimittelgesetz vom 1. 8. 1961 zu ändern. Von dieser Novellierung ist auch die Ärzteschaft dadurch betroffen, daß gewisse Arzneimittelspezialitäten für 3 Jahre der ärztlichen Verschreibungspflicht unterstellt worden sind. Das Arzneimittelgesetz fordert weiter bei der Anmeldung neuer Spezialitäten, daß diese sowohl experimentell als auch klinisch ausreichend geprüft sein und daß dabei auch Angaben über Nebenwirkungen und Kontraindikationen gemacht werden müssen. Diese Forderung sollte jedoch in ihren Auswirkungen auf die Verantwortung des verordnenden Arztes nicht überschätzt werden. Auch eine umfangreiche klinische Prüfung kann im Verhältnis zu den möglichen Varianten im Krankheitsverlauf und Varianten konstitutioneller oder anderer Faktoren, die die Wirkung des Arzneimittels beeinflussen können, immer nur eine relativ begrenzte Zahl von Patienten erfassen. Es ist deshalb mit der dreijährigen Verschreibungspflicht für neue Arzneimittel den Ärzten nur eine neue, besonders verantwortungsvolle Aufgabe anvertraut worden. Hilfreich mag sich in diesem Zusammenhang die vom Deutschen Ärzteverlag geplante Veröffentlichung eines Novitätenanzeigers erweisen.

Zur praktischen Handhabung der angeführten Bestimmungen ist zu bemerken, daß leider die Bereitschaft der Ärzte, den Forderungen ihrer Patienten allzu leicht entgegenzukommen, häufig jede Rezeptpflicht illusorisch macht. Schon geringfügige Beschwerden gerade bei Schwangeren führen, bedingt durch leichtfertige Rezeptur, bereits zu Beginn der Schwangerschaft zur Anwendung von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln. Nach Untersuchungen von FUHRMANN haben von 100 Schwangeren schon in den ersten Wochen der Schwangerschaft 51 schmerzstillende und Beruhigungsmittel eingenommen. Zu beachten ist bei der Beurteilung dieser Gepflogenheiten, daß ein Irrtum, ein Versehen aber auch eine unrichtige therapeutische Maßnahme zu einer Haftung oder sogar zur Straffälligkeit führen können. Aus der von den Gerichten wiederholt ausgesprochenen Pflicht des Arztes, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten beruflich fortzubilden und sich über die Fortschritte der medizinischen Wissenschaften auf dem laufenden zu halten, folgt, daß der Arzt sich auch über neue Heilmittel informieren muß. Er hat sie in ihrer therapeutischen Wirksamkeit kritisch zu beurteilen und Nebenwirkungen sorgfältig zu beobachten. Das OLG Schleswig hat schon im Jahre 1949 in einem Urteil ausgeführt, daß ein

