

3—4 Jahre anstieg und in den Jahren 1923 bzw. 1948 ihren Gipfel erreichte. Im Gegensatz zum ersten Weltkrieg ist die Jugendkriminalität im Jahre 1951 mehr als doppelt so hoch wie im Jahre 1927; wogegen sich die Erwachsenenkriminalität genau umgekehrt verhält. Bei Vergleich der verschiedenen Deliktgruppen zeigt sich, daß vor allem Körperverletzungs- und Sittlichkeitsdelikte stark zugenommen haben. Es wird auf Untersuchungen von SCHWEINSHEIMER hingewiesen, der bei den Jugendlichen der Fürsorgeerziehungsanstalt Sinsheim feststellte, daß 34% der Zöglinge nur anlagebedingt, 25% anlage- und umweltbedingt und 41% nur umweltbedingt kriminell wurden. Die Kriminalität der jugendlichen Flüchtlinge soll geringer als die der einheimischen Bevölkerung gewesen sein, obwohl die Umweltverhältnisse ungünstiger waren. Die Jugendkriminalität in England, Italien, Schweden und der Schweiz wird in ihrer der deutschen ähnlichen Entwicklung kurz geschildert.

SCHWEITZER (Düsseldorf)

Kriminelle und soziale Prophylaxe.

Börje Brännström: Polizei in Bangkok. Nord. kriminaltekn. T. 28, 254—256 (1958) [Schwedisch].

H. Höfde: Verminderte Kriminalität durch verstärkte Aufklärung. Nord. kriminaltekn. T. 28, 233—238 (1958) [Schwedisch].

Werner Hopmann: Zur Frage der Indikation für die Heimunterbringung erziehungsschwieriger Kinder und Jugendlicher. [Arb.-Gemeinsch. d. Erzieh.-Beratungsst. d. Berl. Jugendämter, Berlin.] Prax. Kinderpsychol. 7, 278—284 (1958).

Adolf Pentz: Ist die Auflage, den Anweisungen eines Bewährungshelfers zu folgen, zulässig? Neue jur. Wschr. A II, 1768—1769 (1958).

Verf. übt Kritik an der Praxis vieler Erwachsenen- und Jugend-Strafrichter, die bei Strafaussetzungen zur Bewährung dem Verurteilten zur Auflage machen, sich der Führung und Leitung eines Bewährungshelfers zu unterstellen und dessen Anordnungen zu folgen. Er sieht darin eine unzulässige Delegation richterlicher Aufgaben auf den Bewährungshelfer, der seinerseits nur überwachend, ermahnend und beratend zu wirken habe. Herr des Verfahrens müsse auch für die Zeit der Strafaussetzung der Richter bleiben. Verf. befürchtet auch, daß der Bewährungshelfer die verfassungsrechtlichen, materiellrechtlichen und sittlichen Normen überschreiten könnte, wenn er selbständig ohne Mitwirkung des Richters Weisungen für die Lebensführung erteilen dürfte. Die Literatur, soweit sie diese Frage überhaupt behandelt, teilt diese Bedenken ersichtlich nicht (POTRYKUS, DALLINGER-LACKNER u. a.). PENTZ läßt unerwähnt, daß der Verurteilte jederzeit die Möglichkeit hat, sich an den Richter zu wenden und eine Änderung oder Überprüfung der Weisung des Bewährungshelfers zu beantragen; die Möglichkeit nachträglicher Änderungen und Ergänzungen seines Bewährungsbeschlusses bleibt dem Richter gemäß § 24 Abs. 3 StGB ohnehin.

KONRAD HÄNDEL (Mannheim)

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung.

K. Jellinger und F. Seitelberger: Akute tödliche Entmarkungs-Encephalitis nach wiederholten Hirntrockenzellen-Injektionen. [Neurol. Inst., Univ., Wien.] Klin. Wschr. 1958, 437—441.

Ein 51jähriger bis dahin gesunder Mann litt seit dem 47. Lebensjahr an einem degenerativen halbseitigen Parkinsonismus. In der Zeit von 1½ Jahren erhielt er 7 Injektionen von Hirntrockenzellen des Kalbes. Jede Dosis bestand aus Zellen von Großhirnrinde, Thalamus, Hypothalamus, Striatum, Liquor und Placenta mit einem Trockengewicht von 0,02 g, aufgeschwemmt in 6—8 cm³ physiologischer Kochsalzlösung; entsprechend einem Frischgewicht von 150 mg Hirngewebe. 22 Tage nach 7. Injektion trat plötzlich eine Halbseitenschwäche rechts ein und zunehmende Spasmen. Patient starb 7 Wochen nach Beginn, d. h. 10 Wochen nach der letzten Zellinjektion an akutem Kreislaufversagen. — Es fanden sich große Entmarkungsherde von den Ecken der Seitenventrikel über den ganzen Ventrikelverlauf bis in das Unterhorn, welche zungenförmig in die Marksubstanz vordringen und einen Randwall aufweisen, wie bei der multiplen Sklerose. Der Unterhornherd nimmt nahezu die ganze Ammonshornformation ein und umfaßt

