

Jahrgänge, die bereits kriminell vorbelastet sind, in die Anstalt eingewiesen werden. Da die meisten Tätowierungen in Haftanstalten vorgenommen worden sind, finden sie sich überwiegend bei Jugendlichen, die bereits eine Freiheitsstrafe verbüßt haben. Unter den Motiven finden sich neben Langeweile vor allem Überredung, Nachahmung, Geltungssucht und Autoerotismus. Später führen bei manchen Jugendlichen die Tätowierungen zu Hemmungszuständen und Insuffizienzgefühlen. Die tätowierten Jugendlichen stehen intellektuell unter dem Altersdurchschnitt und auch unter dem Durchschnitt der übrigen Anstaltsinsassen. Exogene Faktoren überwiegen gegenüber den endogenen. Der Symbolgehalt der Tätowierung ist ohne wesentliche Bedeutung. Aufgabe der Erziehung im Strafvollzug ist es, die Jugendlichen in Unterricht und Gruppengespräch vor den Brandmarkungen, denen sie sich aussetzen, zu bewahren.

KONRAD HÄNDEL (Mannheim)

Albert Labin and Joseph W. Eaton: Group psychotherapy for criminal offenders. A program for parolees under social-psychological coercion. [Amer. Psychiatr. Assoc., Chicago, 13. V. 1957.] Calif. Med. 88, 22—26 (1958).

Hans v. Hentig: Pre-murderous kindness and post-murder grief. J. Crim. Law and Pol. Sci. 48, 369—377 (1957).

Haruo Abe: Criminal procedure in Japan. J. Crim. Law and Pol. Sci. 48, 359—368 (1957).

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

F. Niedermayer: Der Kunstfehler. Münch. med. Wschr. 1957, 946—948.

Verf. berichtet zunächst über Versehen, die ihm in seiner Tätigkeit als Leiter eines gynäkologischen Krankenhauses gelegentlich selbst unterlaufen sind. Auch er hat einmal ein Tuch in der Bauchhöhle vergessen und es nachher vaginal aus dem Douglas herausgeholt, ohne daß die Patientin den Grund des erneuten Eingriffs erfuhr. Manchmal ist schwer zu entscheiden, ob ein vergessenes Tuch bei der letzten oder bei einer früher vorangegangenen Operation liegen geblieben ist. Auch das Versehen von Hilfskräften, wie es Verf. als Militärarzt des 1. Weltkrieges erlebt hat, braucht nicht immer schädigende Folgen zu haben. Bezüglich der Aufklärung stellt sich Verf. auf den Standpunkt, daß es gelegentlich einmal auch gut sein kann, dem Patienten irgendwelche Befunde nicht mitzuteilen, so das Vorhandensein von Splintern, die voraussichtlich keine Störungen verursachen werden. Im ganzen ist der Aufsatz des Verf. getragen von dem Bestreben darzutun, daß auch einem gewissenhaften, sorgfältigen und erfolgreichen Arzt gelegentlich einmal ein Versehen unterläuft.

B. MUELLER (Heidelberg)

Über den „Konflikt zwischen ärztlichem und juristischem Denken“. Med. Klin. 1958, 195—196.

Die beiden Urteile der I. Großen Strafkammer des Landgerichtes München I im Falle Professor Dr. SCHÖRCHER wegen fahrlässiger Tötung werden besprochen. Nach einer kurzen Darstellung des Geschehensablaufes wird ein Teil der beim Prozeß tätig gewesenen Sachverständigen namentlich genannt und deren einzelne Stellungnahme erwähnt. Die von den Direktoren der westdeutschen chirurgischen Universitätskliniken verfaßte Resolution und die beschlossenen Maßnahmen werden mitgeteilt.

SPANN (München)

W. Sorge: Gewollte Körperverletzung durch Sudabad. [Chir. Abt., Kreiskrankenh., Hohenmölsen.] Zbl. Chir. 82, 1983—1985 (1957).