Arzt nicht ohne jede Nachprüfung und ohne eigenes Nachdenken sich auf einen in einer medizinisch-wissenschaftlichen Fachzeitschrift erschienenen Artikel verlassen kann. Er muß vielmehr, ehe er eine ihm empfohlene Behandlungsweise übernimmt, sich darüber vergewissern, ob und unter welchen Voraussetzungen er dies ohne Gefährdung des Patienten tun kann. Diese Forderung gilt uneingeschränkt auch für die Verordnung von Medikamenten. Der Arzt kann sich deshalb auch nicht ohne jedes eigene Urteil auf die Forschungs- und Produktionsergebnisse chemisch-pharmazeutischer Betriebe verlassen, wenn auch diese Firmen bemüht sein mögen, die Wirkweise ihrer Erzeugnisse durch chemische und tierexperimentelle Untersuchungen eingehend zu klären. Jeder Arzt weiß, daß die Reaktionsfähigkeit nur individuell bezogen bestimmbar ist, und daß z.B. Arzneimittel toxische Wirkungen für den Menschen zeigen können, obwohl der Tierversuch nicht auf solche Wirkungen hinzuweisen schien. Er weiß, daß seine Patienten nicht gleichmäßig reagieren, daß Faktoren wie Disposition, Überempfindlichkeit, allgemeine Körperbeschaffenheit, Alter etc. eine entscheidende Rolle spielen, daß ganz besonders Schwangere abweichend reagieren können und daß die Frucht im Mutterleib in besonderer Weise geschädigt werden kann. Bei der Entscheidung der Arztes, ob er ein bestimmtes Mittel verordnen soll, spielen Erwägungen darüber, ob grundsätzlich Schäden möglich sind, keine entscheidende Rolle. Es kommt vielmehr auf die Wirkung und den voraussichtlichen Verlauf im einzelnen Falle an (BGH 1961). Es gehört dementsprechend auch zur Sorgfaltspflicht des Arztes, daß er von sich aus den Patienten nach besonderen Medikamentenempfindlichkeiten befragt, wenn er ein Medikament verordnen will. Ganz besonders gilt das bei der Rezeptur von neuen Medikamenten und für einen dem Arzt noch unbekanntem Patienten, dessen Reaktion auf Medikamente er noch nicht kennen kann (LG Köln 1962). Grundsätzlich wird ein gewissenhafter Arzt bei der Vielfalt der heute zur Verfügung stehenden Mittel besonders sorgfältig prüfen müssen. Es ist mit der ärztlichen Sorgfalt nicht vereinbar, wenn ein Arzt allein auf die normale Unschädlichkeit eines Mittels baut. Wenn ein Patient seinem Arzt gegenübertritt, muß er darauf vertrauen können, daß dieser als Sachverständiger die Zusammensetzung und die Wirkung der Mittel kennt und auch Nebenwirkungen auf seinen Organismus mit einkalkuliert (LG Köln 1962).

In neuester Zeit ist die Frage nach der Verantwortlichkeit für schädliche Auswirkungen im Handel befindlicher Medikamente in der Öffentlichkeit ungewöhnlich präzise im Zusammenhang mit dem Beruhigungsmittel Contergan gestellt worden. Dabei ist diese Frage sehr unterschiedlich beantwortet worden. Eine gerichtliche Entscheidung steht noch aus. Bemerkenswert ist aber, daß gerade aus der Ärzteschaft teilweise sehr

bestimmt die Auffassung vertreten worden ist, daß das Herstellerwerk für die entstandenen Schäden einzutreten habe, weil es mit der Herstellung und der Auslieferung an den Handel die entscheidenden Ursachen gesetzt haben soll. Zu dieser Auffassung ist zu bemerken, daß zwar im philosophisch logischen und naturwissenschaftlichen Sinne Ursache eines Handelns oder Unterlassens die Gesamtheit aller Bedingungen ist, die einen bestimmten Erfolg herbeigeführt haben. Im Rechtssinne gilt diese Theorie der *Conditio sine qua non* jedoch nur im Strafrecht und dort auch nur eingeschränkt. Strafrechtlich werden Ereignisse, die im philosophisch-logischen und naturwissenschaftlichen Sinne für den Erfolg nicht hinweggedacht werden können, dem Täter nur zugerechnet, wenn er sie schuldhaft herbeigeführt hat. Abweichend davon gilt im Zivilrecht die sog. Adäquanztheorie. Nach dieser Theorie, die uneingeschränkt die herrschende Meinung repräsentiert, ist zivilrechtlich bedeutsam nur die Bedingung, die mit einem Erfolg in einem adäquaten Zusammenhang steht. Es genügt damit zwar, daß der Handelnde nur eine der Bedingungen, die den Erfolg herbeigeführt haben, gesetzt hat. Diese Bedingung muß aber dem Erfolg angemessen sein. Sie muß im logischen Sinne eine *conditio sine qua non*, aber im rechtlichen Sinne eine solche Bedingung sein, die nach der allgemeinen Lebenserfahrung für den Eintritt des Erfolges nicht gleichgültig war (BGHZ 3, 264). Mit anderen Worten ausgedrückt: die Möglichkeit des Eintritts eines Schadens infolge der Bedingung darf nicht eine so entfernte sein, daß sie nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise nicht in Betracht gezogen werden kann. Sie darf also „nicht außerhalb aller Wahrscheinlichkeit“ liegen (RG 152, 401; 169, 91; 168, 88). Die adäquate Ursächlichkeit ist damit kein echter Verursachungsgrundsatz. Sie unterscheidet sich davon durch eine objektive Wertung aller Bedingungen, von denen sie nur diejenigen abgrenzt und beachtet, die einem Erfolg vernünftigerweise zuzurechnen sind. Auf die sehr bedeutsamen Ausführungen von LARENZ sei in diesem Zusammenhang verwiesen.