auch Teile des Tractus opticus. Im Kleinhirn fanden sich keine Herde, im Hirnstamm gab es nur eine unbedeutende Reaktion, dagegen waren im Halsmark zwei kleine Entmarkungsherde vorhanden; in der Rinde nur vereinzelte Herdchen mit erheblicher Mikroglia proliferation. Es gab reichlich gemästete Astrocyten, aber keine Tendenz zu gliöser Vernerbung. Die Gefäße im Herd hatten bedeutende Infiltrate von Lymphocyten und Plasmazellen, dazu Makrophagen und Elemente der Adventitia. Die Infiltrate durchbrachen öfter die gliöse Grenze. Im Herdzentrum gab es eine starke perivascularäre Wucherung von Reticulinfasern. Die Neurofibrillen waren relativ gut erhalten. In der Substantia nigra und im Locus coeruleus war eine mäßige Zellreduktion mit geringerer Pigmentaustreuung vorhanden. Die Ganglienzellen hatten zum Teil kugelige homogene Plasmainschlüsse. — Die Autoren finden eine weitgehende Übereinstimmung mit den Beobachtungen von UCHIMURA und SCHIRAKI, welche über gleichartige Veränderungen in mehreren Fällen von Lyssaschutzimpfungen berichtet haben (Ber. Path. 37, 178). Sie wollen aber ihrem Fall eine stärkere Beweiskraft für eine allergisch hervorgerufene Encephalitis beimessen als den Fällen von Tollwutschutzimpfung, weil bei diesem mindestens auch die Mitwirkung des Virus nicht ausgeschlossen werden kann. Die Ähnlichkeit mit den Fällen von UCHIMURA ist frappant, wie Ref. versichern kann, der sowohl Präparate des Falles von SEITELBERGER als auch der Beobachtungen von UCHIMURA dank der Liebesswürdigkeit der Autoren hat studieren können. Wir haben es jedenfalls „mit der bisher einmaligen Tatsache einer Entmarkungs-encephalitis beim Menschen zu tun, mit einem unbeabsichtigten Modellversuch der elektiven Entmarkung am Menschen in vivo“. Die Autoren wollen den Vorgang des Entmarkungsgeschehens nach seinem Wesen als immuno-chemisch determinierten Prozeß im Sinne einer Sensibilisierung gegen Hirngewebe sowohl der experimentellen als der menschlichen Entmarkungsencephalitis bewiesen haben und folgern weiter daraus: „Die Verschiedenheit zwischen akuter disseminierter Encephalomyelitis, multipler Sklerose usw. lassen sich als Variation und als quantitativ intensive Schwankungen eines wesensmäßig gleichen Vorganges verstehen.“ HALLERVORDEN (Gießen)^{oo}

R. Frischkorn: Über die Emboliegefahr bei Verwendung öligler Kontrastmittel. Zugleich ein Beitrag zur Kontrastmittelfrage bei der Hysterosalpingographie. [Univ.-Frauenklin., Göttingen.] Schweiz. med. Wschr. 88, 1267—1269 (1958).

Godske Nielsen und Joachim Kracht: Zur Cancerogenese nach diagnostischer Thorotrastanwendung. [Path. Inst., Univ., Hamburg.] Frankfurt. Z. Path. 68, 661—676 (1958).

Mitteilung von 2 Fällen maligner Blastome (Bronchialcarcinom, hypernephroides Nierencarcinom), bei denen aus diagnostischen Gründen 24 bzw. 22 Jahre vor dem Tode eine Hepatolienographie bzw. retrograde Pyelographie mit Thorotrast vorgenommen wurde. Der Nachweis strahlender Substanzen im Bereich der Primärtumoren macht unter Berücksichtigung der biologischen Eigenschaften des Thorotrasts einen kausalen Zusammenhang zwischen Kontrastmittel und malignem Wachstum, d. h. eine thorotrastbedingte Cancerogenese wahrscheinlich.

HIERONYMI (Heidelberg)^{oo}

W. Tönnis und W. Schiefer: Die Komplikationen bei Angiographie der Hirngefäße. [Neurochir. Univ.-Klin. u. Abt. f. Tumorforsch u. exper. Path., Max-Planck-Inst. f. Hirnforsch, Köln.] Fortschr. Neurol. 26, 265—300 (1958).

Es handelt sich um eigene Erfahrungen und eine umfassende Literaturübersicht. — Komplikationen bei der heute üblichen percutanen Carotispunktion sind sehr selten. Gelegentlich sind Thrombosen und Embolien beschrieben worden. Von den Kontrastmitteln wird das Thorotrast wegen seiner Radioaktivität und Ablagerung in den intracerebralen Gefäßwänden abgelehnt. Die wasserlöslichen Jodsalze rufen nur in 0,0008—0,004% tödliche Überempfindlichkeitsreaktionen hervor. Sie sind Folge einer angeborenen Idiosynkrasie. Der komplexe Vorgang der Kreislaufreaktionen ist noch nicht ganz geklärt. Nach Untersuchungen der Verff. ist kein wesentlicher Blutdruckanstieg bei der Injektion zu beobachten. Das Vorkommen intrakranieller Gefäßspasmen wird abgelehnt. Nach einer Sammelstatistik hat die cerebrale Angiographie eine Mortalität von 0,23%, in gleicher Häufigkeit (0,24%) treten bleibende Ausfälle auf. Bei Verwendung starkkonzentrierter Kontrastmittel und in kleinen Statistiken sind Komplikationen häufiger vertreten. Vorübergehende Ausfälle wurden in 0,73% gefunden. Krampfanfälle sind öfter zu beobachten, wenn die Untersuchung nicht in Vollnarkose durchgeführt wird (3,28%). Dem Grundeiden kommt beim Auftreten von Komplikationen eine wesentliche Bedeutung zu. Kranke mit Gefäßleiden (Mißbildungen, Verschlüsse, Thrombangitis) und verlangsamter Hirndurchblutung

(maligne Tumoren) sind besonders gefährdet. Konzentrationen (höchstens 50—60% ig) und Menge des Kontrastmittels (Gesamtmenge höchstens 40—50 cm³) sollen möglichst niedrig gehalten werden. Zwischen den einzelnen Injektionen sollen Pausen von 8—10 min liegen. Eine generelle Aufklärungspflicht wird wegen der Seltenheit schwerer Komplikationen und der Unerstzbarkeit der Methode abgelehnt.