Einläufe nach Art des Sudabades haben auch sonst schon zu Verletzungen geführt. Im Anschluß an ein Sudabad trat bei einer Patientin ein fieberhafter Zustand auf, später bildeten sich eine Beckenphlegmone und ein Absceß aus. Sie konnte geheilt werden. Sie zeigte den Bademeister wegen vorsätzlicher Körperverletzung an. Verf. nahm ihn jedoch gutachtlich in Schutz. Der Anklage wurde nicht stattgegeben. Verf. nimmt an, daß alte Verwachsungen im kleinen Becken Anlaß zu einer Stenose im Mastdarm gegeben haben, auf diese Weise sei die Verletzung zustande gekommen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Alfonso Suárez y Munoz-Ledo: Paro cardiaco. (Herzstillstand.) Rev. mex. Anestes. 6, 109—115 (1957).

Auf etwa 1000 Operationen soll ungefähr 1 Fall von Herzstillstand beobachtet werden. Dieser ist: 1. auf den Sauerstoffmangel im Herzmuskel, 2. auf irgendeine Weise verursachte Blutarmut

oder 3. auf Zirkulationsstörungen zurückzuführen. Der Sauerstoffmangel kann folgende Ursachen haben: a) ungenügende Sauerstoffzufuhr während der Narkose, b) durch Verstopfung in Luft- röhre, Bronchien oder Lungen und dadurch bedingte Atmungsstörungen, c) Atmungsschwäche, d) teilweise oder komplette Muskellähmung der Atmungsorgane, e) Ödeme, Sekretstauungen und anderweitige Behinderungen des Gasaustausches in den Alveolarmembranen. — Die Diagnose des Herzstillstandes wird meist vom Anaesthesisten gemacht. Die Prognose ist in jedem Falle ernst. Es braucht des vereinten, wohlüberdachten und tatkräftigen Eingreifens von Anaesthesist und Chirurg, um den Patienten zu retten. Daher 1. keine Zeit verlieren mit Auskultationen oder Gesprächen über den wahrscheinlichen Grund des Herzstillstandes, 2. kein Elektrokardiogramm, 3. keine intrakardiale Einspritzung von Adrenalin oder irgendeines anderen Medikamentes durch die Thoraxwand, 4. keine Bluttransfusion oder intravenöse Einspritzung irgendeines Medikamentes, 5. keine äußeren, auf den Thorax wirkende künstliche Atmungsversuche, 6. keine Analsphincter-Erweiterung. Dagegen: 1. künstliche Atmung mittels den dem Anaesthesisten zur Verfügung stehenden Apparaturen, 2. Anregung des Blutkreislaufes durch den Anaesthesisten, 3. Eröffnung des Brustkorbes durch den Chirurgen und Herzmassage während mindestens 60 min, 4. Trendelenburg von 5—10°, 5. intraventrikuläre Einspritzung von 5—10 cm³ einer 2—5%igen Calciumchloridlösung, um die Hypotonie des Myokards wirksam zu beheben.. Die Resultate können verschieden sein: 1. Vollständige Wiedererlangung der Gehirn-, Kreislauf- und Atmungsfunktionen. 2. Vollständige Wiedererlangung der Kreislauf- und Atmungsfunktionen, aber mit Gehirnschaden. 3. Der Gehirnschaden kann nach einer gewissen Zeit verschwinden, oder er kann bleiben. 4. Die Kreislauffunktion allein kann wieder hergestellt werden. Der Patient stirbt an Atemlähmung. 5. Ausbleiben jeglicher vitaler Funktion.

SCHIFFERLI (Fribourg)

A. v. Hochstetter: Über Probleme und Technik der intraglutäalen Injektion. Teil II. Der Einfluß der Injektionstechnik auf die Entstehung von Spritzenschäden. Schweiz. med. Wschr. 1955, 1138—1144; 1956, 69—76.