Die Feststellung der Grenze der Zurechenbarkeit oder zivilrechtlich ausgedrückt, der Zumutbarkeit der Haftung ist im Einzelfalle und in besonderer Weise in dem hier angesprochenen Sachzusammenhang nicht einfach. Grundsätzlich ist zu bemerken, daß die Rechtsprechung in der Bejahung des „adäquaten“ Zusammenhangs sehr weit gegangen ist. Es hat ihr allgemein genügt, daß der Erfolg vom Zeitpunkt der Handlung aus gesehen nicht „außerhalb aller Wahrscheinlichkeit“ gelegen hat. Nur ganz ungewöhnliche Ursachenvermutungen, mit denen im praktischen Leben niemand zu rechnen pflegt, sollen ausgeschlossen werden. Schon ein geringes Maß von Wahrscheinlichkeit genügt zur Bejahung der Adäquanz. So ist der adäquate Zusammenhang zwischen einer geringfügigen Körperverletzung und dem Tode des Verletzten nach ständiger

Rechtsprechung nicht schon dadurch ausgeschlossen, daß die Folgen durch eine fehlerhafte ärztliche Behandlung verursacht wurden. Ärztliche Kunstfehler liegen nach der Rechtsprechung nur dann „außerhalb aller Wahrscheinlichkeit“, wenn der Arzt wider jede ärztliche Regel und Erfahrung gehandelt hat (RG 102, 231).

In unserem Falle ist damit schließlich die Frage zu beantworten, ob die Herstellung eines Medikamentes regelmäßig auch dann für eine Schädigung verantwortlich ist, wenn das Medikament rezeptpflichtig ist und ein Arzt dieses Medikament verschrieben und dadurch die Schädigung überhaupt erst ermöglicht hat. Das Handeln des Arztes beseitigt keineswegs den natürlichen Ursachenzusammenhang zwischen der Herstellung des Präparates und der körperlichen Schädigung. Die Herstellung muß aber dann als adäquate Ursache ausgeschlossen werden, wenn mit der Handlung des Arztes in dem bestimmten Falle und den dadurch ausgelösten weiteren Geschehensablauf nach der Lebenserfahrung nicht zu rechnen war. Es ist also zu beurteilen, ob mit aller Wahrscheinlichkeit zu erwarten war, daß der Arzt in dem jeweils behandelten Falle das Mittel verordnete. Es läge dann eine lückenlose Folge von einander bedingenden Ereignissen vor, die insgesamt mit Einschluß des Schadenserfolges in dem durch das Erfordernis der Adäquanz gezogenen Rahmen liegt. Mit anderen Worten würden dann schon Produktion und Einführung eines Mittels in den Handel im Regelfalle die Schädigung durch ein rezeptpflichtiges Medikament unabhängig von der ärztlichen Rezeptierung dem Produzenten als Folge voraussehbar machen und damit eine Verantwortung für schädigende Folgen begründen. Dieser Auffassung kann man aber als Arzt wohl kaum beitreten. Wenn die Rezeptierung überhaupt noch einen Sinn haben soll, dann kann hier die ausschließliche Verantwortlichkeit des Arztes für die Schädigung nicht übersehen werden. Er allein und nicht der Hersteller trägt damit auch die konkrete rechtliche Verantwortung. Dies muß unter Einschluß verborgener schädlicher Eigenschaften eines Präparates gelten, weil der Patient nicht das wissenschaftliche Untersuchungsobjekt des rezeptierenden Arztes sein kann. Der Arzt muß sich zu der Regel bekennen, daß er nur das Mittel verschreiben darf, dessen individuelle Wirkung er mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit übersieht. Die Verordnung in ihrer Wirkung unbekannter Medikamente muß als ein Handeln „wider alle ärztliche Regel und Erfahrung“ gelten. Nur damit bleibt der Arzt Herr seines Tuns — im angesprochenen Sinne: Herr seiner Verordnung — ohne Rücksicht darauf und unbeeinflußt dadurch, daß ein Produzent eine therapeutische Novität auf den Markt gebracht hat. Der Arzt hat allein zu prüfen und zu entscheiden, ob die Verordnung seinem Patienten nutzt oder ihm zum Schaden gereichen kann. Andernfalls würde er sich seiner absolut beherrschenden Position im Verhältnis zu seinem Patienten begeben.