KRENKEL (Köln)^{oo}

L. Dérobert, M. Guéniot et J. Bernheim: Mort subite après injection de Penicilline. (Plötzlicher Tod nach Penicillin-Injektion.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 10. III. 1958.] Ann. Méd. lég. 38, 154—159 (1958).

Beschreibung von 2 Fällen plötzlichen Todes nach intramuskulärer Injektion von Depot-Penicillin, bei einer 54jährigen Frau (zahnärztliche Indikation) und bei einer 34jährigen, im 3. Monat schwangeren Frau (grippaler Infekt). Im ersteren Fall (3. Injektion, Menge nicht angegeben) Tod unmittelbar nach der Injektion unter Krämpfen. Bei der schwangeren Frau (1. Injektion, nach dem frühere Nasentropfen von Penicillin bereits Asthmaanfälle hervorgerufen hatten, 500000 E und 0,5 g Streptomycin) kurz nach der Einspritzung Asthmaanfall, Bewußtseinsverlust und Tod in kurzer Zeit. In beiden Fällen völlig uncharakteristische Autopsiebefunde. Der tödliche Mechanismus ist ein anaphylaktischer Schock, der Tod tritt nie bei der 1. Applikation ein. In beiden Fällen hatten sich unmittelbar nach der 1. Injektion bzw. Instillation von Penicillin Symptome wie Quinckesches Ödem, Urtikaria, Pruritus und Asthmaanfälle gezeigt. Eine wirksame Prophylaxe wäre daher eine vorherige Schleimhautapplikation von hochverdünnter Penicillinlösung. — Die ärztliche Verantwortung an solchen Zwischenfällen wird nach der Beantwortung folgender beider Fragen beurteilt: 1. War das Heilmittel für die Krankheit und für den Patienten streng indiziert? 2. Rechtfertigte die Krankheit ein gewisses therapeutisches Risiko?

ROER (Hamburg)

Karel Pitř: Plötzlicher Tod im anaphylaktischen Schock nach Verabreichung von Antibiotika. Soudní lék. 3, 139—140 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1958) [Tschechisch].

1.) Allergische Frau nach Penicillin-Injektion. 2.) Patient in Lungenbehandlung mit PAS, INH und Vitamin B stirbt 15 min nach der ersten Streptomycin-Injektion. Behandlung bei früheren Erkrankungen unbekannt.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

M. Krtička und V. Berka: Tod nach Darreichung von Ultraren. Soudní lék. 3, 55—60 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1958) [Tschechisch].

Ultraren-Na 50 ist ein jodhaltiges Röntgenkontrastmittel zur Pyelographie, das als wäßrige Lösung einer organischen Jodverbindung deklariert wird. Ein 20jähriger Mann verstarb kurz nach der intravenösen Injektion, trotz Wiederbelebungsversuchen rasch an Atemlähmung. Durch die Sektion, die eine Luftembolie ausschloß, wurde eine Hyperämie der Organe nachgewiesen. Patient litt an Pyelonephritis. Die Autoren weisen auf die Allergisierung durch jodhaltige Verbindungen hin, sie finden auch für den vorliegenden Fall die Erklärung in einer Jodsensibilisierung, da der Verstorbene wegen seines Leidens im verflossenen Jahr dreimal pyelographiert worden war. Es wird daher eine Vorprobe empfohlen, um die Überempfindlichkeit gegen das Kontrastmittel vor Injektion der Gesamtmenge zu prüfen. Es ist nach ihrer Meinung erforderlich, diese Probe 5 Std vor der Hauptinjektion durchzuführen.

NEUGEBAUER (Münster i. Westf.)

S. Janoušek, V. Horn und M. Macek: Tödliche Fälle nach Perozillinbehandlung. Soudní lék. 3, 61—63 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1958) [Tschechisch].

Peroecilin ist ein Procain-Penicillin G, das mit 0,3 g dimethylaminoantipyrin in Tablettenform in den Handel kommt. In kurzer Zeit wurden 5 tödlich verlaufende Fälle beobachtet, 2 Männer im Alter von 25 und 30 Jahren, 3 Frauen im Alter von 27, 35 und 66 Jahren. Die Patienten haben längere Zeit größere Gaben genommen, in Fall 5 wurde erst Acylpyrin, dann Salicylamid und schließlich Peroecilin verabfolgt. In allen 5 Beobachtungen entwickelte sich bei den Kranken eine Agranulocytose, die dann unter dem Bilde eines Sepsis zum Tode geführt hat. Es ist daher notwendig, die Behandlung unter Kontrolle des Blutbildes und unter Knochenmarkpunktaten durchzuführen um solche Zwischenfälle zu vermeiden.

NEUGEBAUER (Münster i. Westf.)

Adolf Wolff: Zum Thema „Irrtümer in der Medizin“. Ein kasuistischer Beitrag. Hippokrat (Stuttgart) 29, 484—487 (1958).

Ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichte eines sonst gesunden Mannes in mittleren Jahren, der sich wegen gelegentlicher, nach und nach heftiger werdenden Schmerzen hinter dem

unteren Brustbeinabschnitt in ärztliche Behandlung begab. Die zugezogenen Ärzte, darunter renommierte Kliniker, behandelten nacheinander auf Angina pectoris, Kyphoskoliose, Herzmuskel-schwäche, Neurasthenie, schließlich wegen depressiver Verstimmungszustände im Sinne einer schweren Neurose mit Insulin und Elektroschock. Nach 7 Jahren Krankheitsdauer tritt plötzlich eine Perforationsperitonitis auf. Der Chirurg stellt bei der Operation ein großes chronisches Magen-geschwür fest, kann indes wegen geschwächten Allgemeinzustandes nicht resezierern. Tod an Embolie nach einer 6 Wochen später nötig werdenden Ileusoperation. Verf. weist auf die Lücken der technisch-apparativen Diagnostik hin und fordert eine sowohl gewissenhafte als auch in-tuitiv-künstlerische Ganzheitsbetrachtung in der Diagnostik. BSCHOR (Berlin)

Ratschläge an Ärzte für die Erkennung und Beurteilung der postvakzinalen Enze-phalomyelitis. (Merkblatt Nr 14. Hrsg. vom Bundesgesundheitsamt.) Bundes-gesundheitsblatt Nr 15, 236—237 (1958).

K. Berger und F. Puntigam: Über die Altersdisposition bei der postvakzinalen Enze-phalitis. Bemerkungen zu der Arbeit von A. HERRLICH in dieser Z. 41, 1567 (1958). [Bundesstaatl. Impfstoffgewinn.-Anst., Wien.] Münch. med. Wschr. 100, 2042—2043 (1958).

R. Schüppert: Über die zentrale Erfassung und Bekämpfung des Kurpfuschertums. Münch. med. Wschr. 100, 1848—1849 (1958).

R. Schüppert: Entfettungsschwindel vor Gericht. Endlich Bestrafung. [Zentralstelle z. Bekämpfung d. Unlauterkeit im Heilgewerbe, Mainz.] Medizinische 1958, 1790 bis 1791.

Ein Entfettungsmittel, äußerlich anzuwenden, bestehend aus einer Salbe, die etwas Jod und Nicotinsäure enthielt, wurde in Deutschland von zahlreichen Reisenden vertrieben. Dahinter stand eine französische Firma. Die in Deutschland Verantwortlichen sind nunmehr rechtsgültig zu einer Gefängnisstrafe und einer Geldbuße verurteilt worden, und zwar wegen Übertretung der Gewerbeordnung und wegen Vergehens gegen die Verordnung über die Herstellung von Arzneifertigwaren. Verf. weist darauf hin, daß in solchen Fällen es äußerst schwierig ist, eine Verurteilung durchzusetzen, auch dieser Prozeß habe mehrere Jahre gedauert.

B. MUELLER (Heidelberg)

Massimiliano Santini: Reperti anatomici inconsueti ed errori peritali. (Unklare ana-tomische Befunde und Irrtümer des Sachverständigen.) [Ist. di Med. Leg. e d. Assi-curaz., Univ. d. Studi, Bari.] Minerva med.-leg. (Torino) 78, 150—152 (1958).

Verf. berichtet über klassische Fälle von Irrtümern im Sachverständigen-gutachten und nimmt zu einem Fall Stellung, in dem bei einer tot aufgefundenen Greisin eine postmortale Rippen-fraktur als vital angesehen wurde. Hierdurch entstand Mordverdacht. GREINER (Duisburg)

M. A. Millner: Vicarious liability for medical negligence. (Haftpflichtübernahme für ärztliche Fahrlässigkeit.) J. forensic. Med. 5, 96—107 (1958).

Übersichtsreferat, zusammengestellt nach einem vom Verf., Rechtswissenschaftler an der Universität in Johannesburg, vor der südafrikanischen Gesellschaft für gerichtliche Medizin gehaltenen Vortrag über die Entwicklung der rechtlichen Beurteilung einer Haftpflicht für Folgen fahrlässigen Verhaltens von Ärzten und ärztlichem Hilfspersonal an Patienten. Über 20 einschlägige gerichtliche Entscheidungen nebst deren Begründungen werden aus der englischen Rechtsprechung angeführt und an Hand dieser Fälle die Wandlung in der englischen Rechts-beurteilung der Haftpflicht erläutert. Während früher das sog. „Meister-Diener-Verhältnis“ zwischen leitendem Arzt bzw. Operateur und Assistenten bzw. ärztlichem Hilfspersonal bei der Urteilsfindung zugrunde gelegt wurde und damit der übergeordnete Arzt für alle fahrlässigen Handlungen seiner ihm Untergebenen verantwortlich und haftpflichtig erklärt werden konnte, wird im letzten Jahrzehnt — wohl beeinflußt durch die Einführung des National Health Service — in der englischen Rechtsprechung in Großbritannien erkennbar, daß die Haftpflicht gegenüber Krankenhauspatienten zumeist dem Krankenhaus auferlegt wird. Die Probleme, die sich aus dieser gewandelten Rechtsauffassung für die Rechtsprechung in der Südafrikanischen Union ergeben, werden aufgezeigt. In Südafrika sind die Anstellungs- und Vertragsverhältnisse der Ärzte, insbesondere die der leitenden Ärzte, anders als heute in Großbritannien. Weiter wird

heute in der englischen Rechtsprechung Assistenzärzten und zumeist auch ärztlichem Hilfspersonal berufliche Qualifikation auf ihrem Arbeitsgebiet zuerkannt und nur noch in wenigen Fällen wird für die Folgen ihrer Fahrlässigkeit der übergeordnete Arzt zur Haftpflicht herangezogen werden, rechtlich wird also zwischen diesen Personen ein „Meister-Diener-Verhältnis“ nicht mehr angenommen. Die Haftpflicht eines Krankenhauses gegenüber seinen Patienten, gleich wer vom Krankenhauspersonal fahrlässig gehandelt haben mag, wird hierdurch jedoch nicht berührt.