Im 2. Teil dieser Arbeit werden die anatomischen Grundlagen der Gesäßregion sehr eingehend abgehandelt. Auch das zur Vermeidung von Ischiadicus-Läsionen angegebene Injektionsgebiet im oberen äußeren Gesäß-Quadranten bietet nach Ansicht des Autors keine absolute Gewähr, da auch das Ursprungsgebiet des M. glutaeus med. von den stark-kalibrigen Verzweigungen der oberen Gesäß-Schlagader durchzogen wird. Verf. empfiehlt deshalb als sichersten Applikationsort das ventrolaterale Feld der Gesäßgegend, das durch 3 markante Knochenpunkte bestimmt wird: Spina iliaca sup., Eminentia cristae iliaca und Trochanter major. Dieses Muskelgebiet, das dem Ursprung des kleinen Gesäßmuskels entspricht, hat eine optimale Entfernung von den Stämmen aller wesentlichen Leitungsbahnen der Gesäßgegend. Es enthält nur eigene Leitungsbahnen und keine wichtigen Durchgangsbahnen. SIGWART (Nürtingen)^{oo}

J. Planques, Ch. Grèzes-Rueff et J. Mas: Crises épileptiques provoquées par un anti-histaminique de synthèse. (Epileptische Anfälle durch ein synthetisches Antihistaminicum.) [Serv. de Méd. lég., Fac. de Méd., Toulouse.] [Soc. Méd. lég. et Criminol. de France, 3. IV. 1957.] Ann. Méd. lég. 37, 215—218 (1957).

Bericht über einen Fall von Überdosierung mit dem Antihistaminicum Neo-Antergan (15—20 Tbl., 1,2—1,6 g). Zum Zwecke der Vortäuschung der Wehruntüchtigkeit nahm ein 24 Jahre alter Mann (charakterlich auffällige Persönlichkeit von autistischer, sensibler Wesensart, die bei überdurchschnittlicher intellektueller Begabung in der Ausbildung scheiterte) das Präparat beim Antritt des Wehrdienstes und erlitt nach 1/2 Std einen Anfall von Bewußtlosigkeit mit Krämpfen, Zungenbiß, Einnässen und positivem Babinski. Zwei weitere derartige Anfälle am gleichen Tage. Geringe EEG-Veränderungen in den ersten Tagen nach der Überdosierung.

SCHRÖDER (Hamburg)

Jürgen Pollter: Myelomalacia circumscripta nach intraaortaler Sauerstoffinsufflation. (Path. Inst., Berlin-Spandau.] Frankfurt. Z. Path. 68, 261—271 (1957).

Bei einem 70jährigen Manne mit schwerster allgemeiner Arteriosklerose und Gangrän mehrerer Zehen traten 2 Std nach einer intraaortalen Sauerstoffeinblasung die ersten Vorboten einer Rückenmarksschädigung auf, die sich nach 7 Std zu einer totalen Querschnittslähmung in Höhe von Th 9/10 entwickelte. Tod nach 18 Tagen an Lungenembolie. Die Leicheneröffnung ergab umschriebene, zerstreute Erweichungen, besonders der Seitenstränge von Th 7—L 1. Die arteriellen Gefäße zeigten Lipoidose und Hyalino-Fibrose, die allein zur Erklärung der schweren

Veränderungen nicht ausreichen. Es wird daher eine retrograde Sauerstoffembolie vom 3. LW aufwärts bis zur Wurzelarterie Th 9—10 angenommen. BREITENECKER (Wien)⁵⁰

Gerhard Heisig: Ist Chiropraktik Ausübung der Heilkunde? [Gesundh.-Amt, Dortmund.] Öff. Gesundh.-Dienst 19, 484—488 (1958).

H. Bender: Ist die Existenz parapsychologischer Phänomene erwiesen? Berichtigung zu der Schlußbemerkung von H. PFLEIDERER. Münch. med. Wschr. 1958, 315.