In dem speziellen Falle — Verordnung von Contergan oder anderer thalidomidhaltiger Medikamente — erhebt sich jedoch noch die weitere Frage, ob nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft Schädigungen des Embryos in der Zeit zwischen Empfängnis und Geburt als Folge der Einnahme dieser Mittel mit der an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden können.

LENZ und MCBRIDE äußerten auf Grund von katamnestischen Erhebungen erstmalig im Jahre 1961 den Verdacht, daß thalidomidhaltige Medikamente für die Entstehung von Mißbildungen verantwortlich zu machen seien, nachdem kurz zuvor WIEDEMANN über eine auffällige Zunahme seltener Amelien und Phocomelien berichtet hatte. Die Ursachen sog. angeborener menschlicher Mißbildungen waren bis dahin größtenteils unbekannt. LENZ hat noch im Jahre 1961 den Prozentsatz von Mißbildungen bekannter genetischer Ätiologie auf unter 10% geschätzt und den Anfall von Mißbildungen bekannter exogener Ätiologien als unter 1% liegend bezeichnet.

Der einmal geäußerte Verdacht eines Kausalzusammenhangs zwischen Thalidomideinnahme und Extremitätenmißbildungen konnte durch weitere, meist retrospektiv bei den Müttern mißgestalteter Kinder vorgenommene Befragungen von einigen Autoren derart gestützt werden, daß die Bezeichnung Thalidomid-Embryopathie geprägt wurde (LENZ, WEICKER, BACHMANN, PFEIFFER und GLEIS). Andere Autoren waren in ihrem Urteil jedoch zurückhaltender (PETERSEN, PLIESS, WIEDEMANN, HIRSCH, KRONE). Die Untersuchungen verschiedenster Art führten zu voneinander abweichenden Ergebnissen. GOETTER fand nur eine geringe Zunahme der in Betracht kommenden Fehlbildungen. Nach v. VERSCHUER wurden unter 302000 Neugeborenen nur 3 mit einer Phocomelie und 2 mit einer Amelie festgestellt. Ebenso fand KNÖRE unter 35800 Neugeborenen innerhalb der letzten 22 Jahre nur 2,3 v. H. Mißbildungen; ein Drittel davon wies Fehlbildungen der Extremitäten auf.