NÄEVE (Hamburg)

Georg Herold: Standes- und zivilrechtliche Folgen unterlassener Hilfeleistung. Med. Klin. 53, 1914—1916 (1958).

Nach Meinung des Verf. wird der Arzt zu Unrecht benachteiligt, wenn die Gerichte von ihm besonders weitgehend verlangen, daß er Hilfe leiste. Wenn ein Arzt aus § 330 c StGB zur Rechenschaft gezogen wird, so ist der Nachweis von Vorsatz erforderlich. Soll er schadensersatzpflichtig gemacht werden, so muß gleichfalls Vorsatz verlangt werden. Fahrlässige Unterlassung der Hilfeleistung würde eine Haftpflicht nicht bedingen. Hinweis auf die Möglichkeit einer standesrechtlichen Ahndung.

B. MUELLER (Heidelberg)

M. Kohlhaas: Uterusamputation ohne Einverständnis der Kranken: Fahrlässige Körperverletzung. Urteil des Bundesgerichtshofes. Medizinische 1958, 1789—1790.

Erörterung einer Entscheidung des BGH vom 28. 11. 57 4 Str. 525/57. Ein Arzt hatte eine Patientin wegen eines Uterustumors (Myom) operiert und dabei eine Herausnahme der inneren Genitalien vorgenommen. Nach Meinung des BGH hätte der Arzt voraussehen müssen, daß eine Totalausräumung in Frage kam und vorher vorsorglich die Einwilligung der Patientin herbeiführen müssen. Dies aber war nicht geschehen. Nach Meinung des BGH liegt eine fahrlässige Körperverletzung vor, wenn der Arzt diesen schweren Eingriff ohne Einwilligung vornimmt. Der Eingriff an sich, so fügt Verf. hinzu, ist natürlich keine strafbare Körperverletzung.

B. MUELLER (Heidelberg)

Auch Minderjährige können in eine Operation einwilligen. Münch. med. Wschr. 1958, 1555.

Wiedergabe einer Entscheidung des OLG München 3 U 1285/54, nach welcher unter Umständen auch ein Minderjähriger seine Einwilligung zu einer Operation geben kann, wenn er die notwendige sittliche Reife hat und wenn er über die Bedeutung der Operation und ihre Tragweite aufgeklärt worden ist.

B. MUELLER (Heidelberg)

Georg Herold: Die Einwilligungserklärung zu ärztlichen Eingriffen an Minderjährigen. Med. Klin. 53, 1873—1874 (1958).

Verf. knüpft an die oben zitierte Entscheidung des OLG München an und weist auf eine ähnliche Entscheidung des gleichen Gerichts vom 7. 12. 57 hin (N. Jur. Schr. 1958, 633). Immerhin handelt es sich hier um keine Grundsatzentscheidung. Verf. hofft, daß diese Auffassung des OLG München sich allgemein durchsetzt.

B. MUELLER (Heidelberg)

Jean Constant: La protection du secret médical en droit pénal comparé. (Der Schutz des ärztlichen Geheimnisses im vergleichenden Strafrecht.) [V. Internationaler Kongreß für Rechtsvergleichung in Brüssel (4.—9. 8. 1958).] Rev. Droit pénal Crimin. 39, 3—20 (1958).

Verf. gibt einen Überblick über die strafrechtliche Behandlung des ärztlichen Geheimnisses in der Gesetzgebung der europäischen Länder. Nach einem Hinweis auf die Erörterung der Frage im französischen Rechtsgebiet stellt er die Gesetzgebung über die Bestrafung des Geheimnisbruchs gruppenweise zusammen: keine Strafdrohung kennen Großbritannien, Norwegen und Spanien, einen absoluten Schutz genießt das ärztliche Geheimnis in Frankreich, Österreich und Rumänien; einen begrenzten Schutz kennen die meisten europäischen Länder in der Weise, daß durch gesetzliche Bestimmungen die Schweigepflicht durchbrochen wird, insbesondere für die gerichtliche Vernehmung als Zeuge (Schweiz, Ungarn, Luxemburg, Belgien). Polen, Griechenland, Jugoslawien und Dänemark lassen den Geheimnisbruch im öffentlichen Interesse oder aus privat-rechtlicher Begründung zu. Der Geheimnisbruch wird teils von Amts wegen, teils nur auf Antrag des Verletzten strafrechtlich verfolgt. Die Verfolgung ohne Antrag kann eine größere Publizität zur Folge haben, als dem Betroffenen lieb ist. Rechtlich läßt sich der Schutz des ärztlichen Geheimnisses verschieden begründen; er läßt sich aus Vertrag, aber auch aus den