Witold Zawadowski: The value of ionizing radiations in medicine and their possible harmful effects as a fault of medical art. (Die Bedeutung der ionisierenden Strahlen in der Medizin und die Strahlenschäden als ärztliche Kunstfehler.) [Institut für Ärztliche Radiologie der Medizinischen Akademie in Warschau.] Arch. med. sadowej 9, 5—27 mit engl. Zus.fass. (1957) [Polnisch].

Verf. bespricht die physischen Grundlagen der strahlenden Energie und ihre Wirkung auf verschiedene Arten von normalen und pathologischen Zellen, Geweben und Organen, unter besonderer Berücksichtigung der örtlichen und allgemeinen Strahlenschäden. Als Kunstfehler betrachtet Verf. jede Schädigung bei der röntgenologischen Diagnostik (z. B. bei gewöhnlicher Durchleuchtung oder Aufnahme, bei Feststellung der Lokalisation von Fremdkörpern oder Frakturen), weiter die Strahlenschäden wie schwerere Formen der Strahlenkrankheit, Agranulocytose, Haut- und Lebernekrosen, dauernde Enthaarung, Unfruchtbarmachung, Strahlenbeschädigung des Herzens, der Lungen oder der Augen, bei Kindern die Wachstumsstörungen von langen Knochen, Zähnen oder Milchdrüsen usw., die bei der Behandlung von leichteren, hauptsächlich nichtgeschwulstartigen Erkrankungen entstanden sind. Die Vernachlässigung von Sterilisation beim Mammakarzinom oder der Verzicht auf röntgenologische Kontrolle der Lungen (Tuberkulose!) vor Beginn der therapeutischen Brustkorbbestrahlung muß man auch als Kunstfehler ansehen. Bei der Strahlenbehandlung von bösartigen Neubildungen können aber manche Organschäden entstehen ohne jegliche ärztliche Schuld. Die Ursache aller Kunstfehler liegt in unzureichender Fachausbildung des Arztes, hauptsächlich bei Nichtspezialisten, in unzureichender Durchführung der Strahlenbehandlung oder in mangelhafter Arbeit von Apparatur und Meßinstrumenten. Die zahlreichen Nebenfaktoren können auch die Strahlenschädenentstehung beeinflussen. Für radiologische Strahlenschäden kann nicht nur der Arzt, sondern auch das Hilfspersonal verantwortlich sein. Die Berufsschäden bei Radiologen muß man gegenwärtig als Beweis für Leichtsinnigkeit oder Folge von Ausbildungsmangel des betreffenden Arztes betrachten. Am Ende der Arbeit gibt der Autor noch einige Bemerkungen über medizinische Anwendung von radioaktiven Isotopen, die aber zur Diagnostik und Therapie nur in Spezialanstalten unter strengster Kontrolle herangezogen werden können.

WALCZYŃSKI (SZCZECIN)

Antonio Dell'Erba e Nicola De Serio: Responsabilità professionale nel danno da radium e roentgen-terapia. [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., e Ist. di Radiol. med. e Ter. fis., Univ., Bari.] Minerva med.-leg. (Torino) 77, 191—196 (1957).

F. Schleyer: Gedanken zur Hilfeleistungspflicht des Arztes bei Unfällen nach strafrechtlichen Normen. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Bonn.] Ärztl. Wschr. 1958, 137—140.

Verf. kommt auf Grund von Kasuistik und unter Berücksichtigung von Meinungen im juristischen Schrifttum zu der Auffassung, daß die Rechtsprechung bis zu einem gewissen Grade den Versuch macht, die Freiheit des Arztes in der Übernahme von Fällen durch Ausdehnung der Pflicht zur Hilfeleistung einzuengen. Er wendet sich gegen überspannte Anforderungen: I. Ein Motorradfahrer wird nach einem Zusammenstoß bewußtlos. Der diensthabende Krankenhausarzt weist den Verletzten wegen Überbelegung ab und bemüht sich fernmündlich, daß er in einem anderen Krankenhaus unterkommt; tatsächlich gelingt die Unterbringung erst im übernächsten Krankenhaus, wo der Verletzte stirbt. Kein Kausalzusammenhang zwischen Tod und späterem Beginn der ärztlichen Behandlung. Zunächst Freispruch durch das Schöffengericht mit Hinweis darauf, daß ein Anbehandeln auf einem Notbett auch ärztlich nicht zweckmäßig sei. Bei der Berufung Verurteilung durch die Strafkammer zu einer Geldstrafe. Bestätigung des Urteils durch die Revisionsinstanz mit dem Hinweis, der Arzt habe sich den Verletzten