Obwohl Thalidomid anscheinend für den Menschen eine echte teratogene Noxe darstellt, darf somit nicht jede Mißbildung in einen ursächlichen Zusammenhang damit gebracht werden. Auch andere Faktoren können zu derartigen Mißbildungen führen. Dazu gehören Sauerstoffmangel, Röteln, Strahlenbehandlung während der Schwangerschaft, Vitaminmangel oder -überschuß, Stoffwechselstörungen, Implantations- und Nidationsschwierigkeiten des Eies, Virusinfektionen in der Frühschwangerschaft sowie raumbeengende Prozesse (WOOLLAM, BAYER), Tubargravidität (KRONE) und Unterkühlung (MILLEN).

Von 74 Elternpaaren mißgebildeter Kinder hatten nach katamnestischen Erhebungen von THISSEN nur 37 mit Sicherheit thalidomidhaltige Medikamente eingenommen. Statistische Untersuchungen mit retrospektiv aufgestellten Vergleichsreihen gesunder Kinder, deren Mütter in der kritischen Zeit der Schwangerschaft ebenfalls Thalidomidpräparate

erhalten hatten, ergaben nach Untersuchungen von TUSCHMANN-DUPLESSIS, daß in 2—20% Mißbildungen zu erwarten sind. Weder der Mechanismus dieser Schädigungen ist geklärt, noch ist erwiesen, in welchem Umfange Thalidomid überhaupt verantwortlich zu machen ist. Es spielen sicher auch Faktoren der Disposition, die zusätzliche Einnahme von anderen Medikamenten u. a. eine Rolle.

Auch die tierexperimentellen Versuchsergebnisse sind sehr uneinheitlich und zum Teil widersprechend, so daß für die Thalidomid-Embryopathie als Folge der Einnahme von Contergan oder anderer thalidomidhaltiger Präparate ein naturwissenschaftlich und rechtlich relevanter Beweis nicht zu führen ist (RICKENBACHER, FOCK, KEMPER). Vielen Mißbildungen liegen chromosomale Aberrationen zugrunde. Bisweilen handelt es sich auch um Erbmerkmale, die nicht übersehen werden dürfen.

Die Untersuchungen führten bisher zu folgendem Ergebnis:

1. Es gibt Kinder mit Extremitätenmißbildungen, deren Mütter in der Frühschwangerschaft Thalidomid eingenommen haben.

2. Es gibt gesunde Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft, und zwar in der kritischen Phase, thalidomidhaltige Mittel eingenommen haben.

3. Es gibt Kinder mit Extremitätenmißbildungen, deren Mütter weder kurz vor der Schwangerschaft noch in irgendeinem Zeitabschnitt der Gravidität thalidomidhaltige Mittel eingenommen haben.

4. Abschließende Stellungnahmen sind bisher noch nicht möglich.

Selbstverständlich wird im Hinblick auf die Möglichkeit einer Schädigung und die noch keineswegs geklärte Ursache festgestellter Schädigungen des Keimlings durch Medikamente nach wie vor vor der Verordnung nicht dringend benötigter Arzneimittel in der Schwangerschaft gewarnt (BAYER, VAAGE, BÉRCZY, MILLEN, MAUSS, IMHOLZ, KLOOS, FUHRMANN, DUNN, FISCHER, KOHLER, KRONE). Wie nötig diese Warnung ist, zeigen Feststellungen über den Arzneimittelverbrauch nach der Aufklärung der sog. Thalidomidembryopathie. MAUSS hat 2394 Frauen kurz vor oder nach der Entbindung nach ihrem Arzneimittelverbrauch während der Schwangerschaft befragt. 74 v. H. der Schwangeren hatten 142 verschiedene Arzneimittel aller Art eingenommen. Kurz nach Bekanntwerden der embryotoxischen Thalidomidwirkungen sank der Arzneimittelverbrauch deutlich ab. Bereits im Mai 1962 erfolgte ein Wiederanstieg, um im Juni 1962 den Ausgangswert wieder zu erreichen. Auch rezeptpflichtige Medikamente wurden auf Wunsch der Schwangeren von den Ärzten ziemlich gleichmäßig wieder verordnet, obwohl die embryotoxische Wirkung des Thalidomid die Gefahren des Arzneimittelgebrauches in der Schwangerschaft deutlich gezeigt hat.