allgemeinen Menschenrechten herleiten oder gemischt aus Vertrag und ärztlicher Berufspflicht begründen. Unterschiedlich ist auch die Auffassung, ob das Geheimnis absolut gewahrt werden muß oder ob der Kranke von der Geheimhaltung entbinden darf. Verf. befürwortet die Freiheit des Arztes, auch bei Entbindung durch den Berechtigten selbst zu entscheiden, ob er das Geheimnis preisgeben will. Die Frage spielt insbesondere für die zeugenschaftliche Vernehmung des Arztes durch ein Gericht eine Rolle. Der Kreis der zur Geheimniswahrung Verpflichteten ist nicht einheitlich: Dänemark, Italien und andere Länder stellen den Bruch eines Amts- oder Berufsgeheimnisses unter Strafe, ohne dabei den Arzt besonders zu nennen, Frankreich und viele andere Länder folgen der Methode des deutschen Strafrechts, Ärzte und arztverwandte Berufe (Apotheker, Hebammen usw.) in einer besonderen Strafvorschrift zusammenfassen, noch andere Länder dehnen die Schweigepflicht auf Studenten (Schweiz, Spanien) und Verwaltungspersonal der Krankenanstalten (Schweiz) oder sogar auf die Erben des Arztes (Griechenland) aus, auch insoweit teilweise im Einklang mit der deutschen Regelung des § 300 StGB. Ein weiteres Problem taucht auf, wenn das Geheimnis einem anderen Arzt mitgeteilt werden soll; auch die Schweigepflicht des Amtsarztes und die des vom Gericht bestellten Sachverständigen werfen weitere Fragen auf, die nicht einheitlich zu beantworten sind. Schließlich wendet sich der Verf. dem Gegenstand des Geheimnisses zu, wobei er die Schwierigkeit einer befriedigenden Definition betont. Im letzten Abschnitt seiner Erörterungen befaßt sich der Verf. mit dem Zwiespalt, der für den Arzt bei der Ausstellung von Attesten und anderen Bescheinigungen hinsichtlich der Geheimniswahrung entstehen kann. Zusammenfassend stellt er fest, daß an der ärztlichen Schweigepflicht als Prinzip nicht gerüttelt werden dürfe, daß aber seit der Schaffung einer Strafsanktion im Code Pénal von 1810 bedeutsame Wandlungen in der Beurteilung des ganzen Fragenkomplexes eingetreten seien, insbesondere soweit sich die Interessen des Kranken und die der Gesellschaft überschneiden. Die Rechtsvergleichung kann dabei zu einer Klärung und Lösung der mannigfachen Probleme beitragen.

KONRAD HÄNDEL (Mannheim)

H. Göbbels: Ärztliche Schweigepflicht. Medizinische 1958, 1596—1597.

Die amtliche Unterrichtung eines Arztes von seiten des Gerichtes über die erfolgte Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten bedarf keiner Nachprüfung auf ihre Richtigkeit. In einem praktischen Rechtsfall betrifft die Auskunft jedoch eine dritte Person, die von dem Patienten, dem Arzt als Infektionsquelle genannt worden war. Zu einer Offenbarung dieses Tatbestandes ist auch die Entbindung von der Schweigepflicht durch die Sexualpartnerin des Patienten unerlässlich (Ausnahme: Meldung an das Gesundheitsamt aus gesundheitspolizeilichen Gründen im Rahmen des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten).

GERCHOW (Kiel)

Wolfgang Preiser: Schweigepflicht und Schweigerecht des Arztes. Münch. med. Wschr. 100, 1742—1745 (1958).

Verf. bespricht kurz die Entwicklung der ärztlichen Schweigepflicht, soweit sie in den verschiedenen preußischen und deutschen Gesetzen ihren Niederschlag fand, insbesondere auch die Gesetze, die zum Bruch des Berufsgeheimnisses zwingen. Diese Verpflichtung wird voll anerkannt. Dagegen wird bemängelt, daß durch die Sozialversicherung und durch die Praxis bis zum Jahre 1945 der Versuch gemacht wurde die ärztliche Schweigeverpflichtung immer mehr zu durchlöchern, so daß die Schweigeverpflichtung bald gegenstandslos geworden wäre. Es wird weiterhin ausgeführt unter welchen Umständen das Schweigen gebrochen werden muß oder kann und unter welchen Umständen der Arzt aus Gründen der Notwehr, oder des Schutzes besonderer Personen bzw. der Allgemeinheit sprechen darf. Es wird darauf hingewiesen, daß die Schweigepflicht ein wesentlicher Bestandteil der Beziehungen zwischen Arzt und Patient ist, so daß die Wahrung des Berufsgeheimnisses im Interesse nicht nur des Patienten, sondern auch des Arztes ist.

GREINER (Duisburg)

W.-S. Kierski: Zur Frage der Schweigepflicht des Arztes als gerichtlicher Sachverständiger. Med. Sachverständige 54, 114—118 (1958).

Stellungnahmen zu Aufsätzen anderer. Am Schluß der Ausführungen wirft Verf. die Frage auf, ob und wieweit der Gutachter darauf dringen kann, daß der Begutachtete die Ausführungen über ihn nicht liest. Grundsätzlich hat jeder Beteiligte das Recht, von den Beweismitteln Kenntnis zu nehmen. Der Richter ist in den einzelnen Rechtsdisziplinen gar nicht in der Lage, einem Berechtigten ein Gutachten vorzuenthalten. Sogar das Grundgesetz verlangt, daß einer gerichtlichen Entscheidung nur solche Tatsachen und Beweisergebnisse zugrunde gelegt werden, zu denen die Beteiligten sich äußern können. Nur in Ausnahmefällen werden

Richter und Sachverständige sich darüber einigen können, daß dem Begutachteten gewisse Teile des Gutachtens nicht zugänglich gemacht werden, z. B. wenn darin die Äußerung enthalten ist, daß er nur noch kurze Zeit leben wird.