wenigstens ansehen müssen. 2. Praktiker wird in der Sprechstunde fermündlich zu einem bewußtlosen aus den Ohren blutenden Radfahrer gebeten. Arzt bittet den Anrufenden, einen Krankenwagen zu bestellen und den Bewußtlosen ins Krankenhaus bringen zu lassen. Verurteilung durch das Schöffengericht zu einer Geldstrafe. Berufung wird vom Landgericht verworfen. Oberlandesgericht hebt Urteil auf; es sei zwar erforderlich und zumutbar gewesen, daß der Arzt die Sprechstunde verließ und zur Unfallstelle ging. Er befand sich jedoch in einem empfindbaren Irrtum über die Erforderlichkeit dieser Maßnahme. 3. Praktiker wird fermündlich zu einem erhängt Vorgefundenen gerufen, lehnt Weg ab und bittet, einen näher wohnenden Arzt zu rufen. Auch dieser verweigert den Besuch mit dem Hinweis, daß der Selbstmörder längst tot sein müsse. Ein dritter Arzt, der schließlich kommt, stellt bereits Leichenkälte fest. Ermittlungsverfahren wird eingestellt, da der Aufgefundene zur Zeit der Alarmierung der Ärzte schon tot gewesen sei.

E. MUELLER (Heidelberg)

StGB § 330c (Unterlassene Hilfeleistung). Die Hilfeleistung gegenüber dem Opfer eines Verkehrsunfalls ist auch der bei dem Unfall anwesenden Ehefrau des an ihm beteiligten Kraftfahrzeugführers zumutbar, wenn die Hilfe möglich ist, ohne ihren Ehemann der Gefahr strafgerichtlicher Verfolgung auszusetzen, z. B. durch heimlichen Anruf der Verkehrsunfallpolizei (Rettungsstelle) oder eines Krankenhauses. [BGH, Urt. v. 14. XI. 1957 — 4 StR 532/57 (LG Wuppertal).] Neue jur. Wschr. A 1958, 390—391.

BGB § 839 (Amtspflichtverletzung, Amtsarzt). Haftung für Verschulden von Amtsärzten bei nebenamtlicher Tätigkeit für die Landesversicherungsanstalt und für Verschulden von Privatärzten, die als Vertragsärzte für das Gesundheitsamt tätig geworden sind. [OLG Celle, Beschl. v. 27. XI. 1957 — 3 W 117/57.] Neue jur. Wschr. A 1958, 264—265.

Wenn der Arzt eines Gesundheitsamtes nebedienstlich mit Erlaubnis der vorgesetzten Behörde Gutachten für die Landesversicherungsanstalt übernimmt und das Honorar dafür ihm zufließt, so haftet er für Fehler in seinen Gutachten, die dem Untersuchten einen Schaden zugefügt haben, persönlich und nicht der Staat. Stellt ein Gesundheitsamt Vertragsärzte ein, etwa zum Zwecke der Tuberkulosefürsorge, unterläuft bei der Tätigkeit dieser Ärzte ein Versehen, das Schaden bringt, so haftet der Staat, unabhängig davon, welche Stellung die Vertragsärzte beim Gesundheitsamt haben. Es handelt sich hier um eine grundsätzliche Vorentscheidung (Passivlegitimation). Über die Prozeßlage selbst ergibt sich aus der Entscheidung nichts.