Zusammenfassung

1. Die Verordnung eines Medikamentes durch den Arzt hebt grundsätzlich die zivil- oder strafrechtliche Haftung des Herstellers für aus dem Gebrauch des Medikamentes entstehende Schäden auf.

2. Bei der Verordnung von Thalidomididen ist noch nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festzustellen, daß Schäden, die nach der Einnahme entstanden sind, auf das Medikament zurückzuführen sind. Eine unmittelbare zivilrechtliche oder strafrechtliche Inanspruchnahme des Arztes, welcher das Arzneimittel verordnet hat, erscheint deshalb nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft nicht möglich.

Conclusion

1. La prescription d'un médicament par le médecin exclut en elle-même la responsabilité pénale ou civile du fabricant des dommages résultant de l'absorption du médicament.

2. En ce qui concerne la prescription des thalidomides, on ne peut pas encore constater d'une façon suffisamment certaine que des troubles se produisant après l'ingestion soient dûs au médicament. Dans l'état actuel des sciences, la responsabilité directe pénale ou civile du médecin qui a ordonné le médicament ne semble donc pas possible.

Literatur

- BAYER, R.: Die Bedeutung neuer exogener Noxen für Entwicklungsschäden der Keimzellen und des Eies und ihre Verhütung. Wien. med. Wschr. **112**, 763 (1962).
- BENDA, C. E., u. JR. BAUGHMAN: Ein seltener Fall von Entwicklungsstörungen — möglicherweise auf Grund pränataler Thalidomid-schädigung mit Chromosomen-Analyse. Med. Welt **34**, 1661 (1963).
- BGH: Urteil v. 27. 11. 1952 — VI ZR 25/52. Neue jur. Wschr. **1953**, 257.
— Urteil v. 14. 12. 1953. BGHZ **11**, 227
— Urteil v. 24. 1. 1956 — VI ZR 331/54. Neue jur. Wschr. **1956**, 709.
— Urteil vom 28. 11. 1957. Neue jur. Wschr. **1958**, 267.
— Urteil v. 26. 9. 1961 — VI ZR 225/60. Neue jur. Wschr. **1962**, 675.
- DUBITSCHER, F.: Das Suchtkrankenproblem aus ärztlicher Sicht. Neue jur. Wschr. **17**, 434 (1964).
- DUNN, P. M., A. M. FISHER u. H. G. KOHLER: Phokomelien. Amer. J. Obstet. Gynec. **84**, 348 (1962).
- FARIZON, F., u. A. MASBERNARD: Thalidomid-Embryopathien. Presse méd. **70**, 2053 (1962).
- FOCK, D.: Contergan im Mäuseversuch. Kinderärztl. Prax. **6**, 241 (1962).
- FUHRMANN, L.: Können Schwangere und stillende Mütter unbedenklich Schlafmittel einnehmen? Dtsch. Gesundh.-Wes. **18**, 1191 (1963).
- GOERTTLER, K.: Kyematopathien. Handbuch Humangenetik, Bd. II, S. 1. Stuttgart: Georg Thieme 1946.
- GÖTZ, F.: Zur Frage der Fehlbildungen. Mitteilung über 645 Fälle. Med. Klin. **55**, 577 (1960).
- GREBE, H.: Mißbildungen der Gliedmaßen. Handbuch Humangenetik, Bd. II, S. 179. Stuttgart: Georg Thieme 1964.