B. MUELLER (Heidelberg)

Georg Herold: Wenn ärztliche Auskünfte weitergegeben werden. Med. Klin. 1958, 1517—1518.

Hinweis auf eine grundlegende Entscheidung des BGH vom 2. 4. 57 (Neue juristische Wochenschrift 1957, S. 1157), in welcher ausgesprochen wird, daß das durch das Grundgesetz gewährleistete allgemeine Persönlichkeitsrecht des Menschen sich auch auf die Wahrung der persönlichen Geheimsphäre erstreckt. Die Reichweite des Persönlichkeitsrechtes im Einzelfall bemißt sich nach dem Prinzip der Güter- und Interessen-Abwägung. Auf die zivilrechtlichen Folgen der unberechtigten Nichtbeachtung dieser Geheimsphäre wird hingewiesen. Von sich aus betont Verf. in längeren Ausführungen die bekannte Tatsache, daß Berechtigung zur Offenbarung des Berufsgeheimnisses noch nicht die Verpflichtung zur Offenbarung mit sich bringt. Der Arzt muß abwägen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Kohlhaas: Ärztliche Schweigepflicht und Bekanntgabe an andere Ärzte. Dtsch. med. Wschr. 1958, 1509—1510.

Wenn ein Arzt der Auffassung ist, bei einem schweren Krankheitszustand eines Patienten einen Konsiliarius hinzuzuziehen, so ist der Arzt nach Meinung des Verf. berechtigt, dem Konsiliarius Einzelheiten des Krankheitsbefundes mitzuteilen, auch wenn der Patient nicht ausdrücklich seine Zustimmung gegeben hat; es ist berechtigt, wenn die Erlaubnis zur Zuziehung des Konsiliarius bei schweren Krankheitszuständen nicht vom Patienten selbst, sondern von den Angehörigen gegeben wird.

B. MUELLER (Heidelberg)

Georg Herold: Todesbescheinigung und ärztliche Schweigepflicht. Med. Klin. 53, 2158—2159 (1958).

Georg Schulz: Beschlagnahme und Vorlegung von Krankenunterlagen. Ärztl. Mitt. (Köln) 43, 1156—1158 (1958).

In manchen juristischen Kommentaren wird die Auffassung vertreten, der vom Berufsgeheimnis befreite Arzt sei verpflichtet, Versicherungsträgern oder Sozialgerichten Krankenpapiere herauszugeben. Verf. widerspricht dieser Auffassung. Nach seiner Meinung hat der Arzt in solchen Fällen keine Mitwirkungspflicht, er ist zur Herausgabe berechtigt, aber nicht verpflichtet. Eine Verpflichtung könnte nur dann herbeigeführt werden, wenn der Arzt gerichtlich als Zeuge oder Sachverständiger geladen wird.

B. MUELLER (Heidelberg)

Edgar Hansen: A private secret of the patient. (Das Privatgeheimnis des Patienten.) Arch. med. sadowej 10, 7—22 (1958) [Polnisch].

Privatgeheimnis des Patienten und Berufsgeheimnis des Arztes sind verschiedene Begriffe. Das „Privatgeheimnis des Patienten“ ist ein rechtlicher Sonderfall, welcher sich aus der verfassungsmäßig garantierten Unverletzlichkeit der Person ableitet und darauf beruht, daß der Patient verschweigen darf, was er dem Arzt nicht offenbaren will. Geheimnisherr ist der Patient, Gegenstand des Privatgeheimnisses sind alle Tatsachen, die der Patient nicht dartun will, mögen sie für die ärztliche Tätigkeit Bedeutung haben oder nicht, mögen sie den Patienten selbst oder dritte Personen betreffen. Der Arzt hat grundsätzlich nicht das Recht, gegen den Willen des Patienten in dessen Geheimnis einzudringen. Das Berufsgeheimnis des Arztes ist in Umfang, Dauer und den Bedingungen seiner straffreien Verletzlichkeit vom Gesetzgeber begrenzt. Begibt sich der Patient seines Rechtes, indem er sein Geheimnis dem Arzt anvertraut, so geht dieses in das Berufsgeheimnis des Arztes über, welches auch andere den Patienten betreffende Umstände und Tatsachen umfaßt, die diesem sogar unbekannt sein können und nicht der Definition des Privatgeheimnisses entsprechen. Ein 3. Fall des Berufsgeheimnisses ist durch alle mit Diagnose und Therapie zusammenhängenden Maßnahmen gegeben und verpflichtet, z. B. bei der Spitalbehandlung, auch das Personal. Die aufgezeigten Unterschiede in den Begriffsbestimmungen des Privat- und Berufsgeheimnisses werden durch das Ärztegesetz summarisch umrissen, das dem Arzt die Verpflichtung auferlegt, über *alles* zu schweigen, was er im Zusammenhang mit seiner Berufsausübung erfährt, und somit nicht nur über das Privatgeheimnis des Patienten. Dieses ist nur vom Ermessen des Patienten abhängig, das Berufsgeheimnis aber vom Willen des Gesetzgebers. Dementsprechend ist auch nur das Berufsgeheimnis strafrechtlich geschützt, wobei das ärztliche Berufsgeheimnis nur eine der Möglichkeiten einer allgemeinen Vorschrift