B. MUELLER (Heidelberg)

StGB § 222 (Voraussehbarkeit ärztlichen Kunstfehlers). a) Der Erfolg braucht nur im Endergebnis voraussehbar zu sein, die dazwischenliegende Einzelentwicklung darf jedoch nicht außerhalb des gewöhnlichen Verlaufs der Dinge liegen. b) Fährt der Kraftfahrer gegen einen Baum, so ist der Tod des Insassen voraussehbar, auch wenn er erst nach längerer Krankenhausbehandlung und auf Grund eines dort geschehenen ärztlichen Kunstfehlers eintritt. Nur ein schwerer ärztlicher Kunstfehler stellt den Täter von dem Vorwurf der fahrlässigen Tötung frei. [OLG Celle, Urt. v. 3. VII. 1957 I Ss 177/57.] Neue jur. Wschr. A 1958, 271—272.

Ein Fahrer steuerte den Wagen aus Unachtsamkeit gegen einen Baum. Die 3 Mitinsassen wurden verletzt. Einer von ihnen erlitt einen komplizierten Bruch des linken Kniegelenks, der eine langwierige Krankenhausbehandlung erforderlich machte. Nach 4monatigem Krankenhausaufenthalt verstarb der Verletzte an Sepsis. Das OLG Celle hat den Einwand nicht gelten lassen, daß man normalerweise an einer derartigen Verletzung des Kniegelenks nicht stirbt. Nach Auffassung des Senats muß man vielmehr voraussehen, daß bei einem derartigen Unfall alle Insassen ums Leben kommen können. Auch ein weiterer Einwand wurde zurückgewiesen, der darin lag, daß eine sorgsame ärztliche Behandlung aller Voraussicht nach den Tod des Verletzten verhindert hätte. Eine Unterbrechung des Kausalzusammenhangs durch ärztliche Fahrlässigkeit, also eine Abweichung von dem Prinzip der *Conditio sine qua non*, würde nach Auffassung des Senates nur eintreten, wenn es sich um einen eklatanten ärztlichen Kunstfehler handeln würde, der außerhalb der sonstigen Erfahrungen liegt.

B. MUELLER (Heidelberg)

BGB §§ 276, 823 (Aufklärungspflicht des Arztes über Operationsgefahren). a) Die Aufklärungspflicht des Arztes besteht auch dann, wenn er die Diagnose nicht mit Sicherheit stellen kann. b) Der Ansicht des BGH (NJW 56, 1106), daß Maß und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten von dem Grad der Gefährlichkeit des Eingriffs mitbestimmt wird, ist jedenfalls für den Normalfall des geistig gesunden Menschen beizutreten. c) Es bleibt offen, ob der Arzt von einer Aufklärung dann Abstand nehmen kann, wenn eine solche nach seiner Überzeugung dem Kranken seelische oder körperliche Schäden zufügen würde; in jedem Falle muß aber der Arzt zuvor sorgfältig prüfen, inwiefern dies gerade bei dem einzelnen Patienten der Fall ist. [OLG Stuttgart, Urt. v. 29. IV. 1957 — 4 U 11/57.] Neue jur. Wschr. A 1958, 262—264.

Rezidivierendes Ohrenlaufen seit Kindheit; Cholesteatom; langwierige Behandlung. Der Arzt schlägt eine Radikaloperation des Ohres vor, ohne auf die möglichen Folgen hinzuweisen. Nach Durchführung der Operation war das betreffende Ohr ertaubt, es bestand Drehschwindel und eine Facialislähmung mit Verzerrung des Gesichtes und zunehmender Verschlechterung der Sehkraft des betreffenden Auges. Das OLG Stuttgart erkennt an, daß der Arzt dem Patienten nicht immer alle nur möglichen Folgen der Operation klarmachen muß. Es ist jedoch der Auffassung, daß der Arzt im vorliegenden Falle verpflichtet war, auf die möglichen Folgen hinzuweisen. Es bestand keine Lebensgefahr. Dem Kranken ging es erträglich. Die Operation hat seinen Zustand erheblich verschlechtert. Das OLG beanstandet insbesondere, daß in keiner Weise zu erkennen ist, daß der Arzt sich den Umfang seiner Aufklärungspflicht sorgfältig überlegt hat. Plausible Gründe dafür, weshalb er die Aufklärung unterlassen hat, vermochte er nicht vorzubringen.