- HEROLD, G.: Die Haftung des Arztes im Arzneimittelverkehr. *Med. Klin.* **54**, 269 (1959).
— Das Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln. *Med. Klin.* **33**, 1407 (1961).
— Zur Frage der ärztlichen Sorgfaltspflicht: Wenn der Arzt oder Zahnarzt dem Patienten eine Arznei mit allergischen Nebenwirkungen verabreicht. *Med. Klin.* **58**, 884 (1963).
— Neue Gerichtsentscheidung zur Arzthaftpflicht. *Med. Klin.* **58**, 147 (1963).
— Haftung des Arztes für Narkoseschäden. *Berl. Ärztebl.* **1964**, 40.
- HIRSCH, M.: Chromosomenuntersuchungen bei der sog. Thalidimid-Embryopathie. *Med. Klin.* **58**, 397 (1963).
- IMHOLZ, G., u. K. KLOOS: Häufung von Mißbildungen und teratogenetische Probleme bei Embryopathien, *Dtsch. med. J.* **13**, 414 (1962).
- KEMPER, F.: Thalidomid und Entwicklung von Hühnerembryonen. *Arzneimittel-Forsch.* **12**, 640 (1962).
— Hühner-Embryopathien. *Arzneimittel-Forsch.* **13**, 191 (1963).
- KNÖRR, K.: Die Häufigkeit kongenitaler Anomalien der Gliedmaßen von 1940 bis 1961. *Med. Welt* **31**, 1608 (1962).
- KOHLHAAS, M.: Ein interessantes Urteil des BGH. *Medizinische* **1956**, 55—57.
— Haftung bei Arzneimittelschäden. *Dtsch. med. Wschr.* **1963**, 1534.
- KOLL, W.: Die ärztliche Aufgabe bei neuen rezeptpflichtigen Arzneimitteln. *DÄ* **61**, 1785 (1964).
- KRAMER, M.: Aktuelle Probleme der Arzneimitteltoxikologie. *Med. Mitt. v. SCHE-RING* **2**, 2 (1963).
- KRONE, H. A.: Klinische Untersuchungen zur Ätiologie menschlicher Mißbildungen. *Dtsch. med. Wschr.* **88**, 567 (1963).
- LARENZ, K.: Tatzurechnung und „Unterbrechung des Kausalzusammenhanges“. *Neue jur. Wschr.* **8**, 1009 (1955).
LAUBENTHAL, F.: *Dtsch. med. J.* **6**, 587 (1955).
— *Therapiewoche* **10**, 323 (1960).
- LÉCOUTIER, M. A.: Phokomelie und innere Mißbildungen auf Grund von Thalidomid. *Brit. med. J.* **1962**, No 5317, 1447.
- LENZ, W.: *Medizinische Genetik*. Stuttgart 1961.
— Familiäres Vorkommen von Mißbildungen. *Fortschr. Med.* **80**, 505 (1962).
- LINKE, H.: *Dtsch. Gesundh.-Wes.* **17**, 1095 (1962).
- MAUSS, H. J.: Arzneimittelverbrauch in der Schwangerschaft nach Aufklärung der Thalidomid-Embryopathie. *Dtsch. med. Wschr.* **89**, 380 (1964).
—, u. K. STUMPE: Tierexperimentelle Untersuchungen zur Frage der Thalidomid-Embryopathie. *Klin. Wschr.* **41**, 21 (1963).
- MENDE, W.: Soziatrische Aspekte des Genuß- und Arzneimittelkonsums. *Med. Klin.* **58**, 264 (1963).
- MILLEN, J. W.: Thalidomid und Gliedmaßendefekte. *Lancet* **1962**, No 7256, 599.
- MÖSCHLIN, S.: *Klinik und Therapie der Vergiftungen*, S. 379. Stuttgart 1959.
- PFEIFFER, R. A., H. WEICKER u. K. BACHMANN u. J. GLEISS: Zwillinge mit Extremitätenmißbildungen. *Dtsch. med. Wschr.* **1963**, 2347.
- R.G.Z.* **152**, S. 401.
— **168**, S. 88.
- RICKENBACKER, J.: Versuche mit Contergan am Hühnerkeimling. *Dtsch. med. Wschr.* **88**, 2252 (1963).
- SALLER, K., u. I. UNGLAUB: Über die Häufigkeit von Mißbildungen in Bayern. *Münch. med. Wschr.* **26**, 1219 (1962).
- SCHÖNKE-SCHRÖDER: *StSB* **7**. Aufl., Anm. VIII, zu § 59.
- SCHULZ, G.: Die zivilrechtliche Haftung des Arztes. (I. und II. Teil). *Med. Klin.* **55**, 1652, 1694 (1960).