darstellt. Das Privatgeheimnis des Patienten gewinnt erst durch das strafrechtlich bedeutsame Berufsgeheimnis des Arztes den Charakter eines — wenn auch nicht absolut — geschützten Rechtsgutes, das dem öffentlichen Interesse allenfalls zu opfern ist. Die Entscheidung hierüber ist im Rahmen der Prozeßordnung der erkennenden Gerichtsbarkeit vorbehalten. Die Bewahrung des Privatgeheimnisses wird des weiteren durch die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Sozialversicherung sowie die Überfüllung der Krankenhäuser erschwert. Die strafrechtliche Verfolgung von Ärzten wegen einer Verletzung des Berufsgeheimnisses tritt nach den gerichtlichen Statistiken nur sehr selten ein, obwohl eine diesbezügliche Gesetzesübertretung sicherlich häufig ist. Es hat aber nicht jede Offenbarung eines anvertrauten Geheimnisses üble Konsequenzen für den Patienten, während andererseits sogar der Tatbestand der Ehrenbeleidigung gegeben sein kann, der zu einer Klage gegen den Arzt berechtigen sollte, wobei der Wahrheitsbeweis unzulässig wäre.

BOLTZ (Wien)

Klaus Jarosch: Das Schmerzproblem. Öst. Richter-Ztg 36, 109—114 (1958).

Mit Rücksicht darauf, daß der Richter über Gewährung von Schmerzensgeld und über die Höhe des Schmerzensgeldes befinden muß, gibt Verf. für den Gebrauch des Juristen einen Überblick. Er beschreibt die Art von Schmerzen, ihre Genese, er gibt Richtlinien für die Begutachtung, wobei im Vordergrund die Vorschläge von A. W. FISCHER stehen, er setzt den Juristen auseinander, daß die Schmerzen bei Knochenbrüchen auch von der Beschaffenheit der Bruchstelle abhängig sind und setzt sich schließlich noch mit den Kreuzschmerzen der Frau auseinander.

B. MUELLER (Heidelberg)

Vladimir Berka: Bemerkungen zur Unfallbegutachtung im Zivil-Gerichtsverfahren. Soudní lék. 3, 51—55 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1958) [Tschechisch].

Die neuen Gesetzesbestimmungen, die im Rahmen der Änderung der Sozialstruktur der Tschechoslowakei erlassen worden sind, enthalten Änderungen in der zivilen Unfallschädigung, wobei dem Arzt besonders Fragen des Schmerzensgeldes, der Invalidität und der Verunstaltung interessieren. Auch ergeben sich auf dem Gebiet der Arbeitsunfallschädigung, durch neue Bestimmungen Änderungen in der ärztlichen Beurteilung. Die Frage des Schmerzensgeldes, auch die im bewußtlosen Zustand des Verletzten wird ausführlicher abgehandelt. Der Begriff „Verunstaltung“ wird weiter gefaßt, als es bisher üblich gewesen war. Auch die sog. „Rentenneurose“ wird ausführlich abgehandelt.

NEUGEBAUER Münster i. Westf.)

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation.

● **F. Schleyer: Postmortale klinisch-chemische Diagnostik und Todeszeitbestimmung mit chemischen und physikalischen Methoden. Stuttgart: Georg Thieme 1958. VI, 66 S. u. 34 Abb. DM 14.70.**

Das Buch befaßt sich im 1. Abschnitt mit der Frage, wieweit gebräuchliche klinisch-chemische Methoden auch nach dem Tode noch pathognostischen Wert besitzen. Ergebnisse bei der Bestimmung von Glucose und Ketonkörpern, Gesamteiweiß und Eiweißfraktionen, Reststickstoff (Gesamtreststickstoff, Harnstoff, Harnsäure, Kreatin, Kreatinin, Aminostickstoff und Ammoniak), weiterhin von Phosphatiden, Histamin, Fibrinolytin sowie von organischen Stoffen (Na, K, Cl, Ca, P) werden besprochen und durch umfangreiche eigene Erfahrungen ergänzt. Die am Schluß der Besprechung der einzelnen Stoffe gebrachten kritischen Bemerkungen geben eine klare Übersicht über die zu beachtenden Voraussetzungen und Grenzen der Auswertbarkeit der Ergebnisse. Verf. bestätigt die Erfahrung, daß bei fast allen Bestimmungen nur in einem „ganz rasch post mortem gewonnenen Leichensubstrat“ diagnostische Rückschlüsse möglich sind. Im 2. Abschnitt werden die Ergebnisse chemischer und physikalischer Untersuchungen in Beziehung zum Leichenalter gebracht: Körpertemperatur, Organhärte, Eigenschaften und Konstanten des Blutes, Hämoglobin im Serum, Aminosäuren, Hypoxanthin und Xanthin, Gesamtreststickstoff, Kreatin, Ammoniak, Blutgerinnung und Gerinnungsfaktoren, Glykogen, Milchsäure, Inosit, Fettsäuren sowie anorganische Stoffe (K, Cl, P, Mg). Wegen der Vielfältigkeit der Vorgänge beim Tode eines Individuums wurde in beiden Abschnitten die Besprechung auf Ergebnisse bei nichtgewaltsamen Todesursachen des Menschen beschränkt. Eine Besprechung der Chemie der Autolyse und Leichenfäulnis wurde leider unterlassen. Entsprechend dem Thema des Buches wurden die morphologischen postmortalen Veränderungen sowie serologische und pharmakologische Methoden der Todeszeitschätzung nicht aufgenommen; jedoch wurde auf