B. MUELLER (Heidelberg)

StGB § 223 (Ärztlicher Eingriff ohne Einverständnis des Kranken). Entschließt sich ein Arzt zur Operation einer Kranken, um eine Gebärmuttergeschwulst bei ihr zu entfernen, ohne sich vorher trotz der erkennbaren Möglichkeit, daß die Geschwulst nur bei völliger Ausräumung des Gebärmutterkörpers beseitigt werden kann, des Einverständnisses der Kranken mit einem so weitgehenden Eingriff zu versichern, so begeht er fahrlässige Körperverletzung, wenn er diesen schweren Eingriff gleichwohl vornimmt. [BGH, Urt. v. 28. XI. 1957 — 4 StR 525/57 (LG Essen).] Neue jur. Wschr. A 1958, 267—268.

G. Herold: Wenn der Arzt ein unrichtiges Gesundheitsattest ausstellt. Med. Mschr. 12, 46—47 (1958).

Ohne einen bestimmten Fall darzustellen, berichtet Verf., der von Beruf Notar ist, über die Rechtslage und die im Laufe der Jahrzehnte ergangenen obergerichtlichen Entscheidungen. Ein unrichtiges Gesundheitsattest liegt nach einer Entscheidung des RG auch vor, wenn der Arzt nicht persönlich untersucht hat, man aber aus der Fassung der Bescheinigung den Eindruck gewinnt, als ob eine persönliche Untersuchung vorgelegen hätte. In ganz bestimmten Fällen ist der Arzt berechtigt, ein Attest auch einmal ohne persönliche Untersuchung auszustellen. Die Arbeit schließt mit der Warnung, Atteste, die die Sprechstundenhilfe auf Grund eigener Notizen entworfen hat, ohne Nachprüfung zu unterschreiben.

B. MUELLER (Heidelberg)

StPO §§ 52, 252, 80 (Zeugnisverweigerung; hier: Umfang des Verwertungsverbotes früherer Aussagen). Hat ein Zeuge nach richterlicher Belehrung über sein Zeugnisverweigerungsrecht aus § 52 StPO zur Vorbereitung eines Gutachtens über seine Glaubwürdigkeit an ihn gestellte Fragen des Sachverständigen beantwortet und erst in der Hauptverhandlung sein Zeugnis verweigert, so dürfen seine Antworten dem Gutachten trotz der inzwischen erklärten Zeugnisverweigerung zugrunde gelegt werden (Fortbildung von BGHSt. 2,99 = NJW 52, 356). [BGH, Urt. v. 10. X. 1957 — 4 StR 393/57 (LG Bielefeld).] Neue jur. Wschr. A 1958, 268—269.

GG Art. 1 Abs. 2, Art. 2 Abs. 1, Art. 19 Abs. 4, Art. 103; SGG § 118 Abs. 1 Satz 1; StGB § 300 (Ärztliche Schweigepflicht im sozialgerichtlichen Verfahren). a) Die ver-

fassungsmäßig gewährleistetete Würde des Menschen und sein Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit schützen den einzelnen dagegen, daß Dritte unbefugt in seine Geheimsphäre eindringen dürfen. b) Ein ärztlicher Sachverständiger, der in seinem Gutachten den Inhalt von Krankenpapieren mitverwertet hat, die vom Vorsitzenden der Kammer beigezogen worden sind, ohne daß die Klägerin insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden hat, hat auf rechtswidrige Weise Kenntnis von dem Inhalt der Krankenpapiere erlangt und kann deshalb wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden. [LSG Bremen, Beschl. v. 2. V. 1957 — BReg. 4/57.] Neue jur. Wschr. A 1958, 278—280.