- SMITHELLS, R. W., u. I. LECK: Das Auftreten von Gliedmaßen- und Ohrmißbildungen seit Zurückziehung des Thalidomid. *Lancet* **1963 I**, 1095.
- THISSEN, E.: Extremitätenmißbildungen; Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten. *Münch. med. Wschr.* **104**, 2282 (1962).
- TUCHMANN-DUPLESSIS, H.: Über Thalidomid-Mißbildungen. *Presse méd.* **70**, 1521 (1962).
- VAAGE, S., u. J. BÉRCZY: Iatrogene Mißbildungen. *T. norske Laegeforen.* **82**, 1202 (1962).
- VERSCHUER, O. v.: Anomalie der Körperform. *Erbpathologie*. München: J. F. Lehmann 1940.
- VONTZ, W.: Das zweite Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes. *DÄ* **61**, 1814 (1964).
- WARD, S. P.: Thalidomid und kongenitale Abnormitäten. *Brit. med. J.* **1962 II** No 5305, 646.
- WEICKER, H.: Teratogene Substanzen? *Med. Klin.* **58**, 2032 (1963).
- , u. H. HUNGERLAND: Thalidomid-Embryopathie. I. Vorkommen inner- und außerhalb Deutschlands. *Dtsch. med. Wschr.* **87**, 992 (1962).
- WIEDEMANN, H. R.: Derzeitiges Wissen über Exogene von Mißbildungen im Sinne von Embryopathien beim Menschen. Einige Konsequenzen für Arzt und pharmazeutische Industrie. *Med. Welt* **24**, 1343 (1962).
- , u. K. AEISSEN: Zur Frage der derzeitigen Häufung von Gliedmaßenfehlbildungen. *Med. Mschr.* **15**, 816 (1961).
- WOOLLAM, D. H. M.: Das Thalidomid-Unglück als ein Experiment in der Teratologie der Säugetiere. *Brit. med. J.* **1962**, 236.
- Über die Planung eines Novitäten-Anzeigers im Deutschen Ärzteblatt. *DÄ* **61**, 1810 (1964).

Prof. Dr. TRUBE-BECKER, Oberärztin
 Institut für Gerichtl. Medizin
 Düsseldorf, Moorenstr. 5

A. ARBAB-ZADEH (Düsseldorf): Die tatbestandsmäßige Unfallflucht in der deutschen, österreichischen und schweizerischen Rechtsprechung.

„Unfallflucht“, „Fahrerflucht“ oder „Führerflucht“ sind Bezeichnungen, die in Deutschland, Österreich bzw. in der Schweiz für ein in der breiten Öffentlichkeit und allgemeinen Volksmoral sehr verwerfenes, sich jedoch in erschreckendem Maße in Verbreitung befindendes Delikt verwendet werden.

Im Rahmen der gerichtlichen Psychiatrie und Gerichtsmedizin verdient das Delikt „Unfallflucht“ eine besondere Beachtung, weil dieses nicht selten von alkoholisierten Kraftfahrern begangen wird und nicht zuletzt, weil einige Aspekte und Merkmale dieses Deliktes einer näheren und gründlichen fachlichen Untersuchung bedürfen.

Mit dieser Einleitung möchte ich zugleich zum Ausdruck bringen, daß meine Ausführungen sich auf den sog. „inneren Tatbestand“ beziehen, woraus Wille und Entschluß des Täters zur Tatbegehung begründet werden können und worin die eigentliche Problematik der tatbestandsmäßigen Unfallflucht besteht.