Das Verhalten des Sachverständigen, das als unrichtig abgelehnt wird, gründete sich darauf, daß die Klägerin, die eine Versorgungsrente haben wollte, ein Formblatt unterschrieben hatte, nach welchem sie mit Auskunftserteilung durch Arzt, Krankenkasse und Steuerbehörde einverstanden sei. Die von dem Gutachter herangezogene Krankengeschichte stammte jedoch aus einem Krankenhaus und enthielt Mitteilungen über die Schwiegermutter der Klägerin.

B. MUELLER (Heidelberg)

StPO § 97 Abs. 1 Ziff. 2, 3; §§ 52, 53 Ziff. 1—3, 53a; StGB § 300 (Beschlagnahme von Krankengeschichten). a) Hat ein Patient den Arzt von der Schweigepflicht entbunden, so steht dem Arzt kein Recht zu, die Herausgabe der ärztlichen Aufzeichnungen zu verweigern. b) Mit der Entbindung von der Schweigepflicht werden ärztliche Aufzeichnungen auch beschlagnahmefähig. [OLG Nürnberg, Beschl. v. 17. VIII. 1956 — Ws 267/56.] Neue jur. Wschr. A 1958, 272—274.

Der Krankenhausarzt hatte die Herausgabe der Krankengeschichte trotz der Entbindung vom Berufsgeheimnis verweigert, weil er der Auffassung war, daß sie Dinge enthalten könnten, die mit dem Verfahren nichts zu tun hatten, deren Bekanntwerden jedoch nicht im Interesse des Kranken liege. Das OLG Nürnberg hat sich über diese Bedenken hinweggesetzt. Es stellt sich auf den Standpunkt, daß die Entbindung vom Berufsgeheimnis den Arzt nicht nur berechtigt, sondern auch zwingt, über alles Auskunft zu geben, was er vom Patienten weiß, unabhängig davon, ob es mit dem schwebenden Verfahren etwas zu tun hat oder nicht. Es hat daher die Beschlagnahme der Krankenpapiere gebilligt. Der Kommentator dieses Entscheids wendet sich gegen diesen Beschluß unter Anführung von reichhaltiger Literatur, insbesondere auch der Auffassung von EBERHARD SCHMIDT (s. auch nachstehend referierte Ausführungen von GÖPPINGER).

B. MUELLER (Heidelberg)

Hans Göppinger: Die Entbindung von der Schweigepflicht und die Herausgabe oder Beschlagnahme von Krankenblättern. Neue jur. Wschr. A 1958, 241—245.

Die verhältnismäßig langen Ausführungen des Verf. gipfeln darin, daß die Entbindung von der Schweigepflicht den Arzt grundsätzlich nicht berechtigt, den ganzen Inhalt seiner ärztlichen Aufzeichnungen zu offenbaren, sondern nur das, was sachdienlich erscheint. Der oben zitierte Beschluß des Oberlandesgerichts Nürnberg wird nicht erwähnt, ist aber wohl der Anlaß zu den Ausführungen des Verf.

B. MUELLER (Heidelberg)

BGB §§ 1968, 2038, 745 (Exhumierung einer Leiche). Über die Exhumierung einer Leiche zum Zwecke der Obduktion hat nicht die Mehrheit der Erben, sondern haben die nächsten Abgehörigen des Verstorbenen zu entscheiden. [LG Detmold, Urt. v. 30. VIII. 1957 — O 226/57.] Neue jur. Wschr. A 1958, 265.

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation

Fred P. Thieme and William J. Schull: Sex determination from the skeleton. (Geschlechtsbestimmung am Skelet.) Hum. Biol. 29, 242—273 (1957).

Verf. hat eine Methode ausgearbeitet, durch Messung der Länge des Femur, Bestimmung des Durchmessers des Femurkopfes, der Länge des Humerus, der Länge des Schlüsselbeins, der Länge des Sitzbeines und der Länge des Schambeines eine einwandfreie Geschlechtsbestimmung durchzuführen. Bei erwachsenen Personen soll eine Sicherheit von 95% erwartet werden